

[dynamiczny jingiel otwierający odcinek]

OSOBA PROWADZĄCA: Halo, tu feministki. Chcesz wiedzieć, o co nam chodzi? Słuchaj podcastu Funduszu Feministycznego „Słowo na F”. Filtrujemy świat przez feministyczne, choć nie zawsze różowe okulary.

Legalna, bezpieczna, dostępna na żądanie. Dzisiaj rozmawiamy o tranżycji i o transpłciowości. Pytamy, kto tak naprawdę chroni polskie dzieci, czyli jak terapia hormonalna dla transnastolatków ratuje ich zdrowie i życie. Czy transpłciowość w ogóle można zdiagnozować? Co mają ze sobą wspólnego aborcja i tranżycja? I czego ruch feministyczny może nauczyć się od społeczności osób trans?

Octan cyproteronu, estradiol, agonista GnRH, blokery dojrzewania, progestyny, inhibitory 5 –alfa reduktazy. To słowa ze słowniczka terapii hormonalnej. Większość osób cis, czyli takich, których płęć jest zgodna z tą wpisaną do dokumentów po urodzeniu, prawdopodobnie nie musi znać tych pojęć. Jeśli ze względów zdrowotnych potrzebuje leczenia, to może zdać się na wsparcie lekarzy. Jednak dla wielu osób trans sprawne posługiwanie się nazwami hormonów, a często także szczegółami dotyczącymi ich prawidłowego podawania i dawkowania, bywa życiową koniecznością. Doświadczenia osób trans pokazują, że specjaliści od hormonów, czyli lekarze, niekoniecznie są specjalistami od tranżycji. Zdarza się, że przypisują przestarzałe leki, łamią wytyczne w sprawie podawania hormonów, nie informują o wszystkich skutkach ubocznych albo przypisują złe dawkowanie leków. Tymczasem podawanie hormonów jest jednym z najczęściej stosowanych przez osoby trans sposobów, by zmienić wygląd swojego ciała. I dla wielu z nich jest procedurą ratującą życie.

W tym odcinku nie będziemy szczegółowo omawiać kwestii medycznych związanych z konkretnymi lekami. Zamiast tego zapytamy, dlaczego lekarze, a także inni specjaliści tacy jak psychologowie, seksuolodzy zawodzą osoby trans. I jaka zmiana jest potrzebna, aby bezpieczna i szybka tranżycja była dostępna dla każdej osoby, która jej potrzebuje. Rozmawiamy z aktywistką z kolektywu Tranżycja.pl, który dostarcza rzetelnej, a zarazem praktycznej i naukowej wiedzy o transpłciowości. W studiu jest z nami Otalia Łysakowska, która zajmuje się w Tranżycji.pl social mediami, grafiką i pisanem artykułów edukacyjnych, a poza tym działa też w obszarze pomocy bezpośredniej, w tym doradza w sprawie tranżycji medycznej. Cześć, Otalia.

OTALIA ŁYSAKOWSKA: Cześć.

OSOBA PROWADZĄCA: Otalia, założyłyście Tranzycję.pl, żeby stworzyć miejsce z rzetelną wiedzą o transpłciowości. Chciałam zapytać, skąd właściwie ta potrzeba, czyli skąd osoby czerpały wcześniej tę wiedzę albo skąd też nadal ją czerpią, wiedzę o tranzycji.

ŁYSAKOWSKA: Wiedza o tranzycji, w ogóle społeczność osób trans od zawsze polega na pomocy wzajemnej i na sieciach osób, które po prostu wymieniają się, wiedzą o tym, co jest odpowiednią terapią, o tym, gdzie są dobrzy specjaliści, o tym, jak to w ogóle działa, jak sobie poradzić z pewnymi uczuciami. Zawsze to było - i nadal tak jest - że to są właśnie sieci powiązań. Kiedyś one musiały być trochę bardziej ukryte, były mniej formalne. Dzisiaj to są bardziej formalne grupy wsparcia albo sieci w internecie, fora, grupki, discordy. No i właśnie Tranzycja.pl też jest takim pomysłem na to, żeby gdzieś tę całą wiedzę zagregować, przepuścić ją też oczywiście przez filtr wiedzy naukowej. Sprawdzić to, co jest realnie w badaniach, rozmawiać z specjalistami o tym, co jest słuszne, czytać wytyczne, wychodzić naprzeciw potrzebom społeczności i łączyć to po prostu z rzetelną wiedzą.

OSOBA PROWADZĄCA: Na waszej stronie jest naprawdę ogrom artykułów naukowych, ale też poradników, które dotyczą właśnie kwestii transpłciowości i tranzycji. I kiedyś chyba osoba z waszego zespołu, z którą rozmawiałam, wspomniała o tym, że w czołówce najpopularniejszych artykułów na waszej stronie nieodmiennie plasuje się taki artykuł, który dotyczy właśnie przyjmowania hormonów w formie zastrzyków. I że to jest kilkanaście tysięcy odwiedzin miesięcznie. Skąd tak duża potrzeba i skąd też pomysł na kampanię „Kłuj się bezpiecznie”, która właśnie dotyczy bezpiecznego podawania hormonów?

ŁYSAKOWSKA: Takie są realia naszej terapii hormonalnej, że większość... może nie większość, ale duża część preparatów jest podawana w formie zastrzyków. Jednocześnie przy tranzycji rozmawiamy o terapii, która w wielu przypadkach będzie trwała przez nawet dekadę. Te zastrzyki są taką codziennością dla bardzo wielu osób trans. Nie ma za bardzo sensu, żeby przyjmowanie tych zastrzyków rozwiązywać poprzez służbę zdrowia. Bo oczywiście jak mamy krótkotrwałą terapię zastrzykami, to nie ma problemu, żeby pójść do przychodni na NFZ, pokazać: „Tu jest recepta, tu jest preparat, proszę mi zrobić

zastrzyk”. Ale kiedy rozmawiamy o czymś, co mamy robić przez dekady i robić to co tydzień, to jedynym sensownym wyjściem jest, żeby to były zastrzyki wykonywane w domu na własną rękę. Więc istnieje po prostu ogromna potrzeba tego, żeby te zastrzyki były robione bezpiecznie, były robione dobrze, ale też żeby same osoby trans miały poczucie, że robią sobie zastrzyki bezpiecznie.

No bo znowu tak jak patrzymy na przykład na grupkach wsparcia, bardzo często pojawiają się pytania, że: „Hej zrobiłam/zrobiłem/zrobiłom coś trochę inaczej, moje ciało zareagowało w trochę inny sposób, czy na pewno wszystko jest okej?”. To są takie sytuacje, które wynikają z tego, że momentami brakuje tej zarówno wiedzy o tym, jak zrobić zastrzyk bezpiecznie, ale przede wszystkim brakuje tej pewności siebie. A ta pewność siebie jest też niezbędna do tego, żeby co tydzień robić coś, co jest mimo wszystko jakimś drobnym zabiegiem medycznym. Ta pewność tego, że się robi to dobrze, jest bardzo ważna dla takiego ogólnego dobrostanu i poczucia tego, że to się znormalizowało, to jest coś, co po prostu robimy, i to jest okej.

OSOBA PROWADZĄCA: Czy możesz powiedzieć trochę więcej w ogóle o roli podawania hormonów w tranzycji? Społeczeństwo w większości jest złożone po prostu z osób cis, które tego nie doświadczają i myślę, że często mają takie wyobrażenie o tranzycji, że osoba - mówiąc w uproszczeniu - stwierdza, że jest trans, zmienia dokumenty, idzie do lekarza, dostaje skierowanie na zabieg i tranzycja się kończy, co jest oczywiście nieprawdą, i często tranzycja jest takim procesem wieloletnim. Jaką rolę w nim odgrywa podawanie hormonów i jak też się różni w zależności od różnych sytuacji może?

ŁYSAKOWSKA: W ogóle trzeba pamiętać o tym, że tranzycja to nie są schodki. To nie jest tak, że osoby zaczynają od zmiany imienia, zaimków, ekspresji, a potem przychodzą hormony, a potem przychodzą operacje. Tylko jest to dużo bardziej modułowy system, gdzie osoby sobie dobierają po prostu te rzeczy, które wiedzą, że uczynią je szczęśliwymi. Terapia hormonalna jest po prostu jednym właśnie z takich modułów, które osoby czasami decydują się włączyć. Czasami to następuje gdzieś wcześniej w tym takim szerszym procesie tranzycji, czasami - gdzieś trochę później. Jednocześnie terapia hormonalna jest najczęstszym zabiegiem medycznym, na który się decydują osoby trans. Więc w wielu przypadkach to będzie prosty proces podania estradiolu albo testosteronu, czyli hormonu, który wywoła zmianę w tym kierunku, w którym chcemy. W większości przypadków nie ma wymogu używania innych leków,

czyli to będzie tylko estradiol i tylko testosteron, one same w sobie są dość silnymi blokerami hormonu wytwarzanego przez nasze ciało domyślnie. Więc zazwyczaj to jest dość prosta terapia, która polega na tym, że zaczynamy podawać ten hormon, po jakimś czasie nasze ciało znajduje gdzieś nową homeostazę, znajduje nowy balans. Potem też są bardzo fascynujące i przepiękne systemy takiego wychwytu i reakcji na te zmiany, tego, że system się przyzwyczaja do niego. Gdzieś po dwóch, trzech miesiącach możemy po prostu sprawdzić poziomy ponownie, zobaczyć, czy one są tam, gdzie powinny być. Szukamy tego balansu, szukamy tego zestawu i ilości leku, który powoduje, że trafiamy w te odpowiednie poziomy.

OSOBA PROWADZĄCA: To mam jeszcze jedno pytanie, takie bardziej medyczne, a zaraz przejdziemy do rzeczy, o których więcej chciałabym porozmawiać, czyli bardziej o społecznym aspekcie tego tematu. Ale jeszcze chciałam cię zapytać o to, czym się różni taka terapia hormonalna, o której teraz mówisz, od blokerów dojrzewania. Bo w tym temacie też ostatnio wydaje mi się, że bardzo dużo jest dezinformacji i takiej propagandy antytrans. Czy możesz po prostu tak wyjaśnić krótko, czym są właśnie blokery dojrzewania i do czego służą?

ŁYSAKOWSKA: Blokery dojrzewania to jest kategoria substancji, które są używane w terapiach osób trans. To są analogi GnRH i to są substancje, które w największym uproszczeniu po prostu zatrzymują to domyślne dojrzewanie osoby, która je przyjmuje. Czyli to dojrzewanie jest opóźnione. Kiedy zejdziemy z tych leków, to ciało zauważa, że już powinniśmy dawno się zająć tą robotą, i po prostu wraca do włączenia tego procesu dojrzewania domyślnego. I te substancje przede wszystkim dają osobom czas na upewnienie się co do swojej decyzji, zobaczenie, czego pragną, a jednocześnie nieprzejdzie tego domyślnego dojrzewania, które w przypadku osób trans tak naprawdę jest to taką trochę wyforsowaną terapią hormonalną w stronę, w którą nie chcemy.

Więc gdzieś te blokery dojrzewania to jest odpowiedź na to, o czym mówi bardzo wiele osób, kiedy rozmawiamy o młodych osobach trans, że fajnie by było, gdyby te osoby miały przestrzeń do namysłu, żeby miały możliwość podjęcia niezależnej decyzji, żeby miały na to czas i tyle przestrzeni, ile chcą. Blokery dojrzewania to jest w dużej mierze dokładnie to, czego te osoby oczekują. I oczywiście są to substancje, które blokują to domyślne dojrzewanie, więc w momencie kiedy osoby docierają do tego wieku, w którym mogą podjąć tą decyzję, są zdecydowane, to można do nich dodać albo wymienić je na terapię hormonalną.

OSOBA PROWADZĄCA: Teraz chciałam zapytać o medykację, bo posługujemy się tutaj bardzo wieloma takimi terminami, które mają swoje zaplecze w medycynie, i duża część dyskusji w ogóle o kwestiach transpłciowości jest jakoś osadzona w takim dyskursie medycznym. W 2018 roku WHO, czyli Światowa Organizacja Zdrowia, ogłosiła zmiany w międzynarodowej klasyfikacji chorób i problemów zdrowotnych, tak zwane ICD-11, i według tej klasyfikacji wreszcie po dekadach transpłciowość nie jest już ujmowana w dziale, który dotyczył zaburzeń psychicznych, tak jak było wcześniej. Wcześniejsza klasyfikacja ICD-10 posługiwała się takimi przestarzałymi i też po prostu szkodliwymi pojęciami jak transseksualizm. Traktowała też to jako zaburzenie identyfikacji płciowej. No i chciałam cię zapytać, w ogóle co zrobić z tym językiem takim medycznym, bo nawet w tym co mówimy - terapia, diagnoza - właściwie cały czas jesteśmy jakby w takim obszarze tak jakby, mimo że jest konsensus medyczny, że transpłciowość nie jest chorobą i nie jest zaburzeniem, to cały czas pozostajemy trochę w tej sferze medykacji. I chciałam cię zapytać, czym dla was jest demedykacja i dlaczego jest ważna.

ŁYSAKOWSKA: Demedykacja jest głównie kwestią niezależności cielesnej i niezależności o decydowaniu w ogóle o swoim własnym życiu. Jako osoby trans potrzebujemy opieki specjalistów, potrzebujemy tak naprawdę głównie opieki endokrynologów, którzy będą dbali o to, żeby te nasze terapie hormonalne były robione w sposób bezpieczny, były robione w sposób dobry i skuteczny. Ale z drugiej strony rozmawiamy o procesie, w którym jedynym sensownym sposobem, żeby zdecydować o tym, czy dana osoba powinna mieć tranzycję, to jest zapytać ją: „Hej, czy chcesz mieć tranzycję?”.

OSOBA PROWADZĄCA: Czyli to jest właśnie to pytanie o tę diagnozę, że jak można w ogóle diagnozować coś, co jest o tym, jak ty odczuwasz swoją płć po prostu.

ŁYSAKOWSKA: Bo w ogóle transpłciowość jest po prostu niediagnozowalna. Nie ma żadnych narzędzi, które ułatwiałyby np. psychologowi czy psychiatrze, żeby stwierdzić, czy jakaś osoba jest trans. To jest tylko kwestia tego, że jedynym sensownym sposobem, żeby stwierdzić, że ktoś jest osobą transpłciową, jest ją zapytać. I to jest czysto właśnie przypadek, w którym dostęp do opieki medycznej powinien być na życzenie.

OSOBA PROWADZĄCA: I to jest też ta analogia z aborcją. Mam taką wlepkę, którą kiedyś dostałam od was: „Wolna aborcja, wolna tranzycja”. No i rzeczywiście też myślę sobie, że sporo postulatów wokół aborcji jest właśnie wokół demedycyzacji, destygmatyzacji. To czym jest właściwie właśnie wolna tranzycja dla ciebie?

ŁYSAKOWSKA: Wolna tranzycja jest tranzycją bezpieczną, tranzycją robioną według nowoczesnej wiedzy, robioną w sposób, który jest zbudowany dla potrzeb osób trans, a nie dla poczucia bezpieczeństwa osób cis. Wolna tranzycja jest na życzenie, wolna tranzycja jest wyłączeniem psychiatrów i psychologów, jeżeli nie życzy sobie tego osoba trans. Jeżeli wie, czego chce, i chce po prostu pójść do endokrynologa, powiedzieć: „Chcę takiej i takiej tranzycji, róbmy to”, to powinna ją w ten sposób dostać. W ogóle to wszystko, o czym mówię, zamyka się w takim pojęciu modelu świadomej zgody, więc wolna tranzycja jest tranzycją w modelu świadomej zgody.

OSOBA PROWADZĄCA: Czyli rola lekarzy powinna polegać na tym, że po prostu słuchają osoby, która przychodzi i mówi: „Jestem osobą transpłciową, potrzebuję wsparcia”. I po prostu informują ją o skutkach podejmowanych zabiegów czy po prostu przyjmowanych leków i po prostu pokazują jej możliwości. Nie wiem, czy dobrze rozumiem, że to byłoby ta świadoma zgoda?

ŁYSAKOWSKA: Tak, dokładnie. Czyli mamy zarówno rolę lekarza jako doradcy, czyli osoby, która może powiedzieć czy nawet musi powiedzieć o tym, jakie są opcje, jakie będą efekty, jakie są potencjalne efekty uboczne. A także lekarza jako osoby, która po prostu monitoruje to, żeby ta terapia spełniała zarówno potrzebę bezpieczeństwa, jak i po prostu potrzeby danej osoby względem tego, czego oczekuje od swojej tranzycji hormonalnej.

OSOBA PROWADZĄCA: Zaciekało mnie to, co powiedziałaś. Jakoś zostało mi w pamięci to zdanie, że system powinien być skrojony pod potrzeby osób trans, a nie pod potrzeby bezpieczeństwa osób cispłciowych. Czy możesz powiedzieć, co się pod tym kryje dla ciebie? Bo rozumiem, że to jest też krytyka tego systemu, który jest, który właśnie taki jest, że jest stworzony właściwie dla osób cispłciowych. Co to dla ciebie znaczy?

ŁYSAKOWSKA: Jest to przede wszystkim ślad bardzo długiej historii, bardzo głębokiej psychiatryzacji transpłciowości. Czyli tego, że dopiero teraz rozmawiamy o tranzycjach, w których właśnie np. endokrynolog jest tym

najważniejszym specjalistą i w których świadoma zgoda jest tym najważniejszym elementem podejmowania decyzji o tym, że jakaś tranzycja się wydarza. I przez większość historii jest tego... efektu tej historii jest nadal bardzo dużo w tym, jak tranzycje niestety muszą wyglądać dzisiaj. Jest to, że tranzycja przez większość historii była ostatecznością. Czyli jak już sprawdzono, że osoba naprawdę nie jest w stanie funkcjonować w swojej płci przypisanej przy urodzeniu, już naprawdę sprawdziliśmy ją pod każdym możliwym kątem. Bo to, co kilkadziesiąt lat temu było np. wieloletnią obserwacją psychiatryczną, potem się zmieniało w jakieś takie kuriozalne pomysły jak to, że osoby trans sprawdzano pod każdym możliwym względem. Takim, który nawet nie miał za bardzo pokrycia w realnej nauce o tym, co może powodować efekty przypominające dysfориę płciową. Ale osoby były po prostu maglowane pod każdym możliwym względem tylko po to, żeby terapia hormonalna, poniekąd pozwolenie przez psychiatrę, żeby osoba mogła żyć tak, jak chce, było jakąś absolutną ostatecznością. Wydaje mi się, że to jest bardzo mocno efekt tego, że osoby cis niepokoi fakt istnienia osób trans. Chcą, żeby nasze istnienie było właśnie absolutną ostatecznością. Dopiero jak już przeskoczmy przez wszystkie kółka w cyrku, jak już się nacierpimy, jak już pokażemy swoim zdecydowaniem, że tak bardzo chcemy, no to wtedy ewentualnie mogą się zgodzić. I znowu to jest coś, co wydaje mi się, że cały czas – tak jak mówiłaś wcześniej - wpina się gdzieś w te połączenia z aborcją.

Pytałaś wcześniej o tą wlepkę, o kwestię powiązań z aborcją. Wydaje mi się, że ta wspólnota jest głównie w takim skrzyżowaniu zjawisk, gdzie zarówno jest właśnie potrzeba zabiegu medycznego, która wydarza się w sytuacji, w której bardzo wąska grupa ludzi, czyli politycy i tak naprawdę najbardziej wpływowi z lekarzy, mają pełną kontrolę nad tym, jaka medycyna jest w ogóle możliwa. Czyli to, jakie zabiegi w ogóle możemy wykonywać, niezależnie, czy w placówce państwowej, czy w placówce prywatnej. To, jak one mają wyglądać, co musimy zrobić, żeby dostać do nich dostęp, jacy musimy być, żeby mieć do nich dostęp. I tak jak ten system krzywdzi bardzo wiele osób, ale jako tako działa w dużej części swojego funkcjonowania, to w przypadku tranzycji i aborcji, zwłaszcza z powodu tego, w jaki sposób zarówno tranzycja, jak i aborcja jest takim zabiegiem, w którym jedynym sensownym sposobem, żeby zdecydować o tym, czy powinna się wydarzyć, jest przede wszystkim zapytać osoby, czy chce, żeby się wydarzyła, to ten system się całkowicie rozpada. On całkowicie nie jest w stanie sobie poradzić z uszanowaniem niezależności cielesnej i z uszanowaniem tego, że tak jak lekarze mogą być specjalistami na temat ciał

ogólnie, to dana osoba może być najlepszym na świecie specjalistą na temat swojego własnego ciała i swoich własnych potrzeb.

OSOBA PROWADZĄCA: Faktycznie na przykład w przypadku aborcji ta demedycyzacja właściwie dzieje się dzięki aborcji tabletkami, czyli właśnie dzięki temu częściowo, że się po prostu ją wyjmują z rąk lekarzy, i to jest to „jedno mife, cztery miso” i robisz sobie aborcję w domu. I rozumiem, że w przypadku transpłciowości po prostu jest to trochę bardziej skomplikowane, bo większość tych zabiegów czy narzędzi jednak jest bardziej w rękach lekarzy. I pytanie, czy tak twoim zdaniem musi być. Czy to jest możliwe też, żeby się wydarzyło coś podobnego do aborcji tabletkami w przypadku tranzycji?

ŁYSAKOWSKA: Oczywiście w przypadku tranzycji ten największy problem, który odróżnia właśnie tę sytuację tego, jak łatwo jest ją uwolnić, jest to, że tranzycja jest potrzebą ciągłą. Czyli oczywiście są osoby, które się decydują na taką formę tranzycji, że na przykład... Głównie z testosteronem się da tak zrobić, że można sobie go przyjmować na przykład przez rok. Przejść przez te zmiany, które są dość szybkie i trwałe, czyli na przykład mutacja głosu, a potem z niego zejść. Ale tak jak mówiłam wcześniej, większość osób, która się decyduje na tranzycję, wie, że będzie na niej przez dziesiątki lat.

W przypadku tranzycji jest potrzeba stworzenia systemów, które by dawały ten dostęp na stałe, dostęp do bezpiecznego kontrolowania swoich poziomów. Bo oczywiście jak się ustabilizuje swoją terapię, to ona się już za bardzo nie zmienia. Ale dobrze jest raz do roku pójść na taką kontrolę, zobaczyć, czy wszystko jest nadal okej. Nasze ciało też się zmienia, więc to, jak ciało reaguje na dany preparat i to jak go przyswaja, też może się gdzieś tam powolutku zmieniać. Więc jest to taka potrzeba medyczna, która jest rozciągnięta w czasie.

Jest ogromna potrzeba tego, żeby dało się to robić dobrze i bezpiecznie. Tak jak pytasz o to, czy da się to zrobić całkowicie niezależnie w stronę tą lekową, czyli tego... Pytanie, czy na przykład dyski z estradiolem by mogły być po prostu w aptece na życzenie. Pewnie tak i pewnie by się nikomu nic nie stało. Świat by się nie zawalił. Czy da się robić sobie na własną rękę badania krwi i porównywać z wytycznymi i z badaniami i sprawdzać, czy wyniki są okej? Tak, da się. Czy da się przeczytać, jak dostosować swoją dawkę, jak się zobaczy swoje wyniki? Tak, w większości przypadków terapie hormonalne są naprawdę prostym procesem. Ale wydaje mi się, że dużo lepiej by było, gdyby ten system stworzył dla nas przestrzeń, zrozumiał, że to jest dość nietypowa sytuacja

względem tego, jak jest zbudowany i musi się w tym przypadku dostosować, ponieważ zupełnie nie działa. Głównie że wtedy być może ten system gdzieś zainspiruje się tym, że dawanie ludziom niezależności nad swoimi ciałami i uwzględnianie osób pacjenckich w procesie leczenia jest tak naprawdę bardzo pozytywne dla całego społeczeństwa i dla każdej medycyny.

Bo znowu, tak jak mówiłam, to jest coś, co w przypadku aborcji czy tranzycji się całkowicie rozpada. Ten system po prostu przestaje mieć sens, ale echa tego są w całej medycynie. Niektóre są trochę bliżej jak w przypadku problemów osób z niepełnosprawnościami czy w przypadkach medycyny obejmującej psychiatrię, ale gdzieś echa tego uwikłania są w całej medycynie.

I oczywiście też kontynuując temat aborcji i tranzycji, oczywiście też wielkim problemem jest uwikłanie ideologiczne. Bo znowu leczenie zwyrodnień kolana nie jest uwikłane w jakieś walki polityczne i...

OSOBA PROWADZĄCA: I jakieś moralne dywagacje też na temat tego, czy warto, czy można i czy to jest etyczne, żeby leczyć kolano czy nie.

ŁYSAKOWSKA: Tak. I przede wszystkim te rzeczy nie są uwikłane w walkę o możliwość decydowania o swoich ciałach, w próby tego, jak patriarchalny system próbuje się trzymać przy władzy, gdzie ta władza bardzo mocno stoi na kontroli nad ciałami kobiet, kontroli nad tym, jak wytwarzana jest w ogóle płęć, tego, kto jest mężczyzną, kto jest kobietą, w jaki sposób można przechodzić pomiędzy tymi kategoriami, w jaki sposób można stawać poza nimi. To jest system, który w bardzo silny sposób stoi na tych rzeczach, w bardzo silny sposób opiera swoją dominację i możliwość kontrolowania naszych żyć na tych rzeczach. Wydaje mi się, że też ogromnym problemem jest to, że zarówno aborcja, jak i tranzycja jako zabiegi medyczne są prawem człowieka, a są uwikłane w tę okropną próbę tego systemu, żeby desperacko utrzymać się przy władzy.

[dynamiczny jingiel]

OSOBA PROWADZĄCA: Słuchasz podcastu feministycznego „Słowo na F”. Od lat zbieramy pieniądze od osób takich jak ty, by wspierać dziewczynki, kobiety mieszkające na wsi, osoby queerowe, kobiety z doświadczeniem przemocy. Razem walczymy o świat, w którym każda osoba jest wolna i bezpieczna. Dołącz do nas już dziś. Ustaw stałą wpłatę na femfund.pl.

Super, że wspomniałaś o tym politycznym interesie, który też mają różne grupy w tym, żeby demonizować i stygmatyzować różne grupy społeczne, w tym osoby trans. Wydaje mi się, że z jednej strony żyjemy w takim momencie, kiedy bardzo wiele się zmieniło, jeżeli chodzi o społeczną świadomość dotyczącą praw osób trans. Coraz więcej osób zna osoby trans też osobiście, coraz więcej też mamy obrazów medialnych, które są okej, pokazują złożoność życia osoby trans tak jak każdej innej osoby, w której te osoby są bohaterkami, bohaterami seriali. A z drugiej strony też ta walka o prawa osób trans i takim odbiciem, drugą stroną medalu jest po prostu ogromny backlash i to, że mamy do czynienia też z bardzo silną propagandą antytrans, na której można po prostu też zbijać kapitał polityczny, co pokazała chociażby kampania prezydencka w Polsce w 2015 roku i później w 2020 też.

I jednym z takich właściwie punktów kluczowych tej propagandy, czymś, co się taka radykalna prawica wykorzystuje, to są oczywiście dzieci i bardzo dużo jest maglowanych takich tematów, takiej propagandy, która się wiąże właśnie z tranżycją dzieci, z tranżycją nastolatków. I niestety jest tak, że na to nie są odporne nawet tak zwane liberalne, progresywne media. Właściwie czołowe polskie gazety przedrukowują te artykuły, robią wywiady z osobami, które po prostu głoszą transfobiczne poglądy, i bardzo często pojawiają się tam takie właśnie zmanipulowane statystyki dotyczące detranżycji, czyli przerywania procesu tranżycji, i tego, jaki to może mieć zgubny wpływ na dzieci. W domyśle oczywiście chodzi o dzieci cisplciowe, bo transplciowe dzieci chyba tych osób nie interesują i ich cierpienie. I pomyślałam, że może warto wykorzystać ten moment, żeby jednak powiedzieć trochę, jak właściwie wyglądają fakty na temat w ogóle detranżycji. Czym ona jest, dlaczego się dzieje, z jakich powodów i też jaka jest skala tego zjawiska?

ŁYSAKOWSKA: Detranżycja jest przede wszystkim nieostrym pojęciem. W zależności od badania, w zależności od opracowania będziemy rozmawiać o różnych zakresach zjawiska. W największym uproszczeniu detranżycja będzie każdą sytuacją, w której osoba z jakiegoś powodu przerywa swoją tranżycję. Przerywa np. terapię hormonalną czy życie jako ta płeć, którą wybrała.

Przede wszystkim jest problem tego, że kiedy patrzymy na to od góry, to wewnątrz zjawiska detranżycji będą się znajdowały przeróżne zjawiska. Po pierwsze część z tego może być całkowicie działaniem według planu. Tak jak

mówiłam wcześniej, są takie tranzycje, które na tym polegają, że się wchodzi. na jakąś... np. właśnie na terapię hormonalną.

Trzeba pamiętać, że bardzo dużo danych dotyczących detranzycji to są dane wzięte gdzieś z dużych banków danych klinik medycznych, gdzie po prostu jest sprawdzane: tyle i tyle osób u nas musiało zostać zdiagnozowanych jako osoby transpłciowe, weszły na terapię hormonalną, ile osób po iluś tam latach nadal jest na tej terapii. No i oczywiście jak mamy teraz badania o tym, to przede wszystkim wiemy, że takich osób jest niewiele. A kiedy badamy właśnie szerzej zjawisko detranzycji i np. sprawdzamy, dlaczego osoby decydują się na taki ruch, to okazuje się, że jest to właśnie dużo bardziej skomplikowane.

Część osób, tak jak mówię, robi to, ponieważ tak po prostu preferują. Po wejściu na tranzycję okazuje się, że transfobia jest zbyt trudna, żeby... żeby z nią żyć, i decydują się, że te naciski społeczne, naciski rynku pracy, naciski rodziny są zbyt duże, żeby kontynuować tranzycję. To jest bardzo duża część... część zjawiska.

I taka ostatnia rzecz, która wydaje mi się, że być może jest najważniejsza w tym wszystkim, to jest to, że w ogóle nie rozmawiamy o tym, że ta tranzycja to nie musi być dramat. To może być element po prostu czyjejś drogi, tego, że próbuję nowej ekspresji, próbuję nowych imion, nowych zaimków. Próbuję nawet nowej gospodarki hormonalnej w swoim ciele, efektów jakichś na swoim ciele. I to nie musi być dramat, kiedy się okazuje, że: „Hej, to jednak nie jest dla mnie”. Bardzo dużo osób, które przechodzi przez tę tranzycję, wychodzi z niej, wiedząc więcej o sobie, wiedząc więcej o tym, kim są i czego oczekują od życia. Wychodzą też, nie mając już tego idącego za nimi wcześniej poczucia, że: „Hej, coś jest nie tak, być może to jest to”. Tylko po prostu teraz wiedzą, że to była jakaś rzecz, czego spróbowały, czuły się w tym lepiej albo gorzej, i teraz po prostu kończą ten etap w swoim życiu.

OSOBA PROWADZĄCA: Tu znów mi się jakoś tak nasuwa ta analogia z aborcją. Wiem, że oczywiście to jest analogia, która ma zawsze swoje ograniczenia, bo aborcja nie jest tym samym co tranzycja. [lekki śmiech]

ŁYSAKOWSKA: [pomrukuje przytakująco]

OSOBA PROWADZĄCA: Może warto też powiedzieć, że te doświadczenia mają też dużo rzeczy, które są inne, ale często się mówi też o tym wątku żałowania

aborcji, że oczywiście większość osób jej nie żałuje, i to też mamy na to badania. Jak się pyta osób wprost, to najczęściej mówią, że są zadowolone z tej decyzji, że to była dobra decyzja, ale są też takie, które uważają, że może podjęły złą decyzję, ale to też jest jakoś prawo człowieka, żeby podejmować złą decyzję. Że w żadnej innej sytuacji właściwie nie ma całego systemu, który ma nas uchronić przed tym, że podejmiemy jakąś złą decyzję. Że to po prostu jest... się zdarza i jest elementem doświadczenia, i są tego czasem jakieś konsekwencje, niektóre są odwracalne, niektóre - nie. No ale po prostu to jest też droga każdej osoby, żeby móc też podejmować decyzje, których będzie żałowała w jakimś sensie.

ŁYSAKOWSKA: Tak i też wydaje mi się, że w przypadku tranzycji też bardzo ważnym aspektem jest to, że z badań, które mamy teraz, na przykład to jest chyba z ostatniego roku świetne opracowanie Florence Ashley, nic nie wskazuje na to, żebyśmy mieli za bardzo w przypadku tranzycji jakąś alternatywę. Ponieważ z tego badania wynika, że wśród osób, u których na przykład stosowano model świadomej zgody, czyli podejmowały te decyzje o tranzycji na podstawie informacji lekarza o tym, jak to wygląda, ale po prostu podejmując decyzję, że to jest to, czego chcą, i bez procedury bycia maglowanymi przez psychiatrę czy przez psychologa, wśród tych osób nie ma większego odsetka osób, które by żałowały tranzycji.

Być może po prostu mamy jakąś grupę osób, które będą przechodzić przez tę podróż, i to jest cecha... cecha tego, że tranzycje są w ogóle możliwe. I znowu wydaje mi się, że bardzo ważne jest... To jest takie miejsce, w którym wraca ten motyw chronienia systemu tranzycji, który za wszelką cenę chroni osoby cis. Czyli tego, że udokumentowane, potwierdzone, dobrze zrozumiane dobro dziesiątek, setek tysięcy osób trans, które czują się świetnie po swoich tranzycjach, które po elementach tranzycji takich jak operacje, które mają najniższe odsetki żalu spośród operacji... Czyli na przykład operacje uzgodnienia płci mają niższe odsetki żalu niż LASIK, poprawianie wzroku, prawda? Więc mamy całą tę ogromną rzeszę osób, której wiemy, że jesteśmy w stanie pomóc, jesteśmy w stanie zrobić ich życia lepszymi, po prostu dając im swobodny dostęp do tranzycji. Wiemy, że ograniczanie tego dostępu nie czyni nikogo szczęśliwszym ani nie czyni żalu mniej prawdopodobnym, i mimo to są osoby, które powiedzą, że dobro tych wszystkich osób nie jest warte tego, że jest jakaś niewielki odsetek szansy, że jakaś osoba cis zdecyduje się na tranzycję i potem będzie jej żałować. I to jest w ogromnej mierze znowu to, że wracamy zarówno do systemu, który właśnie jest zbudowany po to, żeby chronić osoby cisplciowe

przed istnieniem transpłciowości. Jest to też kwestia po prostu wartościowania transowych żyć niżej.

OSOBA PROWADZĄCA: Czyli po prostu o tym, czyje cierpienie więcej waży tak naprawdę.

ŁYSAKOWSKA: Czyje cierpienie więcej waży i kto może sobie cierpieć.

OSOBA PROWADZĄCA: Może przywołam tylko badanie dotyczące efektów używania blokerów dojrzewania u osób nastoletnich. Że używanie właśnie blokerów dojrzewania było powiązane z 60% spadkiem objawów depresyjnych i 72% spadkiem myśli samobójczych. Czyli naprawdę mówimy o tak naprawdę ogromnej, ogromnej skali zmieniającej życie. To jest ratujące życie dla osób wielu. I nadal ograniczamy dostęp do tego ze względu na propagandę. Bo tak naprawdę, tak jak mówisz, że to są naprawdę jakieś odsetki, pojedyncze osoby, które naprawdę doświadczają tej tranzycji w taki sposób też, że to się wią... że ma jakieś takie nieodwracalne też skutki. No bo też tak jak powiedziałaś, że bardzo wiele elementów tranzycji, jeżeli po prostu się wycofamy, podejmiemy decyzję, że jednak schodzimy z tych leków, no to dojrzewanie na przykład w przypadku blokerów dojrzewania, rozumiem, że i tak się wydarzy, tak?

ŁYSAKOWSKA: Mhm.

OSOBA PROWADZĄCA: Że tak naprawdę to jest jakby czasowa też jakaś sytuacja. I wiele z tych rzeczy jest też odwracalnych po prostu.

ŁYSAKOWSKA: No tak. W przypadku blokerów dojrzewania no to jak z nich schodzimy, no to wydarza się to domyślne dojrzewanie dla płci przypisanej przy urodzeniu. W przypadku terapii hormonalnych u osób dorosłych jest trochę bardziej skomplikowane. No bo są pewne rzeczy, które są w jakiś sposób nieodwracalne. Na przykład jak przejdziemy mutację głosu, przyjmując testosteron, no to to jest rzecz, która się nie zmienia. Można potem po prostu trenowaniem głosu zmieniać swój głos. No ale zmiany strun głosowych są w jednym kierunku.

Ale znowu wydaje mi się, że zarówno po prostu praktyka pokazuje, że odsetek takich osób jest niski, ale też wydaje mi się, że to jest znowu gdzieś sytuacja, w której z góry zakładamy, że osoby, które przeszły przez efekty terapii hormonalnej, muszą tego żałować i że efekty muszą być czymś złym.

OSOBA PROWADZĄCA: Nawet jeżeli zmieniły zdanie, to wcale to nie znaczy, że żałują.

ŁYSAKOWSKA: Że tego żałują. I też wydaje mi się, że jest to w ogromnej mierze to, że jest to pogląd wychodzący z takiego założenia, że tak naprawdę to, co robią osoby transpłciowe, nawet te osoby, które chcą swoich tranzycji, to jest w jakiś sposób niszczenie swoich ciał, w jakiś sposób kalanie swoich ciał, robienie czegoś złego, na co tylko ewentualnie pozwalamy, ponieważ no tak się w społeczeństwie umówiliśmy, że ogólnie mamy jakąś tam kontrolę nad swoimi ciałami. Więc no dobra, te osoby mogą sobie to robić, ale tak naprawdę to się krzywdzą i robią źle.

OSOBA PROWADZĄCA: Właśnie tak pomyślałam, że to w ogóle pokazuje jakoś rodzaj hipokryzji wobec tego tematu. Pokazuje to, jak są traktowane z kolei dzieci interpłciowe, czyli dzieci, które się rodzą ze zróżnicowanymi cechami płciowymi, które nie odpowiadają takiemu binarnemu rozumieniu płci, i że tak naprawdę wobec tych dzieci z kolei czasem są nadmiernie stosowane różne zabiegi, które mają służyć właśnie tak zwanej normalizacji ciał, czyli temu, żeby je dostosować do społecznych wyobrażeń, i właściwie jednym z głównych postulatów ruchu osób interpłciowych jest zakazanie tzw. normalizacyjnych operacji na dzieciach. I że w tym przypadku na przykład stosowanie terapii hormonalnych jest traktowane jako coś, co jest okej, mimo że stosuje się wobec dzieci, bo właśnie ten kierunek jest, rozumiem, taki w stronę uzgodnienia tego, co społeczeństwo uważa za – sorry za to słowo – ale „normalne”. I że po prostu to też jakoś pokazuje, że tak naprawdę nie chodzi o dzieci, tylko jednak o tę kontrolę, o jakieś wpisanie się w społeczne ramy tego, co jest bezpieczne dla większości osób, jak myślą o płci i binarności płci.

ŁYSAKOWSKA: Tak i dla systemów, które bardzo silnie stoją na tym, żeby zachować te binary.

OSOBA PROWADZĄCA: Właśnie, mówimy teraz o tych systemach i pomyślałam, że jeszcze wrócimy, zrobimy takie koło do tej politycznej kwestii, bo pewnie jest tak, że to wszystko, o czym mówimy, jeżeli się wydarzy, to się wydarzy dzięki politycznemu zaangażowaniu ruchu osób trans i ich sojusznicznych ruchów. I tak po prostu takie jest z doświadczeniem ruchów społecznych, że wszystkie prawa są zdobyte w walce i nie są dane raz na zawsze. I chciałam dopytać właśnie o to, jak ruch osób transpłciowych jest właśnie połączony z innymi ruchami

społecznymi, czy jest? Bo jest to bardzo... Wydaje mi się, tak jak obserwuję działania aktywistek i aktywistów osób trans, że to są po prostu osoby bardzo często bardzo mocno zaangażowane, też bardzo dobrze zsięciowane, budujące bardzo mocną społeczność. I jestem po prostu też ciekawa tego, jak ty myślisz o tym, gdzie są te takie najważniejsze sojusze dla ruchu osób transpłciowych.

ŁYSAKOWSKA: Należy tutaj, wydaje mi się, rozróżnić trochę różne typy potrzeb. Bo znowu kiedy mówimy o ruchu osób trans, czym innym jest wyzwolenie płci, wyzwolenie ekspresji, wyzwolenie możliwości bycia sobą. Czym innym jest wyzwolenie tych elementów w tranzycji, które są uwikłane gdzieś w ten system medyczny. Bo znowu dzisiaj rozmawiamy tak dość mocno właśnie o tych kwestiach medycznych, no ale też trzeba pamiętać o tym, że jest ogromna ilość osób trans, których w ogóle ta kwestia tak naprawdę nie dotyczy, no bo nie chcą się podejmować tranzycji medycznej. I to nie znaczy, że są mniej trans, tylko po prostu nie mają tej konkretnej potrzeby.

Wydaje mi się, że ruch osób trans jest tak trochę rozpostarty pomiędzy wyzwoleniem płciowym, wyzwoleniem społecznościowym, w których gdzieś te sojusze zarówno z feminizmem, jak i z szerszym ruchem osób queerowych są bardzo ważne. I też to są takie sojusze, które są dość dobrze zarysowane i dobrze zbudowane. Ale ta sfera medyczna, wydaje mi się, że to jest taka przestrzeń, w której jest bardzo dużo roboty do zrobienia z tym, że właśnie pomiędzy osobami trans, pomiędzy osobami potrzebującymi aborcji, pomiędzy osobami z niepełnosprawnościami, pomiędzy osobami neuroatypowymi potrzebujemy więcej rozmowy o tym i więcej kontaktu po prostu, wymiany doświadczeń na temat tego, jak wygląda walka właśnie o niezależność cielesną i walka o prawa w tym systemie medycznym.

OSOBA PROWADZĄCA: No właśnie, bo walka też wygląda pewnie różnie. Też jako... Nie wiem, jestem osobą, która też pracuje w organizacji feministycznej, która wspiera bardzo różne grupy z bardzo różnymi strategiami, i myślę, że w wielu sytuacjach jest tak, że różne grupy mają różne strategie i one wszystkie jakoś są uzasadnione, z czegoś wynikają. Że też często... Nie wiem, ja mam jakąś taką trochę może obsesję, żeby też nie wrzucać do śmietnika historii tych strategii, które były wcześniej. One z jakiegoś powodu się pojawiły, gdzieś miały swoją skuteczność jakąś, a gdzieś się okazały już nieprzydatne, że już dalej się z tym nie da nic zrobić i trzeba zmienić.

I tak myślę o właśnie strategiach też w ruchu na rzecz praw osób trans, że właściwie bardzo długo taką chyba dominującą strategią, która była taka najbardziej widzialna, to była taka strategia humanizowania osób trans, czyli pokazywania „osoby trans są ludźmi”, co jest oczywiście straszne, że trzeba to pokazywać, ale chodziło po prostu o to, o czym ty też wspomniałaś, o to pokazywanie cierpienia i o taki, powiedziałabym, model takiej idealnej ofiary trochę. To znowu też to nawiązanie trochę do aborcji, czyli że właściwie żeby zasłużyć na empatię, wsparcie i też na przykład w przypadku osób trans na godną tranzycję, to najpierw trzeba pokazać, że się cierpiało, że się cierpi, że się jest dobrą osobą, wystarczająco dobrą osobą. I że bardzo długo takim dominującym sposobem na to, żeby pokazywać problemy osób trans i ich potrzeby, było po prostu pokazywanie indywidualnych historii, często bardzo takich smutnych albo gdzie była właśnie duża ilość tego cierpienia, czasami też tragedii. Myślę, że też bardzo nośne te historie śmierci osób trans. Miało to wywoływać właśnie litość, współczucie, wzruszenie. No i ta strategia pewnie miała jakąś swoją taką część, gdzie okazywała się sprawcza, coś dawała, ale też ma swoje ograniczenia. I wy jako Tranzycja macie inną strategię. Możesz powiedzieć o tym, jaka ona jest i dlaczego właśnie taka?

ŁYSAKOWSKA: No tak, my się staramy w Tranzycji.pl dużo więcej mówić o niezależności, o możliwości podejmowania własnych decyzji, niezależnie od tego, czy to są decyzje z chęci, desperacji czy po prostu poczucia, że tak będzie lepiej. I staramy się dużo więcej mówić o transszczęściu niż o transcierpieniu. O tym, że tranzycja bardzo często nie jest sposobem, żeby uciec od cierpienia, tylko jest sposobem, żeby po prostu poczuć się lepiej, żeby otworzyć swoje życie, żeby otworzyć siebie na nowe przeżycia, nowe możliwości funkcjonowania, po prostu być szczęśliwszą osobą. I że to cierpienie nie jest nawet wymagane. Nie trzeba cierpieć po to, żeby czuć się szczęśliwiej po tranzycji. Można czuć się całkiem okej ze swoim ciałem, ale po prostu wiedzieć, że tranzycja uczyni czyjeś życie lepsze.

I też wydaje mi się, że ważne jest właśnie to, o czym mówisz, że są pewne strategie i są pewne narracje, na które społeczności się decydują dlatego, że da się za ich pomocą uzyskać ten postęp systemowy. Czyli na przykład da się, tak jak z cierpieniem, da się pociągnąć za struny iluś tam polityków, iluś tam osób w debacie publicznej i nagle da się przepchnąć jakieś prawo. Bardzo podobnym zjawiskiem jest narracja „urodzonych w złym ciele”, która też była gdzieś bardzo długo taką wręcz domyślną narracją społeczności osób trans, będąc tak

naprawdę znowu dość bzdurnym esencjonalizmem płciowym, tylko ubranym w szaty, które...

OSOBA PROWADZĄCA: Empatyczne szaty. [śmiech]

ŁYSAKOWSKA: Empatyczne szaty, które też... To była taka prosta analogia, prosta, choć nieprawdziwa przenośnia, która dawała ludziom jakiś taki superszybki sposób zrozumienia, co się dzieje i dlaczego można nam dać prawo.

Te narracje mają oczywiście miejsce właśnie w walce politycznej i mają miejsce w tym, jak uzyskujemy pewne prawa, ale stosując je, jest bardzo duże ryzyko... One są takim mieczem obusiecznym tego, że te narracje zaczynają od razu przenikać w to, jak społeczeństwo myśli o danej grupie albo jak myśli o danej potrzebie. Kiedy próbujemy te prawa znowu przesuwając coraz dalej, to bardzo szybko okazuje się, że te narracje mogą mieć swoje wady. Tak jak np. właśnie narracja o cierpieniu, która z jednej strony na pewno humanizuje osobę trans. I na etapie, w którym duża część społeczeństwa postrzega osobę trans nie w pełni równymi sobie, humanizacja jest bardzo ważna. No ale bycie ofiarą, bycie cierpiącym niesie za sobą od razu takie poczucie, że właśnie to są osoby, które potrzebują pomocy, ale w tym ukryte jest odebranie tej niezależności. Czyli nie, że to są osoby, które doskonale wiedzą, czego potrzebują. To nie są osoby, które mogą być specjalistami w swoim własnym temacie, tylko to są jakieś osoby, które są w dramacie życiowym i teraz potrzebują opieki - czy to państwa, czy to lekarzy - i potrzebują interwencji i tego, żebyśmy my jako społeczeństwo się zajęli tym, żeby oni już tak nie cierpieli.

OSOBA PROWADZĄCA: Czyli to jest za cenę podmiotowości w jakimś sensie.

ŁYSAKOWSKA: Tak, za cenę podmio... Tak, tak, dokładnie.

OSOBA PROWADZĄCA: A tymczasem zaczęłyśmy od tego i to jest już właśnie... Chciałam teraz zrobić kolejne, drugie koło i to już jest ostatnie koło. Czyli wrócić do tej samoorganizacji, bo to jest jakby w takiej rażącej sprzeczności - to, o czym mówisz - właśnie takie postrzeganie osób trans przede wszystkim jako - no nie wiem, czy mogę tak powiedzieć - takich właśnie osób klienckich systemu opieki, tak? Że właśnie takich osób, które potrzebują po prostu pomocy. Tymczasem jakby to stoi, wydaje mi się, w takiej rażącej sprzeczności z tym, jak wygląda samoorganizacja osób trans, i to, że właściwie większość wsparcia osoby trans dostają po prostu od innych osób trans. I chciałam cię zapytać

jeszcze trochę o to. Czym jest właśnie samoorganizacja, samopomoc dla społeczności trans? Na czym też polega na takich, powiedziałabym, bardzo konkretnych przykładach? Czy możesz powiedzieć, w jakich obszarach to się dzieje?

ŁYSAKOWSKA: No to jest bardzo szeroka pomoc, ponieważ to jest wyjątkowo zgrana społeczność, wyjątkowo skomunikowana ze sobą. Wydaje mi się, że to jest w dużej mierze efekt właśnie potrzeby. Czyli to jest reakcja na potrzebę tego, jak bardzo system już od początku ponosi porażkę w tym, żeby dać osobom trans w ogóle możliwość zrozumienia, czym są te uczucia, które są wewnątrz mnie. Ponieważ znowu system zbudowany na tym, żeby transpłciowość była ostatecznością, nie będzie dawał informacji o tym, jak być osobą trans i że jest to w ogóle możliwość. Bardzo często trzeba poznać inne osoby trans, żeby w ogóle dowiedzieć się, że tak można żyć, że życie w ten sposób jest okej, że można przejść tranżycję i w sumie ogromna część naszego życia pozostaje taka, jaka była. I po prostu chodzi się do pracy, spotyka się ludzi i wszystko jest tak naprawdę identycznie, tylko może czujemy się lepiej ze sobą. Więc to jest na pewno taki obszar, gdzie już od początku potrzebny jest ten kontakt ze społecznością, żeby zrozumieć siebie.

Oczywiście też taką bardzo ważną kwestią jest dostęp do rzetelnej wiedzy. Tego, że bardzo wielu specjalistów, którzy być może zajmują się np. endokrynologią czy nawet konkretnie endokrynologią płci, to nie znaczy, że mają rzetelną i nowoczesną wiedzę o tym, jak powinna wyglądać tranżycja osób trans.

OSOBA PROWADZĄCA: Czyli to są też po prostu polecenia na przykład, do jakiego lekarza warto iść, a do jakiego na pewno nie?

ŁYSAKOWSKA: Tak, tak, absolutnie. Jest to... To jest jeden z aspektów, czyli to jest gdzieś wymiana wiedzą o tym, gdzie są dobrzy specjaliści. To jest coś, czym też np. my się zajmujemy w Tranżycji.pl, bo mamy naszą mapę specjalistów, na której zarówno zbieramy opinie ze społeczności, jak i pytamy samych specjalistów o to, jak prowadzą swoją praktykę, w jakim właśnie modelu, w jaki sposób to u nich wygląda. Ale też od drugiej strony w społeczności osób transpłciowych jest bardzo mocne poczucie, że trzeba tak na wszelki wypadek, nawet jak się pójdzie do dobrego specjalisty, tak na wszelki wypadek trzeba być specjalistą w swojej własnej sprawie. I wydaje mi się, że też to jest taka rzecz, której znowu echa odkrywają osoby w bardzo wielu zakątkach bycia gdzieś w systemach opieki. Czyli tego, że o ile to nie jest grypa, to dość szybko trzeba

być na wszelki wypadek specjalistą w swoim własnym temacie [śmiech] i trzeba się zainteresować tym, co się dzieje. I nie można tak jakby czysto polegać na tej opinii teoretycznie profesjonalistów, którzy są oddelegowani do zajmowania się nami.

No i jest też w tym wszystkim wydaje mi się to, że pączkuje po prostu społeczność, potrzeby polityczne i tego, że kiedy już mamy te struktury wspólnych potrzeb takich materialnych, to jest bardzo łatwo, żeby na tym zaczęła pączkować zarówno samooorganizacja polityczna, ale też jakaś kultura, jakaś wspólnota znowu wspólnych przeżyć, wspólnych społeczności, wspólnych memów, dowcipów. Też to jest... Tak jak na przykład szerszy queer jest wspólnotą potrzeby, na której pączkuje kultura. I tak samo jest z osobami trans, że to też jest... Nawet wewnątrz szerszej queerowości osoby trans są też taką swoją własną, bardzo barwną przestrzenią, w której rodzi się kultura.

OSOBA PROWADZĄCA: Dzięki serdeczne za rozmowę. Naszą gością była Otalia Łysakowska z grupy Tranzycja.pl.

ŁYSAKOWSKA: Dzięki.

[dynamiczny jingiel]

OSOBA PROWADZĄCA: To był podcast Funduszu Feministycznego „Słowo na F”. Dziękujemy, że nas słuchasz. Pamiętaj, że możemy działać dzięki osobom takim jak ty. Wspieraj nas regularnie na femfund.pl.