
Hormonalna infrapolityka znośnego życia – kilka uwag o byciu trans i na hormonach

J. Szpilka

TEKSTY DRUGIE 2024, NR 4, S. 150–168

DOI: 10.18318/td.2024.4.8 | ORCID: 0000-0003-4490-4952

Pod koniec stycznia 2024 roku odbyłam pierwszą wizytę kontrolną u endokrynolożki prowadzącej moją terapię hormonalną – a dokładnie to *hormone replacement therapy* (HRT), czyli powszechnie podejmowaną przez osoby trans praktykę modyfikacji funkcjonowania układu hormonalnego poprzez przyjmowanie hormonów płciowych, których nasze organizmy nie są w stanie samodzielnie wytwarzać w odpowiednim stężeniu. Sama wizyta była rutynowa, chociaż kontrola wyników badań krwi wykazała, że poziom estrogenu jest zaskakująco wysoki, co poskutkowało obniżeniem przepisanej mi dawki estradiolu z pięciu do trzech miligramów dziennie. Tuż po opuszczeniu gabinetu, mając w kieszeni receptę na kilkumiesięczne dawki feminizujących hormonów oraz blokerów testosteronu, podłączyłam się do internetowego czatu głosowego, gdzie czekały na mnie moje trans znajome¹. Wracając do mieszkania, przeprowadziłam z nimi

J. Szpilka – kulturoznawczyni. Na Uniwersytecie SWPS prowadzi projekt badawczy o relacji między BDSM i transkobiecością. Zajmuje się studiami trans, studiami nad seksualnością i współczesną anglojęzyczną literaturą trans.

1 Stosuję słowo „trans” jako przymiotnik. Trans do kobiecości (czy męskości etc.) ma się tak samo jak czerń czy żydowskość, czy też ubóstwo. Przyjmuję więc praktykę językową, w której stwierdzenie „trans kobieta” funkcjonuje tak jak „czarna kobieta”.

drugą konsultację endokrynologiczną, alternatywną wobec tej w oficjalnym gabinecie lekarskim, ale równie dla mnie istotną. Informacje i porady, które mogłam od nich uzyskać, były bowiem nie mniej użyteczne niż zalecenia endokrynolożki, chociaż oparte na innym rodzaju wiedzy. To właśnie na podstawie rozmów z członkiniami mojej społeczności zmodyfikowałam sposób przyjmowania hormonów – i to dzięki nim uzyskałam pogłębioną wiedzę na temat mechanizmu ich działania. I nie było w tym nic nietypowego.

Opisana przeze mnie sytuacja nie odróżnia mnie od setek innych trans kobiet (i szerzej – osób trans w ogóle), które korzystają w Polsce z prywatnej opieki zdrowotnej celem uzyskania dostępu do HRT i które jednocześnie pozostają głęboko zanurzone w wewnątrzspołecznościowych obiegach wiedzy dotyczącej tego, jak takie terapie należy najlepiej praktykować. Właśnie ten obieg będzie stanowił przedmiot analizy w dalszej części artykułu. Chcę bowiem zastanowić się, jaki jest status wiedzy posiadanej – i wykorzystywanej – przez same osoby trans, kiedy przychodzi do przyjmowanych przez nie hormonów. Od razu pragnę przy tym zaznaczyć, że nie będę zajmowała się ani „realnymi” rezultatami HRT (a więc zobiektywizowanymi próbami wykazania, czy terapie takie są „skuteczne”), ani też bardzo istotnym problemem uwikłania farmaceutycznego rynku hormonów w transnarodowe przepływy kapitału i władzy². Moja perspektywa jest więc celowo zawężona. Zależy mi bowiem na tym, aby wychodząc od autoteoretycznego namysłu nad własnymi doświadczeniami jako trans kobiety³, zakwestionować dwa popularne sposoby myślenia o relacji osób trans do przyjmowanych przez nie hormonów.

Po pierwsze, chciałabym pokazać dramatyczne ograniczenia implicytnie transfobicznej wizji, w której osoby trans są jedynie biernymi o d b i o r c a m i hormonów przepisywanych (lub wręcz im wmuszanych!) przez sfarmakologizowaną medycynę, niezdolnymi do krytycznego odniesienia się do zmedykalizowanych wizji hormonalnej „zmiany płci”⁴. Tego rodzaju reprezentacje HRT znaleźć można zarówno na poziomie analiz uniwersyteckich – słynnym

2 Temat ten i tak ma już bogatą literaturę, również w obszarze *trans studies*; zob. np. M. O'Brien, *Tracing This Body: Transsexuality, Pharmaceuticals, and Capitalism*, w: *The Transgender Studies Reader 2*, red. S. Stryker, A. Aizura, Routledge, London 2013; P.B. Preciado, *Testoćpun. Seks, narkotyki i biopolityka w dobie farmakopornografii*, przeł. S. Królak, Wydawnictwo Krytyki Politycznej, Warszawa 2021.

3 Na temat autoteorii jako metodologii zob. L. Fournier, *Autotheory as Feminist Practice in Art, Writing, and Criticism*, The MIT Press, Cambridge, MA 2021.

4 B. Ostertag, *Sex, Science, Self: A Social History of Estrogen, Testosterone, and Identity*, University of Massachusetts Press, Amherst 2016, s. 3-12.

przykładem jest tutaj stwierdzenie Bernice Hausman, że osoby trans są *dupes of gender* (dającymi się nabrać na płęć)⁵ – jak i w popularnych dyskursach na temat „zagrożenia ideologią gender”, w których przyjmowanie hormonów jest przedstawiane jako rodzaj zewnętrznej presji, a nie własnej potrzeby i decyzji osób trans⁶.

Po drugie, zależy mi na podważeniu podejścia, które można nazwać „nawiwnym fukotianizmem”. Mam tutaj na myśli takie analizy relacji między hegemonymi dyskursami (w tym wypadku medyczno-farmakologicznymi perspektywami na hormony) i różnymi społecznie nieuprzywilejowanymi grupami (w tym wypadku osobami trans), w których jedynymi możliwościami są poddanie się dominacji albo bezwarunkowy względem niej opór. Chociaż osoby trans w oczywisty sposób pozostają uzależnione od medycznych i farmakologicznych urządzeń naszej hormonalnej współczesności, to akceptacja tej podległości nie musi oznaczać bezkrytycznego poddania się napędzanym hormonami formom biowładzy⁷. Z kolei opór przeciwko dominującym reżimom farmakologicznym i hormonalnym nie musi być powiązany z ich odrzuceniem. Bliższe przyjrzenie się relacji osób trans z HRT wskazuje raczej na szeroki wymiar tego, co Eve Kosofsky-Sedgwick określiła jako „pośrednie przestrzenie sprawczości”⁸. To właśnie one interesują mnie tutaj najbardziej i to ich polityczną istotność chciałabym w niniejszym artykule uwypuklić.

Krótką historia

HRT, podobnie jak transmedycyna⁹ w ogóle, jest często przedstawiane jako eksperymentalny protokół medyczny, który wyłonił się dopiero w niedalekiej

5 B.L. Hausman, *Changing Sex: Transsexualism, Technology, and the Idea of Gender*, Duke University Press, Durham 1995, s. 140.

6 Zob. np. *dsk*, Niemcy, „Bild”: Ministerstwo rodziny proponowało dzieciom przyjmowanie blokerów dojrzewania, „PAP” 14 października 2022, <https://www.pap.pl/aktualnosci/news%2C1452300%2Cniemcy-bild-ministerstwo-rodziny-proponowalo-dzieciom-przyjmowanie%2C30.01.2024>.

7 P.B. Preciado, *Testoćpun*, s. 310-314.

8 E.K. Sedgwick, *Touching Feeling: Affect, Pedagogy, Performativity*, Duke University Press, Durham 2003, s. 12-13.

9 Pod pojęciem „transmedycyny” rozumiem tutaj zbiór praktyk medycznych (farmakologicznych i chirurgicznych), które składają się na proces tranzycji medycznej i mu i towarzyszą. Szerzej

przeszłości¹⁰. Współbrzmie to z tendencją do opisywania osób trans jako nowego zjawiska, którego źródeł należy dopatrywać się w permissywności współczesnych społeczeństw Zachodu i rozwoju nowych technologii medycznych¹¹. Pogląd ten był wielokrotnie krytykowany zarówno za ignorowanie długiej i dobrze udokumentowanej historii osób trans, w tym takich, których życie rozwijało się zupełnie poza kontekstem zachodniej nowoczesności¹², jak i za niebezpieczne konsekwencje płynące z opisywania aktywizmu trans jako rodzaju postmodernistycznej mody¹³. Krytyki te odnoszą się również do popularnych reprezentacji historii HRT w prasie i literaturze popularnonaukowej.

Koncepcja, że hormony płciowe mogą być wykorzystywane do osiągnięcia „zmiany płci”, jest tak stara jak sama endokrynologia. Jedne z najwcześniejszych eksperymentów endokrynologicznych polegały chociażby na próbie „zmiany płci” świnek morskich przez przeszczepianie im gruczołów płciowych¹⁴. W latach dwudziestych XX wieku, jeszcze przed udaną syntezą testosteronu i estradiolu, słynny niemiecki seksuolog Magnus Hirschfeld próbował przeprowadzać eksperymentalne terapie hormonalne mające na celu kurację homoseksualizmu (który, zgodnie z teorią inwersji płciowej, był rozumiany jako rodzaj zaburzenia płci, nie seksualności)¹⁵. W tym samym okresie rozpoczął również pierwsze próby z podobną terapią u trans kobiety Dorchen Richter, która na początku lat trzydziestych przeszła pierwszą w Europie operację neowaginoplastyki¹⁶. Z kolei wspomnienia brytyjskiego

o pojęciu zob. C. Hanssmann, *Care without Pathology: How Trans-Health Activists Are Changing Medicine*, University of Minnesota Press, Minneapolis 2023, s. 8-12.

10 B. Ostertag, *Sex, Science, Self*, s. 167.

11 Zob. np. J.G. Raymond, *The Transsexual Empire: The Making of the She-male*, Teachers College Press, New York 1979, s. 99-120.

12 G. LaFleur, M. Raskolnikov, A. Kłosowska, *The Benefits of Being Trans Historical*, w: *Trans Historical: Gender Plurality before the Modern*, red. G. LaFleur, M. Raskolnikov, A. Kłosowska, Cornell University Press, Ithaca 2021.

13 M. Paige, *Never Be New Again*, „Valley of the D” 19 stycznia 2021, <https://valleyofthed.substack.com/p/never-be-new-again> (31.01.2024).

14 J. Gill-Peterson, *Histories of the Transgender Child*, University of Minnesota Press, Minneapolis 2018, s. 50-51.

15 O ile dwie te kategorie w ogóle można traktować jako odrębne w kontekście seksuologii pierwszych dekad XX w.

16 H. Bauer, *The Hirschfeld Archive: Violence, Death, and Modern Queer Culture*, Temple University Press, Philadelphia 2017, s. 86-87.

trans mężczyzny Ewana Forbesa demonstrują, że mniej więcej w tym samym czasie zdarzały się już przypadki przepisywania testosteronu młodym trans mężczyznom¹⁷.

Transpłciowe kuracje hormonalne są więc równolatkami stosowania hormonów płciowych w medycynie. Jednocześnie jednak ich historia pozostaje w cieniu dużo lepiej opisanych c i s p ł c i o w y c h kuracji tego typu, jak chociażby powszechnego przypisywania estradiolu cis kobietom w celu przeciwdziałania negatywnym skutkom menopauzy¹⁸. Nie tylko wzmacnia to iluzję ich „nowości” i „eksperymentalności”, lecz także prowadzi do powszechnego ignorowania roli odegranej przez same osoby trans w kształtowaniu tej historii. Co ważne, nie chodzi mi tutaj tylko o działania polegające na oficjalnej negocjacji z reprezentantami głównonurtowej medycyny¹⁹, ale przede wszystkim o oddolne praktyki troski i wzajemnego wsparcia wytworzone przez osoby trans starające się zapewnić sobie dostęp do technologii medycznych tranzycji.

Walka o dostęp

Hormony płciowe, podobnie jak większość technologii medycznej tranzycji, to substancje o regulowanej dostępności²⁰ i mimo rosnącej tendencji do depatologizacji transpłciowości²¹ dostęp do nich pozostaje wciąż dla wielu osób trans bardzo trudny. Strażnikami hormonów są lekarze: psychiatrzy, seksuolodzy i endokrynolodzy. To od ich decyzji zależy, które osoby trans zostaną uznane za zasługujące na przepisanie HRT – czyli uzyskanie legalnego dostępu do tych substancji. Z perspektywy ogółu społeczeństwa to, że właśnie profesje medyczne są odpowiedzialne za nadzór nad procesem medycznej tranzycji, a więc po prostu wybieraniem, kogo zakwalifikować do tej procedury, może sprawiać wrażenie zdroworozsądkowego. Warto jednak pamiętać, że nie ma w tym niczego oczywistego: samo założenie, że do zadań

17 Z. Playdon, *The Secret Case of Ewan Forbes and the Unwritten History of the Trans Experience*, Scribner, New York 2021, s. 23-24.

18 M. O'Brian, *Tracing the Body*, s. 58.

19 Przykładem takich działań jest chociażby filantropia Reeda Ericksona, która pozwoliła na założenie wczesnych organizacji propagujących wiedzę na temat transmedycyny.

20 R. Pearce, *Understanding Trans Health: Discourse, Power, and Possibility*, Policy Press, Bristol 2018, s. 165-167.

21 C. Hanssmann, *Care without Pathology*, s. 39-40.

lekarzy należy tworzenie kryteriów pozwalających na oddzielenie osób trans z a s ł u g u j ą c y c h i n i e z a s ł u g u j ą c y c h na tranzycję jest wytworem dwóch stosunkowo niedawnych procesów historycznych.

Jak wskazuje Beans Velocci, pierwsi lekarze zajmujący się medycyną trans w Stanach Zjednoczonych – endokrynolodzy i chirurdzy opracowujący techniki chirurgiczne i protokoły hormonalne – byli przede wszystkim powodowani obawą przed oskarżeniami o postępowanie niezgodne z etyką medyczną. Aby uniknąć sytuacji, w których pacjenci mogliby oskarżyć ich o trwałe uszkodzenie ciała, wypracowali więc rozmaite metody gatekeepingu, mające na celu obronić ich przed potencjalną odpowiedzialnością karną²². Materiały archiwalne analizowane przez Velocci ujawniają przy tym ogrom pogardy, jaką odczuwali ówczesni lekarze wobec osób trans, które traktowali jako ciekawe przypadki medyczne, ale jednocześnie szalone osoby, niezasługujące na troskę. Gatekeeping ze strony chirurgów i endokrynologów został jeszcze wzmocniony w latach sześćdziesiątych. To właśnie wtedy kwestia transpłciowości stała się przedmiotem zajadłej „walki terytorialnej” między chirurgami a psychiatrami/psychoanalitykami. Ta druga grupa czuła się wykluczona z procesu nadzoru nad tranzycjami, który uznawała za swoją „naturalną” domenę ze względu na status „fenomenu transseksualizmu”²³ postrzeganego podówczas jednogłośnie jako choroba psychiczna. Ten interdyscyplinarny konflikt zakończył się kompromisem, w którym psychiatrom przypadła rola współnadzorców tranzycji – mogli wyznaczyć kryteria psychologiczne bycia „prawdziwym transseksualistą”, co pozwalało następnie na odfiltrowywanie mniej pożądaných jednostek szukających możliwości tranzycji²⁴.

„Mniej pożądanę” to w tym wypadku oczywisty eufemizm, za którym kryją się systemy wykluczenia strukturyzujące dostęp do tranzycji. Jules Gill-Peterson udowodniła w swoich badaniach, że ukrytym założeniem stojącym za całą oficjalną, zarządzaną przez lekarzy transmedycyną była właśnie próba ograniczenia liczby samych tranzycji²⁵. Tranzycja – a więc też dostęp do HRT – stanowiła ostateczny środek zaradczy w sytuacji, kiedy

22 B. Velocci, *Standards of Care: Uncertainty and Risk in Harry Benjamin's Transsexual Classifications*, „TSQ” 2021, nr 4, s. 464-467.

23 *The Transsexual Phenomenon* to tytuł kluczowego dla rozwoju oficjalnej transmedycyny opracowania Harry'ego Benjamina z 1966 r.

24 s.m. shuster, *Trans Medicine: The Emergence and Practice of Treating Gender*, New York University Press, New York 2021, s. 65-66.

25 J. Gill-Peterson, *Histories of the Transgender Child*, s. 146.

„tożsamość płciowa” pacjenta nie dawała się przywrócić do normatywności innymi sposobami (np. za pomocą terapii konwersyjnej²⁶). Co więcej, jednym z kluczowych założeń było przekonanie, że tranzycja powinna się zakończyć wtopieniem się osoby trans w cisplciowe społeczeństwo – sama transpłciowość miała pozostać z zasady niewidoczna. W rezultacie dostęp do oficjalnych ścieżek tranzycji został ograniczony jedynie do tych jednostek, które w oczach lekarzy i psychiatrów miały największe szanse na reintegrację z normatywnym społeczeństwem: zdolnych podjąć się pracy zarobkowej innej niż praca seksualna oraz wejść w stabilny, normatywny związek małżeński²⁷. Jak można się domyślić, oznaczało to de facto wykluczenie osób ubogich, niebiałych oraz nieheteroseksualnych z tego systemu²⁸. Konsekwencją drugiego stopnia było zaś to, że w głównonurtowych przedstawieniach transpłciowości modelem p o p r a w n e j osoby trans stała się biała osoba trans o dobrym passingu, heteroseksualna i wpisująca się we wszystkie społeczne normy płciowe²⁹. Niemożność dopasowania się do tego ideału – utrwalanego przez literaturę medyczną oraz transpamiętnikarstwo³⁰ – oznaczała utratę możliwości przejścia tranzycji w sposób legalny i oficjalnie uznawany przez lekarzy-arbitrów.

Historia medycznego gatekeepingu nie jest jednak kompletna bez stale towarzyszącej jej przeciwnej opowieści – walki samych osób trans o dostęp do technologii tranzycji. Nie chodzi tutaj tylko o aktywistyczne starania mające na celu zmienić dominujące medyczne perspektywy. Oczywiście działania tego rodzaju były i są wciąż podejmowane. Bez publicznego zaangażowania osób trans trudno sobie wyobrazić, że trend ku depatologizacji, dominujący w nowoczesnych podejściach do transmedycyny, mógłby nabrać rozpędu³¹. Jednocześnie należy pamiętać, że ten publiczny wymiar walki o dostęp stanowił (i stanowi) jedynie część działań podejmowanych przez osoby trans

26 F. Ashley, *Banning Transgender Conversion Practices: A Legal and Policy Analysis*, University of British Columbia Press, Vancouver 2022, s. 3-21.

27 J. Gill-Peterson, *Great Society Transsexualism: On The Political Economy Of Transition*, „UChicagoGender” 2 listopada 2023, <https://www.youtube.com/watch?v=cX7poho6Dqo> (6.02.2024).

28 J. Gill-Peterson, *Histories of the Transgender Child*, s. 28.

29 J. Gill-Peterson, *A Short History of Trans Misogyny*, Verso, London 2024, s. 114.

30 S. Stone, *The Empire Strikes Back: A Posttranssexual Manifesto*, w: *The Transgender Studies Reader*, red. S. Stryker, S. Whittle, Routledge, London 2007, s. 229-230.

31 C. Hanssmann, *Care without Pathology*, s. 31.

celem zapewnienia sobie dostępu do medycznych tranzycji. Spora ich część pozostaje bowiem celowo niewidoczna.

Chociaż przedstawiciele świata medycyny zdołali uzyskać w XX wieku kontrolę nad oficjalnymi ścieżkami tranzycji, to ich gatekeeping nie zdołał zamknąć ścieżek nieoficjalnych. Tranzycje DIY – *do it yourself* – odbywające się poza władzą i nadzorem lekarzy były praktykowane od samego początku istnienia technologii medycznych tranzycji. Hormony płciowe, jak każdą inną substancję, do której dostęp jest regulowany przez instytucje, można było zdobyć również na czarnym (lub szarym – o tym więcej za chwilę) rynku. Chociaż trudno tutaj o dokładne dane, można założyć, że w latach pięćdziesiątych i sześćdziesiątych więcej osób trans zdobywało w Stanach Zjednoczonych hormony z ulicy niż dzięki lekarskiej recepcji. Ich przyjmowaniu towarzyszyło również wykształcenie się całych trans społeczności praktykujących hormonalne tranzycje. Wczesnym przykładem, opisanym przez pionierkę queerowej etnografii Esther Newton, były *hormone queens*, czyli *drag queens* korzystające z estrogeneru. Jak zauważyła Newton, miały one przy tym odmienne cele; o ile niektóre z nich traktowały hormony jako element dragowych kreacji, o tyle inne wykorzystywały pracę performerów jako drogę wejścia do permanentnego (a nie tylko ograniczonego do klubowej sceny) praktykowania kobiecości³².

Praktyki oporu względem gatekeepingu nie ograniczały się tylko do nieoficjalnego pozyskiwania hormonów. Osoby trans wypracowywały również sieci wsparcia, pozwalające im wymieniać się informacjami dotyczącymi dostępności tranzycji, podejścia konkretnych lekarzy, a także rekomendacji co do tego, jak należy przedstawić siebie w gabinecie psychiatrycznym, aby otrzymać odpowiednią diagnozę. Seksuolodzy oczekiwali bowiem konkretnych narracji na temat doświadczenia transpłciowości – ale ich pacjenci często nie byli wcale naiwnymi ofiarami zaburzeń psychicznych, lecz sprawnie posługującymi się oczekiwanymi odpowiedziami sprawczymi aktorami społecznymi³³. W tym wymiarze przekonanie lekarzy o ich wiedzy, a więc też panowaniu nad „fenomenem transseksualności” stanowiło z jednej strony przeszkodę dla osób trans, z drugiej zaś słabość systemu gatekeepingu, którą te same osoby trans wspólnie uczyły się wykorzystywać.

32 E. Newton, *Mother Camp: Female Impersonators in America*, University of Chicago Press, Chicago 1979, s. 10-19.

33 S. Stone, *The Empire Strikes Back*, s. 227-228.

Słynnym przykładem łączącym w sobie zarówno elementy tranzycji DIY, jak i wyprowadzania lekarzy w pole celem uzyskania dostępu do technologii tranzycji jest opisana przez Paula B. Preciado Agnes. Jako pacjentka jednej z pierwszych amerykańskich klinik zajmujących się transmedycyną stanowiła ona dla lekarzy zagadkę. Chociaż jej płeć została przy narodzinach określona jako męska, to jej wygląd i badania krwi wskazywały na niewytłumaczalnie wysokie poziomy estrogenu w organizmie. Zajmujący się jej przypadkiem lekarze uznali to za przejaw interseksualności zezwalający na zarekomendowanie Agnes do operacji chirurgicznej korekty płci. Po latach pacjentka zdradziła jednak, że poziom estrogenu był rezultatem tego, że po prostu podkładała hormony przepisane własnej matce³⁴. Dla Preciado Agnes stała się w ten sposób modelowym przykładem transpłciowej sprawczości. Jak słusznie zwróciła uwagę Gill-Peterson, historia Agnes jest również historią przywileju. To, że matka pacjentki zażywała (legalne) hormony, świadczy o pozycji rasowej i klasowej jej rodziny. Według autorki *Histories of the Transgender Child* szanse Agnes na skuteczne zastosowanie jej wybiegu wynikały zatem z jej (niezapisanej w legendzie) białości i średnioklasowości³⁵. W żaden sposób nie umniejsza to jej osiągnięć w walce o dostęp do tranzycji, wskazuje jednak na to, że nawet pozornie „bioterrorystyczne” (by posłużyć się rewolucyjnym językiem Preciado³⁶) praktyki DIY polegają na istniejącej już infrastrukturze społecznej. Osoby trans, które starają się o dostęp do hormonów, są więc stawiane nie tylko wobec pytania o ich indywidualną relację z konkretnymi lekarzami, lecz także wobec szerszej kwestii tego, jakie zasoby społeczne mogą wykorzystać, aby dostęp ten sobie ułatwić. Ta uwaga z kolei pozwala wrócić do analizy wychodzącej od moich własnych doświadczeń z „pójściem na hormony”.

Struktury wsparcia, struktury wykluczenia

Opisany powyżej zachodni system transmedycyny miał również wpływ na rozwój analogicznych systemów w Polsce. Prace amerykańskich endokrynologów (i sugerowane przez nich procedury gatekeepingu) były znane

34 P.B. Preciado, *Testoćpun*, s. 337-339.

35 J. Gill-Peterson, *Histories of the Transgender Child*, s. 123-124.

36 P.B. Preciado, *Testoćpun*, s. 337.

w powojennej polskiej seksuologii, która chociaż ewoluowała we własnym, specyficznym kierunku, pozostała co do podstawowych założeń zgodna z zachodnim wyobrażeniem o roli lekarza jako stróża tranzycji³⁷. Dlatego też uzyskanie recepty na HRT jest w Polsce procesem dwustopniowym. Pierwszym krokiem jest otrzymanie opinii lekarza psychiatry lub psychologa klinicznego (zazwyczaj specjalizującego się w seksuologii), którą należy następnie przedstawić endokrynologowi. Wśród samych seksuologów nie ma jednak jednego, uniwersalnie przyjętego stanowiska, na jakiej podstawie opinie takie powinny być wydawane. Trafic można zarówno na lekarzy funkcjonujących w nowoczesnym modelu zbliżonym do podejścia świadomej zgody (*informed consent*)³⁸, jak i na takich, których cechuje bardziej zachowawcze, restrykcyjne podejście. Różnica między tymi postawami jest z punktu widzenia trans pacjenta znaczna. Świadoma zgoda zakłada bowiem, że to sama osoba trans jest odpowiedzialna za decyzję o tranzycji, a rolę diagnosty jest jedynie upewnienie się, że pacjent rozumie ryzyko powiązane z terapiami hormonalnymi³⁹. W takim wypadku nie wymaga się opinii, a spotkanie z lekarzem staje się raczej formalnością niż faktycznym gatekeepingiem. Model ten jest bardzo słabo obecny w Polsce, dużo częściej można trafić na seksuologów, którzy traktują swoją rolę jako rolę strażników odpowiedzialnych za weryfikację tego, czy dana osoba rzeczywiście jest trans. Opinię w takiej sytuacji znacznie trudniej uzyskać, a relacja między pacjentem a lekarzem często przybiera formę antagonistyczną.

Ta różnica w podejściach sprawia, że niebywale ważnym zasobem dla osób trans próbujących „pójść na hormony” jest znajomość środowiska: wiedza o tym, do którego lekarza się udać, aby możliwie najłatwiej uzyskać wymaganą opinię – oraz, co nie mniej ważne, żeby uniknąć zachowań fobicznych i przemocowych. Niestety, wśród polskich społeczności trans łatwo można natrafić na opowieści o seksuologach molestujących swoich trans pacjentów lub pacjentki, traktujących ich z pogardą i ogólnie utrudniających im tranzycję. Tym samym wybór lekarza na ślepo nie gwarantuje nowoczesnego podejścia do transmedycyny, a może być wręcz groźny.

W odpowiedzi na to grupy wsparcia dla osób trans zarówno w postaci nieformalnych więzi społecznościowych, jak i oficjalnie funkcjonujących

37 M. Dębińska, *Transpłciowość w Polsce. Wytwarzanie kategorii*, Wydawnictwo Instytutu Archeologii i Etnologii PAN, Warszawa 2020, s. 103-120.

38 C. Hannsmann, *Care without Pathology*, s. 28.

39 Tamże.

organizacji zapewniają tak ważną *znajomość środowiska*. W moim wypadku pierwszym krokiem na drodze do HRT była właśnie konsultacja w środowisku aktywistycznym, dzięki czemu uzyskałam kontakt do profesjonalnej psycholożki działającej w trybie świadomej zgody. Należy jednak zaznaczyć, że sam dostęp do takiej wiedzy to nie wszystko. Problem leży również w tym, że opinię najłatwiej uzyskać przez wejście w system prywatnej opieki medycznej, co wymaga odpowiednich zasobów finansowych. Osoby trans zmuszone do korzystania z publicznego systemu zdrowia zderzają się z kolei nie tylko z długimi kolejkami do diagnostów (pomijając już kwestię, że w większości polskich miast takie usługi nie są dostępne, co wiąże się z koniecznością wyjazdu „po opinię” do Warszawy), lecz także z negatywnymi skutkami tego, że lekarze dostępni za pośrednictwem NFZ są zazwyczaj albo konserwatywni w podejściu do transpłciowości, albo zupełnie nieprzygotowani do pracy z osobami trans.

Już na pierwszym etapie procesu udostępniania HRT staje się więc zależny od pozycji klasowej i posiadanych kapitałów społecznych i ekonomicznych⁴⁰. Jako trans kobieta z klasy średniej, dobrze osadzona w akademickim i aktywistycznym środowisku trans byłam w stanie z łatwością uzyskać opinię; więcej mówi to jednak o moim przywileju niż o realnej dostępności HRT w Polsce. Podział, który czyni możliwość w miarę bezbolesnej, oficjalnie sankcjonowanej tranzycji elementem przywileju klasowego, nie jest przy tym w naszym kraju wyjątkowy⁴¹. Przeciwnie, stanowi on raczej efekt warunkowej inkluzji osób trans do społeczeństwa w państwach globalnej Północy w ogóle. Jest to przeniesienie gatekeepingu z indywidualnych gabinetów lekarskich na poziom samej organizacji społecznej, w której zasoby umożliwiające teoretycznie nienormatywne formy ekspresji są rezerwowane dla osób i t a k j u ż

40 Należy podkreślić, że przywileje, o których tutaj mówię, nie dają się do końca nanieść na schematyczny podział klasowy oparty na czynnikach czysto ekonomicznych. Wiedza, która pomogła mi odnaleźć się w procesie tranzycji, jest w dużej mierze rezultatem posiadanych przeze mnie kompetencji cyfrowych. Ponadto fakt, że w ogóle dysponowałam możliwością podjęcia samodzielnej decyzji o tym, do jakiego diagnosty się wybrać, wynika z tego, że jako osoba pełnoletnia mogę sama o sobie decydować. Chociaż może to brzmieć banalnie, ma to niebagatelne znaczenie w przypadku trans dzieci, często skazanych na decyzje podejmowane przez rodziców, darzących system opieki zdrowotnej znacznie większym zaufaniem, niż ten na to zasługuje.

41 Co ciekawe, de facto prywatyzacja transmedycyny w Polsce jest wynikiem reform Buzka z 1999 r., które zakończyły publiczne finansowanie terapii osób trans; M. Dębińska, *Transpłciowość w Polsce*, s. 125.

u przywilejowanych⁴². W pewnym sensie nie jest to jednak problem wyłącznie osób trans, ale raczej późnego kapitalizmu jako takiego – czyli systemu, w którym zdrowie staje się kolejnym z kapitałów definiujących czyjąś pozycję klasową⁴³.

W takim świetle wymiana informacji na temat seksuologów (oraz, szerzej, w ogóle lekarzy zaangażowanych w transmedycynę), którą zajmują się społeczności trans, może być również rozumiana jako rodzaj praktyki oporu. Tranzycja wspierana przez społeczność – chociażby właśnie na tym poziomie – przestaje bowiem być kwestią zindywidualizowanej relacji z systemem zdrowia, a okazuje się raczej wspólnotowym doświadczeniem, które byłoby dużo trudniejsze, jeśli nie niemożliwe, bez wzajemnej pomocy⁴⁴. Wprawdzie dostęp do społeczności nigdy nie jest doskonały i nie każda osoba trans ma równe szanse się w nich zakorzenić, ale nie oznacza to, że są one jedynie kolejną strukturą wykluczenia. Na każdym etapie mojej drogi do HRT to właśnie informacje uzyskane od innych członków mojej społeczności pozwalały mi na pokonywanie kolejnych przeszkód między mną a hormonami. Nie ograniczało się to jednak tylko do wyznaczania łatwej ścieżki przez oficjalne instytucje gatekeepingu, lecz także wskazywania możliwości istniejących poza tymi instytucjami.

Wiedza praktyczna

Jak już wspomniałam, alternatywą dla „legalnego” HRT jest podejście DIY. Hormony są substancjami regulowanymi, ale w sposób niekonsekwentny i nieszczególnie surowy. Obieg wiedzy na temat seksuologów i endokrynologów w społeczności trans jest więc jednocześnie obiegiem wiedzy na temat alternatywnych ścieżek dostępu do nich. Główną rolę odgrywa tutaj szary rynek, na przykład zamawianie estradiolu z internetowych aptek formalnie zarejestrowanych w krajach, gdzie substancja ta jest dostępna bez recepty. W internecie można nawet znaleźć wyspecjalizowanych dostawców zajmujących się zaopatrywaniem osób trans robiących tranzycję DIY.

42 J. Gill-Peterson, *What Sort of Work is Transition? Class, Labor, and Trans History*, „Boston University College of Arts and Sciences” 6 grudnia 2023, <https://www.youtube.com/watch?v=YKk-ZLX6TpyM> (15.01.2024).

43 B. Adler-Bolton, A. Vierkant, *Health Communism*, Verso, London 2022, s. XV.

44 J.J. Gleeson, *How Do Gender Transitions Happen?*, w: *Transgender Marxism*, red. J.J. Gleeson, E. O'Rourke, Pluto Press, London 2021, s. 81-83.

Same substancje jednak nie wystarczą – nie mniej ważne jest ich zastosowanie. Kontrola nad hormonami jest oparta na założeniu, że tylko przedstawiciele profesji medycznych dysponują specjalistyczną wiedzą (uzyskaną w trakcie nadzorowanych przez centralne instytucje procesów certyfikacji zawodowej) pozwalającą im na bezpieczne i skuteczne kierowanie ich użyciem. Doświadczenia osób trans z „oficjalną” opieką endokrynologiczną dowodzą jednak, że wymogi bezpieczeństwa i skuteczności są często interpretowane przez lekarzy w sposób, który czyni udaną tranzycję prawie niemożliwą. W społecznościach trans wciąż można trafić na krytykę lekarzy za tendencję do przypisywania zbyt małych dawek hormonów i zbyt dużych dawek antyandrogenów, utrudnianie dostępu do innych substancji, które mogłyby tranzycję ułatwić (np. suplementacji HRT u trans kobiet progesteronem), a także po prostu ogólny brak wiedzy na temat realnych potrzeb trans pacjentów. Ten ostatni zarzut jest bardzo dobrze uzasadniony – większość endokrynologów dysponuje minimalną wiedzą o terapiach dla osób transpłciowych, zdobytą na podstawie materiałów przygotowywanych przez innych cis lekarzy, często bez konsultacji z samymi pacjentami. Co więcej, nierzadko ich podejście pozostaje pod wpływem innego rodzaju uprzedzeń – typowy jest fatfobiczny przykład odmowy wypisywania hormonów trans mężczyznom uznanym za „zbyt grubych”. W rezultacie oficjalna wiedza endokrynologiczna, chociaż niewątpliwie profesjonalna, w istocie oparta jest nie na doświadczeniu życiowym, ale na arbitralnych założeniach dotyczących tego, czego osoby trans r z e c z y w i ś c i e potrzebują.

Wiedza na temat tych potrzeb może zostać z kolei uzyskana w p r o c e s i e p r a k t y k D I Y albo po prostu w samym procesie tranzycji hormonalnej. Społecznościowy żart mówi, że co druga trans dziewczyna jest domorosłą endokrynolożką – i chociaż jest to oczywiście wyolbrzymienie, to obserwacja ta zawiera element prawdy. HRT dla osób trans oznacza w końcu nie tylko kurację w ścisłym tego słowa znaczeniu, ale również praktykę życiową mającą pomóc w osiągnięciu różnych celów. Dobrze świadczy o tym chociażby dyskusja na temat tego, jaki poziom estrogenu we krwi powinien być docelowy. O ile wielu lekarzy endokrynologów zakłada, że celem HRT jest doprowadzenie u trans kobiet do podobnego poziomu hormonów płciowych jak ten przeciętnie występujący u cis kobiet, o tyle osoby trans wskazują czasami, że chodzi raczej o uzyskanie takiego poziomu (czy to wyższego, czy niższego), który zapewni im pożądane zmiany pomagające osiągnąć komfort we własnym ciele.

Obserwacja przemian we własnym organizmie połączona z ciągłą wymianą informacji z innymi osobami w społeczności stanowi podstawę

alternatywnej wiedzy na temat HRT, jaką dysponują społeczności trans. Pozwala ona zarówno na skuteczne przeprowadzanie tranzycji DIY – a więc na udzielanie porad, jak bez wsparcia endokrynologa ustawić sobie dawki i w jaki sposób hormony przyjmować – jak i na suplementację oficjalnych kuracji. Otworzyłam ten tekst przykładem konsultacji z członkiniami mojej społeczności po wizycie w gabinecie lekarskim; konsultacje te nie miały na celu odrzucenia lekarskich rekomendacji, ale dostarczały mi dodatkowej wiedzy na temat tego, jak mogę stosować przepisane mi hormony, aby były jak najskuteczniejsze. Oczywiście tego rodzaju wiedza nie jest zbudowana na tych samych fundamentach badań klinicznych, na których teoretycznie powinny się opierać lekarskie rekomendacje. To zestaw praktycznych doświadczeń, w których często trudno oddzielić informacje od osobistych preferencji lub przekonań popularnych w danej społeczności.

Chociaż taka charakteryzacja praktycznej wiedzy na temat HRT może wzbudzać podejrzenia, warto spojrzeć na nią nie z normatywnej, dominującej perspektywy naturalizującej kluczowość wiedzy profesjonalnej i kierowniczą rolę lekarza, ale przez zestawienie z kategorią *metis* wprowadzoną przez antropologa i teoretyka politycznego Jamesa C. Scotta. W *Seeing Like a State* Scott posługuje się określeniem *metis* do opisanego niesystematycznej, nieteoretycznej wiedzy opartej na praktycznym, usytuowanym doświadczeniu. *Metis* reprezentuje zarówno alternatywę, jak i przeszłość wobec oświeceniowego racjonalizmu i rygoru metody naukowej. Jest wypracowywane nie jako zestaw uniwersalnych zasad, definicji i regulacji, ale przyjmuje postać instynktownych, opierających się jasnym wytłumaczeniom podejść nabytych przez określoną społeczność na własne, określone potrzeby. Jak stwierdza:

Metis nie daje się łatwo sprowadzić do dedukcyjnych zasad, które można skutecznie przekazywać w formalnym procesie nauczania, ponieważ środowiska, w których jest praktykowana, są do tego stopnia skomplikowane i niepowtarzalne, że formalne procedury racjonalnego podejmowania decyzji nie dają się do nich zastosować⁴⁵.

Dla Scotta jest to rodzaj wiedzy charakteryzującej przede wszystkim grupy tradycyjnie wyłączone z głównonurtowych procesów produkcji wiedzy. *Metis* to domena chłopów, przestępców, ludów tubylczych albo innych społeczności

45 J.C. Scott, *Seeing Like a State: How Certain Schemes to Improve the Human Condition Have Failed*, Yale University Press, New Haven 1998, s. 316.

stawiających opór scentralizowanym aparatom wiedzy-władzy⁴⁶. Co szczególnie ważne, te same instytucje zazwyczaj pozostają nie tylko ślepe na użytek płynący z *metis*, ale często po prostu traktują ją jako rodzaj niebezpiecznej ignorancji (albo konkurencji), którą należy wykorzenić przez podporządkowanie i uzgodnienie jej z oficjalnymi formami wiedzy, zarówno *episteme*, jak i *techné*⁴⁷.

Rozumiane jako *metis*, tranzycje i HRT, i DIY nie tylko stanowią rodzaj reakcji na utrudniony dostęp do legalnych ścieżek tranzycji, ale są też po prostu osobnym rodzajem praktykowania transpłciowości jako takiej. To, co osoby trans wiedzą o hormonach oczywiście nie jest tym samym rodzajem wiedzy jak ta, nabywana przez lekarzy w ramach kursów medycyny. Wiedza osób trans jest usytuowana, zdobyta w ramach społecznościowego doświadczenia i praktykowania w celu zapewnienia możliwości indywidualnie pożądanego formy tranzycji. Opiera się na odrzuceniu abstrakcyjnych i często arbitralnie przyjętych celów terapii zakładanych w sformalizowanych protokołach medycznych i przybraniu zaangażowanej postawy⁴⁸. Podejście to generuje więc napięcie z głównonurtową, oficjalną wiedzą medyczną opartą na innych przesłankach i innych mechanizmach transmisji – ale napięcie to nie musi wcale prowadzić do konfliktu albo do preferowania jednego z tych pojęć kosztem wykluczenia drugiego.

Hormonalne infrapolityki DIY

Ruth Pearce, autorka gruntownego opracowania dotyczącego sytuacji osób trans w brytyjskim systemie opieki zdrowotnej, zauważyła interesującą zależność między tranzycjami DIY a zachowaniem lekarzy przepisujących pacjentom hormony płciowe. Świadomość, że znaczna część osób trans, którym odmówi się oficjalnego dostępu do HRT, będzie prawdopodobnie zabiegać o uzyskanie dostępu do hormonów płciowych na własną rękę, prowadzi do tego, że lekarze są bardziej skłonni do wystawiania recept już po pierwszym spotkaniu. Bierze się to z założenia, że skoro potencjalni pacjenci

46 Tamże, s. 313.

47 Tamże, s. 319-323.

48 Tamże, s. 318. Warto tutaj zauważyć, że takie podejście nie jest również obce medycynie. Praktykowanie go wymaga jednak założenia, że autonomia cielesna i możliwość samookreślenia przez osoby trans jest rzeczywistym celem transmedycyny. To zaś wciąż pozostaje perspektywą rzadką i kontrowersyjną wśród lekarzy.

i t a k będą przyjmować hormony, lepiej, by dokonywali tego pod kontrolą specjalistów⁴⁹.

Podejście lekarzy opisane przez Pearce opiera się na medykalistycznym przekonaniu, że tylko ekspercka medycyna zdoła skutecznie i bezpiecznie prowadzić proces tranzycji. O ile jednak podejście to samo w sobie bardzo łatwo przekształca się w rozmaite formy gatekeepingu, o tyle presja wywierana – niekoniecznie wprost – dzięki istnieniu transpłciowego hormonalnego *metis* przynosi w efekcie rozluźnienie aparatu lekarskiej kontroli i ułatwienie dostępu do tranzycji w ogóle.

Przykład ten to jedna z wielu sytuacji, w których relacja między oficjalną, medyczną wiedzą i władzą nad hormonami a praktykowanym przez osoby trans *metis* okazuje się komplementarna. Nie musi się to odbywać na drodze oficjalnego dialogu czy konsultacji; przeciwnie, idąc tropem myśli Scotta, ludzie dysponujący głównonurtową wiedzą medyczną mają trudności z rozpoznaniem *metis* jako pełnoprawnego rodzaju wiedzy. Interakcje, o których mówię, są raczej kwestią praktyki. Wracając na moment do moich własnych doświadczeń, jestem przekonana – chociaż oczywiście nie mogę tego udowodnić – że porady otrzymywane podczas nieformalnych konsultacji wewnątrz środowiska trans poprawiają skuteczność mojej „oficjalnej” HRT. Endokrynolożka zadowolona z moich wyników nie musi więc wiedzieć, co jest jednym ze źródeł powodzenia terapii, aby dostrzegać jej pozytywne rezultaty.

W kontekście HRT transpłciowe *metis* jest praktyką przetrwania, nie rewolucji: przynajmniej jeśli za rewolucję uznajemy działania publiczne, jednoznacznie rozpoznawalne jako upolitycznione i nastawione na radykalne przekształcenie konkretnej sytuacji bądź systemu. Dlatego też wydaje mi się uzasadnione podkreślenie różnicy między zjawiskiem, które opisuję, a wizją „bioterrorystycznej” rewolucji Paula B. Preciado. Przy tym, jak – mam nadzieję – powyższy wywód jasno wskazuje, transpłciowe *metis* jest politycznie sprawcze. Dostrzeżenie tej sprawczości wymaga jednak przyjęcia innej perspektywy na polityczność oraz opór niż ta zawarta w retorycznie atrakcyjnych fantazjach na temat odrzucania seksualno-płciowego ancien régime'u⁵⁰. Raz jeszcze pomocny może okazać się tutaj teoretyczny leksykon Jamesa C. Scotta – a konkretnie zaproponowane przez niego pojęcie *i n f r a p o l i t y k i*.

49 R. Pearce, *Understanding Trans Health*, s. 73-75.

50 P.B. Preciado, *Mieszkanie na Uranie. Kroniki przeprawy*, przeł. A. Araszkiwicz, Karakter, Kraków 2022, s. 370-375.

W swoich badaniach nad oporem wśród nieuprzywilejowanych grup społecznych Scott zwraca szczególną uwagę na kwestię widoczności. Tak jak *metis* jest rutynowo nierozpoznawalne jako wiedza, podobnie też znaczna część politycznych form walki przeciwko dominacji przybiera postać, przypominającą – przynajmniej z perspektywy dominującej wiedzy-władzy – raczej przypadkowe, nieskoordynowane wykroczenia, a nie zorganizowany opór. Jak wskazuje Scott, popularne narracje o „lenistwie niewolników” czy nieustannie powracające narzekania panów na nieuczciwość chłopów pańszczyźnianych to właśnie zniekształcone zapisy oporu, który dla własnego bezpieczeństwa kryje się w pozornej uległości wobec władzy, przy jednoczesnym ciągłym kontestowaniu jej za plecami. W pamiętnym fragmencie *Domination and the Arts of Resistance* Scott stwierdza wręcz:

Dopóki ograniczamy nasze rozumienie polityczności do aktywności, które są otwarcie podejmowane, to wciąż jesteśmy spychani ku konkluzji, że podległe grupy nie dysponują życiem politycznym albo że życie polityczne, które prowadzą, ogranicza się do wyjątkowych momentów masowego wybuchu. Takie myślenie traci jednak z pola widzenia olbrzymie polityczne terytorium leżące pomiędzy uległością i rewoltą, które też jest, na dobre i na złe, politycznym środowiskiem klas podporządkowanych. Tak myśleć to skupiać się na widocznym brzegu polityki i pozostawać ślepy na to, co kryje się w głębi kontynentu⁵¹.

Analizowane przeze mnie transpłciowe *metis* leży właśnie w głębi tego kontynentu. Co więcej – wciąż trzymając się metaforyki preferowanej przez Scotta – stanowi nie tylko materialną bazę dla oporu wobec medycznego gatekeepingu i nie tylko wywiera ciągłą, choć subtelną oddolną presję na dominujący system wiedzy-władzy. Jest też, a być może nawet przede wszystkim przestrzenią możliwego życia w warunkach opresji: jest miejscem, gdzie da się przetrwać.

Podsumowanie: sprawczość i podległość

Osoby trans podejmujące się HRT nie mają w pewnym sensie wyboru. Substancje, za pomocą których modyfikują swoje ciała, są produktem długiej

⁵¹ J.C. Scott, *Domination and the Arts of Resistance: Hidden Transcripts*, Yale University Press, New Haven 1990, s. 199.

historii rozwoju farmakologii jako technologii i jako rynku⁵². Pod wieloma względami jesteśmy po prostu uzależnieni od tego, w jaki sposób hormony płciowe są produkowane i dystrybuowane. Nic więc dziwnego, że spojrzenie na to z boku – spojrzenie osoby, która siłą rzeczy nie ma dostępu do społecznościowego wymiaru życia trans – może wywołać odczucie, że osoby trans są w istocie produktem przemysłu farmakologicznego (oraz ściśle związanej z nim medycznej wiedzy-władzy), ponieważ bez niego nie mogłyby istnieć w sposób, który jest dzisiaj znany.

Takie spojrzenie jest jednak fatalnie ograniczone – jak zresztą każda perspektywa absolutyzująca dominację. Zakłada bowiem, że tylko to, co widoczne z punktu widzenia hegemonicznych organizacji społecznych, jest rzeczywiste istotne. Nie musi to się łączyć z akceptacją tej hegemonii; przeciwnie, często absolutyzację taką praktykuje się celem krytyki dominacji i jej odrzucenia. Opór nie jest jednak równoznaczny z (otwartą) krytyką – i na odwrót. To, co dzieje się pod powierzchnią i na co składają się codzienne praktyki przetrwania, często polega właśnie na *n i e w i d o c z n o ś c i*, aby zapewnić sobie skuteczność i bezpieczeństwo. Tak właśnie należy rozumieć infrapolityczną istotność transpłciowego *metis* w kontekście terapii hormonalnych.

Jak miałam nadzieję wykazać w artykule, osoby trans często (choć nie zawsze) potrzebują hormonów; potrzeba ta wiąże je z systemami, które są im równie często niechętnie, jeśli nie wrogie. Więż ta może być źródłem podległości, ale nawet kiedy ta podległość jest oficjalnie manifestowana (np. przez recytowanie wyuczonych „poprawnych” odpowiedzi na pytania podejrzliwego seksuologa), nie musi to świadczyć o bezsilności. Przeciwnie, umiejętność taktycznego przechodzenia między postawą podległą a cichym oporem (jak chociażby uzupełnianie niskiej dawki hormonów przypisanej przez endokrynologa za pomocą szarego rynku) jest politycznie sprawcza, ponieważ pozwala na przetrwanie. Więcej, pozwala na *z n o ś n e* życie (*good-enough life*)⁵³.

Znośne życie może sprawiać wrażenie mało ambitnego celu politycznego, ale dla grup takich jak osoby trans, którym rutynowo odbiera się prawo do życia i obecności w *o g ó l e*⁵⁴, jest to być może najbardziej realistyczny horyzont działania. Realistyczny, ponieważ osiągalny – tu i teraz. *Metis*

52 M. O'Brien, *Tracing This Body*, s. 56-57.

53 J. Gill-Peterson, *A Short History of Trans Misogyny*, s. 149-150.

54 E. Stanley, *Atmospheres of Violence: Structuring Antagonism and the Trans/Queer Ungovernable*, Duke University Press, Durham 2021.

HRT to zaledwie jeden z wielu przykładów tego, jak osoby trans wytwarzają praktyki poprawy własnej sytuacji – praktyki dostosowane do wymogów ich obecnej sytuacji, do konkretnych warunków egzystencji, usytuowania społecznego i warunków politycznych. Poprawa taka może nigdy nie być wystarczająca, aby radykalnie warunki te przekształcić, ale przecież jej praktykowanie nie musi stanowić pełni działalności politycznej. Znośne życie jest możliwością wynikająca z takiego, a nie innego usytuowania osób trans i społeczności trans; to praktyka sprawczości wobec dominacji, z którą nie można do końca zerwać, ale nigdy też nie trzeba całkowicie jej ulegać.

Abstract

J. Szpilka

SWPS UNIVERSITY

Hormonal Infrapolitics of a Bearable Life: About Being Trans and About Hormones

Cisnormative analyses of trans people's approach to sex hormone therapy (HRT) tend to present trans people in a shallow, banally oppositional way, as passive objects of influence from the transnational capital and knowledge-power flows of the pharmaceutical industry. The article critically examines the above phenomenon by beginning from the author's private experience as a trans woman in the process of medical transition in order to present an alternative perspective on HRT. Using the theoretical framework introduced in James C. Scott's anarchist anthropology, the article shows how trans people's hormonal practices can be understood as the implementation of intermediate areas of agency in search of a bearable life.

Keywords

transgender, HRT, autotheory, metis, infrapolitics