

Charakterystyka i oczekiwania pacjentów szukających pomocy z powodu dysforii płciowej w jednej z poradni seksuologicznych w Polsce

Characteristics and expectations of patients seeking help for gender dysphoria in one of the sexological outpatient clinics in Poland

Bartosz Grabski^{1,2}, Mateusz Pliczko¹, Stanisław Żołądek¹,
Krzysztof Kasparek³

¹ Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Wydział Lekarski, Katedra Psychiatrii,
Pracownia Seksuologii

² Szpital Uniwersytecki w Krakowie, Poradnia Seksuologiczna

³ Uniwersytet Jagielloński, Instytut Socjologii

Summary

Aim. The aim of the study was to present the characteristics of the convenience sample of the transgender people who registered in one of the sexological outpatient clinics, with particular emphasis on the needs of those seeking assistance. The division into persons with binary and non-binary identities was included.

Method. A statistical analysis of the data obtained from the medical records of a group of 49 patients, including 35 patients declaring binary identity and 14 patients declaring non-binary identity, was conducted. The data included, among others, the reported gender identity, the process of its emergence and the range of expectations towards the outpatient clinic (hormone therapy, qualification for gender confirmation procedures, support in obtaining legal recognition of gender reassignment, assistance in the coming-out process, treatment of co-occurring psychiatric problems or psychological assistance).

Results. The results indicate a great diversity of the examined group in terms of the declared gender identity. In the group of non-binary persons, a different than in binary persons course of the emergence and consolidation of gender identity is noticeable. The expectations reported in terms of hormone therapy, surgical treatment, legal recognition, assistance in the coming-out process and mental health indicate that there are differences and heterogeneous needs in the study group. The results indicate that expectations for hormone therapy, gender confirmation surgeries and legal recognition are more common in binary patients.

Conclusions. Despite the frequent perception of transgender people as a homogeneous group with similar experiences and expectations, the results indicate considerable diversity in the given range.

Słowa kluczowe: transpłciowość, dysforia płciowa, niebinarność

Key words: transgenderism, gender dysphoria, non-binary

Wstęp

Opracowanie standardów współczesnej opieki nad zdrowiem osób transpłciowych nie było łatwym procesem. Z jednej strony podejmowano różne próby konceptualizacji samej transpłciowości, z drugiej strony dyskutowano nad zakresem interwencji medycznych, których domagali się pacjenci. Leczenie osób uważanych za zdrowe somatycznie, a chorujące psychicznie za pomocą środków somatycznych, tj. postępowania hormonalnego i chirurgicznego spotykało się z oporem środowiska lekarskiego. W takich okolicznościach jeden z pionierów opieki nad zdrowiem osób transpłciowych, endokrynolog Harry Benjamin, opracowywał zasady kwalifikacji pacjentów do medycznego leczenia potwierdzającego płeć (*gender conformation treatment*; GCT). Pomimo świadomości dużego zróżnicowania osób transpłciowych i ich potrzeb zdrowotnych, Benjamin niezwykle wąsko i konserwatywnie określił kategorię „transseksualizmu”, która przetrwała do naszych czasów w postaci wciąż obowiązującej w klasyfikacji ICD-10 [1, 2].

Oczekiwano, że osoba kwalifikująca się do interwencji medycznych będzie doświadczać swojej płci binarnie, poprzez jednoznaczny identyfikację męską lub kobiecą oraz pragnąć będzie pełnego zakresu interwencji, w celu jak najpełniejszego ucieleśnienia odczuwanej płci. Obraz uzupełniały oceniana z punktu widzenia doświadczanej tożsamości heteroseksualność oraz typowa trajektoria rozwojowa, w której transpłciowe cechy obecne były już od okresu dzieciństwa. Niechęć do własnych genitaliów miała być powszechna, a bycie w związkach i podejmowanie aktywności seksualnej należeć do rzadkości [3].

Obecnie transpłciowość traci status jednostki klinicznej, a akcent diagnostyczny przesunięty zostaje na stan chronicznego cierpienia wynikającego z rozbieżności pomiędzy doświadczaną płcią a płcią przypisaną (DSM-5) [4] czy wręcz na sam stan rozbieżności i wynikających z niej dążeń (ICD-11) [5]. Ewolucji ulegają też zasady postępowania klinicznego, jak choćby te wyrażone w uznawanych za złoty standard Standardach opieki wg WPATH (World Professional Association for the Transgender Health) [6].

Celem diagnostycznym nie jest już stwierdzenie „prawdziwego transseksualizmu”; podejście lecznicze charakteryzować się ma znaczną i dostosowaną do potrzeb pacjenta elastycznością. Uwzględnia się przy tym dużą różnorodność populacji osób transpłciowych, w tym dotychczas niewidoczną grupę osób niebinarnych [7].

Tymczasem zarówno doświadczenia samych osób transpłciowych szukających pomocy, jak i pojawiające się na polskim rynku publikacje naukowe, wskazują na wciąż dość konserwatywne spojrzenie na tę problematykę w Polsce [8, 9].

Celem analizy jest przedstawienie charakterystyki próby osób transpłciowych zgłaszających się do jednej z poradni seksuologicznych, z podziałem osób na osoby o tożsamościach binarnych i niebinarnych i szczególnym uwzględnieniem ich potrzeb.

Material

Analiza dostępnej dokumentacji medycznej dorosłych pacjentów transpłciowych, którzy zgłosili się do Poradni Seksuologicznej Szpitala Uniwersyteckiego w Krakowie w latach 2014–2019 (N = 49). Rok 2014 jest rokiem faktycznego początku świadczenia usług dla pacjentów doświadczających dysforii płciowej w naszym środku. Dokumentacja sporządzana była przez zatrudnionych w poradni: lekarza, specjalistę psychiatrii i seksuologii oraz psychologa, certyfikowanego seksuologa klinicznego. Oparta była o wywiad prowadzony z pacjentami podczas rutynowych wizyt w poradni i analizę napisanej przez pacjentów standardowej biografii. Badanie uzyskało zgodę Komisji Bioetycznej Uniwersytetu Jagiellońskiego (nr 1072.6120.148.2020).

Metoda

W analizie dokumentacji posłużono się kwestionariuszem, za pomocą którego dokonano systematycznej rejestracji badanych zmiennych, takich jak: zgłaszana tożsamość płciowa (binarna vs. niebinarna), wiek w momencie zgłoszenia do poradni, wielkość miejsca zamieszkania, używane imię (neutralność płciowa, nawiązywanie do imienia przypisanego), pozostawanie w związku, obecność nonkonformizmu roli płciowej w dzieciństwie, wiek na początku wyłaniania się tożsamości płciowej i uzyskania jasności co do tożsamości płciowej, ujawnienie tożsamości płciowej, oczekiwania dotyczące pomocy kierowane do poradni (hormonoterapia, kwalifikacja do zabiegów potwierdzających płęć, wsparcie w uzyskaniu sądowej korekty oznaczenia płci, pomoc w procesie coming-out'u, leczenie współwystępujących problemów natury psychiatrycznej czy pomoc psychologiczna).

Ekstrakcja i rejestracja danych z dokumentacji medycznej przy użyciu kwestionariusza została przeprowadzona przez dwóch lekarzy, współautorów przedstawionej pracy (M.P., S.Ż.).

Tożsamości pacjentów oznaczone w dokumentacji jako męskie lub kobiece zakwalifikowane zostały jako binarne, a pozostałe jako niebinarne. W tej drugiej grupie dodatkowo wyróżniono kategorię tożsamości transmęskiej, transkobiecej i agenderowej. Przekształcenie zapisów użytych w dokumentacji dotyczących tożsamości płciowych na wymienione kategorie przedstawiono w załączniku. Badacze nie mieli dostępu do określeń używanych przez samych pacjentów.

Orientacja seksualna pacjentów została skategoryzowana w oparciu o wskazaną w dokumentacji płęć osób, do których pacjent odczuwał pociąg lub z którymi miał kontakt seksualny. Kategoria orientacji biseksualnej/panseksualnej dotyczyła osób, w których dokumentacji w odniesieniu do płci pożądaných i rzeczywistych partnerów seksualnych zanotowano obie płęć, ale także osoby o różnych tożsamościach płciowych lub deklarację pacjenta, że płęć czy tożsamość płciowa partnerów seksualnych nie miała dla pacjenta znaczenia.

Analiza statystyczna

Przedstawiono statystyki opisowe w odniesieniu do całej grupy, jak i z podziałem na osoby o tożsamościach binarnych i niebinarnych. Z uwagi na małą liczebność badanej próby test χ^2 został zastąpiony bardziej konserwatywnym i dokładnym testem Fishera (*Fisher's exact test*). Posłużono się również miarami wielkości efektu — współczynnikiem V Cramera oraz współczynnikiem korelacji polichorycznej (ρ). Obliczenia wykonano w programie STATA 14.

Wyniki

Demografia

Podstawowe dane demograficzne omówione zostały z perspektywy odczuwanej tożsamości płciowej i przedstawione w tabeli 1.

Tabela 1. Podstawowa charakterystyka demograficzna badanej próby

		Tożsamość płciowa		
		Ogółem	Binarna	Niebinarna
Wiek zgłoszenia się do poradni	ŚR	24,5	24,3	25,0
	MED	21,0	20,0	21,5
	MIN	18	18	18
	MAKS	52	52	43
	N	49	35	14
	Brak danych	-	-	-
Wielkość miejsca zamieszkania (%)	< 10 tys.	26,5	28,6	21,4
	10–99 tys.	20,4	20,0	21,4
	100 tys. i więcej	51,0	51,4	50,0
	N	48	35	13
	Brak danych	1	-	1
Wykształcenie (%)	Uczeń szkoły średniej	35,9	40,0	22,2
	Zawodowe	5,1	3,3	11,1
	Średnie	51,3	53,3	44,4
	Wyższe	7,7	3,3	22,2
	N	39	30	9
	Brak danych	10	5	5

Pacjenci odwiedzający poradnię byli młodzi, średnio w wieku 24,5 roku, przy medianie wieku wynoszącej 21 lat. 35,9 % grupy badanych było uczniami szkół średnich, a większość (51,3%) miała wykształcenie średnie. Pacjenci pochodzili z miejscowości

o zróżnicowanej wielkości, przy czym połowa (51%) z miast liczących powyżej 100 tys. mieszkańców.

Większość badanych używała imion przypisanych jednoznacznie do płci, innych niż ich imiona nadane. Imiona neutralne płciowo były używane przez 33,3% osób niebinarnych, natomiast nie posługiwały się nimi osoby o tożsamościach binarnych. Różnica była istotna statystycznie ($p < 0,001$, $V = 0,52$). Sytuacja, w której wybrane imię nawiązywało do imienia przypisanego (np. Kamil – Kamila) wystąpiła u 11,9% całej grupy badanej. Osoby niebinarne nie różniły się pod tym względem od binarnych ($p = 1,000$, $V = 0,01$).

Blisko połowa (47,1%) badanej grupy była w związku romantycznym. Nie znaleziono tu istotnych statystycznie różnic pomiędzy osobami binarnymi i niebinarnymi ($p = 0,703$, $V = 0,01$).

Deklarowana tożsamość płciowa i seksualna oraz wiek wyłaniania się i konsolidacji tożsamości płciowej

Tabela 2. Tożsamości płciowe, płeć przypisana i orientacje seksualne badanej próby osób transpłciowych

		Tożsamość płciowa			
		Ogółem	Binarna	Niebinarna	
Tożsamość płciowa – szczegółowo	M	46,9	65,7	0,0	
	K	24,5	34,3	0,0	
	A/G	8,2	0,0	28,6	
	M > K	12,2	0,0	42,9	
	K > M	8,2	0,0	28,6	
	N	49	35	14	
	Brak danych	-	-	-	
Płeć przypisana	M	36,7	37,1	35,7	$p_F = 0,597$, $V = 0,01$
	K	63,3	62,9	64,3	
	N	49	35	14	
	Brak danych	-	-	-	
Orientacja seksualna (deklaracja zachowania)	ANDRO	16,7	14,3	25,0	$p_F = 0$, 723 , $V = 0,18$
	GYNE	50,0	53,6	37,5	
	PAN/BI	30,6	28,6	37,5	
	BRAK	2,8	3,6	0,0	
	N	36	28	8	
	Brak danych	13	7	6	

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Orientacja seksualna (deklaracja pociągu)	ANDRO	6,5	8,7	0,0	$p_F = 0,056, V = 0,53$
	GYNE	41,9	52,2	12,5	
	PAN/BI	38,7	34,8	50,0	
	ASEX	9,7	4,3	25,0	
	Inne	3,2	0,0	12,5	
	N	31	23	8	
	Brak danych	18	12	6	

Opis: M = męska; K = kobieca; A/G = agenderowa; M>K = transmęska; K>M = transkobieca; ANDRO = męska tożsamość partnerów, tj. cisplciowi i transplciowi mężczyźni; GYNE = kobieca tożsamość partnerek, tj. cisplciowe i transplciowe kobiety; PAN/BI = osoby różnych płci i tożsamości; BRAK – brak partnerskich zachowań seksualnych ASEX = osoby aseksualne; p_F = wartość p dokładnego test Fishera

W badanej przez nas próbie 71,4% pacjentów deklarowało tożsamość binarną, z czego 65,7 % męską, a 34,4% żeńską. Osoby niebinarne stanowiły 28,6% próby, w tym 42,9% podały tożsamość transmęską, a po 28,6% agenderową i transkobiecą. Najczęściej deklarowano tożsamość męską (46,9%), następnie żeńską (24,5%), transmęską (12,2%), oraz transkobiecą i agenderową (po 8,2%).

Badana grupa wykazała się dużym zróżnicowaniem w zakresie zachowań seksualnych z dominacją kontaktów wyłącznie z kobietami (50,0%), a następnie z osobami różnej płci (30,6%), rzadziej wyłącznie mężczyznami (16,7%). Niewielki odsetek osób badanych zadeklarował, że nie podejmuje partnerskich zachowań seksualnych (2,8%). Nie zaobserwowano różnicy pomiędzy osobami binarnymi i niebinarnymi. Wyniki bliskie istotności statystycznej wystąpiły natomiast w zakresie deklarowanego pociągu seksualnego ($p = 0,056, V = 0,53$). Połowa badanych osób niebinarnych i 34,8% binarnych deklarowała orientację pan – lub biseksualną, z kolei 25% niebinarnych aseksualną, która podało 4,3% pacjentów binarnych.

Tabela 3. Tożsamość płciowa – rozwój

		Tożsamość płciowa			
		Ogółem	Binarna	Niebinarna	
Nonkonformizm płciowy w dzieciństwie	% Tak	97,0	96,3	100,0	$p_F = 1,000, V = 0,08$
	N	33	27	6	
	Brak danych	16	8	8	
Wiek na początku wylaniania się tożsamości płciowej	<7 lat	34,2	39,3	20,0	$p_F = 0,066, r_t = -0,51$
	7-12 lat	34,2	39,3	20,0	
	13-18 lat	26,3	21,4	40,0	
	19-24 lat	5,3	0,0	20,0	
	N	38	28	10	
	Brak danych	11	7	4	

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Wiek jasności co do tożsamości płciowej	Okres nastoletni	63,6	78,3	30,0	$p_F = 0,004, V = 0,60$
	20–29	15,2	13,0	20,0	
	>30	9,1	8,7	10,0	
	Brak jasności	12,1	0,0	40,0	
	N	33	23	10	
	Brak danych	16	12	4	

p_F = wartość p dokładnego test Fishera

Większość badanej grupy pacjentów podała istnienie cech nonkonformizmu płciowego w dzieciństwie (97,0%), bez istotnej różnicy pomiędzy grupą pacjentów binarnych i niebinarnych.

Początek wyłaniania się tożsamości płciowej odmiennej od płci przypisanej miał miejsce przed 7 rokiem życia u 34,2% pacjentów, pomiędzy 7 a 12 rokiem życia u takiego samego odsetka, pomiędzy 13 a 18 rokiem życia u 26,3%, a u pozostałych 5,3% pomiędzy 19 a 24 rokiem życia.

Pacjenci o tożsamościach niebinarnych wskazywali na późniejszy początek wyłaniania się tożsamości płciowej (u 60% osób po 13 roku życia) niż pacjenci o tożsamościach binarnych (u 79% osób przed 12 rokiem życia). Jakkolwiek obserwowana wielkość efektu była średnia ($r_t = -0,51$), to różnica ta nie przekroczyła wymaganego poziomu istotności statystycznej ($p = 0,066$), jednak zauważony trend zasługuje na uwagę. Ponadto, w chwili badania 40% pacjentów niebinarnych nie miało jasności co do swojej tożsamości, w przeciwieństwie do osób binarnych, dla których była ona już jasna. Dla większości całej badanej grupy (63,6%) i osób binarnych (78,3%) stała się ona jasna w okresie dojrzewania, przy czym miało to miejsce dla 30,0% osób niebinarnych. Obserwowana różnica jest istotna statystycznie ($p = 0,004, V = 0,60$).

Dane te zestawiono odpowiednio w tabelach 2 i 3.

Potrzeby i oczekiwania pacjentów

Tabela 4. Oczekiwania pacjentów kierowanych do poradni oraz dotychczas przedsięwzięte przez nich środki

Tożsamość płciowa	Oczekiwana				Dokonana			Razem					
	% Tak	% Możliwe	% Nie	N	% Tak	% Nie	N	% Tak	% Możliwe	% Nie	N		
Hormonoterapia													
Ogółem	71,1	4,4	24,5	45		18,7	81,3	48		91,0	4,5	4,5	44
Binarna	79,4	0,0	20,6	34		20,6	79,4	34		100,0	0,0	0,0	34
Niebinarna	45,4	18,2	36,4	11		14,3	85,7	14		63,6	18,2	18,2	14
Brak danych	-	-	-	4		-	-	1		-	-	-	1
	$p_F = 0,016, V = 0,43$				$p_F = 1,000, V = 0,07$			$p_F = 0,002, V = 0,55$					

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Chirurgia												
Ogółem	68,9	13,3	17,8	45	4,2	95,8	48	73,4	13,3	13,3	45	
Binarna	81,8	3,0	15,2	33	5,9	94,1	34	87,9	3,0	9,1	33	
Niebinarna	33,3	41,7	25,0	12	0,0	100,0	14	33,3	41,7	25,0	12	
Brak danych	-	-	-	4	-	-	1	-	-	-	4	
	$p_F = 0,001, V = 0,54$				$p_F = 1,000, V = 0,13$			$p_F = 0,001, V = 0,58$				
Korekta prawna												
Ogółem	75,6	7,3	17,1	41	6,3	93,7	48	82,9	7,3	9,8	41	
Binarna	87,5	3,1	9,4	32	5,9	94,1	34	93,8	3,1	3,1	32	
Niebinarna	33,3	22,2	44,4	9	7,1	92,9	14	44,4	22,2	33,3	9	
Brak danych	-	-	-	8	-	-	1	-	-	-	8	
	$p_F = 0,003, V = 0,52$				$p_F = 1,000, V = 0,03$			$p_F = 0,004, V = 0,54$				
Coming-out												
Ogółem	4,4	8,7	87,0	23	93,6	6,4	47	91,6	4,2	4,2	48	
Binarna	5,9	0,0	94,1	17	94,3	5,7	35	94,3	0,0	5,7	35	
Niebinarna	0,0	33,3	66,7	6	91,7	8,3	12	84,6	15,4	0,0	13	
Brak danych	-	-	-	26	-	-	2	-	-	-	1	
	$p_F = 0,059, V = 0,53$				$p_F = 1,000, V = 0,05$			$p_F = 0,135, V = 0,36$				
Pomoc w problemach psychicznych												
Ogółem	58,3	2,8	38,9	36	76,1	23,9	46	88,1	2,4	9,5	42	
Binarna	56,0	0,0	44,0	25	75,8	24,2	33	89,3	0,0	10,7	28	
Niebinarna	63,6	9,1	27,3	11	76,9	23,1	13	85,7	7,1	7,1	14	
Brak danych	-	-	-	13	-	-	3	-	-	-	7	
	$p_F = 0,310, V = 0,28$				$p_F = 1,000, V = 0,01$			$p_F = 0,520, V = 0,23$				

p_F = wartość p dokładnego testu Fishera

W dostępnej dokumentacji znalazły się dane dotyczące oczekiwań kierowanych przez pacjentów do poradni oraz informacja o już podjętych przez pacjentów działaniach.

Oczekiwania te dotyczyły zarówno ściśle procesu tranzycji, jak i uzyskania pomocy w zakresie coming-outu, czy doświadczanych problemów psychicznych. Dane te zestawiono w tabeli 4.

71,1% ogółu pacjentów transpłciowych oczekiwało pomocy w hormonoterapii, wśród osób identyfikujących się binarnie odsetek ten wyniósł 79,4%, a niebinarnie 45,5%. Różnica okazała się istotna statystycznie ($p = 0,016, V = 0,43$). Także niemały odsetek osób z obu grup rozpoczął już tę terapię w chwili zgłoszenia. Nie zaobserwo-

wano tu znaczącej wielkości efektu ani istotnej różnicy pomiędzy osobami binarnymi (20,6%) i niebinarnymi (14,3%). Uwzględniając osoby oczekujące hormonoterapii i te, które ją już rozpoczęły, odsetek osób w całej badanej grupie wyniósł 91,0%, przy czym w tej grupie znalazły się wszystkie osoby binarne i 63,6% niebinarnych. Różnica ta okazała się istotna statystycznie ($p = 0,002$, $V = 0,55$).

Nieco mniejszy odsetek ogółu pacjentów oczekiwał (68,9%), jak i dokonał już (4,2%) jakiegoś zabiegu chirurgicznego potwierdzającego płęć, natomiast większy odsetek niż w przypadku hormonoterapii nie miał jeszcze sprecyzowanych oczekiwań, choć rozważał taką możliwość (13,3%). Osoby binarne zarówno częściej niż niebinarne oczekiwały działań chirurgicznych (81,8% vs 33,3%; $p = 0,001$, $V = 0,54$), jak i oczekiwały lub podjęły już takie działania (87,9% vs 33,3%; $p = 0,001$, $V = 0,58$) — różnice były statystycznie istotne.

Porównywalna, jak w przypadku hormonoterapii i chirurgii, proporcja ogółu osób transpłciowych (75,6%), jak i odsetka osób binarnych (87,5%) i niebinarnych (33,3%) oczekiwała pomocy w zakresie korekty sądowej ($p = 0,003$, $V = 0,52$); lub oczekiwała i dokonała jej (odpowiednio: 82,9%, 93,8%, 44,4%; $p = 0,004$, $V = 0,54$). W obu przypadkach różnice pomiędzy osobami binarnymi i niebinarnymi były istotne statystycznie przy znaczącej wielkości efektu.

Relatywnie mały odsetek ogółu pacjentów oczekiwał pomocy w procesie coming-outu (4,4%), a większość z nich (93,6%) dokonała go przynajmniej w częściowym zakresie.

Ponad połowa badanej próby (58,3%) oczekiwała, że specjaliści zatrudnieni w poradni mogą pomóc im w zmaganiu się z towarzyszącymi problemami natury psychicznej, przy czym nie zaobserwowano istotnych różnic pomiędzy grupą osób binarnych i niebinarnych.

Omówienie wyników

Historycznie rzecz ujmując, opracowany przez Benjamina model diagnostyczny i terapeutyczny zakładał, że jedynymi odpowiednimi kandydatami do włączenia interwencji medycznych potwierdzających płęć są osoby spełniające ściśle określone kryteria diagnostyczne opisane w klasyfikacji ICD-10 [2].

Jakkolwiek podejście to okazało się niezwykle skuteczne w eliminacji ryzyka błędnego zakwalifikowania pacjentów do interwencji potwierdzających płęć, to pozostawiało znaczną grupę osób transpłciowych doświadczających dysforii płciowej bez adekwatnej pomocy. Następstwem takiej sytuacji stało się powielanie „typowych transnarracji” przez osoby transpłciowe szukające pomocy, chcące tym sposobem ją uzyskać, a której bez wyuczonych przez pacjentów opisów by im najprawdopodobniej odmówiono. Innym skutkiem było narastanie wzajemnego braku zaufania, w postaci skłonności niektórych specjalistów do spostrzegania osób transpłciowych jako zaburzonych i manipulujących, a specjalistów z kolei jako niepomocnych i „gatekeepingujących” (tj. utrudniających lub uniemożliwiających dostęp do medycznych interwencji potwierdzających płęć) [3, 10].

W tym kontekście, a zarazem w kontekście ewoluujących standardów postępowania, niepokojący jest fakt, że osoby transpłciowe nadal bywają postrzegane jako

grupa o jednorodnej charakterystyce, a „typowa transnarracja”, stanowi dla niektórych specjalistów rękojmię podjęcia się działań leczniczych [11,12].

Uzyskane jednak przez nas wyniki, jakkolwiek pochodzące z próby celowej, kreślą zupełnie inny obraz, ukazując niezwykle zróżnicowanie badanej grupy.

Jakkolwiek większość osób podało tożsamość binarną, to jednak podobnie jak w innych badaniach [13–15], blisko jedną trzecią badanych stanowiły osoby niebinarne. Co więcej, pogłębiona eksploracja tożsamości badanych osób wskazuje na jeszcze większe wewnętrzne zróżnicowanie, bliższe koncepcji spektrum tożsamości płciowych [16] niż dychotomicznemu podziałowi na tożsamość męską i kobiecą. Duże zróżnicowanie zaobserwowano także w odniesieniu do trajektorii rozwojowej. Jakkolwiek pewne cechy nietypowości związanej z poczuciem i/lub ekspresją płci w dzieciństwie zadeklarowane zostało przez większość badanych (97,0%), to wiek na początku wyłaniania się tożsamości transpłciowej i zdobycia jasności co do jej charakteru był zróżnicowany. Co prawda znaczący odsetek ogółu badanych osób zaczął kwestionować swoją tożsamość w dzieciństwie lub wczesnej adolescencji, to jednak dla 32% proces ten rozpoczął się później, tj. po 12 roku życia. Podobnie, jakkolwiek 63,6% badanych zdobyła jasność co do własnej tożsamości w okresie adolescencji, to wciąż ponad 20% osób osiągnęło ją po 20 roku życia, a ponad 10% w momencie kontaktu z poradnią takiej jasności nie miało. Wyniki te są zgodne z konkluzjami z dotychczasowych badań, które wskazują na zróżnicowanie populacji osób transpłciowych pod tym względem [17].

W odniesieniu do dyskutowanej powyżej kwestii, zaobserwowaliśmy ponadto wart zauważenia trend statystyczny ($p = 0,066$, $r_t = -0,51$) dotyczący różnicy pomiędzy osobami binarnymi i niebinarnymi. Osoby niebinarne częściej niż binarne zaczęły kwestionować swoją tożsamość w późniejszym wieku. Wymaganą istotność statystyczną zauważyliśmy natomiast w przypadku uzyskania jasności co do własnej tożsamości płciowej; osoby niebinarne wyraźnie częściej deklarowały jej brak w chwili kontaktu z poradnią. Sugerować to może, iż proces wyłaniania się i konsolidacji tożsamości niebinarnej jest nieco odmienny, rozciągnięty w czasie i potencjalnie trudniejszy.

Możliwe są różne interpretacje takiego stanu rzeczy. Tożsamość niebinarna nie stanowi oczywistej możliwości rozwojowej, a wiedza na jej temat jest wciąż ograniczona. Część osób niebinarnych przez dłuższy czas zmaga się z niejasnością dotyczącą własnej tożsamości płciowej, poszukując satysfakcjonujących wyjaśnień dla nietypowości swoich doświadczeń. Próby wpisania się w dostępne powszechnie kategorie okazują się niesatysfakcjonujące. Bywa też i inaczej. Tożsamość niebinarna, jakkolwiek nie musi, bywa pewnym etapem, identyfikacją budzącą mniej zagrożenia, na drodze do binarnej identyfikacji jako transmężczyzny lub transkobiety [18, 19].

Uwzględniając powyższe, jak i możliwe większe społeczne niezrozumienie, z którym spotykają się osoby niebinarne, mogą one stanowić grupę wymagającą szczególnej uwagi klinicznej w postaci oddziaływań psychoedukacyjnych, wsparciowych, oraz psychoterapeutycznych. Należy jednak podkreślić, iż zgodnie z obowiązującymi standardami ich celem nie ma być osiągnięcie finalnej i postrzeganej jako jedyna właściwa identyfikacji binarnej [20].

Podobne zróżnicowanie i unikalność zaobserwowana została w odniesieniu do orientacji seksualnej i to zarówno w zakresie realizowanych kontaktów seksualnych, jak

i deklarowanego pociągu seksualnego. Należy zwrócić uwagę, że wbrew „klasycznej narracji” a zgodnie ze współczesnymi badaniami [21] i doświadczeniami klinicznymi, tylko nieznaczny odsetek badanych osób transpłciowych (2,8%) nie zadeklarował żadnych partnerskich zachowań seksualnych. Nieco więcej badanych osób (9,7%) nie odczuwało pociągu seksualnego, przy czym charakterystyka ta była potencjalnie istotnie różna pomiędzy osobami niebinarnymi (25,0%) a binarnymi (4,3%). Znaczący odsetek badanej próby był osobami bi – lub panseksulanymi, zarówno z punktu widzenia odczuwanego pociągu jak i deklarowanych zachowań. Jest to kolejny argument za postulowanym ostatnio traktowaniem seksualności (*sensu largo*) osób transpłciowych, jako unikatowej i niebędącej tylko kalką doświadczeń osób cisplciowych [13, 14, 22]. Fakt ten należy uwzględnić w praktyce klinicznej unikając prób siłowego dopasowywania doświadczeń pacjentów transpłciowych do uznanych za normatywne ram.

Bardzo ważnym elementem dla praktyki klinicznej jest świadomość potrzeb zdrowotnych osób transpłciowych zgłaszających się do poradni. Uzyskane przez nas wyniki potwierdzają dane z piśmiennictwa [13], które wskazują na duże zróżnicowanie osób transpłciowych i w tym zakresie. Co prawda większość badanych osób zgłosiła się z pragnieniem zainicjowania terapii hormonalnej albo już taką otrzymywała, jednak wystąpiły w tym zakresie znaczące różnice pomiędzy osobami binarnymi i niebinarnymi. Aż 79,4% pacjentów binarnych i tylko 45,5 % niebinarnych oczekiwało na włączenie hormonów, a oczekiwało, bądź już miało te hormony włączone 100% pacjentów binarnych i 63,6% niebinarnych. Tylko osoby niebinarne (18,2%) znalazły się w grupie osób, które nie miały i nie oczekiwały włączenia hormonalnej terapii potwierdzającej płć. Dane świadczące o tym, że niebinarna tożsamość może być związana z zakresem oczekiwanych działań klinicznych były już publikowane [23, 24].

Motywacja dla rezygnacji z leczenia hormonalnego może być różna. Pacjenci podają takie powody jak lęk przed odrzuceniem przez otoczenie społeczne, obawy o niekorzystny wpływ hormonów na zdrowie fizyczne, przeciwwskazania medyczne czy wątpliwości, czy ta interwencja jest dla nich odpowiednia. W przypadku osób niebinarnych dodatkową rolę odgrywa pragnienie zmiany jednych aspektów/części ciała, przy braku takich pragnień w odniesieniu do innych części ciała lub wręcz chęci, aby pozostały one niezmienione. Może to rodzić niepewność (częstsza w naszej próbie u osób niebinarnych; 0% vs 18,2%), czy takie działania podejmować, zważywszy szczególnie, że nie zawsze, co wynika ze specyfiki działania hormonów, osiągnięcie wymarzonej konfiguracji cech jest możliwe [25].

Osoby binarne oczekiwały wyraźnie częściej niż osoby niebinarne (81,8% vs 33,3%) potwierdzających płć interwencji chirurgicznych. Osoby niebinarne, częściej niż w odniesieniu do hormonoterapii (41,7%) raczej zastanawiały się nad poddaniem się interwencji chirurgicznej niż były pewne co do ich przeprowadzenia. Z naszych doświadczeń klinicznych wynika, że osoby niebinarne transmęskie bardzo często rozważają lub zgłaszają pragnienie wykonania mastektomii, przy braku oczekiwania innych potwierdzających płć interwencji medycznych, co znajduje potwierdzenie w obserwowanych wynikach. Spotykane w naszej praktyce klinicznej powody rezygnacji z interwencji chirurgicznych to brak dysfornii płciowej dotyczącej pewnych aspektów cielesnych, częściej, tzw. dolnej połowy ciała lub taką dominację dysfornii

górnjej połowy ciała i głosu (ze względu na rolę w identyfikacji społecznej i społecznego aspektu dysforii płciowej), że ocena innych jej aspektów schodzi na dalszy plan lub nie jest w pełni nawet możliwa. Poza tym pacjenci podają obawy odnośnie do jakości wyników procedur chirurgicznych i lęk przed samym zabiegiem czy ograniczenia finansowe.

Reasumując: uzyskane przez nas wyniki w odniesieniu do medycznych interwencji potwierdzających płeć (*gender confirming medical interventions*; GCMI), a zarazem spostrzegane przez nas w praktyce klinicznej motywacje stojące za wyborem, bądź rezygnacją z danej interwencji są zbieżne z danymi z piśmiennictwa.

Również dość powszechną (75,6%) potrzebą konsultowanych w naszej poradni osób transpłciowych było otrzymanie pomocy w przeprowadzeniu sądowej korekty oznaczenia płci, choć część osób (6,3%) już takiej korekty dokonała. Oznacza to, że łącznie dla 82,9% próby korekta prawna okazała się celem, przy czym zaobserwowano wyraźną ($V = 0,54$), różnicę pomiędzy osobami binarnymi (93,8%) i niebinarnymi (44,4%).

Z naszych doświadczeń klinicznych wynika, że dla wielu osób niebinarnych możliwość zmiany oznaczenia płci na kategorię „przeciwną” w dychotomicznym układzie możliwości nie stanowi satysfakcjonującego rozwiązania, dlatego też osoby te po prostu rezygnują z możliwości korekty. Równocześnie pacjenci często podają, że byliby nią zainteresowani, gdyby system prawny dopuszczał neutralne, bądź inne oznaczenie płci. Sądzymy, że ten stan rzeczy odpowiada za uzyskane przez nas wyniki.

Ponadto nasze doświadczenie kliniczne wskazuje na różne inne powody rezygnacji z działań sądowych. I tak, dla części osób transpłciowych, możliwość korekty samego imienia w Urzędzie Stanu Cywilnego, na imię neutralne płciowo jest wystarczająca, dla innych z kolei pacjentów rezygnacja z tego procesu jest aktem sprzeciwu wobec dehumanizujących procedur prawnych, a dla jeszcze innych powodem odstąpienia od działań jest lęk, związany z niejasnymi, być może wrogimi postawami i zachowaniem rodziców, którzy z racji prawnego stanu rzeczy są stroną w procesowym postępowaniu cywilnym.

Z dostępnych badań wynika, że osoby transpłciowe częściej cierpią na zaburzenia psychiczne ze spektrum depresyjno-lękowego oraz doświadczają myśli samobójczych, podejmują próby samobójcze, jak i niesamobójcze działania samouszkodzające [26, 27]. W tym kontekście nie dziwi fakt, że nieco ponad połowa naszej próby oczekiwała pomocy w doświadczanych zaburzeniach psychicznych, a zdecydowana większość osób albo miała takie oczekiwania, albo już z takiej pomocy korzystała (88,1%). Pomagający klinicyści powinni więc mieć tego świadomość i w swoich zadaniach nie ograniczać się tylko do zawężonych działań diagnostycznych (oceny i wydania opinii dla potrzeby sądowej korekty), czy leczniczych (włącznie oddziaływań hormonalnych).

Wnioski

Przed sformułowaniem wniosków pragniemy zwrócić uwagę na silne i słabe strony naszego badania. Jego zaletą jest oparcie się na danych pochodzących z jednej z nielicznych publicznie działających poradni seksuologicznych w Polsce specjalizującej się w zdrowiu osób transpłciowych. Jest to poradnia, w której staramy się, aby

działania były zbieżne, na tyle ile to możliwe, z ogólnymi wytycznymi zawartymi w Standardach Opieki wg WPATH [6]. Fakt ten jest rozpoznawany przez pacjentów transpłciowych, co sprzyjać może większej otwartości i szczerości zgłaszających się do nas osób, przez to urealnianiu uzyskany obraz ich doświadczeń i potrzeb. Siłą badania jest też regionalny i unikatowy prawnie i kulturowo polski kontekst.

Do niewątpliwych słabości i ograniczeń badania należą: celowy charakter próby, jej ograniczona wielkość, braki i niesystematyczne zbieranie danych, w tym brak uwzględniania pomiaru nasilenia dysforii płciowej (w toku pracy poradni używane były różne sposoby jej oceny). Oparcie się o analizę dokumentacji medycznej może stanowić zarówno siłę badania (opis unikatowej grupy klinicznej), jak i słabość (brak systematycznego zbierania danych w ramach projektu badawczego o celach sformułowanych w niniejszej analizie). Istotnym ograniczeniem badania jest także brak dostępu do unikatowych określeń, jakimi posługiwali się badani pacjenci na określenie swojej tożsamości płciowej, a zatem przyporządkowanie do danej kategorii tożsamościowej obarczone jest potencjalnym błędem wynikającym z arbitralnej decyzji osób prowadzących dokumentację.

Sformułowane więc na podstawie naszej analizy wnioski, jakkolwiek korespondujące z wynikami dotychczasowych badań, należy traktować z ostrożnością. Wymagają one potwierdzenia na badaniach większych prób pacjentów, pochodzących z różnych ośrodków, z uwzględnieniem oryginalnej autoidentyfikacji płciowej pacjentów.

Konkludując, nasze badanie pokazuje:

1. Dużą niejednorodność osób transpłciowych szukających pomocy specjalistycznej obejmującą tożsamości płciowe i ich rozwój, orientacje seksualne i potrzeby kliniczne.
2. Znaczący udział osób niebinarnych w grupie osób poszukujących pomocy.
3. Unikatowy charakter doświadczeń i potrzeb klinicznych osób transpłciowych, a szczególnie tych o niebinarnych tożsamościach płciowych.

Zachęcamy klinicystów do uwzględniania tych faktów w praktyce klinicznej i odstąpienia od anachronicznego już spostrzegania osób transpłciowych i ich potrzeb.

Piśmiennictwo

1. Mijas M, Koziara K. *Klasyfikacja i ewolucja rozumienia zjawiska transpłciowości w seksuologii oraz współczesnych systemach diagnostycznych*. W: Grabski B, Mijas M, Dora M, Iniewicz G. red. *Dysforia i niezgodność płciowa. Kompendium dla praktyków*, wyd. 1. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie; 2020. s. 3–40.
2. WHO. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Kraków–Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”; 1997.
3. Grabski B. *Modele opieki i standardy postępowania*. W: Grabski B, Mijas M, Dora M, Iniewicz G. red. *Dysforia i niezgodność płciowa. Kompendium dla praktyków*, wyd. 1. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie; 2020, s. 43–64.

4. APA. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, wyd. 5. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013.
5. WHO. *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics*, wyd. 11; 2018. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>. [dostęp: 1.07.2020].
6. WPATH. *Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender nonconforming people*, wyd. 7; 2012. <https://www.wpath.org>. [dostęp: 1.07.2020].
7. Nieder TO, Briken P, Richter-Appelt H. *Transgender, Transsexualität und Geschlechts-dysphorie: Aktuelle Entwicklungen in Diagnostik und Therapie*. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 2014; 64: 232–245.
8. Kowalczyk R, Rodzinka M, Krzystanek M. *Zdrowie LGBT. Przewodnik dla kadry medycznej*. Warszawa: KPH; 2016.
9. Robacha A. *Transseksualizm*. W: Lew-Starowicz M, Lew-Starowicz Z, Skrzypulec-Plinta V. red. *Seksuologia*, wyd. 1. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie; 2017, s. 287–299.
10. Lev AI. *Transgender emergence*. New York–London: Routledge; 2004.
11. Wolne Forum Transsowe. <http://transpomoc.pl/search.php>. [dostęp: 1.07.2020].
12. Transgender Europe. https://tgeu.org/wp-content/uploads/2017/10/Overdiagnosed_Underserved-TransHealthSurvey.pdf [dostęp: 25.03.2021].
13. Kuper LE, Nussbaum R, Mustanski B. *Exploring the diversity of gender and sexual orientation identities in an online sample of transgender individuals*. J. Sex. Res. 2012; 49(2–3): 244–254.
14. Iantaffi A, Bockting WO. *Views from both sides of the bridge? Gender, sexual legitimacy, and transgender people's experiences of relationships*. Cult. Health Sex. 2011; 13(3): 355–370.
15. Cheung AS, Leemaqz SY, Wong JWP, Chew D, Ooi O, Cundill P i wsp. *Non-Binary and binary gender identity in Australian trans and gender diverse individuals*. Arch. Sex. Behav. 2020. DOI:10.1007/s10508-020-01689-9.
16. Monro S. *Towards a sociology of gender diversity. The Indian and UK cases*. W: Hines S, Sanger T. red. *Transgender identities. Towards a social analysis of gender diversity*. New York: Routledge; 2010. s. 242–258.
17. Nieder TO, Herff M, Cerwenka S, Preuss WF, Cohen-Kettenis PT, De Cuypere G i wsp. *Age of onset and sexual orientation in transsexual males and females*. J. Sex. Med. 2011; 8: 783–791.
18. Murjan S, Bouman WP. *Psychiatry*. W: Richards C, Bouman WP, Barker MJ. red. *Genderqueer and non-binary genders*. London: Palgrave Macmillan; 2017, s. 125–140.
19. Richards C. *Psychology*. W: Richards C, Bouman WP, Barker MJ. red. *Genderqueer and non-binary genders*. London: Palgrave Macmillan; 2017. s. 141–167.
20. Richards C, Bouman WP, Barker MJ. *Genderqueer and non-binary genders*. London: Palgrave Macmillan; 2017.
21. Cerwenka S, Nieder TO, Cohen-Kettenis PT, De Cuypere G, Haraldsen IRH, Kreukels BPC i wsp. *Sexual behavior of gender-dysphoric individuals before gender-confirming interventions: a European multicenter study*. J. Sex. Marit, Ther. 2014; 40(5): 457–471.
22. Nieder TO, Becker I. *Transgender and sexual orientation*. W: Bouman WP, Arcelus J. red. *The transgender handbook. A guide for transgender people, their families and professionals*. New York: Nova Science Publishers; 2018, s. 103–115.
23. Beek TF, Kreuels BPC, Cohen-Kettenis PT, Steensma TD. *Partial treatment request and underlying motives of applicants for gender affirming interventions*. J. Sex. Med. 2015; 12: 2201–2205.
24. Nieder TO, Eyssel J, Köhler A. *Being trans without medical transition: exploring characteristics of trans individuals from Germany not seeking gender-affirmative medical interven-*

- tions [published online ahead of print, 2019 Nov 11]. Arch. Sex. Behav. 2019. DOI:10.1007/s10508-019-01559-z.
25. Seal L. *Adult endocrinology*. W: Richards C, Bouman WP, Barker MJ, red. *Genderqueer and non-binary genders*. London: Palgrave Macmillan; 2017, s. 183–224.
 26. Dhejne C, Van Vlerken R, Heylens G, Arcelus J. *Mental health and gender dysphoria: a review of the literature*. Int. Rev. Psychiatr. 2016; 28(1): 36–43.
 27. Marshall E, Claes L, Bouman WP, Witcomb GL, Arcelus J. *Non-suicidal self-injury and suicidality in trans people: a systematic review of the literature*. Int. Rev. Psychiatr. 2016; 28(1): 58–69.

Załącznik

Kodowanie tożsamości płciowej na podstawie dokumentacji medycznej

Zapisy użyte w dokumentacji na oznaczenie tożsamości płciowej	Kategorie dotyczące tożsamości płciowej użyte w badaniu				
	Kobieca	Męska	Agenderowa	Transkobieca	Transmęska
K	12	0	0	0	0
M	0	23	0	0	0
NB, K > M	0	0	0	4	0
NB, M > K	0	0	0	0	4
NB, M > K, genderfluid	0	0	0	0	1
NB, agender, M > K	0	0	0	0	1
Ani M, ani K	0	0	1	0	0
NB, agender	0	0	3	0	0

Adres: Bartosz Grabski
 Pracownia Seksuologii
 Katedra Psychiatrii
 Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum
 31-501 Kraków, ul. Kopernika 21a
 e-mail: bartosz.grabski@uj.edu.pl

Otrzymano: 12.10.2020
 Zrecenzowano: 28.02.2021
 Otrzymano po poprawie: 1.04.2021
 Przyjęto do druku: 6.05.2021