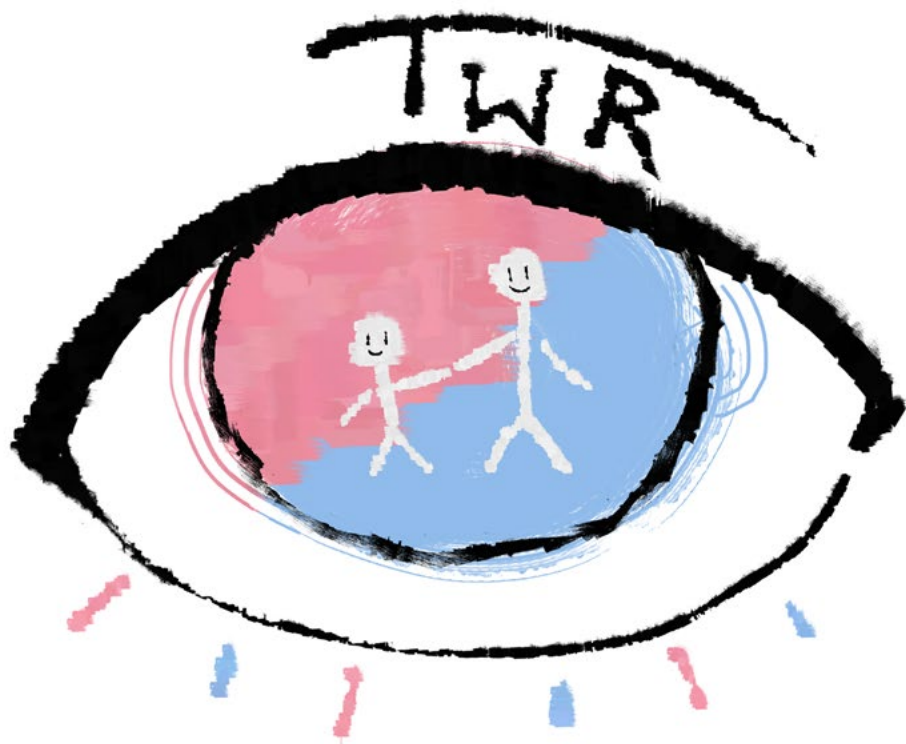


Stepownik

Poradnik dla rodziców dzieci transpłciowych i niebinarnych



Stepownik

Poradnik dla rodziców dzieci transpłciowych i niebinarnych

Stepownik. Poradnik dla rodziców dzieci transpłciowych i niebinarnych

Redakcja: Kinga Janik-Koncewicz

Osoby współautorskie: Ewelina Negowetti, Kinga Janik-Koncewicz, Marzena Gutowska, Anna Kępczyńska-Nyk, Arkadiusz Parker, Agnieszka Rynowiecka, Sasza Słowiński-Negowetti, Maja Świetlicka, Mikołaj Świstowski, Marek Urbaniak, Natan Klimczak

Korekta: Katarzyna Dmitruk, Eden Gajda, Remy Gajda, Anna Rossa, Anna Szuba, Anka Zwolińska

Projekt okładki: Sasza Słowiński-Negowetti

Ilustracje: Ewelina Negowetti, Sasza Słowiński-Negowetti

Skład i łamanie: Leszek Chrobak

Druk: ZOIL Studio - NIP: 9372344947, 02-828 Warszawa

Copyright: Fundacja „Transpłciowość w rodzinie”, 2025



All rights reserved

ISBN: 978-83-976419-0-7

Wydanie I, Fundacja „Transpłciowość w rodzinie”, Warszawa 2025

www.ftwr.org.pl

Poradnik wydano dzięki wsparciu Konsorcjum Filantropijnemu



NIE MUSISZ ZNAĆ WSZYSTKICH DEFINICJI.
WYSTARCZY, ŻE TWOJE DZIECKO WIE, ŻE JE KOCHASZ.

Poradnik dla rodziców dzieci transplciowych i niebinarnych to ważna publikacja, która z wrażliwością i profesjonalizmem odpowiada na potrzeby rodziców stojących przed wyzwaniem wspierania swoich transplciowych i niebinarnych dzieci.

Publikacja pod redakcją dr Kingi Janik-Koniecznej łączy wiedzę specjalistów-psychologów, seksuologów, endokrynologów i prawników z doświadczeniami rodziców i aktywistów, tworząc kompleksowe i przystępne źródło informacji i wsparcia. Czytelnik jest prowadzony przez kluczowe aspekty transplciowości: od zrozumienia tożsamości płciowej, niebinarności i coming-outu, przez praktyczne kroki tranzycji społecznej, medycznej i prawnej, po radzenie sobie z emocjami i wyzwaniami rodzicielstwa. Służy jako użyteczne narzędzie na ścieżce zdobywania wiedzy i osvajania tematu transplciowości i niebinarności, ale nie zastąpi szczegółowej wiedzy specjalistycznej.

Polskie Towarzystwo Seksuologiczne wyraża tym samym uznanie dla autorów Stepownika za ich profesjonalne podejście, normalizowanie doświadczenia transplciowości oraz zachęcanie do budowania relacji opartych na akceptacji i wzajemnym zrozumieniu dla różnorodności w środowisku społecznym. Praktyczne wskazówki – jak prowadzenie dialogu z dzieckiem, współpraca z instytucjami edukacyjnymi czy poruszanie się w ramach systemu prawnego – są pomocą dla rodziców i opiekunów. Wiedza zawarta w poradniku jest zgodna z najnowszymi standardami seksuologicznymi i psychologicznymi.

Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego

Stepownik nie daje odpowiedzi na wszystkie pytania z zakresu transpłciowości, niebinarności czy poszukiwania tożsamości przez młodych ludzi, ale też ich nie obiecuje, podkreślając tak złożoność zagadnienia, jak i wielość rozstrzygnięć w tym zakresie. Jest opracowany nie tylko w sposób przejrzysty i przystępny, ale przede wszystkim z zachowaniem wrażliwości i uważności. Pisząc w oparciu o swoje wieloletnie życiowe, osobiste i zawodowe doświadczenie osoby autorskie stworzyły wartościowe i wiarygodne źródło informacji, wspierające rodziców i opiekunów nie tylko w zrozumieniu zjawiska, ale również w budowaniu bezpiecznej i bliskiej relacji z dzieckiem w okresie pełnym niepewności i zmian.

dr n. społ. Marta Dora

Zjawisko transpłciowości stało się w ostatnich latach bardziej widoczne. Sytuacja taka niesie ze sobą korzyści – sprawy dawniej niedostrzegane i marginalizowane, a dotyczące osób transpłciowych i różnorodnych płciowo stały się przedmiotem szerszej refleksji specjalistycznej i społecznej będącej źródłem pozytywnych przemian (np. wzrostu dostępności transafirmatywnej opieki medycznej i psychologicznej) – jak i zagrożenia w postaci wykorzystywania tej tematyki do walki politycznej i światopoglądowej.

W szczególnie trudnej sytuacji znalazła się młodzież transpłciowa i różnorodna płciowo i jej rodzice. Wyzwania są liczne; wśród nich m.in. dylematy tożsamościowe, niezgodność i dysforia płciowa, pozostające bez w pełni satysfakcjonującej odpowiedzi pytania dotyczące sposobu i czasu kwalifikowania młodzieży do medycznych interwencji afirmujących płeć, trud doświadczeń mniejszościowych (stygmatyzacji, dyskryminacji, wyzwań związanych z wyjściem z ukrycia).

Moment, w którym nastolatek informuje rodzica o swoich dylematach tożsamościowych może być trudny, wręcz kryzysowy, a jego reakcje bardzo różne. Nierzadko pojawia się obawa o bezpieczeństwo dziecka, czy o dokonanie dobrych decyzji, których dziecko nie będzie w przyszłości żałować. Czasami sytuacja ta uruchamia cisnormatywne schematy myślenia – padają pytania o możliwą winę rodzica, o uwarunkowania transpłciowości, o wpływ grupy rówieśniczej.

Prezentowana książka nie jest publikacją sensu stricto naukową. Nie zawiera rygorystycznych przeglądów badań i ich krytycznego omówienia. Jednak nie to było intencją osób autorskich. Miał powstać poradnik, który pozwoli rodzicom i opiekunom oswoić być może do tej pory zupełnie nieznaną temę. Pozwoli poddać refleksji to, co czują i myślą. Pozwoli wykonać pierwsze kroki (ang. steps), aby mogli być wsparciem, a nie dodatkowym obciążeniem dla dziecka w sytuacji często niełatwej dla nich samych.

Siłą poradnika jest różnorodność podjętej tematyki, obfitość praktycznych informacji, wskazanie źródeł dalszego pogłębiania wiedzy czy uzyskania wsparcia. Bardzo podobają mi się sokratejskie w swoim charakterze pytania pogłębiające refleksje nad prezentowanym zjawiskiem i tematyką płci.

dr hab. n. med. Bartosz Grabski, FECSM, WPATH-CM
specjalista psychiatrii i seksuologii, psychoterapeuta
Pracownia Seksuologii Katedry Psychiatrii UJCM

Wspaniale, że powstał *Stepownik*. Czytając go, czuję podziw i wzruszenie. Podziw dla osób, które go stworzyły, zbierając w jednym miejscu tak wiele perspektyw: od osobistych (także różnorodnych) po naukowe i prawne.

Wzruszenie, bo wiem, jak bardzo ten przewodnik może poprawić jakość relacji w wielu rodzinach.

Bardzo Wam tę lekturę polecam. Czytajcie, wykorzystujcie, a na koniec... odłóżcie na bok i przypomnijcie sobie coś z Waszego wspólnego życia, co przed wyoutowaniem dawało radość. Jakiś drobiazg. By nie zapomnieć smaku zwyczajności. Bo transpłciowość to nie wszystko.

Piotr Jacoń

Ten kompleksowy poradnik to prawdziwe kompendium wiedzy, które (jestem tego pewna) przyniesie ulgę i wsparcie zarówno rodzicom osób transpłciowych, jak i samym osobom trans. Dzięki licznym praktycznym wskazówkom i życiowym scenariuszom staje się nieocenionym narzędziem w procesie zrozumienia i towarzyszenia w tranzycji – co ważne, bez nakładania na dzieci ciężaru edukowania bliskich. Mnie osobiście książka pomogła zrozumieć zjawisko „żałoby po dziecku, którego nie było”. Insiderska, aktualna i pełna empatii – lektura obowiązkowa nie tylko dla rodziców.

Wiktoria Jacoń

Mówią, żeby nie oceniać książki po okładce, ale po tytule – myślę, że już można! *Stepownik* od razu przyciągnął moją uwagę – tytuł wpada w ucho i budzi zainteresowanie. Genialny!

Poradnik przeczytałam od deski do deski z zacięciem, a także z pewną dozą nadziei i oczekiwań. Nie znam dotąd żadnej publikacji dla rodziców osób transpłciowych, która byłaby czymś w rodzaju kompendium wiedzy o tym jak wspierać dziecko w procesie tranzycji, a przy tym odnosiłaby się do naszych aktualnych, polskich realiów.

Jako kobieta transpłciowa, która rozpoczęła tranzycję już po osiągnięciu dorosłości, w wieku 23 lat, z doświadczenia wiem, jak bardzo wymagający jest to czas – zarówno dla rodziny, jak i osoby, która przez ten proces przechodzi. Obie strony doświadczają silnych, często skrajnych emocji, pojawiają się pytania i trudne rozmowy. Jestem przekonana, że gdybym kilkanaście lat temu miała dostęp do takiego poradnika, to z pewnością ukradkiem podrzuciłabym go moim rodzicom. Dzięki temu w spokoju i chwili uważności mogliby lepiej zrozumieć to, co czasem trudno było mi wyrazić słowami.

Poradnik nie daje gotowych odpowiedzi, nie jest też „instrukcją obsługi” transpłciowego dziecka – bardzo dobrze! Na wiele pytań nie da się odpowiedzieć w prosty i jednoznaczny sposób, bo – jak to w życiu bywa – wiele zależy od indywidualnych sytuacji. Nie ma dwóch takich samych osób i doświadczeń, każde z nas podąża własną, wyjątkową drogą.

Michalina Jarmuła

Dlaczego polecam *Stepownik*? Bo to książka, której sam potrzebowałem – jako dziecko, jako młody nauczyciel, jako dorosły gej.

Dorastałem w czasach, gdy temat transpłciowości był nie tylko tabu – był niemal niewidzialny. Nie było słów, nie było przestrzeni, nie było rozmów. Dzieci, które czuły „inaczej”, zostawały z tym same. I wielu z nich nie udało się przez to przejść bez blizn.

Stepownik to przewodnik – nie tylko dla rodziców, ale dla wszystkich, którzy chcą lepiej zrozumieć rzeczywistość dzieci i młodzieży transpłciowej i niebinarnej. To książka, która nie daje prostych recept, ale daje coś znacznie cenniejszego: zrozumienie, czułość, praktyczne narzędzia. To nie jest teoria – to życie, emocje, wyzwania i nadzieja.

Dla nauczycieli to okazja, by zobaczyć, czego nie uczy nas system. Dla specjalistów – by lepiej wspierać. Dla każdego dorosłego – by przestać bać się zadawania pytań.

Jako nauczyciel wiem, jak wiele zależy od pierwszej reakcji dorosłego. Jako gej – wiem, co znaczy nie pasować do oczekiwań. Jako poseł – chcę, by każda osoba w Polsce mogła dorastać bez strachu, że zostanie odrzucona za to, kim jest. Jako dyrektor wiem, jak ważne jest stworzenie bezpiecznej przestrzeni dla uczniów, nauczycieli, pracowników niepedagogicznych i rodziców.

Dlatego polecam *Stepownik* z całego serca. Bo wiedza ratuje. Akceptacja uzdrowia. A zrozumienie – zmienia świat.

Marcin Józefaciuk
Poseł na Sejm RP, nauczyciel, gej

Stepownik... to wartościowe i empatyczne wsparcie przede wszystkim dla rodziców, ale też nauczycieli i innych osób, którzy chcą lepiej zrozumieć tożsamość płciową.

To książka, która z pewnością pomoże zobaczyć, jak ważna jest akceptacja w rodzinie, w szkole, ogólnie w społeczeństwie.

To lektura, która uczy empatii, wspiera w budowaniu relacji i daje nadzieję. Polecana nie tylko rodzicom, ale też nauczycielom i opiekunom.

Mi jako rodzicowi osoby transpłciowej pozostało w pamięci zdanie „Wielu z nas, rodziców dzieci transpłciowych usłyszało, że otrzymało błogosławieństwo, bo w jednym dziecku miało najpierw córkę, a potem syna (lub na odwrót). (...) postaraj się otworzyć na taką możliwość”.

Bo współczesne rodzicielstwo wymaga otwartości, odwagi i empatii – ta książka uczy każdej z tych cech, krok po kroku.

Magda Karpińska
mama transpłciowego syna, nauczycielka

Jeśli jako rodzice od czegoś macie zacząć poznawanie tematyki transpłciowości Waszego dziecka, to ten przewodnik jest zdecydowanie najlepszym pierwszym krokiem. Napisany przez osoby zajmujące się w praktyce opisywanymi zagadnieniami, które pisząc go miały w głowie dokładnie takie same pytania i dylematy, z którymi również Wy się mierzycie. Szczególnie cieszy mnie uwzględnienie w publikacji zagadnień opisujących w przystępny i klarowny sposób proces tranzycji prawnej. Stępownik dotyka nie tylko wyzwań, jakie mogą wiązać się z tranzycją własnego dziecka, ale także pokazuje szanse, jakie – zarówno dla dziecka jak i jego rodzica – może nieść wzajemne wspieranie się w tym procesie.

adw. Paweł Knut

Stepownik, czyli poradnik dla rodziców dzieci transpłciowych i niebinarnych, pod redakcją Pani doktor Kingi Janik-Koniecznej, jest pierwszą w języku polskim pozycją książkową dotyczącą aspektów społecznych, psychologicznych i zdrowotnych dzieci i młodzieży z niezgodnością płciową. Do jego napisania zostali zaproszeni nie tylko wybitni specjaliści (psycholodzy, psychoterapeuci, seksuolodzy, lekarze endokrynolodzy i ginekolodzy) mający ogromne doświadczenie w sprawowaniu opieki nad nieletnimi osobami transpłciowymi i niebinarnymi w naszym kraju, ale także dwóch prawników oraz trzy osoby aktywistyczne będące równocześnie rodzicami dzieci z niezgodnością płciową, a co za tym idzie, doskonale znające potrzeby tej społeczności. Poradnik zawiera siedem rozdziałów, które najpierw wprowadzają czytelnika w świat pojęć dotyczących tożsamości płciowej, jej niezgodności, niebinarności, dysforii płciowej oraz coming-outu, a następnie step by step omawiają na czym polega proces tranzykcji społecznej, medycznej i prawnej osób transpłciowych. Szczególny nacisk położono na zrozumienie, że tożsamość płciowa dziecka nie jest „fazą” czy „modą”, lecz prawdziwym doświadczeniem, które zasługuje na uznanie i wsparcie. Szczególną wartość stanowią praktyczne wskazówki, scenariusze rozmów, przykłady współpracy z instytucjami publicznymi (szkoła, urząd stanu cywilnego), oraz informacje o dostępnych formach wsparcia psychologicznego, fundacjach i grupach pomocowych. Stepownik nie tylko edukuje, ale przede wszystkim normalizuje doświadczenie transpłciowości wśród dzieci i młodzieży, jednocześnie wspierając ich rodziców i opiekunów prawnych. To pozycja niezwykle potrzebna, która powinna znaleźć się w rękach każdego, kto chce lepiej zrozumieć i wspierać swoje transpłciowe dziecko, z szacunkiem, czułością, zrozumieniem i zgodnie z aktualną wiedzą. Gratuluję zatem wszystkim autorkom i autorom Stepownika, którego wydanie stanowi nieocenione źródło praktycznej wiedzy dla rodziców dzieci i młodzieży z niezgodnością płciową. To także pozycja obowiązkowa dla pedagogów oraz specjalistów zdrowia psychicznego i lekarzy sprawujących opiekę nad nieletnimi osobami transpłciowymi.

prof. dr hab. n. med. Dominik Rachoń

specjalista chorób wewnętrznych i endokrynologii

Kierownik Zakładu Endokrynologii Klinicznej i Doświadczalnej

Wydziału Nauk o Zdrowiu Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Konkretny, ale nie przytłacza treścią. Fachowy, a łatwo przyswoić poruszane w nim kwestie. I wreszcie czuły, bo traktuje czytające go Osoby z wrażliwością i empatią. Takiego poradnika w społeczności rodziców dzieci transpłciowych i niebinarnych brakowało. A kto miałby wiedzieć lepiej o tym, z czym się mierzą, niż oni sami? Warto wsłuchać się w ich głos. Bo bez względu na to, co teraz czujesz na myśl o tranzycji swojego dziecka, po lekturze Stępownika nabierzesz przekonania, że różnorodność nie zagraża Twojej rodzinie, a wzbogaca ją. I że nigdy nie jest za późno na akceptację i miłość.

Paula Szewczyk
reporterka

Stepownik to niezwykle przewodnik, który – krok po kroku – pomaga dorosłym zrozumieć, jak towarzyszyć dzieciom transpłciowym i niebinarnym w procesie odkrywania ich tożsamości. To książka, która nie moralizuje, lecz tłumaczy. Nie stawia wymagań, lecz uczy słuchać i wspierać. Jest wielokontekstowa i wieloperspektywiczna. Daje miejsce na wątpliwości, ale wyraźnie zaznacza ich granicę, za którymi są już tylko gatekeeping i transfobia. Stepownik jest jak mapa – pełna skrótów, przypisów i osobistych ścieżek – ale jednocześnie daje przestrzeń na własne emocje, błędy i wątpliwości.

Autorzy i autorki dzielą się nie tylko wiedzą, ale przede wszystkim empatią – tą prawdziwą, zdobytą dzięki własnym doświadczeniom. Wartością Stepownika jest jego inkluzywność i brak oceniania. Książka zaprasza do refleksji, nie odpycha niezrozumieniem. Jest narzędziem budowania mostów – pomiędzy rodzicami a dziećmi, ale też pomiędzy światem, jaki znamy, a tym, którego uczymy się na nowo.

To więcej niż poradnik. To wsparcie emocjonalne, kompas dla zagubionych, i wyraz troski o to, by żadna rodzina nie została sama w najważniejszej podróży swojego życia.

Łukasz Szostakiewicz

lekarz, specjalista psychiatrii, psychiatrii dzieci i młodzieży
oraz psychoterapii dzieci i młodzieży, pracuje z transpłciową i niebinarną młodzieżą
oraz ich rodzinami w Centrum Psychoterapeutycznym MentalPath
oraz w Poradni Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży
Kliniki Psychiatrii Dzieci i Młodzieży IPiN

SPIS TREŚCI

WSTĘP	23
CZĘŚĆ 1: ZROZUMIEĆ, ŻEBY WSPIERAĆ.	
PODSTAWY TERMINOLOGII TRANSPŁCIOWOŚCI I NIE TYLKO	31
1.1. Tożsamość człowieka	36
1.2. Terminologia bez tajemnic – pierwsze kroki w świecie tożsamości płciowej	38
1.3. Niebinarność	46
1.4. Tożsamość płciowa i orientacja psychoseksualna	49
1.5. Role płciowe i indywidualne doświadczenia	50
1.6. Dlaczego współczesne dzieci szukają swojej płci – na podstawie książki <i>Mów do mnie ono</i>	52
1.7. <i>Coming out</i>	57
1.7.1. Dobry wiek na <i>coming out</i> – czy istnieje?	59
1.7.2. Różne reakcje rodziców	59
1.7.3. <i>Coming out</i> małego dziecka	60
1.7.4. <i>Coming out</i> nastolatka	64
1.7.5. Co można zrobić przed ukończeniem 18. roku życia?	73
1.7.6. <i>Coming out</i> pełnoletniego dziecka	78
1.7.7. <i>Coming out</i> w rodzinie	80
1.7.8. <i>Coming out</i> rodzica	82
1.8. Liczby, które pomagają zrozumieć – krótko o skali zjawiska transpłciowości	84
1.8.1. Czy to prawda, że wśród osób nastoletnich jest więcej transpłciowych chłopców niż transpłciowych dziewczyn?	86
1.8.2. Czy odsetek osób transpłciowych w społeczeństwie rośnie?	90
1.9. Zjawisko tak stare jak ludzkość – o historii transpłciowości	91

CZĘŚĆ 2: RODZICIELSKIE WSPARCIE RATUJE ŻYCIE	99
2.1. Bądź kotwicą, a nie burzą – praktyczne wskazówki dla rodziców na początku drogi	102
2.2. O wartości okazywanego wsparcia. Wyniki badań	105
2.3. Przykład z życia	111
 CZĘŚĆ 3: RODZIC W KRYZYSIE.	
CO MOŻESZ CZUĆ I JAK SOBIE Z TYM RADZIĆ?	113
3.1. Żałoba po dziecku, którego nie było	117
3.2. Opuść. Jesteś tylko rodzicem	123
3.3. Mój towarzysz stres	126
3.4. Rodzicu, potrzebujesz maski tlenowej! Gdzie szukać wsparcia?	129
3.5. Rodzic u psychologa	131
3.6. Psycholożka, Agnieszka Rynowiecka, o tym, po co rodzicowi psycholog	132
 CZĘŚĆ 4: MOŻLIWE DROGI TRANZYJCJI,	
CZYLI CZEGO MOŻESZ SIĘ SPODZIEWAĆ RODZICU	143
4.1. Imię	146
4.2. Jak przygotować dziecko do coming outu w szkole?	152
4.3. Ciuchy	155
4.4. Femboy i tomboy	161
4.5. Paker, binder, gaffy, strój na basen	163
4.6. Kto potrzebuje psychologa, dziecko czy rodzic?	165
4.7. Transycja medyczna	167
4.8. Czy transycja medyczna jest bezpieczna?	169
4.9. Transycja społeczna	171
4.10. Detranzycja	172

CZĘŚĆ 5: WYZWANIA I REALIA ŻYCIA RODZICA.	
NA CO WARTO SIĘ PRZYGOTOWAĆ?	177
5.1. Jak powiedzieć rodzeństwu dziecka?	180
5.2. Jak powiedzieć babci i dziadkowi?	181
5.3. Zerwanie kontaktów jako ostateczność	182
5.4. Wiara	183
5.5. Jak mówić o przeszłości i co ze zdjęciami?	186
5.6. Wszędzie tylko trans!	188
5.7. Jakie pułapki czyhają na rodziców wspierających swoje dziecko po coming oucie?	190
5.8. Magiczna osiemnastka, czyli trochę o transfobii	195
5.9. Miesiąc miodowy w tranzycji	198
5.10. Moje dziecko nie cieszy się z tranzycji	200
5.11. Rodzic pozornie wspierający	203
5.12. Finanse	208
 CZĘŚĆ 6: NA POCZĄTKU BYŁ CHAOS.	
OD CZEGO ZACZAĆ?	209
6.1. Medykalizacja, psychiatryzacja i patologizacja transpłciowości, czyli jak wybrać lekarza?	214
6.2. Rozdział wspierającej ginekolożki, Mai Świetlickiej	223
6.3. Czy psycholog zawsze jest potrzebny?	227
6.4. O terapii hormonalnej i blokerach – Anna Kępczyńska-Nyk, endokrynolożka	233
6.5. Operacje – jedynka, dwójka, trójka	241
6.6. Marek Urbaniak i Mikołaj Świsłowski – tranzycja prawna w Polsce	245

CZĘŚĆ 7: PRZYDATNE INFORMACJE NA ZAKOŃCZENIE	255
7.1. Kilka słów o transfobii oraz transfobii zinternalizowanej	258
7.2. Sojusznictwo i aktywizm	265
7.3. Sojusznictwo i aktywizm. Aneks dla specjalistów i specjalistek	267
7.4. Nowe życie jest możliwe!	270
7.5. To już jest koniec...	273
 ANEKSY:	275
Aneks 1: Polecane lektury, filmy, muzyka	275
Aneks 2: Ważne strony internetowe i organizacje	280
Aneks 3: Słownik pojęć	281
Aneks 4: Bibliografia	291
Aneks 5: Informacje o osobach autorskich	302

WSTĘP



Janusz Korczak w swojej książce pt. *Prawidła życia*, napisał tak:

„DAWNO, BARDZO DAWNO CHCIAŁEM NAPISAĆ TAKĄ KSIĄŻKĘ, ALE
CIAĞLE ODKŁADAŁEM TAKĄ PRÓBĘ. BO TO JEST PRÓBA. PRÓBA MOŻE
SIĘ NIE UDAĆ. JEŻELI SIĘ NAWET UDA, MUSZĄ BYĆ BŁĘDY. BO KTO
ROBI COŚ NOWEGO, POPEŁNIA OMYŁKI”.

JANUSZ KORCZAK¹

Naszym marzeniem było napisanie poradnika, który wesprze rodzica na początku drogi, który wskaże możliwości i rozwiązania oraz rzuci światło na tematy, być może, do tej pory niedostrzegane. Da ukojenie i pozwoli odnaleźć się w nowej sytuacji w poczuciu spokoju i zaufania do siebie.

Poradnikowi nadaliśmy tytuł *Stepownik*. Step to po angielsku krok. Chcieliśmy pokazać, jak stawiać kolejne kroki, towarzysząc dzieciom transpłciowym, niebinarnym i genderqueer – jak iść obok nich lub tuż za nimi.

„KSIĄŻKA Z JEJ GOTOWYMI FORMUŁAMI PRZYTĘPIŁA WZROK
I ROZLENIWIŁA MYŚL. ŻYJĄC CUDZYM DOŚWIADCZENIEM, BADANIEM,
POGLĄDEM, TAK DAŁECE ZATRACONO UFNOŚĆ W SIEBIE, ŻE NIE CHCĄ
(RODZICE) SAMI PATRZEĆ. JAK GDYBY TO, CO ZAWIERA DRUKOWANA
BIBUŁA, BYŁO OBJAWIENIEM, A NIE PRODUKTEM BADANIA – TYLKO
CZYJEGOŚ, NIE MOJEGO, GDZIEŚ NAD KIMŚ, A NIE DZIŚ NAD MOIM
DZIECKIEM.”

JANUSZ KORCZAK²

W tej książce nie znajdziesz idealnych, jednoznacznych wytycznych. Załóż sobie zatem, że popełnisz jakieś błędy i ten poradnik Cię przed nimi nie uchroni, ale pomoże poruszać się w nowym świecie transycji. Nie znamy Twojego dziecka, więc na pewno natrafisz tu również na informacje, które nie będą dotyczyć Waszej sytuacji.

1] Korczak J. *Prawidła życia*. Pedagogika dla dzieci i młodzieży. <https://wolnelektury.pl/katalog/lektura/prawidla-zycia/> (dostęp: 5.06.2025).

2] Korczak J. *Prawidła życia*. Pedagogika dla dzieci i młodzieży. <https://wolnelektury.pl/katalog/lektura/prawidla-zycia/> (dostęp: 5.06.2025).

Do kogo skierowany jest poradnik?

Poradnik jest dla osób dorosłych, które chcą pogłębić swoją wiedzę na temat transpłciowości i różnorodności płciowej dzieci i nastolatków – przede wszystkim dla rodziców dzieci transpłciowych, niebinarnych oraz tych, które kwestionują swoją płć. Pisząc „dla rodziców”, mamy na myśli wszystkie osoby, które sprawują pieczę nad osobą niepełnoletnią i są zaangażowane w wychowanie młodej osoby lub po prostu znają taką osobę i chcą wiedzieć o niej więcej. Pisząc „osoba transpłciowa”, mamy na myśli zarówno osoby transpłciowe binarne, jak i osoby niebinarne oraz osoby genderqueer. Dostrzegamy różnice między osobami transpłciowymi binarnymi a niebinarnymi i tę różnicę wyjaśnimy.

Transpłciowość dotyczy całej rodziny. To nie jest tak, że pomocy potrzebuje tylko młody, transpłciowy lub niebinarny człowiek. Każdy z jego bliskich może również potrzebować pomocy – mniej lub więcej, ale również. Mamy na myśli sytuację rodziny akceptującej, dającej wsparcie. Są jednak także takie, w których strach, niewiedza i światopogląd stanowi barierę. Im również postaramy się wskazać możliwości rozwiązań niekrzywdzących żadnej strony.

Poradnik będzie również dobrą lekturą nie tylko dla rodziców osób transpłciowych, ale także dla przyszłych rodziców i opiekunów oraz wszystkich dorosłych, którzy chcą lepiej zrozumieć zagadnienia związane z różnorodnością płciową. Wiedza zawarta w tej książce może pomóc w budowaniu wspierającego i świadomego środowiska – zarówno w rodzinie, jak i w miejscu pracy, wśród przyjaciół czy w społeczności. Zrozumienie i akceptacja to pierwszy krok do tworzenia świata, w którym każda osoba może być sobą.

Jak czytać poradnik?

Poszczególne części poradnika są ułożone w pewnym porządku. Życie nie toczy się jednak zgodnie z instrukcją, więc być może Twoja kolejność czytania będzie zupełnie inna. Informacje, wskazówki, wnioski w nim zawarte spisaliśmy według pytań i poszukiwań, które towarzyszyły nam w trakcie pozyskiwania wiedzy na temat potrzeb naszych dzieci: jak oraz gdzie bezpiecznie je rozpoznawać, jak je rozumieć i jakim tempem za nimi kroczyć. Kieruj się jednak także swoimi potrzebami. Być może część tematów dzisiaj nie będzie Cię wcale interesować. Być może jakiś temat w ogóle nie będzie dotyczyć Twojego dziecka. Nie każdy bobas raczkował, nie każde transpłciowe dziecko potrzebuje hormonów.

W poradniku poznasz wiele terminów. Niektóre z nich będą dla Ciebie zupełnie nowe. Z tłumaczeniem niektórych możesz się nie zgodzić, z innymi nie zgodzi się Twoje dziecko. To normalne. Język jest żywy i wciąż się zmienia. Definicja tworzona dziś, jutro może być zastąpiona kolejną. Słowo jest żywym organizmem, który dostosowuje się do otoczenia i może mieć różne znaczenia w zależności od kontekstu rodzinnego i kulturowego. Nie przywiązuj się do etykiet, definicji i sztywnych wytycznych, bo życie wymyka się schematom.

W wielu rozdziałach natrafisz na puste pola. Zrobiliśmy je specjalnie, byś miał/miała/miało miejsce na swoje przemyślenia i notatki. Celowo używamy różnych form gramatycznych. Zakładamy, że możesz być kobietą lub mężczyzną. Chcemy, by każdy, kto weźmie ten poradnik do ręki, czuł się dostrzeżony. Jest wiele wersji skrótownca LGBT+. Każda z osób autorskich używa „swojej” wersji, ale w celu ujednolicenia tekstu, wybraliśmy po prostu wersję podstawową: LGBT+, jako wspólną dla wszystkich osób, które czują się częścią społeczności osób 2SLGBTQIAP+³. Używamy też wielu nazw potocznych. Chcemy, by ten poradnik był jak najbliżej Twojej codzienności. A na co dzień spotkasz się właśnie z potocznym językiem dotyczącym transpłciowości i niebinarności.

3] 2SLGBTQIAP+ – skrótowiec, który łączy w społeczność osoby two-spirit, lesbijki, gejów, osoby biseksualne, osoby transpłciowe, osoby queer, osoby interpłciowe, osoby wspierające, osoby panseksualne. Plus oznacza otwartość społeczności na kolejne osoby.

Zadbaj o siebie! Jeśli w którymś momencie czytania poczujesz, że jest Ci trudno, pomoc i wsparcie znajdziesz w następujących miejscach:

- ▶ Fundacja „Transpłciowość w rodzinie”, **ftwr.org.pl**
- ▶ Fundacja PROMENADA, **fundacijapromenada.pl**
- ▶ Terappo, **terappo.pl**
- ▶ Stowarzyszenie Tęczówka, **teczowka.org.pl**
- ▶ Instytut Zdrowia Mentalnego, **instytutzdrowiamentalnego.pl**
- ▶ Repozytorium wiedzy o transpłciowości i tranzykcji, **tranzycja.pl**
- ▶ Stowarzyszenie rodzin i przyjaciół osób LGBT Akceptacja, **akceptacja.org**
- ▶ Stowarzyszenie Miłość Nie Wyklucza, **mnw.org.pl**
- ▶ Kampania Przeciw Homofobii, **kph.org.pl**
- ▶ My, Rodzice – Stowarzyszenie matek, ojców i sojuszników osób LGBTQIA, **myrodzice.org**
- ▶ Tolerado – Stowarzyszenie na rzecz osób LGBT, **tolerado.org**
- ▶ Fundacja Trans – Fuzja, **transfuzja.org**
- ▶ Wiara i Tęcza, bezpieczna przestrzeń dla chrześcijan LGBTQ+, **wiaraitecza.pl**

Istnieje duże prawdopodobieństwo, że w Twojej okolicy działa organizacja lub poradnia, w której znajdziesz pomoc i wsparcie. O tym, jak sprawdzić, czy gabinet jest przyjaznym miejscem, przeczytasz w rozdziałach: 6.1 Medykalizacja, psychiatryzacja i patologizacja transpłciowości, czyli jak wybrać lekarza?, 7.3 Sojusznictwo i aktywizm – aneks dla specjalistów i specjalistek.

Zostawiamy miejsce na Twoje adresy i kontakty:

CZĘŚĆ 1

ZROZUMIEĆ, ŻEBY WSPIERAĆ. PODSTAWY TERMINOLOGII TRANSPŁCİOWOŚCI I NIE TYLKO



GENDERFLUID



BIGENDER



AGENDER



BLÅHAJ

PLUSZAK-REKIN, POPULARNY
WŚRÓD OSÓB TRANS ONLINE

Zanim wpadniemy w wir przyswajania nowych słów i terminów, zaczniemy od dwóch pozornie sprzecznych kwestii. Pierwsza z nich: w relacjach ważne są słowa i intencje, a nie definicje i wiedza naukowa. Druga: definicje i wiedza są ważne, bo pomagają lepiej zrozumieć zmiany zachodzące w społeczeństwie i w świecie. Jak to pogodzić?

Wiedza jest potrzebna, gdy chcemy coś poznać i zrozumieć. Jeśli pragniemy lepiej poruszać się w obszarze tożsamości płciowych człowieka, to pewien zasób wiedzy będzie nam niezwykle pomocny.

W czym pomocny? Na przykład:

- ▶ w podstawowej weryfikacji kompetencji osób, które będą pomagać Twojemu dziecku w procesie tranzycji. O tym przeczytasz w rozdziale poświęconym specjalistom;
- ▶ podczas rozmowy z osobą, która rzeczywiście jest zainteresowana tematem tranzycji i chce, byś jej powiedziała coś więcej o transpłciowości;
- ▶ w ucięciu dyskusji z kimś, kto w Twojej obecności opowiada niedorzeczności albo szerzy transfobię;
- ▶ w poukładaniu sobie wszystkiego w głowie oraz w trakcie procesu akceptacji;
- ▶ podczas rozmowy z osobami, które „mają opinię na ten temat”.

Pamiętaj, że będąc rodzicem dziecka transpłciowego, nie masz obowiązku być ekspertem do spraw transpłciowości. Jeśli masz wadę wzroku i nosisz okulary, to nikt nie wymaga, żebyś umiał wytłumaczyć na czym konkretnie polega Twoja inność. Z transpłciowością i niebinarnością jest tak samo. Zdobywaj wiedzę, jeśli chcesz. Twoje dziecko nie potrzebuje, byś był ekspertem. Potrzebuje wsparcia w różnej postaci. Dlatego ważniejsze są słowa i intencje. Więź opiera się na wzajemnej komunikacji, a nie na definicjach. Rozmawiając, mamy szansę na mniej niedopowiedzeń i pomyłek. Czasem, aby to pogodzić, możesz zapytać dziecko, co znaczy dla niego bycie aromantycznym tomboyem, zamiast nurkować w odmętach internetu w poszukiwaniu definicji.

Szokuje Cię określenie: aromantyczny tomboy? Wyjaśnienie znajdziesz na końcu poradnika w Aneksie 3: Słownik pojęć.

Czasem wydaje nam się, że kiedy jesteśmy już dorośli, nie musimy się uczyć niczego nowego, bo już skończyliśmy szkołę i dajemy sobie radę. Część dojrzałych wiekowo osób broni się przed poznawaniem nowych słów i pojęć, tłumacząc, że to „jakaś nowomowa” albo „wymyślanie czegoś nowego bez sensu”. Warto się zastanowić, czy za brakiem chęci do nauki nie stoi na przykład lenistwo? A może po prostu nie nadążasz? Jeśli tak, nie ma w tym nic złego.

Zostawiamy miejsce na zapisanie słów, terminów, skrótów i określeń, których nie rozumiesz:

.....

.....

.....

.....

.....

Może Twoje dziecko pomoże je wyjaśnić? To dobry sposób, aby lepiej poznać je i jego świat. Tylko ono wie, jak to jest być nim i zarazem być osobą transpłciową czy niebinarną. Rozmowa z dzieckiem jest rozwiązaniem idealnym, bo najlepiej dopasowanym do Waszej sytuacji. Niezwykle ważne jest to, by uzmysłwić sobie, jak wiele mamy mylnych przekonań i jak mało wiedzy na temat transpłciowości.

Nikt nas nie uczył, czym jest tożsamość płciowa, a czym transpłciowość itd. Za to mnóstwo osób wokół (media, instytucje) przemycą w swoich komunikatach uprzedzenia, strachy i opinie, nazywając je wiedzą. Pamiętaj jednak, że Twoje dziecko nie musi mieć ochoty na edukowanie Ciebie i rozmowy o transpłciowości. I to też jest w porządku.

OPINIA TO NIE WIEDZA

Podkreślamy to celowo – opinia to nie wiedza. Dzieci transpłciowe mogą posiadać wiedzę na temat transpłciowości. Jednak problemem dzieci jest to, że nie mają prawa głosu. My, dorośli nie wierzymy dzieciom, że wiedzą coś na tak poważny temat, jakim jest transpłciowość.

Dorośli często zachowują się tak, jakby dzieci nie miały praw, za to dorośli – pełnię władzy nad nimi. Oczywiście, że rodzice mają doświadczenie osoby dorosłej, ale bycie dorosłym nie oznacza posiadania wiedzy na każdy temat. Władza nad dzieckiem i wiedza to dwie różne sprawy. Można być dorosłym, nie mieć żadnej wiedzy na temat transpłciowości, a posiadać władzę nad dzieckiem. Wiele dorosłych osób, nie tylko rodziców (!), uważa, że skoro oni sami nie mają żadnej wiedzy na temat transpłciowości, to dziecko (zwłaszcza przed ukończeniem 18. roku życia) nie może jej mieć na pewno. A jak nie ma wiedzy, to nie wie, czy jest transpłciowe. Z taką logiką dorosłych mierzą się czasem dzieci tych dorosłych. Paradoks tej sytuacji polega na tym, że władza rodzicielska powinna opierać się na wiedzy i doświadczeniu rodzica. Często jednak to fakt posiadania władzy rodzicielskiej sprawia, że to, co mówi rodzic, jest uznawane za wiedzę i doświadczenie.

1.1 Tożsamość człowieka

Każdy człowiek ma swoją tożsamość, która kształtuje się stopniowo w trakcie zdobywania różnych, życiowych doświadczeń. Tożsamość, czyli to, kim jestem, jest wypadkową ogromu czynników, m.in. kultury, tradycji, pochodzenia, wiary, wychowania, socjalizacji, czynników biologicznych, przeżyć, relacji itd. Ewoluuje w czasie – gdy dojrzewamy, podejmujemy pracę, dokonujemy wyborów, zdobywamy nowe umiejętności, wykorzystujemy możliwości albo przyjmujemy swoje ograniczenia.

Każdy z nas ma określoną **tożsamość płciową**. Jedna osoba powie o sobie: „jestem kobietą”, inna: „jestem mężczyzną”, kolejna: „jestem czasem kobietą, jestem czasem mężczyzną. Tak się czuję, taka jest moja tożsamość płciowa”. Nie ma znaczenia, czy przy narodzinach zostaliśmy oznaczeni jako „płeć żeńska” czy „płeć męska”. Jeśli urodziłaś się jako osoba z oznaczeniem „kobieta” i tak właśnie się czujesz, tak się określasz – to świetnie. Ale kiedy dowiedziałaś się, że jesteś kobietą? Kiedy zdałaś sobie sprawę z tego, co znaczy bycie kobietą? To nie jest tak, że myślimy sobie: „mam macicę, to znaczy, że jestem kobietą”. Przecież kobieta bez macicy to też kobieta, prawda? Mam piersi – to jestem kobietą? Mnóstwo kobiet jest po amputacji piersi. Czy przestały być kobietami? Nie. Tożsamość płciowa nie jest zapisana w narządach płciowych. Nie jest zapisana w biuście. Nie wiemy, gdzie jest zapisana. Badamy, szukamy, ale jeszcze tego nie wiemy. Nie znając odpowiedzi na pytanie, gdzie jest zapisana tożsamość płciowa człowieka, wiemy tylko, że to proces, a nie stan zastany. Wiemy, że osoba dorastając, w odpowiednim dla siebie czasie odkrywa, ale i tworzy kolejne warstwy swojego „ja”. Wychowanie, geny, rodzina, otoczenie – to wszystko ma oczywiście na nas wpływ, ale nie w kategorii „tworzenia własnej tożsamości”, lecz rozwijania tego, z czym przyszliśmy na świat. Niezależnie od tego, z jakim oznaczeniem płci się rodzimy, każdy z nas w pewnym momencie zdaje sobie sprawę ze swojej tożsamości płciowej. Jedne osoby zdają sobie sprawę wcześniej, inne później.

Wielu rodziców mówi: „nic nie wskazywało na to, że moje dziecko jest chłopcem”. Ale co miało na to wskazywać? Czy małe dziecko miało przyjść i powiedzieć, że nie zgadza się z płcią nadaną mu przy urodzeniu? Małe dzieci nie wiedzą, że „tylko dziewczynki bawią się lalkami”. Bawiło się nimi, bo miało do nich dostęp? Może lubi zabawy lalkami? Może ulubiona koleżanka też lubiła lalki? Małe dzieci nie wiedzą, jakiej płci są zabawki. Bawią się tym, co mają w zasięgu ręki. Jeśli pani w przedszkolu daje dziewczynkom do zabawy garnki, to dziewczynki bawią się garnkami. Dopiero z czasem uczą się, że mają interesować się tymi garnkami. Są za to nagradzane. Nie zauważyliśmy, jaką tożsamość płciową ma nasze dziecko, gdyż po pierwsze: nie zwracaliśmy na to uwagi. Po drugie: tożsamość człowieka kształtuje się wraz z upływem lat. Po trzecie: dziecko nie wiedziało, jaka jest jego tożsamość płciowa. Dzieci uczą się siebie i świata nieświadomie, w swoim tempie. Jest w tym pewna tajemnica rozwoju człowieka. Dziecko nie analizuje swoich działań przez nazywanie ich czy etykietowanie. To jest zajęcie dla dorosłych, którzy próbują zrozumieć tajemnicę rozwoju człowieka.

Jesteśmy uwarunkowani podziałem na kolor niebieski w opozycji do różowego. Chyba nie ma barw tak bardzo przypisanych do płci, jak właśnie te dwie. W latach 70. XX wieku przeprowadzono badanie Baby X⁴. Polegało ono na trzymaniu na rękach niemowlęcia ubranego w ubranka koloru różowego lub niebieskiego. Gdy dziecko ubrane na niebiesko płakało, osoba badana sądziła, że dziecko się złości. Gdy płakało dziecko ubrane na różowo, to płaczowi nie przypisywano złości jako powodu do płaczu. Częściej też dawano do zabawy lalkę dziecku ubranemu na różowo, a ciążarówkę dziecku ubranemu na niebiesko.

I tak dochodzimy do pierwszego terminu. Kiedy osoba dorasta, w pewnym momencie dostrzega swoją tożsamość płciową. Powtarzamy, tożsamość płciowa to proces, nie rezultat. Czasem tożsamość jest tożsama z naszymi narządami płciowymi, czasem nie. Jeśli nie jest tożsama, to wtedy mówimy o **transpłciowości**, czyli o niezgodności z płcią nadaną przy urodzeniu.

4] Seavey CA, Katz PA, Zalk SR. Baby X. Sex Roles 1975; 1: 103-109.

1.2 Terminologia bez tajemnic – pierwsze kroki w świecie tożsamości płciowej

Na końcu poradnika znajdziesz słownik. Tutaj poznasz pojęcia, które są niezbędne, aby zrozumieć świat Twojego transpłciowego czy niebinarnego dziecka.

TRANSPŁCIOWOŚĆ (OSOBY TRANSPŁCIOWE) JEST TERMINEM PARASOŁOWYM⁵, OZNACZA NIEZGODNOŚĆ TOŻSAMOŚCI PŁCIOWEJ Z PŁCIĄ NADANĄ PRZY URODZENIU NA PODSTAWIE NARZĄDÓW PŁCIOWYCH. W DAWNEJ LITERATURZE SPOTKACIE SIĘ Z POJĘCIEM „TRANSSEKSUALIZM”.

CISPŁCIOWOŚĆ (OSOBY CISPŁCIOWE) – W UPROSZENIU TO PRZECIWIENSTWO TRANSPŁCIOWOŚCI. TOŻSAMOŚĆ PŁCIOWA OSOBY CIS JEST ZGODNA PRZES CAŁY CZAS Z PŁCIĄ NADANĄ PRZY URODZENIU. OSOBA CIS NA OGÓŁ MOŻE PREZENTOWAĆ SIĘ W JAKIKOLWIEK SPOSÓB, WŁĄCZAJĄC W TO UBIÓR LUB ZACHOWANIA ZWIĄZANE Z PŁCIĄ PRZECIWNĄ.

NIEBINARNOŚĆ (OSOBY NIEBINARNE), PO ANGIELSKU NON-BINARY (CZASEM UŻYWA SIĘ OKREŚLENIA ENBY, CZYTAJ: ENBI) JEST TERMINEM PARASOŁOWYM. OZNACZA NIEZGODNOŚĆ TOŻSAMOŚCI PŁCIOWEJ Z PŁCIĄ NADANĄ PRZY URODZENIU NA PODSTAWIE WIDOCZNYCH NARZĄDÓW PŁCIOWYCH I JEDNOCZEŚNIE INFORMUJE, ŻE DANA OSOBA NIE OKREŚLA SIĘ JEDNOZNACZNIE ANI JAKO KOBIETA, ANI JAKO MĘŻCZYZNA (CZYLI NIE OKREŚLA SIĘ BINARNIE). O NIEBINARNOŚCI PRZECZYTASZ W OSOBNYM ROZDZIALE TEGO PORADNIKA.

DYSFORIA PŁCIOWA – NEGATYWNE, OBCIĄŻAJĄCE, STAŁE (PRZYJMUJE SIĘ OBECNIE, ŻE TRWAJĄCE MINIMUM 6 MIESIĘCY) POCZUCIE NIEAKCEPTOWANIA WŁASNEGO CIAŁA – CAŁEGO LUB CZĘŚCI, KTÓRE DLA DANEJ OSOBY WIĄŻĄ SIĘ Z PŁCIOWOŚCIĄ⁶. JAKIE CZĘŚCI CIAŁA WIĄŻĄ SIĘ Z PŁCIOWOŚCIĄ? DLA KAŻDEGO MOGĄ BYĆ INNE.

5] Parasolowy (od słowa: parasol) – termin, którego znaczenie jest szersze i obejmuje więcej terminów szczegółowych. Po polsku powiemy inaczej: hiperonim.

6] Uwaga na funkcjonujący mit! Nie chodzi wyłącznie o biust i narządy płciowe – absolutnie nie albo absolutnie nie tylko o te części ciała. Nie sprowadzamy wszystkiego do piersi!

DLA JEDNEJ OSOBY – NISKI WZROST TRANSPŁCIOWEGO CHŁOPAKA (ZDEFINIUJMY – NISKI, CZYLI MIERZĄCY ILE CENTRYMETRÓW?) BĘDZIE POWODEM DYSFORII PŁCIOWEJ. ZWYKLE W NASZYM SPOŁECZEŃSTWIE PRZYJMUJE SIĘ, ŻE CHŁOPAK MUSI BYĆ WYSOKI, A NA PEWNO POWINIEN BYĆ WYŻSZY OD SVOJEJ POTENCJALNEJ DZIEWCZNY (ÓW CHŁOPAK MOŻE BYĆ PRZECIEŻ OSOBĄ HOMOSEKSUALNĄ). DLA INNEJ OSOBY NISKI WZROST BĘDZIE KOJARZYŁ SIĘ Z... RODZINĄ, BO BĘDZIE CECHĄ ŁĄCZĄCĄ WSZYSTKIE OSOBY Z TEJ RODZINY. JAK WIDAĆ, WZROST MOŻE MIEĆ WIELE WSPÓLNEGO Z PŁCIĄ. NA DYSFORIĘ MOGĄ WPŁYWAĆ RÓWNIEŻ: MAŁY LUB DUŻY ROZMIAR STÓP, DUŻE DŁONIE, SZEROKIE BIODRA (ALE, CO TO ZNACZY SZEROKIE?), NISKI LUB WYSOKI GŁOS, OKRĄGŁA TWARZ ITD.

DYSFORIĘ MOŻE URUCHAMIAĆ U KAŻDEGO COŚ INNEGO. PYTAJ, NIC NIE ZAKŁADAJ Z GÓRY. TO, CO TOBIE MOŻE KOJARZYĆ SIĘ Z PŁCIOWOŚCIĄ, NIE MUSI KOJARZYĆ SIĘ TAK SAMO TWOJEMU DZIECKU. PAMIĘTAJ, ŻEBY UGRYŹĆ SIĘ W JĘZYK, GDY WPADNIE CI DO GŁOWY WSKAZANIE DZIECKU TAKIEJ CZY INNEJ CECHY JAKO CZEGOŚ, CO MOGŁOBY POWODOWAĆ DYSFORIĘ. MOŻE SIĘ OKAZAĆ, ŻE DZIECKO NIE MIAŁO DYSFORYJNYCH ODCZUĆ ODNOŚNIE DO DANEJ CECHY, DO MOMENTU, GDY KTOŚ WSKAZAŁ JĄ PALCEM.

Dysforia płciowa a transpłciowość

Jeśli ktoś odczuwa dysforię płciową, to nie oznacza, że musi być osobą transpłciową. **Jednak prawie zawsze dysforia oznacza transpłciowość. Jeśli jedynym sposobem leczenia dysforii płciowej jest tranzycja, to znaczy, że osoba z dysforią powinna przejść tranzycję.**

Mówiąc obrazowo – każdy musi mieć jakieś opakowanie swojego „ja”. Jedni bardziej akceptują swoje ciało, a inni mniej (transpłciowość nie ma tu znaczenia). Pewne części ciała możemy skorygować, innych jeszcze nie (między innymi aspekt finansowy). Jedne osoby chcą zająć się głosem, inne potrzebują więcej zmian. Są osoby transpłciowe, które nie odczuwają dysforii płciowej i nie oznacza to, że ich transpłciowość jest gorsza czy nieprawdziwa. Tak samo jest wśród

osób cisplciowych – kobieta cis w koszuli w kratę i z małym biustem nie jest mniej czy bardziej kobietą niż ta, która nosi sukienki do ziemi, ale ma łokieć w smarze, bo reperuje motocykle.

Drogi Rodzicu – nasilenie dysforii u Twojego dziecka nie decyduje o tym, czy jest ono bardziej transplciowe czy mniej. Dysforia płciowa nie ma zbyt wiele wspólnego z argumentem: „Ja w wieku mojego dziecka też nienawidziłam patrzeć w lustro”. Osoby cisplciowe nie mają dysforii płciowej w okresie dojrzewania płciowego. To nie strach czy odczuwanie dyskomfortu, z powodu dostania okresu i nierozumienia, co się dzieje z ciałem. Dysforia płciowa z powodu rozwijania drugorzędowych cech płciowych jest chyba najbardziej podstawowym znakiem bycia osobą transplciową. Cisplciowi chłopcy nie robią sobie krzywdy, kiedy zaczyna im rosnąć broda albo przechodzą mutację.

Kolejnym ważnym tematem w kontekście dysforii płciowej jest mit, że osoby autystyczne mogą odczuwać dysfориę płciową, ponieważ czasem trudniej im przychodzi akceptowanie zmian zachodzących w ich ciele⁷. Czy takie łączenie autyzmu z transplciowością ma sens? Nie ma. Ten argument pojawia się wyłącznie wtedy, gdy próbuje się znaleźć powód na odmowę podjęcia tranzycji medycznej u osób autystycznych. Znasz jakieś cisplciowe osoby autystyczne? Dorosłe, młode, starsze – obojętnie. Ile z tych osób ma dysfориę płciową?

Dysforia płciowa może być dysfориą płciową społeczną. Jest to typ dysforii płciowej i może powodować większą depresję czy zachowania autoagresywne niż dysforia cielesna. Są osoby transplciowe, które mają mniejsze lub większe nasilenie dysforii płciowej. Jednocześnie osoby te nie potrzebują w domu lub w miejscu, gdzie czują się bezpiecznie, noszenia np. bindera dla skorygowania wyglądu klatki piersiowej. I to znowu nie świadczy o tym, czy dana osoba jest bardziej transplciowa czy mniej. Jedni będą chodzić w bluzie z kapturem przy 30 stopniach, żeby ukryć swoje ciało, a drudzy nie będą nosić bindera, bo w ich przekonaniu: „wszyscy będą wiedzieć, że jestem osobą transplciową”. Teraz wiesz,

7] Cooper K, Mandy W, Butler C, Russel A. The lived experience of gender dysphoria in autistic adults: an interpretative phenomenological analysis. *Autism* 2022; 26(4): 963-974.

jak wiele kryje się za terminem „dysforia płciowa”. Tym, jak pomóc dziecku, które ma dysfориę płciową, zajmiemy się w rozdziale poświęconym tranzycji (część 4).

PRZECIWIENSTWEM DYSFORII PŁCIOWEJ JEST EUFORIA PŁCIOWA – ZADOWOLENIE Z WŁASNEGO CIAŁA W KONTEKŚCIE PŁCIOWOŚCI LUB ZADOWOLENIE Z JAKICHŚ JEGO ELEMENTÓW. W TYM KONTEKŚCIE ŁATWO O MYLNE PRZEKONANIE, ŻE EUFORIA PŁCIOWA TO KONIEC WSZELKICH PROBLEMÓW I WYSTARCZY TYLKO ZACZAĆ BRAĆ HORMONY LUB ZROBIĆ JEDYNKĘ⁸, ABY WYLECZYĆ DYSFORIĘ.

Ani korekta płci, ani hormony nie rodzą euforii płciowej. Czasem pojawia się zadowolenie, ale – jak to w życiu – przyzwyczajamy się do tego, co mamy, i jeśli nam to coś już nie przeszkadza, to po jakimś czasie zapominamy o tym. A codzienne problemy pozostają albo pojawiają się nowe. Dlatego ważne jest, aby rodzice pamiętali, że dziecko po jedynce może być na fali „efektu wow” przez jakiś czas, ale w końcu euforia opadnie. To nie znaczy, że „już się nie cieszy”, ani że „może to nie było to, czego potrzebowało”. To znaczy, że korekta płci to nie wszczepianie różowych okularów, a jedynie jeden ze sposobów radzenia sobie z dysfориą płciową.

Mają miejsce sytuacje, kiedy rodzice wpadają w eufориę płciową. Wielu z nich chce zrobić wszystko i robi wszystko, aby dysforia płciowa opuściła ich dziecko. Zdarza się, że wpadają w amok euforyczny, na przykład gdy transpłciowa córka jest wyoutowana w rodzinie i rodzice zachowują się w następujący sposób:

- ▶ niemal codziennie kupują jej kwiaty bo, „dziewczyny kochają rośliny!”;
- ▶ zamawiają różowe bluzeczki, bo „są takie dziewczęce!”;
- ▶ na każdym kroku powtarzają: „Jesteś moją najpiękniejszą córeczką” (choć wcześniej mówili po prostu „weź się ogarnij i ubierz po ludzku”).

Wspieranie dziecka w walce z dysfориą jest bezcenne, ale ważne, by nie wpaść w pułapkę – nie wykreujemy świata, który nie istnieje. Osoba transpłciowa

8] Jedynka – potoczne określenie operacji mastektomii, rekonstrukcji klatki piersiowej. Najczęściej używa się tego terminu w odniesieniu do transpłciowych chłopców/mężczyzn oraz do niebinarnych osób transmęskich.

po korekcie płci nie wymaże swojej transpłciowości ze swojego doświadczenia. Osoba transpłciowa będzie zawsze osobą z doświadczeniem transpłciowości. Kiedy Twoja transpłciowa córka zapyta, jak wygląda w danej fryzurze, to nie mów: „Jesteś najpiękniejsza na świecie i we wszystkim Ci ładnie, a w tym szczególnie”, ale potraktuj tę młodą osobę po prostu jak córkę, która chce fajnie wyglądać. Nie wypychaj jej w świat lalki Barbie, jeśli jej taki świat nie odpowiada. Powiedz, co jej pasuje, co podkreśla te cechy wyglądu, które chce podkreślić. Transpłciowość nie ma tutaj znaczenia.

EKSPRESJA PŁCIOWA – NIE ŚWIADCZY O TOŻSAMOŚCI PŁCIOWEJ CZŁOWIEKA. TO NASZ SPOSÓB WYRAŻANIA SIEBIE I SVOJEJ TOŻSAMOŚCI PŁCIOWEJ. JEST POŁĄCZENIEM GUSTU, SPUSCIZNY PO NAJBLIŻSZYCH I WYOBRAŻENIA O NAS SAMYCH. JEST ZWIĄZANA Z WYCHOWANIEM ORAZ WZORAMI, JAKIE OTRZYMALIŚMY W DZIECIŃSTWIE CZY MŁODOŚCI. JEŚLI W DANEJ RODZINIE WSZYSTKIE KOBIETY NOSZĄ SUKIENKI I NIE DO POMYŚLENIA JEST, BY ZAŁOŻYŁY SPODNIĘ, TO NA PEWNO ZNAJDZIE TO ODZWIERCIEDLENIE W NASZEJ EKSPRESJI PŁCIOWEJ. EKSPRESJA PŁCIOWA TO SPOSÓB, W JAKI MÓWIMY, NASZA FRYZURA, UBRANIA I BUTY, KTÓRE ZAKŁADAMY. TO NASZ MAKIJAŻ LUB JEGO BRAK.

KWESTIONOWANIE PŁCI – POLEGA NA EKSPLOWRÓWANIU I/LUB PODWĄŻANIU PŁCI NADANEJ PRZY URODZENIU, CZASEM TAKŻE BEZ POTRZEBY DEFINIOWANIA TOŻSAMOŚCI PŁCIOWEJ LUB/I BEZ POTRZEBY INFORMOWANIA O NIEJ. PROCES TEN MOŻE DOTYCZYĆ MAŁYCH DZIECI, KTÓRE NIE MAJĄ DOSTĘPNYCH ZASOBÓW WIEDZY LUB SŁÓW, BY SIĘ OKREŚLAĆ. CZASEM JEST TO PO PROSTU ZASTANAWIANIE SIĘ. TO ŚWIADOME TRAKTOWANIE ZMIAN I STANÓW, JAKIE SIĘ W NAS DZIEJĄ. KWESTIONOWANIE PŁCI NIE MUSI BYĆ SYGNAŁEM DO BYCIA OSOBĄ TRANSPŁCIOWĄ (W PRZECIWIENSTWIE DO DYSFORII PŁCIOWEJ). KTOŚ MOŻE KWESTIONOWAĆ SWOJĄ PŁEĆ I W KOŃCU STWIERDZIĆ, ŻE JEST CISPŁCIOWĄ KOBIETĄ ALBO JEST DEMI-DZIEWCZYNĄ⁹.

9] Demi-dziewczyna (ang. demi-girl, demi 'pół') osoba, która odczuwa siebie częściowo (w przeciwieństwie do: w pełni) jako dziewczyna/kobieta, bez względu na płeć nadaną przy urodzeniu.

Coming out dziecka wymusza naukę nowych pojęć. Jest to naturalne, gdy wchodzimy na teren do tej pory nieznany. Musimy nauczyć się nowych terminów, żeby zrozumieć, czym jest transpłciowość. Chodzi tu o coś więcej niż same słowa. Ważne jest znaczenie, które się za nimi kryje.

KOLEJNE WAŻNE POJĘCIE, KTÓRE NALEŻY ZNAĆ I ROZUMIEĆ, TO KOREKTA PŁCI. DLACZEGO STWIERDZENIE „ZMIANA PŁCI” JEST NIEPOPPRAWNE? WEDLE DZISIEJSZEJ WIEDZY MEDYCZNEJ, PŁCI NIE DA SIĘ ZMIENIĆ. NIE DA SIĘ SPRAWIĆ, ABY OSOBA, ZMIENIŁA SWOJĄ TOŻSAMOŚĆ PŁCIOWĄ, CZY TO KIEROWANA MOTYWACJAMI ZEWNĘTRZNYMI (METODY KONWERSYJNE, PROŚBY BABCI, ITD.), CZY WEWNĘTRZNYMI (BYŁOBY ŁATWIEJ, TAK MI SIĘ MARZY ITD.). DZISIAJ NIE MA CZEGOŚ TAKIEGO JAK ZMIANA PŁCI. I TO NIE CHODZI O SAMO SŁOWO, LECZ O WSZYSTKO, CO STOI ZA TYM SŁOWEM.

Osoba transpłciowa **nie zmienia płci**. Transpłciowy chłopiec jest chłopcem od urodzenia, ale został przy urodzeniu oznaczony jako dziewczynka, bo miał stereotypowo żeńskie narządy płciowe. Transpłciowa dziewczynka **nie zmienia płci**. Ona urodziła się jako dziewczynka, ale miała narządy płciowe stereotypowo męskie. Tożsamość płciowa nie jest umiejscowiona w narządach płciowych. To nie jest tak, że gen bycia mężczyzną jest w penisie. Płeć jest w głowie. Niestety przy narodzinach lepiej widać penisa niż zawartość czaszki. Zwłaszcza, że dzisiaj nie wiemy, gdzie szukać tego genu czy nerwu – czegokolwiek definiującego tożsamość płciową, świętego Graala wypatrywanego przez rodziców na badaniach krwi, rezonansach i kozetkach specjalistów.

Osoba transpłciowa **nie zmienia płci**, lecz ją koryguje, tj. dostosowuje ciało (w różnym zakresie) do płci odczuwanej. Dziecko **nie zmienia płci**, lecz odkrywa swoją tożsamość płciową. Osoba transpłciowa **nie podejmuje decyzji** o byciu kobietą lub mężczyzną bądź osobą niebinarną. Ona odkrywa, kim już dzisiaj jest, a nie kim chce być. Chce być po prostu sobą. O korekcie płci przeczytasz więcej w rozdziale o tranzycjach (część 4).

Chwila dla Ciebie

Kiedy sam zastanawiałeś się nad swoją tożsamością płciową?

Jesteś kobietą, bo.....
.....
.....

Wiem, że jestem mężczyzną, bo.....
.....
.....

NIEHETERONORMA, NIEHETERONORMATYWNOŚĆ

(OSOBA NIEHETERONORMATYWNA) – POTOCZNE OKREŚLENIE OSÓB NALEŻĄCYCH DO SPOŁECZNOŚCI **LGBT+**. JEDNAK W TYM OKREŚLENIU „NORMA” NIE OZNACZA „NORMALNY/NORMALNA”, A ODNOSI SIĘ DO NORMY SPOŁECZNEJ UZNAWANEJ PRZEZ STATYSTYCZNĄ WIĘKSZOŚĆ OSÓB, TZN. ŻE W SPOŁECZEŃSTWIE PRAWDOPODOBNIE JEST WIĘCEJ OSÓB CISPŁCIOWYCH I OSÓB HETEROSEKSUALNYCH. „MÓJ SYN JEST NIEHETERONORMATYWNY” OZNACZA, ŻE MÓJ SYN JEST OSOBĄ HOMOSEKSUALNĄ LUB TRANSPŁCIOWĄ, A MOŻE JEDNĄ I DRUGĄ. POJAWIA SIĘ WIELE MOŻLIWOŚCI. CZASEM TO SŁOWO MOŻE NAM POSŁUŻYĆ, GDY NIE CHCEMY WCHODZIĆ W SZCZEGÓŁY I OPOWIADAĆ O NASZYM DZIECKU. WÓWCZAS WYSTARCZY POWIEDZIEĆ, ŻE MAM TROJE DZIECI, JEDNO JEST NIEHETERONORMATYWNE. JEDNAK TO OKREŚLENIE UTWIERDZA SPOŁECZNE PRZEKONANIE, ŻE BYCIE OSOBĄ HETEROSEKSUALNĄ JEST OBOWIĄZUJĄCĄ NORMĄ. A PRZECIEŻ NIE JEST. POWIELAJĄC STEREOTYPY, UTRWALAMY JE. DOBRZE WIĘC STOSOWAĆ JE Z UMIAREM I SZCZEGÓLNĄ REFLEKSJĄ.

W różnych społeczeństwach mogą funkcjonować różne normy. Często binarne, heteroseksualne osoby transpłciowe mieszczą się w pojęciu „heteronormy”. Na przykład w Iranie binarna kobieta transpłciowa, która jest heteroseksualna,

jest akceptowana bardziej niż cispłciowy, homoseksualny mężczyzna, bo bycie binarnym pasuje do „heteronormy”. Osoby niebinarne nie znajdują się w heteronormie, bo ich egzystencja psuje cały koncept „heteronormy”. Możesz usłyszeć potoczne określenie cishet. To popularne, skrótowe określenie cispłciowego heteroseksualnego mężczyzny lub cispłciowej heteroseksualnej kobiety.

1.3 Niebinarność

Niebinarność to słowo parasol. Oznacza niezgodność między płcią nadaną przy urodzeniu z płcią odczuwaną, przy czym płeć odczuwana nie jest płcią binarną. Mówiąc prościej, osoba niebinarna to osoba, której tożsamość płciowa jest inna od płci nadanej przy urodzeniu i ta osoba nie określa się jednoznacznie jako kobieta bądź jako mężczyzna. Tożsamości niebinarne są niezwykle liczne.

Tu kilka z nich:

- ▶ **Agender** (apłciowość) – osoba nie odczuwa żadnej płci, nie czuje się ani mężczyzną, ani kobietą, ani nikim innym;
- ▶ **Genderfluid** (płeć „płynna”, innymi słowy: zmienna) – osoba ma płeć, która jest płynna, zmienia się z pewną regularnością. Zmiana może zachodzić na przestrzeni miesięcy (np. w styczniu osoba czuła się dziewczyną, a w lutym dziewczyną i chłopakiem), dni albo jakiegokolwiek innej jednostki czasu. Bycie genderfluid to nie to samo co kwestionowanie płci, osoba genderfluid jest pewna swojej płci i może zmieniać zaimki albo imię w zależności od tego, kim się czuje w danym momencie;
- ▶ **Bigender** (bipłciowość, dwupłciowość) – odczuwanie dwóch płci, zwykle rozumiane jako odczuwanie ich w tym samym czasie. Mogą to być płcie binarne (osoba odczuwa jednocześnie płeć męską i żeńską) lub niebinarne (osoba czuje się jednocześnie agender i częściowo dziewczyną, demi-girl);
- ▶ **Multigender/polygender** (multiplciowość, poliłciowość) – słowo parasol. Osoba multigender odczuwa więcej niż jedną płeć, tzn. dwie, trzy albo wszystkie możliwe płcie. Przeciwnieństwem multiplciowości jest monopłciowość, która oznacza odczuwanie tylko jednej płci;
- ▶ **Xenogender** (xeno – z gr. obcy) – termin używany na określenie płci nietradycyjnych, często w celu głębszego rozróżnienia od społecznej binarności płci.

DEMIBOY

to osoba, która swoją tożsamość płciową określa, nie w pełni, lecz częściowo, jako męską, bez względu na płeć nadaną przy urodzeniu.



DEMIGIRL

to osoba, która swoją tożsamość płciową określa, nie w pełni, lecz częściowo, jako żeńską bez względu na płeć nadaną przy urodzeniu.



Rodzicu! Dobra wiadomość jest taka, że większość osób niebinarnych używa po prostu określenia *nonbinary* bez specyficznych etykietek. Nie musisz znać ich wszystkich na pamięć!

Czy osoba niebinarna jest osobą transplciową? Czy można być osobą niebinarną i nie być osobą transplciową?

Tak i nie. Osoba transplciowa to osoba, której tożsamość płciowa nie odpowiada płci nadanej przy urodzeniu, a osoba niebinarna to osoba, której tożsamość płciowa nie odpowiada płci nadanej przy urodzeniu – i to powtórzenie nie jest przypadkowe. Czyli z definicji osoba niebinarna jest osobą transplciową, co wynika też z prostego faktu, że najpierw dowiedzieliśmy się o istnieniu osób transplciowych binarnych, a dopiero potem dotarło do nas, że „Hej! Nie trzeba być osobą binarną! Można być osobą niebinarną!”. Więc niebinarność jest pod parasolem transplciowości i zwyczajowo używa się terminu „transplciowość” dla wspólnego określenia społeczności osób transplciowych i niebinarnych. Bardzo często piszemy „osoby transplciowe”, bo tak jest krócej, zamiast „osoby transplciowe i osoby niebinarne”.

Tyle mówi definicja i przyzwyczajenie. Ale spotkacie się ze stwierdzeniem: „Nie jestem osobą transplciową. Jestem osobą niebinarną”. Czy taka osoba ma rację? Oczywiście, że tak! Tożsamość człowieka to jak ubranie szyte na miarę. Jeśli określenie „osoba niebinarna” lepiej definiuje naszą tożsamość płciową, to znaczy, że tak właśnie jest. Dlatego jedne osoby mówią o sobie „jestem osobą transplciową, niebinarną”, a inne „nie jestem osobą transplciową, jestem osobą niebinarną”. Dużo osób, które mówią, że są niebinarne, a nie transplciowe, stosują to rozróżnienie, bo nie robią tranzycji. Osoby niebinarne, które przechodzą tranzycję, prawie zawsze uznają się za transplciowe.

1.4 Tożsamość płciowa i orientacja psychoseksualna

O tożsamości płciowej przeczytałeś już w jednym z poprzednich rozdziałów. Czas na orientację psychoseksualną. Te dwie kwestie są dość często mylone. Tożsamość płciowa wskazuje na to, kim jesteśmy. Orientacja psychoseksualna mówi o tym, kto nas pociąga, z kim realizujemy potrzeby psychoseksualne. Tożsamość płciowa i orientacja psychoseksualna są niezależne od siebie. Razem są częścią tożsamości człowieka. Wachlarz połączeń tożsamości i orientacji nie ma końca. Można być transpłciowym mężczyzną o orientacji biseksualnej, osobą transżeńską o orientacji panseksualnej¹⁰ lub osobą cispłciową o orientacji heteroseksualnej. Każdy z nas ma własną tożsamość płciową i własną orientację psychoseksualną. Jedna i druga jest procesem.

Jeśli to wszystko, co przeczytałeś do tej pory, wydaje Ci się zbyt teoretyczne w odniesieniu do Twoich potrzeb, to się nie martw! Powoli przechodzimy do konkretów i codzienności życia rodzica. Bez tej teorii na początku byłoby trudno zrozumieć dalsze części.

10] Osoba panseksualna – osoba, która zawiera relacje z osobami bez względu na płeć tych osób.

1.5 Role płciowe i indywidualne doświadczenia

Była już mowa o ekspresji płciowej i tożsamości płciowej. Jednak na płęć możemy spojrzeć jeszcze szerzej. Mamy role płciowe i te role odgrywa każdy/każda/każde z nas. Na przestrzeni lat zmieniają się dość często. Jesteś kobietą, w pewnym wieku bardzo władczą, o zdecydowanych poglądach i charakterze, a pewnego dnia mówisz: „Mam dość brania odpowiedzialności za wszystkich, chcę być niczym Zosia z Pana Tadeusza i chcę cieszyć się beztroską!”. Ba! Możesz zmieniać role w ciągu dnia albo w nowym otoczeniu. W pracy możesz być zdecydowanym samcem alfa, ale wśród znajomych zmieniać się w najbardziej przytulaśnego miśka świata. Role płciowe do czegoś nam służą i nie ma nic złego w tym, że je zmieniamy wedle własnych potrzeb.

Indywidualne doświadczenia również mogą wpływać na poczucie płci. Bycie naukowczynią z oszałamiającym dorobkiem naukowym, osobą z niepełnosprawnością, gejem, który pochodzi z bardzo ubogiej rodziny, borykającej się na co dzień z problemami finansowymi – wszystkie te okoliczności mogą wpływać na poczucie płci. Może być tak, że braterstwo czy siostrzeństwo znajdziesz we wspólnym doświadczeniu bycia kobietą z niepełnosprawnością i nie będzie miało znaczenia, że Ty jesteś lesbijką, a koleżanka jest transpłciową, heteroseksualną kobietą. Połączy Was fakt bycia kobietą z niepełnosprawnością.

Splotów relacji, doświadczeń, orientacji, tożsamości może być mnóstwo i to sprawia, że każdy z nas jest inny. Doświadczenie płci każdej osoby jest inne i zmienne na przestrzeni lat.

Chwila dla Ciebie

- Jaka jest Twoja ekspresja płciowa w pracy, a jaka w klubie sportowym?
Jaka w dni robocze, a jaka w weekend?

.....

.....

.....

.....

- ▶ Jaką rolę płciową odgrywasz w szkole swojego dziecka, w banku, a jaką na wakacjach?

.....

.....

.....

- ▶ Jakie jest Twoje doświadczenie osobiste płci? Z kim je dzielisz? Z kobietami po mastektomii czy mężczyznami, którzy są ojcami dzieci w spektrum autyzmu?

.....

.....

.....

Role płciowe oraz osobiste doświadczenia są istotne również, gdy mówimy o transpłciowości. Rodzice czasem są tak zajęci tematem tranzycji, tak bardzo skoncentrowani na celu, jakim jest zmiana oznaczenia płci, że zapominają, że każda płeć ma w społeczeństwie przypisany cały wachlarz zachowań i cech dozwolonych albo wymaganych od osób danej płci. Cech, które są zakazane dla osób płci męskiej, ale wymagane od osób płci żeńskiej. Bywa tak, że osoby transpłciowe odkrywają społecznie narzucone prawa w sposób nagły i brutalny. Transpłciowa kobieta może być zaskoczona, gdy otrzyma niższe wynagrodzenie od kolegi o takich samych kompetencjach i obowiązkach, albo że wymagania względem wyglądu są w społeczeństwie dużo bardziej wyśrubowane wobec kobiet niż wobec mężczyzn.

1.6 Dlaczego współczesne dzieci szukają swojej płci – na podstawie książki *Mów do mnie ono*

Wróć na chwilę do swoich czasów nastoletnich. Czy zadawałeś sobie kiedykolwiek pytanie o swoją płęć? Czy pytałaś sama siebie, czy to, co czujesz odnośnie do swojej płci, to jest to? Okazuje się, że niektóre osoby dopiero mając 47 lat i więcej, podczas zajęć Akademii Zaangażowanego Rodzica organizowanej przez My, Rodzice – Stowarzyszenie matek, ojców i sojuszników osób LGBTQIA, uświadamiają sobie, że były tak mocno wciśnięte w rolę dziewczynki, że do głowy by im nie przyszło, że mogą to zakwestionować, podważyć, podać w wątpliwość... Nie wiedziały, że można się nad tym w ogóle zastanawiać! Nie miały takich kompetencji i przestrzeni do rozmyślań. Żyły głęboko zakorzenione w stereotypach. Na szczęście świat się zmienił i teraz już każda osoba świadomie może określić, w jakiej płci czuje się najlepiej i w jaki sposób chce ją wyrażać. Wiek nastoletni jest czasem na eksperymentowanie i poszukiwanie odpowiedzi na pytania: kim jestem i kim chciałbym/chciałabym/chciałobym być, również w kontekście tożsamości płciowej i orientacji psychoseksualnej. Wiek rozpoczęcia poszukiwania przesunął się i obecnie w ten proces wchodzi już osoby w wieku 9–11 lat. Powszechnie wiadomo, że jest to związane z rozwojem człowieka i każdy ma prawo poszukiwać. I tak się dzieje. Współczesne dzieci poszukują swojej płci. Dlaczego tak się dzieje? Postaramy się odpowiedzieć na to pytanie, posługując się fragmentami książki Katarzyny Skrzydłowskiej-Kalukin i Joanny Sokolińskiej *Mów do mnie ono*. Dlaczego współczesne dzieci szukają swojej płci¹¹.

Jest to książka, którą polecamy wszystkim, bo można się z niej wiele nauczyć. To niesamowite, jak mało możemy wiedzieć o seksualności w dorosłym życiu. Uświadomił nam to jeden z pierwszych akapitów Wstępu, w którym autorki przełamują stereotypowe podejście i zadają pytanie, czy o orientacji seksualnej mogą mówić dzieci, które jeszcze nie zaczęły współżycia? Mogą! Dzieje się tak dlatego, bo inaczej, jak nam to przedstawiano w naszej konserwatywnej

11] Skrzydłowska-Kalukin K, Sokolińska J. *Mów do mnie ono*. Dlaczego współczesne dzieci szukają swojej płci? Wydawnictwo WAB, Warszawa 2022. [przypis dotyczy wszystkich cytatów w tym rozdziale]

rzeczywistości, „doświadczeniem seksualnym nie jest tylko to, co dzieje się między dwojgiem ludzi. Świadomość własnej seksualności budujemy przecież także poprzez poznawanie swojego ciała, masturbację i towarzyszące jej fantazje, poprzez pobudzenie i rejestrację bodźca, który je wywołał. Krótko mówiąc: nie trzeba współżyć, by być świadomym/świadomą swojej seksualności. Lub aseksualności”.

Mimo wieku, doświadczenia życiowego i relacji z innymi osobami (mówimy tu o rodzicach), to od dzieci można się wiele nauczyć o szerokim spektrum płci, o tym, jak to wszystko rozumieć i nazywać. O różnorodności. Określanie swojej tożsamości płciowej i orientacji psychoseksualnej, które kiedyś było bardzo intymną sprawą, utrzymywaną w tajemnicy, dla osób nastoletnich w obecnych czasach nie jest już tabu. Często mówią o tym swobodnie, bez skrępowania. Jak piszą wspomniane wyżej autorki „pokolenie naszych dzieci przewartościowało podejście do płci i seksualności w skali, jaka mogłaby zaimponować najbardziej aktywnym uczestnikom rewolucji seksualnej z lat sześćdziesiątych”.

Autorki zwracają uwagę na to, że queerowe dzieci istnieją w każdym środowisku, nie tylko liberalnym, bez względu na miejsce zamieszkania, status ekonomiczny, wykształcenie czy perspektywy na życie. Zawsze były, tylko stały się bardziej widoczne we współczesnym świecie. Jako powód większej widoczności queerowych osób nastoletnich wymieniają przemianę społeczną i m.in. to, że współczesny świat dojrzał do zrozumienia, że płeć nie jest binarna. To wpływ rewolucji niezgody na przyjęte stereotypowe wzorce kobiecości i męskości, często krzywdzące, szablonowe role płciowe. Zdaniem autorek do tego zjawiska przyczynił się również większy dostęp do informacji o płci i orientacji psychoseksualnej oraz możliwość komunikacji z innymi podobnymi sobie osobami w internecie. Wskazują, że, około 30 lat temu, dzięki amerykańskiej filozofce Judith Butler powstała teoria queer. Butler opisała ją w książce *Uwikłani w płeć*, w której odrzuciła koncept płci jako coś niezmiennego i determinowanego narządami płciowymi, chromosomami i hormonami. Rozpoczął się nurt płci rozumianej

jako „konstrukt społeczny, czyli coś czego się uczymy, a nie przychodzimy z tym na świat (...)”, dopuszczający pewnego rodzaju konstruowanie płci, jej przyjmowanie, odrzucanie, sprawdzanie.

Jak słusznie zauważyły autorki *Mów do mnie ono*, „język może być wyzwoleniem”. Rozwój języka na skutek zmieniania się świata, zwiększenie w słowniku liczby pojęć dotyczących nazwania różnego rodzaju płci spowodowały, że osoby potrafią określić siebie i zrozumieć, kim są. „Nikomu by nie przyszło do głowy, że jest *genderfluid*, gdyby nie wiedział, że taka płeć została opisana, nazwana, skatalogowana...”.

We współczesnym świecie więcej mówi się na temat tożsamości płciowej i orientacji psychoseksualnej, dlatego osoby mają więcej odwagi do *coming outu*. Kiedyś tożsamość płciowa i orientacja psychoseksualna były jedną z najszybszych informacji, były to tematy tabu. Obecnie o transpłciowości mówi się bardziej otwarcie. Jest dużo osób, które opowiadają swoje historie: o tranzycji, o wsparciu, jakiego potrzebowały, oraz o tym, kto przy nich był. Nie ma co ukrywać, że nadal ilość wylewanego hejtu w komentarzach pod artykułami prasowymi jest nieprzyzwoita, ale jest też coraz więcej osób sojusznicznych i komentarzy wspierających. Z naszych obserwacji wynika, że komentarze wspierających byłoby jeszcze więcej, gdyby wszystkie osoby sojuszniczne reagowały na te często żenujące i podłe formy prowokacji. Zachowują one zimną krew i nie reagują, bo celem tutaj nie jest dyskusja, tylko mowa nienawiści. Nie mniej jednak jest coraz więcej artykułów i reportaży na temat tego, czym jest transpłciowość i z czym osoby transpłciowe się mierzą. Jeśli pojawią się nieprawdziwe informacje w ważnych wydawnictwach, osoby aktywistyczne i eksperckie reagują, wypowiadając się otwarcie. Jest coraz więcej inicjatyw mających na celu edukację. Prowadzi się coraz częściej różnego rodzaju szkolenia dla kadry pedagogicznej, psychoterapeutów, specjalistów. To wszystko powoduje, że temat transpłciowości przestaje być tabu. Osoby nastoletnie, które odczuwają niezgodność płci, mają dowód na to, że jest droga, którą mogą

podążać. Rodzice osób transpłciowych zaczynają dostrzegać przyszłość swoich dzieci. Jak piszą wspomniane wyżej autorki, wypowiedzi osób transpłciowych w mediach „pokazują, że można, że da się, że to nie koniec świata. Czy mówią o bólu i cierpieniu? Tak. O lęku? Tak. I o strachu przed odrzuceniem. Mówią o depresji, często o samookaleczeniach, o nadziei, że może tylko im się wydaje, a tak naprawdę ich płęć urodzeniowa jest zgodna z odczuwaną”.

Autorki wskazują, że w pokoleniach rodziców o przynależności stanowiły subkultury, które określały się poprzez słuchaną muzykę, wygląd, ideologię. Dla współczesnych osób nastoletnich takim odniesieniem jest płęć i orientacja psychoseksualna. Zrobiło na nas ogromne wrażenie to, co powiedziała jedna osoba nastoletnia. Zwróciła ona uwagę, że we współczesnym świecie młodych ludzi doszło do przewartościowania płci: „czasami to jest jedyne, co możesz o sobie powiedzieć na pewno. Jedyne, czego w ogóle możesz być pewny na świecie”.

Autorki *Mów do mnie ono* podejmują rozważania na temat jednego z często podawanych powodów rosnących statystyk osób transpłciowych, tzn. teorii dysforii płciowej o nagłym początku (*rapid-onset gender dysphoria*), którą ogłosiła amerykańska badaczka Lisy Littman. Według Littman w okresie dojrzewania osoby nastoletnie, szczególnie dziewczyny, odrzucają swoją płęć na skutek presji transpłciowych osób aktywistycznych i rówieśniczych czy mody. Za tą teorią, jak się okazało, stały złe podstawy naukowe. Dokonano oceny metodologii badań, na których oparła się Littman i hipoteza dysforii płciowej o nagłym początku została obalona. *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH) we wrześniu 2018 roku zamieściło oficjalne stanowisko w sprawie tej publikacji, w którym ogłosiło, że tezy badaczki nie mają nic wspólnego z wiedzą medyczną środowiska profesjonalistów, diagnostyką i klasyfikacją chorób (DSM, ICD) i że stworzona przez dr Littman jednostka chorobowa jest jedynie opisem jej obserwacji. Wydawca raportu z tych badań publicznie przeprosił, przyznając, że badania dr Littman nie były

prowadzone według standardów i były krzywdzące dla środowiska osób transpłciowych¹². Abstrahując od metodologii wspomnianych badań, trudno uwierzyć, że dziewczynki na skutek *social mediów*, mody i presji rówieśniczej miałyby podejmować decyzję o tranzytacji, zmianie zaimków, imienia, ekspresji, wprowadzeniu farmakoterapii, a następnie dokonywać tak radykalnych zmian, jak mastektomia czy inne operacje chirurgiczne, dostosowujące ciało do odczuwanej płci. Nikt o zdrowych zmysłach nie rozpocznie kuracji hormonalnej z ciekawości czy mody. Dysforia jest bolesna, a proces tranzytacji w naszym kraju trudny i kosztowny. Każdy, kto choć odrobinę wie, co mogą przeżywać osoby transpłciowe, dostrzeże absurd hipotezy o modzie. Niezgodność/dysforia płciowa to jednostki diagnostyczne ujęte w międzynarodowej ICD-11¹³ i amerykańskiej DSM-5¹⁴ klasyfikacji stanów zdrowotnych. Osoby transpłciowe często cierpią z powodu niezgodności płciowej i może to powodować oraz nasilać pogorszenie ogólnego stanu zdrowia psychicznego, powodować depresję, samookaleczenia, myśli i próby samobójcze. Autorki cytują wypowiedź Emilii Wiśniewskiej: „Bycie trans nie jest proste. Owszem, dziś jest dużo łatwiejsze niż kilkanaście lat temu, ale wciąż trudne. Nikt tego nie robi z powodu mody, bo bycie trans zwyczajnie się nie opłaca”.

Podsumowując, następuje trudna do zrozumienia dla starszych pokoleń zmiana. Dlaczego młodzi ludzie poszukują swojej płci? Bo wiedzą, że mogą to robić, bo potrafią to nazywać, bo dają sobie naturalne prawo do poszukiwania, do próbowania, do pomyłki, do bycia sobą. Bo powoli rośnie akceptacja, świadomość i szacunek do drugiego człowieka. Bo świat się zmienia.

12] Heber J. Correcting the scientific record on gender incongruence – and an apology. PLOS BLOGS. EveryONE. <https://everyone.plos.org/2019/03/19/correcting-the-scientific-record-and-an-apology/> (dostęp: 5.06.2025).

13] ICD-11 (ang. *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*) – Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych

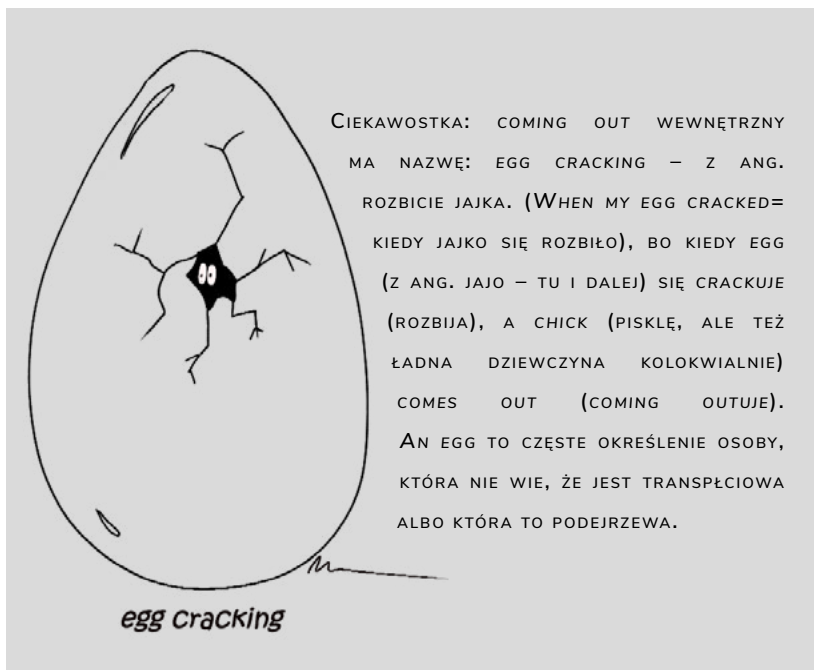
14] DSM-5-TR (ang. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) – to podręcznik Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego dla psychiatrów, psychologów i innych specjalistów do diagnostyki i klasyfikacji zaburzeń psychicznych.

1.7 Coming out

Coming out to poinformowanie o byciu osobą ze społeczności LGBT+. Pojęcie pochodzi od angielskiego zwrotu coming out (of the closet), które znaczy dosłownie „wyjście z szafy”.

COMING OUT TO W POTOCZNYM ZNACZENIU POINFORMOWANIE INNYCH OSÓB O BYCIU OSOBĄ ZE SPOŁECZNOŚCI LGBT+.

Czasem spotkasz definicję, że coming out to „ujawnienie swojej orientacji psychoseksualnej lub/i tożsamości płciowej”. Słowo „ujawnienie” ma negatywne konotacje, jest to wyciągnięcie na światło dzienne faktu, który albo chcemy ukryć, albo należy ukrywać. Faktu, który jest naganny. Coming out to poinformowanie. Ba! To dowód zaufania! Nie każdemu zwierzymy się z tak osobistych przecież kwestii, prawda?



Są dwa rodzaje coming outu: wewnętrzny i zewnętrzny. Pierwszy z nich jest wewnętrzny. To uzmysłowienie sobie, że jestem osobą transpłciową. To bardzo ważny moment. Na czym polega? Dziecko transpłciowe bardzo często nie chce być wcale osobą transpłciową. Nie planowało tego. A nawet, nie brało takiej opcji pod uwagę, gdyż jak przeczytałaś wcześniej, nie wybieramy sobie tożsamości płciowej. Wewnętrzny coming out opisuje proces uświadamiania sobie, że własna tożsamość płciowa nie odpowiada płci przypisanej nam przy urodzeniu.

Coming out zewnętrzny to poinformowanie innych osób lub innej osoby, że jest się osobą transpłciową. Osoba, która dokonuje coming outu, najczęściej robi to wiele razy w swoim życiu. W różnych okolicznościach, wśród różnych ludzi, na różnym etapie swojego życia. Coming out idealny jest dobrowolny. Nigdy nie wolno outować¹⁵ osoby, bez jej wiedzy i jednoznacznej zgody. Nie ma znaczenia, czy osoba, którą informujesz, zna osobę outowaną czy jej nie zna. Pamiętaj, że nikt nie musi się tłumaczyć, dlaczego nie życzy sobie outowania, także Twoje małoletnie dziecko. Coming outem zewnętrznym i outowaniem bez zgody będzie sytuacja, gdy mówisz dziecku: „Powieм tylko babci..., tylko cioci..., tylko...” oraz, gdy stwierdzisz: „Bombeleк taki mały, to mu bez różnicy na pewno”.

Jako rodzic dziecka transpłciowego możesz, niestety, zetknąć się z sytuacją, gdy Twoje dziecko padnie ofiarą coming outu wymuszonego. To sytuacja, kiedy osoba transpłciowa musi posługiwać się dokumentami z nieprawidłowymi danymi w dokumentach oraz podczas podawania danych osobowych na listach obecności, identyfikatorach, legitymacji itp.

15] Outować – informować postronne osoby o tożsamości płciowej osoby lub o jej orientacji psychoseksualnej.

1.7.1 Dobry wiek na coming out – czy istnieje?

Rodzice często zadają sobie pytanie o dobry wiek na coming out. Może być ono aktualne przez całe życie dziecka. Małe nie wie na pewno, czy jest transpłciowe, bo „jest za małe, gada głupoty”. W wieku 12–18 lat rodzic myśli: „To są emocje! To ten internet! Nastolatki nie potrafią o sobie decydować, przejdzie im”. W wieku 18–25 lat mówi: „mózg zmienia się do 25. roku życia, więc najlepiej poczekać, na pewno ci się zmieni”. W wieku 25+ „ale z twoim wyglądem to nie będziesz mieć nigdy passingu, przemyśl to dobrze, prawdziwe transpłciowe osoby to przecież miały znaki”. W wieku 40+: „i co, żonie i dzieciom chcesz życie zrujnować? Masz kryzys wieku średniego!”. W wieku 60+: „po co Ci to w twoim wieku, bez sensu, może to demencja”. Dziecko może mieć nawet 100 lat, a i tak zdaniem rodzica nigdy nie będzie wiedziało.

Chwila dla Ciebie

Jaki wiek jest idealny Twoim zdaniem? Dlaczego akurat ten?

.....

.....

.....

1.7.2 Różne reakcje rodziców

Reakcje rodziców są bardzo różne. Niejednokrotnie rodzice opowiadają ze smutkiem o swojej reakcji na coming out dziecka. Czasem się obwiniają. Pamiętaj, że nie masz wpływu na odruchową reakcję. Wyobraź sobie, że oparzyłeś się gorącą wodą. Zasyczysz z bólu, ktoś zacznie rzucać przekleństwami, inna osoba będzie krzyczeć wniebogłosy, a kolejna zaciśnie zęby i nie powie nic. Wszystkie wymienione osoby doświadczyły tego samego – oparzyły się wodą, ale opisana sytuacja u każdego wywołała inną reakcję. Nieważne, że doskonale wiesz, że przeklinanie nie złagodzi bólu po oparzeniu.

Twoja reakcja nie ma znaczenia dla dalszego przebiegu i skutków zdarzenia. Jasne, mogłaś zareagować inaczej, ale zareagowałaś właśnie tak. Nie obwiniaj się. Jednak gdy ochłoniesz, podejdź do dziecka i je przeproś. Stwórz bezpieczną przestrzeń do rozmowy. Dla osoby nastoletniej, która się wyoutowała, kwestionuje swoją płęć albo jeszcze nie wie, że istnieje możliwość bycia osobą transpłciową, niezwykle ważna jest rozmowa. Rówieśnicy są w tych kwestiach zazwyczaj kompletnie niepomocni i potencjalnie szkodliwi. Dziecko potrzebuje przestrzeni, gdzie nie będzie oceniane ani dręczone. Potrzebuje rodzica, który usiądzie i wysłucha.

Reakcjom rodziców na coming out przyjrzymy się w osobnym rozdziale. Nadmienimy jedynie, że różnią się one w zależności od wieku dziecka, które dokonuje coming outu.

1.7.3 Coming out małego dziecka

Małe dziecko, czyli jakie? W naszym doświadczeniu jest to osoba przed okresem dojrzewania. Jej rodzice są dzisiaj grupą niezaopiekowaną. Często pozostawioną samą sobie. Rodzice małych dzieci muszą szukać zupełnie innego rodzaju pomocy, oraz wsparcia dla siebie i swoich dzieci, niż rodzice dzieci nastoletnich. Coming out małego dziecka to nie jest list do rodziców lub zaplanowana rozmowa w kuchni. Są to częściej wykrzyczane emocje, sekwencje pewnych zdarzeń. Małe dziecko nie robi coming outu, raczej outuje się na przestrzeni czasu. Często sami rodzice zlepiają z zachowań i słów dziecka opowieść o coming oucie.

Pewna mama czterolatka powiedziała: „Najtrudniej jest uwierzyć małemu dziecku. Jeśli wczoraj syn mówił, że chce być prawdziwą syreną, na co ja odpowiedziałam, że to niemożliwe, bo syreny nie istnieją, po czym on płacze i nie chce tego przyjąć do wiadomości, to jak mam mu uwierzyć, że naprawdę chce być dziewczyną? Skąd mam wiedzieć, czy to nie zabawa? Jak odróżnić jego faktyczne odczucia od fikcji i wyobraźni? Na początku często słyszał, że czegoś nie może, bo to jest

dla dziewczynek, a nie dla chłopców. Może teraz myśli, że gdy stanie się dziewczynką, to będzie mógł to robić? Na przykład czesać lalki, nosić różowe ubrania. Dlatego teraz już mu tak nie mówimy, żeby mógł spełniać swoje „różowe” potrzeby jako chłopiec. Może mu to wystarczy?”.

Ta sama mama powiedziała: „A jeśli samej jest mi trudno w to uwierzyć, to jak ma w to uwierzyć otoczenie? Tu chyba tkwi główny problem. Nawet psycholog i seksuolog twierdzi, że przecież dziewczynki często bawią się autami i to nic nie oznacza. Pomijają zupełnie to, co im opowiadam. Mój czteroletni synek płakał i mówił, że to moja wina, bo urodziłam go jako chłopca. Powinnam go urodzić jako dziewczynkę. Mając 5 lat, mówił, że nigdy nie będzie normalny, pytał, po co się urodził, mówił, że chce się zabić. To są jego słowa. Serio to nic takiego? Dopóki się nie potnie, to nikt go nawet nie przyjmie na diagnozę, bo jest za mały”.

Rodzice małych dzieci dość często uważają, że woleliby, żeby ich dziecko wyoutowało się później. Bywa, że są zaniepokojeni faktem, że za wcześnie „zajmuje się wyglądem, płcią, klasyfikowaniem siebie jako anomalii, za często przegląda się w lustrze, a za mało bez trosko się bawi”. Czy zatem możemy w ogóle stwierdzić, że małe dziecko robi coming out? Wiemy, że transpłciowość u małego dziecka może być rozwojowa. Wiemy, że małe dziecko może w różnych okresach swojego życia mówić, że jest innej płci niż nadana przy urodzeniu. W tym przypadku bardziej niż o coming out możemy mówić o kwestionowaniu płci, eksploracji płci i większej świadomości siebie.

Co zatem robić? Jak pomóc małemu dziecku? Jak go nie ukierunkować? Rodzice pytają wprost – a co, jeśli utwierdzę moje dziecko w przekonaniu, że rzeczywiście jest dziewczynką, a potem okaże się, że się myliłam? W pierwszej kolejności – stwórz bezpieczne warunki dla kwestionowania. Pozwól chłopcu bawić się lalkami lub nosić korale w domu w takim zakresie, w jak pozwalamy na to dzieciom niezależnie od ich płci. Nie wpłataj w codzienność sztywnego podziału na płcie,

nie kupuj zabawek zgodnych stereotypowo z płcią nadaną przy urodzeniu. Spójrz na dziecko jak na dziecko, a nie jak na dziewczynkę czy chłopca. Jeśli Twój syn uwielbia tańczyć i gotować, to mu pozwól na rozwijanie takich zainteresowań i nie zapisuj go „dla równowagi” na karate i piłkę nożną, tylko po to, żeby „miał męskie zajęcia”.

Jeśli Twoja córka nie znosi sukienek, to wcale nie musi znaczyć, że jest dzieckiem transpłciowym. Nie trzeba od razu szukać przyczyn codziennych zachowań. Po prostu nie zakładaj jej sukienek na siłę, nawet na ślub siostry, gdzie wszystkie dziewczynki będą ubrane w takie same ubrania. Nie mów jej, że „dziewczynki noszą sukienki, patrz, jak mama ładnie wygląda w tej sukience”. To nieprawda. Dziewczynki mogą nosić sukienki, ale nie muszą. Jest mnóstwo dziewczynek, które ich nie noszą.

Czasem rodzic pyta: „No dobrze, ale jak mam wytłumaczyć to rodzinie? Wszyscy mi mówią, że nie mogę pozwalać mojemu dziecku decydować w takich sytuacjach. To przecież ślub siostry. Ważny dla niej dzień”.

Zastanówmy się wspólnie. Jeśli nie pozwolimy dziecku na decydowanie o tym, czy chce założyć spodnie czy sukienkę, to na decydowanie o czym pozwolić? Chcemy wychować dziecko, które wyrośnie na samodzielną osobę, która potrafi podejmować decyzje i ponosić ich konsekwencje, tak? Tymczasem mamy niemalże naturalną skłonność, by próby decydowania o sobie zabijać już w zarodku. Co powiedzieć rodzinie w takiej sytuacji? Zapytać, czy to naprawdę ma duże znaczenie? Czy siostrzenica w spodniach to taki ważny element tego wydarzenia? Może czasem zbyttno przywiązujemy wagę do błahych spraw.

Kiedy i gdzie szukać pomocy dla dziecka?

Kiedy sytuacja nas przerasta i codzienność staje się trudna, warto skorzystać z pomocy specjalistycznej, np. psychologa dziecięcego. Psycholog może przygotować zestaw zaleceń, który pozwoli rodzicom na lepszą współpracę z kadrą placówki. Przykładową wytyczną może być pozwolenie dziecku na używanie wybranego imienia. Czasem takie zalecenia sprawiają, że rodzice czują się

pewniej w rozmowie z personelem przedszkola. Wsparcie psychologa może pomóc uciszyć niespokojne myśli typu: „może rzeczywiście pozwalamy mu na zbyt dużo?”. Kolejnym krokiem może być skorzystanie z blokerów dojrzewania – przeczytasz o nich w rozdziale 6.4 Endokrynolożka, Anna Kępczyńska-Nyk, o terapii hormonalnej i blokerach.

Spójrzmy szerzej na kwestie socjalizacji małych dzieci i na role płciowe, w jakich je wychowujemy. Były czasy, kiedy kobiety nie mogły nosić spodni, chodzić do pracy, nie miały praw do decydowania o sobie, praw wyborczych, nie mogły prowadzić samochodów, mieć firmy itd. Dzisiaj mogą robić to wszystko. Mała dziewczynka może chodzić w spodniach, bawić się koparką i marzyć, że zostanie astronautką. I zobacz, żadna z tych rzeczy nie ma wpływu na jej tożsamość płciową, prawda? Dziewczynki mają większe prawa do eksplorowania swojego otoczenia. Nikt po latach nie wnioskuję, że mała Ania nosiła spodnie i dlatego dzisiaj kwestionuje swoją płeć. Mali chłopcy stereotypowo nie mają prawa do zabaw przeznaczonych dla dziewczynek. Samo zainteresowanie takimi zabawami budzi niepokój osób dorosłych. Absurd, prawda?

Jak rodzic może pomóc sobie w takiej sytuacji?

Być może znowu rozwiązaniem będzie skorzystanie z pomocy specjalisty, by przepracować przekonania na temat ról płciowych – czym dla nas jest kobiecość, męskość itd. Może to być moment na wzmocnienie kompetencji rodzicielskich. To, co jest ważne, to świadomość, że małe dzieci nie przechodzą tranzykcji medycznej. To znaczy, że jeśli dziecko w wieku 7 lat wróci do mówienia o sobie zgodnie z płcią nadaną przy urodzeniu, to de facto otoczenie zacznie używać starego imienia i tyle.

W rozdziale 1.8.1 Czy to prawda, że wśród osób nastoletnich jest więcej transpłciowych chłopców niż transpłciowych dziewczyn? cytujemy badania, które dowodzą, że małe dziecko w wieku 3–7 lat może mieć dysfurię płciową.

1.7.4 Coming out nastolatka

Coming out nastolatka odbywa się najczęściej w sposób zaplanowany. Proces między coming outem wewnętrznym a zewnętrznym może trwać wiele tygodni, miesięcy, a nawet lat. Kiedy więc Twoje dziecko robi coming out, to znaczy, że proces trwa znacznie dłużej niż „od teraz”.

Coming out osoby nastoletniej nie jest prosty. Planując to wydarzenie, zastanawia się, czy:

- ▶ powiedzieć wprost?
- ▶ powiedzieć tylko mamie, tylko tacie, czy obojgu?
- ▶ napisać list i zostawić rodzicom do przeczytania?
- ▶ powiedzieć przez telefon?
- ▶ napisać SMS?
- ▶ powiedzieć najpierw ulubionej nauczycielce?
- ▶ powiedzieć najpierw bratu?
- ▶ jednak nie mówić nikomu?

Rodzice bywają rozczarowani, że nie dowiedzieli się pierwsi, a przed nimi wiedziała już nauczycielka lub kuzynka. Obwiniają się, że zawiedli jako rodzice. Jednak to założenie jest błędne. Czasem łatwiej nam powiedzieć coś osobistego osobie trzeciej. Ciężar emocjonalny może być tak ogromny, że dokładanie do niego nieznanej reakcji rodziców może przerastać możliwości emocjonalne dziecka. Dlatego nie można obwiniać siebie, że jako rodzice nie dowiedzieliśmy się pierwsi, ani dziecka, że nie poinformowało nas jako pierwszych. Historia o coming outcie to przede wszystkim historia o zaufaniu. Sytuacja jest dość delikatna i wymaga ogromnej uważności. Dlaczego? Bo coming out nastolatka odbywa się w zależności od rodzica. To nie jest sytuacja, w której dziecko ma pełną wolność w wypowiedaniu się.

Chcielibyśmy zwrócić uwagę na niezwykle ważną rzecz, nad którą rodzice się nie zastanawiają. Po co osoba małoletnia robi coming out jako osoba małoletnia?

Dlaczego trzynastolatka lub szesnastolatek nie poczeka do pełnoletności, kiedy będzie niezależna od rodziców? Dlaczego narażają się na stres i cały wachlarz niedogodności związanych z coming outem wobec osób, od których są w pełni zależni? Po co to wszystko robią?

Odpowiedź osoby transpłciowej jest prosta i zacytujemy ją dosłownie: „Rodzice są najbardziej potrzebni niepełnoletnim, żeby umożliwić tranżycję medyczną, żeby nie musieć mieć potem 10 000 operacji, bo się czekało do osiemnastki, bo rodzice myśleli, że używanie zaimków magicznie zatrzyma rozwój kości”. Dziecko nie robi coming outu, bo chce, żeby rodzice wiedzieli albo chce być szczere z rodzicami. Robi go najczęściej dlatego, bo nie widzi innej możliwości w swoim życiu, jak tylko tranżycja medyczna. Nawet nie prawna. A do tranżycji medycznej są potrzebni rodzice. Podkreślmy to – dziecko niepełnoletnie robi coming out, będąc w pełnej zależności (finansowej, prawnej) od rodzica, czyli wie, że jest niejako zdane na rodziców. I paradoksalnie – rodzice, świadomie lub nieświadomie, również bardzo często mają ten fakt z tyłu głowy.

Co się dzieje po coming oucie?

Scenariuszy jest mnóstwo. Opiszemy je w tym rozdziale. Czasem rodzice (w dobrej wierze!) umawiają dziecko do wielu specjalistów: psychologa, psychiatry, terapeuty. Kiedy dziecko zgłasza potrzebę pójścia na takie wizyty, to oczywiste, że rodzic stara się je zorganizować. Ale czasem jest tak, że dziecko wcale takich spotkań nie chce, ale godzi się na nie, bo rodzic naciska. Zastanów się, czy jesteś rodzicem, który chce, żeby dziecko się upewniło, czy jednak to Ty potrzebujesz pewności, że Twoje dziecko jest transpłciowe. Jeśli to Ty tego potrzebujesz, wiedz, że nigdy nie będziesz miała 100% pewności. Nie będąc osobą transpłciową, nie będziesz miał pewności odnośnie do tożsamości płciowej innego człowieka. Nawet jeśli to jest Twoje dziecko. Osoby transpłciowe też nie są pewne tożsamości płciowych innych osób. Żadne testy i badania nie dadzą dowodu na transpłciowość.

Chodzi o zaufanie. Czy Twoja relacja z dzieckiem jest oparta na zaufaniu w możliwości i kompetencje dziecka? Mnóstwo rodziców wie lepiej, czy dziecko jest głodne, czy jest mu zimno i czy jest transpłciowe. I dziecko, które od zawsze żyje w poczuciu, że wszyscy wiedzą lepiej, wyrasta na osobę, która może naprawdę nie wiedzieć, czy jest głodna, czy jest jej zimno, czy lubi lato czy zimą. To jest ogromnie ważne, aby nie wiedzieć za dziecko, jaką ma tożsamość płciową, lecz by pozwolić mu odkryć ją osobiście. Pewnie to potrwa dłużej, ale nikt poza dzieckiem tego nie stwierdzi.

Chwila dla Ciebie

To trudne? Boisz się, że dziecko się pomyli? Mamy dla Ciebie zadanie. Czy ufasz sam sobie? Czy ufasz swoim wnioskom, sądom i odczuciom? Mówisz: „on tak powiedział”, czy raczej: „wydaje mi się, że on tak powiedział, ale może się mylę”?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Bardzo często rodzic, który boi się zaufać dziecku, nie ufa również sobie. Szuka potwierdzeń w sprawie swojego dziecka u wszystkich wokół, tak jak szuka u innych potwierdzeń w sprawach, które dotyczą jego. Takie zachowanie może dotyczyć każdej dziedziny życia. Kiedy podejmujesz trudną decyzję, gdzie szukasz siły do jej podjęcia? Kogo pytasz o radę? Czym się kierujesz, gdy podejmujesz decyzję, która dotyczy tylko Ciebie? Czy ufasz sobie? Czy masz poczucie, że podejmujesz decyzje zawsze w zgodzie ze sobą? Czy zawsze pytasz innych o radę? Pytanie: „co inni zrobiliby na moim miejscu”, nie jest zbieraniem opinii. Jest ukrytym pytaniem o radę i przeniesieniem odpowiedzialności. Jeśli nie wierzysz, że masz w sobie zasoby, by podjąć dobrą decyzję w swojej sprawie,

to oczywiste, że nie obdarzysz takim zaufaniem niepełnoletniego dziecka, za które przecież odpowiadasz, prawda?

Chwila dla Ciebie

Poniżej znajdziesz miejsce na swoje przemyślenia.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

„Moje dziecko to nastolatek, co ono tam wie!” – tak czasem mówią rodzice. Czy to znaczy, że dorośli wiedzą lepiej? Niekoniecznie. Mamy, jako dorośli, przekonanie, że dziecko nie wie nic w sprawach, które dotyczą go osobiście. Twierdzenie, że dziecko w wieku nastoletnim jest niezdolne do samostanowienia, jest dokładnie takim samym przekonaniem, jak jeszcze do niedawna mówiono o kobietach. To były te same argumenty! Kobiety ulegają emocjom. Są chwiejne. Niestabilne. Ich rolą jest słuchać i służyć. Nie nadają się do wyższych spraw, nie znają się na nauce. To wszystko już było powiedziane wobec kobiet. Teraz są to argumenty wobec nastolatków. Wychodzenie z założenia, że nastoletnie dziecko jest niezdolne do samostanowienia, wynika najczęściej z naszego strachu, że to my, dorośli, będziemy ponosić konsekwencje jego decyzji. Wystarczy, że dziecko skończy 18 lat i nagle, jak za dotknięciem czarodziejskiej różdżki, dziecko staje się zdolne do samostanowienia? Nie staje się. Być może jeszcze przez 20 lat będzie podejmować decyzje, które mu nie służą, a źródło

tych błędnych decyzji nie będzie zależeć od nastoletniości czy pełnoletności.

Może taki przykład pokaże to lepiej. Prawo mówi:

ART. 10. – [PEŁNOLETNOŚĆ] – KODEKS CYWILNY.

§ 1.

PEŁNOLETNIM JEST, KTO UKOŃCZYŁ LAT OSIEMNAŚCIE.

§ 2.

PRZEZ ZAWARCIE MAŁŻEŃSTWA MAŁOLETNI UZYSKUJE PEŁNOLETNOŚĆ.

NIE TRACI JEJ W RAZIE UNIEWAŻNIENIA MAŁŻEŃSTWA.

W praktyce chodzi o to, że w niektórych sytuacjach status osoby pełnoletniej można uzyskać wcześniej. Dotyczy to jednak jedynie kobiet i to takich, które ukończyły co najmniej 16 lat i... wyszły za mąż. Co najmniej szesnastoletnia kobieta za zgodą sądu rodzinnego może zawrzeć małżeństwo. Sąd może się zgodzić, o ile nastąpią ważne przyczyny – z reguły jest to ciąża. Jeśli sąd wyrazi zgodę i para zawrze związek (co ważne, mężczyzna musi mieć bezwarunkowo 18 lat), kobieta staje się pełnoletnia (sic!).

Czyli szesnastolatka może stać się pełnoletnią osobą w pewnych okolicznościach. W pewnych okolicznościach może decydować sama o sobie. Może urodzić dziecko, być matką i sprawować władzę (celowo używamy tu słowa „władza”) nad noworodkiem. A jednocześnie mamy sytuację, w której szesnastoletnia transpłciowa osoba, zdaniem specjalistów, nie może podjąć decyzji o swoim ciele, bo... ma tylko 16 lat – jest osobą nastoletnią, rządzą nią hormony, nie wie nic o sobie. A prawo jednocześnie pozwala, aby szesnastoletnia osoba decydowała o życiu noworodka? Społeczeństwo zareaguje – „ojej, młodociana matka!”. Jedni powiedzą, że „ma to, co chciała”, inni „jaka dzielna!”. Nikt nie zakwestionuje jej dojrzałości i jej prawa do samostanowienia. Ona ma prawo powiedzieć: „chcę urodzić to dziecko”. Na pewno religia ma tu znaczenie, bo religia w Polsce

niejako nakazuje urodzenie dziecka, niezależnie od okoliczności. Ale tutaj skupiamy się na czymś innym. Na mylnym założeniu, że osoba szesnastoletnia nie jest w stanie samostanowić o sobie. Może powiesz: „Ojej! Jasne, że może się zdarzyć, że znajdzie się szesnastolatek, któremu można zaufać, ale to nie jest reguła!”. Oczywiście, że to nie jest reguła. Tak jak regułą nie jest to, że każda osoba pełnoletnia jest w stanie podejmować dobre decyzje dla siebie. Idąc dalej, nie powinniśmy robić reguły z tego, że przed ukończeniem 18. roku życia dziecko nie jest w stanie wiedzieć, co w danym momencie jest dla niego dobre.

Nie chodzi o to, by rodzic zawsze miał się godzić na wszystko, co chce dziecko, ale o to, by założyć, że w transycji dziecko jest pełnoprawnym ekspertem od swojej tożsamości płciowej. Bo jeśli nie ono, to kto?

„Może dziecku przejdzie...” – to myśl, która po coming oucie mieszka (choć przez moment) w umysłach wszystkich rodziców dzieci transpłciowych i niebinarnych. Pojawia się, niezależnie od tego, jak bardzo i czy w ogóle wspieramy dziecko.

Z transpłciowością jest tak samo, jak ze wszystkim, co nas w życiu spotyka. Wyobraź sobie, że Twoja 80-letnia babcia mówi: „Nie kupuj tego mieszkania i nie przeprowadzaj się tam. Kupisz, a potem będziesz chciała je sprzedać, bo Ci się odwidzi. Rozumiem, że podoba Ci się to mieszkanie, ale jak ci minie, to co? Zostaniesz tylko z kredytem i problemem”. Albo: „Ożeń się z nią, ale nie decyduj się absolutnie na dziecko”. Inna rada: „Nie żerń się z nią! Zobaczysz, że się rozwiedziesz! Lepiej poczekaj, może spotkasz lepszą kandydatkę na żonę”. Czy babcia nie ma racji? Mnóstwo ludzi się rozwodzi, prawda? Babcia jest bardziej doświadczona od Ciebie, może żyje dwa razy dłużej niż Ty? Powinno się słuchać starszej osoby, bo wie lepiej, co jest dla nas dobre, prawda? Pewnie masz już na końcu języka mnóstwo argumentów, dlaczego się nie zgadzasz. Tak, to są zupełnie różne przykłady dotyczące odmiennych aspektów życia, ale czy na pewno? Strach nie jest dobrym doradcą w podejmowaniu każdej decyzji. Ani w planowaniu życia, ani w relacjach z ludźmi. Jeśli nieustannie

trzymasz się myśli, że może dziecku minie, to warto się przyjrzeć, dlaczego tak jest. Są rodzice, którzy potrafią tkwić latami w takim przekonaniu, a potem nie dowierzają, że zadziały się rzeczy, które ich zaskoczyły.

Musisz mieć świadomość, że niepodejmowanie decyzji też jest decyzją. Nie zatrzyma biegu życia jak w zabawie Raz, dwa, trzy, Baba Jaga patrzy, ale ma określone skutki. Ważne byś miał świadomość, że unikanie decyzji oznacza „decyduję się na unikanie” albo „decyduję się nic nie robić”. Wówczas możesz sobie zadać pytania o konsekwencje. Rodzice często martwią się o nie, gdy podejmą decyzję, co robią, a nie liczą się z tymi wynikającymi z decyzji o nicnierobieniu.

Wróćmy do podanych wcześniej przykładów z życia. Możesz przyjąć punkt widzenia babci, która przestrzega przed kupnem mieszkania i mieszkać do 40. roku życia w miejscu, gdzie jesteś. Może zrezygnujesz z szansy na lepszą pracę bliżej domu, może stracisz szansę na korzystanie z dobrodziejstw samodzielnego życia, ale masz ten komfort, że nic Cię nie zaskoczy i wiesz, że da się tak jakoś żyć. Może pozostanie tu, gdzie jesteś, jest rzeczywiście najlepszym wyjściem. Ważne jest, by pamiętać, że to Ty ponosisz konsekwencje decyzji, które podejmujesz.

W publikacjach i materiałach naukowych natrafisz na pojęcie *gatekeeping*¹⁶. Jest to sformułowanie ze świata dziennikarskiego i oryginalnie oznacza selekcję informacji pod swoje przekonania. W przypadku osób transpłciowych chodzi o praktyki psychologów i lekarzy, ale również rodziców, których celem jest nadmierne i nieuzasadnione kontrolowanie dostępu do tranzycji dla danej osoby. Osoba transpłciowa jest poddawana kolejnym badaniom, testom, próbom weryfikacji, czy jej poczucie płci jest rzeczywiście niezmiennie. I to wszystko jest rozwlekane w czasie, pod płaszczykiem dobrych intencji osób dorosłych.

W tranzycji, o ile Ty nie ponosisz konsekwencji braku podjęcia decyzji o dalszych

16] Gatekeeping – dosłownie “strzeżenie bramy”, „odnosi się do postaw specjalistów medycznych, którzy stawiają niepotrzebne bariery i przeszkody w procesie np. opiniowania czy dostępu do operacji. (...) może przybierać formę nadmiernego przedłużania określonego procesu, przepisywania niepotrzebnych i często kosztownych badań, a także odmawiania wydania opinii czy dostępu do operacji pod fałszywymi przesłankami”. Za: Fajt D. Kuta N. Transpłciowość w mediach. Wytyczne dotyczące odpowiedzialnej pracy dziennikarskiej. Fundacja Instytut Spraw Społecznych, Warszawa, 2025; s.212.

krokach, o tyle Twoje dziecko jak najbardziej. Ono żyje tu i teraz. Dzieciństwo nie jest poczekalnią albo jakimś nieważnym etapem bytu. To nie jest tak, że życie dziecka zacznie się dopiero, kiedy dorośnie. Nie jest przyszłym człowiekiem, jest nim już dzisiaj. Nie tylko ma przyszłość. Ma też przeszłość. I ta przeszłość buduje przyszłość. Za tę przeszłość jesteśmy w jakimś stopniu odpowiedzialni my, rodzice. Człowieka dorosłego, któremu zależy na dziecku, powinno być stać na coś więcej, niż stwierdzenie: „bo myślałem, że mu przejdzie”.

Kolejna myśl, która czasem przechodzi przez głowę rodzica: „To jakaś moda! To przez mangę! I internet!”. Przekonanie, że transpłciowość to moda, wynika przede wszystkim z niewiedzy. Dzisiejsi dorośli nie mieli edukacji na temat transpłciowości, nie mówiło się też o tożsamości płciowej. Te pojęcia są dla wielu z nas zupełnie nowe. Nasz wiek ma tu znaczenie, bo przez 46 lat – a jestem dorosła, wykształcona, odbyłam niezłą edukację na poziomie studiów wyższych – przecież bym coś słyszała o transpłciowości, prawda?

Tak podchodzimy do wielu rzeczy, o których nie wiemy nic i trochę nawet wstyd się przyznać, że nie mamy „tak podstawowej wiedzy”. Oczywiście, do takiego wniosku dochodzi się po iluś miesiącach lub latach zaznajamiania się z tematem transpłciowości. Wcześniej ta wiedza wydaje się być nie do opanowania. I kiedy lepiej rozumiemy, na czym polega transpłciowość, to widzimy, że moda nie ma tu nic do rzeczy.

Moda, czasem, wymaga poświęceń. Ale każda moda to kilka godzin poświęcenia, a nie cała doba, tydzień, rok. Nawet te buty na wysokich obcasach zrzucamy zaraz po powrocie do domu i zakładamy puchate kaptcie. Dziecko transpłciowe nie zrzuca transpeleryny po wejściu do domu. Moda daje nam też trochę zabawy, satysfakcji, chwilowego poczucia pewności siebie i różnych krótkotrwałych efektów. A potem mija.

Poza modą, mamy jeszcze tę nieszczęsną mangę. Jedna z nas, autorek, mówi: „Lubię mangę, a moja cisplciowa siostra pochłonęła ich kilkaset, jeszcze zanim

manga była modna. Moja siostra jest mamą trójki dzieci, ma męża i półki z mangami – również ode mnie. Zapytałam ją ostatnio, skąd to przekonanie o zgubnym wpływie mangi na młode osoby. Skąd idea, że manga jest przyczyną transpłciowości wśród młodych osób? Nie znaleźliśmy odpowiedzi”.

Istnieje pewien trop. W mangach, co do zasady, nie ma słowa o transpłciowości. Bohaterowie i bohaterki nie są z założenia osobami transpłciowymi, w fabułach nie ma tematów związanych z tożsamością płciową. Na pewno znajdzie się jakaś manga, gdzie osoba transpłciowa jest bohaterem czy bohaterką – świat mangi jest zbyt potężny, by było inaczej. Jednak osoby transpłciowe w mandze to żadna norma. W anime, jak w mangach, podobnie, nie ma ani słowa o transpłciowości. Jedynie, co może nasuwać skojarzenie, to kultura cosplayu¹⁷. Najprawdopodobniej mangę o szerzenie transpłciowości oskarżają osoby, które nigdy mangi w rękach nie miały.

Czy internet jest zupełnie bez winy? Dzięki niemu bardzo często młode osoby transpłciowe mogą w końcu się samodiagnozować. Trzynastolatki nie mają możliwości umówienia się do seksuologa i porozmawiania z nim o kwestionowaniu płci. W szkole nie ma edukacji na temat seksualności, tożsamości człowieka, a zatem należy zapomnieć o edukacji w zakresie transpłciowości. Dziecko wie, że coś mu się nie zgadza i nie gra. Nie umie tego nazwać, więc szuka. Czy dorośli nie zachowują się tak samo i nie wpisują objawów w wyszukiwarkę, szukając odpowiedzi na pytania, których nie mają komu zadać? Oczywiście, że tak! To dzięki internetowi często możemy uzyskać potrzebną nam wiedzę. Również w temacie transpłciowości. Młode osoby, wbrew naszym niesłusznym obawom, potrafią skutecznie szukać informacji w internecie.

17] Cosplay – artystyczne hobby polegające na przebieraniu się za postacie z komiksów, filmów, gier, itp. Nazwa pochodzi od połączenia słów „costume play”.

1.7.5 Co można zrobić przed ukończeniem 18. roku życia?

Zapytajmy inaczej: jakie mamy możliwości działania zgodne z prawem, zanim dziecko skończy 18 lat? Ten temat jest niezwykle ważny, ponieważ mnóstwo osób powtarza niesprawdzone i nieprawdziwe informacje. Niestety, również wielu lekarzy. Powoduje to ogromną dezinformację wśród rodziców dzieci transpłciowych i niebinarnych.

Dziecko poniżej 18. roku życia może rozpocząć tranzycję: społeczną, prawną i medyczną.

Nie jest prawdą informacja powtarzana przez wielu lekarzy, że należy poczekać do 18. roku dziecka. Ta informacja wynika z przekonania, a nie z przepisów prawa czy ze względów medycznych. Są osoby, które z powodzeniem mogą rozpocząć tranzycję medyczną w wieku 14 lat, a są takie, które nie będą mogły jej rozpocząć nawet w wieku 30 lat. Dostyć często rodzice pytają: „czy 16 lat to już ten czas, czy poczekać do 18?”. Nie ma uniwersalnej odpowiedzi na to pytanie. To zależy od konkretnego dziecka, od zaleceń i przeciwwskazań medycznych, a także od możliwości. Rodzina nie może pozwolić sobie na myślenie o mastektomii, kiedy nie wystarcza pieniędzy na czynsz. To są realne dylematy. Nie o wszystkich z nich wie osoba małoletnia.

Co zatem można?

Można korzystać z blokerów. Blokery, a dokładnie analogi GnRH, są dostępne dla młodych osób transpłciowych i niebinarnych. Ich podawanie nie tyle jest zależne od wieku metrykalnego, ile od stopnia dojrzałości płciowej. Leki z tej grupy są przeznaczone głównie dla osób na wczesnych etapach dojrzewania płciowego. Hamują rozwój niepożądanych cech przypisanych płci, zależnych od wydzielania hormonów przez jajniki czy jądra, np. obniżenie głosu u transpłciowych dziewcząt czy rozwój piersi u transpłciowych chłopców.

Analogi GnRh mogą być także stosowane przez osoby w późniejszym wieku, a właściwie, na późniejszych etapach dojrzewania płciowego. Często rodzice tak bardzo skupiają się na pozytywnych lub/i negatywnych skutkach stosowania blokerów u osób transpłciowych, że zapominają (albo po prostu nie mają pojęcia), że blokery są stosowane z powodzeniem u znacznie młodszych dzieci, niż transpłciowe nastolatki, a wskazaniem medycznym jest przedwczesne dojrzewanie płciowe. Ale uważa! Blokery nie są jakimś magicznym rozwiązaniem, na którym można trzymać dziecko do magicznej osiemnastki na poziomie dojrzewania dziesięcioletków. Mogą być podawane do czasu, kiedy dziecko osiągnie wystarczającą dojrzałość psychiczną, aby zostać poddane częściowo nieodwracalnej terapii hormonalnej afirmującej płeć. Na przykład, transpłciowy chłopak zaczyna stosować blokery w wieku 10 lat, wówczas może zacząć brać hormony w wieku 14–15 lat. Według wytycznych Międzynarodowego Towarzystwa Endokrynologicznego orientacyjny wiek odpowiedni do rozpoczęcia terapii hormonalnej, to około 16. rok życia. Nie ma wystarczających danych naukowych, aby stwierdzić, że długotrwałe leczenie analogami GnRH jest całkowicie bezpieczne z punktu widzenia np. zdrowia układu kostnego. Blokery to nie „kompromis”, żeby rodzic miał coś z głowy, a dziecko nie marudziło, tylko część tranzycji medycznej. O blokerach przeczytasz w rozdziale 6.4 Endokrynolożka, Anna Kępczyńska-Nyk, o terapii hormonalnej i blokerach.

Można korzystać z hormonów. Nie ma prawnych przeciwwskazań, aby osobom poniżej 18. roku życia zacząć podawać hormony. Problemem w państwowej służbie zdrowia jest trudność prowadzenia tranzycji medycznej w ramach usług NFZ, bo w Polsce nie ma żadnych uregulowań prawnych w tym zakresie. Podawanie hormonów jest determinowane głównie stopniem dojrzałości płciowej. Są endokrynolodzy, którzy podejmują się podawania hormonów bez potrzeby otrzymania diagnozy o transpłciowości, ale są lekarze, którzy będą takiej diagnozy wymagać. W jednym z ostatnich wydań *Endokrynologii polskiej* (25.02.2025)¹⁸ ukazały się wytyczne dotyczące kwalifikacji do terapii

18] Gawlik-Starzyk A, Dora M, Baran D, et al. Framework guidelines for the process of caring for the health of adolescent transgender (T) and non-binary (NB) people experiencing gender dysphoria – the position statement of the expert panel. *Endokrynologia Polska* 2025; 76(1): 1–28. DOI: 10.5603/ep.104289.

niepełnoletnich osób transpłciowych. Jest tam wyraźnie napisane, że aby uzyskać możliwość leczenia, należy być poddanym opiniowaniu przez specjalistę zdrowia psychicznego, leczenie powinno być stosowane z rozważą. To, czy i dlaczego taka diagnoza powinna albo nie powinna być przeprowadzona, to osobny temat. Tutaj skupiamy się na możliwościach zgodnych z prawem. Nie ma dolnej granicy wieku do podawania hormonów osobie młodej. Decyzję o podawaniu hormonów podejmuje lekarz na podstawie medycznych wskazań, a nie politycznych przekonań.

Można przeprowadzić operację. Rodzice najczęściej pytają o mastektomię (inaczej nazywaną: „jedyneką” albo rekonstrukcją klatki piersiowej). Ta operacja nie wymaga zmiany danych w sądzie. Można ją więc wykonać przed sądową zmianą oznaczenia płci, także przed 18. rokiem życia. Również pozostałe zabiegi – maskulinizujące czy feminizujące są dostępne dla osób poniżej pełnoletności, na zasadzie dostępności operacji plastycznych. Jedynie operacje pozbawiające osób niepełnoletnich zdolności płodzenia dzieci są w Polsce zabronione. Można je przeprowadzić dopiero po sądowym uzgodnieniu płci, po 18. roku życia, nie wcześniej. Często rodzice pytają, czy to prawda, że trzeba najpierw brać hormony, żeby przeprowadzić mastektomię. Prawo nie wymaga brania hormonów przed wykonaniem mastektomii. Obie kwestie wynikają z zaleceń lekarza, ze wskazań i przeciwwskazań dla konkretnego dziecka. Wśród rodziców krążą jednak opinie, które mogą być informacją niejako dodatkową:

- ▶ terapia hormonalna może wpływać na zmniejszenie biustu, zatem mastektomia może być operacją mniej inwazyjną, jeśli będzie wykonywana na zmniejszonym biuście;
- ▶ korzystanie z terapii hormonalnej powoduje pojawianie się zmian w ciele w pewnym rytmie i stopniowo. Mastektomia jest jednorazową konkretną zmianą w ciele. To bardzo indywidualna kwestia, czy dana osoba jest gotowa na tak zauważalną zmianę, czy lepiej te zmiany wprowadzać stopniowo. Nie ma znaczenia, że mówimy o zmianie pożądaney. Zmiana to zmiana.

Można zmienić imiona i nazwisko. W Polsce zmiana imienia jest dostępna na każdym etapie życia, również przed ukończeniem 18. roku życia. Odbyna się to na drodze urzędowej, przez złożenie odpowiedniego wniosku w jakimkolwiek urzędzie stanu cywilnego. W tym przypadku nie obowiązuje rejonizacja. Wniosek można złożyć o zmianę imienia, obu imion oraz o zmianę nazwiska. Może to być jeden wniosek, w którym wnioskujemy o zmianę wszystkich danych, lub osobne wnioski o zmianę imienia, drugiego imienia lub nazwiska. Możemy zmienić drugie imię lub je usunąć. Na przykład: jeśli ktoś nosi imiona Anna Maria, to może złożyć wniosek o zmianę imienia na Max, czyli tylko na jedno imię.

Zmianę danych uzasadnia się dwojako. Zmieniamy dane na imię i/lub nazwisko używane przez nas, lub na imię i/lub nazwisko, którego chcemy używać. W pierwszym przypadku uzasadniamy wniosek dokumentami potwierdzającymi, że używamy już takich danych, natomiast w drugim przypadku załączamy dokumenty, które wyjaśniają naszą motywację do zmiany obecnych danych na nowe.

Zmiana danych osoby niepełnoletniej wymaga zgody obojga rodziców. Wniosek może być wysłany pocztą lub dostarczony osobiście. Możemy również potwierdzić notarialnie podpisy rodziców¹⁹. Jeśli przeprowadzimy w przyszłości sprawę sądową o zmianę oznaczenia płci (opieramy się o rozwiązania prawne, jakie są aktualne w czerwcu 2025 roku), to możemy wówczas ponownie wystąpić do urzędu z wnioskiem o kolejne zmiany. Nie ma limitu liczby takich zmian.

Można przeprowadzić sprawę sądową. Proces tranzycji w Polsce nie ma ustalonej ścieżki i dość często cała tranzycja jest wynikiem działań, podjętych na początku – zarówno w obszarze tranzycji medycznej, społecznej, jak i prawnej. W Polsce „sprawa sądowa” to sądowe uzgodnienie płci.

Uzgodnić płeć, albo inaczej sprostować zapis płci w akcie urodzenia, może przeprowadzić zarówno osoba pełnoletnia, jak i osoba niepełnoletnia. I jest to możliwość dostępna od dość dawna. Po raz pierwszy sprostowano akt

19] Do niedawna można było zmienić imię wyłącznie na neutralne płciowo (np. Sasza). Aktualnie, w niektórych USC pojawiła się możliwość zmiany na imię stereotypowo męskie lub żeńskie.

urodzenia w Polsce w 1964 roku, gdy Sąd Wojewódzki w Warszawie wydał pozytywny wyrok. Od 61 lat w Polsce jest możliwe uzgadnianie płci metrykalnej. Pierwsza sprawa o uzgodnienie płci metrykalnej dotyczyła transpłciowej kobiety – osoby o uznanej reputacji w środowisku zawodowym i prywatnym, mającej oraz mającej stabilną sytuację rodzinną. Te fakty wydają się może być niepotrzebne do poruszenia, ale mogło to mieć znaczenie choćby z uwagi na możliwość opłacenia adwokata. Przeprowadzenie tego pierwszego procesu było możliwe również dzięki aktywnemu zaangażowaniu powódki i jej dużej wiedzy zdobytej za granicą na temat przeprowadzenia całego procesu.

Nie ma dolnego limitu wieku, aby przeprowadzić sprawę sądową, czyli można to zrobić, kiedy dziecko ma kilkanaście lat. Znamy sprawy sądowe przeprowadzane w Polsce, kiedy dziecko miało 14 lat. Pamiętaj, że obecnie prawo nie uznaje płci niebinarnych, proces może zatem dotyczyć jedynie zmiany oznaczenia płci z „kobieta” na „mężczyzna” i odwrotnie. Składając dokumenty w sądzie, trzeba przedstawić dowody na bycie osobą transpłciową. Nie mając jasnych wytycznych, uznaje się, że takimi dokumentami jest dokumentacja medyczna dotycząca dotychczasowej tranzycji medycznej.

Dokumenty, jakie na ogół składa się do sądu, jako załączniki do pozwu to:

- ▶ opinia o transpłciowości,
- ▶ zaświadczenie o substytucji hormonalnej,
- ▶ zaświadczenie o zabiegach korekcyjnych (np. mastektomii).

Wymienione wyżej załączniki nie są obowiązkowe. Nie każda osoba transpłciowa będzie posiadać opinię o transpłciowości, korzystać z hormonów lub poddawać zabiegom korekcyjnym. Są osoby, których absolutnie nie stać na przeprowadzenie żadnego etapu tranzycji medycznej. I takie, które nie chcą się poddawać tym zabiegom przed sądowym uzgodnieniem płci. Wszelkie przeciwwskazania medyczne są oczywistym powodem braku prowadzenia tranzycji medycznej. Do tematów związanych z tranzycją

wrócimy w osobnych rozdziałach w części 4 Stepownika. Tutaj skupiamy się na możliwości przeprowadzenia procesu sądowego dla osoby niepełnoletniej. Lepiej przeprowadzić sprawę sądową, zanim dziecko osiągnie pełnoletność czy gdy jest pełnoletnie? Jak zawsze, nie ma uniwersalnej odpowiedzi. Sama procedura niczym się nie różni w przypadku osoby małoletniej oraz osoby pełnoletniej. Nowością jest to, że od marca 2025 roku nie pozywa się już rodziców.

Co Cię może zaskoczyć?

- ▶ Sędzia może powołać biegłego albo biegłych – seksuologa albo psychiatrę lub innych specjalistów. Może to być podyktowane złą wolą, ale znacznie częściej jest podyktowane nieznaną tematu transpłciowości przez sędziego. Czasami jest tak, że im więcej dokumentów dostarczymy do sądu, tym mamy większą pewność, że biegły może zostać powołany. Sędzia może nie być w stanie sam ocenić, czy dostarczone dokumenty medyczne są rzeczywiście wystarczające, aby zmienić oznaczenie płci. Jednak niekoniecznie tak musi być. Jeśli dokumenty będą pokazywały spójny obraz tranzykcji dziecka, to mogą doprowadzić do przekonania sędziego/sędziny o zbędności powoływania dodatkowego biegłego w ramach postępowania.
- ▶ Sędzia może zażądać przeprowadzenia dodatkowych wyników badań, np. opinii psychologa albo kariotypu. Obecnie wiemy, że badanie kariotypu nic nie wnosi, ponieważ jakkolwiek wynik nie ma znaczenia w obszarze transpłciowości. Jest to jednak stara szkoła, z którą jeszcze spotykamy się w sądach. Takich zbędnych badań sąd może zażyczyć sobie niestety więcej.

1.7.6 Coming out pełnoletniego dziecka

Coming out pełnoletniego dziecka może wydawać się czymś łatwiejszym, bo rodzice są wolni psychicznie od ciężaru podejmowania decyzji w imieniu dziecka na temat tranzykcji medycznych i prawnych. Warto podkreślić, że z dzieckiem pełnoletnim jesteśmy w innej relacji niż z dzieckiem niepełnoletnim.

Pisząc ten rozdział, zapytaliśmy dorosłe osoby transpłciowe, co by chciały usłyszeć od swoich rodziców po coming outcie. Jedna z takich osób powiedziała: „Chciałbym usłyszeć, że mnie akceptuje (mama), nawet jeśli na ten moment tego nie rozumie za bardzo. Ale poza słowami chciałbym, żeby za nimi poszły także czyny. Bo puste słowa nic nie znaczą. Jak ktoś mówi „akceptuję”, to fajnie byłoby, żeby także w zachowaniu było widać akceptację i nie chodzi mi tu o np. opłatę za operację. Bo na to sobie można zarobić, ale o coś więcej, że na co dzień czuć tę akceptację”.

Coming out dorosłego dziecka może być trudnym momentem dla rodziców, którzy przyzwyczaili się, że mają córkę/syna. Przystawienie się może wymagać dłuższego czasu niż w przypadku rodziców dzieci małych, zwłaszcza, jeśli nie mieli żadnych przypuszczeń, że temat transpłciowości może dotyczyć ich dziecka. Taki coming out jest jak grom z jasnego nieba.

Po miesiącach lub latach zamartwiania się stanem swojego dziecka, informacja o coming outcie może wywołać ulgę. W końcu znaleźliśmy odpowiedź, której szukaliśmy od lat. Innym tematem jest poczucie winy rodziców dorosłych dzieci transpłciowych. Rodzice czasem obwiniają się, że nie dostrzegali wcześniej oznak lub że nie znali wystarczająco swojego dziecka. Takie poczucie winy jest absolutnie niesłuszne. Tożsamość płciową można odkryć będąc osobą dorosłą. Postawa rodziców nie ma wpływu na to, kiedy osoba transpłciowa tego dokona.

Jak pomóc dorosłemu dziecku transpłciowemu?

Przede wszystkim zapytaj, czy i jakiego wsparcia potrzebuje. Nie zakładaj nic z góry. Uszanuj prywatność, jeśli nie informuje Cię o wszystkich szczegółach, które chciałabyś poznać. Jeśli zapewniłaś dziecko o swoim wsparciu i akceptacji, to niech Twoje czyny idą w parze ze słowami, również w sytuacjach, na które nie jesteś gotowa.

Czasem rodzic nie ma pojęcia o codzienności osób transpłciowych, np. o przebiegu sądowego uzgodnienia płci. Twoje dziecko może oczekiwać

pomocy finansowo-organizacyjnej, takiej jak możliwości dalszego mieszkania w domu rodzinnym. Jedna z dorosłych osób transpłciowych powiedziała tak: „Może też chcieć, żeby rodzice ułatwili uzgodnienie płci prawnej – wnioskowali o uznanie powództwa²⁰, terminowo odbierali korespondencję sądową”. Może również oczekiwać, by rodzice zwiększyli swoją wiedzę o transpłciowości, korzystając z rzetelnych źródeł, zamiast kierować się błędnymi wyobrażeniami z tekstów popkultury, mediów mainstreamowych bądź ugruntowanych w tzw. „zdrowym rozsądku”.

Osoba transpłciowa, niepełnoletnia bądź pełnoletnia, najczęściej nie oczekuje, że jesteś ekspertem ds. transpłciowości. Liczy na wsparcie w procesie tranzycji społecznej, medycznej lub prawnej.

1.7.7 Coming out w rodzinie

Na czym polega? Chodzi o poinformowanie bliższych i/lub dalszych członków rodziny, że Twoje dziecko jest osobą transpłciową lub osobą niebinarną. Coming out w rodzinie może inaczej przebiegać, gdy chodzi o osobę niepełnoletnią, a inaczej, gdy chodzi o osobę dorosłą.

Ale zacznijmy od tego, że każdy coming out w rodzinie wymaga jednoznacznej zgody osoby transpłciowej. To podstawowa zasada i obowiązuje niezależnie od tego, czy dziecko jest obok nas czy nie.

Czy coming out w rodzinie jest niezbędny? Absolutnie nie! Ale... Załóżmy, że dziecko chce. Jak to zrobić najlepiej? Najpierw porozmawiaj z dzieckiem. Zapytaj, jak ono to widzi. Jeśli jest to osoba nastoletnia, porusz kwestię konsekwencji coming outu w rodzinie. Warto siebie i dziecko przygotować, zadając różne pytania i przygotowując odpowiedzi.

Czy dziecko powinno samo poinformować rodzinę?

Niekoniecznie. Jeśli czuje się na siłach, może zrobić to samodzielnie. Może zrobić

20] Obecny stan prawny nie wymaga uczestnictwa rodziców w sądowym uzgodnieniu płci.

to samo, ale w Twoim towarzystwie (zawsze to różnie). Może poprosić Ciebie – w jego towarzystwie albo bez jego obecności. Możliwości jest wiele i żadna z nich nie jest ani lepsza, ani gorsza. Czasem rodzice sądzą, że outowanie się wzmacnia pewność siebie i odwagę do kolejnych outowań. Niekoniecznie. Pamiętaj, że Twoje dziecko będzie najprawdopodobniej robiło to nie raz. I za każdym razem będzie podejmowało decyzję o tym, jak to zrobić.

Kogo z rodziny poinformować najpierw?

Nie ma reguły. Sprawdzonym sposobem jest poinformowanie najpierw kogoś, kto nas wesprze i nie odrzuci. Może to być babcia, dziadek, ciotka, ksiądz, bliski przyjaciel. Zastanówcie się z dzieckiem nad tym. Wybrana osoba może być oparciem przy kolejnych coming outach w rodzinie.

Co zrobić jak rodzina nie zaakceptuje zmiany?

Przede wszystkim nie zakładaj czarnych scenariuszy. Wielu rodziców uznaje, że rodzina nie zaakceptuje ich dziecka, a nader często dzieje się inaczej. Nie można oczekiwać, że wszyscy podskoczą z radości na wieść, że dziecko jest transpłciowe. Dlaczego? Bo większość rodziny nie ma żadnego pojęcia o transpłciowości i jej nie rozumie. Skoro nie wiedzą, o czym jest mowa, nie mogą zareagować adekwatnie do sytuacji.

Ważny jest sposób przekazania informacji. Jeśli poinformujesz rodzinę z przerażeniem w głosie, możesz wywołać podobną reakcję. Nie wiedząc, o czym mówisz, osoby przejmą się tym, jak mówisz. Jeśli przedstawisz transpłciowość jak największy dramat życiowy, to słuchacze odbiorą ją jak dramat. Kiedy powiesz komuś: „będę miał operację” z radością w głosie, to słuchacz odniesie wrażenie, że jest to operacja, na którą czekałeś, i będzie się cieszyć razem z Tobą, mimo że de facto nie wie, o jakiej operacji mówisz. Jeśli powiesz to z przerażeniem w głosie, to rozmówca się zmartwi, że zdarzyło ci się coś niedobrego i potrzebujesz zabiegu. Od tego, jak poinformujesz rodzinę, również tę niewspierającą, zależy, co zadzieje się później.

Po coming outcie dobrze jest dać rodzinie czas na przetrwanie informacji. Może ktoś z bliskich zadzwoni do Ciebie, aby dowiedzieć się więcej, lub zapyta, w czym może pomóc. Coming out dziecka w rodzinie to test relacji. Możesz zdobyć całkiem cenną wiedzę!)

Planując coming out dziecka w rodzinie, zastanówcie się wspólnie, jaki jest Wasz cel. Chcecie jedynie poinformować rodzinę, czy oczekujecie wsparcia i pomocy? Świadomość celu pomoże ustalić, jaka forma przekazania informacji będzie najlepsza.

1.7.8 Coming out rodzica

Czy przyszło Ci kiedykolwiek na myśl, że też będziesz dokonywać coming outu? Może to być pewnego rodzaju objawienie, ale za każdym razem, kiedy mówisz o tym, że Twoje dziecko jest transpłciowe lub niebinarne, lub gdy informujesz o jego orientacji psychoseksualnej, dokonujesz swojego coming outu jako rodzic dziecka LGBT+. To może być bardzo trudne. Jest sprawą bardzo indywidualną, z kim podzielić się tą informacją. Najważniejsze jednak jest to, aby najpierw ustalić ze swoim dzieckiem, czy jest na to gotowe. Pamiętaj, że za każdym razem, gdy mówisz o sobie, że jesteś rodzicem osoby LGBT+, outujesz również swoje dziecko. I jeśli jest to z nim w zgodzie, to nie ma problemu. Nie wolno jednak robić tego wbrew jego woli, ani żadnej innej osoby LGBT+.

Postaw wobec rodzicielskiego coming outu jest tyle, ilu jest rodziców. Nie ma reguły na to, czy należy się wyoutować czy nie, a jeśli tak, to przed kim. Jest to bardzo indywidualna sprawa, głównie zależna od samopoczucia i gotowości dziecka. Są dzieci, które od razu chcą poinformować cały świat o tym, kim są. Są dzieci, które nie są gotowe, potrzebują więcej czasu i dosłownie zakazują mówienia o tym komukolwiek. Trzeba to koniecznie uszanować. Postawy rodziców również będą zależne od samopoczucia i gotowości. Są rodzice, którzy w sposób naturalny zmieniają imię i formy gramatyczne, wypowiadając

się o swoim dziecku. Niektórzy odbiorcy taką informację „przyjmą na klatę”, nie podważając niczego i uznając, że rodzic wie, co mówi o swoim dziecku. Inne osoby będą chciały dopytać, bo np. pierwszy raz spotkały się z taką sytuacją i brakuje im wiedzy. To od Ciebie zależy, jak zareagujesz. Czy będziesz chciał jedynie potwierdzić, czy wyjaśnić sprawę bardzo szczegółowo. Zrób to w zgodzie ze sobą. Nie ma co ukrywać, że zdarzą się osoby, które zareagują w sposób transfobiczny. Dlatego ważne jest, aby przed rozmową na temat tożsamości płciowej i/lub orientacji psychoseksualnej swojego dziecka przygotować się na wszelkie możliwości, przemyśleć różne scenariusze i mieć gotowe odpowiedzi.

Są rodzice, którzy mimo gotowości dziecka sami nie są gotowi na swój, rodzicielski coming out. I taka sytuacja również jest ok, ale porozmawiaj o tym z dzieckiem i wyjaśnij, że potrzebujesz więcej czasu. Nie odkładaj tego tygodniami. Dzieci często potrzebują rodziców w roli tarczy, aby to oni przekazali informację rodzinie i przyjaciołom, chroniąc dzieci przed potencjalnymi nieprzyjemnościami.

1.8 Liczby, które pomagają zrozumieć – krótko o skali zjawiska transplciovosci

Oszacowanie liczby osób transplciowych w Polsce, w innych krajach czy też globalnie, jest bardzo trudne. Najlepszym sposobem zbierania takich danych byłyby krajowe spisy powszechne z wystandaryzowanymi pytaniami dotyczącymi tożsamości plciowej. Spisy powszechne w Polsce są przeprowadzane co 10 lat. Niestety ani poprzednie, ani ostatni z 2021 roku, nie zawierały pytań dotyczących tożsamości plciowej. Ponadto, ostatni spis uniemożliwiał podanie płci niezgodnej z numerem PESEL.

Pozostają przybliżone szacunki na podstawie trendów światowych, badań naukowych oraz statystyk. Należy je jednak interpretować z dużą ostrożnością, ponieważ istnieją różnego rodzaju czynniki wpływające na te dane. W przypadku badań dotyczących osób transplciowych istotnym błędem jest błąd selekcji. Występuje wówczas, gdy metoda wyboru uczestników do badania daje wynik, który nie jest reprezentatywny dla całej populacji. W przypadku populacji osób transplciowych nie ma możliwości zebrania próby reprezentatywnej, ponieważ populacja ta nigdy nie została określona. Oznacza to, że wyniki badań mogą w pełni nie oddawać rzeczywistości. Podejmuje się próby oszacowania np. liczby osób poddających się terapiom afirmującym płć, ale nie każda osoba transplciowa przechodzi tranzycję w ten sam sposób. Ponadto trzeba wziąć pod uwagę, że nie każda osoba będzie chciała poinformować o swojej tożsamości plciowej. Są też osoby, które nigdy nie zaakceptują swojej tożsamości i nie określają się jako transplciowe. Gdybyśmy chcieli oszacować liczbę osób transplciowych na podstawie zmiany danych metrykalnych, to znowu statystyki te nie byłyby miarodajne, bo nie wszystkie osoby decydują się na postępowanie sądowe.

Jak piszą Dag Fajt i Nina Kuta w opracowaniu o transplciowości²¹, badania amerykańskie i brytyjskie szacują odsetek osób transplciowych w populacji

21] Fajt D. Kuta N. Transplciowość w mediach. Wytyczne dotyczące odpowiedzialnej pracy dziennikarskiej. Fundacja Instytut Spraw Społecznych, Warszawa 2025; s.19.

na ok. 0,6% osób w wieku 13 lat i więcej oraz ok. 0,5% osób w wieku 16 lat i więcej, co w Polsce stanowiłoby ok. 158 000 – 164 000 osób, i uznają je za przeszacowane z uwagi na krótszy okres działalności edukacyjnej w Polsce w porównaniu do krajów zachodnich. W opracowaniu Kampanii Przeciw Homofobii (dalej KPH), pt. *Tęcza pod lupą. Czyli wszystko co chcecie wiedzieć o LGBT+, ale boicie się zapytać*, przeczytamy, że osoby transpłciowe stanowią 1% populacji (1 osoba na 100). Fajt i Kuta na podstawie liczebności prób badawczych w badaniach przeprowadzonych przez KPH i Niebinarny Spis Powszechny szacują, że liczba osób transpłciowych w Polsce mieści się w zakresie od kilkunastu do kilkudziesięciu tysięcy. Nie są to jednak twarde dane. Mówią o potencjalnej wielkości zjawiska. Pamiętajmy o tym, że odsetek osób transpłciowych w populacji nie jest stały i będzie podlegał fluktuacjom.

Jako punkt odniesienia wykorzystajmy oficjalne dane z Francji. W 2021 roku CPAM (czyli odpowiednik polskiego NFZ) świadczył opiekę medyczną w zakresie tranzycji dla 6 300 dorosłych osób, a rok wcześniej dla prawie 9 000 osób. Według raportu z 2020 roku 187 niepełnoletnich osób otrzymało dostęp do opieki medycznej w zakresie dysforii płciowej, a 47 z nich miało dostęp do hormonów i/lub zabiegów chirurgicznych. We Francji dysforia płciowa (nie transpłciowość!) jest wpisana na listę chorób przewlekłych. Dane te pochodzą z oficjalnego raportu, znajdującego się na stronach rządowych, na temat zdrowia i opieki medycznej osób transpłciowych²². Oczywiście, dane zawarte w dokumencie nie są kompletne, ponieważ opisują jedynie osoby transpłciowe, które korzystają z państwowej służby zdrowia w ramach przeprowadzania tranzycji medycznej. Nie dają informacji na temat liczby osób transpłciowych. Uznaje się, że występowanie transpłciowości waha się od 1/10 000 do 1/50 000 osób, a konkretnie, że we Francji jest od 20 000 do 60 000 osób transpłciowych.

22] Rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans. <https://sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-relatif-a-la-sante-et-aux-parcours-de-soins-des-personnes-trans> (dostęp: 2.06.2025).

1.8.1 Czy to prawda, że wśród osób nastoletnich jest więcej transpłciowych chłopców niż transpłciowych dziewczyn?

Statystyki pokazują, że w USA na 1,3 miliona dorosłych, którzy określają się jako osoby transpłciowe, 38,5% (515 200) to transpłciowe kobiety, a 35,9% (480 000) to transpłciowi mężczyźni²³. Kolejne badanie²⁴ na małej grupie, tym razem 421 osób, pokazują, że od lat 90. (czyli od kiedy zaczęto zbierać te dane) liczba transpłciowych mężczyzn przeprowadzających tranzycję medyczną konsekwentnie wzrasta i obecnie dorównała liczbie transpłciowych kobiet. Skąd zatem przekonanie, że jest więcej transpłciowych mężczyzn? Wydaje nam się, że jest więcej transpłciowych chłopców, ponieważ mamy społeczne przyzwolenie na pojawianie się w przestrzeni publicznej dziewczyn, które chcą wyglądać jak chłopaki (chłopczyc, tomboyów). Są to dziewczyny, które nie kwestionują swojej płci, ale po prostu mają stylówę na tomboya (więcej o tym przeczytasz w rozdziale 4.4 Femboy i Tomboy). W naszym społeczeństwie dziewczyny mogą grać w piłkę, chodzić po drzewach, robić prawo jazdy i jeździć na motorach. To nawet jest cool, gdy chłopak mówi, że jego dziewczyna uwielbia chodzić na mecze piłkarskie. W drugą stronę działa to dokładnie odwrotnie. Chłopak nie może po prostu zapisać się na balet, założyć na siebie czegoś, co sugerowałoby, że podobają mu się dziewczęce kolory i wzory.

W świecie osób nastoletnich wszelkie założenia społeczne w kwestii płci mają ogromne znaczenie. Mówiąc potocznie, gdy dziewczyna chce zostać chłopcem, to w społecznym odbiorze ma to sens i jest zrozumiałe. Ludzie sądzą, że chce po prostu mieć dostęp do tego, co mają mężczyźni, chce równouprawnienia. Jeśli chłopak chce zostać dziewczyną, to najczęściej usłyszymy tekst w stylu,

23] UCLA School of Law, Williams Institute. How many adults and youth identify as transgender in the United States? <https://williamsinstitute.law.ucla.edu/publications/trans-adults-united-states/> (dostęp: 2.06.2025).

24] Leinun MC, Joseph J. Changing demographics in transgender individuals seeking hormonal therapy: are trans women more common than trans men? *Transgend Health* 2020; 5(4): 241-245.

że jest albo chory na głowę albo zboczony. Chłopak nie może chceć wyglądać jak dziewczyna. Nie może też farbować włosów, malować paznokci itd. Córką chłopczyką rodzice na ogół się chwalą, a synem, który założył różową bluzę w kwiatki i pomalował paznokcie już niekoniecznie. Nawet wśród rodziców sojusznicych to widzimy – wrzucenie posta z transpłciowym synem jest zupełnie czymś innym niż wrzucenie posta z transpłciową córką. Wrzucenie posta z transpłciową córką, to nadal dowód odwagi rodzica. Odwagi do stawienia czoła normom społecznym.

Dziewczyna, która powie koleżankom, że wolałaby być chłopcem, usłyszy raczej tekst w stylu: „też mnie wkurza, że rodzice każą mi sprzątać dom, a mojemu bratu nie”. Sama informacja o woli byciu chłopcem prawdopodobnie nie wywoła zaskoczenia. Zupełnie inaczej jest, gdy chłopak mówi kolegom, że wolałby być dziewczyną. Usłyszy wtedy najprawdopodobniej komentarz, że jest gejem²⁵. Albo dużo gorszy. A nastolatki są zwykle wrażliwi na to, co kto pomyśli. I tu pojawia się kolejny powód mniejszej widoczności transpłciowych kobiet. W przestrzeni medialnej nie ma konceptu męczyzny transpłciowej. Zasadniczo, nie zobaczymy go ani w telewizji, ani w filmie. Za to jest bardzo specyficzny koncept transpłciowej kobiety – gwałciciela, pedofila, chorego psychicznie, zboczeńca, który chce dostępu do damskich przebieralni itp. Jeśli transpłciowa nastolatka uznaje za prawdę to, co widzi w telewizji, to najprawdopodobniej nigdy nie zrobi coming outu. Zacytujmy wypowiedź młodej osoby transpłciowej: „nie chcę być w tym samym worku, co ta osoba przedstawiana w mediach”.

Zatem większa jest widoczność transpłciowych męczyzn. Więcej rodziców otwarcie wspiera transpłciowych synów, a mniej otwarcie transpłciowe córki. Rodzice, którzy są wychowani w binarnym podziale i patriarchalnym świecie, często boją się o przyszłość dziecka, które się wyoutowało jako transpłciowa dziewczyna. Jest to jeden z powodów, dla których osoba nastoletnia, która trafia

25] W kontekście pejoratywnym.

do gabinetu ze swoim rodzicem, to częściej transpłciowy chłopak. Transpłciowa dziewczyna zwykle rozpoczyna tranżycję medyczną po ukończeniu 18. roku życia. Powodem takiej sytuacji jest zazwyczaj brak wsparcia rodziców albo wsparcie udawane, którego efektem było odwlekanie w czasie (celowe lub nie) rozpoczęcia tranżycji medycznej.

Kolejnym powodem większej widoczności transpłciowych chłopców jest to, że osoba urodzona z oznaczeniem płci jako „męska” może później rozpocząć dojrzewanie płciowe, a co za tym idzie – później odczuwać dysfориę. Oczywiście, jest to pewne uproszczenie i uogólnienie. Późniejsze odczuwanie dysfории może mieć inne podłoże niż czas dojrzewania płciowego.

Nie ma zbyt dużego społecznego przyzwolenia dla kogokolwiek na „bycie trans”. Jednak transpłciowi chłopcy mają dużo więcej okazji, żeby odkryć i wyrażać swoją tożsamość płciową. Mogą założyć tzw. męskie ciuchy, mieć krótkie włosy, a jeśli mają odpowiednią sylwetkę, mogą osiągnąć dobry passing²⁶, zanim zrobią coming out, nawet przed sobą. Transpłciowy chłopak może pożyczyć T-shirt od brata i mieć ubranie unisex. Ma okazję zauważyć dysfориę i dostrzec „inne opcje”. Transpłciowe dziewczyny w większości przypadków nie mają tego luksusu, bo stereotypowo wyglądający chłopak nie może ot tak założyć sukienki, pożyczyć ciuchów od siostry albo mamy. Transpłciowe dziewczyny raczej nie będą miały passingu przed hormonami. Ich możliwość spróbowania funkcjonowania jako osoba o innym oznaczeniu płci jest *de facto* zerowa.

Przeanalizujmy dane na temat wieku coming outu zebrane podczas rozmów i z postów rodziców osób transpłciowych. Nie stanowią one żadnych danych statystycznych. Pokazują jedynie pewien trend w grupie rodziców wspierających (która z założenia nie jest grupą miarodajną). Z opowieści wynika, że średni wiek coming outu dziecka przypada na 17. rok życia. Jednak dzieci wiedzą już wcześniej, że są transpłciowe. Dziecko, które wejdzie w okres dojrzewania, potrzebuje od 2 do 5 lat, aby zrobić coming out. Jeśli prześledzimy dane,

26] Passing – odbiór, postrzeganie osoby zgodnie z jej tożsamością płciową, na podstawie zmian w jej wyglądzie i zachowaniu dopasowanych do stereotypowych norm płciowych.

to widać doskonale, że transplęciowe dziewczyny dojrzewają do zrobienia coming outu będąc bliżej 18. roku życia. Transplęciowi chłopcy wcześniej. Na te magiczne 18. urodziny czekają zarówno dzieci, jak i ich rodzice. Jednym z powodów jest poczucie ulgi u rodziców z możliwości przeniesienia odpowiedzialności za decyzje dotyczące tranzykcji na swoje dorosłe, osiemnastoletnie dziecko. Dziecko, które ma wizję, że za rok będzie mogło rozpocząć tranzykcję medyczną bez obecności rodziców w gabinetach, bardzo często woli poczekać. Jednak transplęciowi chłopcy, którzy dojrzewają do zrobienia coming outu w wieku ok. 15 lat, nie są w stanie czekać w ukryciu jeszcze 3 lata! W tym wieku 3 lata to wieczność! Poza tym transplęciowi chłopcy mają częściej wsparcie rodziców. Wsparcie, które rodzice manifestują otwarcie. Tacy rodzice częściej towarzyszą niepełnoletnim synom w procesie tranzykcji niż rodzice transplęciowych córek.

A co z osobami niebinarnymi? O ile w przypadku osób binarnych, możemy szacować statystyki na podstawie informacji pozyskiwanych z grup społecznościowych czy z gabinetów lekarskich, o tyle sytuacja z osobami niebinarnymi jest inna.

Nie wiemy zupełnie, ile jest takich osób. Podstawowym powodem jest tu oczywiście brak oficjalnych danych. A dane pozyskiwane z doświadczeń rodziców czy samych osób niebinarnych nie są wiarygodne, ponieważ:

- ▶ osoby niebinarne, aby uzyskać dostęp do tranzykcji medycznej, muszą często udawać osobę binarną;
- ▶ niebinarność to bardzo szerokie pojęcie, szersze od binarnego podziału, pod parasolem niebinarności występuje niezliczona liczba tożsamości płciowych;
- ▶ znaczna część osób niebinarnych nie czuje potrzeby tranzykcji medycznej i/lub prawnej.

1.8.2 Czy odsetek osób transpłciowych w społeczeństwie rośnie?

Nie mamy danych, które by potwierdzały, że odsetek osób transpłciowych w społeczeństwie rośnie, spada bądź utrzymuje się na tym samym poziomie. Państwo ich nie zbiera, co więcej – państwo te dane niejako przekłamuje, choćby nie uwzględniając osób transpłciowych w spisie powszechnym, o czym przeczytałaś już w poprzednich rozdziałach.

Na pewno obserwujemy wzrost widoczności osób transpłciowych. Jest to naturalne. Gdy zjawisko, występujące w naturze od dawna, zaczyna być uwalniane od ciężaru stygmatu, patologii, zaburzenia, wówczas osoby, których ono dotyczy, zaczynają się ujawniać. Tak działo się np. z osobami leworęcznymi. Przez wiele lat, osoby leworęczne były uważane za osoby z zaburzeniem i podlegały leczeniu. Wielu z nas pamięta z dzieciństwa, jak osoby leworęczne były zmuszane do nauki pisania prawą ręką. Z czasem naukowcy doszli do wniosku, że jednak ta leworęczność to nie jest zaburzenie. To po prostu różnorodność w naturze. Co się zadziało? Nagle nastąpił wysyp osób leworęcznych! Czy ludzie stali się wówczas leworęczni? Bynajmniej. Nagle stali się widoczni, bo nie musieli się kryć z leworęcznością. Ba! Nagle leworęczność stała się modą – niech podniesie rękę ten, kto nie próbował udawać osoby leworęcznej. Moda zazwyczaj trwała dwa tygodnie, bo jednak była zbyt męcząca. W 1983 roku uznano, że leworęczność jest ok.

I tak samo jest z transpłciowością. Osoby transpłciowe są coraz bardziej widoczne. Im mniej będziemy medykalizować i patologizować temat transpłciowości, tym szybciej dowiemy się, ile osób transpłciowych jest wśród nas. Udawanie, że czegoś/kogoś nie ma, nie sprawi, że tego nie będzie.

1.9 Zjawisko tak stare jak ludzkość – o historii transpłciowości²⁷

Zarówno transpłciowość, jak i wszelkie informacje na ten temat były od zawsze systematycznie wymazywane. Zajmowały się tym religie i systemy społeczne. Nawracanie na wiarę przez kościół, ruchy kolonizatorskie i nazizm to trzy pierwsze aktywności, które przychodzą na myśl. Z powodu tych działań mamy dziś jedynie częściowe informacje, o tym, jak żyły i funkcjonowały na co dzień osoby transpłciowe i niebinarne w różnych kulturach, okresach i na różnych kontynentach. W tym chaosie nagle osoby cispłciowe zadają sobie pytanie, dlaczego akurat dzisiaj pojawiła się transpłciowość.

Odpowiedź jest prosta – osoby transpłciowe i niebinarne były zawsze.

„CHCIELI NAS ZAKOPAĆ, NIE WIEDZIELI, ŻE JESTEŚMY NASIONAMI”

PRZYSŁOWIE MEKSYKAŃSKIE

Nie ma pisemnych dowodów o transpłciowości z czasów prehistorycznych, ale przez analogię do czasów późniejszych można założyć istnienie osób transpłciowych. Dokumentowanie zaczęło się w starożytności, m.in. dzięki wynalezieniu pisma. Dostępne materiały wskazują, że ludzie określali się jako transpłciowi już kilka tysięcy lat p.n.e. Do świadectw istnienia osób transpłciowych należą m.in. inskrypcje na ceramice egipskiej z ok. 2000 roku p.n.e., w których byli wymienieni mężczyźni, kobiety i eunuchowie (w kontekście źródeł starożytnych mogli oznaczać osoby zarówno transpłciowe, jak i homoseksualne oraz wykastrowane). Ponadto uważa się, że osobą transpłciową była kobieta-faraon o imieniu Hatszepsut, przedstawiana z męskimi narządami płciowymi, panowała w Egipcie na przełomie XVI i XV wieku p.n.e. Gala byli kapłanami w starożytnej Sumerii, często opisywanymi jako androgyniczni lub

27] W opracowaniu rozdziału brała udział Jessica Lynn.

transpłciowi. Służyli sumeryjskiej bogini Inannie i wierzono, że zostali stworzeni przez boga Enki. Kapłani Gala mieli własny język i przyjmowali żeńskie imiona.

Istnieje też szereg dowodów w pismach greckich i rzymskich. Dzieło greckiego autora Ktezjasza opowiada o Assurbanipalu, władcy, który, przebywając ze swoimi konkubinami, ubierał się w kobiece stroje. Następnie Herodot opisuje enarēes – mężczyźni noszących kobiecy ubiór i posiadających dar jasnowidzenia. O istnieniu trzeciej płci pisał również Platon w dziele *Symposium*, ok. 400 roku p.n.e.

W 2011 roku archeolodzy odkryli na przedmieściach Pragi 5000-letni szkielet, który, jak twierdzą, należał do osoby transpłciowej. Ciało zostało pochowane w sposób charakterystyczny dla kobiet – na lewym boku, z głową zwróconą na wschód. W grobie znajdowały się naczynia domowe i jajowaty garnek, typowe dla kobiecych pochówków. Mężczyźni byli chowani głową na zachód, z młotami, krzemiennymi nożami i bronią.

Nieliczne źródła średniowieczne, pochodzące głównie z kręgu kultury chrześcijańskiej, świadczą o braku akceptacji dla nienormatywności w zakresie płci. Społeczności transpłciowe istnieją jednak na całym świecie. Należą do nich *Hijra* w Indiach, *Two-Spirit* w Ameryce Północnej, *Sekrata* na Madagaskarze, *Fa'afine* (trzecia płeć) na Samoa, *Khanith* lub *Mukhsnnathun* w Arabii Saudyjskiej, *Muxes* w Meksyku oraz *Brotherboy* i *Sistergirl* w społecznościach Aborygenów Australijskich i Wyspiarzy z Cieśniny Torresa w Australii. Niemal każdy kraj w historii akceptował lub nawet celebrował osoby transpłciowe. Historia jednak pokazuje, że wraz z europejską kolonizacją zaczęto je prześladować. W Europie również znaleziono dowody na istnienie osób transpłciowych. Był nią np. François Timoléon de Choisy, arystokrata z otoczenia Ludwika XIV, partner królewskiego brata Filipa Orleańskiego, również osoby transpłciowej. Królowa regentka, Krystyna Waza, w Szwecji uważała się za osobę płci przeciwnej i nosiła męskie ubrania.

Transpłciowość częściowo przeszła podobną drogę jak homoseksualność. Zarówno osoby homoseksualne, jak i transpłciowe, choć w innych okresach historii, pokonały etap bycia przestępcami naruszającymi porządek społeczny – swoją orientacją psychoseksualną czy tożsamością płciową. Nikt wówczas oczywiście nie mówił o orientacji ani tożsamości. Osoby nieheteronormatywne były co najmniej osobami z półświatka albo ukrywały się, zajmując wysokie miejsca na drabinie społecznej. Z czasem obie te grupy zaczęły przechodzić z folderu „świat bezprawia” do folderu „osoby potrzebujące pomocy medycznej”. Wówczas było to niejako wybawienie, bo przecież nie współczujemy przestępcy. Etykieta „choroba” zatem, w pewnym sensie, dała osobom homoseksualnym i osobom transpłciowym poczucie bezpieczeństwa.

Pierwsze wzmianki o medycznej korekcie płci pochodzą z II wieku n.e.²⁸ i dotyczą cesarzowej Rzymu, Heliogabal. Słynne słowa: „Nie mów mi Panie, bo jestem Damą” (*Call me not Lord, for I am a Lady*) są jednym z dowodów²⁹.

W czasach nam bliższych wydaje się, że po raz pierwszy temat transpłciowości jako problem medyczny podjęto w 1838 roku. Niejaki Jean Esquirol, w swojej pracy na temat chorób psychicznych, opisał przypadek inwersji narządów płciowych. W 1886 roku niemiecki lekarz Richard von Krafft-Ebing po raz pierwszy w sposób bardzo kompleksowy przedstawił transpłciowość (wówczas nie było jeszcze takiego terminu) w swoim dziele *Psychopathia sexualis*. W 1923 roku psychiatra berliński Albert Moll niejako ponowił publikację Richarda von Krafft-Ebing, uzupełniając ją o 447 obserwacji klinicznych. Albero Molla zainteresował szczególnie temat sposobu odczuwania swojej płci jako przeciwnej. Opisał dwa przykłady kliniczne osób transpłciowych (nadal nie istniało słowo „transpłciowość”) – mężczyzny i kobiety. Albert Moll posługiwał się określeniami: „homoseksualizm nabyty” i „metamorfoza seksualna paranoiczna”. Wówczas nie istniały żadne możliwości interwencji chirurgicznej czy hormonalnej dla osób, które dzisiaj nazywamy osobami transpłciowymi.

28] Smith S, Han J. The trans-formation of gender confirming surgery: a brief history. *J Urol* 2019; 201(4S): e244. <https://doi.org/10.1097/01.JU.0000555394.71572.8e>.

29] Roma history by Cassius Dio. https://penelope.uchicago.edu/thayer/e/roman/texts/cassius_dio/80*.html (dostęp: 5.06.2025).

W 1912 roku pojawia się termin „transseksualizm” i nazwę tę zawdzięczamy berlińskiemu seksuologowi – Magnusowi Hirschfeldowi, który w 1910 roku wyodrębnił trzecią płęć: „płęć seksualnie pośrednią”. Istnieje hipoteza, że Karl M. Baer jest pierwszą osobą trans i/lub interpłciową, która miała pełną korektę płci z własnej woli i nastąpiło to w 1906 roku. Przypuszcza się niestety, że duża część (jeśli nie większość) informacji z instytutu Hirschfelda została zniszczona przez nazistów.

W 1910 roku rodzi się nowa dziedzina medycyny – endokrynologia. Doktor Eugen Steinach prowadzi eksperymentalne badania endokrynologiczne, które są głośno komentowane w ówczesnych mediach. Jego badania udowadniają, że wykorzystanie hormonów w obszarze korekty płci jest możliwe.

Oficjalnie transpłciowość została w końcu uznana za chorobę, a nie przestępstwo czy wykroczenie. W 1949 roku psychiatra David Oliver Cauldwell użyje w swojej pracy określenia „transseksualizm”, opisując przypadek osoby transpłciowej (wówczas transseksualnej). Transseksualizm mieści się w folderze „perwersje seksualne”. W 1953 roku niemiecki endokrynolog i seksuolog, Harry Benjamin, który przebywa w USA już od 1914 roku, dzięki ścisłym kontaktom z Instytutem Seksuologii w Berlinie, łączy siły z Magnusem Hirschfeldem, który opuszcza Niemcy z powodu dojścia Hitlera do władzy. Benjamin zaproponował, by transseksualizm uznać za syndrom i zrezygnować z traktowania transseksualizmu jako perwersji czy psychozy. Benjamin, chciał złagodzić podejście do transpłciowości i przenieść z folderu „perwersji” czy „psychozy” do „problemów związanych z tożsamością”. Również Harry Benjamin wprowadza rozdział transpłciowości od homoseksualności. Do tej pory dwie odrębne kwestie były traktowane zawsze jako współdziałające. Benjamin przede wszystkim wprowadził „skalę Benjamina”, która dzisiaj jest absolutnie nieaktualna i uznawana za błędną. Jej stworzenie miało pomóc określać, jak bardzo prawdziwa była czyjaś transpłciowość. Została zaprojektowana wyłącznie dla kobiet heteroseksualnych i „chroniła” lekarzy przed operowaniem ludzi, mających zły typ osoby transpłciowej.

W 1955 roku John Money stworzył pojęcie „rola płciowa” (gender role). Jego niechlubny dorobek opierał się na błędnym założeniu i spowodował tragedię interplciowych dzieci. Z łatwością znajdziesz w internecie informację o Davidzie Reimerze³⁰. Milton Diamond (seksuolog), który nie zgadzał się z Johnem Moneyem, stwierdził, że nie da się kogoś zmienić na siłę, dlatego płęć (sex) i tożsamość (gender) muszą być osobnymi tworam. Na tej podstawie, Robert Stoller, psychiatra i psychoanalityk, stworzył podział na płęć (sex) – samiec/samica, oraz tożsamość płciowa (gender) – męski/żeński.

Operacje i interwencje chirurgiczne

W 1912 roku w Berlinie przeprowadzono mastektomię u transplciowego mężczyzny (wówczas transseksualnego). W 1917 roku Alan L. Hart był pierwszym transplciowym mężczyzną poddającym się histerektomii i owarietomii. W 1922 roku, wspomniany już, Magnus Hirschfeld w swoim Instytucie Seksuologii, przeprowadził pierwszą operację korekty płci u transplciowej kobiety, orchidektomię, a w 1931 roku waginoplastykę. Instytut Seksuologii, który zaczynał mieć ogromny wpływ na rozwój w zakresie pomocy osobom transplciowym, został zamknięty z powodu dojścia Hitlera do władzy w 1933 roku, a sam Magnus Hirschfeld wyjechał do USA. Hirschfeld był prześladowany od przynajmniej 1920 roku, ponieważ był Żydem, gejem i aktywistą.

Niedawny film *The Danish Girl* przywołuje postać duńskiej malarki, Lili Elbe, która przeszła operacje korygujące płęć. Lili Elbe zmarła w 1931 roku w wyniku powikłań po jednej z nich. Zmarła, ponieważ jej organizm nie zaakceptował obcego organu, transplantu macicy. Nie dlatego, że miała waginoplastykę. W 1946 roku pierwsza operacja falloplastyki (F2M) została przeprowadzona przez Harolda Gilliesa na brytyjskim lekarzu Laurensie Michaelu Dillonie.

30] Dawid Reimer – mężczyzna, któremu przy porodzie przypisano płęć męską, jednak był wychowywany jako dziewczynka, na skutek decyzji lekarzy po tym jak jego narządy płciowe zostały poważnie uszkodzone podczas nieudanego obrezania w wieku niemowlęcym.

Transpłciowość, nie transseksualizm – 1978 rok

Kolejna zmiana pojawia się w 1978 roku, kiedy amerykańska aktywistka, Virginia Prince, postulowała zamianę słowa „transseksualność” na „transpłciowość”, by w ten sposób określać osoby, które chciały żyć w zgodzie ze swoją tożsamością płciową, bez przeprowadzania żadnych interwencji chirurgicznych na swoim ciele. Od tego czasu słowa: „transseksualność, transseksualizm, transseksualny” itp. stawały się obraźliwe. Było to spowodowane przekonaniem, że transseksualność jest traktowana jako medyczny problem do załatwienia, jako patologia. Nowy termin, transpłciowość, miał zerwać z medykacją i patologizacją zjawiska.

Zatem całkiem niedawno transpłciowość została przesunięta z półświatka na listę chorób. W 1986 roku Lou Sullivan, prawdopodobnie pierwszy transpłciowy mężczyzna, który był publicznie wyoutowanym gejem, stworzył FTM International, pierwszą organizację dla transpłciowych mężczyzn. W 1979 roku Sullivan był też pierwszym transpłciowym gejem, któremu udało się poddać medycznej tranzycji (tylko osoby heteroseksualne mogły wtedy przechodzić tranzycję medyczną).

ICD, DSM

DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) to klasyfikacja służąca do kwalifikacji lub wykluczenia zaburzeń psychicznych, wydawana przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne. Obecnie obowiązuje DSM 5. Druga lista to ICD (*International statistical classification of diseases and related health problems* – Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych), jest wydawana przez Światową Organizację Zdrowia (WHO). W Polsce oficjalnie obowiązują kryteria 10 rewizji (ICD-10) chociaż istnieje już nowa ICD-11. Funkcjonuje od 1 stycznia 2022 roku, ale Polska ma 5 lat okresu przejściowego na jej wdrożenie.

Homoseksualność została wykreślona z listy DSM w 1973 roku, a z listy ICD zniknęła w 1990 roku. Natomiast transpłciowość została wykreślona z listy

chorób ICD w 2019 roku (skutecznie skreślono ją w 2022 roku, wraz z wydaniem najnowszej kwalifikacji). Od tego czasu transpłciowość nie jest oficjalnie uznawana za chorobę. Jednak, o ile orientacja psychoseksualna nie wymaga żadnych działań medycznych, o tyle osoby transpłciowe potrzebują dostępu do określonych zabiegów, terapii hormonalnych czy interwencji chirurgicznych, które wynikają z dysforii płciowej, często towarzyszącej transpłciowości. Potrzeby osób transpłciowych musiały zostać uwzględnione w klasyfikacji chorób, aby móc odpowiadać na ich potrzeby medyczne.

CZĘŚĆ 2

RODZICIELSKIE WSPARCIE RATUJE ŻYCIE



W tej części poradnika skupiamy uwagę na wsparciu. Podajemy przydatne, praktyczne wskazówki postępowania na początku drogi, a także przytaczamy wyniki badań, które pomagają rodzicom uzmysłowić sobie, jak ważne jest to, aby akceptowali i wspierali swoje pociechy. Wsparcie rodziców jest kluczowym elementem rozwoju, niezależnie od wieku czy tożsamości. Jednak dla dzieci i młodzieży ze społeczności LGBT+ to wsparcie ma szczególne znaczenie. W miarę dorastania potrzebują poczucia akceptacji, które wpływa na poczucie wartości, zdrowie psychiczne i ogólny rozwój. Dla młodych osób transpłciowych wsparcie rodziców może być nie tylko źródłem miłości, lecz także tarczą przed dyskryminacją i stygmatyzacją, które mogą występować w społeczeństwie. Kiedy rodzice okazują akceptację i zrozumienie, dzieci czują się bezpieczniejsze w wyrażaniu siebie. To z kolei może prowadzić do lepszej komunikacji w rodzinie, a także do większej otwartości na dzielenie się uczuciami i doświadczeniami.

Rodzice, którzy aktywnie wspierają swoje transpłciowe dzieci, pomagają im zbudować silniejszą tożsamość oraz umiejętność radzenia sobie z trudnościami. Dzięki temu dzieci mają możliwość zobaczenia, że istnieje wiele różnych ścieżek życiowych i że ich uczucia są ważne i uzasadnione. Warto również pamiętać, że wsparcie rodziców nie kończy się na akceptacji. Niezwykle ważne jest to, co piszemy w rozdziale o coming outcie dorosłych dzieci i o słowach dorosłej osoby transpłciowej na temat oczekiwań wobec rodziców. Ważne jest, aby deklaracje akceptacji potwierdzać czynami. Aby rodzice byli otwarci na rozmowy na temat tożsamości ich dzieci, a także gotowi do stawiania czoła wyzwaniom, jakie mogą napotkać w społeczeństwie.

Podsumowując, wsparcie rodziców jest niezbędne do zdrowego rozwoju dzieci, a w przypadku dzieci transpłciowych jego znaczenie staje się jeszcze większe. Akceptacja, zrozumienie i aktywne wsparcie w trudnych momentach mogą przyczynić się do tego, że młode osoby będą miały odwagę być sobą i dążyć do spełnienia marzeń, niezależnie od napotkanych przeszkód.

2.1 Bądź kotwicą, a nie burzą – praktyczne wskazówki dla rodziców na początku drogi

Rodzice mogą mieć mieszane uczucia, gdy dowiadują się, że mają transpłciowe dziecko. Może to być spowodowane tym, że martwią się o to, jak dziecko poradzi sobie w społeczeństwie, czy nie będzie prześladowane w szkole i dyskryminowane w miejscu pracy, czy będzie miało przyjaciół i znajdzie osobę partnerską do życia. Masz prawo do swoich emocji. Poniżej przedstawiamy zestaw uniwersalnych wskazówek podyktowanych doświadczeniem naszym i innych rodziców osób transpłciowych.

- ▶ Zawsze stój za swoim dzieckiem murem! Podążaj za nim. Bądź otwarta na potrzeby dziecka, a także na jego tożsamość. Okazuj mu ciepło i akceptację.
- ▶ Nawet jeśli jeszcze nie do końca rozumiesz i nie poukładałeś sobie w głowie informacji o tożsamości dziecka, zapewnij je o swojej miłości i o tym, że między wami nic się nie zmienia! Twoje dziecko jest tą samą osobą, a bycie osobą LGBT+ to tylko jeden z wielu aspektów jego życia. Potwierdzenie, że jest się kochanym za to, kim się jest, jest potężne!
- ▶ Zaufaj dziecku. Tylko ono wie, czego doświadcza i jak się czuje. Staraj się nie używać sformułowań typu: „może jeszcze nie jesteś pewna” albo „może z czasem ci się zmieni”. Nie podważaj tego, co Ci mówi. Nie pomniejszaj znaczenia tożsamości płciowej swojego dziecka. Uszanuj jego aktualne doświadczenie.
- ▶ Docień, że Twoje dziecko otworzyło się przed Tobą i zechciało podzielić się swoim trudnym doświadczeniem. Staraj się przyjąć doświadczenia dziecka z otwartością, dostrzeż ból i radość, którymi chce się z Tobą dzielić. Zapewnij dziecko o gotowości wsparcia! Zapytaj: „Czego ode mnie w tym momencie potrzebujesz?”. Dawaj dowody swojej akceptacji. Potwierdzaj swoje słowa czynami.
- ▶ Rozmawiaj. Delikatnie dopytuj i uważnie słuchaj. Rozwiewaj wątpliwości. Sprawdzaj, ile dziecko chce Ci powiedzieć w związku ze swoją tożsamością.

- ▶ Zapytaj, jak chce, żeby się do niego zwracać. Zapytaj, kto wie o jego doświadczeniu i z kim dziecko nie chciałoby się tym dzielić. Pohamuj swoją nadmierną ciekawość. Są pewne kwestie, o które nie powinniśmy pytać. Mogą być odebrane jako przekraczające granice komfortu drugiej osoby. Seksualność jest tematem bardzo intymnym. Dla większości osób ich ciała i szczegóły życia seksualnego to kwestie, o których nie muszą chcieć rozmawiać.
- ▶ Dawaj dowody akceptacji. Staraj się nie mówić: „Ja Cię akceptuję, ale...”. Akceptacja dziecka jest najważniejszą rolą rodzica i jest bezwarunkowa. Sposób, w jaki zareagujesz na coming out znacznie wpłynie na utrzymanie dobrego stanu psychicznego Twojego dziecka.
- ▶ Stwórz azyl w domu. To może być jedyne miejsce na świecie, gdzie Twoje dziecko czuje się bezpiecznie i może być po prostu sobą. Pozwól na wyrażanie siebie, szanuj przestrzeń dziecka i jego granice. Nie okazuj dezaprobaty na próby wyrażenia ekspresji płciowej zgodnej z odczuwaną płcią (ubiór, makijaż, fryzura itd.).
- ▶ Jeśli jest Ci ciężko, staraj się nie obarczać tym dziecka. Nie zrzucaj na nie swoich emocji. Zadbaj o siebie. Porozmawiaj z przyjaciółką lub przyjacielem. Znajdź grupę wsparcia albo poszukaj psychoterapeuty lub psychoterapeutki.
- ▶ Skup się na „tu i teraz”, nie na tym, co będzie w przyszłości. Staraj się nie wybiegać za daleko w przyszłość. Nie projektuj nieszczęść. Nie przekreślaj przyszłości, nie wążp w dziecko, nie zadawaj pytań w stylu: „Jak Ty, dziecko, będziesz teraz żyć? Jak Ty sobie poradzisz?”, nie sugeruj, że Twoje albo jego życie się skończyło. Nie obarczaj winą! Nie używaj sformułowań: „Dlaczego mi to robisz?”, „Dlaczego mnie to spotyka?”.
- ▶ Szukaj rzetelnych informacji, by rozwiewać swoje lęki. Daj w ten sposób dziecku sygnał, że jesteś nim zainteresowany i chcesz lepiej zrozumieć.
- ▶ Nie podejmuj próby szukania natychmiastowego sposobu: „Jak rozwiązać ten problem”. Twoje dziecko może poczuć się odrzucone, niezrozumiane, a w najgorszym przypadku niekochane.

- ▶ Nie przyjmuj roli „organizatora” tranzykcji swojego dziecka. Nie róó listy zadaó! Nie traktuj tranzykcji jak projektu. To Twoje dziecko ma wyrażać gotowość i podejmować decyzje o kolejnych krokach. Ty masz za nim podążać i je w tym wspierać.
- ▶ Jeśli jest to w zgodzie z Tobą, udzielaj się, zostań sojusznikiem. Obecnie dyskusja o prawach osób LGBT+ w Polsce jest coraz żywsza. Jeśli uważasz, że to ważne, dowiedz się, co więcej możesz zrobić, by Twoje dziecko miało szansę rozwijać się w bardziej akceptującym świecie.
- ▶ Na wszystko trzeba czasu. Daj go sobie i dziecku.

Nie każda osoba będzie potrzebowała wszystkich powyższych wskazówek. Istnieją osoby, dla których będą one niewystarczające. To zrozumiałe, że otrzymując informacje o tożsamości płciowej dziecka, która jest odmienna niż płć nadana przy urodzeniu, potrzebny jest czas, wiedza, akceptacja i wsparcie. Jesteś rodzicem i naturalnym jest, że możesz mierzyć się z dylematami, strachem o swoje dziecko, obawą, czy nie stanie mu się krzywda. Możesz mieć poczucie, że Twoje wyobrażenia na temat przyszłości dziecka nigdy nie zostaną zrealizowane. Odczuwać konflikt ze swoimi poglądami czy wyznawaną religią. Przechodzić trudny czas i mierzyć się z różnymi emocjami. Odczuwać sprzeczne, skrajne emocje. Twoja złość, smutek czy przerażenie mogą mieszać się z radością i spokojem. Daj sobie do tego prawo. Znajdź wsparcie. Nie ma jednej dobrej reakcji rodzica na coming out dziecka. Każda osoba będzie to przeżywać na swój sposób. Pamiętaj jednak, że pogodzenie się z zaistniałą sytuacją może być jedną z najważniejszych rzeczy, jaką możesz dać swojemu dziecku w tym trudnym dla niego czasie.

**RODZICIELSTWO TO NIE INSTRUKCJA OBSŁUGI.
TO CODZIENNE UCZENIE SIĘ MIŁOŚCI NA NOWO
– Z UWAŻNOŚCIĄ, BŁĘDAMI, ZAUFANIEM.**

2.2 O wartości okazywanego wsparcia. Wyniki badań

Z międzynarodowych badań naukowych wynika jednoznacznie, że młodzież transpłciowa i różnorodna płciowo (określana skrótem TGD – *transgender and gender diverse*) może doświadczać wyższego poziomu stresu i problemów ze zdrowiem psychicznym. W Polsce takich badań brakuje. Mimo to, istniejąca literatura naukowa dostarcza istotnych informacji na temat zdrowia psychicznego młodzieży transpłciowej. Poniżej przedstawiamy wybrane wnioski z literatury naukowej z ostatnich lat.

Poziomy depresji i lęku, które są uznawane za przejawy psychologicznego cierpienia, są często podwyższone u młodzieży TGD w porównaniu z ich rówieśnikami cisplciowymi, w tym ich rówieśnikami cisplciowymi należącymi do mniejszości seksualnych. Często ma wysoki poziom zaburzeń internalizujących (tzn. skierowanych do wnętrza), takich jak zaburzenia depresyjne i zaburzenia lękowe uogólnione. Jednak badania prowadzone wśród młodzieży mającej wspierających rodziców wykazały, że poziom depresji u dzieci i młodych nastolatków z TGD są porównywalne lub prawie porównywalne z poziomami u dzieci i młodych nastolatków cisplciowych. Dane te sugerują, że młodzież TGD może rozwijać się prawidłowo w warunkach wsparcia. Niemniej jednak, badania te pokazały, że poziom lęku u młodzieży transpłciowej, przynajmniej według relacji rodziców, jest nieco wyższy niż u młodzieży cisplciowej.

Młodzież TGD charakteryzuje się większą częstością myśli samobójczych, prób samobójczych i samookaleczeń bez zamiaru samobójstwa. Metaanaliza badań opublikowanych do 2018 roku na temat dzieci, nastolatków i młodych dorosłych TGD, z których większość przeprowadzono na próbach osób przebywających w placówkach zdrowia specjalizujących się w transpłciowości, oszacowała, że ok. 28% tych młodych ludzi miało w życiu historię samookaleczeń bez zamiaru samobójstwa, 28% miało myśli samobójcze, a 15% doświadczyło prób

samobójczych³¹. Ponadto badania prowadzone w tych placówkach oszacowały, że liczba zgonów spowodowanych samobójstwami wśród młodzieży TGD jest znacznie większa w porównaniu do populacji ogólnej.

U młodzieży TGD zaobserwowano wyższy wskaźnik zaburzeń odżywiania. Jako jedną z głównych przyczyn tych zaburzeń określono chęć zahamowania rozwoju drugorzędowych cech płciowych w okresie dojrzewania lub zmiany kształtu ciała. Ponadto młodzież TGD może być szczególnie podatna na używanie substancji psychoaktywnych. W próbie uczniów szkół średnich w kilku stanach i miastach USA nastolatki transpłciowe (n = 2 845) byli bardziej skłonni niż cisplłciowi rówieśnicy i rówieśniczki (n = 118 803) do picia alkoholu, palenia papierosów i zażywania innych substancji³².

Należy wspomnieć, że niektóre dawne teorie dotyczące różnorodności płciowej wskazywały na wysoki poziom stresu psychologicznego u dzieci TGD jako poparcie dla twierdzenia, że bycie TGD było formą zaburzenia, problemów emocjonalnych i behawioralnych. Obecnie jednak dominującym wyjaśnieniem różnic w zdrowiu psychicznym między osobami TGD a osobami cisheteronormatywnymi jest teoria stresu mniejszościowego. Teoria ta mówi, że oprócz czynników stresotwórczych, których doświadczają wszystkie osoby, osoby członkowskie grup mniejszościowych doświadczają wielu unikalnych czynników stresotwórczych, które mogą pogorszyć stan ich zdrowia psychicznego. Jest to m.in. poczucie odrzucenia, dyskryminacja, brak akceptacji, obawa przed stygmatyzacją i in. Młodzież TGD częściej doświadcza odrzucenia przez rodzinę niż ich cisplłciowi rówieśnicy, a te doświadczenia mogą wpływać na zdrowie psychiczne. Ponadto, wspomniana młodzież jest bardziej narażona na przemoc, zarówno werbalną, jak i fizyczną w porównaniu z młodzieżą cisplłciową.

Młodzież TGD doświadcza częściej prześladowań rówieśniczych niż młodzież cisheteronormatywna, a prześladowania często są związane ze sposobem, w jaki

31] Surace T, Fusar-Poli L, Vozza L, et al. Lifetime prevalence of suicidal ideation and suicidal behaviors in gender non-conforming youths: a meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2021; 30(8): 1147-1161. doi: 10.1007/s00787-020-01508-5.

32] Johns MM, Lowry R, Andrzejewski J, et al. Transgender identity and experiences of violence victimization, substance use, suicide risk, and sexual risk behaviors among high school students-19 states and large urban school districts, 2017. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2019; 68(3): 67-71. doi: 10.15585/mmwr.mm6803a3.

osoby TGD się określają, działają lub jak wyglądają. Doświadcza również braku akceptacji i negocjowania ich tożsamości płciowej przez innych. W amerykańskiej próbie osób TGD w wieku 13–24 lat, zrekrutowanej za pośrednictwem mediów społecznościowych (55% poniżej 18. roku życia; $n = 7\,370$), ponad połowa (58%) osób zgłosiła, że przynajmniej raz w życiu ktoś powiedział im, aby nie korzystali z toalety odpowiadającej ich tożsamości płciowej³³.

Poczucie niezgodności między tożsamością a ciałem i/lub wyglądem zostało również powiązane ze zdrowiem psychicznym u młodzieży TGD i zaburzeniami depresyjnymi. W jednym z badań przeprowadzonych na próbie młodzieży w wieku 12–18 lat, której przy urodzeniu przypisano płeć żeńską, dysforia klatki piersiowej związana była z wyższą częstotliwością występowania lęku i depresji³⁴. U niektórych osób zmiany fizyczne, które zachodzą podczas dojrzewania niezgodnego z płcią i/lub zmiany w sposobie, w jaki postrzegają ich inni, są na tyle nie do zniesienia, że wiążą się ze zwiększonym prawdopodobieństwem myślenia o samobójstwie.

Powyższe dane wskazują, z czym mogą mierzyć się osoby transpłciowe i niebinarne oraz w jaki sposób różnego rodzaju czynniki mogą wpływać na pogorszenie ich stanu zdrowia psychicznego. Sposób, w jaki młodzież TGD jest traktowana przez różne osoby z ich otoczenia, może sprawić, że będzie bardziej lub mniej podatna na doświadczanie stresu psychicznego. Ogólnie rzecz biorąc, relacje naznaczone odrzuceniem i przemocą mogą zwiększać prawdopodobieństwo, że młodzież TGD będzie miała problemy emocjonalne.

Sposób funkcjonowania rodzin dzieci TGD, w tym sposób, w jaki członkowie rodziny traktują osoby TGD i ich tożsamość, został powiązany z ich stanem zdrowia psychicznego. Im gorsze jest funkcjonowanie rodziny, czyli im mniej wyrozumiała, wspierająca, otwarta, komunikatywna i akceptująca jest rodzina, tym więcej problemów emocjonalnych i behawioralnych doświadczają dzieci i nastolatki TGD.

33] Price-Feeney M, Green AE, Dorison SH. Impact of bathroom discrimination on mental health among transgender and nonbinary youth. *J Adolesc Health* 2021; 68(6): 1142–1147. doi: 10.1016/j.jadohealth.2020.11.001.

34] Sood R, Chen D, Muldoon AL, et al. Association of chest dysphoria with anxiety and depression in transmasculine and nonbinary adolescents seeking gender-affirming care. *J Adolesc Health Care* 2021; 68(6): 1135–1141. doi: 10.1016/j.jadohealth.2021.02.024.

Odrzucenie tożsamości płciowej dziecka przez rodziców zostało w szczególności powiązane z depresją i lękiem, a odrzucenie ze względu na płeć przez rodzeństwo zostało powiązane ze zwiększonym prawdopodobieństwem myśli samobójczych. Badania jakościowe, przeprowadzone wśród osób nastoletnich, wskazują, że odrzucające zachowania ich rodziców, w tym błędne określanie ich płci, zaprzeczanie, że są naprawdę osobami transpłciowymi, krytykowanie ich i odcinanie ich od kluczowych zasobów są szkodliwe dla psychiki i mogą zaostrzać istniejące problemy ze zdrowiem psychicznym³⁵. Ponadto znęcanie się przez rodziców może wiązać się z próbami samobójczymi osób TGD³⁶.

Z drugiej strony, prawidłowe relacje rodzinne i wsparcie mogą pomóc w zwiększeniu dobrostanu psychologicznego u młodzieży TGD. W próbie osób TGD w wieku 14–18 lat w Kanadzie, dobre relacje rodzinne, w tym poczucie, że rodzice nastolatka troszczą się o niego, wiązało się ze zmniejszonym prawdopodobieństwem samookaleczenia w ciągu ostatniego roku bez myśli samobójczych i poczucia rozpacz w ciągu ostatniego miesiąca³⁷. Podobnie w badaniu amerykańskich nastolatków TGD posiadanie troskliwych rodziców, z którymi nastolatki czuły, że mogą rozmawiać, wiązało się z niższym poziomem objawów depresyjnych, myśli samobójczych, prób samobójczych i używania substancji psychoaktywnych³⁸. Nastoletnie osoby transpłciowe twierdzą, że wsparcie rodzicielskie pomaga im odczuwać nadzieję i poczucie więzi, a także poprawia ich zdrowie psychiczne³⁹. Trzeba jednak podkreślić, że wsparcie rodzicielskie dzieci transpłciowych może tymczasowo zmniejszyć poziom złego zdrowia psychicznego u niektórych dzieci transpłciowych, ale nie eliminuje tych problemów u wszystkich dzieci TGD.

35] Johnson KC, LeBlanc AJ, Sterzing PR, et al. Trans adolescents' perceptions and experiences of their parents' supportive and rejecting behaviors. *J Couns Psychol* 2020; 67(2): 156-170. doi: 10.1037/cou0000419.

36] Grossman AH, D'Augelli AR. Transgender youth and life-threatening behaviors. *Suicide Life Threat Behav* 2007; 37(5): 527-537. doi: 10.1521/suli.2007.37.5.527.

37] Veale JF, Peter T, Travers R, Saewyc EM. Enacted stigma, mental health, and protective factors among transgender youth in Canada. *Transgender Health* 2017; 2(1): 207-216. doi: 10.1089/trgh.2017.0031.

38] Gower AL, Rider GN, Brown C, et al. Supporting transgender and gender diverse youth: protection against emotional distress and substance use. *Am J Prev Med* 2018; 55(6): 787-794. doi: 10.1016/j.amepre.2018.06.030.

39] Johnson KC, LeBlanc AJ, Sterzing PR, et al. Trans adolescents' perceptions and experiences of their parents' supportive and rejecting behaviors. *J Couns Psychol* 2020; 67(2): 156-170. doi: 10.1037/cou0000419.

Relacje rówieśnicze są również silnym czynnikiem prognozującym zdrowie psychiczne u dzieci i nastolatków TGD. Badania wykazały, że wśród młodzieży TGD wyższy poziom przemocy rówieśniczej wiąże się przede wszystkim z gorszymi wynikami w zakresie zdrowia psychicznego, w tym z wyższym poziomem lub prawdopodobieństwem wystąpienia stresu, depresji, lęku, myśli samobójczych i samookaleczenia bez zamiaru samobójstwa. Prześladowanie, którego doświadcza młodzież TGD, jest często specyficzne dla jej tożsamości płciowej, ekspresji lub postrzeganej orientacji seksualnej, i wiąże się ze zwiększonym stresem psychicznym, w tym depresją i lękiem oraz historią prób samobójczych w ciągu całego życia.

Pozytywne relacje i wsparcie ze strony rówieśników ze społeczności szkolnej mogą odgrywać ochronną rolę. Zgodnie z badaniami kanadyjskimi, posiadanie troskliwych przyjaciół wiązało się ze zmniejszonym prawdopodobieństwem próby samobójczej w ciągu ostatniego roku, a większe powiązanie ze szkołą i przynależność do niej skutkowały zmniejszonym prawdopodobieństwem stresu w ciągu ostatniego miesiąca i odczuwania rozpacz w ciągu ostatniego roku^{40,41}. Podobnie w badaniu nastolatków TGD w Minnesocie relacje z przyjaciółmi i nauczycielami wiązały się ze zmniejszonym stresem psychologicznym⁴². Wsparcie społeczne może również łagodzić skutki działań dyskryminujących, szczególnie gdy młodzież cieszy się wysokim poziomem wsparcia ze strony rówieśników lub społeczności szkolnej. Młodzież zgłasza w badaniach jakościowych, że znalezienie społeczności, zwłaszcza relacje z innymi osobami TGD, może zwiększać odporność. Często młodzi ludzie spotykają taką społeczność poza szkołą i domem, np. w internecie, gdzie znajdują wsparcie i budują więzi z podobnymi osobami⁴³. Zgłaszają, że w przestrzeniach online mogą być sobą,

40] Veale JF, Peter T, Travers R, Saewyc EM. Enacted stigma, mental health, and protective factors among transgender youth in Canada. *Transgender Health* 2017; 2(1): 207-216. doi: 10.1089/trgh.2017.0031.

41] Veale JF, Watson RJ, Peter T, Saewyc EM. Mental health disparities among Canadian transgender youth. *J Adolesc Health* 2017; 60(1): 44-49. doi: 10.1016/j.jadohealth.2016.09.014.

42] Gower AL, Rider GN, Brown C, et al. Supporting transgender and gender diverse youth: protection against emotional distress and substance use. *Am J Prev Med* 2018; 55(6): 787-794. doi: 10.1016/j.amepre.2018.06.030.

43] Evans YN, Gridley SJ, Crouch J, et al. Understanding online resource use by transgender youth and caregivers: a qualitative study. *Transgend Health* 2017; 2(1): 129-139. doi: 10.1089/trgh.2017.0011.

znaleźć poczucie bezpieczeństwa i przynależności oraz odzyskać nadzieję⁴⁴.

Jednym z kluczowych sposobów zwiększenia odporności w obliczu stresu mniejszościowego jest afirmacja płci. Im częściej rodzice młodzieży TGD używają wybranego imienia, tym mniejsze odczuwanie depresji i lęku. Szerzej rzecz biorąc, im większa liczba środowisk, w których młody człowiek może używać wybranego imienia (zamiast deadname), tym lepsze jest jego zdrowie psychiczne. W jednym badaniu nastolatków TGD w USA częstość prób samobójczych była niższa wśród osób, które zgłosiły, że większość lub wszystkie osoby w ich życiu używały odpowiednich zaimków (11%), niż wśród osób, które zgłosiły, że wiele (19%), niektóre (17%), lub żadna (20%) z osób nie używała odpowiednich zaimków. Ponadto wykazano, że wśród osób, które miały dostęp do bielizny i odzieży afirmującej płeć, odnotowano niższy wskaźnik prób samobójczych (12%) niż u tych, którzy nie mieli takiego dostępu (15%)⁴⁵.

Zaprezentowane dane są fragmentaryczne i wybiórcze, ale obrazują, jak ważne jest wsparcie rodziców, rówieśników, otoczenia dzieci i młodzieży transpłciowej i niebinarnej dla ich zdrowia oraz jaką rolę odgrywają osoby bliskie dzieciom i młodzieży TGD w ich życiu. W bibliografii na końcu poradnika prezentujemy pełną listę literatury, na podstawie której powstał ten rozdział.

44] Austin A, Craig SL, Navega N, McInroy LB. It's my safe space: the life-saving role of the internet in the lives of transgender and gender diverse youth. *Int J Transgender Health* 2020; 21(1): 33-44. doi: 10.1080/15532739.2019.1700202.

45] The Trevor Project. 2024 US National Survey on the Mental Health of LGBTQ+ Young People. https://www.thetrevorproject.org/survey-2024/assets/static/TTP_2024_National_Survey.pdf (dostęp: 14.03.2025).

2.3 Przykład z życia

Chcemy zacytować list prawie 18-letniej osoby transpłciowej, która od kilku lat samotnie przeżywa swój koszmar codzienności, by po uzyskaniu pełnoletności móc wreszcie zacząć samodzielne opiniowanie i tranzycję. Rodzice nie potrafili jej wesprzeć. Nie uwierzyli jej. Nie chcieli. Żyła z tą świadomością i zmagająca się z nią w samotności. Po części było to spowodowane brakiem edukacji. Publikujemy list za zgodą autora i zgodnie ze złożoną mu obietnicą, robimy z tym tekstem tyle dobrego, ile tylko będziemy mogli. Treść w oryginale.

Trigger warning⁴⁶ na przekleństwa i możliwą zinternalizowaną transfobię. Długi vent⁴⁷ o codziennym życiu osoby transmęskiej przed medyczną i prawną tranzycją.

„Mam wrażenie, że za mało ludzi mówi o tym, jak ciężkie jest codzienne życie osoby transpłciowej. Są dni, w których po prostu nienawidzę tego, że taki jestem. Nienawidzę poczucia, jakbym nie miał prawdziwej szansy na odniesienie sukcesu w życiu, bo zawsze dla większości będę wyrzutkiem. Nienawidzę martwienia się o akceptację mojej rodziny, przyjaciół, znajomych, nauczycieli, nieznajomych. Nienawidzę martwienia się o przedstawianie się. Ciągłego martwienia się, czy ludzie będą używać mojego preferowanego imienia i zaimków. Nienawidzę tego, że słyszenie mojego prawnego imienia jest tak bolesne. Że postrzeganie mnie jako kogoś, kim nie jestem, jest tak bolesne. Nienawidzę tego, że wszystko jest tak cholernie bolesne. Nienawidzę martwienia się, z której łazienki czy szatni powinienem skorzystać, gdy jestem w miejscu publicznym. Martwienia się, która jest bezpieczniejsza. Dyskomfortu związanego z korzystaniem z damskich przestrzeni, ponieważ nie jestem kobietą. Strachu przed werbalną lub fizyczną przemocą w męskich przestrzeniach, ponieważ nie mam penisa. Faktu, że nie ma przestrzeni neutralnych płciowo. Nienawidzę świadomości, że nie pasuję do reszty chłopaków, że nigdy do końca nie będę „jednym z nich”, że nigdy nie będę przez wszystkich widziany jako „prawdziwy

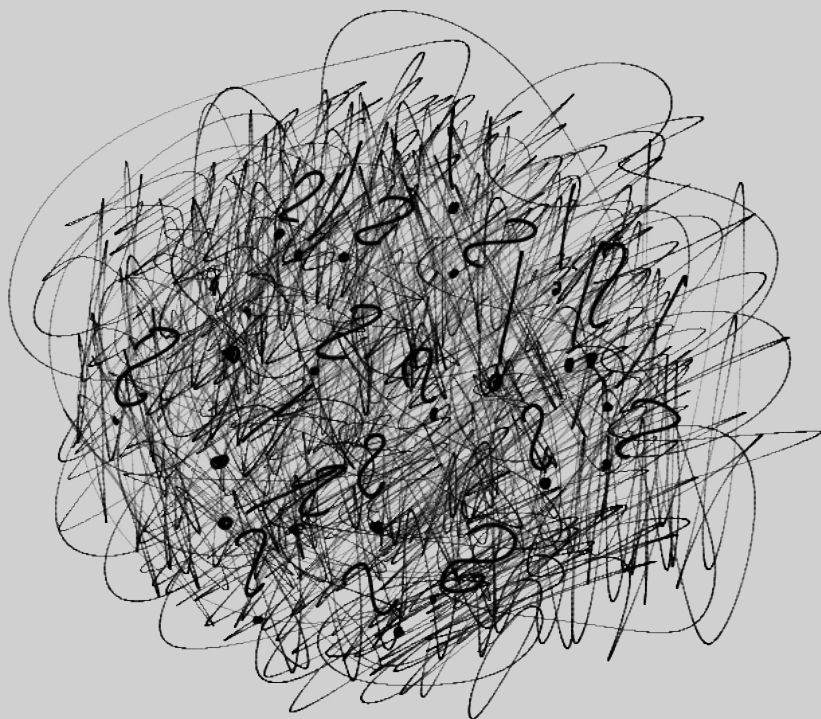
46] Ostrzeżenie o treściach, które mogą wywołać negatywne emocje u odbiorców.

47] Długi vent – długa tyrada.

mężczyzna". Świadomości, że do dziewczyn również nie pasuję, bo także już nie jestem „jedną z nich”. Nienawidzę świadomości, że mimo wszystko, bez względu na to, co zrobię, większość ludzi i tak będzie mnie postrzegać jako kobietę. I nienawidzę uczucia, że tak naprawdę nigdzie nie pasuję i nigdzie nie ma dla mnie miejsca, może z wyjątkiem przestrzeni queerowych. Nienawidzę nieczucia się komfortowo we własnym ciele. Nienawidzę dysforii. Dysforii ciała, głosu, wzrostu, dysforii dotyczącej moich manier, sposobu, w jaki siedzę, mówię, poruszam się. Nienawidzę tego głupiego głosu w mojej głowie, który ciągle mówi mi, że „prawdziwy mężczyzna, by tego nie zrobił”. Nienawidzę koncepcji passingu. Nienawidzę transmedykalistów. Nienawidzę tego, jak bardzo wysokie oczekiwania społeczeństwo ma wobec osób transpłciowych. Nienawidzę poczucia, jakbym udawał/zmyślał moją transpłciowość, gdy nie staram się cały czas wyglądać super męsko. Nienawidzę tego, że nie czuję się już komfortowo, będąc kobiecym. Poczucia, że już mi „nie wolno”. Nie przestałem robić makijażu, ponieważ przestałem to lubić. Nie przestałem być kobiecy i nie przestałem robić „typowo kobiecych” rzeczy, ponieważ tego chcę. Przestałem, bo chcę być postrzegany jako mężczyzna. Chciałbym móc swobodnie się wyrażać, ale muszę to poświęcać, aby wpasowywać się do ról płciowych i stereotypów. Nienawidzę tej społecznej presji, przez którą czuję, że muszę zawsze wyglądać i zachowywać się w określony sposób, aby ludzie brali mnie na poważnie. Wiem, że jestem mężczyzną. Jestem świadomy tego, że nikt nie musi wyglądać ani zachowywać się w określony sposób, aby jego tożsamość zasługiwała na szacunek. Wiem, że nie jestem nikomu nic winien, ale jestem również świadomy tego, jakie podejście ma większość naszego społeczeństwa. Wiem, że jeśli chcę być postrzegany jako mężczyzna, to muszę wpasować się w określone kanony, bo jeśli nie będę, to nie mam prawa oczekiwać, że wszyscy będą mnie widzieli, tak jak bym tego chciał. Wiem, że ludzie, którzy w pełni mnie akceptują i którzy szczerze widzą we mnie mężczyznę, nadal będą mnie tak postrzegać, bez względu na to, jak będę się wyrażać. I wiem, że tylko to powinno się dla mnie liczyć, ale niestety to nie takie proste. I to nigdy nie wystarczy, bo potrzebuję, żeby wszyscy widzieli mnie takiego, jakim jestem. Inaczej nigdy nie będę czuł się kompletny”.

CZĘŚĆ 3

RODZIC W KRYZYSIE. CO MOŻESZ CZUĆ I JAK SOBIE Z TYM RADZIĆ?



W kolejnej części poradnika podejmujemy temat kryzysu, w jakim może znaleźć się rodzic dziecka, które dokonało coming outu. Omawiamy, z jakimi trudnymi emocjami może się mierzyć, jaką rolę w jego życiu może odgrywać stres, a także dlaczego i w jaki sposób powinien o siebie dbać.

Bycie rodzicem dziecka transpłciowego to wyjątkowa rola, która wiąże się z ogromnym wyzwaniem, ale także z nieocenioną odpowiedzialnością. Rodzice muszą nie tylko dbać o rozwój emocjonalny i fizyczny swojego dziecka, lecz także o jego poczucie akceptacji i bezpieczeństwa w społeczeństwie. Dlatego szczególnie ważne jest rozpoznanie kryzysu, który może pojawić się w wyniku coming outu dziecka czy różnych trudności – zarówno zewnętrznych, jak i wewnętrznych. Dbanie o siebie w takim kontekście nie jest tylko kwestią własnego dobrostanu, jest także kluczowym elementem wspierania dziecka.

Rodzice dzieci transpłciowych często doświadczają specyficznych trudności emocjonalnych i psychologicznych, zwłaszcza jeśli muszą stawić czoła społecznym stereotypom, uprzedzeniom czy brakowi akceptacji. Kryzys może pojawić się z różnych powodów, takich jak trudności w zrozumieniu tożsamości dziecka, braku akceptacji społecznej czy lęku o przyszłość dziecka.

Żyjemy w świecie, w którym niektóre rodziny, szczególnie w konserwatywnych środowiskach, mogą spotkać się z krytyką, odrzuceniem lub nawet stygmatyzacją za to, że ich dziecko jest transpłciowe. To może prowadzić do poczucia izolacji, wstydu czy strachu. Niekiedy rodzice przechodzą przez własny proces akceptacji tożsamości dziecka. Mogą doświadczać trudności w zrozumieniu, co oznacza bycie osobą transpłciową, co rodzi lęk, niepewność i poczucie zagubienia. Rodzice, którzy kochają swoje dziecko, mogą obawiać się, jak będzie ono traktowane przez społeczeństwo, jak poradzi sobie w szkole, w pracy, czy jak zareaguje na nie środowisko, które nie zawsze jest przychylne osobom LGBT+. Tego rodzaju sytuacje mogą prowadzić do przewlekłego stresu, który negatywnie wpływa na zdrowie psychiczne i fizyczne rodzica. W takich chwilach szczególnie istotne jest rozpoznanie momentu, w którym rodzic potrzebuje wsparcia.

Dbanie o siebie w kontekście rodzica dziecka transpłciowego ma ogromne znaczenie, ponieważ zapewnia stabilność i siłę, aby być wsparciem zarówno dla siebie, jak i dla dziecka. Bycie rodzicem dziecka transpłciowego to proces, który wiąże się z wieloma emocjami, wyzwaniami, ale i ogromną miłością oraz odpowiedzialnością. Rozpoznanie kryzysu i dbanie o siebie jest niezbędne, aby zachować równowagę emocjonalną, utrzymać zdrowie psychiczne oraz skutecznie wspierać dziecko w jego drodze ku akceptacji siebie i byciu autentycznym. Rodzice, którzy dbają o siebie, stają się silniejszymi sojusznikami i fundamentem dla swoich dzieci, dając im poczucie bezpieczeństwa, akceptacji i miłości.

3.1 **Żałoba po dziecku, którego nie było**

Kiedy umiera nam rodzic, tracimy przeszłość. Kiedy umiera dziecko – znika przyszłość. Tak często reagują rodzice na coming out swojego transpłciowego dziecka. Jakby nagle nasza przyszłość się rozpułyła. Jakby dziecko nagle stało się kimś innym i obcym, a rodzic pragnie tylko, by wróciło tamto, które urodzili, znali, wychowywali. Im bardziej rodzic chce cofnąć się w przeszłość, tym więcej stoi przed nim wyzwiań.

Wielu rodziców swoje przeżywanie coming outu dziecka nazywa żałobą. Dotyczy to zwłaszcza rodziców, którzy nigdy nie doświadczyli sytuacji zagrażającej realną utratą dziecka. Rozmywiają się ich wizje dotyczące wnuków, wesela, zięcia czy synowej. Większość rodziców, mniej lub bardziej świadomie, snuje wizje przyszłości dziecka. Kim będzie, gdzie będzie mieszkać, jakie życie będzie wiodło. To moment, w którym sądzą, że właśnie zniknęła przyszłość ich dziecka.

Z doświadczeń rodziców wyłania się sześć etapów żałoby po dziecku, którego właściwie nie było (do tego wrócimy na końcu rozdziału):

1. szok i zaprzeczanie,
2. złość,
3. targowanie się,
4. strach i wstyd,
5. uczucie straty,
6. akceptacja.

Niezależnie od tego, czy robiliśmy to świadomie czy nie, celowo czy mimowolnie – od dnia, kiedy dziecko się pojawiło na świecie – snuliśmy wobec niego plany. Może córkę chcieliśmy wychować na królową, może wręcz przeciwnie – na kierowcę ciężarówki. Tak czy inaczej mieliśmy wobec niej jakieś oczekiwania i wizje. W stosunku do syna podobnie. Mógł płakać, nosić korale mamy i kochać zwierzęta, a my widzieliśmy przyszłego weterynarza. Nagle te wszystkie plany

legły w gruzach, nie dlatego, że wspomnienia straciły ważność, lecz dlatego, że nasze dziecko jest kimś innym, niż myśleliśmy, że jest. To narusza poczucie kontroli nad życiem i codziennością, wzmacnia niepewność o przyszłość. Nie chodzi jeszcze o samą transplciowość dziecka, lecz o ogromną zmianę w naszym życiu.

Część rodziców przechodzi ten czas niezwykle ciężko. Zwłaszcza ci, którzy byli emocjonalnie przywiązani do swoich wizji odnoszących się do dzieci i do ekspresji płciowej zgodnej z narzuconymi społecznie normami. Rodzic może rozpaczać, że córka ścięła swoje piękne włosy, choć tak naprawdę cisplciowa córka nie ma obowiązku mieć długich blond loków.

Poza żałobą po wizjach wobec niedokonanej przyszłości dziecka pojawia się jeszcze wyzwanie podważające własne widzenie świata i porządku ról społecznych wynikających z płci. Może pojawić się myśl, że dziecko pozbawia nas wnuków. Tak jakby dziecko, które przychodzi na świat, podpisywało pakt o dostawie za 20 lat parki – blond chłopczyka i dziewczynki z długimi warkoczami. Dla wielu rodziców coming out dziecka może być zerwaniem umowy, którą to oni zawarli z dzieckiem w dniu jego narodzin.

Etap pierwszy – szok i zaprzeczanie

To nieprawda... To tylko etap... To przejściowe... Moda... Wygłup... Internet... Czasem to zaprzeczanie jest efektem strachu przed zmianą, a czasem wynika z niewiedzy w temacie transplciowości. Dobrze jest się zastanowić, jakie źródła ma nasza własna reakcja. Jeśli zaprzeczanie wynika ze strachu, to być może należy skorzystać ze wsparcia terapeuty lub psycholożki. Jeśli jednak zaprzeczanie wynika z niewiedzy o transplciowości, warto poszukać **sprawdzonych** źródeł informacji. To niezwykle ważne, by korzystać z pomocy sprawdzonych osób, będących ekspertami w swojej dziedzinie. Gdy boli nas kolano, zastanawiamy się, czy skorzystać z pomocy ortopedy, fizjoterapeutki, chirurga czy reumatolożki. W przypadku transplciowości dobrze jest również zwrócić się do specjalisty znającego się na transplciowości, a nie przypadkowego psychiatry, endokrynologa

czy losowej seksuolożki. Rodzice czasem szukają specjalistki, która potwierdzi ich własny światopogląd. Jest to zrozumiałe pod kątem potrzeb rodzica, ale to na dorosłym spoczywa odpowiedzialność za dobro dziecka i jego potrzeby. Samopoczucie rodzica to osobny temat. Jeśli jesteś rodzicem konfrontującym się z taką sytuacją, postaraj się określić, czy Twoje lęki dotyczą dziecka, czy wizji przyszłości, która właśnie się rozplynęła.

Nie ma odpowiedniego wieku, w jakim dziecko powinno dokonać coming outu, by rodzicowi było łatwiej zaakceptować transpłciowość i jej nie zaprzeczać. Każdy jest tak samo zły, jak i dobry. Transpłciowość małego dziecka jest podważana, ponieważ jest „zbyt małe, by wiedzieć kim jest”. Transpłciowość nastolatka jest podważana, bo to wiek buntu i burzy hormonów. A dorosłego, bo „wcześniej nie było żadnych oznak”. Można jednak zauważyć, że im później dziecko robi coming out, tym dłużej rodzic może przechodzić okres niedowierzania i zaprzeczania. Zaprzeczanie jest zazwyczaj najdłuższym trwającym etapem żałoby. Czasem rodzice zastygają w nim na lata.

Małe dziecko czy nastolatek wchodzący w okres dojrzewania jawi się rodzicowi dość często jako unisex – dziecko do pewnego wieku jest po prostu dzieckiem, któremu pozwalamy na bycie sobą, na błędy, na szukanie, na sprawdzanie. Części rodzicom na tym etapie łatwiej przyjąć informację o transpłciowości. Im młodsze dziecko, tym mniej założeń na temat jego przyszłości.

Złość

Gdy minie szok i zaprzeczanie, pojawia się złość. Dlaczego to musiało się przytrafić właśnie mnie? Gdzie popełniłam błąd? To także etap obwiniania innych osób, internetu, japońskich bajek, mang, złego towarzystwa itd. Czasem to złość na drugiego rodzica i obwinianie siebie nawzajem. Istotne jest znalezienie dobrego ujęcia dla tej złości.

Z obserwacji wynika, że im bardziej rodzic żył i żyje życiem swoich dzieci, tym

trudniej jest mu pogodzić się z tym, że dziecko może wybrać swoją drogę. Rodzic nagle staje przed ogromnym wyzwaniem, de facto koniecznością, odcięcia pępownicy, odseparowania się od dziecka. W tej złości rodzica pojawia się czasem oczekiwanie, że skoro poświęciło się tyle lat swojego życia dziecku, to powinno się ono odwdziżyć. Tylko że dziecko nie umawiało się z nami na taki układ. Dając dziecku życie, nie staliśmy się reżyserem jego życia.

Targowanie się

Kiedy opada złość, przychodzi czas na targowanie się. Z dzieckiem, lub z... Bogiem/siłą wyższą. Dziecko może być chłopcem w domu, ale nie w szkole, przy babci ma być dziewczyną, może nosić spodnie, ale nie ma mowy o ścięciu włosów, nie musi nosić sukienek, ale ma zapomnieć o dziale męskim w sklepie odzieżowym itd. To czas, kiedy rodzic szantażuje dziecko. Obiecuje, że dostanie hormony, jeśli zaliczy matematykę. Jeśli chce pójść do seksuologa, to musi dostać czwórkę z historii. Jak chce być dziewczyną, to musi posprzątać pokój, bo dziewczyny mają porządek w pokoju. Przykłady można mnożyć.

Jeśli rodzic jest wierzący, chodzi do kościoła i negocjuje z Bogiem, prosząc by sprawił, aby wszystko wróciło do normy. Normy, której tak naprawdę nie ma, ale która wciąż istnieje w głowie rodzica. Modlitwy mają odmienić dziecko. Czy wierzymy, że Bóg dał nam doświadczenie transpłciowości dziecka przypadkowo, czy jednak jest w tym sens?

Jeśli nie pozbyliśmy się złości, to etap targowania jest dalszym procesem pozbywania się jej. Im szybciej poradzimy sobie ze złością, tym krócej trwa potrzeba targowania się. Lub nie ma jej wcale.

Strach i wstyd

Jak powiedzieć rodzinie? A w pracy? Co z sąsiadami? Co z basenem? Czy nikt mu nie zrobi krzywdy? To etap, kiedy rodzic zaczyna się martwić o to, jak zapewnić bezpieczeństwo dziecku, chce więc ukryć transpłciowość dziecka (jak sądzi – w dobrej

wierze). To też czas wstydu, że ma „inne” dziecko. Obwiniania się o nieuwagę i skazanie dziecka na tkwienie w niechcianym ciele latami. Czasem dziecko mówi jasno: „Ale ja nie żyłem w obcym ciele, nie wiedziałem od zawsze, wiem od niedawna”. Rodzic jednak się zadręcza, myśląc, że mógł zauważyć wcześniej i zapobiec cierpieniu dziecka lub chociaż nie kazać zakładać sukienek. Mógł odpuścić.

Poczucie straty

„Jestem zagubiona. Nie wiem, gdzie odszedł mój syn”, mówią rodzice. Zaczyna się okres przeglądania po kryjomu zdjęć z dzieciństwa, wspomniania sukcesów dziecka, jego pięknych loków i swoich wizji o jego przyszłości. To moment, kiedy rodzic nie wie jeszcze, że transpłciowość nie przekreśla przyszłości dziecka. To także moment, kiedy rodzic godzi się z brakiem wnuków. Jeszcze nie myśli o tym, że wnuki nie muszą być biologiczne. To wszystko przyjdzie potem. Na razie rodzic pozwala odejść wizjom, niespełnionym planom, wyobrażeniom.

Akceptacja

To wyczekiwany etap. Proces żałoby towarzyszący tranzycji dziecka jest kontinuum, ale nie każdy rodzic przechodzi go od punktu do punktu, jak po linii. Jedni przeskakują jakiś etap, inni je łączą, kolejni przechodzą fazy żałoby w innej kolejności. Żałoby mogą doświadczać też pozostali bliscy – rodzeństwo lub dziadkowie. Widzisz, jak Twoje dziecko się śmieje. Przychodzi, żeby się przytulić. Jest sobą. A Ty masz poczucie, że urodziłaś je jeszcze raz, tylko teraz z dobrym oznaczeniem płci. Myślisz: „Ania odeszła, ale Marcel jest bardzo żywy”. „Nikogo nie straciłam, zyskałam szczęśliwą córkę” (cytat rodzica).

Jednak żałoba ma też swoje drugie, mroczniejsze oblicze. Rodzic ma prawo do żałoby, rodzic ma prawo do swojego przeżywania straty, rodzic ma prawo do... – to wszystko się zgadza, ale łatwo zapomnieć w tym wszystkim, że mówimy o żałobie po dziecku, które przecież żyje! Które może nawet właśnie odżyło po coming oucie. Dziecku, które jest obok.

Stan żałoby jest w naszym społeczeństwie darzony ogromnym szacunkiem i powagą. Ba! Żałoba jest w naszej głowie czymś absolutnie wymaganym od osób, które kogoś straciły. Nie raz słyszeliśmy: „Jak on tak może się zachowywać, przecież jeszcze jest w żałobie!”, „Jak ona mogła pojechać na wakacje, jeszcze żałoba się nie skończyła!”. Z drugiej strony żałoba może trwać w nieskończoność i społeczeństwo nie będzie jej negocjować. O ile nie powinna być za krótka (bo nie wypadła!), o tyle nigdy nie jest za długa. I to czasem bywa wymówką dla rodziców, którzy przywdziewają ową żałobę po to, by móc cierpieć bez końca. Gdyby powiedzieli, że jest im trudno, to automatycznie zrodziłoby się pytanie: „Jak mogę pomóc? Czy potrzebujesz pomocy psychologa? Czy potrzebujesz terapii?” itd. Ale gdy ktoś mówi, że przeżywa żałobę, to zazwyczaj rozumiemy, że osoba potrzebuje czasu, by pogodzić się ze stratą. Ważne jest zatem, aby umieć nazwać stan, który przeżywamy, właściwym terminem i poszukać pomocy dla siebie. Ale nie należy mylić trudności rodzica po coming outcie dziecka z żałobą.

Każdy ma prawo do swoich uczuć. I odczuwanie żałoby po oczekiwanej przyszłości dziecka jest dość częstym uczuciem towarzyszącym rodzicom dzieci transpłciowych. Pamiętaj, że Twoje dziecko żyje i potrzebuje Twojego wsparcia! Nie możesz obarczać go swoimi uczuciami. Czy brzmi rozsądnie to, że dziecko ma zrozumieć rodzica, który opłakuje blond loki dziecka, które tych blond loków nienawidziło? Jakbyś się czuł, gdyby ktoś za Twojego życia uznał Cię za osobę zmarłą i nosił po Tobie żałobę? Nie oczekuj od dziecka, że zrozumie żal rodzica po wizji dziecka, podczas gdy obok jest ono samo – żywe i pragnące życia w normalności.

Spróbuj pomyśleć o coming outcie nie w kategorii straty, a ponownych narodzin. Wielu z nas, rodziców dzieci transpłciowych, kiedyś usłyszało, że otrzymało błogosławieństwo, bo w jednym dziecku miało najpierw córkę, a potem wspaniałego syna (lub na odwrót). Może teraz jeszcze tego nie dostrzegasz, ale postaraj się otworzyć na taką możliwość.

3.2 Odpuść. Jesteś tylko rodzicem

„NIE, NAWET W CIĄGU MIESIĘCY CIĄŻY ANI W GODZINACH PORODU,
DZIECKO NIE JEST TWOJE”.

JANUSZ KORCZAK⁴⁸

Przyjrzyjmy się relacji z dzieckiem, które urodziliśmy. Czy ten młody człowiek, jest naszą własnością? Przywykliśmy mówić „moje dziecko”, ale często idziemy za tym dużo dalej. Moje dziecko, moja własność, moja wizytówka. Szczęście dziecka moim szczęściem, jego sukcesy moimi. Traktujemy dziecko, jakby było naszym demo. Mniejszą wersją mnie. Bywa, że jest nam wstyd za dziecko. Siostra ma takie perfekcyjne dzieci, a moje? Gdzie popełniłam błąd? Bardzo skupiamy się na sobie, jak gdyby ten człowiek – nasze dziecko, było projektem, jaki skonstruowaliśmy i wydrukowaliśmy na drukarce 3D. I prezentujemy światu nasze dzieło. Nasze dziecko. Z tekstów Korczaka można wyczytać, że dziecko jest sumą poprzednich genów, atomów materii, energii, sumą naszych przodków itp., itd. – i przez nas przychodzi na ten świat. Ale ono nie jest nasze. Jeśli już, dziecko należy do świata. Wielu z Was powie – łatwo powiedzieć, jestem odpowiedzialny za dziecko. Jednak odpowiedzialność nie oznacza prawa do bycia właścicielem dziecka.

Nie przeżyjesz życia za swoje dziecko

„MUSIMY ZREZYGNOWAĆ Z PLANÓW NA ŻYCIE, ŻEBY PRZEŻYĆ TO,
CO NAPRAWDĘ NAS CZEKA”.

JOSEPH CAMPBELL⁴⁹

– zwłaszcza z planów na czyjeś życie.

48] Korczak J. Prawidła życia. Pedagogika dla dzieci i młodzieży. <https://wolnelektury.pl/katalog/lektura/prawidla-zycia/> (dostęp: 5.06.2025).

49] Campbell J. Bohater o tysiącu twarzy (wyd. 3). Joseph Campbell Foundation; New World Library, 2008.

Daj żyć dziecku jego własnym życiem. Twoim doświadczeniem jest doświadczenie bycia rodzicem dziecka transplciowego. Wylosowałeś taki pakiet od losu/życia/natury, a Twoje dziecko wylosowało bycie osobą transplciową. Nie zrobisz dziecku życia, „jakby było cisplciowe”, bo transplciowe dziecko zawsze będzie osobą z doświadczeniem transplciowości. Tak jak jego rodzic będzie zawsze rodzicem dziecka transplciowego. Nie opowiadaj dziecku, że bycie osobą cisplciową rozwiązuje wszystkie problemy życiowe, bo to nieprawda. Daj mu przestrzeń do ponaarzekaania na to, z czym się mierzy (np. transfobią). Życie osób cisplciowych nie jest ustlane różami. Mają swoje dramaty, smutki, problemy, jak to w życiu. Nie wmawiaj sobie i dziecku, że gdyby tylko nie było transplciowe, to jego życie byłoby lepsze. Nie doświadczymy transplciowości dziecka tak, jak doświadcza osoba transplciowa. Tożsamość składa się z wielu płaszczyzn, jedną z nich jest tożsamość płciowa. Czasem dziecko podejmie decyzje, które są kompletnie niezgodne z tym, czego Ty chcesz. Rzuci szkołę, wyjedzie, zacznie tranżycję bez Twojej wiedzy, nie zacznie tranżycji mimo Twojego wsparcia. Możesz tych decyzji nie rozumieć i możesz być im zupełnie przeciwna, ale, jako rodzic, musisz mieć świadomość, że dorastanie polega na podejmowaniu decyzji i ponoszeniu ich konsekwencji. Nie ma znaczenia, czy dziecko jest transplciowe, czy cisplciowe. Transplciowe dziecko ma takie samo prawo do podejmowania nastoletnich, czasem głupich wyborów, jak dziecko cisplciowe.

Odpuść. Nie jesteś lekarzem

Rodzice toną w książkach i doszkalaniu się na temat transplciowości i niebinarności. Kiedy dziecko jest chore na padaczkę, nikt nie oczekuje od rodzica znajomości wszystkich aspektów tej choroby. Mój syn ma porażenie mięśni wokół oczu. Nie umiem tego wytłumaczyć, bo nie mam pojęcia o budowie mięśni oka. Tego nie było na lekcjach. A gdy chodzi o transplciowość, to niektórzy czują się w obowiązku posiadać wiedzę medyczną na temat transplciowości równą lekarzom specjalistom. A jeśli nie masz dostępu do dobrych książek

z obszaru transpłciowości? Co jeśli nie masz czasu na edukację w tym zakresie? Przeciętny rodzic, który słucha swojego transpłciowego dziecka, ma większą wiedzę na temat transpłciowości niż wielu lekarzy!

Zamiast szukać rozwiązań, naucz się słuchać

Wiemy, że to trudne. Wszyscy często łapiemy się na tym, że mamy gotową radę, odpowiedź dla dzieci. Ba! Mamy nawet gotowe plany działania. Wszystko w dobrej wierze. Ale prawda jest taka, że najlepsze dla dziecka jest danie mu szansy, by samodzielnie poradziło sobie z problemem. Oczywiście mówimy o problemach adekwatnych do wieku nastoletniego, a nie o problemach, jakie powinny być rozwiązywane przez osoby dorosłe. Masz transpłciowe dziecko, które mówi Ci, że nie wie, jak się wyoutować w szkole. Szukasz w głowie pomysłów albo osób, które mogą pomóc. Ale przecież Twoje dziecko się przed Tobą wyoutowało, prawda? Może jeszcze komuś? Pewnie jeszcze nie raz w życiu będzie stało przed takim wyzwaniem. Posłuchaj, jaki dziecko ma pomysł na coming out. Może nie będzie to najlepszy pomysł na świecie, ale danie dziecku szansy na sprawdzenie go, doda mu skrzydeł i da doświadczenie na kolejne coming outy.

JEŚLI CZEGOŚ NIE WARTO ODPUSZCZAĆ, TO BYCIA OBOK.

NIE ODPUSZCZAJ BYCIA OBOK.

Bycie rodzicem to bycie obok, bycie przy. To najtrudniejsza rola, ale też dająca najwięcej spokoju i przestrzeni. Nie masz wpływu na wiele rzeczy, nie wiesz, co będzie jutro. Ale jeśli podejmujesz decyzje (bo czasem musisz je podejmować), szanując dziecko i jego potrzeby – tak jakbyś szanowała potrzeby najbliższego przyjaciela – to najlepsze tu i teraz. Nie ma ani uniwersalnych decyzji, ani uniwersalnych instrukcji obsługi życia. Każde dziecko jest inne. Wszystkie książki, które czytasz, są o kimś innym. Zaufaj dziecku, sobie i życiu.

3.3 Mój towarzysz stres

Zacznijmy od tego, czym jest stres. To reakcja organizmu na jakieś wydarzenie lub emocje, która ma swoje konsekwencje, np. mobilizuje do działania. Mimo że przeważnie kojarzy się negatywnie, nie zawsze tak jest. Może być przydatny w rozwoju zawodowym i osobistym, motywować do aktywności, ułatwiać pokonywanie wyzwań. Jeśli jednak będzie odczuwany zbyt często i zbyt intensywnie, może wpływać na organizm destrukcyjnie.

W czasach prehistorycznych reakcja stresowa była konieczna, aby człowiek mógł przetrwać. Umożliwiała bowiem walkę o życie lub ucieczkę. We współczesnym świecie stres mogą wywoływać różnorodne czynniki, jak np. przeżywanie trudnych lub nowych doświadczeń (np.: rozwód, śmierć bliskiej osoby, utrata pracy, zmiana pracy, narodziny dziecka, ślub), rywalizacja (w szkole, w pracy, w konkursie itd.), organizacja dużego wydarzenia lub wygłaszanie przemówień, trema, złośczenie się na kogoś lub na coś, nadmiar obowiązków albo odpowiedzialności w pracy lub rodzinie. Mimo iż współczesny człowiek nie musi walczyć o przetrwanie czy uciekać przed niebezpieczeństwem, to niezależnie od tego, czy chodzi o prawdziwe zagrożenie, czy też mniej nagłe zdarzenie, w organizmie zachodzą podobne procesy na skutek bodźców stresotwórczych. Reakcję stresową uruchamiają nie tylko bodźce zewnętrzne, lecz także wyobrażenia, lęki i obawy, że coś złego się stanie lub z czymś sobie nie poradzisz. Mimo że to tylko myśli, organizm reaguje tak, jakby przewidywane sytuacje faktycznie się wydarzały. Mózg nie potrafi bowiem odróżnić prawdziwego zagrożenia od tego, które po prostu sobie wyobrażasz. Stąd wynika stres spowodowany lękiem rodzica dziecka LGBT+ o jego przyszłość i wyobrażeniami na temat potencjalnych problemów, z którymi dziecko i rodzice muszą się zmierzyć.

Stres może być różny, np. ostry na skutek gwałtownej kłótni czy utknięcia w korku. Po takim stresie organizm szybko wraca do normy. Ostry epizodyczny stres to taki, gdy w życiu występują okresowe wydarzenia stresujące, jak np. zobowiązujące

terminy w pracy. Istnieje także stres chroniczny, najbardziej szkodliwy dla zdrowia, który jest powodowany trwałymi wydarzeniami. Każdy człowiek doświadcza wszystkich trzech rodzajów stresu, ale rodzice osób LGBT+ najczęściej borykają się ze stresem chronicznym.

Ciało reaguje na wszystkie rodzaje stresu za pomocą tych samych mechanizmów, niezależnie od tego, czy stres wynika z rzeczywistego czy domniemanego zdarzenia. Zarówno ostre, jak i przewlekłe impulsy stresogenne powodują reakcje w organizmie. Na skutek bodźca, dochodzi do wyrzutu hormonów stresu (adrenaliny, noradrenaliny i kortyzolu), co z kolei prowadzi do wielu procesów w organizmie. Dochodzi do pobudzenia organizmu, wzrasta poziom cukru we krwi, szybciej bije serce, podnosi się ciśnienie i oddech przyspiesza, dzięki czemu do komórek trafia więcej tlenu. Człowiek może się czuć przestraszony, zirytowany, zły lub wrogo nastawiony. Z drugiej strony, jeśli niebezpieczeństwo jest duże, organizm zaczyna zachowywać się tak, jakby nie było szans na wyjście z sytuacji. Pojawia się uczucie omdlenia, zmęczenie, zawroty głowy, osłabienie mięśni i kłopoty z żołądkiem. Może wystąpić chęć jedzenia większej ilości cukru, tłustych potraw (zajadanie stresu) i picia alkoholu. Człowiek ma ochotę odizolować się i ograniczyć kontakty społeczne. Może czuć się zmęczony, smutny, zrezygnowany, w depresyjnym nastroju. Jeśli bodziec jest krótkotrwały, to poziom hormonów stresowych szybko spada i organizm wraca do normy. Jednak, jeśli stres nie mija, hormony stresu nie wracają do optymalnego poziomu. Stopień hormonów utrzymuje się wysoko, co w efekcie może prowadzić do stanów zapalnych i uszkodzeń tkanek i organów.

Nie od razu można rozpoznać, że dolegliwości, na które cierpisz, wywołuje właśnie stres. Stres objawia się zarówno fizycznie, emocjonalnie, jak i behawioralnie. Fizycznie stres może dawać takie objawy jak: napięcia mięśniowe (zwłaszcza w szczęce, szyi lub barkach), napięcie twarzy, poczucie zmęczenia po przebudzeniu – nawet po długim i niezakłóconym śnie przez kilka nocy z rzędu, chroniczne wyczerpanie i zmęczenie, dolegliwości bólowe (głównie głowa, plecy i brzuch), częste infekcje, zaburzenia cyklu miesięczkowego, choroby układu pokarmowego

(wrzody, zespół jelita drażliwego), choroby układu krążenia (nadciśnienie, udar mózgu, zawał serca, choroba wieńcowa). Emocjonalne objawy stresu to: poczucie rozdrażnienia, irytacja, zły humor, niestabilność emocjonalna, obojętność na to, co dzieje się wokół, przygnębienie, depresja, trudności z koncentracją i pamięcią, upośledzenie funkcji poznawczych, zaburzenia nerwicowe, natłok negatywnych myśli, trudności z podejmowaniem decyzji, niska samoocena, niepokój i lęk, ataki paniki, poczucie samotności i izolacji, zespół stresu pourazowego. Behawioralne objawy stresu to m.in.: kłopoty z zasypianiem, bezsenność lub zbyt długi sen, izolowanie się, zmniejszenie popędu seksualnego, rezygnowanie z odpoczynku, rozrywki i kontaktu z rodziną i przyjaciółmi, kompulsywne jedzenie, nadużywanie tłuszczu i cukru, skłonność do impulsywnych, nieprzemyślanych działań, częste zmiany pracy, nadużywanie alkoholu, narkotyków lub tabletek nasennych, zachowania nerwowe (np. obgryzanie paznokci), tiki nerwowe. Objawy mogą szybko narastać albo cały czas utrzymywać się na tym samym poziomie, w tle. W przypadku ostrego stresu efekt jest krótki, a poziom hormonów stopniowo wraca do normy. Chroniczny stres powoduje utrzymujący się wzrost poziomu hormonów, co prowadzi do zwiększonego ryzyka problemów zdrowotnych.

Nie da się wyeliminować stresu z życia. Jednak ważne jest, aby umiejętnie dbać o siebie i minimalizować szkodliwe efekty długotrwałego stresu. Jednym ze sposobów są wszelkiego rodzaju aktywności w nurcie *mindfulness*, ćwiczenia oddechowe, słuchanie relaksującej muzyki, regularna aktywność fizyczna. Nie należy zapominać o odpowiednim odżywianiu się i higienie snu. Warto również poszukać wsparcia u specjalistów w zakresie zdrowia psychicznego lub innego wsparcia społecznego (np. grupy wsparcia dla rodziców). Pomocne będą wszelkie działania dla zachowania balansu życiowego, np. umiejętność mówienia „nie”, niebranie na siebie zbyt wielu obowiązków, zadbanie o równowagę działania i odpoczywania, umiejętność wyłączania komputera i odkładania telefonu, zarządzanie czasem, wybieranie między rzeczami ważnymi i mniej istotnymi, dbanie o pozytywne nastawienie, a także praktyka uważności w podejściu do życia.

3.4 Rodzicu, potrzebujesz maski tlenowej! Gdzie szukać wsparcia?

Rodzicielstwo może być wyzwaniem. Rodzice często reagują na coming out swojego dziecka lękiem o przyszłość i poczuciem osamotnienia. To na nim spoczywa ciężar bycia najbliższą osobą sojuszniczą dziecka, a także wsparcia w zmniejszeniu dysforii płciowej, wsparcia finansowego w tranzycji, ale przede wszystkim wsparcia psychicznego swojego dziecka, a często całej rodziny. Rodzice dzieci transpłciowych i niebinarnych nie mają powszechnego dostępu do wiedzy na temat transpłciowości. Nie ma ośrodków edukujących, nie ma szkoleń dla rodziców. Może się zdarzyć, że nasze potrzeby jako rodziców schodzą w takiej sytuacji na dalszy plan. Bardzo łatwo zapomnieć o sobie. Trudno naładować własne baterie, kiedy dziecko wymaga dodatkowej uwagi. Będąc rodzicem dziecka LGBT+, można być bardziej narażonym na kryzys zdrowia psychicznego. Stąd tak ważna w naszej społeczności reguła masечki tlenowej.

Kojarzycie procedurę przed startem samolotu? W razie spadku ciśnienia w kabinie maski tlenowe wypadają i najpierw taką maskę zakłada osoba dorosła, a dopiero potem zakłada ją dziecku. Niektóre osoby się oburzają. Jak to? Przecież najpierw pomaga się słabszym. Otóż nie! Procedura ta ma uzasadnione praktyczne zastosowanie. Jeśli nie podamy sobie tlenu, to stracimy przytomność i nie damy rady pomóc ani sobie, ani nikomu innemu. Ta reguła w symboliczny sposób ma zastosowanie również w odniesieniu do naszego życia. Czy możemy w pełni dbać o swoich najbliższych, kiedy nie jesteśmy w dobrej kondycji fizycznej i psychicznej? Bez tego symbolicznego tlenu, ciężko będzie wspierać dziecko.

Nie można odkładać dbania o siebie na później. Chodzi o wspieranie siebie tu i teraz. Nie za tydzień, nie jak załatwi się kolejną sprawę. Do tego trzeba sobie uświadomić potrzebę i wagę wytchnienia. Zatrzymaj się więc na chwilę, skup na swoich potrzebach i zastanów, co dla Ciebie może być tym tlenem.

Jedną z możliwości zadbania o siebie jest dołączenie do grupy wsparcia dla

rodziców osób transpłciowych i niebinarnych. Grupy wsparcia dają konkretną pomoc merytoryczną i psychologiczną oraz poczucie, że nie są oni sami z problemami. Ponadto osoby uczestniczące w takich spotkaniach mogą po prostu wygadać się osobom, u których znajdą zrozumienie, ponieważ wielu rodziców odczuwa podobne emocje w związku z *coming outem* dziecka.

Gdzie szukać takich grup? Najłatwiej skontaktować się z Fundacją „Transpłciowość w rodzinie” przez adres mailowy: kontakt@ftwr.org.pl lub przez media społecznościowe:



FACEBOOK:



INSTAGRAM:

3.5 Rodzic u psychologa

Wielu rodziców, być może Ty również, pomyślało w pewnym momencie, że konieczne trzeba iść z dzieckiem do psychologa. Jedni rodzice sądzą, że procedura diagnostyki wymaga obowiązkowych wizyt u psychologa (nie zawsze wymaga), inni sądzą, że to oczywiste, że dziecku jest potrzebny psycholog, bo transpłciowość to poważna sprawa. Jest sporo prawdy w tym, że niektórym dzieciom wsparcie psychologa pomogłoby ogromnie. Niekoniecznie w samej kwestii transpłciowości, lecz w wyobrażeniu sobie, jak zrobić coming out w szkole, jak przetrwać na wakacjach u nielubianej ciotki lub jak radzić sobie z brakiem asertywności.

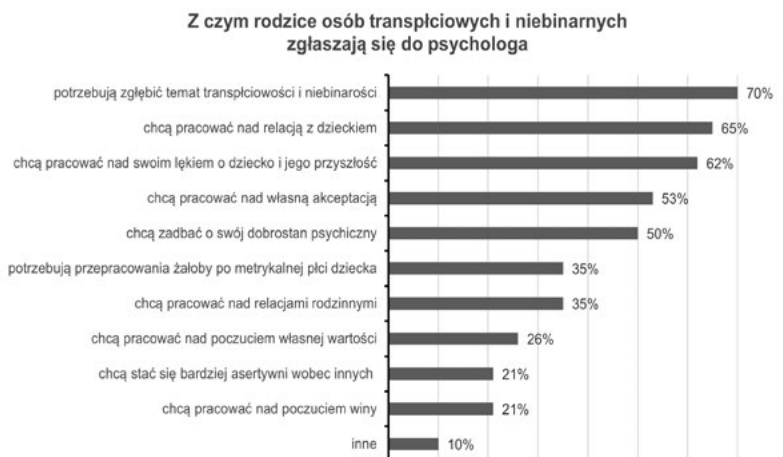
Jednak wielu rodziców zapomina, że, być może najlepszym, co mogą zrobić dla dziecka, jest skorzystanie samemu z pomocy psychologa. Przeważająca część rodziców wspierających nie myśli o tym, by zadbać o siebie. Są tak skupieni na dziecku, że o tym zapominają. A rodzice w pewnym momencie są bardzo zmęczeni. Nie transpłciowością swojego dziecka, lecz codziennością, w której wzięli dużo na swoje barki. Każdy kłopot rozwiązywali sami, we wszystko wkładali mnóstwo swojej energii. Nie odnawiali zasobów. To pewien paradoks, ale często się zdarza, że to rodzic niewspierający dba o siebie bardziej, niż rodzic wspierający.

Ważnym obszarem, o którym rodzice wspierający zapominają, jest cały system rodzinny, zaangażowany niejako w transycję dziecka transpłciowego. Nie pamiętają o pozostałych dzieciach, partnerze, żonie czy swoich najbliższych przyjaciółach. Wsparcie psychologa, terapeutki czy psycholożki pomoże poukładać codzienność, gdy tematem przewodnim jest właśnie transycja dziecka.

3.6 Psycholożka, Agnieszka Rynowiecka, o tym, po co rodzicowi psycholog⁵⁰

Gdy oczekujemy w rodzinie dziecka, najczęściej już w połowie ciąży, możemy usłyszeć od lekarza, jakiej będzie płci. Chłopiec? Dziewczynka? Ani nam, ani lekarzowi zazwyczaj nie przychodzi do głowy, że tożsamość płciowa naszego dziecka nie będzie zgodna z jego narządami płciowymi (bo przecież tylko na podstawie tego kryterium przypisuje się płeć przy urodzeniu i wpisuje w metrykę). Jedynie w wyjątkowych przypadkach, gdy dziecko jest interpłciowe, robi się dodatkowe badania genetyczne czy hormonalne. W większości rodzą się nam dzieci cisplciowe. Na szczęście te szczególne, wyjątkowe dzieci transplciowe też pojawiają się na świecie.

Gdy zgłaszają się do mnie sami rodzice osób transplciowych i niebinarnych, najczęściej chcą pracować nad następującymi problemami:



Z powyższymi zagadnieniami można zgłosić się do psychologa, znającego się na temacie transpłciowości i otrzymać pomoc.

Tranzycja to proces, który nie dotyczy tylko osoby transpłciowej. Dotyczy on całego systemu rodzinnego. Wszyscy bowiem muszą na nowo ułożyć sobie w głowie wyobrażenie na temat osoby, która zrobiła coming out, i jej tożsamości, ale także muszą ułożyć na nowo swoją własną tożsamość względem osoby. Czym innym jest bowiem bycie matką/ojcem syna, a czym innym córki, czym innym posiadanie brata, a czym innym siostry. W końcu inaczej będziemy funkcjonować ze świadomością, że jesteśmy kobietą i mamy męża, a zupełnie inaczej ze świadomością, że mój mąż jest kobietą. Dlatego tak ważna jest opieka psychologiczna czy psychoterapeutyczna całej rodziny, a nie tylko transpłciowego dziecka.

Jeśli wybieramy psychologa czy terapeutę, zarówno dla siebie, jak i dla dziecka, wśród specjalistów przyjaznych osobom LGBT+, warto szczególnie dopytać, czy mają oni wiedzę o samej literce T. Wybrać osobę polecaną oraz doświadczoną, w tym w pracy z dziećmi i młodzieżą różnorodną płciowo.

Pomoc psychologiczna zależy od wieku dziecka

Analiza potrzeb zależy od tego, w jakim wieku jest transpłciowe dziecko rodzica zgłaszającego się po pomoc.

Dziecko do 12. roku życia

O tym, czy nasze dziecko jest transpłciowe możemy najwcześniej przekonać się, gdy zaczyna mówić i rozpoznawać role płciowe, czyli od 2. do 5. roku życia (okres przedszkolny). Rodzice dzieci w wieku przedszkolnym, rozpoznający u pociechy cechy niezgodności płciowej (najczęściej to stereotypowe zachowania, preferencje, zabawy dla płci metrykalnie innej niż przypisana) zgłaszają się do psychologa, najczęściej z pytaniem: gdzie i jak pomóc swojemu dziecku⁵¹.

51] Według ICD-II stereotypowe zachowania nie stanowią podstawy do postawienia rozpoznania, niektórzy specjaliści i niektóre specjalistki uważają (słusznie), że również brak tych zachowań nie stanowi podstawy do niepostawienia rozpoznania.

Charakterystyka rodziców dzieci z niezgodnością płci w wieku przedszkolnym i wczesnoszkolnym:

- ▶ widzą bardzo silną identyfikację swojego dziecka z płcią przeciwną do przypisanej przy urodzeniu;
- ▶ są zdeterminowani, aby pomóc dziecku, choć często, szczególnie na początku, pełni niepokoju;
- ▶ na ich barkach spoczywa cały proces korekty, coming outów w rodzinie, przedszkolu, a potem szkole;
- ▶ często są hamowani przez instytucje i oskarżani o działanie na szkodę dziecka.

Psycholog lub psychoterapeuta na tym etapie przede wszystkim powinien zająć się rodzicami. To oni potrzebują wsparcia, gdyż to na ich barkach spoczywa to, co dzieje się z ich dzieckiem. To oni stanowią tarczę i budują pewność siebie u swojej pociechy. Psycholog może pracować z nimi nad ich stereotypami dotyczącymi płci, np. gdy uważają, że chłopcy nie powinni bawić się lalkami czy zakładać sukienek, albo że to źle, jeśli dziewczynka chce mieć krótkie włosy i bawi się głównie w towarzystwie chłopców. Psycholog może też wspólnie z rodzicami zastanawiać się, co mówić dziecku i jak odpowiadać, gdy pyta o płeć, albo np. o to, czy „wyrośnie mu penis” (dotyczy osób oznaczonych jako płeć żeńska przy narodzinach), i jak reagować, gdy dziecko chce, aby zwracać się do niego innym imieniem niż to przypisane przy urodzeniu, oraz może pomóc w innych podobnych dylematach. Może też pomóc wypracowywać strategie dla bliskich (np. babć i dziadków) i instytucji, które krytykują ich za „pozwalanie dziecku” na bycie sobą.

W pracy psychoterapeutycznej rodzice mogą zaopiekować się swoimi lękami dotyczącymi tego, jak oni widzą przyszłość dziecka, i uprzedzeniami, które często umacniają w nich właśnie rodzice lub znajomi. Jednym słowem mogą zająć się swoją transfobią lub homofobią. Często jest to dobra okazja, by samemu udać się na terapię, gdyż te uprzedzenia i inne niesprzyjające postawy mogą okazać się mechanizmami obronnymi,

które rodzic wypracował dla siebie, gdy sam jeszcze był dzieckiem i wzrastał w nietolerancyjnym środowisku. To, co kiedyś było mu potrzebne, by się zaadoptować czy nie czuć wykluczonym, dziś jest przeszkodą, aby lepiej pomóc własnemu dziecku i być otwartym na to, co nie mieści się w heteronormie i cisheteronormie (wyjaśnienia tych słów znajdziesz w słowniku na końcu poradnika pod pojęciem „cisheteronormatywność”).

Ważne, aby psycholog wyjaśnił rodzicom, że te tzw. niestereotypowe zabawy czy zachowania nie zawsze zostaną na zawsze i że najważniejsze to towarzyszyć dziecku i być przy nim, a nie je do czegoś nakłaniać, popychać czy hamować. Czasem bowiem nadmierna chęć pomocy, wyrażona w zadaniowej postawie „zrobienia wszystkiego”, żeby dziecko mogło już funkcjonować jako chłopiec czy dziewczynka, jest podszyta własnym lękiem o to, że dziecko wymyka się normie. Pamiętajmy, że oprócz transpłciowości mamy całe spektrum niebinarności, które bardzo trudno na tym etapie zidentyfikować. Psycholog, zadając odpowiednie pytania, uczy rodzica, jak on może zadawać pytania dziecku, gdy chce poznać jego perspektywę.

Aby nie wylać więc dziecka z kąpielą na tym etapie, najważniejsze to zachować spokój i czule obserwować i wspierać swoje dziecko bez nadmiernego ukierunkowania go w którąkolwiek ze stron. Psycholog czy terapeuta może okazać się tu znacznym wsparciem. Może także wystawić zaświadczenia z obserwacji czy opieki nad dzieckiem, które okazuje się przydatne np. dla instytucji, które poddają w wątpliwość zachowania czy styl bycia dziecka i postawę rodziców wobec tego.

Dziecko nastoletnie

Sytuacja i zachowania rodziców dzieci nastoletnich z niezgodnością płci:

- ▶ zgłaszają się zazwyczaj tuż po coming oucie dziecka;
- ▶ ich dziecko zazwyczaj już pewien czas dokonuje autodiagnozy;
- ▶ ich dziecko jest najczęściej już po pierwszych coming outach w swoim środowisku rówieśniczym i ma tam również wsparcie;
- ▶ obawiają się, że transpłciowość to moda, fanaberia, chwilowe poszukiwanie tożsamości;
- ▶ trud comingoutu w rodzinie, szkole i wśród znajomych jest rozłożony między dziecko a rodziców;
- ▶ czynnie uczestniczą w procesie korekty płci oraz są zazwyczaj jej jedynymi „fundatorami”.

Bycie rodzicem dziecka nastoletniego to czas wyzwań. Trzeba nastawić się na stałe poddawanie się próbie cierpliwości i różnym nastrojom związanym z intensywnym działaniem hormonów dziecka w tym czasie. Gdy jesteś rodzicem nastolatka/nastolatki, który zgłasza dysfориę, możesz dodatkowo zauważyć u niego różne zachowania, takie jak: samookaleczenia, garbienie się lub spłaszczanie klatki piersiowej, podrażnienia skóry od nadmiernego golenia, ograniczenie mówienia (przez mutację), chowanie twarzy przez stałe chodzenie w kapturze, zamknięcie w sobie, łącznie z niedzieleniem się z żadnym z rodziców faktem, że zaczęło się dojrzewać, np. ukrywaniem wiele tygodni tego, że ma się okres.

Te sygnały mogą być objawami dysfории i mogą być dla nas sygnałem, żeby porozmawiać z dzieckiem o tym, jak się czuje, co jest przyczyną jego zachowania i czy ma to związek z nieakceptacją samego faktu dojrzewania czy też z płcią. Najważniejsze w tym czasie to wykazywać zainteresowanie dzieckiem, a przede wszystkim otwartość wobec wszystkiego, z czym chce ono do nas przyjść.

Nastolatek/nastolatka najczęściej rozpoczyna proces tranzykcji od tranzykcji społecznej. Tranzykcja ta nie jest nieodwracalna czy ostateczna, jest za to niezwykle potrzebna, by siebie sprawdzić. Ważne, aby rodzice nie bali się tego etapu, ale rozumieli go jako ważny i potrzebny etap. Jeśli jednak widzą, że trudno im zaakceptować nowy styl dziecka, czy zwracać się do niego wybranym imieniem, mogą z tym również udać się po pomoc do psychologa.

Nastoletniość to też często czas, w którym transpłciowe dziecko, dokonując tranzykcji społecznej, przygotowuje się lub oczekuje, że mu pomożemy w rozpoczęciu tranzykcji medycznej.

Nierzadko rodzice w tym czasie czują się winni, że ich dziecko jest transpłciowe. Przypisują sobie odpowiedzialność za to, że coś zrobili, czy czegoś nie dopatrzili, byli zbyt otwarci lub zbyt zamknięci, rozwodzili się lub też za dużo pracowali. Wiele już słyszałam takich „powodów” transpłciowości. I o ile może się zdarzyć, że dziecko w wyniku problemów relacyjnych czy chęci zwrócenia na siebie uwagi może przez jakiś czas eksperymentować ze stylem (co jest dobre rozwojowo), imieniem czy nawet tożsamością, to bardzo mało prawdopodobne, że jest ono osobą transpłciową z takich powodów. Osobą transpłciową człowiek się rodzi. Bycie osobą transpłciową to stałe dążenie do tego, aby dopasować siebie do odczuwanej płci, nie zaś chwilowy epizod.

Nastolatki transpłciowe oczekują od rodzica zgody na to, aby rozpocząć tranzykcję medyczną (najczęściej to przyjmowanie hormonów). Jako osoby niepełnoletnie nie mogą tej decyzji podjąć samodzielnie. Zgoda rodziców jest im potrzebna, aby zmniejszyć stres związany z dojrzewaniem w stronę niepożądaną płci i poziom dysforii. Z jednej strony więc rodzice czują w tym czasie ciężar odpowiedzialności, z drugiej zaś ta odpowiedzialność jest wyrazem dużego zaufania do nich i wsparciem, jakie mogą dziecku dać. Rodzice często obawiają się wydania zgody i wzięcia odpowiedzialności za leczenie dysforii płciowej dziecka, a szczególnie za takie skutki, jak: mutacja (u osób oznaczonych przy

urodzeniu jako dziewczynka) czy pojawienie się piersi (u osób oznaczonych przy urodzeniu jako chłopiec). Boją się, że w przyszłości ich dziecko może uznać, iż popełniło błąd, a oni sami będą przez nie oskarżeni, że nie zatrzymali tego procesu. Czasami nie wierzą dziecku bądź też uważają, że to chwilowy „kaprys”. Ważne, aby takiej decyzji nie podejmować pochopnie, ale równie ważne jest, aby zaufać dziecku i procesowi.

Psycholog edukuje w tym czasie rodziców w zakresie tranzycji, możliwości dostosowania roli społecznej dziecka do tego, jak się czuje jeszcze bez interwencji medycznej. Pomaga zgłębić temat i otworzyć rodziców na tę kwestię. Otwiera też i pracuje nad akceptacją rodzica wobec dziecka. Nie żyjemy w idealnym świecie. Stale możemy się spotykać z opiniami osób, które kierują się uprzedzeniami i nietolerancją. Psycholog jest tego świadomy i stara się zaopiekować lękami rodzica, wskazując możliwości zapewnienia bezpieczeństwa dziecku, oraz uczy stawiania granic wobec osób o transfobicznych poglądach. Ważna jest praca nad własnym wstydem rodzica, którego może doświadczać, gdy jest rodzicem transplciowego nastolatka. Praca ta jest szczególnie ważna, gdy rodzic chce dokonywać coming outów jako transrodzic w swoim środowisku i w rodzinie. Może też pomagać szukać rozwiązań i podpowiadać dobre praktyki, jakie można przenieść na grunt szkolny, np. w rozmowach z dyrekcją czy nauczycielami, oraz wystawiać zaświadczenia i zalecenia dla szkół.

Ważna w tym czasie jest też praca nad relacją z dzieckiem i wypracowywanie wspólnego zaufania i dobrej więzi. W okresie dojrzewania istnieje bowiem duże niebezpieczeństwo zerwania relacji, szczególnie wtedy, gdy dziecko nie będzie czuło się akceptowane i przyjmowane. Nie chodzi tu, aby w ogóle unikać konfliktów, stawiania granic czy wyznaczania zasad (nad tym również można pracować z psychologiem i rodzice potrzebują uczyć się asertywności), ale o otwarte rozmowy i dawanie dziecku zarówno potrzebnego mu poczucia bezpieczeństwa, jak i zainteresowania oraz troski.

Szacunek dla wyborów dziecka, a także empatyczne wsparcie i otwarta komunikacja są tu kluczowe. Nie oszukujmy się jednak, że jest to łatwe. Dlatego tak istotna może okazać się pomoc psychologa czy psychoterapeuty, który wesprze samego rodzica, by ten pracując nad sobą, mógł lepiej pomagać dziecku.

Psycholog, który przygotowuje opinię dla lekarza, powinien na spotkaniach diagnostycznych opowiedzieć o działaniu hormonów, podkreślić, co dają, jakie zmiany odwracalne i nieodwracalne powodują. Powinien opowiedzieć i oswoić całą rodzinę z procesem zmian, jakie będą się działy u nastolatka/nastolatki, gdy zacznie hormonoterapię.

Ważne, aby być z psychologiem szczerym. Jeśli mamy wątpliwości co do decyzji, należy o tym mówić. Rola psychologa nie powinna opierać się bowiem tylko na zrobieniu testów czy zebraniu wywiadu z osobą badaną, ale na przyjrzeniu się całej rodzinie oraz na zaopiekowaniu się emocjami członków rodziny, tak aby proces tranzykcji przebiegał łagodnie i był jak najmniej stresujący.

W czym pomoże ci psycholog/psycholożka, kiedy Twoje dziecko jest dorosłe?

Gdy dowiadujesz się, że Twoje dorosłe już dziecko chce przejść proces tranzykcji lub właśnie go przechodzi, możesz mieć różne emocje. Od smutku, że dowiadujesz się dopiero teraz, i poczucia winy, że nie pomagałeś dziecku wcześniej, po złość, że zostałeś pominięty, i lęk, że dziecko, które znałeś, zniknie. To, o co jesteś proszony, to często po prostu akceptacja i przyjęcie, rzadziej potrzeba finansowania procesu.

Charakterystyka sytuacji rodziców dorosłych osób transpłciowych:

- ▶ dowiadują się o sprawie albo zanim dziecko rozpocznie korektę, albo gdy już jest w trakcie procesu, w tym leczenia hormonalnego;
- ▶ często nadal pomagają finansowo, ale w większości przypadków ich dzieci samodzielnie finansują swoją korektę;
- ▶ obwiniają siebie, że nie zauważyli wcześniej, że ich dziecko jest transpłciowe.

Z dorosłym dzieckiem nie trzeba chodzić do psychologa czy lekarza, nie trzeba mu też towarzyszyć podczas procesu opiniowania. Często więc rodzice czują się pominięci, szczególnie wtedy gdy dziecko dopiero co skończyło 18 lat lub jest młodym dorosłym. Często jest tak, że dziecko nie decyduje się na proces tranzycji, gdyż bardzo boi się oceny ze strony rodziców i tego, że zostanie przez nich pozbawione wsparcia i dlatego proces ten rozpoczyna później. Zdarza się jednak również, że samo długo dokonywało autodiagnozy i nie dawało sobie szansy na bycie sobą wcześniej. Do mojego gabinetu trafiają zarówno dzieci i młodzież, jak i osoby 20-letnie, 30-letnie, a nawet 50-letnie, które dopiero chcą rozpocząć tranzycję. Nie jest to więc sytuacja nietypowa. Szczególnie trudne wydaje się pogodzenie się z tranzycją dziecka, gdy ono samo ma już rodzinę i gdy boimy się, że tranzycja doprowadzi np. do rozwodu czy utraty kontaktu z dziećmi (a tym samym z wnukami). Praca z psychologiem może nam pomóc radzić sobie z tymi lękami, wzmacniać naszą akceptację oraz budować dobre, stabilne mosty relacji.

Podobnie jak na wcześniejszych etapach, psycholog/psycholożka może służyć psychoedukacją w zakresie tego, czym jest transpłciowość, jak przebiega proces tranzycji i uświadomienia, z czym mierzy się ich dziecko. Psycholog czy psychoterapeuta oferuje także wsparcie w radzeniu sobie ze wszystkimi uczuciami, które rodzic dorosłego zgłasza, a także może pomóc w pogłębieniu więzi z dzieckiem oraz np. jego partnerem czy partnerką. Często jest też tak, że rodzic dorosłej osoby trans na początku korzysta z pomocy psychologa w tej konkretnej sytuacji tranzycji, ale ponieważ ma zazwyczaj więcej czasu niż rodzic dziecka małego czy nastolatka, chętnie zajmuje się także innymi sprawami i problemami psychologicznymi, jak pomoc w związku z obniżonym nastrojem syna czy córki, z własnymi rodzicami czy pracą.

Na koniec chciałabym poruszyć dwa istotne zagadnienia/pytania, z którymi spotykam się w gabinecie:

Co, jeśli dziecku się odwidzi?

Niektóre osoby, które odczuwają dysfориę, odczuwają ją tylko przez pewien czas. Warto więc brać pod uwagę, że może to ulegać zmianie. Niektóre osoby, a szczególnie dotyczy to wieku nastoletniego, poszukując siebie, eksperymentują z własną tożsamością, niekiedy kwestionując czasowo swoją płęć. Zazwyczaj jednak trwa to krótko i nie mieści się w kategoriach diagnostycznych ICD-11. Takie osoby nie wychodzą w swojej drodze korekty płci poza tranzyję społeczną, czyli poza to, co jest całkowicie odwracalne. Jeśli więc naszemu dziecku „się odwidzi”, znaczy to tyle, że przechodziło naturalny etap rozwoju i poszukiwania siebie, i odnalazło siebie w swojej płci metrykalnej. Dlatego też tak ważne jest przechodzenie tranzyji społecznej w bezpiecznej atmosferze, aby sprawdzić jak się czujemy w danej roli. Należy podkreślić, że osoby, które konsekwentnie dążą do korekty przez zmianę sposobu ubierania, fryzurę, używanie odpowiednich zaimków, a przede wszystkim osoby, które przeszły pełen proces diagnozowania i rozpoczęły tranzyję medyczną, rzadko decydują się na zejście z tej drogi.

Co mam zrobić, jeśli moje dziecko robi detranzyję?

W wielu pracach naukowych i badaniach podkreśla się, że do detranzyji dochodzi stosunkowo rzadko. Należy też zauważyć, że różne badania podają różne szacunki dotyczące wskaźników detranzyji, w zależności od definicji i metodologii. O detranzyji przeczytasz w rozdziale 4.10 Detranzyja.

Aby uspokoić lęk przed detranzyją, chcę zacytować fragment wywiadu⁵² z osobą, która zdecydowała zakończyć proces hormonoterapii i wróciła do używania danych metrykalnych:

„Czyli mimo tego całego wysiłku, aby przejść tranzyję, i mimo pieniędzy, jakie kosztowała, nie żałujesz jej? Nie mogę powiedzieć, że to jest takie proste i łatwe i że zawsze można wrócić. Tak, zawsze można wrócić, ale tranzyja to jest

52] Rynowiecka A. Części mężczyzny. Magazyn Replika 2025; 114.

kapitał społeczny. To jest kapitał społeczny, który zbieramy przez cały czas, na który pracujemy, będąc w tej lub innej roli płciowej i rozumiem stopień obaw tych osób, które teraz mają dylemat, czy tranzycję robić. Ja wiem, że gdybym nie był tam, to nie byłbym teraz tutaj”.

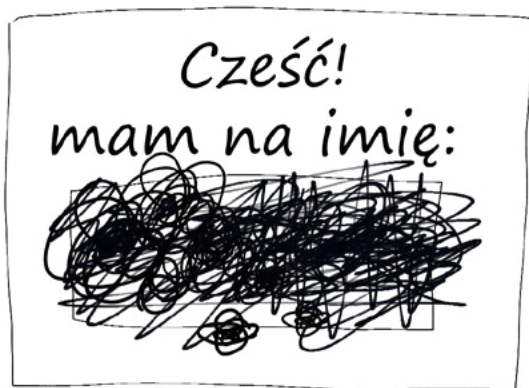
CZĘŚĆ 4

MOŻLIWE DROGI TRANZYJCJI, CZYLI CZEGO MOŻESZ SIĘ SPODZIEWAĆ RODZICU



Co się kryje za stwierdzeniem, że tranzycja zaczyna się wcześniej niż po *coming out*ie? Fakt, że dziecko już w jakiś sposób tę tranzycję zaczęło. Być może funkcjonuje w swoim najbliższym otoczeniu, używając wybranego imienia oraz/lub zaimków, lub wyoutowało się przed kimś wcześniej. Bardzo często dziecko przed *coming out*em w rodzinie czyta sporo fachowej literatury na temat transpłciowości. O tym napisaliśmy już w rozdziale o *coming out*ie nastolatka. Tutaj chcemy zwrócić Twoją uwagę na fakt, że w dniu *coming out*u wsiadasz do pociągu, który już ruszył. Jakiegokolwiek działania, najprawdopodobniej, nie zaczynają się teraz, lecz zaczęły się wcześniej. Porozmawiaj o tym z dzieckiem – w pełnej otwartości na to, czego się dowiesz. Nie obwiniaj dziecka ani siebie, że coś się działo bez Twojej wiedzy.

4.1 Imię



Pewnego dnia przychodzi moment, kiedy dziecko wybiera imię, którym będzie chciało się posługiwać. Często, jeszcze przed coming outem, ma już nowe, pod którym funkcjonuje wśród przyjaciół czy w mediach społecznościowych. Imię, które jest częścią samookreślenia się i szukania, kiedy dziecko jest na etapie kwestionowania płci nadanej przy urodzeniu. Często jednak zdarza się, że to imię właśnie zostaje imieniem wybranym na zawsze.

Po coming outcie w rodzinie pada w końcu pytanie od rodziców: „jak mamy się do Ciebie zwracać?”. Etap wyboru imienia może trwać dzień albo tygodnie. A potem okazuje się, że dziecko chce je zmienić na inne. To dokładnie taki sam proces, jak wybór imienia przez rodziców dla dziecka, które ma się dopiero narodzić. Zdarza się, że dziecko prosi rodziców o wybranie nowego imienia.

Na tym etapie dziecko przyjmuje często imię „poprawne politycznie”, czyli takie, które zostanie przyjęte w szkole, wśród nauczycieli, w rodzinie – dalszej i bliższej. Czasem są to popularne polskie imiona: Marcin, Majka, Karol⁵³, a czasem imiona unisex, o które można się ubiegać w Urzędzie Stanu Cywilnego. Dość często imię unisex jest tzw. imieniem technicznym. Wybiera się je na określony

53] Stereotypowe imiona, bez cech neutralności płciowej.

czas – najczęściej do momentu zmiany oznaczenia płci w dokumentach (czyli do czasu sprawy sądowej). Bywa, że po rozprawie sądowej dziecko zostawia sobie to techniczne imię, bo je po prostu polubiło i pod nim funkcjonuje, albo zmienia je na inne.

Rodzice czasem niepokoją się, że dziecko wybrało jakieś „kosmiczne” i „odjechane” imię. Ale dlaczego dziecko nie może takiego mieć? Jeśli w przyszłości będzie mu to imię ciążyło, to je zmieni. Kiedy młodzi rodzice wybierają imię dla swojego dziecka, nikt nie oczekuje, że imię dziecku wybierze ktoś inni niż oni. Prawo rodziców do nadania dziecku imienia zgodnie z ich życzeniem jest zrozumiałe, nawet jeśli to imię komuś się nie podoba. Takie samo prawo, a nawet większe, dziecko powinno mieć do nadania imienia sobie. To jednak dość osobista kwestia.

Chwila dla Ciebie

- ▶ Pamiętaj proces wyboru imienia dla Twojego dziecka? Czym się wtedy kierowałaś?
- ▶ Lubisz swoje imię? Czy chciałabyś je kiedyś zmienić?
- ▶ Gdybyś miała taką okazję, na jakie zmieniłbyś swoje obecne imię?
- ▶ Kto ma większe prawo do wyboru imienia dla dziecka, rodzice czy ono samo?
- ▶ Czy nie myślałaś o tym, aby nadać swojemu dziecku „odjechane” imię?

.....

.....

.....

.....

.....

Czy transpłciowe dziecko musi chcieć zmienić imię?

Nie, nie musi. Rodzice czasem się dziwią lub niepokoją, że dziecko nie chce zmienić *deadname*⁵⁴ na nowe imię, zgodne z tożsamością płciową. Skoro dziecko nie chce zmienić imienia, to może w ogóle nie jest transpłciowe?

54] *Deadname* – inaczej nekronim, imię (zazwyczaj nadane przy urodzeniu), którego dziecko nie używa. Jeśli dziecko używa swojego imienia nadanego przy urodzeniu, to bynajmniej nie jest to *deadname*.

Podejście dziecka do zmiany imienia nie ma nic wspólnego z transplciowością. Raczej z podejmowaniem decyzji i analizowaniem, jakie przyjąć kryteria. Czy ma pasować do wyglądu lub nazwiska? Czy ma podobać się też rodzicom? Wymogów może być dużo. Porozmawiaj o nich z dzieckiem. Może warto oddać mu decyzyjność i powiedzieć: „To twoje imię i Ty się nim będziesz posługiwać. Nie babcia”.

Dlaczego dziecko nie chce zmienić deadname?

1. Chciałoby zmienić imię wraz z tranzycją społeczną, medyczną albo prawną. Czyli dopóki nie zrobi żadnych interwencji, nie chce mieć nowego imienia. Jakby imię miało być zakończeniem pewnego etapu tranzycji, a nie jego początkiem. Albo w inny sposób, może pomyśleć: „Ten strój trzymam na specjalną okazję”. Wyjątkowym momentem mogłoby być zauważenie pierwszych zmian w tranzycji medycznej.

2. Odczuwa strach przed nieustannym coming outem. Przyjmując nowe imię, a jednocześnie pozostając w dotychczasowym środowisku, dziecko może czuć się zobligowane do tłumaczenia tej sytuacji. Sporo osób czeka ze zmianą imienia na okres wakacji, by dokonać jej przed pójściem do nowej szkoły.

3. Rodzice narzucają imię unisex, a dziecko nie chce imienia technicznego. Chce imię, które ewidentnie wskazuje na płeć odczuwaną. Niektóre uważają, że przyjmując imię unisex, automatycznie będą postrzegane przez otoczenie jako osoby transplciowe. Czasem rzeczywiście może tak być. Takie osoby wolą się „przemęczyć” z deadnamem i pożegnać z nim po otrzymaniu wyroku sądu o zmianie oznaczenia płci. Zmiana oznaczenia płci nie powoduje automatycznie zmiany imienia.

Dziecko może nie chcieć zmiany w USC, z powodów wymienionych powyżej, ale na co dzień używać nowego imienia. Czyli formalnie w dokumentach będzie miało deadname, ale w domu i wśród znajomych, będzie używało wybranego imienia. Jeśli dziecko ma wspierające otoczenie, to takie rozwiązanie może

wystarczająco zaspokajać potrzeby dziecka.

Kiedy zmienić imię?

Jeśli dziecko chce zmienić imię, można to zrobić w dowolnym momencie. Nie ma dolnej granicy wieku. Zmiana imienia (i ewentualnie całego nazwiska lub końcówki) pozwala zadbać o komfort codziennego funkcjonowania dziecka. Nawet jeśli to będzie imię techniczne, to będzie ono na legitymacji szkolnej, na karcie miejskiej, w przychodni. Zmienione imię na neutralne płciowo może po prostu wpływać na zmniejszenie stresu związanego z koniecznością podawania deadname w miejscach publicznych. Zmiana przed pójściem do nowej szkoły także daje dziecku komfort, że nie musi się outować jako osoba transpłciowa z powodu imienia, ale kiedy będzie miało chęć czy potrzebę. Czasem dziecko przybiera imię, pod którym funkcjonuje w rodzinie i wśród najbliższych, ale w szkole używa deadname, bo nie chce coming outu w placówce. Należy to uszanować.

Mamy omówione różne sytuacje związane z dzieckiem i jego nowym imieniem. Ale przecież są jeszcze rodzice i inne osoby w rodzinie, w tym rodzeństwo. Są sytuacje, w których dziecko nie chce, abyśmy się wyoutowali jako rodzice dziecka transpłciowego lub jako rodzeństwo osoby transpłciowej, podczas gdy dziecko samo się już wyoutowało.

Taka sytuacja to ogromne wyzwanie dla rodziców oraz rodzeństwa. Nie da się zwracać do dziecka nowym imieniem i używając zaimków zgodnie z jego tożsamością płciową w domu i w wiadomościach na Messengerze, a pięć minut później – w szkole albo w pracy – przeskoczyć na deadname i zaimki używane dotychczas. To jest bardzo trudne, bardzo męczące i bardzo obciążające codzienność. Rodzic musi non stop lawirować i uważać na każde słowo, gdziekolwiek jest. Rodzeństwo ma czasem wspólnych znajomych i nagle jest w sytuacji, że raz musi przy wspólnym koleździe używać deadname (bo są obok inne osoby z klasy), a drugi raz poprawnego imienia, bo są „sami swoi”. To chaos,

który prowadzi do wyoutowania zupełnie nieświadomego, niechcący i bez złej woli. Jeśli jesteś w takiej sytuacji, porozmawiaj o tym z dzieckiem. Przede wszystkim, dziecko nie musi sobie zdawać sprawy z sytuacji, w jakiej znajduje się rodzic z „zakazem” outowania się. Nie musi rozumieć, że starszej siostrze na studiach trudno skakać między imionami i zaimkami. Dziecko nie musi znać rzeczywistości, w jakiej funkcjonują inne osoby z jego rodziny. Spróbuj znaleźć wspólne rozwiązanie dla używania nowego imienia dziecka.

Jak zmienić imię?

W Polsce można zmienić imię w trybie administracyjnym przez złożenie właściwego wniosku w dowolnym urzędzie stanu cywilnego. Nie trzeba czekać na przeprowadzenie zmiany oznaczenia płci w sądzie. Zmiany imienia w USC można dokonać w każdym momencie, tj. również przed ukończeniem 18. roku życia. Tę zmianę reguluje *Ustawa z dnia 17 października 2008 r. o zmianie imienia i nazwiska*. To ważne, bo czasem rodzice mylnie myślą, że jest to ustawa o nadawaniu imion. Zmiana imienia opiera się na innej ustawie.

Warunkiem zmiany imienia i/lub nazwiska jest istnienie ważnego powodu, którego uzasadnienie przekona kierownika stanu cywilnego. W praktyce – wszystko w rękach kierownika stanu cywilnego. Należy pamiętać, że owe „ważne powody” mają być istotne⁵⁵. Osoba składająca wniosek o zmianę imienia lub nazwiska oświadcza, że nie zwróciła się z taką samą prośbą do innego kierownika USC lub nie dostała decyzji odmownej. Oświadczenie nie ma żadnego znaczenia prawnego, ponieważ brakuje w nim pouczenia o odpowiedzialności karnej. O zmianę imienia i/lub nazwiska można wystąpić przez pełnomocnika, nie trzeba osobiście. Na tym samym wniosku można wnioskować również o zmianę nazwiska dziecka lub usunięcie jego drugiego imienia.

55] orzecznictwo sądów administracyjnych i doktryna prawa w tych sprawach wskazują wyraźnie, że powody powinny być ważne nie tylko subiektywnie dla wnioskodawców, ale również w jakiejś mierze obiektywne dla kierownika USC, który będzie je oceniał.

Chwila dla Ciebie

Lubisz swoje pierwsze imię? A drugie? Chciałabyś mieć inne? Zawsze je lubiłaś? A może nie lubisz zdrobnienia swojego imienia? Czy kiedykolwiek ćwiczyłeś swój podpis? Czy jest to dla Ciebie ważne, jak ludzie się do Ciebie zwracają?

Tu masz przestrzeń, żeby popisać swoje imię i podpis. Sprawdź, jak się z tym czujesz. To może być chwila odkrywczą i pełna przyjemności.

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

4.2 Jak przygotować dziecko do coming outu w szkole?

W tym rozdziale skupimy się na konkretnej kwestii, która dość często budzi emocje i niepokój u rodziców, czyli jak zrobić coming out w szkole.

Po pierwsze, czy dziecko chce zrobić coming out w szkole? Są osoby, które mają zmienione imię i nazwisko, wówczas w szkole funkcjonują zgodnie z płcią odczuwaną, nie mając zmienionego oznaczenia płci w dokumentach. Inne nie mają zmienionych żadnych danych i w szkole funkcjonują zgodnie z płcią oznaczoną przy urodzeniu. Każdy ma inne potrzeby i nie zawsze dziecko chce informować kogokolwiek w szkole o swojej tożsamości płciowej. Powyższe pytanie jest zasadne, zwłaszcza, jeśli dziecko rozpoczyna naukę w nowej szkole, idzie do szkoły średniej albo zmiana szkoły wynika z powodu przeprowadzki. Coming out może dotyczyć również szkoły, do której dziecko uczęszcza już od kilku lat.

Niektórzy rodzice mówią wprost: „Moje dziecko chce zrobić coming out, bo czuje się, jakby oszukiwało kolegów i koleżanki z klasy”. Taki powód coming outu może być tematem do przepracowania z psychologiem czy terapeutką. Dlaczego dziecko czuje jakby kogokolwiek oszukiwało? Czy mamy obowiązek informować innych o naszych prywatnych sprawach?

Po drugie, jak dziecko chce zrobić coming out w szkole? Nie ma uniwersalnego sposobu na sukces w tym przedsięwzięciu. Przedstawimy kilka wskazówek. Możesz pokazać te pytania swojemu dziecku i wspólnie z nim zastanowić się nad odpowiedziami, by coming out był zdarzeniem możliwie pozytywnym. Oto te pytania:

- ▶ Kogo i w jakiej kolejności chcę poinformować w szkole? Najpierw porozmawiać z wychowawczynią czy szkolnym psychologiem? Czy zawiadamiając te osoby, poproszę je o wsparcie w coming outcie

w klasie? Chcę je tylko poinformować czy potrzebuję ich udziału w dalszych krokach? Może chcę tylko poinformować kadrę szkolną, bez informowania nikogo w klasie? Porozmawiam sam czy poproszę rodziców o wsparcie? Porozmawiam sam/sama/same, czy w obecności rodzica?

- ▶ Kiedy zrobić coming out? Na początku roku szkolnego, na wycieczce szkolnej, na godzinie wychowawczej, przy okazji rozmowy o planowanej studniówce, w piątek, przed weekendem?
- ▶ Czy masz wsparcie w szkole wśród rówieśników? Coming out czy jakiegokolwiek występowanie przed grupą mogą być stresujące (ale nie muszą!). Czy masz osobę lub osoby, na których wsparcie możesz liczyć w takim momencie? Czy ktoś z Twojego grona znajomych szkolnych wie, że jesteś osobą transpłciową/niebinarną i może być Twoim wsparciem podczas coming outu?
- ▶ Czy masz pomysł na to, jak Twój coming out mógłby przebiegać? Czy chciałabyś zrobić coming out sam/sama przed klasą? Czy chciałbyś, żeby wychowawca lub wychowawczyni poinformowali klasę w Twoim imieniu bez Twojej obecności?
- ▶ Czy masz w sobie chęć i otwartość na (wy)tłumaczenie zainteresowanym osobom, czym jest transpłciowość i/lub niebinarność? Osoba transpłciowa lub osoba niebinarna nie ma obowiązku edukować świata na temat transpłciowości. Może, ale nie musi. Zastanów się, czy masz wystarczające zasoby – energię, wiedzę, chęć do tłumaczenia i odpowiadania na pytania.
- ▶ Czy masz oczekiwania wobec osób, przed którymi zrobisz coming out? Czy chcesz, aby inni zwracali się do Ciebie wybranym imieniem i odpowiednimi zaimkami? Zaplanuj poinformowanie ich o tym, ponieważ potrzeby innych nie są oczywiste. Jeśli nie chcesz, nie musisz funkcjonować w szkole ze zmienionym imieniem i nie musisz się z tego tłumaczyć. Ale może być dokładnie odwrotnie i nikt nie musi przecież zgadywać.

Porozmawiaj z dzieckiem o powyższych kwestiach, zaproponuj pomoc

i wsparcie albo rozmowę z psychologiem lub inną osobą, do której ma zaufanie. W miarę możliwości ułatw coming out dziecku. Jeśli Twoje dziecko nie chce robić coming outu w szkole lub/i nie chce informować nikogo o swojej tożsamości płciowej, to uszanuj jego decyzję. Zaproponuj omówienie sytuacji, gdy dziecko zostanie wyoutowane przez kogoś innego – celowo lub przypadkowo. Powyższe scenariusze i propozycje dotyczą sytuacji, gdy dziecko ma wspierających rodziców. Jeśli rodzice są niewspierający (lub jeden z nich), wówczas coming out w szkole będzie wymagał innego scenariusza i innych przygotowań. Dotyczy to zwłaszcza dziecka niepełnoletniego.

W sytuacji, gdy jeden z rodziców jest osobą wspierającą, a drugi rodzic jest przeciwny tranzycji społecznej dziecka, to dużą rolę będzie odgrywał rodzic wspierający. To na jego barkach spocznie ciężar szukania sposobu na porozumienie z rodzicem niewspierającym. Być może pomocne będzie nawiązanie współpracy z nauczycielem bądź nauczycielką dziecka. Czasem autorytet osoby, która zawodowo zajmuje się „wychowywaniem” dzieci i młodzieży, może być wystarczającym argumentem dla rodzica niewspierającego, by zmienić nastawienie do tranzycji społecznej.

W przypadku, gdy oboje rodzice są osobami niewspierającymi, to sprawdzonym sposobem jest poszukanie w gronie pedagogicznym osoby, która będzie sojusznikiem i wsparciem dla dziecka w szkole. Być może ów dorosły nie będzie w stanie dotrzeć skutecznie do rodziców dziecka, jednak sam fakt, że wierzy dziecku, wspiera je i dodaje wiary w siebie, może zmienić codzienność dziecka oraz dodać mu nadziei na przyszłość.

4.3 Ciuchy

Temat ubrań poruszamy w rozdziale o ekspresji płciowej, ale ekspresja płciowa to coś więcej niż tylko ubrania. A jednocześnie to właśnie odzież jest tak ważnym i częstym tematem pytań rodziców. Warto zatem się nim zająć.

Pewnie wielu z nas, rodziców, pamięta, jak się ubierało nasze dziecko jeszcze przed *coming outem*. Niezależnie od tego, czy nakazywaliśmy dziecku, by zakładało określony strój czy nie – dziecko miało swoje preferencje. Są dzieci, które nie chciały na urodziny cioci założyć sukienki czy garnituru, ale te same dzieci mogły w innych okolicznościach założyć spódnicę lub porządniejsze spodnie. Po prostu w jakichś ubraniach czuło się dobrze, a w innych źle. My, dorośli, mamy tak samo! Mnóstwo osób wraca do domu i przebiera się w coś wygodnego, prawda? Do pracy zakładamy określony strój, którego często zaraz po powrocie do domu chcemy się pozbyć.

Dzieci nie mają potrzeby przebierania się w coś wygodnego po powrocie, bo są wolne od konieczności założenia określonego stroju. Owszem, czasem są w szkole, w której jest wymagany określony strój, ale to jest obowiązek zbiorowy dla wszystkich osób uczniowskich. Tak samo dorośli czasem wykonują pracę, w której muszą założyć strój służbowy. Ale pozostali, jeśli nie mają strojów służbowych w pracy, to i tak zakładają na siebie ubranie, które, w ich przekonaniu, jest tym strojem służbowym. Mnóstwo osób nosi szpilki do pracy, chociaż poza pracą nie ma na to najmniejszej ochoty. Inne chodzą do pracy w skórzanych lakierowanych półbutach, bo, w ich przekonaniu, są to buty dla osoby na danym stanowisku. Inne zawsze mają w pracy spięte włosy, bo, ich zdaniem, tak wypada. Ubrania z czasem są niczym druga skóra. Tak samo fryzura, makijaż lub jego brak itd. Zdarza się, że te osoby nie potrafią już zmienić swojego wizerunku na prywatny, przyzwyczaili się, albo nie ma dla nich znaczenia, co noszą.

Kiedy Twoje dziecko przechodzi tranzycję, to kwestia ubrań może być istotną

sprawą. Albo wręcz przeciwnie – ubrania nie będą miały znaczenia. Może zdarzyć się sytuacja, gdy dziecko nie transjuje się dość szybko, tzn. wyoutowało się, poinformowało, że jest chłopakiem, ale nie nosi ubrań stereotypowo uznanych za męskie. Dziecko robi coming out i tu nagle... syn zakłada spódnice! Co robić?

W naszym rodzicielskim przekonaniu syn nie może nosić spódnic. Musi chcieć nosić tylko koszule w kratę. I dżinsy. I adidas. A tymczasem dziecko, które lubiło nosić długą spódnice, bo jest wygodna, nadal lubi tę samą, długą spódnice. To, że ktoś się wyoutował, nie oznacza, że przestaje lubić bluzę z kapturem albo automatycznie zaczyna lubić garnitury. To tak nie działa. Wyobraź sobie, że ktoś zabrania Ci od jutra lubić (i nosić) golfy, które uwielbiasz. Co Ty na to?

Odzież nie ma płci. Większość ubrań, które nosiliśmy w dzieciństwie, zostało nam założone. Dosłownie! Przyzwyczailiśmy się do niego. A jeśli było wygodne, a ktoś mówił, że wyglądamy w nim świetnie, często stawiało się nawet ulubionym. A tu pewnego dnia słyszysz: „mamo, tato, jestem dziewczyną”. Mijają dni, tygodnie, a Twoja transpłciowa córka nie chce ani sukienki, ani różowej bluzki. I zachodzisz w głowę, dlaczego?

Główny powód: „to moja ulubiona bluzka!”, czyli przyzwyczajenie i poczucie komfortu. W dniu coming outu transpłciowa dziewczyna nie nabywa wiedzy i lekkości w komponowaniu stroju, który stereotypowo uznajemy za damski. Mówiąc wprost, często nie ma pojęcia, jakie buty wybrać, jaki krój sukienki albo spodni jest dla niej dobry i o jaką fryzurę poprosić w salonie fryzjerskim. Młoda osoba chce zaprezentować się światu w sposób, który odpowiada jej oczekiwaniom. Chce być odbierana w określony sposób. To trudne, bo jesteśmy od dziecka wychowywani w binarnym podziale. Wyobraź sobie, że nosisz od urodzenia tylko sukienki. Nagle dostajesz spodnie. I od razu dżinsy rurki. Twoje przekonanie na temat spodni może być tylko jedno – ale to niewygodne! Ale przecież wybór spodni jest ogromny i jest w czym wybierać. Lub na odwrót. Całe dzieciństwo nosisz spodnie, a nagle ktoś oczekuje, że masz założyć rajstopy

i spódnicę. Po co, skoro w spodniach jest mi wygodniej?

Ta sama sytuacja dotyczy transpłciowych chłopaków. Jeśli transpłciowy chłopak nosił kiedyś sukienki i było mu w nich wygodnie, to dlaczego te sukienki miałyby stać się nagle niewygodne? Owszem, sukienka w naszym społeczeństwie jest damskim strojem. Transpłciowy chłopak przed coming outem może nie chciał sukienek w szafie. Sukienka może być nawet powodem zaostrenia dysforii płciowej. Przypominać, kim ma być, kim świat go widzi. Ale kiedy ta osoba może już być sobą, może funkcjonować w swoim otoczeniu jako chłopak i nie musi walczyć o prawo do bycia sobą, może chciał nosić tę sukienkę, bo było mu w niej zawsze wygodnie. Po prostu. Jeśli ktoś lubił różowy kolor i lubił króliki, to po coming outie może nadal chciał nosić różowe bluzy z króliczymi uszami. A to, że to transpłciowy chłopak, to nie ma nic do rzeczy. Lubienie ubrania i tożsamość płciowa to zupełnie niezależne sprawy.

Jest też inny powód dla którego osoba transpłciowa nie wymienia ubrań w garderobie. Nie żyjemy w magicznej przestrzeni i noszenie damskich ubrań przez transpłciową dziewczynę, która nie ma (jeszcze) *passingu*, może wywoływać strach, często uzasadniony. W takiej sytuacji zaproponuj córce, żeby w domu nosiła, co tylko chce – kwiatki, kucyki pony i cokolwiek jej się podoba, a na zewnątrz zapewnij jej ubrania unisex albo tzw. męskie ciuchy dla dziewczyn. Najlepiej omów tę kwestię ze swoim dzieckiem.

Kolejny powód, dla którego dziecko po coming outie nie zmieniło garderoby, może być niechęć do wtłoczenia się w ramy płci, z którą dziecko się utożsamia. Rodzice często nie rozumieją, dlaczego syn po coming outie ma w szafie spódnicę i nie chce jej wyrzucić. Jeśli do tej pory słyszał takie komunikaty jak:

- ▶ nie możesz lubić różowego, bo to kolor dla dziewczynek;
- ▶ chłopaki nie zakładają koralik;
- ▶ jesteś dziewczynką, zakładaj te pantofelki;
- ▶ masz mieć długie włosy do komunii, bo jesteś dziewczynką;

to nie chce dać się wtłoczyć w kolejne pęta stereotypów. Po prostu. Kiedy uciekniesz z jednego więzienia, to wcale nie chcesz zamieszkać w innym, ładniejszym. Chcesz wolności.

Dzieci transpłciowe, zwłaszcza o binarnej tożsamości płciowej, nie chcą tkwić w sztywnych ramach ubrań powiązanych z płcią: męskich spodniach, damskich sukienkach, czapkach unisex itd. Odzież nie ma płci. Kiedy osoba ma mały biust, to nosi koszulkę dla osób z małym biustem. Nie nosi męskiej koszulki. Jest mnóstwo mężczyzn, którzy, z różnych powodów, mogliby z powodzeniem nosić damską bluzkę, czyli – poprawnie mówiąc – taliowaną. Koszulka taliowana statystycznie jest częściej wybierana przez kobiety. Ale to nie sprawia, że ta koszulka jest damska. Ona jest po prostu taliowana. Bluzka w kwiatki nie jest dziewczęcą. Jest dla osób lubiących kwiatki.

Temat ubrań jest bardzo ciekawy. Niby „nie szata zdoła człowieka”, ale nie daj Boże, by dziecko wyszło na dwór w tym, co ma na sobie! Prawda? Przyjrzyj się ubraniom, jakie wybiera Twoje dziecko, ale nie przez pryzmat stereotypów dotyczących płci. Zobacz, jakie lubi kolory i tekstury. Zapytaj, jaki efekt wizualny chce uzyskać.

Inna, chyba częstsza sytuacja – dziecko transuje się zbyt szybko. Wczoraj zrobiło coming out, a już dzisiaj zakłada ubrania stereotypowo uznawane za damskie. Rodzic nie nadąża! Jeśli taka sytuacja dotyczy transpłciowego chłopaka, to zazwyczaj nowy strój nie budzi aż takich emocji. Z oczywistych powodów. Osoba, która urodziła się z oznaczeniem płci „kobieta”, może założyć wszystko. W drugą stronę sytuacja jest zupełnie inna! Transpłciowa dziewczyna nie może założyć wszystkiego, bo to może być dla niej niebezpieczne. Może więc wolniej przedstawiać się na ubrania uznawane za damskie lub nie robić tego wcale.

Jak uniknąć konfliktów związanych ze strojem? Jeśli zwyczajnie obawiasz się o bezpieczeństwo dziecka na ulicy, to porozmawiaj z nim o swoich niepokojach. Nie chodzi o to, by je straszyć, ale o to, by się upewnić, że dziecko dba o swoje

bezpieczeństwo. Inną sytuacją jest, gdy zmuszasz je do założenia określonego stroju, żeby komuś zrobić przyjemność. Jest to nadużywanie władzy rodzicielskiej i nie dotyczy jedynie dzieci transpłciowych.

Inną sytuacją rodzącą konflikty są komunikaty typu: „Przecież ubrania nie mają płci, załóż spódnice!”. Takie zachowanie rodzica nie jest w porządku, bo każda osoba ma prawo do ubierania się, jak chce. Zwróć uwagę, że czym innym jest zakazywanie noszenia danego stroju, nawet z mocnymi argumentami, a czymś innym jest zmuszanie do noszenia określonego ubrania. Nie mówimy oczywiście o sytuacjach zagrażających życiu czy zdrowiu (kask, kamizelka ratunkowa itp.). Mówimy o codzienności w życiu rodziny.

Kolejny ważny temat – bielizna

Żaden element garderoby nie jest tak silnie nacechowany płcią jak bielizna. Często to ten element układanki o transpłciowości jako pierwszy zwraca uwagę rodzica na kwestię płci dziecka. Zdarza się, że młoda osoba, w procesie odkrywania swojej tożsamości płciowej, sięgnie po bieliznę, która jest stereotypowo przypisywana do określonej płci. Rodzice mówią wprost, że znaleźli w pokoju dziecka męskie bokserki lub damskie figi. Pojawia się strach związany z seksualnością dziecka. Nader często powód, dla którego dziecko sięga po bieliznę płci przeciwnej, do tej nadanej przy urodzeniu, jest potrzeba sprawdzenia, czy rzeczywiście jestem osobą transpłciową.

Bielizny nie widać. Jest teoretycznie najbezpieczniejszą częścią ubioru do przetestowania. Przecież nikt nie będzie sprawdzał nam bielizny, prawda? Pamiętaj, że eksperymenty dziecka nie muszą oznaczać, że jest transpłciowe. Absolutnie nie. Dziewczyna może założyć męskie majtki ze zwykłej ciekawości. Zresztą dzisiaj trudno zdefiniować męskie majtki. O ile 20 lat temu noszenie bokserów przez kobiety było co najmniej podejrzanym, o tyle dzisiaj modne marki bieliźniarskie mają całą gamę damskiej bielizny we wzorach uznawanych do niedawna za męskie. W drugą stronę też to się już zmienia, chociaż wolniej.

Pewnie dlatego, że ta „odjechana, wystrzałowa damska bielizna” jest po prostu tak niewygodna, że żaden mężczyzna nie założyłby czegoś takiego.

Jeśli Twoje dziecko testowało lub testuje bieliznę, która jest zgodna z jego tożsamością płciową, to nie jest to niepokojącym objawem. Może być etapem w kwestionowaniu płci, odkrywania tożsamości płciowej, przejawem buntu i nonkonformizmu płciowego lub czasem zabawy itd.

Chwila dla Ciebie

Jakie ubrania nosiłabyś teraz, gdybyś mogła porzucić wszelkie – opory i zakazy? Jakie buty lubisz nosić? W jakich chodzisz najczęściej? Czy nosisz ubrania, mimo że są niewygodne?

.....

.....

.....

.....

.....

Czy zmieniasz ubrania po powrocie do domu? Co wówczas zakładasz?

.....

.....

.....

.....

.....

Czy wygoda ma dla Ciebie znaczenie?

.....

.....

.....

.....

.....

4.4 Femboy i tomboy

Słowo tomboy weszło na stałe do języka polskiego i używamy go przy opisie dziewczyny, która nosi ubrania stereotypowo uznawane za męskie. To dawne określenie chłopczycy, czyli dziewczyny, która nosi odwróconą czapkę z daszkiem, dżinsy, wielką bluzę z kapturem itd. Dzisiaj już trudno o kimś powiedzieć, że jest chłopczycą, bo dziewczynom wolno nosić wszystko.

Z hasłem femboy sprawa jest bardziej skomplikowana. Po pierwsze jest to określenie, które może być obraźliwe i transfobiczne. Są kraje, w których – jeśli chce się obrazić transpłciową kobietę – mówi się na nią „lady boy” albo właśnie „femboy”. Bo, powtórzmy, mówimy o ekspresji płciowej, a nie o tożsamości płciowej. Femboy nie oznacza transpłciowej kobiety, lecz mężczyznę zakładającego tzw. damskie ciuchy. Takich osób jest sporo na Instagramie i to są czasem cisplłciowi mężczyźni, którzy celowo noszą sukienki czy szpilki, by łamać stereotypy dotyczące ubrań i ich przynależności do płci. Lub po prostu takie lubią. Po polsku to słowo oznacza „faceta w sukience”. Oczywiście, ktoś może o sobie tak powiedzieć – ma prawo, ale jeśli chcemy tak powiedzieć o kimś – to raczej powinniśmy się ugryźć w język, bo w niektórych kontekstach jest używane jako transfobiczna obelga.

Dziecko przychodzi i rzuca informację, że jest femboyem lub tomboyem. Jak do tego podejść? Zignorować czy potraktować poważnie? Jeśli masz do czynienia z osobą nastoletnią, to po prostu przyjmij tę informację i zapytaj, co to znaczy, że jest femboyem. Zachęcamy do weryfikacji takich etykietek, bo czasem młoda osoba mówi wprost: „Nie wiem tak za bardzo, ale nie jestem trans!”. Jeśli masz do czynienia z osobą o przekonaniach transfobicznych, wówczas pojawia się zupełnie inny temat. Określenia tomboy i femboy są o tyle istotne, o ile oba pojęcia pojawiają się, gdy mówimy o transpłciowości i mylnie zakładamy, że mają coś wspólnego z tożsamością płciową. Nie mają, ale mogą mieć. Dość często taka samoidentyfikacja jest etapem pośrednim, zanim osoba transpłciowa

zrobi coming out przed samą sobą (tzw. egg – czyli dziecko jeszcze samo nie wie, że jest transpłciowe). Oba określenia odnoszą się bardziej do ekspresji płciowej, a nie do tożsamości płciowej, czyli zarówno osoba transpłciowa, jak i cispłciowa może być tomboyem albo femboyem.

4.5 Paker, binder, gaffy, strój na basen

Ten krótki rozdział poświęcimy częściom garderoby, które czasem niepokoją rodziców. Niestuszenie, bo elementy odzieży, o której przeczytasz poniżej, są używane nie tylko przez osoby transpłciowe. Używają ich przedstawiciele kultury cosplay (do przebijania się za wybraną postać) lub drag oraz osoby, które potrzebują efektu spłaszczenia/uwypuklenia.

Pierwszy element garderoby jest najbardziej znany – to binder, inaczej spłaszczak. Jest to najbezpieczniejszy sposób na maskowanie klatki piersiowej. Trzeba pamiętać jednak o jego prawidłowym noszeniu, czyli nie dłużej niż 8 godzin ciągiem, i niezakładaniu go podczas intensywnych aktywności (wtedy ewentualnie można założyć binder w większym rozmiarze, ale wówczas straci nieco funkcję spłaszczania). Ważne, by binder zamawiać zgodnie ze swoim rozmiarem, tj. nie zamawiać mniejszego i próbować się w niego wcisnąć. To istotna kwestia, ponieważ po pierwsze – zbyt mały binder może zwyczajnie nie dać się założyć, po drugie – noszenie go nie jest bezpieczne, a po trzecie – z założenia ma funkcję spłaszczania. Czyli binder w naszym rozmiarze da najlepszy efekt spłaszczania oraz bezpieczeństwa noszenia. Obecnie są dostępne w Polsce, więc ich zakup jest łatwiejszy niż kilka lat temu. Jest to relatywnie drogi element garderoby (w roku 2025 kosztuje od ok. 120 złotych wzwyż). Binder można zamówić na miarę i jest to doskonałe rozwiązanie dla osób o niestandardowych rozmiarach. Występuje w różnych kolorach, najbardziej uniwersalny jest cielisty. Kupuj w sprawdzonych firmach⁵⁶.

Innym rozwiązaniem stosowanym przez osoby transpłciowe są tzw. tejp, czyli taśmy. Są mniej widoczne pod ubraniem niż bindery, ale wymagają umiejętności ich zakładania. Mogą odparzać. Osoby transpłciowe niekiedy wolą nosić tejp, bo uważają, że „każdy wie, że jestem trans, jak noszę binder”. Zarówno taśmy, jak i bindery są na pewno bezpieczniejszą metodą spłaszczania klatki piersiowej niż bandażowanie się. Tę formę spłaszczania stanowczo odradzamy!

56] Polecamy zakup bielizny firmy IGUANATREND.

Paker to proteza męskich narządów płciowych. Używany na co dzień, dodaje oczekiwanej wypukłości w spodniach. Może być wykonany z różnych materiałów, najczęściej jest to silikon. Jest dostępny w różnych rozmiarach. Jego używanie nie stwarza żadnego ryzyka zdrowotnego. Odmianą pakera jest *stp* (ang. *stand to pee*) – paker pusty w środku, który umożliwia sikanie na stojąco.

Gaffy – majtki przeznaczone np. dla transpłciowych kobiet. Spłaszczają narządy płciowe, dzięki czemu nie odznaczają się pod ubraniem. Można je kupić w najróżniejszych wersjach – stringi, bokserki czy koronkowe majtki. Zamiast gaffów można używać taśm, tak samo jak w przypadku *bindera*, wymaga to jednak nabycia sprawności w ich zakładaniu.

Tucking to technika spłaszczania/ukrywania narządów płciowych, tak by nie odnaczały się pod ubraniem. Termin przeciwny to *packing* (patrz: *paker*).

Protezy piersi, takie same, jakich kobiety cispłciowe używają po amputacji piersi, czasami są używane przez kobiety transpłciowe na początku lub przed tranzycją medyczną.

Obecnie kupisz w internecie naprawdę fajne stroje na basen dla osób transpłciowych. Zarówno kąpielówki jak i stroje jednoczęściowe. *Binder* nie jest idealny jako strój kąpielowy, ponieważ nie jest przeznaczony do używania podczas wzmożonych aktywności fizycznych. Częstym rozwiązaniem są pianki do pływania, które bez problemu znajdziesz w dużych sklepach sportowych.

4.6 Kto potrzebuje psychologa, dziecko czy rodzic?

Obecność psycholożki może być przydatna na różnych etapach procesu transycji dziecka. Najczęściej odgrywa ona istotną rolę w opiniowaniu niezgodności płci w celu uzyskania „formalnego potwierdzenia” (opinii psychologicznej lub diagnozy), niezbędnego w transycji medycznej i prawnej. Podczas spotkań w gabinecie dziecko i bliskie mu osoby mogą dostać niezbędne wsparcie emocjonalne. Czy to konieczne? Nie. Należy jednak pamiętać o tym, że sytuacje coming outu dziecka, związane z nim relacje społeczne, doświadczanie dysforii, radzenie sobie (lub nie) z uczuciami, stres mniejszościowy i ryzyko odrzucenia, wyśmiania, a nawet gróźb, są bardzo trudne, zwłaszcza dla młodych ludzi. W bolesnych momentach obecność psychologa jest nieoceniona. Możesz, jako rodzic, pomóc dziecku na własną rękę i to jest ok. Warto jednak wziąć pod uwagę, że czasem łatwiej rozmawiać z osobą, która nie jest tak bliska jak członek rodziny. Ty też możesz być narażona na silny stres, np. w związku z Twoim coming outem. A powinnaś być w dobrej kondycji psychicznej, jeżeli planujesz wspierać swoje dziecko. Korzystając z pomocy, pokażesz dziecku, że to nic złego. Więcej na ten temat znajdziesz w części 3 Stepownika.

Warto wziąć pod uwagę sytuacje „nie-transowe”, które są dość często pomijane. Dojrzewanie dziecka, jego funkcjonowanie w szkole i na podwórku, natłok informacji, mediów społecznościowych, pierwsze sympatie, oczekiwania dorosłych, nauka bycia niezależnym i stawania się osobą dorosłą, towarzyszą młodym ludziom bez względu na ich tożsamość. Pamiętasz swoje dojrzewanie? Zdaje się, że to był nieco inny świat. Wyobraź sobie, jakby to było, gdyby Twój czas uzyskiwania dojrzałości odbywał się teraz. Coraz więcej młodych ludzi boryka się z trudnościami natury psychologicznej, doświadczają stanów depresyjnych, lękowych, trudności w radzeniu sobie z emocjami czy nawiązywaniu wartościowych relacji. Moment minionej izolacji, której doświadczyli, także mógł wpłynąć na przeżywanie, kształtującą się osobowość i interakcje społeczne.

Zmiany, zmiany, dużo zmian. A teraz dołoż do tego nagłą potrzebę określenia, kim się jest, stres mniejszościowy (dodatkowy bagaż, który dźwigają osoby stanowiące mniejszość społeczną), bezsilność w związku z brakiem wpływu na wygląd swojego ciała, odbiór społeczny itd. W takich sytuacjach psycholog, a czasem psychoterapeutka, stają się niezbędni.

4.7 Tranzycja medyczna

Dla wielu rodziców podjęcie decyzji o rozpoczęciu tranzycji medycznej dzieci jest trudne. Troski mogą zmniejszyć wyniki badań naukowych, które jednoznacznie odpowiadają na pytanie, co zmienia tranzycja medyczna.

Posłużymy się dwoma dużymi systematycznymi przeglądami badań naukowych, dotyczącymi osób dorosłych, opublikowanymi w 2020 roku. Pierwszy dotyczył 20 badań na temat wpływu terapii hormonalnej na jakość życia i stan zdrowia psychicznego osób transpłciowych. Wyniki wskazały jednoznacznie na poprawę wskaźników zdrowia psychicznego po rozpoczęciu terapii hormonalnej afirmującej płeć⁵⁷. Drugi przegląd dotyczył aż 53 badań na temat operacji chirurgicznych afirmujących płeć i jednoznacznie wskazał na zmniejszenie się objawów lękowych i depresji, liczby prób samobójczych oraz wzrost satysfakcji i jakości życia po przeprowadzeniu zabiegów⁵⁸.

Niestety podobnych przeglądów literatury dotyczącej badań prowadzonych wśród dzieci i osób nastoletnich jeszcze nie ma, a pojedyncze badania oryginalne są mniej liczne. Uzyskane na ich podstawie dane sugerują jednak, że terapia hormonalna afirmująca płeć u transpłciowych nastolatków wiąże się ze zmniejszeniem dysforii płciowej i/lub poprawą wskaźników zdrowia psychicznego, co jest zgodne z wynikami badań dotyczącymi dorosłych osób transpłciowych⁵⁹.

Na podstawie istotnych dowodów naukowych środowiska medyczne, zajmujące się opieką nad osobami transpłciowymi, uznają interwencje afirmujące płeć za standardową formę opieki, także w Polsce. Na przykład Polskie Towarzystwo Seksuologiczne w 2020 roku wydało zalecenia dotyczące opieki nad dorosłymi osobami transpłciowymi⁶⁰. Ponadto, na początku 2025 roku

57] Baker KE, Wilson LM, Sharma R, et al. Hormone therapy, mental health, and quality of life among transgender people: a systematic review. *J Endocr Soc* 2021; 5(4): bvab011. doi: 10.1210/endo/bvab011.

58] Swan J, Phillips TM, Sanders T, et al. Mental health and quality of life outcomes of gender-affirming surgery: a systematic literature review. *J Gay Lesbian Ment Health* 2022; 27(1): 2-45. doi.org/10.1080/19359705.2021.2016537.

59] Mahfouda S, Moore JK, Siafarikas A, et al. Gender-affirming hormones and surgery in transgender children and adolescents. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2019; 7(6): 484-498. doi: 10.1016/S2213-8587(18)30305-X.

60] Grabski B, Rachóń 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.org/10.12740/PP/OnlineFirst/125785.

ukazał się konsensus wyznaczający drogę postępowania w ramach opieki nad nastolatkami transpłciowymi i niebinarnymi⁶¹. Rekomendacje jasno określają, że terapia hormonalna afirmująca płęć może zostać wprowadzona u osób, które osiągnęły przynajmniej częściową zdolność do samostanowienia (po ukończeniu 16. roku życia), chyba że opóźnienie tej decyzji stanowi zagrożenie dla życia, zdrowia psychicznego lub zdrowia somatycznego nastolatka. Jasno określono, że kryterium wieku nie powinno być wiodące. W każdym przypadku decyzja o tym, kiedy rozpocząć terapię hormonalną afirmującą płęć, powinna być podejmowana indywidualnie. Jeśli chodzi o zabiegi chirurgiczne afirmujące płęć, rekomendacje mówią, że nieodwracalne operacje narządów płciowych (histerektomia, waginoplastyka, penektomia, falloplastyka, metoidioplastyka itp.) i zabiegi powodujące trwałą utratę zdolności do prokreacji (gonadektomia) nie mogą być wykonywane u osób niepełnoletnich (prawo zakazuje również wykonywania części tych operacji). Jedynie operacja usunięcia gruczołów piersiowych (mastektomia) jest dopuszczalna u osób niepełnoletnich. Głównym celem mastektomii jest poprawa zdrowia psychicznego osoby doświadczającej dysforii płciowej, w tym cierpienia wynikającego z niedopuszczalnej obecności piersi. Decyzja dotycząca zabiegu musi być indywidualna i wymaga zaświadczeń od dwóch specjalistów.

61] Gawlik-Starzyk A, Dora M, Baran D, et al. Framework guidelines for the process of caring for the health of adolescent transgender (t) and non-binary (NB) people experiencing gender dysphoria – the position statement of the expert panel. *Endokrynol Pol* 2025; 76(1): 1-28. doi:10.5603/ep.104289.

4.8 Czy tranzycja medyczna jest bezpieczna?

Tranzycja medyczna to pojęcie, które obejmuje szeroki wachlarz możliwości, po jakie osoba transpłciowa sięga, gdy przeprowadza korektę płci. Jest kilka kluczowych informacji, jakie trzeba mieć na względzie, zanim przejdziemy do tematu bezpieczeństwa.

Przede wszystkim nie każda osoba transpłciowa poddaje się tranzycji medycznej. Powody ku temu są różne. Są to przede wszystkim: brak finansów, brak wsparcia albo przynajmniej akceptacji ze strony bliskich osób, a w dalszej kolejności strach przed zmianą wyglądu ciała czy przeciwwskazania natury medycznej. Powodem równie ważnym jest brak potrzeby przeprowadzania jakichkolwiek interwencji medycznych.

Transpłciowości towarzyszy zazwyczaj dysforia płciowa. Polega na nieakceptowaniu pewnych cech ciała, których występowanie nie odpowiada odczuwanej tożsamości płciowej. Mogą ją powodować cechy płciowe danej osoby. Tranzycja medyczna jest odpowiedzią na dysforię płciową. Może jednak oznaczać dla każdego coś innego. Dla jednej osoby to będzie tylko korzystanie z hormonoterapii, a dla innej hormony, operacja klatki piersiowej i jeden zabieg z obszaru medycyny estetycznej. Koniecznie porozmawiaj z dzieckiem o tym, jak każde z Was rozumie to pojęcie.

Bezpieczeństwo tranzycji medycznej nie jest definiowane jednoznacznie. Każdy zabieg lub operacja niesie za sobą ryzyko, niezależnie od wskazań do wykonania interwencji. Nie można zatem definitywnie przypisywać zwiększonego ryzyka tranzycji medycznej. Tak samo nie można jednoznacznie powiedzieć, czy decyzja o interwencji medycznej została podjęta świadomie, z uwzględnieniem konsekwencji. Czy każda osoba, która podda się zabiegowi lub operacji z obszaru medycyny estetycznej, będzie zadowolona z efektów? Nie wiemy. Czy będzie szczęśliwsza po operacji? Nie wiemy. Życie nie sprowadza się

do sztywnych definicji szczęścia. Podejmując decyzję o poddaniu się operacji z zakresu medycyny estetycznej, warto zastanowić się, na jaki efekt liczymy. Bo jeśli naszym celem jest pozbycie się niechcianej części ciała, to – w sensie oczekiwanych efektów – sprawa wydaje się łatwiejsza. Ale jeśli marzy nam się piękna, równiutka klatka piersiowa, bez śladów blizn, to warto przyrzec się naszym oczekiwaniom.

Mnóstwo osób cisplciowych nie jest zadowolonych z własnego wyglądu. I nawet mając możliwości (np. finansowe), nie udaje im się stworzyć idealnego ciała. Wpływ na wygląd ma upływ czasu, więc – prędzej czy później – każdy człowiek musi zaakceptować to, że jest niedoskonały. O ile spora część rodziców martwi się tym, czy tranzycja medyczna jest bezpieczna, o tyle mało kto myśli o tym, że **to brak tranzycji medycznej może być niebezpieczny!** Tranzycja medyczna jest odpowiedzią na dysfориę płciową. Jeśli rodzic zamiata pod dywan temat tranzycji medycznej, a specjalista przesuwając w nieskończoność decyzję o wystawieniu recepty na hormony, to trzeba pamiętać, że brak decyzji jest również decyzją. I taki brak decyzji może pociągać za sobą poważne konsekwencje.

Badanie przeprowadzone na 155 transplciowych kobietach w wieku około 40 lat i 55 transplciowych mężczyznach w wieku około 36 lat pokazuje, że 78% transplciowych mężczyzn i 73% transplciowych kobiet po raz pierwszy doświadczyło dysfории płciowej w wieku od 3 do 7 lat, a w wieku 13 lat już 96% z nich odczuwało dysfориę płciową⁶².

Transplciowi mężczyźni rozpoczęli tranzycję medyczną średnio 23 lata od wystąpienia dysfории płciowej po raz pierwszy, a transplciowe kobiety 27 lat. Fakt, że rozpoczęły tranzycję medyczną po takim okresie, nie oznacza, że te lata były dla nich okresem szczęśliwym. Poziom lęku, depresji oraz zachowań suicydalnych zmniejszył się u tych osób po rozpoczęciu tranzycji.

62] Zaliznyak M, Yuan N, Bresee C. How early in life do transgender adults begin to experience gender dysphoria? Why this matters for patients, providers, and for our healthcare system. Sex Med 2021; 9(6): 100448. doi: 10.1016/j.esxm.2021.100448.

4.9 Tranzycja społeczna

Tranzycja społeczna jest w pełni odwracalna. Ta informacja może być dla wielu rodziców najważniejsza. Czym jest? To wszelkie działania osoby transpłciowej/niebinarnej, których celem jest funkcjonowanie w społeczeństwie zgodnie z odczuwaną tożsamością płciową.

Tranzycja społeczna to:

- ▶ używanie wybranego imienia (nie musi być ono zmienione urzędowo);
- ▶ używanie wybranych zaimków;
- ▶ korzystanie z toalety zgodnie z płcią odczuwaną;
- ▶ uczestnictwo w zajęciach z podziałem na płeć, zgodnie z płcią odczuwaną.

Czyli są to wszystkie te działania, które nie wymagają zmian w urzędzie lub sądzie, i można je wdrożyć bez konieczności uzyskania dokumentu zezwalającego.

Tranzycja społeczna może brzmieć tajemniczo, ale w przypadku osób nastoletnich, jest niejako wpisana w młodość. Jeśli nie teraz, to kiedy? Jednak tranzycja społeczna nie jest testowaniem. Jeśli ten okres życia miałby być przejściowy, to konsekwencje tego doświadczenia byłyby częścią młodości i niczym więcej. Jeśli przez pewien okres będziesz zwracać się do swojego dziecka wybranym przez niego imieniem, a potem wrócić do poprzedniego imienia, to ten etap nie będzie miał żadnych konsekwencji dla psychiki młodego człowieka. Wręcz przeciwnie, to wszelki zakaz może zrodzić poczucie odrzucenia, osamotnienia, niezrozumienia.

4.10 Detranzycja

Tak. Detranzycja się zdarza. Jest pojęciem wieloznacznym, co może wprowadzać w błąd. Może oznaczać:

- ▶ zaprzestanie interwencji medycznej, np. hormonalnej lub chirurgicznej, w celu przywrócenia cech płciowych zgodnych z płcią metrykalną;
- ▶ zakończenie dotychczas podejmowanych interwencji, ponieważ ich efekt jest już zadowalający i wystarczający, np. zmiana barwy głosu pod wpływem testosteronu spełnia oczekiwania pacjenta i nie jest już potrzebna kontynuacja terapii;
- ▶ brak zadowolenia z jakości efektów uzyskanych w trakcie tranzycji nie wiążący się z niechęcią co do kierunku zmian, tylko co do efektów wizualnych lub funkcjonalnych;
- ▶ powrót do tożsamości zgodnej z płcią określoną przy urodzeniu;
- ▶ utrzymanie aktualnej tożsamości płciowej;
- ▶ zmianę w zakresie roli społecznej.

Badania nad zjawiskiem detranzycji w populacji osób przechodzących proces korekty płci są stosunkowo nieliczne. Badacze stosują różne definicje detranzycji i badają jej różne aspekty, dlatego ciężko porównywać badania między sobą lub dokonywać metaanalizy wyników. Najczęściej prowadzi się badania nad poczuciem zadowolenia lub żalu po dokonaniu korekty płci.

Dotychczas przeprowadzone badania wskazują, że odsetek osób jednoznacznie żałujących podjętych interwencji jest **marginalny** (<1%) i znacznie mniejszy od tego, jaki notuje się w podejmowanych interwencjach medycznych w innych dziedzinach medycyny. Uznaje się to za wystarczający dowód naukowy na to, że korekta płci jest medycznie słusznym i prozdrowotnym kierunkiem działań u osób transpłciowych.

W systematycznym przeglądzie literatury z metaanalizą (czyli o dużej wadze

naukowej) 27 badań przeprowadzonych w latach 1988–2018 na skumulowanej próbie ok. 8 tys. osób transpłciowych, które przeszły interwencję chirurgiczną afirmującą płeć, odsetek osób, które wyrażały żal po operacji wyniósł zaledwie 1%. Z 77 osób, 28 odczuwało niewielki, a 34 osoby duży żal⁶³. Opublikowane w 2018 roku badania na osobach trans, które były diagnozowane przez klinikę w Amsterdamie między 1972 a 2015 rokiem⁶⁴ dały następujące wyniki: 0,6% kobiet transpłciowych i 0,3% transpłciowych mężczyzn żałowało decyzji o tranzycji medycznej – operacji korygującej płeć. Niestety, w tym badaniu nie ma danych na temat powodów niezadowolenia. Dla porównania, z analizy 21 badań dokumentujących brak satysfakcji po wstawieniu endoprotezy kolanowej wynika, że średnio 10% osób żałuje poddania się tej operacji, a wyłączając komplikacje zdrowotne, jest to 7% osób. Nie wpływa to jednak na fakt, że 4,2% osób po 50 roku życia i tak poddaje się tej operacji⁶⁵.

Z całą pewnością nie należy bezkrytycznie przyjmować informacji na temat detranzycji, które pokazują się coraz częściej w mediach, bez sprawdzenia w rzetelnych źródłach i bez umiejętnej interpretacji wyników badań naukowych. Na przykład w jednym z amerykańskich badań, przeprowadzonych na próbie ponad 17 tys. dorosłych osób transpłciowych i różnorodnych płciowo, które przeszły tranzycję, ok. 13% zgłosiło historię detranzycji. Jednak zdecydowana większość z nich stwierdziła, że przyczyną detranzycji były czynniki zewnętrzne, jak np. presja ze strony rodziny czy brak akceptacji ze strony środowiska szkolnego. Zdecydowana mniejszość respondentów zgłosiła, że detranzycja była spowodowana niepewnością lub wahaniem tożsamości płciowej. Jak podali autorzy, doświadczenia te niekoniecznie odzwierciedlały żal dotyczący wcześniejszej afirmacji płci i były prawdopodobnie tymczasowe⁶⁶.

63] James SE, Herman JL, Rankin S, et al. The Report of the 2015 U.S. Transgender Survey. National Center for Transgender Equality, Washington 2016.

64] Wiepjes CM, Nota NM, de Blok CJM, et al. The Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria Study (1972-2015): Trends in prevalence, treatment, and regrets. *J Sex Med* 2018; 15(4): 582-590.

65] DeFrance MJ, Scuderi GR. Are 20% of patients actually dissatisfied following total knee arthroplasty? A systematic review of the literature. *J Arthroplasty* 2023; 38(3): 594-599.

66] Bustos VP, Bustos SS, Mascaro A, et al. Regret after gender-affirmation surgery: a systematic review and meta-analysis of prevalence. *Plast Reconstr Surg Glob Open* 2021; 9(3): e3477. doi: 10.1097/GOX.00000000000003477.

Badania dostarczają coraz więcej dowodów na to, że przyczyn detranzycji jest bardzo dużo i niekoniecznie są to powody związane z chęcią odwrócenia dotychczasowych interwencji w związku ze zmianą tożsamości płciowej. Rośnie kompendium dowodów, że wynika najczęściej z przyczyn zewnętrznych, takich jak brak wsparcia podczas tranzycji czy komplikacje lub nieudane zabiegi chirurgiczne⁶⁷. Ponadto, niektóre osoby przerywają tranzycję medyczną, ponieważ według ich oceny osiągnęły pożądaną efekt albo mają poważne problemy zdrowotne, które wykluczają przyjmowanie hormonów (np. hormonozależne nowotworowy złośliwe).

Dlaczego osoby żałują tranzycji?

Uczestnicy zaktualizowanego w 2017 roku raportu⁶⁸ *The Report of the 2015 U.S. Transgender Survey* wskazali następujące powody detranzycji:

- ▶ presja ze strony rodziców (36%);
- ▶ tranzycja była zbyt trudna, aby ją kontynuować (33%);
- ▶ prześladowanie lub dyskryminacja związana z tranzycją (31%);
- ▶ problem ze znalezieniem pracy (29%);
- ▶ presja ze strony innych członków rodziny (26%);
- ▶ presja ze strony małżonka lub partnera (18%);
- ▶ presja ze strony pracodawcy (17%);
- ▶ presja ze strony profesjonalisty w dziedzinie zdrowia psychicznego (5%);
- ▶ presja ze strony doradcy religijnego (5%);
- ▶ uzmysłowienie sobie, że tranzycja była „nie dla nich” (5%).

Te ostatnie 5% ankietowanych stanowiło ok. 0,4% osób łącznie, które zrezygnowały z tranzycji medycznej w tym badaniu.

67] Haak D, Madej O. Detranzycja – przyczyny i wpływ zjawiska na proces diagnostyczny dysforii płciowej (F64.0). *Seksuologia Polska* 2021; 19: 1. doi.10.5603/SP.2021.0008.

68] James SE, Herman JL, Rankin S, et al. *The Report of the 2015 U.S. Transgender Survey*. National Center for Transgender Equality, Washington 2016.

Znanym medialnie przykładem tego, co rodzice mogą nazywać detranzycją, jest historia Eli Kappo. Ciekawy z nią wywiad, pt. *Detranzycja: nie wybrałabym żadnej innej drogi*, możecie przeczytać w całości na stronie www.tranzycja.pl w zakładce „Publikacje”. W wieku 19 lat Eli Kappo zrobiła swój pierwszy coming out jako transpłciowy chłopak. Rozpoczęła terapię hormonalną (testosteronem) i zrobiła mastektomię. Pięć lat później zrobiła drugi coming out, jako osoba niebinarna. Była wówczas już 3,5 roku na testosteronie, więc zaszły pewne zmiany. Eli odstawiła testosteron i z pomocą endokrynologa wyrównała gospodarkę hormonalną. Dwa lata później zrobiła trzeci coming out, jako kobieta. W wieku 29 lat Eli w wywiadach podkreśla, że nie żałuje drogi, jaką przeszła. Nie żałuje mastektomii. Mówi: „Mam androgyniczne ciało – kocham je”⁶⁹.

Czy przypadek Eli można uznać za detranzycję? Teoretycznie tak – wróciła do swojej płci nadanej przy urodzeniu. Jednak to nie jest detranzycja pt. „żałuję, wracam”. To droga, która po 10 latach doprowadziła ją tu, gdzie jest dzisiaj. Jeśli za 5 lat stwierdzi, że jednak jest niebinarna, to już nie powie o detranzycji, prawda? Sama Eli Kappo określa siebie jako osobę transpłciową.

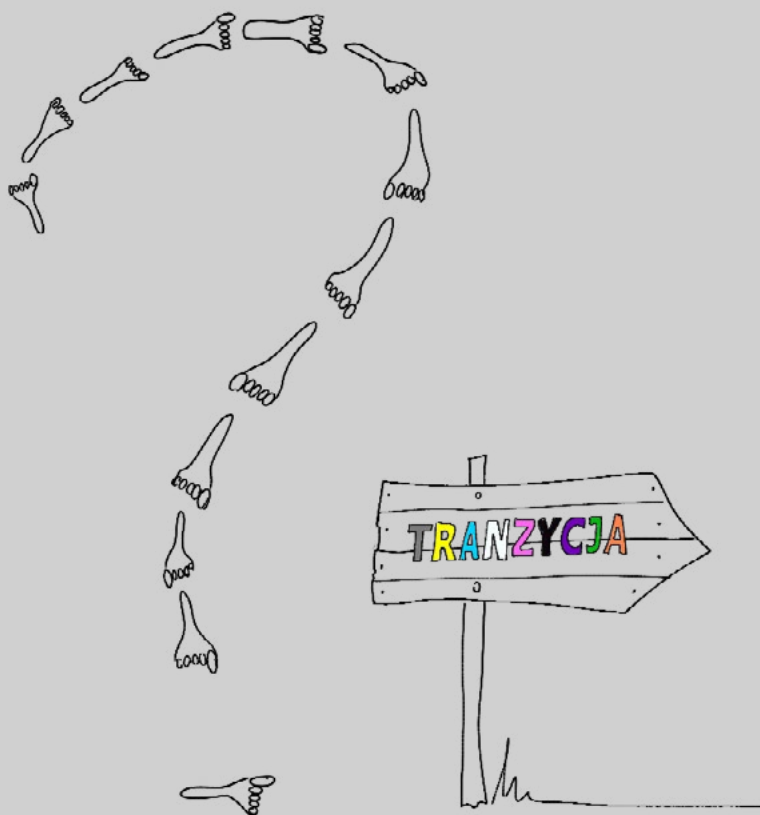
Detranzycja to nie zawsze rezygnacja, często jest to dalsze poszukiwanie siebie. Dodatkowo, co może się wydawać zaskakujące, wśród osób, które przestały uznawać się za transpłciowe, też nie musi się to wiązać z żalem, ale może być pozytywnym doświadczeniem, np. związanym z poszukiwaniem swojego miejsca w życiu. Ponadto, są osoby, które podejmują decyzję o detranzycji, mimo że tranzycja medyczna pomagała im w dysforii płciowej⁷⁰.

69] Témoignage. Une identité sexuelle fluide, féminine et masculine à la fois. <https://www.courrierinternational.com/article/temoignage-une-identite-sexuelle-fluide-feminine-et-masculine-la-fois> (dostęp: 5.06.2025).

70] Fajt D, Kuta N. Transpłciowość w mediach. Wytyczne dotyczące odpowiedzialnej pracy dziennikarskiej. Fundacja Instytut Spraw Społecznych, Warszawa 2025.

CZĘŚĆ 5

WYZWANIA I REALIA ŻYCIA RODZICA. NA CO WARTO SIĘ PRZYGOTOWAĆ?



Doświadczenie rodziców dzieci transpłciowych pokazuje, że życie pisze różne scenariusze. To często nieustanna nauka, zaskoczenia i stawianie czoła nowym sytuacjom. Kiedy dziecko wychodzi z szafy, wielu rodziców wchodzi na drogę, której wcześniej sobie nie wyobrażali. Nie ma jednej, uniwersalnej ścieżki – są emocje, pytania, wyzwania i potrzeba ogromnego wsparcia.

Rodzice mierzą się z różnymi reakcjami otoczenia, rodziny, szkoły, a także własnymi emocjami – lękiem, niepewnością, czasem smutkiem po utracie dotychczasowego wyobrażenia o swoim dziecku. Zastanawiają się, jak mówić o przeszłości dziecka. Nie wiedzą, jak porozmawiać z rodzeństwem. Uczą się nowego języka, dosłownie i w przenośni. Otwierają się na inną perspektywę, często przekraczając granice własnych przekonań czy wychowania. Czasami popadają w wir „transowania”⁷¹ 24 godziny na dobę...

W tej części poradnika omówimy sytuacje, które mogą Cię spotkać, i jak sobie z nimi radzić.

71] Transowanie – określenie używane do opisanie sytuacji, w której dana osoba w sposób ciągły, intensywny lub demonstracyjny zajmuje się tematyką transpłciowości.

5.1 Jak powiedzieć rodzeństwu dziecka?

Każdą informację, którą chcemy przekazać, musimy dostosować do możliwości emocjonalnych i intelektualnych odbiorcy wiadomości. Nie ma uniwersalnej metody na poinformowanie o transpłciowości rodzeństwa dziecka czy kogokolwiek z rodziny.

Czasem jest tak, że rodzeństwo wie o transpłciowości osoby z rodziny od jakiegoś czasu. Nie ma co ukrywać, że młode pokolenia są na bieżąco z tematami, które za naszych czasów były kompletnie nieznane czy tabu. Mamy wiele obaw o reakcje i uczucia dzieci, których brat lub siostra dokonali wobec nas coming outu. Możemy się bać, że przestaną się dogadywać, będą udawać, że się nie znają, albo rówieśnicy będą wyśmiewać się z dziecka, którego rodzeństwo jest osobą transpłciową/niebinarną, i w związku z tym już oboje będą narażeni na odrzucenie, ostracyzm, przemoc. Pamiętaj, jesteś rodzicem, może nieidealnym (to dobrze), i stanowisz ostoję dla swoich dzieci. Ważne, byś zadbała o swoich bliskich, a także o wsparcie dla siebie. I kolejna istotna kwestia – czasem po prostu wystarczy powiedzieć: „twój brat jest siostrą, używa imienia....” i tyle. Nie musimy malować rzeczywistości i przyszłości na czarno. Boisz się, to zrozumiałe, zaopiekuj swój strach i postaraj się nie przekazywać go dalej (tak, to możliwe). Twój lęk jest w Twojej głowie i dotyczy obaw, z którymi rzeczywiście możesz się mierzyć. Jednak w tym momencie się nie dzieje, a być może nigdy się nie zdarzy.

Czasem rodzeństwu wystarczy informacja, że ich brat lub siostra używa teraz innego imienia i nawet nie trzeba zaczynać rozmowy o transpłciowości. Jednak może się zdarzyć, że rodzeństwo dziecka transpłciowego to osoba o transfobicznych poglądach. Wówczas warto skorzystać z pomocy psychologicznej, by nie zostawić rodzeństwa w sytuacji, z którą nie może sobie samo poradzić.

5.2 Jak powiedzieć babci i dziadkowi?

Z dziadkami może być podobnie jak z rodzeństwem, jednak dużo zależy od zbudowanych relacji. Wasz kontakt kształtował się kawał czasu, więc znasz swoich rodziców i teściów. Możesz podejrzewać, jak się zachowają i zadbać o komfort swój i dziecka (jeśli ono chce, by dziadkowie wiedzieli). Możesz delikatnie zarządzić reakcjami. Jeśli będziesz mówić pełną obaw, Twój rozmówca odczyta lęk i zobrazuje czarne scenariusze. Zastanów się i przygotuj do ważnej rozmowy. Ustal z dzieckiem i partnerem, że jesteście w tym razem. A dziadkowie? Może ich reakcja Was kompletnie zaskoczy. Warto usiąść w wygodnym miejscu, nastawić na życzliwą rozmowę i chęć wzajemnego zrozumienia. Reakcje mogą być różne, ale pamiętaj – nie odpowiadasz za emocje dorosłych ludzi. Po rozmowie może być potrzebny czas, rozmowa z psychologką lub z kimś spoza rodziny.

5.3 Zerwanie kontaktów jako ostateczność

Może dojść do sytuacji, gdy jedynym rozwiązaniem jest zerwanie lub ograniczenie kontaktów. Z jednej strony, wydaje się zrozumiałe, że część rodziców staje przed, ich zdaniem, ogromnym dylematem – co zrobić? Czy zerwać kontakty z siostrą? Jak się zachować, gdy nagle nie jesteście zaproszeni na wesele brata? Transpłciowość bliskiej osoby, transpłciowość dziecka, może pomóc zweryfikować relacje z bliskimi, rodziną i przyjaciółmi. Na kogo możesz liczyć w sytuacji trudnej? Czy bliscy i przyjaciele dzielą Twoją wartość? Czy akceptują tych, których kochasz?

Tak, czasami jedyną rzeczą, którą możesz zrobić, by być w zgodzie ze sobą, jest zerwanie kontaktów. Relacji, które ranią i nie służą tym, których kochasz. To może być przykre i trudne. Masz prawo do tych uczuć i pozwól sobie na nie. Nie zmusisz innych do zmiany, jeśli tego nie będą chcieli.

5.4 Wiara

W Księdze Rodzaju jest napisane: „Stworzył więc Bóg człowieka na swój obraz, na obraz Boży go stworzył: stworzył mężczyznę i kobietę”. Wiele rodziców podnosi temat wiary. Jak pogodzić transpłciowość i Biblię?

To pytanie wydaje się nowe i bez odpowiedzi, ale pamiętajmy, że każda rewolucja społeczna rodziła zagwozдки. Stykaliśmy się już z różnymi zagadnieniami: prawa kobiet vs. Biblia, niewolnictwo vs. Biblia, prawa dzieci vs. Biblia. Biblia nie daje odpowiedzi na pytanie zrodzone w toku zmian społecznych. Nie zajmuje się ani ich przyczyną, ani skutkiem. Jest skierowana do pojedynczej osoby – człowieka. Skoro Bóg stworzył człowieka na obraz i podobieństwo swoje, to powinniśmy uszanować dzieło Boga. Uznać to dzieło takim, jakim jest. W Biblii nie ma zdania, że Bóg stworzył człowieka na swój obraz, ale z wyłączeniem osób transpłciowych. W Biblii w ogóle nie ma tematu transpłciowości. Jest za to często powtarzane stwierdzenie, że każdy byt na ziemi jest stworzony przez Boga. Chrześcijanin zatem powinien szanować każdą osobę, bo każda osoba jest dziełem Boga.

„Kobieta nie będzie nosiła ubioru mężczyzny ani mężczyzna ubioru kobiety” – mówi Biblia. Ale nigdzie w Biblii nie znajdziemy wskazówek, co to de facto znaczy. Ba! W dawnych czasach nie było jako takich spodni, ludzie się raczej okrywali materiałem. Sukmany, sukienki, galabija to stroje męskie dawnych czasów. W Biblii nie ma również zaleceń, że kobieta ma nosić szpilki, a mężczyzna koszulę z flaneli. Nasze wyobrażenie tego, co to znaczy ubierać się jak kobieta i ubierać się jak mężczyzna, jest wytworem kultury i wychowania. Nie Biblii.

Gdybyśmy mieli ograniczyć się do samej wiary i zostawić na boku argumenty z pola nauki i medycyny, powiedzielibyśmy, że jeśli uznajesz transpłciowość za grzech, to niech pierwszy rzuci kamieniem, kto jest bez grzechu. Zjedzenie jabłka z drzewa prawdy było grzechem. Według Biblii od tego czasu każdy człowiek jest grzeszny. Każdy. Nie ma człowieka, który rodzi się bez grzechu

pierworodnego. Każdy z nas niesie swój krzyż przez życie. Każdy z nas z czymś się zмага. To, czy nazwiemy to grzechem, karmą, przeznaczeniem, zjawiskiem występującym w naturze, nadal nie zmienia słów z Biblii o człowieku stworzonym na obraz i podobieństwo Boga. Każdy w życiu się z czymś mierzy, błądzi, doświadcza, upada i powstaje. Transplciowość to część życia. Nie ma istnienia wolnego od zmagani. Wystarczy, że uszanujesz drugiego człowieka i jego wybory, nie musisz rozumieć transplciowości.

„Nie ma już Żyda ani poganina, nie ma już niewolnika ani człowieka wolnego, nie ma już mężczyzny ani kobiety, wszyscy bowiem jesteście kimś jednym w Chrystusie Jezusie” (List do Galatów 3, 28) – takie słowa wypowiedział święty Paweł. Może zatem płeć i ciało nie mają aż takiego znaczenia dla boskich planów jak wolna wola człowieka, jak jego dusza, jak jego „ja”? A jeśli mają znaczenie, to życie każdej osoby zasługuje na taki sam szacunek. Możesz nie zgadzać się na interwencje medyczne, ale Twoja niezgoda nie powinna mieć wpływu na traktowanie ludzi z szacunkiem. Człowiek ma wolną wolę i za swoje życie płaci swoją cenę. Ta zasada dotyczy osób transplciowych i osób cisplciowych.

Jeśli wierzysz w Boga, to zaufaj, że to, kogo stworzył, jest dobre. Nawet, jeśli tego nie rozumiesz. Nie można negocjować z Bogiem. Prosić, żeby wymienić Twoje transplciowe dziecko na inne. Ale możesz się pomodlić, by dał ci siłę, wiarę, nadzieję i zrozumienie. Podważanie tego, co otrzymałeś od Boga, jest podważaniem wiary w boską nieomylność. Każdego człowieka traktuj z szacunkiem. Pierwszym jego przejawem będzie zwracanie się do osoby transplciowej imieniem, jakiego używa. To naprawdę nie zagraża ani Twojej wierze, ani kościołowi.

Co możesz zrobić jako osoba wierząca?

- ▶ Traktować z szacunkiem każdą osobę, niezależnie od doświadczeń, z jakimi się mierzy;
- ▶ Pomodlić się, żeby Bóg dopomógł się jej odnaleźć i żyć w zgodzie ze sobą;
- ▶ Pomodlić się w intencji kościoła, by otworzył się na wszystkie boże dzieci;
- ▶ Zaufać, że to, co Cię spotyka, jako rodzica dziecka transpłciowego, ma swój sens;
- ▶ Zaufaj, że bycie rodzicem dziecka transpłciowego/niebinarnego jest częścią boskiego planu. To nie pomyłka.

5.5 Jak mówić o przeszłości i co ze zdjęciami?

Mówienie o przeszłości może być jedną z trudniejszych spraw, przynajmniej na początku drogi rodzica osoby transplciowej. Z jednej strony dobrze pamiętamy narodziny, okres niemowlęstwa, ząbkowanie, pierwsze kroki, słowa, uśmiechy. W pamięci mamy każdy etap jego rozwoju, wiele wspomnień i obrazów, na których widzimy „poprzednie” dziecko. Z drugiej strony szanujemy i akceptujemy to, że nasze dziecko jest transplciove. Używamy nowego imienia i stosujemy odpowiednie formy gramatyczne. Jednak dla niektórych osób kłopotliwe może być połączenie przeszłości z terażniejszością. Przecież nasze dziecko jest..., a wtedy było... No właśnie, było takie samo, tylko funkcjonowało w innej roli społecznej. Jeśli Twoje dziecko jest transplciowym chłopcem, to zawsze było chłopcem, tylko o tym nie wiedziałaś. Jeśli Twoje dziecko jest transplciową dziewczyną, to zawsze było dziewczyną, tylko o tym nie wiedziałaś. Nie wolno nam używać deadname i określenia płci metrykalnej. Jeśli jest to kłopotliwe, to najłatwiej nauczyć się regułki: „mam syna/córkę, ale w dzieciństwie funkcjonował/a w innej roli społecznej”. Z czasem tożsamość płciowa dziecka tak mocno się utrwali, że naturalnie przyjdzie mówienie o płci odczuwanej w odniesieniu do przeszłości dziecka.

Jak to wygląda w praktyce? Jak zapytać lub powiedzieć o przeszłości dziecka transplciowego?

- ▶ Gdzie Aleks był na wakacjach?
- ▶ Czy Twój syn pojechał na Pyrkon?
- ▶ Tu, na tym zdjęciu, Max jest w sukience komunijnej.
- ▶ Gdzie Tosia chodziła na lodowisko?
- ▶ Na tym zdjęciu Nadieżda gra w piłkę z jej kolegami ze szkoły.
- ▶ Kiedy Wasza córka powiedziała, że jest transplciowa?
- ▶ To jest stare zdjęcie Niko, jak bawiło się z jego psem.

- ▶ Kiedy Twoje dziecko zrobiło coming out?
- ▶ Kamila nigdy nie jedli warzyw, jak byli mali.

O osobie transpłciowej mówimy w czasie przeszłym, zgodnie z jej obecną tożsamością płciową, również wtedy, gdy ta osoba jest nieobecna przy naszej rozmowie. Ma to także praktyczne dobre skutki – utrwalamy sobie i innym zaimki i imię, jakimi dana osoba się posługuje.

Co ze zdjęciami? Jeśli chcesz postawić w ramce jakieś zdjęcie dziecka, to porozmawiaj z nim o tym najpierw. Ustalcie wspólnie, czy to będzie komfortowe dla wszystkich. Dlaczego to takie ważne? Być może uwiecznione obrazy z dzieciństwa, wskazujące na płeć metrykalną Twojego dziecka, sprawią mu przykrość, a wręcz zranią. Ty możesz w zdjęciu widzieć pamiątkę wywołującą przyjemne emocje i wspomnienia. Dla Twojego dziecka to przykry dowód na to, że jego tożsamość płciowa różni się od tej ze zdjęcia. Czasami osoby transpłciowe nie akceptują żadnych fotografii, nie tylko tych z dzieciństwa. Może się to wiązać z dysforią czy brakiem akceptacji, szczególnie przed rozpoczęciem tranzycji. Uszanuj, jeśli dziecko nie będzie chciało patrzeć na żadne zdjęcia.

5.6 Wszędzie tylko trans!

To pewien paradoks, który tutaj wyjaśnimy. Wielu rodziców, którzy nagle dowiadują się, że mają dziecko transplciowe, ma poczucie zupełnego osamotnienia. Oczywiście, na taki stan rzeczy może się składać dużo różnych spraw, ale jedną z nich jest przekonanie, że „**tylko nasze dziecko jest transplciowe**”. Zwłaszcza, jeżeli do tej pory nigdy nie zetknęli się z tematem transplciowości, ani nigdy nie spotkali wyoutowanej osoby transplciowej w swoim otoczeniu. Osoby publiczne nie liczą się w takiej sytuacji. Chodzi o codzienne, bliskie otoczenie.

Jest wielu rodziców, którzy dopiero poznając inne rodziny z dziećmi transplciowymi, zaczynają oddychać z ulgą, że jednak nie są sami. Nierzadko okazuje się, że w danym mieście, danej szkole, na danym osiedlu – są dzieci transplciowe, są osoby niebinarne, są dorosłe osoby transplciowe. Nagle otwierają się oczy. Rzeczywistość się nie zmienia, wszystko w sumie jest takie, jak było, ale nagle rodzice dostrzegają tę różnorodność w świecie, której nigdy nie zauważali. Nagle odkrywają, że wcale nie byli jedyną rodziną w mieście, w której jest transplciowe dziecko.

Bywa, że po tym odkryciu rodzic wpada w pułapkę numer dwa: „**wszędzie tylko trans!**”. Dotyczy to zwłaszcza rodziców transujących, tzn. tych, którzy żyją tematem transplciowości całodobowo. Jeśli nasz krąg znajomych zaczyna się sprowadzać do rodziców dzieci transplciowych, jeśli nasze aktywności sprowadzają się do grup wsparcia czy innych form spotkań rodzin z dziećmi transplciowymi, a nasze korzystanie z mediów społecznościowych to jedynie grupki tematyczne na temat transplciowości, to oczywiste, że wydaje nam się, że wszyscy wszędzie mają transplciowe dzieci, a innych to nawet nie ma.

Dość często zdarza się tak, że rodzic przechodzi oba te etapy – szybciej lub wolniej – aż w końcu pewnego dnia zaczyna odpuszczać koncentrowanie się na transplciowości. Zaczyna żyć swoim życiem, gdzie temat trans wraca, w zależności od sytuacji rodzinnej, potrzeb dziecka itp. Bywa, że rodzic jest

tak zmęczony tym tematem, że kiedy dziecko już przejmie samokontrolę nad tranzycją, to ten rezygnuje z grup społecznościowych, na których jeszcze do niedawna był obecny codziennie, ze spotkań z innymi rodzicami, z zajmowania się czymkolwiek, co dotyczy tematów LGBT+. I to też jest ok. Ta potrzeba złapania oddechu jest zrozumiała i jak najbardziej wskazana.

Chwila dla Ciebie

Na jakim etapie jesteś?

.....

.....

.....

.....

Transujesz całodobowo? Jak odpoczywasz?

.....

.....

.....

.....

Czy czujesz się zupełnie sam z tematem transpłciowości?

Czego potrzebujesz, by zmienić ten stan?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

5.7 Jakie pułapki czyhają na rodziców wspierających swoje dziecko po coming outcie?

Dziecko zrobiło coming out, ma pełne wsparcie w całej rodzinie, to dlaczego tak się wścieka?

Po pierwsze, często coming out jest bardzo emocjonującym i wyczerpującym przeżyciem, również fizycznie. Dziecko potrzebuje wsparcia, czasu na spokój i nicnierobienie. Po drugie, dziecko przygotowywało się do coming outu zrobionego we wtorek o godzinie 17.00, nie od wtorku rano, nawet nie od niedzieli wieczorem. Bywa, że dziecko przygotowuje się tygodniami, miesiącami, a nawet latami. Dobrze jest więc dać dziecku trochę wytchnienia. Rodzicowi też może się przydać ta chwila oddechu. Gdy tego spokoju nie ma, może się zdarzyć, że nagle Twoje dziecko jest wściekłe i rzuca piorunami na prawo i lewo. Poza tym, jak wiemy, dziecko nie musi być transpłciowe, żeby rzucać piorunami.

Działamy!

Część rodziców (raczej nieliczna), która od razu chce działać, szuka lekarzy i psychologów, organizuje grupy wsparcia, idzie z dzieckiem po nowe ubrania – działa. Bardzo często dziecko, które zrobiło coming out, przez wcześniejsze tygodnie nie żyło niczym innym. Chce mieć wpływ na dalsze etapy diagnostyki czy tranzycji, ale to nie znaczy, że już od następnego dnia. Warto zapytać dziecko czego potrzebuje i jeśli usłyszysz: „nie wiem” albo „nie chce mi się teraz o tym gadać”, to jest to okej. Taka postawa dziecka nie świadczy o tym, że jego transpłciowość jest „słaba”. Mówi jedynie o tym, że dziecko chce odpocząć fizycznie i/lub psychicznie po coming outcie.

Transowanie 24h/7

Transpłciowe dzieci nie są tylko transpłciowe. Mnóstwo z nich pasjonuje się muzyką, interesuje gotowaniem, ma znajomych, z którymi gra w *Minecrafta*. Dzieci transpłciowe nie zamykają się w pokoju i nie transują tam od rana do nocy. Ty, jako rodzic, też nie musisz tego robić. Jeśli twierdzimy, że transpłciowość jest czymś normalnym (a jest), to niech zajmuje część naszego dnia, a nie cały. Dziecku naprawdę dobrze zrobi, gdy rodzic zrobi coś dla siebie, a nie siedzi cały dzień w encyklopediach o transpłciowości. A jeśli Cię nosi i musisz transować, to z umiarem.

Moja najcudowniejsza, najpiękniejsza, najukochańsza córunia

Nie wciskaj dziecka w nową ramkę pt. „mój najukochańszy synuś” czy „moja najcudowniejsza córunia”. Mnóstwo transpłciowych dzieci doświadczyło wciskania w rolę płciową. Teraz, po coming oucie, ma pełne prawo reagować na jakiegokolwiek pomysły wkładania w kolejną szufladę agresją i wściekłością. Dzieci chcą być sobą. Nie potrzebują kolejnej, słodkiej etykiety. Nie zasypuj dzieci tekstami typu: „taki syn to najlepszy syn świata”, „taka córka to najlepsze towarzystwo na babskie wypadki do sklepu po ciuchy”. Nie wciskajmy dzieci w binarny i sztywny podział na role płciowe. Nie ignorujmy też coming outu. Jeśli zabierasz swoją cispłciową córkę na babskie zakupy, to zapytaj również transpłciową córkę, czy chce pójść. Zaproponuj obu. Tata może zapytać swojego transpłciowego syna, czy mu pokazać, jak się golić, bo może syn się wstydzi, a chciałby umieć się golić. Nie zakładaj, pytaj.

Albo dokładnie odwrotnie!

Zdarza się, że rodzic czuje się winny, że jego dziecko jest transpłciowe. To jest często rodzic, dla którego dziecko jest wizytówką – każdy sukces dziecka to też jego sukces, a porażka dziecka to porażka rodzica. Taki rodzic może wpaść w błędne myślenie, że za mało „genderował” dziecko, nie wychowywał go

zgodnie z płcią i teraz rozpoczyna działania, których celem jest „nastawienie” dziecka na polubienie siebie. Zaczyna np. używać deadname znacznie częściej niż przed coming outem. Myśli: „moja córka chce być chłopcem, bo żyjemy w tak seksistowskim świecie!”, więc pokazuje jej, że może być super dziewczyną i rozpoczyna program wychowawczy pt. „jak zostać super dziewczyną”. Chodzi w męskich ciuchach i jest cool, ale jednak jest dziewczyną. To jest przykład terapii konwersyjnej – przemocowego nakłaniania osoby do pogodzenia się z płcią nadaną przy urodzeniu.

Inni rodzice robią się nagle pro-LGBT+ i przekonują transpłciową córkę, że bycie gejem jest okej, przecież jest takim ładnym chłopcem. U transpłciowych chłopców dzieje się podobnie. Dziecko przed coming outem mogło być tomboyem i nikomu to nie przeszkadzało. Ale po coming outcie już przeszkadza i nagle tata (mama albo oboje) uznaje, że „nie ma nic złego w byciu dziewczynską dziewczynką” i nagle, pierwszy raz od urodzenia, kupuje transpłciowemu synowi kwiatka na dzień kobiet.

Ciuchy dla drwala i zakaz malowania paznokci

Temat, który przewija się nagminnie. Transpłciowy chłopak nie musi chcieć ubierać się jak drwal. Nie musi od dnia coming outu marzyć o kosmetykach i jeść jogurtów tylko dla mężczyzn (wiedziałaś, że takie są na rynku?), nie musi wyrzucać z szafy wszystkich ubrań, bo są zbyt pastelowe. Transpłciowy chłopak może malować paznokcie na czerwono i nadal być chłopakiem. Tata nie musi od razu golić się razem z synem przed lustrem, jak na reklamie Gillette. Mama nie musi od razu iść z córką do SPA lub na zakupy.

Syn może nosić długie włosy farbowane na blond i być chłopakiem. Ba! Mnóstwo transpłciowych chłopaków, którzy wcześniej nosili wielkie bluzy z kapturem, po coming outcie zaczynają nosić różowe, pluszowe bluzy z uszami królika lub malują paznokcie. Transpłciowa córka może nadal kochać grę w piłkę nożną i reperować motory z ojcem. Rodzice często są tym przestraszeni, bo myślą, że takie

zachowania podważają transpłciowość. Coming out dla wielu transpłciowych dzieci to wyjście na wolność, a nie przejście do kolejnego pudełka z etykietą binarnej ekspresji, jasno określonej przez społeczne oczekiwania.

Myślałam, że będę mieć synową, ale fajnie mieć też zięcia!

Fakt, że nasze dziecko jest transpłciowe, nie ma nic wspólnego, z kim będzie tworzyć związki (albo nie tworzyć). To, że masz transpłciowego syna, nie jest równoznaczne z tym, że zaraz przyprowadzi do domu narzeczoną. Nie twórz wizji przyszłości, bo możesz się mylić.

Jesteś przecież jak cisy

Kiedy transpłciowe dziecko mówi, że „nigdy nie będę prawdziwym facetem” czy „prawdziwą kobietą”, to nie neguj jego słów i uczuć. „Prawdziwym” w rozumieniu „nie urodzę się jeszcze raz od nowa”. Transpłciowy chłopak jest chłopakiem. Prawdziwym chłopakiem. Ale jest też transpłciową osobą. Nie można dziecku wmawiać, że po tranzycji będzie po transpłciowości. Tak samo transpłciowa dziewczyna jest dziewczyną. Prawdziwą dziewczyną i jest też osobą transpłciową. Po coming outcie, szybciej czy później, transpłciowy chłopak będzie mówił o sobie, że jest chłopakiem, chłopakiem z doświadczeniem transpłciowości albo transpłciowym chłopakiem. Transpłciowa dziewczyna będzie mówić, że jest dziewczyną, dziewczyną transpłciową, albo..., albo..., albo... Warto zastanowić się, czy na pewno akceptujesz, że Twoje dziecko jest transpłciowe i bierzesz życie takim, jakim jest, czy może chcesz szybko zająć się tranzycją, by po tej transpłciowości nie było śladu w rodzinnym życiu.

Mam sposób! Moje dziecko nie ma płci

Rodzic, który nie ma pojęcia, jak odnaleźć się w sytuacji po coming outcie, czasem zaczyna traktować dziecko, jakby ono w ogóle nie miało płci. Unika zwracania się wybranym imieniem, unika zaimków. W języku polskim, na szczęście dla rodzica, mamy to neutralne słowo „dziecko”, które zaczyna być używane

nieustannie. To rodzic, któremu będą pasować hasła: „ciuchy nie mają płci”, „kolory nie mają płci” i podobne, które pozwolą mu elegancko omijać temat płci dziecka. Jest wiele dzieciaków, którym jest przykro, bo, jak mówią, „dla mojej mamy jestem dzieckiem bezpłciowym” (to cytat).

Jednak czasami rodzice słusznie korzystają z używania zwrotów neutralnych płciowo w pierwszej fazie zmiany. Lepiej przez chwilę zawracać się per „słoneczko” lub „dziecko”, niż mylić zaimki i sprawiać dziecku przykrość. Chodzi tylko o to, żeby ta faza była przejściowa, a nie trwała w nieskończoność.

5.8 Magiczna osiemnastka, czyli trochę o transfobii

Transfobia to termin, który wydaje się przepastny. Kojarzy się z przemocą, aktywnym działaniem przeciwko osobom transpłciowym. Ale transfobia może też być cichym, niemalże niezauważalnym działaniem. Można mieć transfobiczne przekonania i kompletnie nie być ich świadomym. Nikt z nas nie lubi myśleć o sobie, że jest rasistą czy osobą transfobiczną. Raczej szukamy innych wymówek. I powiedzmy, że tak nam ta transfobia uchodzi, zwłaszcza jeśli temat transpłciowości nie pojawia się w najbliższym otoczeniu. Jednak inaczej ma się rzecz, gdy mowa o lekarzach, pedagogach i innych osobach zajmujących się profesjonalną pomocą osobom transpłciowym.

Przykład transfobicznego komunikatu do rodziców z gabinetu lekarskiego: „Do osiemnastki proszę nie podejmować żadnych działań, bo do tego dziecko czasu może wyrosnąć z tego pocucia innej płci”.

Wyobraź sobie, że starasz się dostać do seksuologa dziecięcego (myślisz, że na pewno się zna na transpłciowości, bo przecież „seksuolodzy się na tym znają”) i po 2 miesiącach oczekiwania, po zapłaceniu za wizytę 300 zł, dowiadujesz się, że „macie zaczekać” do osiemnastki. I to wszystko. Nic więcej. Takie same słowa rodzice słyszą w gabinecie pediatry, endokrynologa czy dyrektorki szkoły. Osobom dorosłym czasem trudno się przyznać, że czegoś nie wiedzą. Wtedy tekst o magicznej osiemnastce jest najlepszą wymówką. Przecież brzmi tak mądrze! Zazwyczaj te osoby, nie mając żadnej wiedzy na temat transpłciowości, są absolutnie przekonane o słuszności swoich słów. Ale gdyby je zapytać, co się takiego zadzieje w dniu 18. urodzin tego dziecka? Spłynie na niego „obłok samoświadomości” i będzie wiedziało, czy jest osobą transpłciową czy cisplciową? Czy człowiek w wieku 18 lat jest bardziej świadomy siebie niż osoba w wieku 30 lat? Albo 15 ?

Specjaliści, którzy posługują się magiczną granicą 18 lat, by de facto pozbyć

się odpowiedzialności za leczenie czy terapię, mają zazwyczaj transfobiczne przekonania. Oczywiście, są pewne kwestie, które wymagają osiągnięcia pełnoletności, ale zajęcie się transplciowością i tranzycją, nie wymaga ukończenia 18. lat. Uczciwiej dla wszystkich, w tym dla wizerunku lekarza czy psychologa, byłoby powiedzieć: „nie mam pojęcia o transplciowości” albo „nie zajmuję się osobami niepełnoletnimi, ponieważ nie chcę brać odpowiedzialności za ich decyzje”. To bardziej w porządku, niż wmawianie młodemu człowiekowi, że nie wie, czego doświadcza, może mu się zmienić, może minie. Kiedy przychodzisz do lekarki, to chcesz, by specjalista pomógł tu i teraz. Chcesz usłyszeć, jakie są konsekwencje, skutki uboczne i alternatywy, a nie: „proszę przyjść za 2 lata, bo może to minie”.

Nie wiemy, dlaczego osoby odkrywają swoją tożsamość płciową w bardzo różnym wieku. Czasem w wieku 3 lat, ale wówczas zdajemy sobie sprawę, że to poczucie odmiennej płci może się nie utrzymać. Sporo osób w dorosłym wieku odkrywa swoją tożsamość płciową. Te osoby często mówią, że albo wcześniej wiedziały, że są transplciowe, albo wiedziały, że coś się nie zgadza, ale nie umiały tego nazwać. Wiek nastoletni to etap dojrzewania i kształtowania tożsamości w sposób bardziej świadomy. Nie tylko płciowej. Odkrywanie tożsamości płciowej dzieje się w tym wieku w sposób naturalny, zgodnie z potrzebami młodego człowieka, który nie kalkuluje czy „opłaca się” bycie osobą transplciową, czy cisplciową w społeczeństwie. Dlatego tak ważne jest, by pomóc nastolatkom odkrywać swoją tożsamość płciową, a nie przekonywać, że jest za wcześnie na deklaracje. Ich życie dzieje się tu i teraz. Porada „proszę zaczekać do osiemnastki” to jak propozycja zamknięcia dziecka w szafie z nadzieją, że te 2 lata zawieszenia w próżni nie będą mieć żadnych negatywnych konsekwencji.

Słowa lekarzy, żeby poczekać, są niezrozumiałe również dla rodziców. Co oni mają przez te 2-3 lata robić? Schować dziecko? Nic spektakularnego w rozwoju człowieka się nie zadzieje w dniu 18. urodzin. Te 2-3 lata w zawieszeniu mają konkretne konsekwencje dla dziecka. Zarówno fizyczne, jak i psychiczne.

O ile lekarze, rodzice i terapia hormonalna mogą poczekać, o tyle dojrzewanie już nie. Na ten temat można spojrzeć bardziej pragmatycznie. To czekanie może oznaczać konkretne kwoty w późniejszym czasie. Tranzycja medyczna wiąże się z wydatkami. Wiara w oświecenie w 18. urodziny to jedynie mit, którego używamy, bo jest wygodną furtką, by nie brać odpowiedzialności za działanie. Jednak brak działania to również decyzja, za którą także ponosimy odpowiedzialność wraz z konsekwencjami. Ot, taka nasza rola rodzicielska. Ma w pakiecie również odpowiedzialność. Odpowiedzialność za działanie i za niedziałanie.

5.9 Miesiąc miodowy w tranzycji

Miesiąc miodowy może pojawić się na różnych etapach tranzycji. Wiele transpłciowych dzieci, zanim uzmysłowią sobie swoją transpłciowość, doświadcza stanów depresyjnych. Cały proces odkrywania tożsamości płciowej dziecka transpłciowego jest obciążony osobistym zmaganiem się z trudnymi emocjami, z niezrozumieniem tego, co się właściwie dzieje, nierzadko z poczuciem zagubienia, rozczarowania i samotności. Często powtarzamy z rodzicami, że dzieci transpłciowe się samodiagnostują, ponieważ w ich procesie edukacji nie ma miejsca, by dowiedzieć się, czym jest tożsamość płciowa. Nie mają wiedzy, że w ogóle istnieje coś takiego jak transpłciowość czy niebinarność. Nie wiedzą, że to, z czym się zmagają to tożsamość płciowa niezgodna z płcią nadaną przy urodzeniu. Dla pewnej części rodziców i dzieci transpłciowych wizja rozpoczęcia tranzycji rozpościera świat widziany na różowo – nierealistyczny. Bezdyskusyjną kwestią jest to, że **tranzycja medyczna zmienia i/lub ratuje życie**. Dosłownie. Ale nie jest tak, że tranzycja medyczna zniweluje wszystkie problemy, w tym również te niezwiązane z dysforią płciową. Na czym polega miesiąc miodowy?

Już po coming outcie, po upływie jakiegoś czasu, pojawia się to, na co czeka wiele dzieci i wielu ich rodziców – hormony! Sporo osób łączy oczekiwanie na hormony zmieniające wszystko. Siła sugestii, poczucie osiągnięcia celu (mamy hormony!) mogą dać chwilowe uczucie, że teraz już tylko z górki! Ale to na chwilę. Hormony nie leczą depresji, chociaż ich wpływ na dobrostan dziecka transpłciowego potrafi dać nadzwyczajne rezultaty. Z czasem fala uniesienia opada i zaczyna się zwykła codzienność z problemami i wyzwaniami.

Efekt miesiąca miodowego może wystąpić po jedynce, po sądowej zmianie danych i innych krokach tranzycji. Oczywiście, każdy z tych upragnionych kamieni milowych zmienia wiele, ale nadal nie zmienia wszystkiego. Dlatego tak ogromną rolę w tranzycji (zarówno medycznej, jak i społecznej) ma wsparcie psychologa

czy psychoterapeutki dla dziecka, ale także dla rodziców. To wsparcie może zapobiec ogromnemu rozczarowaniu, które jest efektem zbyt wyolbrzymionych oczekiwań. Nastoletnie dziecko po pierwszej dawce hormonów, po jedynce, nadal będzie nastoletnim dzieckiem. Czyli nadal będzie spało do południa, nadal nie będzie wiedziało, co po maturze, nadal może mieć konflikty z kolegami i koleżankami z klasy.

5.10 Moje dziecko nie cieszy się z tranzycji

Dla przypomnienia – co to jest tranzycja? Tranzycja to proces uzgadniania płci na płaszczyźnie medycznej, prawnej i społecznej. Inaczej, tranzycja to kolejne kroki, jakie podejmuje osoba transpłciowa, by dostosować swoje ciało, dokumenty i odbiór społeczny do tożsamości płciowej. Dla rodziców dzieci transpłciowych tranzycja często oznacza pewien plan działania. Dla rodziców zadaniowych będzie to lista zadań do wykonania, a dla innych obraz czarnej przyszłości.

To, jak rozumiemy tranzycję, naprawdę ma ogromne znaczenie dla kolejnych kroków. Przede wszystkim rodzic powinien uzgodnić z dzieckiem, jaką definicję tranzycji postuguje się każde z nich. Może być tak, że dziecko mówiąc, że chce rozpocząć tranzycję, ma na myśli zmianę imienia w urzędzie stanu cywilnego i blokery, a rodzic wyobraża sobie wiele operacji. Co więcej, bardzo często, rodzice albo dzieci mają mylne informacje o możliwościach prawnych czy dostępności zabiegów. To, że dziecko mówi, że chce blokery nie zawsze oznacza, że wie, na czym polega ich działanie. Brak edukacji na temat transpłciowości powoduje, że kierujemy się domysłami, a nie wiedzą, zwłaszcza na początku.

Wyobraź sobie sytuację, w której masz rodzica-zadaniowca i dziecko, które potrzebuje przede wszystkim czasu i prowadzenia tranzycji tak, by odpowiadała bieżącym potrzebom, a nie była czymś do odhaczenia. Tranzycja to nie jest egzamin z nielubianego przedmiotu, który chcemy zdać i zapomnieć. To tak nie działa.

Co zrobić, gdy dziecko nie cieszy się z tranzycji albo nie jest nią zainteresowane?

To, że rodzice dowiedzieli się, że mogą pomóc dziecku, i że tranzycja jest odpowiedzią na aktualne potrzeby ich pociechy, nie oznacza, że dziecko powinno skakać do nieba z radości. Dzieci transpłciowe, zasadniczo, rzadko chciały być transpłciowe. Tranzycja to nie jest wymarzony bilet na koncert ulubionego zespołu, a szansa na normalne życie.

Wyobraź sobie, że uległaś wypadkowi i złamałaś nogę (przepraszamy za tak dosadny przykład). I nagle ktoś Ci funduje rehabilitację, ćwiczenia, masaże. Cieszysz się? Śpiewasz z radości? Raczej nie. Ta noga boli i jeszcze trochę poboli. Miło, że ktoś Ci pomógł, ale bólu nogi to nie odejmie. Dzieci transpłciowe i dzieci niebinarne też mają prawo nie cieszyć się z tranzycji. Nam, rodzicom, wydaje się, że powinni być zadowoleni. Przecież tak mało dzieci ma wspierających rodziców, prawda? Ale to dziecko naprawdę nie chciało być transpłciowe.

Od razu warto zwrócić uwagę na aspekt obok, czyli na polepszanie rodzicielskiego ego. Myślenie o swojej wspaniałości, bo organizujemy dziecku tranzycję. Nie jesteśmy tacy wspaniali, bo wspieranie dzieci to niejako nasz obowiązek. Dziecko nie musi pokazywać za nie wdzięczności.

Powodem, dla którego rodzice martwią się, dlaczego ich dziecko nie cieszy się z tranzycji, jest strach o to, czy tranzycja to dobra decyzja. Przecież gdyby była dobra, to dziecko by się cieszyło... W społeczeństwie funkcjonuje popularne hasło: „szczęśliwe dziecko to szczęśliwa mama”. Ale czasem dziecko nie ma ochoty odgrywać roli szczęśliwego człowieka tylko po to, żeby mama była szczęśliwa. Jeśli masz w sobie lęk, sięgnij po fachową pomoc i naucz się nad nim panować. Pamiętaj, Twoje dziecko nie zawsze musi być szczęśliwe, nie masz na wszystko wpływu. Tranzycja w zgodzie z potrzebami dziecka poprawia jakość jego życia. To jest pewne. Ale tranzycja (a więc i trudy z nią związane) nie zamieni dziecka w jednorożca w różowych okularach.

Gdy nie widzisz zainteresowania dziecka tranzycją, to po prostu oznacza, że **Twoje dziecko nie jest tak zainteresowane tranzycją jak Ty**. Są rodzice, zasadniczo binarnych dzieci transpłciowych, którzy myślą, że tranzycja to właściwie przeniesienie dziecka z jednej płci do drugiej. To nie jest takie proste. Nie zadzieje się w miesiąc. Dodatkowo, postawa „tranzycja to rozwiązanie problemu”, sprowadza się do potwierdzenia tego, że transpłciowość to jednak problem. A kiedy, z jednej strony mówimy dziecku, że je wspieramy i akceptujemy takim,

jakim jest, a jednocześnie chcemy zrobić wszystko, by nie było takie, jakie jest, to coś się nie zgadza. Dziecko może nie być zainteresowane proponowaną mu formą tranzycji.

Nastoletnie dziecko ma swoją codzienność, szkołę, troski, wyzwania, zainteresowania, hobby i przyzwyczajenia. Nagle wpada rodzic z hasłem o rozpoczęciu tranzycji i wszystko ma być temu podporządkowane. Testy, wizyty, badania, pytania. To potrafi zwyczajnie (z)męczyć. Tempo tranzycji trzeba dostosować do potrzeb i możliwości dziecka. Nie warto zapisać dziecka do psychologa, na terapię albo klubu wsparcia po to, by dziecko zaczęło cieszyć się tranzycją. Daj mu czas. Dokładanie kolejnego obciążenia nie odciąża nikogo.

Kolejny scenariusz braku radości z tranzycji to sytuacja, gdy dziecko chce innej kolejności działań. Czasem niemożliwej na dany moment i dziecko może być tego absolutnie świadome. Przykładowo, rodzina w domu posługuje się właściwymi zaimkami wobec dziecka, a dziecko używa wobec siebie starych zaimków. Dziecko najpierw chciałoby zobaczyć efekty tranzycji medycznej, by jego wygląd odpowiadał zaimkom zgodnym z płcią odczuwaną, a potem się przedstawiać. To jeden z naprawdę wielu możliwych powodów. Powody nie zawsze muszą urastać do rangi problemów nierozwiązywalnych. Czasem są to zwykłe kwestie, które ułatwiają dziecku codzienne funkcjonowanie.

Zatem nie złość się na dziecko, jeśli nie jest zachwycone tranzycją lub wydaje się nią niezainteresowane. Nie myśl, że nie docenia Twoich starań i działań. Dziecko często nie zdaje sobie sprawy z tego, co dla niego robisz, bo taka jest natura dzieci. Nieważne, czy mówimy o dziecku cisplciowym czy transplciowym/niebinarnym. Taki urok bycia rodzicem! Jeśli czujesz złość na tę sytuację i na dziecko, skorzystaj z profesjonalnej pomocy. Nie szukaj psychologa dla dziecka, by sprawił, że zacznie cieszyć się tranzycją. Poszukaj pomocy dla siebie, by zrozumieć, dlaczego ten brak radości Cię martwi, złości lub zastanawia.

5.11 Rodzic pozornie wspierający

Pozorne wspieranie jest tematem ważnym i trudnym. Zasadniczo, rodzice dzieci transpłciowych i niebinarnych dzielą się na trzy grupy. Pierwsza grupa jest widoczna z daleka, to rodzice transfobiczni. Druga grupa to rodzice wspierający. Trzecia grupa to rodzice pozornie wspierający. Nie wiemy, ilu rodziców liczy każda z tych grup. To, że rodzic uważa się za wspierającego, to jeszcze nie znaczy, że tak jest. Należałoby zapytać i rodzica i jego dziecko. Często wolimy myśleć o sobie po prostu dobrze.

Nie będziemy zajmować się rodzicami transfobicznymi – wiemy, że tacy istnieją. Wśród rodziców wspierających jesteś Ty, czytająca ten poradnik. Łatwo rozróżnić te dwie grupy. Najtrudniej jest z rodzicem wspierającym pozornie. Bycie dzieckiem rodzica pozornie wspierającego może być bardzo wyczerpującym doświadczeniem. Bycie rodzicem pozornie wspierającym jest zazwyczaj wyborem nieświadomym. Raczej żaden rodzic o sobie tak nie powie.

Jakie zachowania świadczą o byciu rodzicem pozornie wspierającym?

Warunkowanie etapów tranzykcji

„Zajmiemy się tranzycją, ale najpierw naucz się trzymać porządek w pokoju”, „Pójdziemy do endokrynologa w sprawie hormonów, jak podciągniesz oceny na semestr” – rodzic, który tak stawia sprawę, ma teoretycznie dobre intencje, ale nie dostrzega, że być może te oceny będą lepsze, jeśli dzieckiem zajmie się endokrynolog. Są to typy komunikatów, które mają jasno pokazać zależność dziecka od rodzica.

Odkładanie w czasie działań w kierunku tranzykcji prawnej, medycznej lub społecznej

Rodzic sądzi czasem, że odkładając w czasie obiecaną wizytę u specjalisty, działa na korzyść, bo „dziecko może się upewnić, że jest transpłciowe”.

Rodzik w ten sposób odkłada w czasie swój problem – mierzenia się z informacją o transpłciowości dziecka. Jeśli osoba, której ufa (ekspert, specjalista, autorytet) potwierdzi, że dziecko jest transpłciowe, to wówczas rodzic będzie musiał się do tej informacji ustosunkować. Odwlekanie w czasie i szukanie wymówek ma na celu oddalenie od siebie prawdy. Dzieje się to kosztem dziecka, które tkwi w zawieszeniu.

Bieganie z dzieckiem po lekarzach, by było pewne transpłciowości

Rodzik pozornie wspierający nie daje konkretnej pomocy dla dziecka, lecz pod przykrywką troski – „nie ma się co śpieszyć, lepiej się jeszcze upewnić” – szuka kolejnego specjalisty. Nie widzi, że opowiadanie po raz kolejny tego samego innej osobie może być bolesne, trudne, męczące. Sytuacja jest jeszcze trudniejsza, kiedy dziecko wchodzi do gabinetu i od razu wie, że z tym specjalistą nie będzie żadnej współpracy. Ale dziecko nie może wyjść z gabinetu w trakcie wizyty, bo „mama zapłaciła; mama pomyśli, że mi nie zależy; mama będzie zła”. W efekcie dziecko musi się zgodzić na wszystko.

Bieganie z dzieckiem po specjalistach, którzy podtrzymują wersję rodzica, że „to minie”

Są rodzice, którzy wybierają specjalistów, jakby przygotowywali wiec wyborczy. Szukają ekspertów z przeciwnych biegunów, „żeby poznać zdanie wszystkich”. Wydaje im się, że wysyłając dziecko do transfobicznego psychiatry, otrzymają pełniejszy obraz sytuacji, a tym samym pewność na temat tożsamości dziecka. Często nie przyjmują do wiadomości, że ów specjalista jest transfobem. Nazywają go „specjalistą, który nie ulega modzie”. Są dzieci, które zacisną zęby i odbędą takie spotkanie, bo liczą, że to je przybliży do uzyskania potrzebnej opinii. Jest jednak masa dzieci, które nie mają na to siły.

Rodzik pozornie wspierający mówi: „Moje dziecko rozumie, że potrzebuje czasu na przejście żałoby”. Jest nawet dumny, że ma mądre i dojrzałe dziecko,

rozumiejące sytuację. Drogi rodzicu pozornie wspierający, dziecko Cię może rozumieć, a może nie rozumie. To bez znaczenia. **Dziecko nie ma wyboru!** Jest od Ciebie zależne przede wszystkim finansowo. Inny komunikat rodzica pozornie wspierającego: „Moje dziecko rozumie, że musi poczekać z tym wszystkim do osiemnastki”. Tak. Dziecko rozumie, że nie ma wyboru.

„Moje dziecko mówi, że nie chce jeszcze ruszać z tranzycją. Samo chce poczekać do osiemnastki”

Może tak mówi, bo nie czuje się swobodnie, by angażować rodziców do jednak dość intymnej kwestii, jaką jest tranzycja medyczna, prawna lub sądowa. To może wynikać z jego charakteru, temperamentu, natury. Są dzieci, które „chcą poczekać do osiemnastki”, bo mają poczucie, że nie mogą liczyć na pomoc rodzica. Co więcej – nie chcą obarczać rodzica swoją tranzycją, bo wiedzą, że będą musieli opiekować się rodzicami w tym procesie. Wolą utrzymywać rodzica w błogim stanie świadomości, że wszystko jest super, zamiast obarczać się tranzycją i, dodatkowo, wspieraniem rodziców. Nie każde dziecko ma na to siłę.

Udawać przed członkami rodziny, że dziecko jest cisłciowe

Chcemy, żeby nasze dziecko było pewne siebie, umiało walczyć o swoje i radziło sobie w życiu bez naszej pomocy. Jednocześnie wielu rodziców wymaga od dziecka, aby robiło dokładnie coś przeciwnego. To jest bardzo częsta sytuacja, która niemalże jest uznawana za naturalną. Zbliża się komunia siostrzenicy, na której mamy się zaprezentować jako przykładna rodzina, a tu problem, bo mamy transplciowe dziecko, którego ta rodzina nie ma ochoty nawet widzieć. Już samo proponowanie dziecku, żeby przebrało się za cisłciowe, jest wzorcowym przykładem, jak uczyć młodą osobę konformizmu. Ale poza konformizmem dzieje się coś gorszego. Dziecko zaczyna nasiąkać opinią innych o sobie do tego stopnia, że ta opinia staje się jego własną. Dziecko uczy się, że jest nie takie, jak być powinno, a co więcej, że nie może być tym, kim jest. To jak wrywanie dziecku skrzydeł. Po takich sytuacjach skrzydła już nie odrosną. Nie mają z czego.

Rodzie, mamadżer/tatadżer wie lepiej, jak ma wyglądać tranzycja jego dziecka

Rodzie pozornie wspierający wyprzedza potrzeby dziecka. Narzuca plan tranzycji, wskazuje kierunek. Czasem opada z sił, obwiniając dziecko o brak efektów tych działań. Wspieranie dziecka nie polega na wchodzeniu w jego buty. Nie przeżyjemy życia za dziecko, nie damy mu gotowych rozwiązań. To, że to Twoje dziecko, nie znaczy, że jest Twoją własnością. Dziecko jest przede wszystkim **swoje**. Ty dałaś mu życie. Dziecko dało Ci doświadczenie bycia rodzicem. Kiedy żyjesz życiem dziecka, to zabierasz mu życie. Rodzie pozornie wspierający nie potrafi odpuścić roli menadżera.

Szczęście mojego dziecka to moje szczęście

Takie podejście to przepis na pasmo rozczarowań dla wszystkich zainteresowanych i niezainteresowanych. Rodzie pozornie wspierający ocenia efekty swoich działań za pomocą wyrażanego przez dziecko poczucia radości. Oczywiście jest, że miło nam, gdy przyczyniamy się do czyjegoś szczęścia. Jednak nasze działania zwykle obejmują tylko małą część życia dziecka, więc pomimo naszych ogromnych starań, nasz pociecha nie musi tryskać radością. Częstą sytuacją, z jaką mierzą się rodzice dzieci transpłciowych i niebinarnych na początku tranzycji, jest złudzenie początkującego rodzica, który oczekuje, że sam fakt wejścia w proces tranzycji, zrobi z dziecka jednorożca, który świat widzi tylko na różowo. Transpłciowa osoba to przede wszystkim osoba. Transpłciowość jest jedną z cech, niekoniecznie najważniejszą. Transpłciowe dziecko ma prawo, tak samo jak cisplciowe, do bycia smutnym, złym, rozczarowanym i niezadowolonym. Ma prawo mieć dość swoich rodziców, sąsiadki i szkoły. Rodzie pozornie wspierający będzie wymagał, by dziecko miało zawsze przyklejony uśmiech na jego widok. To transakcja wymienna: ja Cię wspieram, Ty się uśmiechasz. Albo koniec wspierania.

Wspieram moje dziecko, ale bardziej ufam specjalistom

Trzynastoletnia osoba może nie umieć wytłumaczyć, dlaczego wie, że jest dziewczyną. Niejeden dorosły by nie potrafił. Rodzic pozornie wspierający nie bierze pod uwagę, że specjaliści, którzy mają skończone studia, wiedzę, napisali książkę, nie znają jego dziecka. Nie wiedzą więcej o tym, kim jest, niż ono samo. Rodzic pozornie wspierający nie słucha dziecka.

Dziecko wie lepiej, czy jest transpłciowe, niż specjalista, który siedzi naprzeciwko niego. A jeśli dziecko tego nie wie, to specjalista nie wie tego bardziej. Nawet jeśli rodzic chce dla dziecka dobrze, to brak zaufania jest fundamentem, na którym nie zbuduje żadnej relacji. Brak zaufania niszczy każdą, nawet najbardziej szczerą, intencję.

Zachowania rodzica pozornie wspierającego wynikają z dobrych chęci. Jednak nie do końca rozumie on, z czym mierzy się jego dziecko. Działania, które, w przeświadczeniu rodzica są wspierające, mogą być ogromną przeszkodą w transycji dziecka. Jak się zatem przekonać, czy nasze działania są naprawdę działaniami wspierającymi? Zapytaj dziecko, ale pod warunkiem, że jesteś gotowy usłyszeć prawdę.

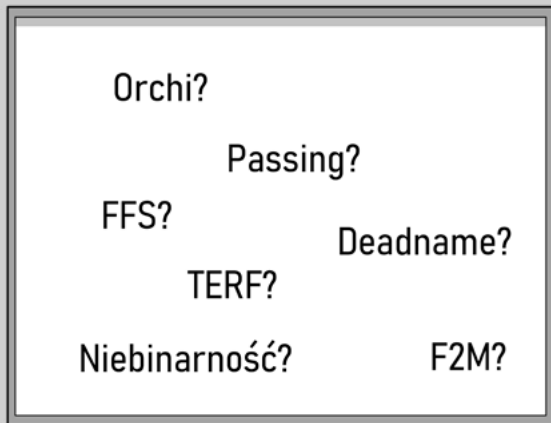
5.12 Finanse

Ile to wszystko kosztuje i jak to wszystko sfinansować? Nie ma jednoznacznej odpowiedzi. Zasadniczo tranzycja medyczna nie jest realizowana w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia. Brak szczegółowych procedur w tym zakresie sprawia, że można ją przeprowadzić w części w ramach publicznej służby zdrowia, np. wizyty u specjalistów czy badania. Oczywiście, wymaga to organizacji, planowania i dbania o połączenie wszystkich działań w całość, we własnym zakresie. Część rodziców korzysta z usług w ramach przychodni endokrynologicznych (jest to dość często wybierana alternatywa w przypadku osób niepełnoletnich). Nie ma jednak co ukrywać, że wybór tranzycji medycznej w ramach państwowej służby zdrowia łączy się z nieporównywalnie dłuższymi terminami niż tranzycja medyczna w ramach prywatnej służby zdrowia. W ramach państwowej służby zdrowia można przeprowadzić operację mastektomii, ale jest to możliwe tylko po sądowej zmianie oznaczenia płci na męską. Można wówczas przeprowadzić taką operację jako usunięcie ginekomastii.

Koszty związane z obsługą prawną sądowej zmiany oznaczenia płci można zmniejszyć (nawet do zera), kontaktując się z organizacjami działającymi na rzecz osób ze społeczności LGBT+. Warto zajrzeć na ich strony internetowe, ponieważ wiele z tych organizacji świadczy bezpłatne porady prawne w różnych tematach, nie tylko dotyczących zmiany oznaczenia płci. Są organizacje, które finansują zakup bielizny dla osób transpłciowych i niebinarnych. Niektóre dają możliwość zbiórki publicznej na swoich portalach.

CZĘŚĆ 6

**NA POCZĄTKU BYŁ CHAOS.
OD CZEGO ZACZAĆ?**



„WITAM, CHCIAŁBYM SPYTĄĆ, NA CZYM POLEGA TA ZMIANA PŁĘCI: OD CZEGO ZACZĄĆ, CO NAJPIERW, CO PÓŹNIEJ? (...) CZYTAM O JEDYNKACH, O HORMONACH, KIEDY TO SIĘ ZACZYNA? PROSZĘ POMÓŻCIE, BO NIE WIEM, CO MAM NAJPIERW ROBIĆ (...)”.

„PISZĘ DO WAS, PONIEWAŹ NIE MAM POJĘCIA, OD CZEGO ZACZĄĆ I DO JAKIEGO LEKARZA W PIERWSZEJ KOLEJNOŚCI SIĘ UDAĆ”.

„OD CZEGO ZACZĄĆ? GDZIE SIĘ KIEROWAĆ I CZY JAKIEŚ BADANIA MOŻEMY ZROBIĆ NA NFZ? W KTÓRYM MOMENCIE JEST WYMAGANA ZGODA OBOJGA RODZICÓW?”.

„NIE BARDZO WIEM, OD CZEGO ZACZĄĆ DIAGNOZĘ, DO JAKIEGO SPECJALISTY UDAĆ SIĘ NA POZĄTEK. DODAM TYLKO, ŹE JESTEŚMY Z WARSZAWY. PROSZĘ, POMÓŻCIE, PODZIELCIE SIĘ SWOIMI DOŚWIADCZENIAMI”.

Pytanie „od czego zacząć?” to podstawowe i najczęstsze pytanie rodziców, którzy decydują się na dołączenie do grona rodziców wspierających. Na to pytanie nie ma jednej odpowiedzi. W Polsce nie mamy ani procedury, ani standardu prowadzenia tranzycji. W praktyce wielu rodziców, zadając pytanie o to, od kogo zacząć, ma za sobą już pierwsze wizyty lekarskie. Tranzycja jest wynikiem działań, które się zaczęło na początku. W tej kwestii istnieje pewna dowolność. To, od czego zacząć, zależy również od celu działań, które chcemy przeprowadzić.

Oto kilka scenariuszy:

- ▶ Dziecko się samookalecza, chyba jest osobą transplciową (samo nie jest pewne) – Od czego zacząć?

Od wsparcia psychologa, psychoterapeuty, być może jest potrzebne leczenie psychiatryczne. Prawdopodobnie transplciowość nie jest najpilniejszym obszarem, od którego należy zacząć.

- ▶ Dziecko jest osobą transplciową, chce rozpocząć terapię hormonalną – od czego zacząć?

Od wizyty w gabinecie endokrynologicznym.

- ▶ Moje dziecko chce uzgodnić płęć w sądzie – od czego zacząć?

Prawdopodobnie potrzebna będzie opinia psychologa, a także lekarska (psychiatryczna lub seksuologiczna), do przedstawienia w sądzie.

Kombinacji, od czego zacząć, jest mnóstwo. Przykłady wymienione tutaj, to nawet nie promil możliwych opcji. Pogrupowaliśmy rozwiązania, by ułatwić Ci możliwości wyboru.

Przyjrzyjmy się standardowej sytuacji, w której niepełnoletnie dziecko jest transplciowe, ma dysfórię płciową i chce rozpocząć tranzycję medyczną. Diagnostyka może rozpocząć się od wizyty u endokrynolożki. Przepisanie hormonów łączy się zazwyczaj z koniecznością wykonania badań krwi lub/i badań obrazowych, aby wdrożona substytucja hormonalna przyniosła zamierzony efekt oraz była w zgodzie ze stanem zdrowia i potrzebami zdrowotnymi dziecka. Nawet jeśli lekarz, który wdraża substytucję hormonalną nie wymaga zrobienia badań, to nasze rodzicielskie doświadczenie mówi, że warto o takie badania poprosić.

Często mamy do czynienia z sytuacjami, w których dziecko jest „na hormonach”

od jakiegoś czasu i rodzica niepokoją pewne symptomy lub ogólny stan zdrowia. Powody mogą być najróżniejsze i nie muszą mieć nic wspólnego z tematem transpłciowości. W związku z tym – dla spokoju rodzica – zalecamy (my, rodzice) wykonanie takich badań (wymienionych wyżej), właśnie po to, by wykluczyć substytucję hormonalną jako powód jakichkolwiek dolegliwości lub problemów zdrowotnych. Profilaktyka zdrowia jest ważną kwestią niezależnie od tego, czy ma się dysfориę płciową, czy nie.

Endokrynolożka, przed wdrożeniem hormonów, może wymagać opinii psychiatry o braku przeciwwskazań lub opinii lekarskiej, że dana osoba jest transpłciowa. Wymaganie tych dokumentów nie musi być podyktowane złą wolą lekarza. Każdy lekarz, zanim przepisze hormony, może skierować osobę transpłciową czy niebinarną do innego specjalisty lub zlecić badania. Wśród zleconych badań mogą znaleźć się te dawniej wykonywane w diagnostyce transpłciowości, a dzisiaj już nieaktualne, a jednak nadal zlecane.

Kto może przeprowadzić diagnostykę pod kątem transpłciowości, by wystawić opinię stwierdzającą, że dana osoba jest osobą transpłciową? Obecnie Polskie Towarzystwo Seksuologiczne zaleca, żeby nie przedłużać nadmiernie procesu diagnostycznego. Zazwyczaj diagnostyka to kilka regularnych spotkań diagnostycznych, które powinny być warunkiem rozpoczęcia tranzycji medycznej: substytucji hormonalnej i/lub chirurgicznych zabiegów korygujących. W procesie diagnostycznym zalecana jest współpraca przynajmniej dwóch specjalistów, mogących dokonać oceny lekarsko-psychologicznej. W skład zespołu powinien wchodzić psychiatra lub seksuolog oraz psycholog posiadający certyfikat seksuologa klinicznego (preferencyjnie) lub specjalista psychologii klinicznej, ewentualnie specjalista psychoseksuologii. Jeśli dana osoba ma choroby współistniejące, to nie oznacza, że osoba nie może przeprowadzić tranzycji. Tranzycja będzie przebiegać inaczej i inni specjaliści będą potrzebni do jej prowadzenia.

6.1 Medykalizacja, psychiatryzacja i patologizacja transpłciowości, czyli jak wybrać lekarza?

W 1980 roku transseksualizm został wpisany do DSM-3 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) czyli klasyfikacji zaburzeń psychicznych Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

W Polsce specjaliści korzystają z klasyfikacji ICD, czyli Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych. Jednak ICD to klasyfikacja odnosząca się do wszelkiego rodzaju chorób, nie tylko tych związanych ze zdrowiem psychicznym. Natomiast DSM jest klasyfikacją problemów bezpośrednio związanych ze zdrowiem psychicznym, dlatego ten podręcznik (obecnie DSM-5) jest ważnym źródłem wiedzy i informacji na całym świecie, a nie tylko w USA.

Rok 1980 jest ważną datą, ponieważ wpisanie transseksualizmu do klasyfikacji zaburzeń psychicznych oficjalnie rozpoczęło na świecie proces psychiatryzacji transpłciowości. Co to znaczy? Od 1980 roku osoby transpłciowe zostały zdane na łaskę i niełaskę psychiatrów. Transpłciowość została zmedykalizowana, a tranżycja medyczna stała się niejako biegiem przez przeszkody.

W wersji możliwie idealnej cała procedura tranżycji medycznej jest oparta (albo powinna być oparta) na:

- ▶ prawie osoby poddającej się tranżycji do samookreślenia, tj. do uznania, że osoba, poddając się tranżycji, wie najlepiej, jaka jest jej tożsamość płciowa. Jeśli osoba transpłciowa nie wie lub nie ma pewności, jaka jest jej tożsamość płciowa, to i tak nikt nie będzie tego wiedział lepiej od niej samej;
- ▶ prawie osoby do samostanowienia o swoim celu;
- ▶ odpowiedzialności lekarki zaangażowanej w prowadzenie tranżycji;
- ▶ świadomej zgodzie osoby poddającej się tranżycji.

Procedura może powodować napięcie między osobą pacjenczką a lekarzem, ponieważ wymaga pogodzenia interesów obu stron.

Kluczowe pytanie jest takie, czy osoba ma prawo do korzystania z obecnie dostępnych rozwiązań medycznych? Czy społeczeństwo ma prawo narzucać komukolwiek, w jakim ciele ma żyć dana osoba? Kto ma prawo decydować o swojej płci? To pytania, na które nie damy tutaj odpowiedzi. Są one poza zakresem tego poradnika.

Chwila dla Ciebie

To dobry moment, byś sama sobie odpowiedziała na pytanie, do kogo należy Twoja płeć?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Jak byś się czuł, gdyby ktoś kazał Ci mieć długie włosy?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Jak byś się czuła, gdyby ktoś zabronił Ci od jutra chodzić po ulicy od godziny 13.00 do 15.00?

.....

.....

.....
.....
.....
Jak byś się czuł, gdyby ktoś od jutra zwracał się do Ciebie zdrobnieniem imienia, którego nie lubisz?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
Jeśli nie do mnie należy moja płeć, to do kogo należy? Celem tego rozdziału jest zwrócenie uwagi rodziców na to, jak wygląda tranzycja medyczna w oczach osób transplciowych i z czym mierzą się one w gabinetach lekarskich. Osoby transplciowe i osoby niebinarne stykają się z trudnościami wynikającymi ze skomplikowanej procedury administracyjnej, z brakiem informacji, z brakiem dostępu do bezpłatnej i rzetelnej służby zdrowia, dość ograniczonym dostępem do opieki medycznej. Ta sytuacja ma konkretny wpływ na doświadczenia ze środowiskiem lekarskim.

Często rodzice, zanim zabiorą dziecko transplciowe na wizytę do specjalisty, umawiają się sami do lekarza w celu „wybadania”. Chcą sprawdzić czy ich dziecko będzie traktowane w danym gabinecie z godnością i szacunkiem. Obecnie, dzięki sieciowaniu rodziców, liczba wizyt sprawdzających zmniejsza się, ponieważ rodzice informują siebie nawzajem o lekarkach. Osoby transplciowe i niebinarne, które przychodzą na pierwsze spotkanie, którego celem jest rozpoczęcie diagnostyki lub uzyskanie dostępu do tranzycji medycznej, liczą na obiektywizm lekarzy, ich rzetelność i podejście naukowe. Jednak rzeczywistość, bardzo często wygląda, jak w przykładach poniżej.

Rozmowa o pracę – czy jesteś wystarczająco dobra

Rozmowa ze specjalistką, od której zależy, czy osoba transpłciowa dostanie hormony, przypomina rozmowę o wymarzonej pracy. Tu nie ma miejsca na błędy, pomyłki i wpadki. Rozmowie towarzyszy stres, bo należy zaprezentować się jako osoba zrównoważona (niezrównoważonej nie dadzą hormonów), ale może niezbyt zrównoważona, bo jeśli za dobrze wypadnę, to nie potrzebuję hormonów? Padną pytania o preferencje odzieżowe: „Czy pani lubi ubrania kobiece? Bo jeśli jest pani kobietą, to powinna pani lubić”. Osoba transpłciowa czuje i wie, że jest oceniane to:

- ▶ czy brzmi wiarygodnie;
- ▶ jak wygląda (specjalista_specjalistka często oczekuje, że pewne elementy stroju wskazują na tożsamość płciową osoby);
- ▶ czy zdaje się być osobą zrównoważoną o wyważonych poglądach.

Rozmowa w urzędzie – czy jesteś wystarczająco wytrwała

Są specjalistki, które w prowadzeniu tranzycji grają na czas. To metoda, by sprawdzić, czy osoba transpłciowa jest wystarczająco zdeterminowana. Takiemu zwodzeniu i przeciąganiu w czasie towarzyszą „konieczne” rozmowy, czasem testy, kwestionowanie obecnych wyborów. Mogą pojawić się zarzuty brzmiące tak: „Tyle lat żył pan zgodnie z płcią nadaną przy urodzeniu, ma pan dzieci i żonę, powinniśmy się przyjrzeć temu bliżej, żeby pan pochopnie nie podjął złej decyzji”. Takie wodzenie może trwać latami, a tego konsekwencje ponosi osoba transpłciowa. Testowanie wytrwałości jest rodzajem gatekeepingu.

„Chodzi mi tylko o to, byś się upewniła”

Ta sytuacja dotyczy raczej młodych osób transpłciowych, w imieniu których działają rodzice. Rodzic, który sam potrzebuje pewności, czy jego dziecko jest transpłciowe, czasem biega z nim po specjalistach, aby się „przekonało i upewniło”. Skutki takiego działania mogą być smutne albo mieć dość poważne dalsze konsekwencje.

Młode osoby komunikują pewnego dnia: „Mam dość. Mam dość opowiadania ciągle od nowa tych samych historii”. Czasem zrezygnowane mówią rodzicom: „Tak, przeszło mi, jest ok, nie potrzebuję więcej tych wizyt”. Wszyscy są zadowoleni, rodzice wywiązali się ze swojego rodzicielskiego obowiązku, a trzy lata później są zaskoczeni, że dziecko tuż po 18. roku życia, w ukryciu przed nimi, zaczyna tranzycję medyczną. To ten bardziej optymistyczny scenariusz.

Jest też mniej optymistyczny, kiedy dziecko już samo nie wie, co czuje, czego chce, kim jest i o co chodzi. Skoro to, czego doświadcza i co odczuwa, jest kwestionowane przez wszystkich wokół, to chyba coś jest na rzeczy... Takie dziecko może się w końcu poddać i potakiwać na wszystko, co dorośli każą mu czuć, odczuwać i niemalże myśleć. To jak wycinanie tożsamości człowieka u samej podstawy i próba wszczepienia mu innej, takiej mile widzianej. Domyślacie się, jak tragiczne mogą być tego konsekwencje.

Testy na prawo jazdy to nic!

Osoby transpłciowe uczą się narracji, by lekarka, od której zależą ich dalsze losy w temacie tranzycji, była usatysfakcjonowana odpowiedziami. Stąd niezmiennie ważna jest opowieść o „byciu urodzonym w złym ciele” i „nienawidzeniu własnego ciała”. Z opowieściami jest łatwiej niż z testami. Osoby niebinarne, które chcą przejść jakikolwiek etap tranzycji medycznej, najczęściej muszą kłamać, że są osobami binarnymi, aby uzyskać dostęp do hormonów lub zabiegu mastektomii.

To ja jestem tutaj ekspertem. Tranzycja pod dyktando lekarza

To jeden z najczęściej podawanych przykładów przez rodziców dzieci transpłciowych. Jest dość duża liczba lekarzy, których jasne poglądy nie pozwalają im usłyszeć, o czym mówi transpłciowy pacjent. Osoba transpłciowa musi wpisać się ze swoimi oczekiwaniami, wątpliwościami i pytaniami w zakres wiedzy i opinii posiadanych przez specjalistę prowadzącego tranzycję. Najczęściej

dotyczy to bardzo binarnego podziału płci i niezrozumienia niebinarności. Osoba transpłciowa, nie może powiedzieć, że wcale nie myśli o operacjach. W binarnym świecie lekarza, tranzycja to przejście z jednego ciała do drugiego.

A jak pacjent mi się rozmyśli?

Są lekarze męczeni niepokojącą myślą: „Kto poniesie odpowiedzialność, jak mi się pacjent rozmyśli?”. Ta sytuacja występuje wówczas, gdy lekarz ma wypisać skierowanie (lub zaświadczenie o braku przeciwwskazań) na zabieg chirurgiczny albo wypisać, długo już omawianą, receptę na hormony. Lekarz oczekuje, że w trakcie spotkań nabierze pewności, że pacjent się nie rozmyśli. Zdarza się, że lekarz wycofuje się z wypisania pierwszej recepty na hormony, tłumacząc to zawiłościami prawa. Częściej zdarza się, że nie wystawi pierwszej recepty na rozpoczęcie terapii hormonalnej, ale wypisze ponowienie recepty na hormony. Możemy dostrzec w tym pewną niespójność.

Microdosing

Znany jest też rodzicom tzw. *microdosing* (mikrodawkowanie), którego celem jest spowolnienie osiąganych efektów. Postępowanie takie jest zasadne, jeśli dana osoba nie chce szybkich, radykalnych zmian. Należy jednak pamiętać o możliwych efektach niepożądanych. Trzeba dostosowywać leczenie i dawkowanie, aby nie spowodować uszczerbku na zdrowiu, np. utraty gęstości mineralnej kości, w razie zbyt małej dawki stosowanych hormonów płciowych. Znane są przypadki przepisywania transpłciowym kobietom blokerów przez długi okres, bez przepisywania estrogenu, co jest postępowaniem *off label*⁷² i może powodować objawy uboczne, np. zaburzenia nastroju lub osteoporozę. Sposób i dawki hormonów powinny być dobrane do potrzeb określonej osoby, każda osoba ma inną, uwarunkowaną genetycznie, wrażliwość receptorową na hormony i może reagować inaczej.

72] *Off label* – praktyka przepisywania leków niezgodnie ze wskazaniami przewidzianymi w procesie autoryzacji rynkowej.

Istnieje również *microdosing*, nazywany *underdosing*, który w kontekście braku kompetencji lub transfobii lekarskiej działa na szkodę pacjenta, np. kiedy endokrynolog obniża transplciowemu mężczyźnie dawkę testosteronu, patrzy na żeńskie poziomy, a nie męskie, bo pacjent jest przed tranzycją prawną.

Trans Broken Arm Syndrome (Transplciowy Zespół Złamanej Ręki)

To fenomen pojawiający się w sytuacjach medycznych, w których niezwiązane problemy zdrowotne są uznawane za rezultat transplciowości i/lub tranzycji. Zwykle wynika z niewiedzy lekarzy, na czym polega tranzycja medyczna. Przykładem są sytuacje, w których ryzyko danej choroby, równe osobom cisplciowym, jest uznawane za alarmujące i wymagające detranzycji (np. wyższe ciśnienie krwi, będące normalnym rezultatem męskiego poziomu testosteronu, jest widziane jako normalne u mężczyzn cisplciowych, ale jako niebezpieczne dla transplciowych mężczyzn).

Self-med

Brak dostępu do opieki medycznej czasem skazuje osoby transplciowe do tzw. *self-medu*, czyli organizowania sobie tranzycji na własną rękę, bez współpracy z lekarzem, zwłaszcza w zakresie badań kontrolnych. Brak badań kontrolnych wynika z braku wiedzy osoby transplciowej o ich konieczności, braku do nich dostępu lub powodów finansowych. Lekarka przyjmująca osobę transplciową powinna z uważnością i bez oceniania przyjąć informację o *self-medzie*.

Powyższe przykłady nie mają na celu oczerniania środowiska lekarskiego. Bynajmniej! Nasze doświadczenia pokazują, że jest coraz więcej lekarzy, którzy wspierają pacjentów w procesie tranzycji, z troską i szacunkiem. Chcieliśmy uwrażliwić oraz zwrócić uwagę na zjawiska niepożądane. Wiemy, że lekarki nie mają ułatwionego zadania, ponieważ transplciowość nie była, i nadal nie jest, w obowiązkowym programie studiów medycznych. Wiele z nich z tematem transplciowości spotyka się w gabinetach, gdy po raz pierwszy pojawia się

osoba transpłciowa. Pojawia się i informuje o transpłciowości!

W Polsce nie mamy standardu prowadzenia tranzycji medycznej (o tranzycji medycznej przeczytasz w rozdziale 4.7 Tranzycja medyczna). Doświadczenia osoby transpłciowej są zatem kluczowe. Wiele osób transpłciowych posiada dużą wiedzę na temat transpłciowości oraz możliwości, jakie daje medycyna. Oczywiście, ich wiedza nie jest ekspercka, ale warto wysłuchać osoby transpłciowej, jeśli deklaruje znajomość tematu i chęć podzielenia się wiedzą. Dzisiaj, w 2025 roku, mamy do czynienia z sytuacją, że jest mnóstwo wspierających rodziców dzieci transpłciowych, którzy mają większą wiedzę z zakresu transpłciowości niż lekarze, do których zgłaszają się z dziećmi. Oczywiście, wiedza przekazywana przez rodziców czy osoby transpłciowe nie może podlegać generalizacji i być traktowana jako „prawda objawiona”, ponieważ osoby transpłciowe nie stanowią homogenicznej całości. Każda z tych osób musi być traktowana indywidualnie.

Wiemy, że wielu lekarzy korzysta z poleceń rodziców w zakresie innych specjalistów i dobrych źródeł wiedzy na temat transpłciowości. Wyzwaniem zatem jest znalezienie porozumienia między osobą transpłciową, rodzicem i lekarzem. Wymaga to chęci współpracy wszystkich stron oraz uważności i weryfikacji informacji.

Czego oczekują osoby transpłciowe i niebinarne od lekarzy i lekarek:

- ▶ uznania prawa do samostanowienia o własnej tożsamości płciowej;
- ▶ uznania prawa do podejmowania decyzji o swoim ciele;
- ▶ obiektywnego przedstawienia skutków ubocznych, plusów i minusów danej procedury medycznej. Bez próby wpływania na podjęcie decyzji, zgodnej ze światopoglądem lekarza lub rodzica;
- ▶ otwartości na indywidualną wersję tranzycji medycznej, zgodnej z potrzebami osoby pacjenckiej;
- ▶ depsykiatryzacji tranzycji przy jednoczesnym zwróceniu uwagi na możliwość skorzystania z pomocy psychologicznej, gdy lekarz lub lekarka zauważą taką potrzebę u osoby transpłciowej.

Optymalny wynik to demedykalizacja transpłciowości i medykalizacja dysforii płciowej. Medykalizacja dysforii płciowej umożliwia dostęp do służby zdrowia.

W następnych rozdziałach poznacie lekarki i osoby eksperckie, które z życzliwością, uwagą i szacunkiem wspierają osoby transpłciowe i niebinarne od wielu lat.

6.2 Rozdział wspierającej ginekologii, Mai Świetlickiej⁷³

Kiedy i z czym rodzic z dzieckiem transpłciowym powinien pojawić się na pierwszej wizycie u ginekologa? Z diagnozą? Z badaniem?

Na wizytę u ginekologa zawsze warto przyjść wtedy, kiedy dzieje się coś niepokojącego w zakresie narządów płciowych i to bez względu na wiek. Takimi objawami są m.in. świąd, ból sromu lub w podbrzuszu, nieprawidłowe krwawienie z dróg rodnych (czyli niezwiązane z miesiączką), zaburzenia miesiączkowania (miesiączki zbyt częste, zbyt rzadkie, zbyt obfite). Zawsze warto przyjść z nastoletnim dzieckiem tak po prostu, aby porozmawiać z ginekologiem i oswoić je z wizytą. Dużą trudnością są wizyty ginekologiczne transpłciowych chłopców, dla których takie badanie jest często ekstremalnie stresujące lub upokarzające. Wizyta ginekologiczna w procesie tranzycji jest tylko elementem potrzebnym do przeprowadzenia bezpiecznej terapii hormonalnej lub do zaplanowania operacji piersi albo narządów płciowych. Transpłciowy chłopiec/mężczyzna jest zwykle kierowany do ginekologa tuż przed włączeniem terapii hormonalnej, a potem w trakcie jej trwania (tak więc wiek nie ma znaczenia, istotny jest moment procesu tranzycji). Na wizycie wykonuje się badanie ginekologiczne i ewentualnie pobranie cytologii, jeśli jest to możliwe. Wiele osób transpłciowych to młodzi ludzie, którzy nie podjęli jeszcze współżycia lub w trakcie współżycia nie dokonują penetracji pochwy. W takiej sytuacji nie forsujemy badania przez pochwę, dlatego że jest to niepotrzebny stres. Wystarczy ocena sromu. Niezbędne jest również badanie USG narządu rodnego. Można je wykonać przez pochwę (jest to najdokładniejsza metoda), ale również przez odbyt (badanie niebolesne, jednak różny jest poziom akceptacji tej formy badania wśród pacjentów). Ostatecznie można spróbować ocenić macicę i jajniki w badaniu sondą przez brzuch. Należy jednak pamiętać, aby

73] Sylwetki osób autorskich przedstawiamy w Aneksie nr 5.

przyjść na takie badanie z pełnym pęcherzem. Istotne jest również badanie USG piersi.

Opisane badania są często stresujące i upokarzające dla transpłciowych osób. Warto pamiętać o tym, że lekarze pracujący z pacjentami w tej grupie nie chcą ich ani bardziej traumatyzować, ani utrudniać im procesu tranzycji. Zależy im na bezpieczeństwie leczenia. Inną kwestią są zagadnienia prawne. Takie badanie może być wymagane przez sąd w procesie uzgadniania płci. Czasem w badaniu może się okazać, że transpłciowy chłopiec nie posiada macicy, a to zmusza nas do przeprowadzenia dalszej diagnostyki zaburzeń różnicowania płci. Może okazać się również, że genetycznie jest chłopcem, bez ekspresji fenotypowej w postaci męskich narządów płciowych, co diametralnie zmienia rozpoznanie. Należy jednak podkreślić, że te sytuacje zdarzają się wyjątkowo rzadko i żadna z nich nie stanowi ostatecznie przeciwwskazania do zastosowania leczenia hormonalnego w ramach afirmacji płci.

Czy operacji usunięcia wewnętrznych narządów płciowych powinno się dokonać najpóźniej po 5 latach brania testosteronu?

Nie ma zaleceń dotyczących konieczności usunięcia narządów płciowych u osób transpłciowych. Operacje te są przeprowadzane zgodnie z potrzebami określonych osób. Według 8 wersji wytycznych WPATH z 2022 roku, jeśli dana osoba wyraża chęć poddania się operacji usunięcia wewnętrznych narządów płciowych, powinno się ją przeprowadzić u osób dorosłych po co najmniej 6-miesięcznym okresie hormonalnej terapii afirmującej płeć (jeśli jest ona stosowana).

Czy można (i jak) zatrzymać okres u dziecka, które nie jest jeszcze na terapii hormonalnej – ma 11 lat albo jest starsze, ale niebinarne i w ogóle temat podawania testosteronu nie jest brany pod uwagę. Mnóstwo rodziców wybrałoby opcję „zawieszenia” okresu na jakiś czas w celu powolnej diagnozy bez rzucania się jak najprędzej na testosteron. Czy rodzic powinien pójść

z dzieckiem do ginekologa w tym celu? A może do endokrynologa?

Jeśli mamy do czynienia z młodocianą osobą miesiączkującą, której dysforia koncentruje się na występowaniu krwawień, można zastosować ciągłą terapię doustną – dwuskładnikową tabletką antykoncepcyjną lub tabletką zawierającą sam progestagen (np. dezogestrel, linestrenol). Można także zastosować analog GnRH. Warto udać się do endokrynologa, który ma doświadczenie z prowadzeniem takiej terapii. Leczenie jest dość drogie (nierefundowane), a defekty długotrwałego stosowania analogów GnRH u osób miesiączkujących (a więc na późnych etapach dojrzewania) nie są wystarczająco zbadane (może np. prowadzić do upośledzenia gęstości mineralnej kości).

O czym powinien pamiętać transpłciowy chłopiec, będący na terapii testosteronem?

1. Nadal musi uważać na nieplanowaną ciążę, ponieważ terapia testosteronem nie zawsze zatrzymuje owulację. Powinien zatem stosować antykoncepcję. Pomijając kwestię niechcianej ciąży, testosteron ma szkodliwy wpływ na rozwijający się płód.
2. Powinien poradzić się ginekologa w kwestii płodności przed rozpoczęciem supresji hormonalnej lub przed terapią hormonalną/chirurgiczną, które wpłyną na jego płodność.
3. Musi pamiętać, że terapia testosteronem może (nie musi) wiązać się z pewnymi działaniami niepożądanymi:
 - ▶ podwyższonym hematokrytem;
 - ▶ suchością pochwy i sromu;
 - ▶ nieprawidłowym krwawieniu z dróg rodnych;
 - ▶ trądzikiem.

Schemat wizyt i badań (za wytycznymi the Endocrine Society⁷⁴):

- ▶ w pierwszym roku wizyty endokrynologiczne co 2–3 miesiące, potem 1–2 na rok;
- ▶ pomiary stężenia testosteronu co 2–3 miesiące;
- ▶ badania laboratoryjne: przede wszystkim morfologia (hematokryt) co 3 miesiące w pierwszym roku, a potem 1–2 na rok. Regularne badanie lipidogramu;
- ▶ monitorowanie masy ciała i ciśnienia tętniczego;
- ▶ badanie cytologiczne, USG TV i USG piersi/mammografia według wytycznych obowiązujących cisłciowe kobiety.

74] USCF Transgender Care. Guidelines for the primary and gender-affirming care of transgender and gender nonbinary people. <https://transcare.ucsf.edu/guidelines> (dostęp: 5.06.2025).

6.3 Czy psycholog zawsze jest potrzebny?

Psycholog – osoba, która ukończyła magisterskie studia na tym kierunku oraz staże zawodowe. Można ją spotkać w szkole, szpitalu, w poradni psychologiczno-pedagogicznej, w poradni zdrowia psychicznego oraz wielu innych miejscach. Do czynności zawodowych psychologa należą: opiniowanie, wsparcie, doradztwo, psychoedukacja, interwencja kryzysowa, prowadzenie badań naukowych, popularyzacja wiedzy psychologicznej.

Psycholog jest zazwyczaj tą osobą, do której udajemy się po pełną opinię na temat transpłciowości, gdy chcemy rozpocząć proces tranzykcji medycznej lub złożyć wniosek do sądu o ustalenie płci. Psycholog robi testy psychologiczne. Podkreślmy, że nie ma żadnego testu, który określiłby na 100%, czy ktoś jest osobą transpłciową, ale są one dobrze widziane przez lekarzy i sąd jako narzędzie przede wszystkim diagnozujące stan psychiczny osoby, a także potwierdzające niektóre objawy dysforii. Psycholog nie wystawia zwolnień, nie przepisuje recept. Psycholog może być jednocześnie seksuologiem, ale nie musi. Ważne, aby miał doświadczenie w pracy z osobami transpłciowymi i regularnie aktualizował swoją wiedzę na szkoleniach z tego obszaru.

Seksuolog – specjalista związany z obszarem medycyny, który uzupełnił swoje studia o podyplomową specjalizację z zakresu seksuologii. Seksuologiem może być np. lekarz (najczęściej psychiatra, choć bywają nim też ginekolodzy czy endokrynolodzy), psycholog lub osoby z innym wykształceniem, np. pielęgniarki lub pedagodzy. To ważne, aby wiedzieć, że każdy seksuolog, który zna temat, może wydać opinię na temat transpłciowości, ale ci, którzy nie są psychologami, nie mogą robić testów psychologicznych, dlatego zazwyczaj nie zajmują się opiniowaniem, gdyż oprócz zebrania wywiadu i obserwacji nie mają potrzebnych narzędzi diagnostycznych. W procesie tranzykcji i opiniowania dobrze jest, aby choć jeden ze specjalistów (lekarz prowadzący bądź psycholog) miał jednocześnie specjalizację z zakresu seksuologii.

Psychiatra – lekarz, który ukończył specjalizację z psychiatrii. Diagnostuje i ocenia stan psychiczny pacjenta oraz leczy objawy psychiatryczne farmakologicznie. Wystawia recepty, zwolnienia i skierowania, np. do szpitala lub do innych specjalistów. Do psychiatrii, podobnie jak do ginekologa, w Polsce nie trzeba mieć skierowania. Do psychiatrii udajemy się, kiedy pojawiają się np. depresja, stany lękowe, samookaleczenia czy zaburzenia odżywiania. Psychiatra też, w procesie opiniowania, wystawia zaświadczenie o braku przeciwwskazań do podjęcia terapii hormonalnej afirmującej płeć.

Psychoterapeuta – osoba mająca wyższe wykształcenie magisterskie, która dodatkowo przeszła całościowe szkolenie (lub jest co najmniej po drugim roku) z zakresu psychoterapii, obejmujące ok. 1 600 godzin teoretycznych, terapię własną i superwizję. Dobrze jeśli psychoterapeuta, do którego się udajemy, może nam powiedzieć, jakie szkolenie ukończył oraz czy jest zrzeszony w rekomendowanym towarzystwie psychoterapeutycznym. Psychoterapeuta prowadzi psychoterapię, czyli zajmuje się zmniejszeniem lub wyeliminowaniem objawów, poprawieniem jakości życia i samopoczucia przez działanie psychologiczne i metody terapeutyczne. Nie wystawia ani recept (chyba, że jest lekarzem), ani zwolnień (chyba że jest lekarzem), nie opiniuje (chyba że jednocześnie jest psychologiem – nie powinno się jednak łączyć tych dwóch ról – diagnosty i terapeuty). Może też prowadzić psychoedukację. Psychoterapia może być indywidualna, grupowa, można również być uczestnikiem np. terapii systemowej (czyli rodzinnej). W zależności od potrzeb powinniśmy być pokierowani na najlepszą dla nas formę psychoterapii.

Każda z tych osób to specjalista zdrowia psychicznego i każdej z tych osób nastolatek, czy dorosła osoba transplciowa, może potrzebować na pewnym etapie tranzykcji, może też potrzebować tego wsparcia zupełnie niezależnie od tego, że jest osobą transplciową. Badania dowodzą, że niestety u osób transplciowych dużo częściej niż u cisplciowych występują takie problemy jak: depresja, fobia społeczna, nadużywanie substancji psychoaktywnych czy zachowania autodestrukcyjne.

Przypomnijmy, że Polskie Towarzystwo Seksuologiczne podkreśla, że wsparcie psychologiczne i psychoterapia, w przypadku osób dorosłych, nie są niezbędne do przejścia procesu tranzycji. Są one jednak wysoce rekomendowane, a w przypadku osób niepełnoletnich często konieczne, aby proces przeszedł jak najłagodniej. Nastolatka to bowiem osoba, która jest w szczególnie wrażliwym momencie swojego życia, narażona na niską samoocenę, zaburzenia nastroju, jest podatna na korzystny, ale też, niestety, niekorzystny wpływ rówieśniczy (np. eksperymentowanie z używkami). Jeśli dodamy do tego cierpienie związane z pojawiającą się w tym okresie dysforią, mamy prawdziwy miszmasz, który może skutkować pojawieniem się lub pogłębieniem problemów. Mamy też wysoki odsetek osób neuroróżnorodnych ze spektrum autyzmu i ADHD wśród osób transpłciowych.

Osoby transpłciowe i ich rodziny najczęściej borykają się z następującymi problemami psychicznymi:

- ▶ dylematem tożsamości: „Kim jestem? Czy wolno mi być sobą?”;
- ▶ „czy jestem zboczeńcem i powinienem się leczyć, jeśli lubię przebierać się w damskie stroje?”;
- ▶ silną dysforią płciową, cierpieniem wynikającym z braku akceptacji swojego ciała i potrzebą jego dostosowania do płci odczuwanej;
- ▶ lękiem przed detranzycją;
- ▶ zinternalizowaną transfobią – trudnością w radzeniu sobie z faktem, że jest się osobą transpłciową, nieakceptowaniem tego, że nie urodziło się jako osoba cisplciowa, niechęcią lub złością na środowisko osób transpłciowych lub w ogóle LGBT+;
- ▶ „jak powiedzieć rodzinie, że jestem osobą transpłciową”, czyli jak dokonać coming outu;
- ▶ „moja córka/syn chce «zmienić» płęć”;
- ▶ „mój mąż czuje się kobietą. Co mam zrobić?”;
- ▶ co powiedzieć małym dzieciom, jeśli ich rodzic chce dokonać korekty;

- ▶ lękiem związanym z korektą;
- ▶ niskim poczuciem własnej wartości w kontaktach z innymi;
- ▶ jak dokonać *coming outu* w pracy;
- ▶ stresem wywołanym procesem korekty;
- ▶ zaburzeniami odżywiania.

Do psychologa można zwrócić się po pomoc zarówno przed tranzycją, jak i w jej trakcie.

Przed tranzycją

Możesz potrzebować wsparcia psychologa, gdy Twoje dziecko jest małe (do 7 roku życia), a Ty dostrzegasz u niego cechy niezgodności płci, szczególnie te silnie wyraźne, takie jak mówienie o sobie innymi zaimkami, proszenie o zwracanie się imieniem wskazującym na przeciwną płć, pytanie kiedy wyrośnie mu penis lub czy gdy dorośnie, będzie jak mama. Również gdy dziecko twierdzi, że jest chłopcem lub dziewczynką wbrew temu, co zostało oznaczone w metryce, chce w przedszkolu lub szkole stale uczestniczyć w zajęciach przeznaczonych stereotypowo dla płci innej niż przypisana mu przy urodzeniu.

W trakcie tranzycji społecznej

Tranzycja społeczna to pierwszy krok na drodze dostosowania i życia w społeczeństwie, zgodnie z płcią odczuwaną, czyli z tą, z jaką czujemy się dobrze. Często wiąże się z nowym stylem ubierania czy fryzurą. Tranzycję poprzedzają zazwyczaj miesiące, a czasem lata, zastanawiania się nad tym, kim jestem i dlaczego czuję się, jak się czuję. Nawet najlepszy specjalista nigdy na pierwszym spotkaniu, czy nawet po kilku, nie wie więcej o osobie transpłciowej, niż ona sama.

Transpłciowość nie jest chorobą ani zaburzeniem, jest własną, osobistą formą przeżywania swojej płci. Sam fakt bycia osobą transpłciową nie jest w żadnym przypadku powodem, aby zgłosić się do psychologa czy psychiatry. Nie potrzeba

też żadnego błogosławieństwa czy też zielonego światła od jakiegokolwiek specjalisty, aby osoba transpłciowa mogła rozpocząć tranzycję społeczną. To, że nastolatek czy dziecko prosi o zwracanie się do siebie innymi, niż dotąd, zaimkami, imieniem, może być eksperymentowaniem z własną tożsamością, poszukiwaniem jej lub już świadomą decyzją o rozpoczęciu życia w płci preferowanej. Zawsze jednak jest to dowód obdarzenia nas dużym zaufaniem.

Każdy człowiek, a więc także osoba nastoletnia (choć czasem może to być zaskakujące), jest inny, ma inne potrzeby i cele. Przyłożenie sztywnych ram do każdego gwarantuje raczej porażkę specjalisty niż sukces terapii. W tranzycji społecznej ważne jest też czułe towarzyszenie w niej, a nie pchanie jej do przodu czy też ponaglenie i pytanie, co dalej. Bycie w nowej roli to zawsze szansa na sprawdzenie tego, czy rola społeczna, jaka wiąże się z moją płcią, mi odpowiada. To odpowiedź na pytania: „co byłoby, gdybym...”, „czy ludzie to zaakceptują...”, „czy znajdę przyjaciół...”. Odpowiedzi zależą od wielu czynników i nie są zależne wyłącznie od czynników zewnętrznych (choć te niezaprzeczalnie mają na nie duży wpływ), ale też od osobowości, pewności siebie, umiejętności społecznych, radzenia sobie ze stresem i emocjami.

Jeśli więc widzisz, że Twojemu dziecku przydałaby się na tym etapie pomoc, gdyż wykazuje cechy i przyjmuje strategie, które utrudniają mu bycie sobą, rozpoczęcie funkcjonowania choćby w najwęższej grupie w deklarowanej płci psychicznej, warto wówczas rozważyć pomoc psychologa, psychoterapeuty lub też udział w grupie psychoterapeutycznej. Pamiętajmy, że pomoc psychologiczna powinna być prowadzona w zgodzie z najświeższą wiedzą i aktualnymi standardami międzynarodowymi oraz zaleceniami uznanych towarzystw i organizacji działających na rzecz osób transpłciowych, takich jak WPATH.

Gdy rozpoczyna się nasza przygoda z transpłciowością, zawsze warto dowiedzieć się jak najwięcej o tym, jak przebiega proces tranzycji i jak radzić sobie na co dzień z uczuciem dysforii, aby ją zmniejszyć. W tym celu przydaje

się wizyta u osoby, która dobrze zna się na niezgodności płci, ale zadanie to świetnie realizują też fora internetowe, grupy samopomocowe czy też po prostu rozmowy z osobami, które ten proces mają już za sobą. Podsumowując, do zadań psychologa na tym etapie należy psychoedukacja całego systemu.

Pomoc psychologa w trakcie tranzykcji medycznej i po tranzykcji medycznej

Większość lekarzy prowadzących procesy tranzykcji, przed przepisaniem pierwszej recepty na blokery hormonów lub same hormony afirmujące płeć psychiczną, wymaga dostarczenia opinii od psychologa. I tu następuje moment pewnej konieczności. O ile wcześniej mogliśmy nie trafić do tego specjalisty, to chęć rozpoczęcia tranzykcji medycznej nas do tego zmusza. Niektórzy lekarze opierają się na zasadzie świadomej zgody, czyli nie wymagają ani opinii, ani długiej obserwacji, i wypisują receptę na pierwszym spotkaniu, o ile są przekonani co do poczytalności i wystarczająco dużej wiedzy o procesie i zmianach. Tranzykcja medyczna, podobnie zresztą jak społeczna, nie rozwiązuje wszystkich problemów, jakie może mieć osoba transpłciowa. Pamiętajmy, że specjaliści zdrowia psychicznego to nie przykra konieczność, ale moc, z której warto korzystać. Jeśli osoba rozpoczęła już przyjmowanie hormonalnej terapii zastępczej hamującej dojrzewanie lub afirmującej tożsamość płciową lub też, jak to często następuje w przypadku osób niebinarnych, przeszła zabieg rekonstrukcji klatki piersiowej, nie może to być jedynym powodem zaprzestania psychoterapii lub wsparcia psychologicznego, z którego już wcześniej korzystała. W tym czasie pomoc psychologiczna może koncentrować się na dokonywaniu kolejnych coming outów, adaptacji do pełnienia nowej prawnej i społecznej roli, przygotowaniu do sprawy sądowej, wzmocnieniu pewności siebie i budowaniu kobiecości/męskości, a także zdobywaniu nowych przyjaciół, pracy, pasji, zainteresowań czy pokonywaniu trudności, które nie są już związane z transpłciowością. Należy pamiętać, że nie zawsze trzeba iść do psychologa czy seksuologa. Niektóre osoby nastoletnie eksplorują różne możliwości społeczne i później wracają do tożsamości zgodnej z płcią przypisaną bez konieczności wsparcia specjalistycznego, albo np. określają się niebinarnie bez potrzeby interwencji medycznych.

6.4. O terapii hormonalnej i blokerach – Anna Kępczyńska-Nyk, endokrynolożka⁷⁵

Rodzice osób transpłciowych często zadają następujące pytania:

- ▶ Od czego zależy dostanie blokerów i hormonów? Mój syn stresuje się przed wizytą u lekarza. Boi się, że dostanie blokery, a marzy o hormonach.
- ▶ W jakim wieku można dostać hormony?
- ▶ Czy zamiast blokerów można dostać hormony?

Terapie blokujące dojrzewanie płciowe i terapie afirmujące płeć (HIAP)

Stosowanie leków, czyli analogów gonadoliberyny hamujących dojrzewanie płciowe (GnRH, nazywanych potocznie blokerami), i hormonalnych interwencji afirmujących płeć (HIAP – hormonów), to jeden z etapów tranzycji medycznej, do którego dąży większość osób transpłciowych. Zastosowanie leków u osób transpłciowych, które tego pragną, zmniejsza dysfориę płciową i poprawia funkcjonowanie społeczne. Bywa, że jest terapią ratującą życie. Analogi GnRH stosujemy celem zahamowania dojrzewania płciowego, aby zapobiec wykształceniu się nieodwracalnych cech (np. obniżeniu głosu u transpłciowych dziewcząt albo wzrostowi piersi u transpłciowych chłopców). Natomiast HIAP stosujemy po to, aby w stopniu jak najbardziej możliwym do osiągnięcia wykształcić cechy fizyczne zgodnie z odczuwaną płcią. Działanie analogów GnRH jest całkowicie odwracalne i ma zastosowanie głównie u osób młodocianych, na wczesnych etapach dojrzewania płciowego. Zastosowanie HIAP wiąże się z wykształceniem pewnych nieodwracalnych cech i stosujemy je w dwóch przypadkach – w stopniowo zwiększanych dawkach: u osób już stosujących analogi GnRH przez jakiś czas (tzw. indukcja dojrzewania płciowego, z jednoczesną kontynuacją analogów GnRH), oraz u osób na późniejszych etapach dojrzewania płciowego, gdy dana osoba nie

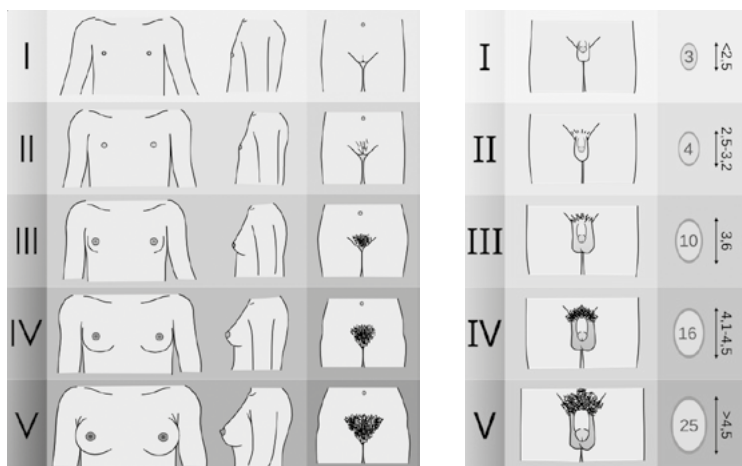
75] Sylwetki osób autorskich prezentujemy w Aneksie nr 5.

stosowała analogów GnRH i jest poznawczo na tyle dojrzała, że można zacząć terapie hormonalne, częściowo nieodwracalne, z pominięciem etapu stosowania blokerów. Należy podkreślić, że terapie te powodują **odwracalne upośledzenie zdolności płodzenia**, więc w każdym przypadku należy poinformować nastolatka i jego opiekunów, o (jeśli jest to realne z punktu widzenia dojrzałości płciowej) możliwości zachowania komórek rozrodczych do procedur wspomaganego rozrodu przed rozpoczęciem leczenia. Procedurę tę można także przeprowadzić w dalszych etapach tranzykcji, ale pod warunkiem przerwania terapii hormonalnej, co może wiązać się z nasileniem dysforii płciowej. Należy podkreślić, że **nie ma dowodów na to, by terapia hormonalna wiązała się ze zwiększeniem ryzyka zdrowotnego** – zachorowaniem na choroby sercowo-naczyniowe, nowotwory, skróceniem życia. Wręcz przeciwnie – zastosowana zgodnie ze wskazaniami **zmniejsza przede wszystkim ryzyko chorób z obszaru zdrowia psychicznego**.

Kryteria rozpoczęcia terapii

Aby rozpocząć terapię, niezależnie od tego, czy będziemy mieli do czynienia z blokowaniem dojrzewania płciowego, czy też podawaniem hormonów płciowych, trzeba spełnić określone warunki. Obejmują one przede wszystkim spełnienie kryteriów niezgodności płci (HA60 – wg ICD-11) czy transseksualizmu – F64.0 według obowiązującej wciąż w Polsce klasyfikacji ICD-10. Takiej oceny powinno dokonać dwóch specjalistów zdrowia psychicznego – najczęściej jest to psycholog specjalizujący się w opiniowaniu dysforii (zwykle psycholog-seksuolog) oraz psychiatra dzieci i młodzieży. W Polsce taką decyzję może teoretycznie podjąć także lekarz ze specjalizacją z seksuologii (są to lekarze, którzy mają już specjalizację z innych dziedzin – psychiatrii, psychiatrii dzieci i młodzieży, chorób wewnętrznych, ginekologii, neurologii). Osoba niepełnoletnia powinna być zdolna do podjęcia świadomej decyzji, a opiekunowie prawni wyrazić pisemną zgodę na terapię. Opiekunowie i dziecko muszą być wyczerpująco poinformowani o efektach, także tych nieodwracalnych, planowanej terapii, możliwych działaniach niepożądanych oraz wpływie na płodność. Warunkiem

zastosowania terapii jest rozpoczęcie procesu dojrzewania płciowego. Oceny dojrzałości płciowej dokonywana jest za pomocą pięciostopniowej skali Tannera (ryc. 1). Rozpoczęcie dojrzewania oznacza, że mamy do czynienia ze stopniem II. U transpłciowych chłopców obserwujemy rozpoczęcie rozwoju piersi, u transpłciowych dziewcząt – powiększanie się jąder (ryc. 1).



Ryc. 1. Skala dojrzewania Tannera. Źródło: Michał Komorniczak (Polska)

Leki hamujące dojrzewanie płciowe, analogi GnRH (blokery – goserelina, leuprolina, tryptorelina), to substancje działające tak samo jak hormony wydzielane w ośrodkowym układzie nerwowym (w podwzgórzu), które przy długotrwałym stosowaniu powodują zablokowanie osi przysadka-gonady, prowadząc do zahamowania produkcji hormonów płciowych, estrogenów przez jajniki i testosteronu przez jądra. Są one podawane w iniekcjach domięśniowych lub podskórnych raz na 4, lub raz na 12 tygodni po to, aby zapobiec wykształcaniu się nieodwracalnych cech fizycznych pod wpływem hormonów płciowych w okresie dojrzewania. Warunkiem zastosowania analogu GnRH jest rozpoczęcie dojrzewania płciowego (II stopień wg Tannera), a więc wskazania do rozpoczęcia leczenia nie zależą od wieku metrykalnego, bo dojrzewanie płciowe u różnych

osób może rozpoczynać się w różnym czasie (u osób z przypisaną płcią męską: fizjologicznie między 9. a 14. rokiem życia, u osób z przypisaną płcią żeńską: między 8. a 13. rokiem życia). Długotrwałe leczenie może się wiązać z działaniami niepożądanymi, np. upośledzeniem gęstości mineralnej kości (osteopenia i osteoporoza), nie jest do końca poznany wpływ ich długotrwałego stosowania na rozwój psychiczny i poznawczy.

Działanie analogów GnRH jest całkowicie odwracalne. Leczenie w monoterapii stosujemy do czasu osiągnięcia przez daną osobę gotowości do rozpoczęcia terapii o częściowo nieodwracalnych efektach, czyli hormonów płciowych. Jeśli osoba osiąga taką gotowość, wówczas indukujemy dojrzewanie płciowe, dołączając do leczenia analogami GnRH hormony płciowe w stopniowo zwiększanych dawkach (w przypadku transpłciowych dziewcząt – estrogen, w przypadku chłopców – testosteron). Leczenie analogami można także zastosować przez krótki okres na późniejszych etapach dojrzewania, jeśli nie ma pełnej gotowości, lub są wątpliwości co do zastosowania nieodwracalnych interwencji hormonalnych.

Hormonalne interwencje afirmujące płeć (HIAP – hormony)

Terapie te stosujemy w przypadku, gdy chcemy uzyskać drugorzędowe cechy płciowe zgodne z odczuwaną płcią. U nastolatków podajemy je w dwóch sytuacjach. Pierwsza, wspomniana wyżej, dotyczy osób stosujących dotychczas analogi GnRH w celu zahamowania dojrzewania płciowego. Jeśli osiągają one zdolność do wyrażenia świadomej zgody na zastosowanie terapii hormonalnej w ramach afirmacji płci, wówczas indukujemy dojrzewanie, stosując hormony płciowe w zwiększanych co 3-6 miesięcy dawkach, aż do uzyskania stężeń docelowych. Druga terapia dotyczy osób nastoletnich, które osiągnęły już późne etapy dojrzewania płciowego (według skali Tannera IV-V stopień), dotychczas nie stosowały analogów GnRH. Etap blokerów można wówczas pominąć i zastosować HIAP, tak jak u osób dorosłych. Z uwagi na nieodwracalność

niektórych efektów HIAP, osoba młodociana musi być dojrzała psychicznie i emocjonalnie do podjęcia decyzji o leczeniu i zdolna do oceny konsekwencji. Przyjęto, że jest to około 16. rok życia, ale należy podkreślić, że jest to granica umowna. W każdym przypadku decyzję o czasie zainicjowania HIAP należy podejmować indywidualnie, uwzględniając takie czynniki, jak: czas stosowania terapii blokujących dojrzewanie płciowe, efekty uboczne tych interwencji, nasilenie dysforii i stresu mniejszościowego wynikającego z opóźnienia dojrzewania w stosunku do grupy rówieśniczej, rozwój intelektualny osoby nastoletniej umożliwiające wyrażenie świadomej zgody na HIAP przed osiągnięciem wieku zdolności do częściowego samostanowienia. Należy zaznaczyć, że efekty leczenia nie zależą od rodzaju oraz dawki preparatu (im większa dawka leku, tym lepszy efekt), a od czasu terapii i predyspozycji genetycznych danej osoby.

Terapie maskulinizujące transpłciowych chłopców (u osób z przypisaną przy urodzeniu płcią żeńską)

W przypadku transpłciowych chłopców i mężczyzn stosujemy preparaty testosteronu. W Polsce mamy dostępne leki w postaci żelu do codziennego stosowania na skórę oraz preparaty w iniekcjach do podawania domięśniowego – heptanian testosteronu średnio co 1-2 tygodnie, mieszanina estrów (propionian, heksanian i fenylopropionian) co 2-3 tygodnie oraz długo działający, stopniowo uwalniający się z tkanki mięśniowej – undecylan testosteronu, podawany średnio co 12 tygodni. Dążymy do tego, aby uzyskać stężenia testosteronu, podobne jak u cisplciowych mężczyzn (350-750 ng/dl).

Oceny stężenia testosteronu wraz z innymi parametrami, na które wpływa leczenie, dokonujemy w zależności od stosowanego preparatu. W przypadku żelu co najmniej 2 h po aplikacji, w przypadku wstrzyknięć co 2-3 tygodnie w połowie czasu między dawkami, jeśli zaś stosujemy preparat długo działający, tuż przed kolejną iniekcją. Takie efekty, jak obniżenie głosu, przerost łechtaczki, mogą pojawiać się już w pierwszych miesiącach leczenia, podobnie jak niektóre

działania niepożądane, np. trądzik. Inne, jak łysienie androgenowe, pojawia się u osób z predyspozycją genetyczną w późniejszym czasie. Należy podkreślić, że w przypadku współżycia dopochwowego należy zastosować dodatkowo leki antykoncepcyjne – jednoskładnikową tabletkę antykoncepcyjną, domaciczny terapeutyczny system lub implant podskórny uwalniający etonogestrel, ponieważ **terapia testosteronem nie chroni przed niechcianą ciążą**.

W pierwszym roku terapii wizyty kontrolne wraz z badaniami laboratoryjnymi (przede wszystkim stężeniem testosteronu, morfologii krwi obwodowej i lipidogramu) wykonujemy co 3-4 miesiące, w kolejnych latach co 6-12 miesięcy. Jako efekt uboczny, w badaniach laboratoryjnych, może pojawić się poliglobulia (czyli zwiększenie liczby krwinek czerwonych w morfologii krwi obwodowej) i zmiany w lipidogramie (zwiększenie stężenia frakcji cholesterolu LDL i spadek stężenia „dobrego” cholesterolu – czyli HDL). Efekty leczenia testosteronem, czas pojawiania się i osiągnięcia maksymalnych efektów przedstawiono w tabeli 1.

Efekt	Kiedy się pojawia?	Maksymalny efekt
Trądzik	1-6 m-cy	1-2 lata
Owłosienie w strefach androgenozależnych	6-12 m-cy	4-6 lat
Łysienie androgenne	6-12 m-cy	
Wzrost siły i masy mięśniowej	6-12 m-cy	2-5 lat
Zmiana rozmieszczenia tkanki tłuszczowej	1-6 m-cy	2-5 lat
Zatrzymanie miesiączek	1-6 m-cy	
Powiększenie łechtaczki	1-6 m-cy	1-2 lata
Atrofia pochwy	1-6 m-cy	1-2 lata
Obniżenie głosu	6-12 m-cy	1-2 lata

Tabela 1. Efekty leczenia preparatami testosteronu

Terapie feminizujące transpłciowe dziewczęta (u osób z przypisaną przy urodzeniu płcią męską)

Celem uzyskania drugorzędowych cech płciowych u transpłciowych dziewcząt i kobiet stosujemy preparaty estrogeny i antyandrogeny (czyli leki hamujące produkcję i działanie testosteronu). W przypadku, kiedy u danej osoby były stosowane analogi GnRH, kontynuujemy leczenie z jednoczesnym podawaniem preparatu estrogeny w stopniowo zwiększanych dawkach (indukując dojrzewanie), aż do dawki docelowej. Analogi GnRH stosuje się do czasu usunięcia jąder (jeśli takie jest w planie), można je zamienić na antyandrogen, który jest znacznie tańszy. Jeśli HIAP zaczynamy na późniejszych etapach dojrzewania płciowego i nie były stosowane analogi GnRH, podajemy estrogen wraz z antyandrogenem. Dawki dostosowujemy tak, aby uzyskać stężenie estradiolu między 100 a 200 pg/ml, a testosteronu w normie żeńskiej (czyli poniżej 50 ng/dl).

W Polsce są dostępne preparaty estrogeny w formie tabletek, żelu lub sprayu, do stosowania na skórę codziennie, plastra zmienianego 2 razy w tygodniu. Z innych krajów, np. z Czech, można sprowadzić preparat w iniekcjach domięśniowych, stosowanych co 7-10 dni, który u niektórych osób można stosować w monoterapii (duże stężenie estrogeny umożliwia zahamowanie wydzielania testosteronu i nie ma potrzeby stosowania dodatkowo antyandrogeny). W Polsce mamy do dyspozycji leki antyandrogenne z dwóch grup, octan cyproteronu (syntetyczny progestagen) lub spironolakton (diuretyk oszczędzający potas powszechnie stosowany jako lek kolejnego rzutu w nadciśnieniu tętniczym oraz jako lek przeciwobrzękowy, np. w obrzękach towarzyszących niewydolności serca). Leki te mają różne mechanizmy działania i różny profil działań ubocznych. Octan cyproteronu może uszkadzać wątrobę, powodować wzrost wydzielania prolaktyny przez przysadkę, wzrost oponiaków (łagodnych guzów w ośrodkowym układzie nerwowym). Natomiast spironolakton może obniżać ciśnienie tętnicze, powodować wzmożone oddawanie moczu i zwiększać stężenie potasu w surowicy, w sytuacji gdy współistnieje niewydolność nerek.

Badania i wizyty kontrolne planujemy, podobnie jak w przypadku transpłciowych mężczyzn – w pierwszym roku terapii co 3-4 miesiące, w kolejnych latach co 6-12 miesięcy. Wykonujemy badania estradiolu, testosteronu oraz lipidogramu w surowicy i w zależności od stosowanego androgeny inne określone badania, odpowiednio: w przypadku octanu cyproteronu – badanie funkcji wątroby (Alt, Ast), prolaktyny, w przypadku spironolaktonu – potasu, kreatyniny, sodu. Efekty leczenia i czas ich pojawiania się oraz maksymalny efekt zostały przedstawione w tabeli 2.

Efekt	Kiedy się pojawia?	Maksymalny efekt
Zmniejszenie natłuszczenia skóry	3-6 m-cy	?
↓ owłosienia	6-12 m-cy	↑ 3 lata
↓ siły i masy mięśniowej	3-6 m-cy	1-2 lata
Zmiana rozmieszczenia tkanki tłuszczowej	3-6 m-cy	2-3 lata
Powiększenie piersi	3-6 m-cy	2-3 lata
↓ objętości jader	3-6 m-cy	2-3 lata
↓ erekcji spontanicznych	1-3 m-cy	3-6 m-cy
Zmniejszenie libido	1-3 m-ce	3-6 m-cy

Tabela 2. Efekty leczenia preparatami estrogeny i antyandrogeny

Najpoważniejszym działaniem niepożądanym stosowania estrogenów jest żylna choroba zakrzepowo-zatorowa, należy jednak podkreślić, że występuje jedynie w przypadku stosowania preparatów doustnych i w razie współistnienia innych czynników ryzyka tej choroby, np. powyżej 45 lat, nikotynizmu, wrodzonych trombofilii (uwarunkowanych genetycznie chorób sprzyjających zakrzepicy), otyłości, cukrzycy. W takich przypadkach należy wybrać preparat estrogeny przezskórny lub domięśniowy. W trakcie terapii estrogenem wzrasta ryzyko zachorowania na kamicy pęcherzyka żółciowego, może także wzrastać stężenie trójglicerydów we krwi.

6.5 Operacje – jedynka, dwójka, trójka

Tranzycja medyczna obejmuje zabiegi, operacje i hormonoterapię. Tu dowiesz się, na czym polegają operacje, ale pamiętaj, że osoby transpłciowe oraz osoby niebinarne mogą, ale nie muszą, poddawać się tym operacjom. Tak jak osoby cisplciowe, osoby transpłciowe mają prawo do decydowania o swoim ciele.

Jedynka, topka – operacja klatki piersiowej, polegająca na usunięciu piersi. Do przeprowadzenia operacji większość placówek medycznych wymaga wcześniejszego przyjmowania hormonów. Jedynka, bo to najczęściej pierwsza operacja, jakiej się poddają transpłciowi mężczyźni i niebinarne osoby transmęskie. Jest to również jedyna operacja (korekty płci) możliwa do przeprowadzenia u osób niepełnoletnich (w ramach prywatnej służby zdrowia). Jedynka to również operacja na klatce piersiowej, polegająca na powiększeniu piersi. W Polsce, po sądowej zmianie oznaczenia płci na męską, jest możliwe przeprowadzenie tej operacji w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia. Jest to wówczas operacja ginekomastii.

Dwójka – operacja polegająca na pozbyciu się organów i/lub gonad wewnętrznych. Przyjmowanie hormonów jest wymagane z powodów medycznych.

Trójka (SRS-sex reassignment surgery) – operacja polegająca na usunięciu narządów płciowych i/lub utworzeniu nowych. Ponieważ dwójka jest przeprowadzana podczas trójki, lub przed nią, jest wymagane przyjmowanie hormonów.

Operacja dołu – słowo parasol na wiele różnych operacji dla osób przechodzących tranzycję w każdą stronę. Najczęściej rozumiana jako waginoplastyka, falloplastyka, i/lub metoidioplastyka, tzn. operacja stworzenia nowych narządów płciowych.

Operacje dołu:

- ▶ **Orchidektomia (orchi)** – operacja polegająca na usunięciu jąder, której poddają się transpłciowe kobiety i niektóre osoby niebinarne. Tej samej operacji poddają się cisplciowi mężczyźni z rakiem jąder. W Polsce operacja ta jest możliwa po ukończeniu 18. roku życia, prywatnie lub w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia. Przed operacją jest wymagana zmiana oznaczenia płci.
- ▶ **Histerektomia (histo)** – operacja polegająca na usunięciu macicy, której poddają się transpłciowi mężczyźni i niektóre osoby niebinarne. W przypadku osób transpłciowych jest to zwykle histerektomia kompletna/całkowita, gdzie jest usuwana szyjka macicy, jajniki i jajowody. Tej samej operacji poddają się cisplciowe kobiety z różnych powodów zdrowotnych lub życiowych. W Polsce operacja ta jest możliwa po ukończeniu 18. roku życia, prywatnie lub w ramach Narodowego Funduszu Zdrowia. Przed operacją jest wymagana zmiana oznaczenia płci.
- ▶ **Owariektomia** – operacja polegająca na usunięciu jajników, której poddają się transpłciowi mężczyźni i niektóre osoby niebinarne. Rzadko używany termin, ponieważ owariektomia jest zwykle wykonywana razem z histerektomią.
- ▶ **Nullifikacja (nullo)** – operacja, której poddają się głównie osoby niebinarne, bardzo rzadko wykonywana. Polega na usunięciu zewnętrznych (potencjalnie też wewnętrznych) narządów płciowych. Obecnie niedostępna w Polsce.
- ▶ **Falloplastyka (fallo, phallo)** – operacja polegająca na stworzeniu penisa, której poddają się transpłciowi mężczyźni i niektóre osoby niebinarne. Jest to wieloetapowa operacja, która zawiera w sobie skrotoplastykę (stworzenie moszny), wszczepienie implantu erekcyjnego, wydłużenie cewki moczowej oraz, w każdym przypadku, przeszczep skóry, najczęściej z przedramienia. Ponieważ nie ma operacji na stworzenie jąder, transpłciowi mężczyźni po falloplastyce nie mogą spłodzić dziecka. Została przeprowadzona po raz pierwszy w 1936 roku na mężczyźnie cisplciowym, a w 1946 roku

na mężczyźnie transpłciowym. Drugą, alternatywną metodą stworzenia penisa u transpłciowego mężczyzny, jest metoidioplastyka. Falloplastyka w Polsce jest możliwa po ukończeniu 18. roku życia w ramach zabiegu w prywatnej służbie zdrowia. Przed operacją jest wymagana zmiana oznaczenia płci oraz histerektomia.

- ▶ **Metoidioplastyka (meta, met)** – operacja polegająca na stworzeniu penisa, której poddają się transpłciowi mężczyźni i niektóre osoby niebinarne. Nowe narządy płciowe są stworzone ze starych, co pozwala na bardziej „naturalne” zachowanie, w przeciwieństwie do falloplastyki, ale są dużo mniejszego rozmiaru. Po raz pierwszy przeprowadzona w 1974 roku. W Polsce jest możliwa po ukończeniu 18. roku życia w ramach zabiegu w prywatnej służbie zdrowia. Przed operacją jest wymagana zmiana oznaczenia płci oraz histerektomia (w niektórych klinikach może zostać przeprowadzona w tym samym czasie co metoidioplastyka).
- ▶ **Waginoplastyka** – operacja polegająca na stworzeniu pochwy, której poddają się transpłciowe kobiety i niektóre osoby niebinarne. Jest to operacja z bardzo szeroką liczbą technik używanych do jej wykonywania. Pierwsza waginoplastyka została przeprowadzona w 1931 roku na transpłciowej kobiecie. Tej samej operacji poddają się cisplciowe kobiety, które straciły lub uszkodziły pochwę w wypadku albo z powodu choroby. Waginoplastyka jest w Polsce możliwa po ukończeniu 18. roku życia w ramach zabiegu w prywatnej służbie zdrowia. Przed operacją jest wymagana zmiana oznaczenia płci.
- ▶ **FFS (ang. facial feminization surgery, operacja feminizacji twarzy)** – operacja polegająca na feminizacji twarzy u osoby, która przeszła przez męskie dojrzewanie, głównie kobiet transpłciowych. Najczęściej polega na korekcie nosa, żuchwy, obniżeniu linii włosów i redukcji łuku brwiowego, ale może też zawierać przeszczep włosów, korektę kości policzkowych, zmniejszenie jabłka Adama i inne zabiegi, w zależności od potrzeb danej kobiety lub osoby niebinarnej. W Polsce możliwa po ukończeniu 18. roku życia w ramach zabiegu w prywatnej służbie zdrowia.

- ▶ **FMS (ang. *facial masculinization surgery*, operacja maskulinizacji twarzy)**
jest dużo rzadziej przeprowadzaną operacją i rzadziej potrzebną wśród transpłciowych mężczyzn z powodu silniejszego działania testosteronu w przeciwieństwie do estrogenu. W Polsce jest możliwa po ukończeniu 18. roku życia w ramach zabiegu w prywatnej służbie zdrowia.
- ▶ **Depilacja laserowa** – zabieg nieoperacyjny polegający na pozbyciu się niechcianego owłosienia. W Polsce możliwa prywatnie, na różnych zasadach, w zależności od kliniki.

6.6 Marek Urbaniak i Mikołaj Świstowski⁷⁶ – tranzycja prawna w Polsce

Wiele użytecznych, praktycznych informacji na temat przeprowadzenia zmiany oznaczenia płci można dziś znaleźć w internecie. Polecamy stronę www.tranzycja.pl, gdzie zapoznacie się z najświeższymi, sprawdzonymi informacjami. W tym rozdziale skupiliśmy się na udzieleniu odpowiedzi na pytania, które często padają na grupach rodzicielskich. Odpowiedzi przygotowali adwokaci: Mikołaj Świstowski i Marek Urbaniak.

Czy sąd może nie przyjąć wniosku?

W 2025 roku została zmieniona dotychczasowa procedura tranzycji prawnej. Według praktyki, jaka ma wynikać z treści uchwały pełnego składu Izby Cywilnej Sądu Najwyższego z dnia 4 marca 2025 r., sygn. akt III CZP 6/24, sprawy sądowe dotyczące korekty danych osoby transpłciowej mają toczyć się nie tak jak wcześniej, tj. przed sądami okręgowymi przeciwko rodzicom jako stronie pozwanej, lecz przed sądami rejonowymi, bez udziału rodziców jako strony przeciwnej (uwaga: rodzice nadal jednak biorą udział w sprawach osób niepełnoletnich). Wcześniej, jeśli rodzice byli osobami współpracującymi, istniała możliwość zawarcia z nimi przez osobę transpłciową (lub reprezentanta dziecka, jeśli było niepełnoletnie, taka osoba została ustanowiona przez sąd opiekuńczy) umowy prorogacyjnej i wybrania sądu okręgowego, przed którym miała toczyć się sprawa. Obecnie tej możliwości nie ma. Choć wiele w kwestii praktyki odnośnie do nowych zasad tranzycji jest jeszcze niewiadome, to dość powszechne jest zdanie sędziów, że już w ogóle nie da się pozywać rodziców o korektę danych metrykalnych, niezależnie od ich postawy, sprawa powinna toczyć się przed sądem rejonowym właściwym miejscowo dla podanego we wniosku adresu zamieszkania osoby składającej wniosek.

76] Sylwetki osób autorskich prezentujemy w Aneksie nr 5.

Na chwilę sporządzania tego tekstu (koniec marca 2025 r.) nie są jeszcze nikomu znane żadne sprawy przed sądami rejonowymi, które zostały rozpoczęte i podjęto w nich już jakieś czynności⁷⁷. A tym bardziej, żadne z nich nie zostały zakończone. Nie można przewidzieć, czy wszystkie wnioski zostaną uwzględnione, tzn. zostanie w nich wydane postanowienie o sprostowaniu aktu urodzenia przez wpisanie tam docelowych danych metrykalnych. Należy spodziewać się różnych scenariuszy, z których najbardziej prawdopodobne są trzy:

- ▶ rozpoznanie wniosku na posiedzeniu niejawnym, bez rozprawy i bez dopuszczania opinii biegłego;
- ▶ rozpoznanie wniosku po rozprawie, na której zostanie przesłuchana osoba składająca wniosek, bez dalszych czynności;
- ▶ rozpoznanie wniosku dopiero po dopuszczeniu dowodu z opinii biegłego sądowego oraz ewentualnie także po rozprawie.

Każdy z tych scenariuszy ma swoje umocowanie w Kodeksie postępowania cywilnego i jest pozostawiony wyborowi sędzi, tak więc będzie zależał od stylu pracy tej osoby. Na wybór sędziego w ogóle nie ma się wpływu, a na styl jego pracy – bardzo ograniczony, można co najwyżej napisać bardzo dobrą argumentację we wniosku, faktyczną i prawną, i przekonać sędziego do swojej racji i braku konieczności powoływania biegłych. Sędziego nie można zmienić na żądanie, bo obrał sposób prowadzenia postępowania niekorzystny dla osoby składającej wniosek.

Wniosek musi spełniać wymagania formalne określone przepisami Kodeksu postępowania cywilnego. Jeśli jednak wniosek został przygotowany samodzielnie na podstawie powszechnie dostępnych wzorów, bez indywidualnego wsparcia prawnika, cechuje się, niestety, takim brakiem formalnym. Nie należy jednak się zamartwiać. Sąd prześle do wnioskodawcy wezwanie do usunięcia braków formalnych. Należy na nie odpowiedzieć w terminie tygodnia od otrzymania wezwania. Dopiero brak usunięcia tych błędów spowoduje, że sąd zwróci

⁷⁷ W chwili korekty tekstu w lipcu 2025 r. już wiemy, że może to zająć zaledwie kilka tygodni (tranzycja.pl)

wniosek, co nie wyklucza ponownego wniesienia go w przyszłości. Jeśli jednak nawet przed sądem rejonowym z jakichkolwiek powodów zapadnie postanowienie nieuwzględniające wniosku, przysługuje od niego apelacja do właściwego miejscowo sądu okręgowego.

Zarówno wniosek, jak i apelacja, podlegają stałej opłacie sądowej w kwocie 100 zł. Do kosztów postępowania mogą dojść koszty opiniowania przez biegłych, które mogą sprowadzać się do kwot kilku tysięcy złotych (trudno określić kwotę z góry, każda osoba biegła określa swoje wynagrodzenie zgodnie z naliczonym nakładem własnej pracy), w tym zaliczki, zwykle stanowiącej kilkanaście/kilkadziesiąt procent tej kwoty, płatnej na żądanie sądu jeszcze w trakcie postępowania.

Czy mogę jakoś przyspieszyć pozew?

W tym zakresie istnieją bardzo ograniczone możliwości, ponieważ, zgodnie z obowiązującym Regulaminem urzędowania sądów powszechnych, wszystkie sprawy powinny być zasadniczo rozpoznawane przez dany sąd według kolejności ich wpływu, a wyjątek, czyli rozpoznanie sprawy poza kolejnością, sąd może uczynić np. dla spraw pilnych (paragraf 79 Regulaminu).

Ponieważ zmiana Regulaminu postulowana przez środowiska osób transpłciowych i osób prawniczych była opracowywana na długo przed wydaniem wspomnianej wyżej uchwały III CZP 6/24 przez Izbę Cywilną Sądu Najwyższego, to aktualnie pilne są tylko sprawy o ustalenie płci metrykalnej (art. 189 k.p.c.), a więc takie, w których pozywa się rodziców, czyli takie, których już, jak wyżej wskazaliśmy, nie da się skutecznie składać.

To jest, niestety, jedna z negatywnych, praktycznych konsekwencji uchwały III CZP 6/24, gdyż dopóki minister sprawiedliwości nie zmieni Regulaminu urzędowania, co nie stanie się zbyt szybko, bo wymaga konsultacji, to nie będzie można wymagać od sędziów, aby rozpoznawali sprawy o korektę danych metrykalnych poza kolejnością.

Osoba składająca wniosek zawsze może pisać wnioski o przyspieszenie rozpoznawania sprawy, argumentując, dlaczego rozpoznanie sprawy poza kolejnością byłoby w jej konkretnym przypadku wskazane (np. zbliżający się egzamin dojrzałości, wyjazd za granicę). Natomiast sąd nie jest związany takim pismem, nie jest nawet zobowiązany do odpowiedzi.

O co zapyta sąd? Na co przygotować dziecko?

Dobrze przygotowana sprawa sądowa to taka, w której wszystko, co sędzia usłyszy od osób składających zeznania w sprawie, zostało wcześniej już napisane. Dzięki prawidłowemu przygotowaniu wniosku i jego załączników sędzia ma wiedzę, jaka była dotychczasowa historia dotarcia osoby transpłciowej do momentu w życiu, w jakim znajduje się obecnie, co może pozwolić na lepszy wgląd w to, dlaczego w ogóle osoba składa wniosek. I w takiej sprawie, w której pisma zostały napisane prawidłowo, sędzia powinien pytać o rzeczy już mu wiadome, np.:

- ▶ od kiedy osoba transpłciowa odczuwa przynależność do innej płci niż metrykalna?
- ▶ jak wyglądała dotychczasowa diagnostyka lub terapia psychologiczna/psychiatryczna/seksuologiczna? Jak długo trwała, jak się zakończyła?
- ▶ jak osoba funkcjonuje na co dzień w swoich środowiskach (szkole, uczelni, pracy, wśród osób rówieśniczych)?
- ▶ czy osoba jest w trakcie terapii hormonalnej; ewentualnie czy przeszła zabiegi operacyjne (te dostępne w Polsce bez zmiany oznaczenia płci)?
- ▶ czy tranzycja (w szczególności efekty terapii hormonalnej) poprawiła funkcjonowanie osoby transpłciowej i ma pozytywny wpływ na jej samopoczucie?
- ▶ jakie są plany osoby na przyszłość w kwestii funkcjonowania jako osoba określonej płci?
- ▶ czy osoba transpłciowa jest pewna swojej decyzji i czy bierze pod uwagę, że w przyszłości mogłaby zmienić zdanie na temat swojej tożsamości?

To jednak tylko przykładowy zbiór zagadnień, a tematyka i sposób zadawanych pytań mogą się różnić w zależności od sędziego. Należy pamiętać, że sędziowie nie są ani lekarzami, ani psychologami, i nawet jeśli zgłębią temat transpłciowości z dostępnych źródeł, mogą nie wiedzieć, jak i o co pytać oraz co odczuwa osoba transpłciowa stojąca przed sądem. Mogą też, czego nie da się w 100% wykluczyć, mieć do zjawiska transpłciowości nieneutralne podejście. Zawsze do osoby sędziego należy podchodzić z uprzejmością. Założyć, że pewne, oczywiste dla osoby transpłciowej kwestie, mogą nie być rozumiane i potraktować rozprawę jako kolejną próbę wyjaśnienia swojej tożsamości, jakie osoby transpłciowe zwykle podejmowały już wcześniej wiele razy, np. przy coming outie w rodzinie.

W jakim wieku można złożyć wniosek? Czy jest wiek minimalny?

Nie ma minimalnego wieku, poniżej którego małoletnia osoba transpłciowa miałaby nie móc skorzystać z przysługującego jej przecież prawa do sądu. Ponieważ jednak, składając wniosek do sądu rejonowego o sprostowanie aktu urodzenia, warto przedłożyć te same dokumenty i diagnozy, co wcześniej do sądu okręgowego pozywając rodziców, to praktyczną granicą pozostaje tutaj wiek, w którym osoby diagnozujące są gotowe uznać diagnostykę za zakończoną i potwierdzić, że osoba małoletnia spełnia przesłanki do postawienia diagnozy F-64.0 według ICD -10 lub 17HA-60 wg ICD-11, oraz że brak jest przeciwwskazań natury psychiatrycznej do kontynuowania transycji formalnej.

Gdyby złożyć wniosek do sądu i nie posiadałby on w załączeniu diagnoz, które sporządziły osoby mające faktycznie głęboki i rzetelny, a co za tym idzie – czasochłonny, kontakt z osobą diagnozowaną, to nie tylko zwiększa się szansa na powołanie przez sąd biegłych sądowych celem weryfikacji twierdzeń wniosku o transpłciowości danej osoby, lecz także praca biegłych będzie znacznie utrudniona, a nawet wydanie przez nich kategorycznej opinii może okazać się niemożliwe. Biegli mogą być skłonni do uchylenia się od odpowiedzi na pytanie, czy osoba bez wcześniejszej diagnostyki jest

transplciowa, sami nie mając możliwości przedłużonego kontaktu z tą osobą, tak jak prywatni diagności. Z tego względu, w aktualnym stanie rzeczy, nie spotyka się osób transplciowych rozpoczynających formalne kroki młodszych niż 14-, 15-, 16-letnich.

Lepiej złożyć wszystkie czy nie wszystkie dokumenty, jakie się da?

Nie ma na to pytanie dobrej odpowiedzi. Nigdzie nie ma wyczerpującej listy tego, co należy złożyć do sądu. Z praktyki wynika, że na pewno warto złożyć minimum dokumentów, czyli:

- ▶ odpis zupełnego aktu urodzenia;
- ▶ opinię psychologiczno-seksuologiczną;
- ▶ opinię lekarską seksuologiczno-psychiatryczną.

Do wymienionych można dodać:

- ▶ dokumenty potwierdzające pozostawanie w zastępczej terapii hormonalnej (recepty na hormony, wyniki badań krwi z oznaczeniem poziomów hormonów płciowych);
- ▶ dokumenty potwierdzające przejście zabiegów związanych z dostosowaniem wyglądu organizmu do pożądanej płci (chodzi zwłaszcza o kartę informacyjną z zabiegu mastektomii u transplciowych mężczyzn);
- ▶ dokumenty potwierdzające używanie w praktyce określonego imienia/nazwiska w docelowej formie, jeśli we wniosku wpisano żądanie ich skorygowania jednocześnie z oznaczeniem płci (zrzuty ekranu z e-dziennika, mediów społecznościowych, dokumenty prywatne – miejsca i okazje, przy których osoba transplciowa figuruje pod docelowymi danymi).

Nie ma jednak sensu zalewać sądu masą załączników na zasadzie, że liczba kogokolwiek przekona, bo, po pierwsze, ludzka percepcja jest ograniczona, a po drugie, obszernymi dokumentami sędzia może chcieć zajmować się dłużej.

Jak moje dziecko ma złożyć wniosek, skoro jest niepełnoletnie? Rodzic powinien go złożyć czy niepełnoletnia osoba może to zrobić sama? Co jeśli jeden z rodziców się nie zgadza? Co jeśli jeden z rodziców nie ma żadnego kontaktu z dzieckiem?

W aktualnym stanie rzeczy po uchwale III CZP 6/24 instytucja reprezentantów dziecka (zwanymi przed 09.2023 r. kuratorami kolizyjnymi) przestała być w ogóle potrzebna w sprawach sądowych dotyczących małoletnich osób transpłciowych. Skoro sprawy nie wytacza się przeciwko rodzicom, to nie ma formalnie żadnego konfliktu między rodzicami a ich transpłciowym dzieckiem, który uzasadniałby udział reprezentanta.

Obecnie złożenie przez rodziców w imieniu dziecka wniosku o sprostowanie aktu urodzenia podlega tym samym zasadom, co załatwienie każdej innej formalności urzędowej, związanej z ważną sprawą dziecka – czyli osoba małoletnia jest reprezentowana przez rodziców jako przedstawicieli ustawowych, a jeśli jedno z rodziców jest pozbawione lub ograniczone we władzy rodzicielskiej, co do podejmowania decyzji o osobie lub leczeniu dziecka (najbardziej do tych kategorii można chyba zaliczyć formalną tranzycję), to osobę małoletnią reprezentuje w sądzie tylko rodzic w pełni władzy rodzicielskiej, a drugi w ogóle nie weźmie w tej sprawie udziału w żadnym charakterze. U osób, u których oboje rodzice są pozbawieni lub ograniczeni, w wyżej opisany sposób, we władzy rodzicielskiej, wniosek może złożyć tylko osoba, która jest przedstawicielem ustawowym.

W sytuacji, w której oboje rodzice mają pełnię władzy rodzicielskiej, ale tylko jeden z nich wyraża zgodę na sprostowanie aktu urodzenia, przed złożeniem wniosku rodzic stojący po stronie dziecka musi wystąpić do właściwego sądu opiekuńczego o zezwolenie na dokonanie istotnej sprawy dotyczącej osoby dziecka w trybie art. 97 par. 2 Kodeksu rodzinnego i opiekuńczego. W przypadku, gdy miejsce pobytu drugiego rodzica jest nieznane, należy

to uprawdopodobnić przed sądem, który ustali kuratora dla osoby nieznanej z miejsca pobytu, dzięki czemu postępowanie będzie mogło toczyć się dalej.

Natomiast sama osoba małoletnia nie może skutecznie złożyć takiego wniosku. Trudna do wyobrażenia jest sytuacja, w której, przy upartym braku zgody rodziców, osoba małoletnia złoży wniosek do sądu o sprostowanie aktu urodzenia, ponieważ przede wszystkim, skoro nie ma współpracy ze strony rodziców, to na pewno nie było wcześniej żadnej diagnostyki, którą można by było przedłożyć razem z wnioskiem.

Czy posiedzenia sądu odbywają się w wakacje? Wyjeżdżamy i to nas wstrzymuje przed założeniem sprawy.

W wakacje sędziowie też idą na urlopy i rozpraw jest mniej, ale sąd nigdy nie przerywa pracy całkowicie. W razie potrzeby, na swój wniosek, można uczestniczyć w rozprawie w trybie wideokonferencji.

Będziemy potrzebować kuratora. Sąd go wybiera czy można go sobie wybrać samodzielnie?

Kurator nie jest w ogóle potrzebny, jeśli oboje rodzice podpisują się pod wnioskiem jako przedstawiciele ustawowi.

Czy można przyspieszyć uprawomocnienie wyroku?

Wyrok uprawomocnia się od 2019 roku po 7, a nie 21 dniach od odebrania odpisu orzeczenia wydanego na posiedzeniu niejawnym. Nie da się tego czasu skrócić.

Czy wniosek o zmianę nazwiska i/lub imienia niepełnoletniego dziecka musi być potwierdzony notarialnie?

Jeśli dziecko ma 13-17 lat, to jest wymagane wyrażenie przez niego zgody na wniosek o zmianę nazwiska i/lub imienia, złożony przez rodzica/opiekuna

prawnego. Zgoda może zostać wyrażona (1) osobiście podczas wizyty w USC przed kierownikiem USC/jego zastępcą lub (2) na piśmie z podpisem poświadczonym za zgodność notarialnie. Niezależnie od wieku dziecka, zgodę musi wyrazić także drugi rodzic, chyba że został pozbawiony władzy rodzicielskiej. Zgoda może zostać wyrażona (1) elektronicznie, z kwalifikowanym podpisem elektronicznym, albo podpisem zaufanym (ePUAP) lub podpisem osobistym (e-dowód), (2) osobiście, podczas wizyty w USC przed kierownikiem USC/jego zastępcą, albo (3) na piśmie z podpisem poświadczonym za zgodność notarialnie.

Co, jeśli imię dziecka zostało zmienione na mocy decyzji kierownika USC w toku postępowania?

Konieczne jest wysłanie do sądu prowadzącego sprawę o sprostowanie aktu urodzenia pisma procesowego informującego o zmianie danych osobowych. Do pisma najlepiej załączyć kserokopię decyzji kierownika USC.

Do wniosku trzeba załączyć oryginały decyzji czy mogą być kserokopie?

Jeśli załączymy do wniosku kopie zwykłe, sąd może wezwać nas do przedłożenia oryginałów. Możliwe jest także załączenie do wniosku kopii notarialnie poświadczonych.

Czy opinia może się przedawnić?

Jeśli opinia była sporządzona np. 3 lata temu, to stanowi ona dowód z dokumentu prywatnego na fakt, że w roku X diagnosta rozpoznał u nastolatka wskazane jednostki diagnostyczne.

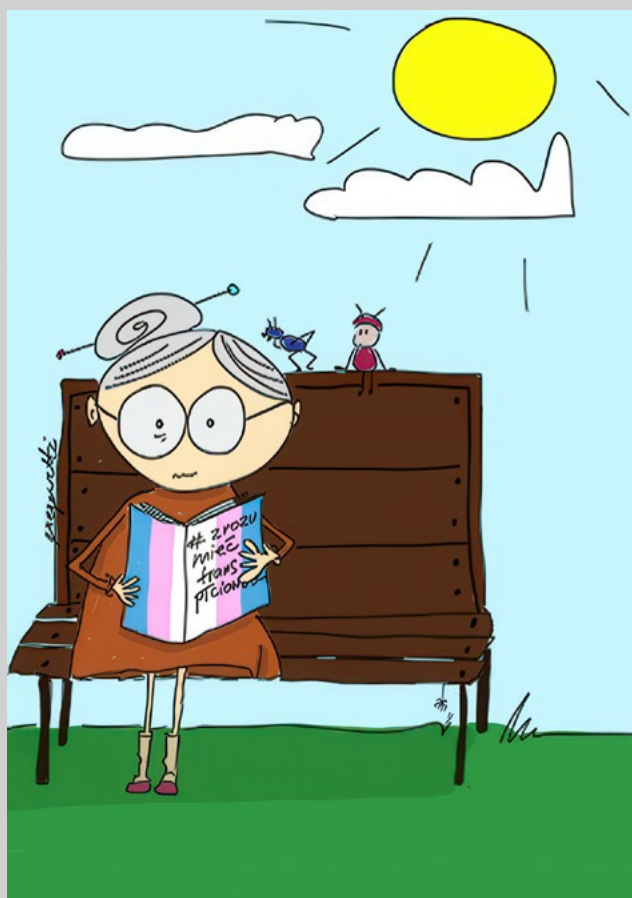
Czy mogę załatwić sprawę w sądzie bez prawnika?

Wiele osób wnosi wnioski w różnego typu postępowaniach nieprocesowych i radzi sobie doskonale bez wsparcia prawnika. Ogólnie rzecz biorąc, nie ma dobrego powodu, dla którego „osoba z ulicy” nie mogłaby sobie poradzić

z postępowaniem o sprostowanie aktu urodzenia – zwłaszcza biorąc pod uwagę ilość zasobów opracowanych przez społeczność. Jednak biorąc pod uwagę stopień złożoności zagadnienia transpłciowości oraz status sędziów Izby Cywilnej Sądu Najwyższego, którzy wydali uchwałę sygn. akt III CZP 6/24 z dnia 4 marca 2025 r., warto trzymać rękę na pulsie i w razie wątpliwości zgłosić się po wsparcie prawne do jednej z organizacji świadczących pomoc prawną dla osób LGBT+.

CZĘŚĆ 7

PRZYDATNE INFORMACJE NA ZAKOŃCZENIE



Na kolejnych stronach znajdziesz tematy, które – wcześniej czy później – pojawią się w Twoim życiu, jeśli jesteś rodzicem dziecka transpłciowego. Zaczniemy od informacji o transfobii. Nie po to, by wzbudzić lęk, ale żeby pomóc Ci ją rozpoznać, zrozumieć jej różne oblicza i nauczyć się, jak jej przeciwdziałać. Transfobia to nie tylko otwarta nienawiść. To także codzienne przejawy ignorancji, stereotypów i cisnormy, które często przemykają niezauważone, choć mają realny wpływ na życie Twojego dziecka. Dowiesz się także, czym jest transfobia zinternalizowana i dlaczego tak ważne jest, by wspierać dziecko również w tej, czasem bardzo cichej, walce o prawo do istnienia w pełni.

Następnie porozmawiamy o sojusznictwie i aktywizmie, ale bez presji. Nie musisz zmieniać całego świata, nosić flagi czy przemawiać z megafonu. Sojusznictwo może zaczynać się od czegoś małego. Przeczytania tej książki, poprawienia, gdy ktoś używa niewłaściwego imienia, wspierającego gestu wobec własnego dziecka. Chcemy Ci pokazać, że aktywizm może mieć wiele twarzy.

Wreszcie coś, co może zaskoczyć, rozdział o nowym życiu. O tym, że wspieranie dziecka może być nie tylko procesem pełnym wyzwań, ale też początkiem Twojej własnej przemiany. Wielu rodziców odkrywa w tym czasie nie tylko swoje dziecko na nowo, ale także samych siebie. Przekonują się, że można żyć pełniej, mówić głośniej, wybierać bardziej świadomie. Zdjąć z siebie ciężar społecznych masek i oczekiwań. Być bliżej swojego dziecka i bliżej siebie.

7.1 Kilka słów o transfobii oraz transfobii zinternalizowanej

Jako rodzic, wcześniej czy później, spotkasz się z transfobią. Warto byś poznała kilka kwestii z nią związanych, po to, by Ci było łatwiej ją dostrzec i, być może, podjąć wobec niej adekwatne działania.

Transfobia to nie zawsze czynna agresja i hasła pełne przemocy. Z drugiej strony, czasem to, co nazywamy transfobią, nie do końca nią jest. Ponadto granica między transfobią a ignorancją bywa płynna.

Transfobia – poglądy i zachowania, które dyskryminują osoby transplciowe. Zwróć uwagę, że są to osoby, „które dyskryminują”, a nie te, „które mają na celu dyskryminowanie”. De facto intencja osoby nie zmienia efektu jej działania. Należy jednak pamiętać o tej cienkiej różnicy między działaniem ewidentnie transfobicznym a działaniem transfobicznym wynikającym z niewiedzy. Mnóstwo osób nigdy nie słyszało o transplciowości. Nie mają wiedzy albo ich wiedza jest kompletnie nieprawdziwa. Nie zakładaj z góry, że ciotka, która na rodzinnym zjeździe opowiada koszmarnie głupoty, jest transfobką. Może to, co opowiada, jest wiedzą, którą posiada. Zamiast nazywać od razu ciotkę transfobką, spróbuj ją wyedukować. Nawet osoba sojusznicza może powiedzieć coś transfobicznego w dobrej (!) wierze, z ignorancji. To nie znaczy, że jest zła i niedobra. Faktem jest, że nikt nie jest magicznie odporny na ogólnopaniującą transfobię, w której się wychowywał.

Wielu rodziców potwierdza, że edukowanie rodziny rzetelną wiedzą wielokrotnie się sprawdziło. Często ci sami rodzice byli przekonani, że wchodzą do paszczy lwa i stawiali się na najgorsze, a tymczasem spotkała ich miła niespodzianka. Tak samo może być w szkole Twojego dziecka. To, że wychowawca opowiada głupoty o transplciowości, nie musi oznaczać, że jest to osoba, z którą będziesz musiał walczyć. Zawsze warto wychodzić z propozycją współpracy.

Przykład ignorancji:

Brak wiedzy, że transpłciowi mężczyźni istnieją.

Przykład transfobii wynikający z ignorancji:

Transfobiczna mikroagresja, to np. używanie takich terminów, jak „transkobieta” (jedno słowo).

Przykład transfobii niezamierzonej:

Śmianie się z transfobicznych karykatur.

Przykład transfobii zamierzonej:

Oczywiste zachowania, których celem jest dyskryminacja osób transpłciowych.

Zatem brak wiedzy może być de facto transfobią.

Przywilej cispłciowy obejmuje te sytuacje, w których osoba cispłciowa korzysta z wszelkich praw i uważa to za absolutnie naturalne dla niej, a osoba transpłciowa nie może korzystać z takich samych praw. Czyli np.: osoba cispłciowa może brać udział w zajęciach WF-u, zgodnie ze swoją tożsamością płciową, a osoba transpłciowa w tej samej sytuacji nie może. Teraz możesz powiedzieć: „Ale to oczywiste, że osoba cispłciowa może brać udział w lekcji WF-u zgodnie ze swoją płcią!”. Właśnie na tym polega przywilej – z faktu, że uznajemy coś za należne prawo jednym, a odbieramy to prawo innym. Niedaleko przywileju cispłciowego znajduje się również cisnorma, czyli system społeczny, którego założeniem jest, że bycie osobą cispłciową jest normą społeczną. Kolejnym bliskim terminem jest cisseksizm. Był on zdefiniowany (przez Julię Serano, jak ogromna masa innych pojęć) jako „założenie/pogląd, że płeć, ekspresja płciowa i relacja z cechami płciowymi osób cispłciowych są bardziej naturalne i uzasadnione niż te osób transpłciowych⁷⁸”. Cisseksizm zatem nakłada się z transfobią, ale

78] Julia Serano, writer, performer, speaker, activist. Julia's trans, gender, sexuality, & activism glossary! <https://www.juliaserano.com/terminology.html> (dostęp: 5.06.2025).

nie w 100%. Cisseksizm jest transfobią, ale nie każda transfobia to cisseksizm. O transmizoginii i ideologii TERF przeczytasz w Słowniku pojęć. Jeśli interesuje Cię zjawisko transfobii, to warto sprawdzić, czym posługują się osoby, partie i organizacje o poglądach transfobicznych.

Esencjalizm – cytując Wikipedię, to pogląd filozoficzny twierdzący, że dla każdego określonego bytu, przynajmniej teoretycznie, jest możliwe podanie skończonego zbioru takich cech (esencji). Określony byt koniecznie musi posiadać wszystkie te cechy, by należeć do definiowanej w ten sposób grupy. Element takiej grupy może posiadać cechy spoza takiego zbioru cech, które nie są ani konieczne, ani wykluczające dla przynależności do definiowanej grupy. W naszym przypadku będzie to np. założenie, że tylko osoba, która została oznaczona przy narodzinach jako kobieta, może rodzić dzieci. Albo tylko kobieta, która jest matką, może być kobietą. Esencjalizm wyklucza zmienność cech, w tym istnienie transpłciowości. Jest poglądem często wykorzystywanym w Polsce przez polityków lewicy, tak samo, jak polityków prawicy, którzy wykorzystują najczęściej religię, jako uzasadnienie swoich transfobicznych poglądów.

W kontekście transpłciowości mówimy zwykle o bioesencjalizmie (biologicznym esencjalizmie), czyli esencjalizmie, opierającym się na biologii – lub sprowadzania osoby do jej cech biologicznych – inaczej, bioesencjalizm to pogląd zakładający, że cechy, zachowania, zainteresowania i przeżycia danej osoby są pokierowane biologią. W kontekście trans, biologia jest rozumiana jako płeć nadana przy urodzeniu.

Esencjalizm płciowy (ang. gender essentialism) – esencjalizm skupiający się na płci faktycznej (gender) zamiast płci nadanej przy urodzeniu (AGAB). Pogląd zakłada, że cechy, zachowania, zainteresowania, i przeżycia danej osoby są kierowane wyłącznie płcią. Esencjalizm płciowy jest jednym z głównych elementów gatekeepingu, ponieważ zakłada, że wszystkie kobiety (albo wszyscy mężczyźni) posiadają te same cechy. W kontekście transfobicznej retoryki esencjalizm płciowy zakłada, że płeć faktyczna jest nieodłączną płci

nadanej przy urodzeniu. To znaczy, że tylko osoby z nadaną płcią żeńską mogą być kobietami, oraz że tylko osoby z nadaną płcią męską mogą być mężczyznami.

Pogląd, że wszystkie kobiety lubią sukienki, a żaden mężczyzna nie lubi koloru różowego, pojawia się często w procesie diagnostyki dysforii płciowej i często wpasowanie się do esencjalizmu płciowego seksuologów i psychiatrów jest niezbędne dla osoby transpłciowej. Kiedy mówimy o transpłciowości, esencjalizm płciowy jest częściej wykorzystywanym argumentem, niż kiedy mówimy o osobach cispłciowych, mimo że obie te grupy są pod jego wpływem. Cispłciowa kobieta, która nie chce pod żadnym pozorem nosić sukienek, nie jest kimś specjalnie wartym uwagi, ale kobieta transpłciowa, która przyzna lekarzowi, że nie chce nigdy nosić sukienki, może się liczyć z ryzykiem niedostania recepty na terapię hormonalną.

Dobrym przykładem bioesencjalizmu jest używanie określeń AMAB/AFAB, osoby, oznaczonej przy narodzinach jako kobieta/mężczyzna, czyli sprowadzenie osoby dosłownie do jej oznaczenia przy narodzinach. Jedynym poprawnym użyciem terminu AFAB/AMAB jest użycie go jako czasownika w czasie przeszłym: „ona była AMAB, on był AFAB”, lub ewentualnie jako rzeczownika dotyczącego wydarzenia z przeszłości, ale nigdy jako przymiotnika lub rzeczownika oznaczającego osobę.

Innym przykładem może być po prostu „(grupa osób trans) są (cecha osobowości)/mają (doświadczenie życiowe związane z ich AGAB)”. To mogą być standardowe terfizmy (transpłciowe kobiety są agresywne, bo mają męskie chromosomy), pseudoobiektywne (transpłciowe kobiety przeszły przez męską socjalizację, bo miały nadaną płć męską przy narodzinach) albo nawet pseudopozytywne (!) stwierdzenia (transpłciowi chłopcy rozumieją kobiety lepiej niż cismężczyźni).

Terfizmy – poglądy, slogany i inne hasła używane przez m.in. TERF-y (*Trans Exclusionary Radical Feminism*, czyli radykalne feministki wykluczające osoby transpłciowe). Mogą być otwarcie i jednoznacznie transfobiczne. Terfizmy mogą

być równoznaczne z psimi gwizdkami (ang. dog whistle). Psie gwizdki mają na celu przemycenie transfobii pod hasłem, które nie brzmi transfobicznie dla osób niezaznajomionych z tematyką. Używane na co dzień. Jakby niezauważalne, nie są kwestionowane przez osoby trzecie, włączając w to osoby, które nie chcą propagować transfobii.

Najczęściej spotykane psie gwizdki:

- ▶ transkobieta, transmężczyzna;
- ▶ męska/żeńska socjalizacja;
- ▶ biologiczna kobieta, biologiczny mężczyzna;
- ▶ trans-zidentyfikowany mężczyzna, trans-zidentyfikowana kobieta;
- ▶ LGB;
- ▶ ideologia gender;
- ▶ cokolwiek o ochronie „prawdziwych” kobiet.

Ważne, by pamiętać, że psie gwizdki mają być odbierane jako obiektywne albo neutralne (a nawet progresywne!) komunikaty i osoba, która ich używa, nie musi być TERF-em albo innym typem transfoba. Niektóre osoby trans, które nie są wyedukowane w tym zakresie, mogą same je powtarzać (!).

Terfizmami mniej subtelny jest zazwyczaj zwykła transfobia: transpłciowe kobiety to ciągle mężczyźni, płci nie można zmienić, okaleczenie (w rozumieniu tranzykcji, zwłaszcza chirurgicznej) itd. To są poglądy czysto transfobiczne i nie są mówione przez przypadek.

Bioesencjalizm jest formą *misgenderingu*, bo przypisuje te same cechy, cispłciowym kobietom i transpłciowym mężczyznom oraz transpłciowym kobietom i cispłciowym mężczyznom, na podstawie płci nadanej przy urodzeniu.

Bioesencjalizm nie jest tylko używany w kontekście transpłciowości, duża część ideologii rasistowskiej polega dokładnie na tym samym.

Pojęciem niezwykle ważnym jest transfobia zinternalizowana. Już o niej

przeczytałeś w tym poradniku. Transfobia zinternalizowana dotyczy osób transpłciowych, które same mają poglądy transfobiczne. Jest to termin używany częściej niepoprawnie niż poprawnie.

Transfobia zinternalizowana dotyczy wyłącznie danej osoby. Nie można dyskryminować innej osoby na podstawie transfobii zinternalizowanej. W momencie kiedy wychodzi ona na zewnątrz, przestaje być zinternalizowana. Osoby transpłciowe, które są transfobiczne w stosunku do innych osób trans, są po prostu transfobiczne, tak samo jak kobieta może być mizoginką, Azjata może być rasistą, imigrant może być ksenofobem itd.

Przykłady:

Transpłciowy chłopak, który uważa, że nie jest prawdziwym mężczyzną, bo nie ma passingu = transfobia zinternalizowana.

Transpłciowa dziewczyna, która oskarża inną transpłciową kobietę o bycie facetem w sukience, bo nie chce mieć operacji dołu = zwykła transfobia.

Transpłciowy mężczyzna uznaje, że transpłciowe kobiety stanowią zagrożenie dla cispłciowych kobiet = transfobia i transmizoginia.

W przypadku, w którym dyskryminacja jest kierowana do tej samej grupy (mtf-mtf, ftm-ftm, enby-enby), mówi się czasami o transfobii bocznej (ang. *lateral transphobia*), ale ciągle nie jest to transfobia zinternalizowana.

Przykłady bardziej nieoczywiste:

Transpłciowa kobieta A widzi inną transpłciową kobietę B, która nie ma passingu, i transpłciowa kobieta A czuje dysfориę z tego powodu („Czy ja też tak wyglądam?”):

- ▶ jeśli ta myśl zostaje w jej głowie i traktuje kobietę B normalnie = transfobia zinternalizowana.
- ▶ jeśli ta myśl wychodzi w formie komunikatu i dyskryminuje kobietę B, to zwykła transfobia.

Transpłciowy mężczyzna uważa, że transpłciowi mężczyźni są biologicznymi kobietami = zwykła transfobia.

W większości przypadków ewolucja transfobii zinternalizowanej („**ja** jestem...”), przestaje być zinternalizowana, kiedy włącza się w to osoby trzecie („...więc **one** też są”).

Transfobia nie jest już zinternalizowana, jeśli osoba na drugim końcu transfobii:

- ▶ nie jest Tobą;
- ▶ wie/zdaje sobie sprawę z tego, co się dzieje.

7.2 Sojusznictwo i aktywizm

Bycie sojusznikiem swojego dziecka transpłciowego to temat trudny dla wielu rodziców. Aktywizm i sojusznictwo budzą często lęk, bo „będę musiała teraz chodzić na marsze”, „będę musiał teraz nosić torbę z flagą osób transpłciowych”. Nie. W jednym z poprzednich rozdziałów przeczytałaś, że osoba transpłciowa nie musi edukować ludzi wokół na temat transpłciowości. Ty też nie musisz. Z drugiej jednak strony, jeśli kogoś wspierasz, to być może masz poczucie, że powinienesz robić coś aktywistycznego? Pamiętaj, że aktywizm nie musi oznaczać uczestnictwa w marszach ani stawania na barykadach. Nie każdy lubi tak spędzać czas.

„(...) ALE JEŚLI W COŚ WIERZYSZ, TO, DO CHOLERY, MÓW O TYM GŁOŚNO I PAMIĘTAJ, ŻE W RZECZYWISTOŚCI PONOSISZ NIEWIELKIE RYZYKO W PORÓWNANIU DO TYCH, KTÓRZY RYZYKUJĄ NAPRAWDĘ”.

CHRISTOPHER HITCHENS⁷⁹

Drobne kroki aktywizmu:

- ▶ Aktywizm ma wiele twarzy. Może to być edukowanie znajomych albo proste działania, które tworzą wokół Ciebie inkluzywne środowisko (w domu, pracy, wśród przyjaciół);
- ▶ Masz wśród znajomych parę gejów? Zaproś ich do domu. Niech dzieci (nie ma znaczenia, w jakim są wieku) mają poszerzony światopogląd;
- ▶ Wybierz się ze znajomymi na film, w którym jest reprezentacja różnorodności płciowej albo podejmuje się tematykę związaną z prawami człowieka, nie musi to być LGBT+, ale neuroróżnorodność, etniczność, religie. Tematów ważnych dla ludzi jest masa;
- ▶ Reaguj, gdy ktoś obgaduje sąsiada, bo przytył;

⁷⁹ J Hitchens C. Listy do młodego kontestatora. Wydawnictwo Karakter, Kraków 2017.

- ▶ Nie krytykuj innych za ich wygląd;
- ▶ Czytaj książki, które pozwolą spojrzeć na problem oczami bohatera;
- ▶ Jeśli nie wiesz, a chcesz się dowiedzieć, z czym się mierzy osoba z niepełnosprawnościami, to zapytaj o to osoby, której dotyczy temat;
- ▶ Jeśli ktoś chce się dowiedzieć więcej o transpłciowości, to podsuń mu listę książek przedstawionych w Aneksie nr 1 – to są sprawdzone tytuły!

7.3 Sojusznictwo i aktywizm. Aneks dla specjalistów i specjalistek

Jak sprawić, żeby osoby ze społeczności LGBT+ czuły się komfortowo w naszym gabinecie lub w naszym miejscu pracy?

Jeśli jesteś lekarką lub Twoja aktywność zawodowa polega na świadczeniu usług osobom transpłciowym i niebinarnym (lub m.in. osobom transpłciowym i niebinarnym), to znajdziesz tutaj kilka porad.

Oznaczenie gabinetu/miejsca pracy jako miejsca przyjaznego osobom transpłciowym czy osobom spod parasola LGBT+, to jasna informacja, że w danej przestrzeni można się bezpiecznie wyoutować. Są sytuacje, kiedy osoba transpłciowa musi zrobić coming out, bo psychiatra pyta o zażywane leki. Pojawia się pierwszy stres – mówić, dlaczego biorę hormony? Wymyślać historie o endokrynologicznych problemach? A co, jeśli psychiatra ma transfobiczne poglądy? Jeśli osoba czeka na dostępny termin 2 miesiące, a wizyta kosztuje 300 zł, to musi mieć pewność, że to nie będzie zmarnowany czas i zmarnowane pieniądze. Specjalisto, jeśli nie masz transfobicznych poglądów i przyjmowanie pacjentów transpłciowych jest dla Ciebie ok, to nawet z marketingowego punktu widzenia, aż się prosi, by taka informacja była podana na Twoich drzwiach.

Miłym pomysłem jest noszenie w gabinecie przypinki z flagą osób transpłciowych i/lub niebinarnych albo tematycznej koszulki, bransoletki, smyczy od identyfikatora itp. Chodzi o drobne elementy, które mogą być niedostrzegane przez osoby nieznaące tematu, ale rozpoznawalne przez osobę transpłciową. Czasem jest tak, że rodzice idą z dzieckiem do gabinetu i nie widzą transowej bransoletki na ręce lekarki, a dziecko dostrzega ją od razu. Taki detal może bardzo zmienić przebieg spotkania i wpłynąć konkretnie na dalszą współpracę.

Informacja, że jesteś osobą otwartą na realizowanie usług również dla osób transpłciowych, musi być jasno i jednoznacznie podana. To nie może być

tylko naklejka z tęczaową flagą albo plakat w kolorach tęczy z napisem „love”. To są świetne gadżety, ale zbyt drobne dla osoby, która:

- ▶ ma się poczuć u Ciebie bezpiecznie;
- ▶ ma zapłacić niemałą kwotę za usługę;
- ▶ miałyby wrócić na kolejną wizytę;
- ▶ miałyby być zadowolona ze współpracy z Tobą.

Kiedy osoba transpłciowa wpada do kafejki z kawą, to „przyjazność” takiego miejsca nie jest sprawą kluczową. Dobrze by było, gdyby kafejka była przyjazna wszystkim, ale jeśli nie jest, to obok jest milion kolejnych. Kawę mam w ręce, więc ostatecznie kupiłam to, co chciałam. Wizyta w gabinecie osoby lekarskiej, która jest transfobiczna, niesie za sobą same straty – nie mam tego, co chciałam, więc tam nie pójde, zmarnowałam czas i pieniądze. Muszę szukać dalej.

Dlaczego osobisty gadżet (smycz, bransoletka, przypinka) jest kluczowy, a plakat na wejściu lub naklejka na drzwiach to mało? Jeśli w danym miejscu pracuje 15 osób, to ja, jako klientka, nie wiem, czy wszystkie zatrudnione osoby są otwarte na współpracę z osobą transpłciową, czy tylko trzy. I znowu, chcę to wiedzieć, zanim upłyną 2 miesiące oczekiwania na wizytę i zanim ją opłacam. Aby potem, po raz kolejny, nie opowiadać historii mojego życia.

Dobrze, by symbole społeczności LGBT+ były w języku polskim. Dlaczego? Bo wtedy osoba, z którą rozmawiasz, ma pewność, że rozumiesz, co masz napisane na koszulce albo na przypince. Wydaje się banalne? Mnóstwo ludzi nosi koszulki z napisami, których nie rozumie. Tak samo mnóstwo ludzi ma jakies gadżety w kolorach flag osób ze społeczności LGBT+ i nie ma pojęcia, co te kolory znaczą.

Przypinka, smycz czy identyfikator z imieniem oraz z zaimkami, jakich używasz, świetnie otworzą komunikację z osobami, z którymi współpracujesz online. Jeśli ktoś łączy się na konsultację i od razu widzi, że może się przy Tobie wyoutować,

od razu zyskujesz. Nie musisz zachodzić w głowę, czy kwestia orientacji seksualnej lub tożsamości płciowej jest ważnym elementem tego spotkania, bo jeśli rozmówca czuje się bezpiecznie, to sam o tym powie. Jedna z psycholożek powiedziała: „Zadzwoiła do mnie osoba przez skype i jak zobaczyła, że mam przypinkę z transowym hasłem, to od razu odetchnęła: Uff, bo nie wiedziałam, jak mam powiedzieć, że chodzi też o kwestie tożsamości płciowej”. Takie „uff” słyszę też w głosie specjalistów. I to „uff” jest zrozumiałe, nie każda chirurżka, psychiatra czy nawet endokrynolog musi mieć doświadczenie w kontaktach z osobami transpłciowymi.

Niekiedy osoby lekarskie twierdzą, że są przyjazne dla osób ze społeczności LGBT+. Może jesteście, ale osoby transpłciowe czy niebinarne tego nie wiedzą. A jak nie wiedzą, to często zakładają, że nie jesteście. Kiedy się trafi do trzech transfobicznych specjalistów z rzędu, to często się zakłada, że czwarty również będzie osobą o transfobicznych poglądach.

Podsumowując:

- ▶ Nie zakładaj, że osoby transpłciowe/niebinarne z góry uznają, że jesteś *transfriendly* i mogą się bezpiecznie przed Tobą wyoutować;
- ▶ Jeśli chcesz się przedstawić jako osoba *transfriendly*, to jasno to zakomunikuj, nie zostawiaj przestrzeni do domysłów;
- ▶ Gadżety, plakaty, przypinki są ok, ale muszą być użyte celowo, a nie jako przypadkowa ozdoba stroju lub wnętrza;
- ▶ Jeśli potrzebujesz potwierdzenia tożsamości płciowej osoby, z którą rozmawiasz, to po prostu zapytaj – o imię i zaimki, jakich używa. Ważne: jeśli pytasz o tożsamość płciową, to poinformuj, po co o to robisz. To nie jest kwestia, która służy zaspokajaniu ciekawości. Bądź gotów usłyszeć: „moja tożsamość płciowa nie ma teraz znaczenia”;
- ▶ Wszystkie hasła, flagi są miłe. Ale jeśli masz transfobiczne poglądy, to mimo wiszącej za Tobą flagi, wizyta u Ciebie będzie stratą czasu dla osoby transpłciowej.

7.4 Nowe życie jest możliwe!

Wielu rodziców po coming outcie dziecka, po wspólnym przechodzeniu tranzycji, odkrywa, że płęć to nie jest taka oczywista sprawa. I sami zadają sobie pytanie o poczucie tożsamości płciowej.

Wielu rodziców dostrzega, jak łatwo o wykluczenie ze społeczeństwa. Są rodzice, którzy zaczęli dostrzegać, że oni sami nie muszą się zmuszać do noszenia pewnych części garderoby, że to nie jest obowiązkowe. Dostrzegają, jak wiele ograniczeń narzucamy sobie sami. Są tacy, którzy dzięki dziecku odwagili się w dorosłym życiu zmienić swoje imię w urzędzie, zamiast tkwić przy imieniu, którego nie lubili. Tacy, którzy odkryli w sobie odwagę do mówienia głośno o swoich potrzebach, i tacy, którzy zaktualizowali listę przyjaciół, bo okazało się, że nie wyznają wspólnych wartości.

Przeważająca większość rodziców wspierających mówi o dużo lepszych relacjach z dzieckiem po coming outcie.

Istnieje spora szansa, że towarzysząc swojemu dziecku w odkrywaniu siebie, Ty również odkryjesz siebie!

Chwila dla Ciebie

Co Tobie dał coming out dziecka?

.....

.....

.....

.....

Czego dowiedziałeś się o sobie dzięki swojemu dziecku?

.....

.....

.....

.....

Czego dowiedziałaś się o swoim dziecku?

.....

.....

.....

.....

Czy Twoja ekspresja płciowa się zmieniła?

.....

.....

.....

.....

Czy masz jakieś marzenia lub hobby, których nie realizujesz, bo Twoja płeć Ci na to nie pozwala?

.....

.....

.....

.....

Jeśli nie masz ochoty rozmyślać o tych wszystkich kwestiach, odłóż te pytania. Zachęcamy, byś odpowiedziała tylko na jedno:

Gdybyś był płci przeciwnej (kobietą – jeśli jesteś mężczyzną, mężczyzną – jeśli jesteś kobietą), to jakby wyglądał Twój dzień? Co byś robił w weekend? Albo co byś robiła w wolny wieczór?

.....

.....

.....

.....

.....

7.5 To już jest koniec...

Dziękujemy z całego serca za przeczytanie tego poradnika. Za poświęcone czas, uwagę i emocje. Za wyruszenie w tę podróż razem z nami.

Mamy nadzieję, że znalazłyście tu nie tylko odpowiedzi na pytania, ale też wsparcie, zrozumienie i choćby promień nadziei na lepsze jutro, na relację z dzieckiem opartą na autentycznym zaufaniu i miłości, na wspólne życie, które nie musi mieścić się w ciasnych ramach narzuconych przez świat.

Rodzicielstwo to nieustanna wędrówka. Pełna zakrętów, nieprzewidywalnych momentów, radości, smutku, strachu i dumy. To nie droga z punktu A do punktu B, ale raczej wspólna przestrzeń, którą budujesz z dzieckiem dzień po dniu, pytaniem po pytaniu, decyzją po decyzji.

Bycie rodzicem dziecka transpłciowego może wiązać się z ogromem niewiadomych i lęków. Ale niesie też ogromny potencjał – do głębokiej zmiany, do poszerzenia serca, do przekraczania tego, co „zawsze było” i tworzenia czegoś nowego, bardziej prawdziwego, bardziej Waszego.

Wierzymy, że nie jesteś sam. Choć czasem możesz tak się czuć. Wokół są inni rodzice, osoby, które przeszły podobne ścieżki, które zmagają się z podobnymi pytaniami, które także uczą się kochać od nowa – mądrzej, głębiej, świadomiej. To jest już koniec tej książki, ale droga się nie kończy i nie musisz iść nią samotnie.

Z czułością i troską

Kinga Janik-Koncewicz, Ewelina Negowetti, Marzena Gutowska

z osobami współautorskimi

ANEKS 1

Polecane lektury, filmy, muzyka



Książki:

- ▶ Adamczewska-Stachura M, Borecka G i in. Przewodnik dla otwartej szkoły. Transpłciowość. Poradnik dla kadry pedagogicznej pracującej w szkole i zarządzającej szkołą. Fundacja Psycho-Edukacja, 2023.
- ▶ Binnie I. Nevada. Topside Press, 2013.
- ▶ Callender K. Na zawsze Felix. We need YA, 2021.
- ▶ Frankel L. Tak to już jest. Poradnia K, 2019.
- ▶ Gevisser M. Różowa linia/jak miłość i płeć dzielą świat. Wydawnictwo Poznańskie, 2022.
- ▶ Grabski B (red.). Zdrowie osób transpłciowych i niebinarnych – podręcznik psychoedukacyjny dla osób i pacjentów oraz ich bliskich. Fundacja Trans-Fuzja, 2022.
- ▶ Grabski B, Mijas M i in. Dysforia i niezgodność płciowa. Kompendium dla praktyków. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, 2020.
- ▶ Grace LJ. Trans. Wyznania anarchistki, która zdradziła punk rocka. Czarne, 2021.
- ▶ Grodzka A. Mam na imię Ania. WAB, 2013.
- ▶ Heban M. Godność, prośbę. O transpłciowości, gniewie i nadziei. Krytyka Polityczna, 2023.
- ▶ Herman A. Nigdy nie będziesz szło samo. WAB, 2023.
- ▶ Jacoń P. My, trans. Wydawnictwo RM, 2021.
- ▶ Jacoń P. Wiktorja. Transpłciowość to nie wszystko. WAB, 2024.
- ▶ Japonka E. Zrozumienie. Fundacja Trans-Fuzja, 2016.
- ▶ Jennings J, Herthel J. Mam na imię Jazz. Krytyka Polityczna, 2019.
- ▶ Kim R. Pomiędzy. Historie osób niebinarnych. Wydawnictwo Luna, 2024.
- ▶ Kłapczyńska M. Dzikie gęsi. Witanet, 2015.
- ▶ Kłonkowska A. Płeć dana czy zadana? Strategie negocjacji (nie)tożsamości transpłciowej w Polsce. Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego, 2017.
- ▶ Kosińska K. Brudny róż. Nisza, 2015.

- ▶ Kowalska L. *Lukrecja w ciele Krzyśka*. Ridero, 2017.
- ▶ Kowalska L. *Opowieści różnej treści*. Ridero, 2017.
- ▶ Kuligowski W. *Trzecia płeć świata*. Albus, 2020.
- ▶ Loter M. *Chłopiec w czerwonej sukience*. Videograf, 2016.
- ▶ Marin M. *Skok anioła*. Oficyna Wydawnicza Akapit, 1993.
- ▶ Maynard DM. *Refleksyjny poradnik dla rodziców i rodzin dzieci transpłciowych*. Fraszka Edukacyjna, 2022.
- ▶ Nut AE. *Zostać Nicole*. *Metamorfoza amerykańskiej rodziny*. Czarna Owca, 2016.
- ▶ Osińska N. *Fanfik*. *Krytyka Polityczna*, 2016.
- ▶ Osińska N. *Slash*. Agora, 2017.
- ▶ Peters T. *Trans i pół, bejbi*. WAB, 2022.
- ▶ Serano J. *Whipping Girl*. Seal Press, 2007.
- ▶ Silverman E. *Janek, (nie Janka)*. All Kids Publishing, 2021.
- ▶ Skrzydłowska-Kalukin K, Sokolińska J. *Mów o mnie ono*. WAB, 2022.
- ▶ Szewczyk P. *Ciała obce*. *Opowieści o transpłciowości*. Wydawnictwo Agora, 2023.
- ▶ Szymkowiak AM. *Ostatni rozdział*. Ridero, 2018.
- ▶ Ziemińska R. *Niebinarne i wielowarstwowe pojęcie płci*. Wydawnictwo Naukowe PWN, 2018.

Film:

- ▶ *Być jak Mikołaj* (2024, reż. Aurelia Frydrych-Zdanowska)
- ▶ *Dziewczyna z portretu* (2015, reż. Tom Hooper)
- ▶ *Eden* (2012, reż. Megan Griffiths)
- ▶ *Fantastyczna kobieta* (2017, reż. Sebastián Lelio)
- ▶ *Gabrielle albo skok anioła* (2016, reż. Bernadette Saint-Remi)
- ▶ *Jak chłopak z dziewczyną* (2014, reż. Eric Schaeffer)

- ▶ Kobieta z... (2023, reż. Michał Englert, Małgorzata Szumowska)
- ▶ Lola (2019, reż. Laurent Micheli)
- ▶ Mów mi Helen (2015, reż. Gregor Schnitzler)
- ▶ Na zawsze Laurence (2012, reż. Xavier Dolan)
- ▶ Orlando – moja polityczna biografia (2023, reż. Paul B. Preciado)
- ▶ Piękny bokser (2003, reż. Ekachai Uekrongtham)
- ▶ Po prostu Charlie (2017, reż. Rebeka Fortune)
- ▶ Pustka i ja (2022, reż. Adrián Silvestre)
- ▶ Trans-akcja (2010, reż. Sławomir Grünberg, Katka Reszke)
- ▶ Transamerica (2005, reż. Duncan Tucker)
- ▶ Transhood (2020, reż. Sharon Liese)
- ▶ Transrodzic (2014-2018, reż. Jill Soloway)
- ▶ Ujawnienie (2020 reż. Sam Feder)
- ▶ W blasku ekranu (2024, reż. Jane Schoenbrun, tytuł oryginału: I Saw the TV Glow)
- ▶ Wrześniowe poranki (2021, reż. Josefina Trotta)
- ▶ Wszystko o moim dziecku (2021, reż. Piotr Jacoń)

Muzyka⁸⁰

- ▶ Addison Grace/ I Wanna Be a Boy
- ▶ Atlas/ jhfly/ they/ them
- ▶ Blue Foster/ IDK if I'm a Boy
- ▶ Cavetown/ 10 Feet Tall
- ▶ Cavetown/ Snail (feat. Chloe Moriondo)
- ▶ Cavetown/ This Is Home
- ▶ Floria/ Odmienność
- ▶ Jesse Methylen/ Imieniem złym
- ▶ Mallrat/ I Don't Hate My Body I'm just afraid of it

80] Podziękowania dla Allena Muszyńskiego za pomoc w przygotowaniu listy muzycznej

- ▶ MJ/ *I Wish I Were a Boy*
- ▶ Mother Mother/ *Body*
- ▶ Murder Person for Hire/ *Chaotic Gender Neutral*
- ▶ Ryan Cassata/ *Daughter*
- ▶ Ryan Cassata/ *Gender Binary (Fuck You)*
- ▶ Sade/ *Young Lion*
- ▶ Saint Wellesley/ *Dysphoria*
- ▶ She/ Her/ Hers/ *Nvr Pass*
- ▶ Steam Powered Giraffe/ *Transform*
- ▶ Sushi Soucy/ *I Deserve to Bleed*
- ▶ Transgender Dysphoria Blues/ *Against Me!*
- ▶ Will Wood/ *I/Me/Myself*
- ▶ Worries/ *They/Them/Theirs*

ANEKS 2

Ważne strony internetowe i organizacje

- ▶ Fundacja „Transpłciowość w rodzinie” – ftwr.org.pl
- ▶ Fundacja PROMENADA – fundacijapromenada.pl
- ▶ Fundacja Trans-Fuzja – transfuzja.org
- ▶ Instytut Zdrowia Mentalnego – instytutzdrowiamentalnego.pl
- ▶ Kampania Przeciw Homofobii – kph.org.pl
- ▶ My, Rodzice – Stowarzyszenie matek, ojców i sojuszników osób LGBTQIA – myrodzice.org
- ▶ Repozytorium wiedzy o transpłciowości i tranzycji – tranzycja.pl
- ▶ Stowarzyszenie Miłość Nie Wyklucza – mnw.org.pl
- ▶ Stowarzyszenie rodzin i przyjaciół osób LGBT Akceptacja – akceptacja.org
- ▶ Stowarzyszenie Tęczówka – teczowka.org.pl
- ▶ Terappo – terappo.pl
- ▶ Tolerado – Stowarzyszenie na rzecz osób LGBT – tolerado.org
- ▶ Wiara i Tęcza | bezpieczna przestrzeń dla chrześcijan LGBTQ+ – wiaraiteczka.pl

ANEKS 3

Słownik pojęć

- ▶ **A** (ang. A-spec/asexual/aromantic) – osoby ze spektrum aseksualności i aromantyczności są osobami, które nie odczuwają (lub odczuwają znacznie mniej) pociągu seksualnego (aseksualność) lub romantycznego (aromantyczność).
- ▶ **Biseksualność** – orientacja seksualna, która obejmuje pociąg seksualny i/lub romantyczny do więcej niż jednej płci.
- ▶ **Bissu, Calabai, Calalai** – trzy z pięciu płci w kulturze Bugijczyków (Indonezja), gdzie dwie pozostałe oznaczają osoby cisplciowe. Calabai i calalai to tożsamości płciowe zbliżone do, odpowiednio, heteroseksualnych kobiet i mężczyzn transpłciowych. Pomimo wielu płci funkcjonuje heteronormatywność, a od calabai i calalai oczekuje się, że wezmą ślub i będą mieć adoptowane dzieci. Calabai często pracują jako fryzjerki albo konsultantki ślubne, a calalai przyjmują typowo męskie prace, np. w rolnictwie. Bissu to płeć, ale także rola duchowa, która musi być nauczona. Osoby bissu są „wszelkopłciowe”, łączą w sobie fragmenty wszystkich płci. Osoba, która ma typowe zewnętrzne narządy płciowe, może zostać bissu, bo jej dusza jest innej płci. Bissu mają role duchowe i przechodzą inicjacje, muszą nauczyć się wielu praktyk kulturowych i ślubować celibat. Historycznie bissu były osobami odgrywającymi bardzo ważną rolę, brali udział w koronacjach królów aż do 1949 roku, a przed przyjęciem islamu przez Bugijczyków w XVII wieku byli widziani jako osoby łączące ludzi i Bogów.
- ▶ **Blokery** – tak naprawdę to analogi GnRH – leki powodujące hamowanie dojrzewania płciowego u osób młodocianych przez tymczasowe obniżenie poziomu i zablokowanie działania hormonów płciowych, ich odstawienie powoduje odwrócenie działania i powrót do procesu dojrzewania zgodnie z przypisaną płcią.

- ▶ **Burrnesha** (częściej nazywani „dziewicami Kanunu”) – rola płciowa wywodząca się z chrześcijańskiej północnej Albanii, prawdopodobnie jedyna „trzecia płć” ciągle „praktykowana” w Europie. Burrnesha to mężczyzna, który miał płć żeńską nadaną przy urodzeniu, a który ślubuje dziewictwo, aby uzyskać prawa i przywileje przysługujące mężczyznom. W najbardziej tradycyjnej częściach północnej Albanii, która ciągle przestrzega Kanunu – przynajmniej 500-letniego zapisu praw, w którym znajduje się m.in. gjakmarrja – krwawa zemsta – burrneshe funkcjonują tak samo, jak inni mężczyźni, mają te same prawa, przywileje i obowiązki. Jedyną różnicą jest brak możliwości zakładania rodzin.
- ▶ **Butch** – lesbijka, która przybiera męską ekspresję płciową przez ubiór, zachowanie, styl itp. Większość butch lesbijek jest kobietami (cisplciowymi lub transplciowymi), ale niektóre są też osobami niebinarnymi. Przeciwnieństwem butch jest „femme”, typ lesbijki, która prezentuje się w typowo kobiecy sposób.
- ▶ **Cishet** (skrót od cisplciowy(a) i heteroseksualny(a)) – termin używany w środowiskach LGBT+ na osoby spoza środowiska, tzn. cisplciowe i heteroseksualne. Używany obecnie częściej od samego hetero, aby nie wykluczać heteroseksualnych osób transplciowych.
- ▶ **Cisheteronormatywność** – termin ten odnosi się do stereotypowego założenia, że heteroseksualność i bycie osobą cisplciową (taką, której płć jest zgodna z tą przypisaną przy urodzeniu) są normą, która przejawia się w interakcjach interpersonalnych i społeczeństwie, oraz pogłębia marginalizację osób queer.
- ▶ **Cisplciowość** – osoba cisplciowa to osoba, której płć jest zgodna z tą nadaną przy urodzeniu, przeciwieństwo transplciowości. Cisplciowość, tak samo jak transplciowość, nie implikuje, jak dana osoba wygląda. Osoby cisplciowe mogą mieć dowolną ekspresję płciową.
- ▶ **Deadname** – inaczej nekronim, imię (zazwyczaj to nadane przy urodzeniu), którego dziecko nie używa. Jeśli dziecko używa swojego imienia nadanego

przy urodzeniu, to nie jest to *deadname*.

- ▶ **Demi-dziewczyna** (ang. *demi-girl*, *demi – pół*) – osoba, która odczuwa siebie częściowo (w przeciwieństwie do: w pełni) jako dziewczyna/kobieta, bez względu na płeć nadaną przy urodzeniu.
- ▶ **Dysforia płciowa** – uczucie dyskomfortu, czasem cierpienia, wynikającego z rozbieżności między tożsamością płciową a różnymi aspektami płci (ciała, wyglądu itd.).
- ▶ **Egg** (ang. jajko) – osoba transpłciowa, która nie jest jeszcze świadoma faktu, że jest transpłciowa.
- ▶ **Egg crack** (ang. rozbitcie jajka) – wewnętrzny coming out osoby transpłciowej.
- ▶ **F/M, F2M, FtM** (ang. *female to male*) – skrót opisujący transycję „z kobiety na mężczyznę” lub mężczyznę, który taką transycję przechodzi (bądź przeszedł). Czasami używane też przez osoby niebinarne, które przechodzą transycję medyczną w tym samym kierunku.
- ▶ **F2NB, F2X** (ang. *female to nonbinary*) – skrót opisujący transycję „z kobiety na osobę niebinarną” lub osobę, która taką transycję przechodzi (bądź przeszła). Nie ma jednej „niebinarnej transycji” i osoby niebinarne mają często bardziej zróżnicowane cele transycyjne niż osoby binarne.
- ▶ **Falloplastyka** (*fallo*, *phallo*) – operacja polegająca na stworzeniu penisa, której poddają się transpłciowi mężczyźni i niektóre osoby niebinarne. Jest to wieloetapowa operacja, która zawiera w sobie skrotoplastykę (stworzenie moszny), wszczepienie implantu erekcyjnego, wydłużenie cewki moczowej oraz – w każdym przypadku – przeszczep skóry, najczęściej z przedramienia. Nie ma operacji na stworzenie jąder, dlatego transpłciowi mężczyźni po falloplastyce nie mogą spłodzić dziecka. Została przeprowadzona po raz pierwszy w 1936 roku na mężczyźnie cisplciowym, a w roku 1946 na mężczyźnie transpłciowym. Tej samej operacji poddają się cisplciowi mężczyźni, którzy stracili lub uszkodzili penisa w wypadku albo z powodu choroby. Drugą, alternatywną metodą stworzenia penisa u transpłciowego mężczyzny, jest metoidioplastyka.

- ▶ **FFS** (ang. *facial feminization surgery*, operacja feminizacji twarzy) – operacja polegająca na feminizacji twarzy u osoby, która przeszła przez męskie dojrzewanie, głównie kobiet transpłciowych. Najczęściej polega na korekcji nosa, żuchwy, obniżeniu linii włosów i redukcji łuku brwiowego, ale może też obejmować przeszczep włosów, korektę kości policzkowych, zmniejszenia jabłka Adama, i inne zabiegi, w zależności od potrzeb danej kobiety lub osoby niebinarnej.
- ▶ **FMS** (ang. *facial masculinization surgery*, operacja maskulinizacji twarzy) jest o wiele rzadziej przeprowadzaną operacją i rzadziej wykonywaną przez transpłciowych mężczyzn z powodu silniejszego działania testosteronu w przeciwieństwie do estrogenu.
- ▶ **Gej** – mężczyzna, cispłciowy lub transpłciowy, który odczuwa pociąg seksualny i/lub romantyczny wyłącznie w stosunku do innych mężczyzn. Niektóre osoby niebinarne, bez względu na płeć nadaną przy urodzeniu, również określają się jako geje.
- ▶ **Hidźra (Hindi) Khwaja Sara (Urdu)** – trzecia płeć/rola społeczna występująca w wielu kulturach subkontynentu indyjskiego. *Hidźry* są uznawane za trzecią płeć w świetle prawa w Indiach, Nepalu, Pakistanie i Bangladeszu. Wiele *Hidźr* to kobiety transpłciowe, osoby interpłciowe i wykastrowani mężczyźni, a samo słowo *hidźra* jest czasami używane zamiennie z transpłciowością. Ponieważ *hidźra* oznacza osobę, która nie jest ani mężczyzną, ani kobietą, jest często obraźliwe w stosunku do transpłciowych kobiet, które są uznawane przez społeczeństwo cisplciowe za *hidźry*. *Hidźry* są podmiotem potężnej dyskryminacji społecznej i większość żyje w ubóstwie oraz jest zmuszonych do prostytucji i żebrania.
- ▶ **Histerektomia (histo)** – operacja polegająca na usunięciu macicy, której poddają się transpłciowi mężczyźni i niektóre osoby niebinarne. W przypadku osób trans jest to zwykle nie tylko histerektomia kompletna/całkowita, podczas której jest usuwana też szyjka macicy, lecz także jajniki i jajowody. Tej samej operacji poddają się cisplciowe kobiety z wszelakich powodów zdrowotnych lub życiowych.

- ▶ **Interpłciowość** – osoby *intersex*, osoby interpłciowe albo osoby o zróżnicowanych cechach płciowych – to osoby, które naturalnie posiadają fizyczne cechy płciowe niezgodne z binarnym podziałem płci. Cechy te są zwykle odkrywane przy narodzinach, podczas dojrzewania, lub w dorosłości, np. kiedy dana osoba okazuje się niepłodna. Te cechy mogą być widoczne gołym okiem (np. u osoby, której zewnętrzne narządy płciowe nie pasują do definicji ani męskich, ani żeńskich narządów płciowych, albo cispłciowej dziewczynki, której w czasie dojrzewania zaczyna rosnąć broda) lub niewidoczne (np. u cispłciowej kobiety mającej kariotyp XY albo cispłciowego mężczyzny urodzonego z niedziałającą macicą). Takie określenia, jak „hermafrodyta” i „obojniak”, są uznawane współcześnie za wysoce obraźliwe w odniesieniu do ludzi. Osoby interpłciowe mogą być cispłciowe, transpłciowe, heteroseksualne, homoseksualne.
- ▶ **Kariotyp** – zbiór chromosomów ludzkich, w kontekście LGBT+, zwykle rozumiany jako allosomy (chromosomy płci, tzn. X/Y). „Robienie kariotypu” w kontekście osób trans i interpłciowych oznacza ustalenie, jakie chromosomy płci ma dana osoba (np. XY, XX, XXX, XO, XYY, XXXXX, itd.). Poza kontekstem LGBT+ kariotyp jest zwykle używany do diagnostyki zaburzeń, jak np. zespół Downa albo zespół Edwardsa, które dotyczą autosomów (chromosomów niepłciowych).
- ▶ **Lesbijka** – kobieta, cispłciowa lub transpłciowa, która odczuwa pociąg seksualny i/lub romantyczny wyłącznie w stosunku do innych kobiet. Niektóre osoby niebinarne, bez względu na płeć nadaną przy urodzeniu, też identyfikują się jako lesbijki.
- ▶ **LGB** – skrót odnoszący się do „LGB Alliance” (Sojusz LGB), grupy nienawiści mającej na celu eliminację osób transpłciowych w Wielkiej Brytanii. Termin ten jest obecnie szeroko używany przez transfobiczne lesbijki, gejów i osoby biseksualne niezwiązane z tą konkretną organizacją.
- ▶ **LGBTQIAP+** – skrót, oryginalnie anglojęzyczny, oznaczający: lesbijki, gejów, osoby biseksualne, osoby trans, osoby queer, osoby o zróżnicowanych

cechach płciowych (inaczej: osoby interpłciowe), osoby w spektrum aseksualności i aromantyczności, osoby panseksualne, i więcej (+).

- ▶ **M/F, M2F, MtF** (ang. male to female) – skrót opisujący tranzycję „z mężczyzny na kobietę” lub kobietę, która taką tranzycję przechodzi (bądź przeszła). Czasami używane też przez osoby niebinarne, które przechodzą tranzycję medyczną w tym samym kierunku.
- ▶ **M2NB, M2X** (ang. male to nonbinary) – skrót opisujący tranzycję „z mężczyzny na osobę niebinarną” lub osobę, która taką tranzycję przechodzi (bądź przeszła). Nie ma jednej „niebinarnej tranzycji” i osoby niebinarne mają często bardziej zróżnicowane cele tranzycyjne niż osoby binarne.
- ▶ **Mastektomia, topka, jedynka** – operacja polegająca na rekonstrukcji klatki piersiowej z żeńskiej na męską, której poddają się transpłciowi mężczyźni i niektóre osoby niebinarne. Tej samej operacji poddają się cispłciowi mężczyźni z ginekomastią (męskim przerostem piersi) i cispłciowe kobiety z nowotworem piersi. Topka jest też określeniem rzadziej używanym na operację powiększenia biustu u transpłciowych kobiet.
- ▶ **Misgenderowanie** – używanie zaimków/form gramatycznych niezgodnych z używanymi przez daną osobę.
- ▶ **Muxe** – trzecia płeć w kulturze Zapoteków (Meksyk), oznaczająca osobę z nadaną płcią męską przy urodzeniu, która przybiera żeńską rolę społeczną. Muxe są często uznawane za błogosławieństwo dla rodzin i są zwykle doceniane w matriarchalnej kulturze Zapoteków. Większość terażniejszej dyskryminacji muxe jest związana z katolicyzmem i kolonizacją, które wprowadziły binaryzm płciowy w ich rdzennej kulturze.
- ▶ **MVPFAFF+** – akronim podobny do LGBTQ+, stworzony przez niueńską aktywistkę Phyleshę Brown-Acton. Określa spektrum różnorodności tożsamości płciowej tradycyjnych trzecich płci i orientacji seksualnej w kulturach Wysp Pacyfiku. Wliczają się do tego m.in.: Fa'afafine (Samoa), Māhū (Tahiti i Hawaje), Vakasalewalewa (Fidżi), Palopa (Papua-Nowa Gwinea), Akava'ine (Wyspy Cooka), Fakaleiti/leiti (Tonga), Fakafifine (Niue), Binapinaaaine (Tuvalu i Kiribati), Rae-rae (Polinezja Francuska), Haka huahine

(Tokelau), Fa'atama (Samoa), Māhūkāne (Hawaje) i Binabinamane (Kiribati).

- ▶ **Niebinarność** – nieutożsamianie się w sposób binarny wyłącznie z kobietą lub mężczyzną, odrzucenie podziału na płeć.
- ▶ **Niezgodność płciowa** – odczuwanie niezgodności między płcią odczuwaną a przypisaną przy urodzeniu. Może, ale nie musi, wiązać się z odczuwaniem dyskomfortu/dysforii płciowej.
- ▶ **Nullifikacja (nullo)** – operacja, której poddają się głównie osoby niebinarne, bardzo rzadko gdziekolwiek wykonywana i obecnie niewykonywana w Polsce. Polega na usunięciu zewnętrznych (potencjalnie też wewnętrznych) narządów płciowych.
- ▶ **Operacja dołu** – słowo parasol, określenie wielu różnych operacji dla osób przechodzących tranzycję w każdą stronę. Najczęściej rozumiana jako waginoplastyka, falloplastyka, i/lub metoidioplastyka, tzn. operacje stworzenia nowych narządów płciowych.
- ▶ **Orchidektomia (orchy)** – operacja polegająca na usunięciu jąder, której poddają się transpłciowe kobiety i niektóre osoby niebinarne. Tej samej operacji poddają się cispłciowi mężczyźni z rakiem jąder.
- ▶ **Owariektomia** – operacja polegająca na usunięciu jajników, której poddają się transpłciowi mężczyźni i niektóre osoby niebinarne. Termin rzadko używany, ponieważ zwykle owariektomia jest wykonywana razem z histerektomią.
- ▶ **Panseksualność** – jest często używany zamiennie z biseksualnością, ponieważ oba te terminy oznaczają pociąg do więcej niż jednej płci. Niektóre osoby różnicują je na podstawie preferencji, zakładając, że osoby biseksualne mają preferencje (np. mężczyzna biseksualny, który czuje pociąg do kobiet i mężczyzn, ale preferuje mężczyzn), a osoby panseksualne nie (osoba panseksualna nie widzi płci), ale nie jest to definicja powszechnie akceptowana.
- ▶ **Passing** – odbiór, postrzeganie osoby zgodnie z jej tożsamością płciową, na podstawie zmian w jej wyglądzie i zachowaniu, dopasowanych do stereotypowych norm płciowych.

- ▶ **Phuying/Kathoeay** – określenie kobiet transpłciowych i androgynicznych gejów w Tajlandii, Laosie i Kambodży. *Phuying* to nazwa stosowana przez te kobiety, tłumaczy się jako „kobieta”, a *kathoeay* to nazwa o wiele bardziej popularna na Zachodzie, jest tłumaczona na *ladyboy* (dosł. „panna-chłopiec”). Duża część *Phuying* to po prostu binarne kobiety transpłciowe, które są kategoryzowane jako trzecia płeć z powodu braku legalnego i społecznego rozpoznania transpłciowości. Pomimo przekonania panującego w znacznej części Europy, że Tajlandia to niemalże stolica transpłciowości, nie można tam zmienić znacznika płci, nie ma też żadnej ochrony przeciw dyskryminacji osób transpłciowych, a opcje zatrudnienia są często limitowane do prostytucji i turystyki.
- ▶ **Queer** – w przeszłości w języku angielskim słowo wysoce obraźliwe w stosunku do osób nieheteroseksualnych i/lub transpłciowych, współcześnie określenie pozytywne.
- ▶ **Relacja diamoryczna** – relacja romantyczna, w której udział bierze przynajmniej jedna osoba niebinarna.
- ▶ **Sistergirl, brotherboy** (z ang. dziewczyna-siostra, chłopak-brat) – terminy używane przez niektórych rdzennych Australijczyków i Wyspiarzy z Cieśniny Torresa, zwłaszcza Wyspiarzy i Wyspiarki Wyspy Tiwi. Nazwy te określają kogoś, kto ma „kobietą duszę i przyjmuje kobietą rolę” (*sistergirl*) lub „męską duszę i przyjmuje męską rolę” (*brotherboy*). W społecznościach Aborygeńskich i Wyspiarzy z Cieśniny Torresa, *sistergirl* i *brotherboy* są często używane w rozumieniu transpłciowa osoba (rdzennego pochodzenia), chociaż niektóre osoby niebinarne i cispłciowe (zwłaszcza nieheteroseksualne) też czasami identyfikują się w taki sposób.
- ▶ **TERF** (ang. *trans exclusionary radical feminism*) – ideologia samoidentyfikująca się jako feministyczna, skupiająca się na promowaniu transfobii w ramach „praw [cispłciowych] kobiet”, podtyp ruchu przeciwko „ideologii gender”. Nazwa TERF została wymyślona przez Viv Smythe, blogerkę z Australii, po raz pierwszy użyto tego określenia w 2008 roku. Ideologia TERF jest

uznawana za ruch przeciwko prawom człowieka (anti rights movement) przez m.in. ONZ na rzecz Równości Płci i Wzmocnienia Kobiet.

- ▶ **Transseksualizm** – historyczna nazwa, w dużym stopniu zastąpiona przez termin transpłciowość. Transseksualizm był używany jako diagnoza od 1923 do 1994 roku, kiedy został zastąpiony zaburzeniem tożsamości płciowej (co z kolei zastąpiono dysforią płci w 2013 roku). „Transseksualizm” nadal funkcjonuje w Polsce, w środowisku medycznym, ponieważ nowsza wersja ICD-11 (z 2022 roku), powinna wejść w życie w Polsce dopiero w 2027. W nowej, przetłumaczonej już na język polskiej wersji, termin „transpłciowość” zastąpiono terminem „niezgodność płci”. Jednak niektóre osoby trans określają się jako transseksualne w neutralny sposób, zwłaszcza osoby starsze.”
- ▶ **Transmizoginia** (transfobia+mizoginia) – typ dyskryminacji skierowanej w kierunku kobiet transpłciowych i niebinarnych osób transzeńskich.
- ▶ **Tranzycja** – działania zmierzające do funkcjonowania zgodnie z tożsamością płciową, w zależności od rodzaju tych działań rozróżniamy tranzycję medyczną (korekta cech płciowych za pomocą medycyny), społeczną (korekta funkcjonowania w społeczeństwie, np. przez zmianę zaimków, imienia, ubioru) i prawną (korekta oznaczenia płci w dokumentach).
- ▶ **Transfobia** – poglądy i zachowania dyskryminujące osoby transpłciowe.
- ▶ **Travesti** – określenie, czasami pejoratywne, osób transzeńskich w Ameryce Łacińskiej. W kontekście aktywizmu społecznego jest często używane m.in. w Brazylii, Argentynie i Peru. Jako słowo parasol określa osoby transzeńskie, żyjące w ubóstwie spowodowanym dyskryminacją, zajmujące się prostytutką jako głównym źródłem dochodu.
- ▶ **Tumtum i androgynos** – według niektórych interpretacji *Bikkurim* w Misznie – zbiorze tekstów prawnych, uzupełniający Torę – wyróżnia się więcej płci niż tylko kobieta i mężczyzna (zachar). Są one „zarezerwowane” dla osób interpłciowych, w zależności od ich pierwszo – lub drugorzędnych cech płciowych. *Tumtum* jest osobą płci „nieznanej”, a *androgynos* ma organy

i żeńskie, i męskie. Nidda stwarza jeszcze więcej kategorii, dodając aiyłonił, kobietę, która nie ma znaków dojrzewania żeńskiego jako osoba dorosła, ale ma cechy typowo męskie, jak niski głos. Te kategorie wpływały na życie społeczne, ponieważ osoby poszczególnych płci podlegały innym prawom.

- ▶ **Two-spirit** (z ang. o dwóch duszach, dwuduszny(y/a/e) – rola tzw. pan-Indiańska (tutaj odnosząca się do rdzennych grup Ameryki Północnej), słowo parasol na określenie rdzennych Amerykanów i Kanadyjczyków, których kultury mają trzecie płcie lub alternatywne role płciowe. Termin ten został stworzony dosyć niedawno, został specjalnie wybrany w celu odróżnienia i zdystansowania rdzennych Amerykanów od ludów nierodzimych⁸¹ oraz aby uniknąć używania terminów wymyślonych przez amerykańskich antropologów XX wieku, które często są obecnie uważane za przestarzałe i/lub obraźliwe. Two-spirit jest parasolem używanym przez m. in. Odżibwejów, Nlaka'pamux, Lakotów i wielu innych.
- ▶ **Waginoplastyka** – operacja polegająca na stworzeniu pochwy, której poddają się transpłciowe kobiety i niektóre osoby niebinarne. Jest to operacja z bardzo szeroką liczbą technik używanych do jej wykonywania, najczęściej obejmująca płaty jelitowe i przeszczepy skóry. Ponieważ nie ma operacji na stworzenie jajników lub macicy, transpłciowe kobiety po waginoplastyce nie mogą spłodzić dziecka. Pierwsza waginoplastyka została przeprowadzona w 1931 roku na transpłciowej kobiecie. Tej samej operacji poddają się cispłciowe kobiety, które straciły lub uszkodziły swoją pochwę w wypadku albo z powodu choroby.
- ▶ **2SLGBTQI+** – używane zamiast „LGBT+” przez rząd kanadyjski.

81] Okanagan Library. Indigenous Studies. <https://libguides.okanagan.bc.ca/IndigenousStudies/two-spirit-and-indigiqueer> (dostęp: 5.06.2025).

ANEKS 4

Bibliografia

Austin A, Craig SL, D'Souza S, McInroy LB. Suicidality among transgender youth: elucidating the role of interpersonal risk factors. *J Interpers Violence* 2022; 37(5-6): NP2696-NP2718 doi: 10.1177/0886260520915554.

Austin A, Craig SL, Navega N, McInroy LB. It's my safe space: the life-saving role of the internet in the lives of transgender and gender diverse youth. *Int J Transgender Health* 2020; 21(1): 33-44. doi: 10.1080/15532739.2019.1700202.

Baker KE, Wilson LM, Sharma R, et al. Hormone therapy, mental health, and quality of life among transgender people: a systematic review. *J Endocr Soc* 2021; 5(4): bvab011. doi: 10.1210/jeendo/bvab011.

Belmont N, Cronin TJ, Pepping CA. Affirmation-support, parental conflict, and mental health outcomes of transgender and gender diverse youth. *Int J Transgender Health* 2024; 25(1): 50-62. doi: 10.1080/26895269.2023.2252418.

Bustos VP, Bustos SS, Mascaro A, et al. Regret after gender-affirmation surgery: systematic review and meta-analysis of prevalence. *Plast Reconstr Surg Glob Open* 2021; 9(3): e3477. doi: 10.1097/GOX.0000000000003477.

Campbell J. Bohater o tysiącu twarzy (wyd. 3). Joseph Campbell Foundation; New World Library, 2008.

Chavanduka TMD, Gamarel KE, Todd KP, Stephenson R. Responses to the gender minority stress and resilience scales among transgender and nonbinary youth. *J LGBT Youth* 2021; 18(2): 135-154. doi.org/10.1080/19361653.2020.1719257.

Chodzen G, Hidalgo MA, Chen D, Garofalo R. Minority stress factors associated with depression and anxiety among transgender and gender-nonconforming youth. *J Adolesc Health* 2019; 64(4): 467-471. doi: 10.1016/j.jadohealth.201807.006.

Clark TC, Lucassen MFG, Bullen P, et al. The health and well-being of transgender high school students: results from the New Zealand Adolescent Health Survey (Youth'12). *J Adolesc Health Care* 2014; 55(1): 93-99. doi: 10.1016/j.jadohealth.2013.11.008.

Coates S, Person ES. Extreme boyhood femininity: isolated behavior or pervasive disorder? *J Am Acad Child Psychiatry* 1985; 24(6): 702-709. doi: 10.1016/s0002-7138(10)60113-6.

Coelho JS, Suen J, Clark BA, et al. Eating disorder diagnoses and symptom presentation in transgender youth: a scoping review. *Curr Psychiatry Rep* 2019; 21(11): 107. doi: 10.1007/s11920-019-1097-x.

Cooper K, Mandy W, Butler C, Russel A. The lived experience of gender dysphoria in autistic adults: an interpretative phenomenological analysis. *Autism* 2022; 26(4): 963-974.

DeFrance MJ, Scuderi GR. Are 20% of patients actually dissatisfied following total knee arthroplasty? A systematic review of the literature. *J Arthroplasty* 2023; 38(3): 594-599.

Durwood L, Eisner L, Fladeboe K, et al. Social support and internalizing psychopathology in transgender youth. *J Youth Adolesc* 2021; 50(5): 841-854. doi: 10.1007/s10964-020-01391-y.

Durwood L, McLaughlin KA, Olson KR. Mental health and self-worth in socially transitioned transgender youth. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2017; 56(2): 116-123.e2. doi: 10.1016/j.jaac.201610.016

Eisenberg ME, Gower AL, McMorris BJ, et al. Risk and protective factors in the

lives of transgender/gender nonconforming adolescents. *J Adolesc Health Care* 2017; 61(4): 521-526. doi: 10.1016/j.jadohealth.201704.014.

Evans YN, Gridley SJ, Crouch J, et al. Understanding online resource use by transgender youth and caregivers: a qualitative study. *Transgend Health* 2017; 2(1): 129- 139. doi: 10.1089/trgh.20170011.

Fajt D, Kuta N. Transpłciowość w mediach. Wytyczne dotyczące odpowiedzialnej pracy dziennikarskiej. Fundacja Instytut Spraw Społecznych, Warszawa 2025.

Fontanari AMV, Vilanova F, Schneider MA, et al. Gender affirmation is associated with transgender and gender nonbinary youth mental health improvement. *LGBT Health* 2020; 7(5): 237-247. doi: 10.1089/lgbt.2019.0046.

Gawlik-Starzyk A, Dora M, Baran D, et al. Framework guidelines for the process of caring for the health of adolescent transgender (t) and non-binary (NB) people experiencing gender dysphoria – the position statement of the expert panel. *Endokrynol Pol* 2025; 76(1): 1-28. doi:10.5603/ep.104289.

Gibson DJ, Glazier JJ, Olson KR. Evaluation of anxiety and depression in a community sample of transgender youth. *JAMA Netw Open* 2021; 4(4): e214739. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2021.4739.

Gower AL, Rider GN, Brown C, et al. Supporting transgender and gender diverse youth: protection against emotional distress and substance use. *Am J Prev Med* 2018; 55(6): 787-794. doi: 10.1016/j.amepre.201806.030.

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.org/10.12740/PP/OnlineFirst/125785.

Grossman AH, D'Augelli AR. Transgender youth and life-threatening behaviors. *Suicide Life Threat Behav* 2007; 37(5): 527-537. doi: 10.1521/suli.2007.37.5.527.

Guz S, Kattari SK, Atteberry-Ash B, et al. Depression and suicide risk at the cross-section of sexual orientation and gender identity for youth. *J Adolesc Health* 2021; 68(2): 317-323. doi: 10.1016/j.jadohealth.2020.06.008.

Haak D, Madej O. Detranzycja – przyczyny i wpływ zjawiska na proces diagnostyczny dysforii płciowej (F64.0). *Seksuologia Polska* 2021; 19: 1. doi:10.5603/SP.2021.0008.

Hatchel T, Valido A, De Pedro KT, et al. Minority stress among transgender adolescents: the role of peer victimization, school belonging, and ethnicity. *J Child Fam Stud* 2019; 28(9): 2467-2476. doi.org/10.1007/s10826-018-1168-3.

Heber J. Correcting the scientific record on gender incongruence – and an apology. *PLOS BLOGS. EveryONE*. <https://everyone.plos.org/2019/03/19/correcting-the-scientific-record-and-an-apology/> (dostęp: 5.06.2025).

Hitchens C. Listy do młodego kontestatora. Wydawnictwo Karakter, Kraków 2017.

James SE, Herman JL, Rankin S, et al. The Report of the 2015 U.S. Transgender Survey. National Center for Transgender Equality, Washington 2016.

Johns MM, Lowry R, Andrzejewski J, et al. Transgender identity and experiences of violence victimization, substance use, suicide risk, and sexual risk behaviors among high school students-19 states and large urban school districts, 2017 *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 2019; 68(3): 67-71. doi: 10.15585/mmwr.mm6803a3.

Johnson KC, LeBlanc AJ, Sterzing PR, et al. Trans adolescents' perceptions and experiences of their parents' supportive and rejecting behaviors. *J Couns Psychol* 2020; 67(2): 156-170. doi: 10.1037/cou0000419.

Julia Serano, writer, performer, speaker, activist. Julia's trans, gender, sexuality, & activism glossary! <https://www.juliaserano.com/terminology.html> (dostęp: 5.06.2025).

Korczak J. Prawidła życia. Pedagogika dla dzieci i młodzieży. <https://wolnelektury.pl/katalog/lektura/prawidla-zycia/> (dostęp: 5.06.2025).

Kozee HB, Tylka TL, Bauerband AL. Measuring transgender individuals' comfort with gender identity and appearance: development and validation of the Transgender Congruence Scale. *Psychol Women Q* 2012; 36(2): 179-196. doi.org/10.1177/0361684312442161.

Kuvalanka KA, Weiner JL, Munroe C, et al. Trans and gender-nonconforming children and their caregivers: gender presentations, peer relations, and well-being at baseline. *J Fam Psychol* 2017; 31(7): 889-899. doi: 10.1037/fam0000338.

Leinun MC, Joseph J. Changing demographics in transgender individuals seeking hormonal therapy: are trans women more common than trans men? *Transgend Health* 2020; 5(4): 241-245.

Leon K, O'Bryan J, Wolf-Gould C, et al. Prevalence and risk factors for nonsuicidal self-injury in transgender and gender-expansive youth at a rural gender wellness clinic. *Transgender Health* 2021; 6(1): 43-50. doi: 10.1089/trgh.2020.0031.

Levitan N, Barkmann C, Richter-Appelt H, et al. Risk factors for psychological functioning in German adolescents with gender dysphoria: poor peer relations and general family functioning. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2019; 28(11): 1487-1498. doi: 10.1007/s00787-019-01308-6.

Mahfouda S, Moore JK, Siafarikas A, et al. Gender-affirming hormones and surgery in transgender children and adolescents. *Lancet Diabetes Endocrinol* 2019; 7(6): 484-498. doi: 10.1016/S2213-8587(18)30305-X.

Meyer IH. Minority stress and mental health in gay men. *J Health Soc Behav* 1995; 36(1): 38-56.

Nahata L, Quinn GP, Caltabellotta NM, Tishelman AC. Mental health concerns and insurance denials among transgender adolescents. *LGBT Health* 2017;

4(3): 188-193. doi: 10.1089/lgbt.20160151.

Okanagan Library. Indigenous Studies. <https://libguides.okanagan.bc.ca/IndigenousStudies/two-spirit-and-indigiqueer> (dostęp: 5.06.2025).

Olson KR, Durwood L, DeMeules M, McLaughlin KA. Mental health of transgender children who are supported in their identities. *Pediatrics* 2016; 137(3): e20153223. doi: 10.1542/peds.2015-3223.

Pariseau EM, Chevalier L, Long KA, et al. The relationship between family acceptance-rejection and transgender youth psychosocial functioning. *Clin Pract Pediatr Psychol* 2019; 7(3): 267-277. doi.org/10.1037/cpp0000291.

Peng K, Zhu X, Gillespie A, et al. Self-reported rates of abuse, neglect, and bullying experienced by transgender and gender-nonbinary adolescents in China. *JAMA Netw Open* 2019; 2(9): e1911058. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2019.11058.

Price MN, Green AE. Association of gender identity acceptance with fewer suicide attempts among transgender and nonbinary youth. *Transgend Health* 2023; 8(1): 56-63. doi: 10.1089/trgh.2021.0079.

Price-Feeney M, Green AE, Dorison SH. Understanding the mental health of transgender and nonbinary youth. *J Adolesc Health* 2020; 66(6): 684-690. doi: 10.1016/j.jadohealth.2019.11.314.

Price-Feeney M, Green AE, Dorison SH. Impact of bathroom discrimination on mental health among transgender and nonbinary youth. *J Adolesc Health* 2021; 68(6): 1142-1147. doi: 10.1016/j.jadohealth.2020.11.001.

Rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans. <https://sante.gouv.fr/ministere/documentation-et-publications-officielles/rapports/sante/article/rapport-relatif-a-la-sante-et-aux-parcours-de-soins-des-personnes-trans> (dostęp: 2.06.2025).

Röder M, Barkmann C, Richter-Appelt H, et al. Health-related quality of life in transgender adolescents: associations with body image and emotional and behavioral problems. *Int J Transgend* 2018; 19(1): 78-91. doi.org/10.1080/15532739.20181425649.

Roma history by Cassius Dio. https://penelope.uchicago.edu/thayer/e/roman/texts/cassius_dio/80*.html (dostęp 5.06.2025).

Romito M, Salk RH, Roberts SR, et al. Exploring transgender adolescents' body image concerns and disordered eating: semi-structured interviews with nine gender minority youth. *Body Image* 2021; 37: 50-62. doi: 10.1016/j.bodyim.2021.01.008.

Russell ST, Pollitt AM, Li G, Grossman AH. Chosen name use is linked to reduced depressive symptoms, suicidal ideation, and suicidal behavior among transgender youth. *J Adolesc Health* 2018; 63(4): 503-505. doi: 10.1016/j.jadohealth.201802.003.

Rynowiecka A. Częstki mężczyzny. *Magazyn Replika* 2025; 114.

Schumm WR, Crawford DW. Is research on transgender children what it seems? Comments on recent research on transgender children with high levels of parental support. *Linacre Q* 2020; 87(1): 9-24. doi: 10.1177/0024363919884799.

Seavey CA, Katz PA, Zalk SR. *Baby X. Sex Roles* 1975; 1: 103-109.

Selkie E, Adkins V, Masters E, et al. Transgender adolescents' uses of social media for social support. *J Adolesc Health* 2020; 66(3): 275-280. doi: 10.1016/j.jadohealth.2019.08.011.

Sievert ED, Schweizer K, Barkmann C, et al. Not social transition status, but peer relations and family functioning predict psychological functioning in a German clinical sample of children with gender dysphoria. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2021; 26(1): 79-95. doi: 10.1177/1359104520964530.

Skrzydłowska-Kalukin K, Sokolińska J. Mów do mnie ono. Dlaczego współczesne dzieci szukają swojej płci? Wydawnictwo WAB, Warszawa 2022.

Smith S, Han J. The trans-formation of gender confirming surgery: a brief history. *J Urol* 2019; 201(4S): e244. <https://doi.org/10.1097/01.JU.0000555394.71572.8e>.

Sood R, Chen D, Muldoon AL, et al. Association of chest dysphoria with anxiety and depression in transmasculine and nonbinary adolescents seeking gender-affirming care. *J Adolesc Health Care* 2021; 68(6): 1135-1141. doi: 10.1016/j.jadohealth.2021.02.024.

Sorbara JC, Chiniara LN, Thompson S, Palmert MR. Mental health and timing of gender-affirming care. *Pediatrics* 2020; 146(4): e20193600. doi: 10.1542/peds.2019-3600.

Surace T, Fusar-Poli L, Vozza L, et al. Lifetime prevalence of suicidal ideation and suicidal behaviors in gender non-conforming youths: a meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2021; 30(8): 1147-1161. doi: 10.1007/s00787-020-01508-5.

Swan J, Phillips TM, Sanders T, et al. Mental health and quality of life outcomes of gender-affirming surgery: a systematic literature review. *J Gay Lesbian Ment Health* 2022; 27(1): 2-45. doi.org/10.1080/19359705.2021.2016537.

Taliaferro LA, McMorris BJ, Eisenberg ME. Connections that moderate risk of non-suicidal self-injury among transgender and gender non-conforming youth. *Psychiatry Res* 2018; 268: 65-67. doi: 10.1016/j.psychres.201806.068.

Témoignage. Une identité sexuelle fluide, féminine et masculine à la fois. <https://www.courrierinternational.com/article/temoignage-une-identite-sexuelle-fluide-feminine-et-masculine-la-fois> (dostęp: 5.06.2025).

Testa RJ, Habarth J, Peta J, et al. Development of the Gender Minority Stress and Resilience Measure. *Psychol Sex Orientat Gend Divers* 2015; 2(1): 65-77.

doi.org/10.1037/sgd0000081.

The Trevor Project. 2024 US National Survey on the Mental Health of LGBTQ+ Young People. https://www.thetrevorproject.org/survey-2024/assets/static/TTP_2024_National_Survey.pdf (dostęp: 14.03.2025).

Thoma BC, Rezeppa TL, Choukas-Bradley S, et al. Disparities in childhood abuse between transgender and cisgender adolescents. *Pediatrics* 2021; 148(2): e2020016907. doi: 10.1542/peds.2020-016907.

UCLA School of Law, Williams Institute. How many adults and youth identify as transgender in the United States? <https://williamsinstitute.law.ucla.edu/publications/trans-adults-united-states/> (dostęp: 2.06.2025).

USCF Transgender Care. Guidelines for the primary and gender-affirming care of transgender and gender nonbinary people. <https://transcare.ucsf.edu/guidelines> (dostęp: 5.06.2025).

Van Cauwenberg G, Dhondt K, Motmans J. Ten years of experience in counseling gender diverse youth in Flanders, Belgium. A clinical overview. *Int J Impot Res* 2020; 33(7): 671-678. doi: 10.1038/s41443-021-00441-8.

Veale JF, Peter T, Travers R, Saewyc EM. Enacted stigma, mental health, and protective factors among transgender youth in Canada. *Transgender Health* 2017; 2(1): 207-216 doi: 10.1089/trgh.20170031.

Veale JF, Watson RJ, Peter T, Saewyc EM. Mental health disparities among Canadian transgender youth. *J Adolesc Health* 2017; 60(1): 44-49. doi: 10.1016/j.jadohealth.201609.014.

Wallien MSC, Swaab H, Cohen-Kettenis PT. Psychiatric comorbidity among children with gender identity disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2007; 46(10):1307-1314. doi: 10.1097/chi.0b013e3181373848.

Weinhardt LS, Xie H, Wesp LM, et al. The role of family, friend, and significant other support in well-being among transgender and non-binary youth. *J GLBT Fam Stud* 2019; 15(4): 311-325. doi.org/10.1080/1550428X.20181522606.

Wiepjes CM, Nota NM, de Blok CJM, et al. The Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria Study (1972-2015): Trends in prevalence, treatment, and regrets. *J Sex Med* 2018; 15(4): 582-590.

Witcomb GL, Claes L, Bouman WP, et al. Experiences and psychological wellbeing outcomes associated with bullying in treatment-seeking transgender and gender-diverse youth. *LGBT Health* 2019; 6(5): 216-226. doi: 10.1089/lgbt.20180179.

Yadegarfar M, Meinhold-Bergmann ME, Ho R. 2014. Family rejection, social isolation, and loneliness as predictors of negative health outcomes (depression, suicidal ideation, and sexual risk behavior) among Thai male-to-female transgender adolescents. *J LGBT Youth* 2014; 11(4):347-363. doi.org/10.1080/19361653.2014.910483.

Bustos VP, Bustos SS, Mascaro A, et al. Regret after gender-affirmation surgery: a systematic review and meta-analysis of prevalence. *Plast Reconstr Surg Glob Open* 2021; 9(3): e3477. doi: 10.1097/GOX.0000000000003477.

Turban JL, Loo SS, Almazan AN, Keuroghlian AS. Factors leading to “detransition” among transgender and gender diverse people in the United States: a mixed-methods analysis. *LGBT Health* 2021; 8(4): 273-280. doi: 10.1089/lgbt.2020.0437.

Haak D, Madej O. Detranzycja – przyczyny i wpływ zjawiska na proces diagnostyczny dysforii płciowej (F64.0). *Seksuologia Polska* 2021; 19: 1. doi.10.5603/SP.2021.0008

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.

Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, et al. Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2017; 102: 3869-3903. doi: 10.1210/jc.2017-01658.

T'Sjoen G, Arcelus J, De Vries ALC, et al. European Society for Sexual Medicine Position Statement "Assessment and Hormonal Management in Adolescent and Adult Trans People, With Attention for Sexual Function and Satisfaction". *J Sex Med.* 2020; 17(4):570-584. doi: 10.1016/j.jsxm.2020.01.012.

Zaliznyak M, Yuan N, Bresee C. How early in life do transgender adults begin to experience gender dysphoria? Why this matters for patients, providers, and for our healthcare system. *Sex Med* 2021; 9(6): 100448. doi: 10.1016/j.esxm.2021.100448.

ANEKS 5

Informacje o osobach autorskich (w kolejności alfabetycznej)

Marzena Gutowska (ona/jej) – sojuszniczka osoba aktywistyczna, queer mama, edukatorka. Aktywna działaczka Stowarzyszenia My, Rodzice, absolwentka Akademii Zaangażowanego Rodzica. Współzałożycielka i członkini Zarządu Fundacji „Transpłciowość w rodzinie”, w wolnych chwilach ubarwiająca życie poezją.

kontakt: m.gutowska@ftwr.org.pl

Kinga Janik-Koncewicz (ona/jej) – doktor nauk medycznych i nauk o zdrowiu, badaczka w zakresie zdrowia. Autorka wielu publikacji naukowych w obszarze zdrowia, szczególnie dotyczących determinantów zdrowia związanych ze stylem życia (picie alkoholu, palenie tytoniu i in.). Współzałożycielka i Prezes Zarządu Fundacji „Transpłciowość w rodzinie”. Aktywnie działa na rzecz wsparcia rodziców osób transpłciowych oraz osób ze środowiska LGBTQ+. Członkini Stowarzyszenia My, Rodzice oraz absolwentka Akademii Zaangażowanego Rodzica. Sojuszniczka, społeczniczka, kochająca i wspierająca „Queer Mama”.

kontakt: k.j.koncewicz@ftwr.org.pl

Anna Kępczyńska-Nyk (ona/jej) – doktor nauk medycznych, specjalistka chorób wewnętrznych, endokrynologii i seksuologii. W latach 2005–2021 związana z Kliniką Chorób Wewnętrznych i Endokrynologii Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. Jest autorką i współautorką publikacji naukowych z zakresu

endokrynologii i seksuologii. Obecnie prowadzi prywatną praktykę lekarską. Zajmuje się pacjentami z zaburzeniami układu wydzielania wewnętrznego. W kręgu jej szczególnych zainteresowań leży opieka nad osobami transpłciowymi oraz osobami z zaburzeniami funkcji seksualnych w przebiegu chorób o podłożu endokrynologicznym. Obecnie zatrudniona w Zakładzie Seksuologii Medycznej i Psychoterapii Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego. Członkini Rady Fundacji „Transpłciowość w rodzinie”.

kontakt: www.znanylekarz.pl

Ewelina Negowetti (ona/jej) – założycielka i administrowująca facebookowej grupy „Transpłciowość w rodzinie”. Laureatka nagrody LGBT+ Diamonds Awards w kategorii Ambasador roku osób LGBT+ (2022). Członkini Zarządu Fundacji „Transpłciowość w rodzinie”. Autorka poradnika *Pułapki aktywizmu – Jak je ominąć i cieszyć się życiem (nie tylko swoim)* (2022). Współautorka i ilustratorka publikacji *Przewodnik dla otwartej szkoły. Transpłciowość. Poradnik dla kadry pedagogicznej pracującej w szkole i zarządzającej szkołą* (2023), współautorka publikacji *Rzecznika Praw Obywatelskich Postępowania w sprawach o uzgodnienie płci. Przewodnik* (2024). Autorka cyklu artykułów w obszarze transpłciowości i niebinarności dla Magazynu Replika. Z wykształcenia specjalistka ds. zarządzania ngo.

kontakt: e.negowetti@ftwr.org.pl

Arkadiusz Parker (on/jego) – psycholog, pedagog, psychoterapeuta. Pochodzi z okolic Bielska-Białej, aktualnie mieszka w Opolu, gdzie prowadzi swój gabinet psychoterapeutyczny (psychoterapia indywidualna, partnerska oraz grupowa osób dorosłych). Prezes Fundacji PROMENADA, w której koordynuje różnorodne działania, zajmuje się projektami, szkoleniami i współpracą.

Od kilku lat współprowadzi grupę wsparcia dla osób transpłciowych i niebinarnych, zajmuje się wspieraniem osób w tranzycji i opiniowaniem. W Akademii Zaangażowanego Rodzica współprowadził edycje w Katowicach i we Wrocławiu. Można go spotkać na Marszach Równości, gdzie z zespołem idzie ramię w ramię po wolność i akceptację osób ze społeczności LGBTQIAP+. Członek Rady Fundacji „Transpłciowość w rodzinie”.

kontakt: fundacjapromenada@gmail.com

Sasza Słowiński-Negowetti (on/jego) – ilustrator, konsultant do spraw książek i mediów o tematyce transpłciowości i niebinarności, były współorganizator spotkań edukacyjno-rozrywkowych dla dzieci transpłciowych i ich rodziców oraz były współkoordynator „akcji binder”.

Agnieszka Rynowiecka (ona/jej) – dyplomowana psycholożka, certyfikowana psychoterapeutka Sekcji Naukowej Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (nr 706) oraz supervizorka-aplikantka tegoż Towarzystwa. Jest absolwentką Uniwersytetu Kardynała Stefana Wyszyńskiego w Warszawie, gdzie skończyła 5-letnie studia psychologiczne, socjologiczne oraz kurs pedagogiczny. Ukończyła liczne kursy i szkolenia z zakresu psychoterapii, m.in. 4-letni kurs w Instytucie Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, roczne szkolenie supervizorskie w Laboratorium Psychoedukacji, Szkolenie z elementów EFT i Racjonalnej Terapii Zachowania, szkolenie z Terapii Bezsenności i pomocy psychologicznej osób LGBTQ oraz kurs Queer Lab w Bolonii. Od 2007 roku pracuje zawodowo w Szpitalu Nowowiejskim w Warszawie. A od 2021 roku współtworzy Terappo. Specjalizuje się w pomocy osobom dorosłym, a jej pasją jest pomoc osobom transpłciowym i ich bliskim. Od 10 lat prowadzi grupy wsparcia i konsultacje indywidualne w Fundacji Trans-Fuzja. Pomaga partnerom i partnerkom, rodzicom

i dzieciom osób transpłciowych i niebinarnych, zrozumieć skomplikowany temat niezgodności płci. Z tego powodu chętnie dzieli się swoją wiedzą na spotkaniach, w wywiadach i publikacjach. Opiniuje w procesie korekty płci, chorób otępiennych oraz zaburzeń osobowości. Dotychczas przeprowadziła ponad 300 procesów diagnostycznych osób transpłciowych i niebinarnych, wydała setki opinii dla lekarzy seksuologów i dla sądów w sprawach o uzgodnienie płci. Jest autorką wielu publikacji z zakresu transpłciowości i autorskiego szkolenia, m.in.: *Pomoc psychologiczna i psychoterapia osób z dysforią płci*. *Szkolenie dla specjalistów – edycja podstawowa i zaawansowana*, bardzo wysoko ocenianego przez praktyków zajmujących się tematem transpłciowości oraz *Pomoc psychologiczna, psychoterapeutyczna dla osób transpłciowych i niebinarnych – szkolenie dla zaawansowanych*. Od 2023 roku prowadzi zajęcia ze studentami dotyczące dylematów etycznych na Uniwersytecie SWPS w Warszawie. Jest pomysłodawczynią i CEO Terappo. Stworzyła je z pasji do zawodu psychoterapeuty z misją, aby każdy potrzebujący zyskał pomoc, jakiej potrzebuje, jak najszybciej i w przystępnej cenie. Członkini Rady Fundacji „Transpłciowość w rodzinie”.

kontakt: www.terappo.pl

Maja Świetlicka (ona/jej) – ginekolożka, seksuolożka, psycholożka.

kontakt: www.znanylekarz.pl

Mikołaj Świstowski (on/jego) – prawnik, zajmuje się prawem w praktyce od 2013 roku, kiedy rozpoczął praktyki w kancelarii adwokackiej. W roku akademickim 2013/2014 był członkiem Sekcji Cywilnej Studenckiej Poradni Prawnej Uniwersytetu Jagiellońskiego. Od 25 czerwca 2019 roku, po złożeniu ślubowania, wykonuje zawód adwokata, wpisany na listę Krakowskiej Izby

Adwokackiej, a od 2025 roku także w filii w Katowicach. Od 23 lipca 2020 roku pełni funkcję stałego mediatora sądowego, wpisany na listę Prezesa Sądu Okręgowego w Krakowie, a od marca 2025 roku także Prezesa Sądu Okręgowego w Katowicach. Swoją uwagę i zainteresowania poświęca szczególnie osobom LGBT+, koncentrując się na pomocy prawnej związanej z zapewnieniem równości prawnej. Zajmuje się przede wszystkim wspieraniem osób transplciowych, które pragną zmienić swoje dane osobowe na niezwiązane z płcią przypisaną przy urodzeniu, w tym oznaczenie płci, imię i nazwisko oraz dokumenty wystawione na poprzednie dane.

kontakt: www.adwokatswistowski.pl

Marek Urbaniak (on/jego) – absolwent studiów prawniczych na Wydziale Prawa i Administracji UMK w Toruniu, obecnie w trakcie zdobywania uprawnień zawodowych adwokata. W przeszłości zaangażowany w działalność takich organizacji pozarządowych, jak Europejskie Stowarzyszenie Studentów Prawa ELSA Poland, Stowarzyszenie AMICI CURIAE i Fundacja Studenckie Forum Business Centre Club. W obszarze jego zainteresowań profesjonalnych znajduje się prawo podatkowe, prawo cywilne, funkcjonowanie wymiaru sprawiedliwości w Polsce oraz międzynarodowa ochrona praw człowieka. Działacz na rzecz osób transplciowych, współautor publikacji Rzecznika Praw Obywatelskich: *Postępowania w sprawach o uzgodnienie płci. Przewodnik (2024)*. Transplciowy mężczyzna. Członek Rady Fundacji „Transplciowość w rodzinie”.

Stepownik to kompleksowy poradnik skierowany do rodziców i opiekunów dzieci transpłciowych i niebinarnych. Jego głównym celem jest wsparcie dorosłych w zrozumieniu tożsamości płciowej dzieci oraz towarzyszenie im w procesie tranzytacji – społecznej, medycznej i prawnej. Osoby autorskie podkreślają, że nie oferują gotowych odpowiedzi, lecz dzielą się wiedzą, doświadczeniem i refleksją, by pomóc odnaleźć się w często trudnej i stawiającej wyzwania rzeczywistości.

Poradnik wyjaśnia podstawowe pojęcia z zakresu tożsamości płciowej, orientacji psychoseksualnej i ekspresji płciowej. Obala mity i pomaga zrozumieć, czym jest transpłciowość i czym się różni od cisplciowości. Omawia znaczenie wsparcia rodzinnego dla dobrostanu psychicznego dziecka i jego wpływ na zdrowie oraz życie młodej osoby transpłciowej. Skupia się także na emocjach i trudnościach, z jakimi mierzą się rodzice, oferując strategie radzenia sobie w nowej sytuacji. Przedstawia przebieg i różne formy tranzytacji, od zmiany imienia i ubioru, po interwencje medyczne i prawne. Zawiera praktyczne porady, jak rozmawiać z bliskimi i jak wspierać dziecko na różnych etapach życia.

Stepownik to narzędzie edukacyjne, ale i emocjonalne wsparcie, które pomaga rodzicom stać się sojusznikami swoich dzieci w procesie budowania ich autentycznej tożsamości.

Fundacja „Transpłciowość w rodzinie” powstała z potrzeby wspierania osób transpłciowych oraz ich bliskich w procesie akceptacji, edukacji i budowania bezpiecznych, otwartych relacji rodzinnych. Wywodzi się z grupy ponad 2 000 rodziców transpłciowych i niebinarnych dzieci w Polsce. Naszą misją jest tworzenie przestrzeni, w której każda tożsamość płciowa może być rozumiana, szanowana i wspierana – zarówno przez rodzinę, jak i społeczeństwo. Działamy na rzecz budowania mostów porozumienia – organizując warsztaty, grupy wsparcia, konsultacje psychologiczne i prawne, a także kampanie edukacyjne i społeczne. Wspieramy rodziny w procesie coming outu, pomagamy w nawigowaniu trudnych emocji oraz przeciwdziałamy wykluczeniu i dezinformacji. Fundacja angażuje się również w działania rzecznicze, współpracując z instytucjami edukacyjnymi, medycznymi i prawnymi, aby normalizować pojęcie transpłciowości w Polsce. Skupiamy się na różnorodnych działaniach edukacyjnych mających na celu przełamywanie uprzedzeń i stereotypów wobec osób transpłciowych i niebinarnych, a także na upowszechnianiu wiedzy na temat tożsamości oraz różnorodności płciowej. Prowadzimy również wsparcie merytoryczne i psychologiczne dla rodziców dzieci transpłciowych i niebinarnych oraz działania wspierające polskie środowisko medyczne w celu podniesienia standardów opieki zdrowotnej nad osobami nieidentyfikującymi się z płcią przypisaną przy urodzeniu.

