

Renata Ziemińska<sup>1</sup>

## Osoby interpłciowe: praktyki medyczne, ruch społeczny i problem trzeciej kategorii płciowej<sup>2</sup>

Autorka prezentuje dane medyczne, psychologiczne i społeczne na temat osób interpłciowych oraz dyskutuje problem trzeciej kategorii płciowej. Osoby interpłciowe to osoby, które urodziły się z dwuznacznymi genitaliami, gonadami lub chromosomami, które ani nie są męskie, ani żeńskie. Od lat sześćdziesiątych interpłciowe noworodki przechodzą operacje „normalizujące”, na przykład usuwa się powiększoną łechtaczkę/mikroprącie. Ruch społeczny osób interpłciowych rozpoczął się w latach dziewięćdziesiątych w USA, kiedy coraz więcej zoperowanych noworodków interpłciowych dorastało i skarżyło się na błędne oznaczenie płci, brak wrażliwości w zoperowanych genitaliach oraz na wstyd i tajemnicę otaczającą ich ciało. Ruch ten (ISNA – Intersex Society of North America) wymusił na środowisku medycznym zmianę protokołu postępowania z noworodkami interpłciowymi. Ruch OII (Organization Intersex International) walczy o zakaz chirurgii i leczenia cech płciowych bez zgody pacjenta oraz o społeczną widzialność i przyznanie statusu prawnego osobom interpłciowym. W Australii można mieć w dokumentach płeć X (niezdeterminowana/interpłciowa/nieokreślona). W Niemczech noworodki interpłciowe mogą otrzymać metrykę urodzenia z pustym miejscem na określenie płci (organizacje interpłciowe sprzeciwiają się tej regulacji, ponieważ jest obowiązkowa dla noworodków interpłciowych). Trzecia kategoria płciowa w prawie jest potrzebna ze względu na noworodki interpłciowe oraz na wszystkie osoby niebinarne (ruch osób niebinarnych rozwija się wśród osób transpłciowych).

**Słowa kluczowe:** chirurgia cech płciowych, dymorfizm płciowy, tożsamość niebinarna, trzecia kategoria płciowa, ZRP

---

<sup>1</sup> Uniwersytet Szczeciński; renata.zieminaska@usz.edu.pl.

<sup>2</sup> Artykuł powstał w wyniku realizacji projektu Narodowego Centrum Nauki „Czym jest płeć? Filozoficzna analiza na bazie informacji biologicznych i społecznych” 2014/15/B/HS1/03672. Materiały zebrałam podczas pobytu jako *research fellow* w University of Leeds (luty–maj 2016).

### Intersex persons: medical practice, social movement, and the problem of the third sex category

The author presents medical, psychological and social data about intersex people and discusses the third sex category. Intersex persons are persons born with ambiguous genitals, gonads or chromosomes, neither male, nor female. Since the 1960s intersex newborns have undergone “normalizing” surgeries, for instance an enlarged clitoris/micro-penis is removed. Intersex people’s social movements started in 1990s in the USA as more and more surgically corrected intersex newborns grew older and complained about wrong gender identity, the lack of sensitivity of their corrected sexual organs and about shame and secrecy surrounding their bodies. Intersex Society of North America (ISNA) forced medical community to improve the medical treatment. Organization Intersex International (OII) fights for prohibiting surgery and treatment of the sex characteristics without informed consent, for social visibility and legal recognition of intersex people. In Australia you are allowed to have an “X” (indeterminate/intersex/unspecified) in your passport. In Germany intersex newborns can have no identification of sex on their birth certificates (intersex organizations oppose this regulation as compulsory for intersex newborns). Third sex category in law is useful for intersex newborns and for all non-binary people (the non-binary movement is growing among transgender people).

**Key words:** surgery of sex characteristics, sex dimorphism, non-binary identity, third category of sex-gender, DSD

Artykuł jest przeglądem danych medycznych, psychologicznych i społecznych na temat osób inter płciowych w celu pokazania empirycznej nieadekwatności binarnego pojęcia płci.

## 1. Definicja i przykłady osób inter płciowych

W języku medycznym osoby inter płciowe nazywane są osobami z DSD (*disorders of sex development*). W polskim języku medycznym jest nazwa ZRP (zaburzenia rozwoju płci) (Bajszczak, Szarras-Czapnik, Słowikowska-Hilczer 2014); DSD definiuje się jako wrodzone przypadki, w których rozwój chromosomów, gonad lub genitaliów jest nietypowy (Hughes *et al.* 2006)<sup>3</sup>. To medyczne sformułowanie sugeruje, że w procesie rozwoju nastąpiły jakieś zakłócenia, które trzeba leczyć – i tak jest w niektórych przypadkach. Są jednak osoby inter płciowe doskonale zdrowe, które np. biją rekordy w sporcie (Ewa Kłobukowska, Maria Patino, Caster Semenya), a cierpią głównie z powodu „inności”. W dyskursie publicznym i naukach społecznych używa się mniej patologizującej nazwy „osoby inter płciowe”.

<sup>3</sup> “congenital conditions in which development of chromosomal, gonadal, or anatomical sex is atypical” (Hughes *et al.* 2006: 554).

Osoby inter płciowe można zdefiniować jako osoby, których ciało nie pasuje do binarnego podziału ludzi na mężczyzn i kobiety, ponieważ mają niektóre organy płciowe męskie, a inne żeńskie – lub ich organy płciowe mają mieszany charakter (Greenberg 2012). Inter płciowość może mieć postać dwuznacznych genitaliów (np. mikroprącie i pochwa) lub dwuznacznych gonad (zawierających zarówno tkankę jajnikową, jak i jądrową). Niekiedy zewnętrzne genitalia są typowe, ale niezgodne z wewnętrznymi organami płciowymi (np. prącie na zewnątrz, a jajniki wewnątrz). Może też brakować spójności pomiędzy genitaliami a chromosomami (np. kariotyp męski, a genitalia żeńskie) lub genitaliami a cechami drugorzędowymi (np. prącie i rozwinięte piersi).

Nie należy mylić osób inter płciowych z transpłciowymi, które często mają jednoznaczną płć anatomiczną, ale ich płć odczuwana jest z ich anatomią niezgodna. Inter płciowość to dwuznaczność w ramach samej anatomii. Mimo tego rozróżnienia, niektóre osoby inter płciowe mają problemy z tożsamością płciową, dokonują tranzycji i w tym sensie stają się również osobami transpłciowymi. Są jednak takie osoby inter płciowe, które nie mają żadnych problemów z tożsamością (np. osoby z całkowitą niewrażliwością na androgeny CAIS mają tożsamość zdecydowanie kobiecą, pomimo męskich chromosomów i gonad). Można też spotkać się z tezą, że wszystkie osoby transpłciowe są *de facto* inter płciowe, ponieważ rysą na ich jednoznacznej płci anatomicznej są struktury mózgowe, najprawdopodobniej odpowiedzialne za tożsamość płciową (Meyer-Bahlburg 2005b: 371).

Ustalenie liczby osób inter płciowych zależy od definicji inter płciowości. Szacuje się, że jest to od 0,05% do 1,73%. Ta większa liczba (Blackless *et al.* 2000) obejmuje wszystkie osoby nie-XX i nie-XY, czyli wszystkie przypadki nietypowych chromosomów (np. zespołu Klinefeltera czy Turnera) i wszystkie przypadki wrodzonego przerostu nadnerczy (WPN, po angielsku CAH). Tymczasem są liczne łagodne przypadki WPN i liczne chromosomowe warianty, które nie wpływają na anatomię i nie są związane z dwuznacznymi genitaliami (Karkazis 2008). Mniejsza liczba obejmuje tylko skrajne przypadki dwuznacznych genitaliów. Ieuan Hughes z zespołem oceniają (2006), że jedno na cztery i pół tysiąca noworodków ma dwuznaczne genitalia. Reszta to osoby, które odkrywają swoją inter płciowość w okresie dojrzewania.

Nie brakuje w literaturze opisów konkretnych przypadków. Najczęstszą przyczyną dwuznacznych genitaliów jest wrodzony przerost nadnerczy WPN u osób z żeńskimi chromosomami. Gozar z zespołem opisali (2014) przypadek dziecka, które urodziło się z małym prąciem. Badania wykazały obecność jajników i macicy oraz obecność chromosomów typowo żeńskich, 46XX. Diamond z zespołem przedstawili (2003) przypadek trzynastoletniego chłopca przywiezionego do szpitala w USA z Bliskiego Wschodu. Chłopiec cierpiał na spodziectwo (ujście moczowe na spodniej części prącia), a dodatkowo urosły mu piersi. Dwa razy krwawił z ujścia cewki moczowej. Lekarze ustalili, że chłopiec ma żeński kariotyp 46XX, macicę i jajniki, a krwawienie jest menstruacją.

Kolejny typ osób interplciowych to osoby genetycznie męskie z niewrażliwością na androgeny. Siedemnastoletnia dziewczyna zgłosiła się do szpitala w Poznaniu z powodu braku miesiączki, badanie wykazało męski kariotyp 46XY i poziom testosteronu w organizmie typowy dla mężczyzn. Dziewczyna miała dobrze rozwinięte piersi, skąpe owłosienie łonowe i pachowe, zewnętrzne żeńskie genitalia, ślepo zakończoną pochwę, brak szyjki i trzonu macicy, w jamie brzusznej znajdowały się jądra. Niewrażliwość na androgeny ma swoje źródło w mutacji genu na chromosomie X. „Mutacja ta uniemożliwia działanie biologiczne testosteronu i dihydrotestosteronu w komórkach docelowych. Rozwój przewodów Wolffa oraz różnicowanie się męskich narządów płciowych zewnętrznych jest niemożliwe... Występuje natomiast regresja przewodów Müllera w związku z działaniem hormonu anti-Müllerowskiego (AMH) syntetyzowanego w komórkach Sertoliego jąder” (Jędrzejczak *et al.* 2010: 458). W wyniku tej regresji brakuje macicy, jajowodów oraz górnej części pochwy. Rozwijają się jednak żeńskie genitalia zewnętrzne.

Na koniec podam przykład osoby z mozaicyzmem, czyli zwielokrotnionym układem chromosomów. Zespół pod kierunkiem Vivienne Souter (2007) opisał bliźnięta, z których jedno było noworodkiem interplciowym, miało dwuznaczne genitalia i gonady, a drugie miało męską anatomię. Oba bliźnięta miały mozaicyzm 46,XX/46,XY. W przypadku noworodka interplciowego obie gonady zawierały zarówno tkankę jajnikową, jak i jądrową, przy czym prawa gonada miała przewagę tkanki jajnikowej, jajowód i połówkę macicy. Lewa gonada była schowana w pachwinie i miała przewagę tkanki jądrowej; była połączona z nasieniem. Rozkład komórek z chromosomami żeńskimi i męskimi w gonadach był następujący: XX [42%]/XY [57%]/X [1%] w prawej gonadzie; XX [35%]/XY [55%]/X [10%] w lewej gonadzie (Souter *et al.* 2007: 3). Na genitalia składał się mikropenis, wejście do pochwy, oddzielne ujście cewki moczowej i wargi sromowe (2007: 2).

Gonady bliźnięta męskiego były także z mozaicyzmem, ale miały zdecydowaną przewagę komórek genetycznie męskich. W prawej gonadzie proporcje były następujące: XX [8%]/XY [77%]/X [15%], a w lewej bardziej wyrównane: XX [31%]/XY [59%]/X [9%] (Souter *et al.* 2007: 4). Wygląda na to, że procent tkanki jądrowej zadecydował o męskiej płci.

Interplciowość ma często źródło w mozaicyzmie (jedna zygota jest początkiem rozwoju) lub chimeryzmie (dwie zygoty się zlewają). Dwa embriony mogą utworzyć jeden organizm poprzez fuzję, jajo może być zapłodnione przez dwa plemniki, jajo może podzielić się przed zapłodnieniem przez dwa plemniki, a potem ponownie się połączyć (Souter *et al.* 2007: 1). Gdyby płeć ustalano za pomocą kryterium genetycznego XX lub XY, to wielu ludzi znalazłoby się poza tym podziałem.

## 2. Chirurgiczna korekta noworodków interplciowych

Kiedy w latach sześćdziesiątych pojawiły się medyczne możliwości korekty dwuznacznych genitaliów, noworodki interplciowe zaczęły być poddawane zabiegom chirurgicznym, aby nadać genitaliom jednoznaczny kształt i zgodnie z wymogami prawa przypisać im jedną z dwu płci. Lekarze początkowo przyjmowali założenie, że lekarstwem na dwuznaczność anatomii może być korekta zewnętrznego wyglądu i jednoznaczne wychowanie. Noworodki były oceniane pod kątem tego, do jakiej płci jest najbliższej i jaka będzie chirurgicznie osiągalna. Milcząco kierowano się potocznymi stereotypami, np. że w przypadku chłopców ważne jest pełnienie męskiej roli seksualnej, wielkość prącia i zdolność do penetracji, a mniej ważne jest zachowanie płodności. Jeśli dziecko miało mikropenis, który nie rokował nadziei na sprawne odgrywanie w dorosłym życiu roli męskiej, to dziecko było chirurgicznie dostosowywane do roli żeńskiej. Usuwano wtedy jądra i zalecano wychowanie dziecka jako dziewczynki. Jak podsumowuje ten proceder Greenberg (2012), dla jednoznacznego żeńskiego wyglądu poświęcano satysfakcję z życia seksualnego i zdolności reprodukcyjne. Ważniejszy był też odpowiedni wygląd zewnętrzny niż zachowanie wrażliwej łechtaczki. W przypadku dzieci genetycznie żeńskich za najważniejszą uważano zdolność reprodukcji, a nie satysfakcję z życia seksualnego. Nie usuwano więc jajników, tylko dostosowywano zewnętrzne genitalia do żeńskiej roli. Zbyt dużą łechtaczkę, która wyglądała jak mikropenis, wycinano, aby dziecko nie miało wątpliwości co do swojej płci (Greenberg 2012: 112). Wiele dzieci w ten sposób zoperowanych później nie akceptowało swojej płci.

Z powodu trudności z chirurgicznym skonstruowaniem prącia, w większości przypadków dzieci interplciowe, niezależnie od chromosomów, korygowano do żeńskich genitaliów; na dziewięć korekcji żeńskich przypadała tylko jedna męska (Creighton *et al.* 2014). Ta zasada postępowania nie sprawdziła się zwłaszcza na osobach o jednoznacznej płci chromosomalnej, a tylko dwuznacznych genitaliach. Przeprowadzono badanie dzieci, które były genetycznie męskie, ale ze względu na zły stan genitaliów skorygowano je do płci żeńskiej. Reiner i Gearhart (2004) pokazali, że poczucie tożsamości w przypadku osób jednoznacznie genetycznie męskich w niewielkim stopniu zależy od wyglądu genitaliów i od sposobu wychowania. Niektóre dzieci spontanicznie i nic nie wiedząc o korekcie genitaliów w dzieciństwie deklarowały, że są płci męskiej, pomimo posiadania żeńskich genitaliów. W ich przypadku potwierdza się teza, że za tożsamość płciową odpowiada struktura mózgowia sformatowana w okresie życia płodowego (Reiner, Gearhart 2004).

Heino Meyer-Bahlburg (2005a) prześledził dokumentację medyczną osób z chromosomami XY, które we wczesnym dzieciństwie z powodu dwuznacznych lub uszkodzonych genitaliów zostały skorygowane do płci żeńskiej. W dorosłym życiu około 60% tych osób żyło w kobiecej roli. Pacjenci w podobnej sytuacji genetycznej i anatomicznej, którzy nie zostali skorygowani do płci żeńskiej, żyli

w roli męskiej (Meyer-Bahlburg 2005a: 432). Wyniki te pokazują, że z jednej strony wychowanie i wygląd genitaliów ma znaczenie dla tożsamości płciowej (skoro 60% osób genetycznie męskich zaakceptowało kobiecą rolę), ale jednocześnie pokazują, że siła hormonów w znacznej grupie osób (ponad 30%) jest silniejsza niż wychowanie. Hormony prenatalne nie determinują tożsamości płciowej całkowicie, ale mają jednak duże znaczenie (Meyer-Bahlburg 2005a). Być może w latach 1994–2004, kiedy przeprowadzono to badanie, społeczna widzialność osób interplciowych była wciąż za mała, aby osoby mniej pewne siebie podejmowały trudną decyzję o korekcie płci przypisanej w dzieciństwie. Być może też bardziej odczuwały niebinarność swojej tożsamości niż zdecydowaną tożsamość płci przeciwnej. Tymczasem korekta w sensie prawnym wciąż w większości krajów przewidyuje jedynie przejście od jednej płci do drugiej.

Stwierdzono natomiast niezadowolone większość osób interplciowych z korekty chirurgicznej, z życia seksualnego i wyglądu genitaliów (Amaral *et al.* 2015). Wysoki poziom komplikacji, powtórnych operacji i nieinformowania osób interplciowych o zabiegach, którym zostały poddane, opisuje Creighton (2014). Jednocześnie okazało się, że niezoperowane osoby z mikroprąciem są zadowolone z życia seksualnego.

Niestety po zawarciu konsensusu w Chicago w 2006 r.<sup>4</sup> liczba chirurgicznych operacji na lechtaczce przed 14 rokiem życia nie spadła, ale wzrosła (Creighton *et al.* 2014: 38). Często zmniejsza się powiększoną lechtaczkę/mikropenis i rekonstruuje waginę, pomimo ryzyka błędu, konieczności powtórnych operacji i braku satysfakcji seksualnej w przyszłości (Creighton *et al.* 2014: 39). Być może jest to związane z większą wykrywalnością interplciowości u dzieci i ich lepszą rejestracją. W 2008 r. powstał międzynarodowy rejestr osób z DSD. Kolesinska z zespołem (2014) napisali, że do roku 2013 zebrano z 15 krajów Europy (głównie Zachodniej) 1167 opisów osób z DSD, opracowano też ujednoliconą skalę maskulinizacji EMS (*external masculinization score*), ułatwiająca diagnozowanie. Analiza danych ujawniła tendencję spadkową w oznaczaniu płci żeńskiej u noworodków genetycznie męskich. Ujawniła też, że statystycznie oznaczano jako chłopców dzieci z wyższym poziomem maskulinizacji, ale także pokrywanie się w znacznym zakresie stopnia maskulinizacji u dzieci zaliczanych do obu płci (Kolesinska *et al.* 2014: 3).

Wzrost liczby chirurgicznych normalizacji może być związany z decyzjami rodziców, którzy nie chcą narażać dzieci na stygmatyzację. Suzanne Kessler (1998) zapytała grupę studentów, czy gdyby urodzili się z dwuznacznymi genitaliami, życzyliby sobie, aby je skorygować, np. usunąć mikropenis. Zwłaszcza utrata wrażliwości erotycznej, jako konsekwencja, powodowała, że większość studentów nie życzyła sobie takiego zabiegu. Kiedy jednak zapytano inną grupę studentów, czy gdyby urodziło im się dziecko z dwuznacznymi genitaliami, to czy zdecydowałyby się na ich korektę chirurgiczną, większość odpowiedziała, że tak. Studenci

<sup>4</sup> O czym mowa dalej.



napisali, że nie chcą, aby ich dziecko było odmienne, a wczesna chirurgia jest mniej traumatyczna niż późniejsza. Nie zastanawiali się nad utratą wrażliwości erotycznej genitaliów u dziecka (por. Feder 2014: 44). Ellen Feder próbuje wyjaśnić, dlaczego dla siebie pragną czegoś innego niż dla własnego dziecka. Powołuje się na istnienie norm społecznych nieświadomie regulujących nasze zachowania. Łatwo zapomnieć o doznaniach dziecka, kiedy zagrożona jest normalna ścieżka życia. Sam widok genitaliów jest przeszkodą do normalności i rodzice w pierwszej kolejności chcą to zamaskować.

Feder opisuje matkę, którą nazwała Ruby, a która zgodziła się opowiedzieć o swoim dramacie. Dwoje jej dzieci urodziło się z WPN i było w stanie zagrażającym życiu. Zaufanie do lekarzy, którzy uratowali im życie, sprawiło, że zaakceptowała standardową propozycję wczesnej korekty genitaliów. Dzieci przy urodzeniu zostały oznaczone jako chłopcy, ale wkrótce okazało się, że ich chromosomy i narządy wewnętrzne były żeńskie. Zostały chirurgicznie skorygowane i wychowywane jako dziewczynki. Kiedy dziewczynki ujawniły orientację homoseksualną, rodzina oskarżyła Ruby o błędne decyzje. Obie dziewczynki były niezadowolone z wyglądu swoich genitaliów i cierpiały z powodu ich bolesności, a młodsza córka uznała Ruby za winną swojego okaleczenia (Feder 2014: 49). Dzisiaj wiadomo, że lepiej byłoby zaczekać do czasu samodzielnej decyzji dzieci. Zdaniem Greenberg „nie powinniśmy zostawiać decyzji co do sposobu traktowania osób interplciowych wyłącznie na barkach lekarzy” (2012: 135).

### 3. Ruch społeczny osób interplciowych

Ruch społeczny osób interplciowych rozpoczął się w roku 1993, kiedy Cheryl Chase założyła Intersex Society of North America (ISNA) i opublikowała pismo „Hermaphrodites with Attitude”. Jego celem była walka ze wstydem i stygmatyzacją wokół interplciowości. Za podstawowe zadanie ruchu uznano protest wobec praktyki medycznej korygowania płci noworodków z dwuznacznymi genitaliami, kierując się zasadą dostosowywania ich do heteroseksualnego społeczeństwa, tuszowania ich odmienności, a nie ich zdolnością do odczuwania doznań seksualnych czy posiadania zdolności reprodukcyjnych (Greenberg 2012: 86). Pojawienie się ruchu osób interplciowych, zdaniem jego założycielki, jest kolejnym etapem walki o prawa człowieka, tym razem jest to kolejna grupa osób, po ruchu osób odmiennej rasy, ruchu kobiet, ruchu osób homoseksualnych i transplciowych (Greenberg 2012: 86).

W latach dziewięćdziesiątych pojawiło się kilka ważnych publikacji naukowych wspierających ruch osób interplciowych. Suzanne Kessler (1990) zakwestionowała naturalność binarnego podziału na dwie płcie. Anne Fausto-Sterling (1993) podważyła społeczny podział na dwie płcie, który ignoruje istnienie ludzi interplciowych. Alice Dreger (1998) pokazała historie osób interplciowych w przeszłości. Zebrane tam opisy i argumenty nie zmieniły jednak praktyki medycznej.

Powolne zmiany dokonały się poprzez media i aktywizm. Ruch osób interplciowych ISNA rozpoczął swoją działalność od pikietowania dużych medycznych konferencji. Opisała to Fausto-Sterling w artykule *The Five Sexes, revisited* (2000). W 1996 r. American Academy of Pediatrics odmówiła założycielce ISNA możliwości zaprezentowania na ich konferencji w Bostonie punktu widzenia pacjenta na temat leczenia dzieci z dwuznacznymi genitaliami. Nazwano ją i innych działaczy ISNA „zełotami”. Grupa działaczy zorganizowała wtedy pikietę tej konferencji (Preves 2000). Kilka lat później, w 2000 r., przewodnicząca została jednak zaproszona do wygłoszenia referatu na spotkaniu Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society, największej organizacji w USA skupiającej specjalistów endokrynologii dziecięcej. Jej referat kończył konferencję na temat leczenia interplciowych noworodków. Referat nosił tytuł *Sexual Ambiguity: The Patient-Centered Approach* i był krytyką wczesnej korekty chirurgicznej dzieci z dwuznacznymi genitaliami. Nazywała to postępowanie „chirurgią wstydu”. Sama Cheryl jest ofiarą takiej chirurgii.

Jak pisze Greenberg, „kiedy Cheryl się urodziła w 1956 jej genitalia wyglądały jak »mała bułeczka z przecięciem na środku i małym orzechem z przodu«. Na podstawie rekomendacji lekarzy rodzice wychowywali ją jako chłopca. Było tak do 18 miesiąca życia. Wtedy przeprowadzili operację diagnostyczną i odkryli obecność tkanki jajnikowej i jądrowej. Po tej diagnozie zdecydowali, że genitalia Cheryl zostaną zamienione na żeńskie i że będzie wychowywana jako dziewczynka. Za zgodą rodziców, lekarze usunęli jej mikropenis, który ich zdaniem był za duży, żeby go uznać za łechtaczkę. Zabieg był tak traumatyczny, że Cheryl przestała mówić przez 6 miesięcy. Przez większość dzieciństwa i wczesnej młodości czuła się nieszczęśliwa i wyizolowana. Przed 19 rokiem życia miała myśli samobójcze. Choć skończyła Massachusetts Institute of Technology, studiowała japonistykę na Harvardzie i prowadziła udany biznes, pozostała emocjonalnie nieszczęśliwa do czasu, kiedy w wieku 35 lat została aktywistką ruchu osób interplciowych” (Greenberg 2012: 27).

Cheryl w wieku 21 lat poprosiła o dokumentację medyczną z czasu kiedy miała 18 miesięcy. Przeczytała tam: diagnoza: hermafrodytyzm, operacja: kliteroktomia. Imię Charlie zostało przekreślone i wpisano imię Cheryl. Te same genitalia najpierw opisano jako „mały penis ze spodnictwem”, potem, kiedy zdecydowano się na płć żeńską, opisano jako „przerost łechtaczki”. Najpierw pisano „zdeformowane genitalia męskie”, potem „zdeformowane genitalia żeńskie”. „Zostałam okaleczona przez wycięcie łechtaczki i pozbawiona doznań seksualnych, które dla większości ludzi, kobiet i mężczyzn, są oczywistością” (Chase 2002: 206). Okaleczenia afrykańskich kobiet uważa się za barbarzyństwo niezgodne z prawami człowieka, ale „łechtaczki interplciowych dzieci w USA usuwa się codziennie” (Chase 2002: 206).

Efektom działań ISNA był konsensus zawarty między aktywistami interplciowymi i środowiskiem lekarzy w 2006 r. (*Chicago Consent*). Przyznano, że tożsamość płciowa zależy od wielu czynników: chromosomów, poziomu androgenów oraz zachowanej wrażliwości na nie, struktur mózgowych, a także czynników społecznych. Przyznano, że dzieci interplciowe szczególnie często są niezadowolone z przypisanej im płci. System limbiczny i podwzgórze mózgu są zróżnicowane



u obu płci, ale różnice pojawiają się później niż moment urodzenia i nie można przy wczesnej chirurgii posłużyć się tym wskaźnikiem do oznaczenia płci (Hughes *et al.* 2006: 554).

W ramach konsensusu z Chicago zamiast terminów „hermafrodytyzm” i „interpłciowość” lekarze zaproponowali DSD, *disorders of sex development* (Hughes 2006). Osoby interpłciowe tylko częściowo zaakceptowały tę zmianę terminologiczną. Uznały DSD za termin medyczny, do przyjęcia w dyskursie medycznym, ale stygmatyzujący w dyskursie publicznym. Dostrzegali pozytywny skutek tego, że nie mówi się już o nich jako o „wybryku natury”, lecz podaje się przebieg naturalnego procesu, który prowadzi do tej nietypowej sytuacji. Tak opisane zjawisko nie może być dalej traktowane jako nieistniejące (Greenberg 2012).

Konsensus w Chicago nie zadowolił jednak całego ruchu osób interpłciowych. W 2008 r. w związku ze zmianą terminologii rozwiązano ISNA (Rosario 2009). W jej miejsce powstały przynajmniej dwie inne organizacje. Grupa z Cheryl Chase (pod nazwiskiem Bo Laurent) utworzyła Accord Alliance, zaakceptowała nazwę DSD i skupiła się na współpracy ze środowiskiem medycznym. Terminu DSD nie zaakceptował ruch OII (Organization Intersex International), który postawił sobie za zadanie pomóc ludziom zrozumieć, że nie ma po prostu dwu płci. Ich zdaniem jest wiele możliwych kombinacji w spektrum płci, a najlepszym sposobem ochrony osób interpłciowych przed krzywdą jest poprawa społecznej akceptacji dla różnorodności płci (Greenberg 2012). Działacze OII podkreślają, że rygorystyczny binarny podział na dwie płcie krzywdzi nie tylko osoby interpłciowe, ale także osoby LGBTQ i kobiety, które przy tym podziale są automatycznie zaliczone do gorszej kategorii.

Ruch OII jest obecnie największą organizacją osób interpłciowych. Ma przedstawicielstwa na całym świecie, także sieć na Europę (OII Europe 2016) i oddziały w niektórych krajach (np. w Niemczech czy Wielkiej Brytanii). Walczy o zakaz wczesnej chirurgii normalizującej cechy płciowe bez zgody pacjenta, o zakaz dyskryminacji ze względu na cechy płciowe i o prawne uznanie osób niebinarnych (Gattas 2013, 2015).

#### 4. Osoby interpłciowe niebinarne

Niektóre osoby interpłciowe chciałyby uznać interpłciowość za trzecią kategorię płciową. Greenberg daje przykład Chrisa: „Chris urodził się z tkanką jajnikową i jądrową. W okresie dojrzewania urosły mu piersi. Choć był wychowywany jako chłopiec, ma fizyczne cechy obu płci. Co ważniejsze, nie identyfikuje się ani jako kobieta, ani jako mężczyzna i chce być nazywany osobą interpłciową” (Greenberg 2012: 94).

Sharon Preves pisze, że osoby interpłciowe stanowią wyzwanie dla podziału płci na dwie kategorie (*gender binarism, male/female dichotomy*). Dotyczy to przede wszystkim anatomii, ale także tożsamości. Niektóre z noworodków interpłciowych urodziły się całkowicie zdrowe i tylko normy płci skłaniały rodziców

i lekarzy do chirurgicznej interwencji (Preves 2000). Preves przebadła 37 osób w wieku 20–65 lat, które zdiagnozowano jako interplciowe. Mniej więcej połowa z nich otrzymała taką diagnozę przy urodzeniu z powodu dwuznacznych genitaliów, a druga połowa w okresie dojrzewania. Jako dziewczynki wychowywano 81%, a 19% jako chłopców. W czasie przeprowadzania wywiadów, 24% badanych było w trakcie lub po korekcji płci na przeciwną niż płeć wychowania i metrykalna, sześć osób dokonało tranzycji mężczyzna/kobieta, a trzy – tranzycji kobieta/mężczyzna (Preves 2000: 30). Spośród badanych przez Preves 95% skarżyło się na powtarzające się badania lekarskie genitaliów, które wytwarzały w nich poczucie wstydlivej tajemnicy, dotyczącej ich ciała. Żyły w strachu, że ktoś odkryje ten sekret.

Jedna z osób badanych, Robin, czuje przynależność do obu płci: „Genetycznie jestem mężczyzną, ale fizycznie całkowicie kobietą. A zatem nie jestem jednym lub drugim, jestem zarówno kobietą i mężczyzną” (Preves 2000: 37). Constance pisze o nieusuwalnej niezgodności swojego ciała ze społecznym podziałem na dwie płcie: „Osoba, którą jestem nie może się dostosować, ponieważ w samym moim DNA nie zgadzam się ze społecznymi normami. Nie ma żadnego sposobu, którym mogłabym się wpasować w którąś [plciową] rolę. A wtedy, dlaczego miałabym w ogóle próbować?” (Preves 2000: 40). Julian pisze o dwuznacznym poczuciu tożsamości: „Nie czuję się kobietą, ale niekoniecznie czuję się także mężczyzną. Czuję, że jestem pośrodku i czuję to bardzo mocno. I to wydaje mi się naturalne” (Preves 2000: 40). Wypowiedzi te opisują doświadczenie niebinarnej tożsamości wśród osób interplciowych.

Katinka Schweizer przeprowadziła wraz z zespołem badania wśród osób interplciowych (2002–2008), pytając je o spektrum ich tożsamości plciowej. Zadowolonych ze swojego oznaczenia płci było 75%, ale „24% relacjonowało inkluzywną mieszaną dwu-plciową tożsamość, zawierającą zarówno elementy męskie, jak i żeńskie, 3% relacjonowało tożsamość ani żeńską, ani męską. Dwadzieścia sześć procent było bardzo niepewne swojej przynależności do określonej płci” (Schweizer *et al.* 2014: 56). Można przyjąć, że 27% osób badanych opowiedziało się za tożsamością niebinarną. Być może są to te osoby, które są również niepewne przynależności do określonej płci.

Osoby z tej grupy relacjonowały, że żyją jako trzecia płeć, raz jako kobieta, raz jako mężczyzna, nie będąc ani jednym ani drugim. Dychotomia mężczyzna/kobieta nie daje się do nich zastosować. Schweizer słusznie stwierdza, że te wyniki „odkrywają nieadekwatność dychotomicznej, jednopoziomowej męsko/kobiecej kategoryzacji” (Schweizer *et al.* 2014: 79) i „wspierają pojęcie szerszego, bardziej inkluzywnego spektrum płci” (Schweizer *et al.* 2014: 78) – wskazują na potrzebę trzeciej kategorii płci (ani męskiej, ani żeńskiej).

Trzeba jednak zaznaczyć, że wśród osób interplciowych jest wiele osób, które nie chcą wprowadzania trzeciej kategorii plciowej. Uważają, że dosyć już cierpią i nie jest im potrzebna dodatkowa stygmatyzacja. Chcą, aby interplciowość była kategorią medyczną, a nie tożsamościową. Walczą tylko o lepsze traktowanie

przez lekarzy. Nie chcą mieć nic wspólnego z ruchem osób LGBTQI, nawet jeśli pojawia się tam literka I (Greenberg 2012).

Ostatnie oświadczenie OII Europe po spotkaniu osób interpłciowych z 16 krajów europejskich w Wiedniu (marzec 2017) wskazuje, że ich zdaniem ustalanie płci dla osób interpłciowych powinno odbywać się na zasadzie samookreślenia. Powinna być dostępna opcja neutralna (*neutral marker*), ale dla wszystkich ludzi, a nie tylko dla osób interpłciowych (OII Europe 2017).

Neutralny marker płciowy jest zdecydowanie postulowany przez ruch osób niebinarnych w ramach ruchu osób transpłciowych. Niezależnie od stanu anatomii, osoby te czują się kimś innym niż kobieta i kimś innym niż mężczyzna. Chcą żyć jako osoby niebinarne i walczą o trzecią kategorię płciową (*other*) w dokumentach (Beyond the Binary 2017)<sup>5</sup>.

Uważam, że zamiast mówić „trzecia płeć”, lepiej mówić „trzecia kategoria płciowa”, ponieważ nie chodzi tutaj o osoby o specyficznych cechach płciowych, tylko o osoby, które nie mieszczą się w upraszczającym binarnym pojęciu płci. Taką trzecią kategorią płciową w języku angielskim jest termin *non-binary people*. Polskim odpowiednikiem są „osoby niebinarne” lub „niebinarne tożsamości płciowe” (Kłonkowska 2012: 23). Jest to pojęcie utworzone przez negację, a nie przez pozytywną charakterystykę: „spektrum tożsamości wykluczonych z dychotomii mężczyzna-kobieta” (Kłonkowska 2012: 29). Ma ono sens jako poprawka do systemu pojęciowego z binarnym pojęciem płci. Tymczasem osoby interpłciowe pokazują swoim ciałem, że płeć jest to wielowarstwowe kontinuum (Ziemińska 2015: 249). Kobiecość i męskość to nie stały zespół cech, ale spektrum cech od typowych do nietypowych. Osoby interpłciowe i niebinarne są na środku tego kontinuum, tam gdzie cechy męskie koegzystują z żeńskimi.

## 5. Status prawny osób interpłciowych i jak rozumieć trzecią kategorię

Aktywista i badacz Dan Christian Ghattas uważa, że „opcje inne niż płeć żeńska, płeć męska powinny być dostępne dla ludzi niezależnie od tego, czy są interpłciowi” (Ghattas 2015: 2). Jednak płeć „inna” w dokumentach nie powinna być obligatoryjna dla osób interpłciowych, ponieważ wiele osób interpłciowych jest zadowolonych ze swojego binarnego oznaczenia płci. Osoby interpłciowe tak jak wszyscy inni mogą odczuwać, że są kobietą, mężczyzną, jednym i drugim na raz lub żadnym.

Od 2013 r. w Niemczech można wybrać opcję braku wpisu w rubryce płęć w metryce urodzenia. Dotyczy to tylko noworodków, co do których nie można ustalić płci, czyli interpłciowych. Wcześniej wstrzymywano wydanie metryki, co powodowało kłopoty z uzyskaniem świadczeń socjalnych. Wciąż nie można pominąć określenia płci w innych dokumentach, jak dowód osobisty czy paszport.

<sup>5</sup> W Polsce za osobę niebinarną uważa się aktywista Trans-Fuzji Wiktor Dynarski (Rient 2017).

Ghattas (2013) zwraca uwagę, że ten przepis jest obligatoryjny, a nie opcjonalny. Rodzice otrzymują metrykę zaraz po urodzeniu, ale dziecko jest prezentowane jako interplciowe we wszystkich czynnościach prawnych, co powoduje wzrost stygmatyzacji dla rodziców i dziecka w przyszłości. Taka sytuacja może zwiększać presję na szybką chirurgię i uzyskanie metryki bez stygmatyzacji (Ghattas 2013).

Ghattas pokazuje też, że opcja korekty płci później także jest kłopotliwa, ponieważ przepisy prawne są dostosowane do potrzeb osób transpłciowych, a nie interplciowych. Jednym z warunków jest sterylizacja, co prowadzi do kolejnego okaleczenia ciała. Osoby interplciowe muszą też ukrywać, że są interplciowe i udawać osobę transpłciową o silnym poczuciu przynależności do płci odmiennej niż ta oznaczona przy urodzeniu (Ghattas 2013). Także Feder (2013) wskazuje na negatywne aspekty nowej regulacji prawnej w Niemczech, oprotestowanej przez organizacje osób interplciowych. Nowy przepis wydaje się nie wyborem, lecz obowiązkiem, zakazem wpisywania M lub F, kiedy nie ma do tego podstaw w anamnezie. Może to zwiększać liczbę chirurgicznie normalizowanych dzieci, których rodzice będą chcieli uniknąć stygmatyzacji w metryce urodzenia. Wcześniej była opcja uniknięcia wczesnej operacji i ukrycia się pod szyldem jednej z płci. Niemiecka Rada Etyki zaproponowała trzecią kategorię na metrykach urodzenia, aby odroczyć decyzję o oznaczeniu płci do czasu, gdy dziecko będzie mogło podjąć samodzielną decyzję. Wydaje się, że nowa regulacja pojawiła się w tak minimalnym kształcie, że zamiast poszerzenia wolności, skępowała osoby odpowiedzialne za interplciowe dzieci i zwiększyła prawdopodobieństwo okaleczania tych dzieci.

W innych krajach europejskich lekarze i rodzice radzą sobie przez wydłużenie czasu wystawienia właściwej metryki urodzenia, nawet do trzech miesięcy (na pisemny wniosek lekarzy i rodziców). W Wielkiej Brytanii urzędnicy wydają tymczasową metrykę z zapisem, że płeć jest nieznaną (*unknown sex*). Na Łotwie wystawiają świadectwa medyczne z zapisem *unclear sex*, a w metryce zostaje puste miejsce. W Holandii wpisuje się, że płeć nie może być ustalona. Po trzech miesiącach wydawana jest nowa metryka z płcią zdiagnozowaną lub ze stwierdzeniem, że płci nie da się ustalić, a tymczasowa metryka jest niszczone. We Francji i Finlandii można wydać metrykę bez oznaczenia płci za zgodą prokuratora i na okres maksimum trzech lat. W Portugalii jest zwyczaj, aby wybierać neutralne imię dla interplciowego dziecka, aby było akceptowalne dla obu płci. Informacje te zbierają urzędnicy Unii Europejskiej, którzy wydali zalecenia dla krajów członkowskich, aby zmienić oznaczenia płci, skoro natura nie stosuje się do binarnego podziału (*The fundamental rights situation of intersex people* 2017). W Indiach ze względu na tradycję i funkcjonowanie grup osób nazywanych *hijras* (Goel 2016: 536) prawo od 2014 r. pozwala w dokumentach wybrać trzecią opcję płci: „płeć inną” O (*other*). W 2013 r. Australia przyjęła *Sex Discrimination Amendment (Sexual Orientation, Gender Identity and Intersex Status) Act 2013* – pierwsze prawo, które nadało osobom interplciowym prawny status, uznając, że obywatel może nie identyfikować się ani z płcią męską, ani z płcią żeńską (Bennett 2014: 869). Wymieniło też, jako osobny rodzaj zakazanej dyskryminacji, dyskryminację osób

interplciowych ze względu na nietypowe cechy płciowe. Australia, podobnie jak Indie, ma trzecią kategorię prawną dla ludzi, którzy nie pasują ani do płci męskiej, ani do żeńskiej. Prawo to pomaga noworodkom interplciowym, osobom transplciowym w trakcie tranzycji, a także dorosłym osobom, które są na trwałe niebinarne. Australijski teoretyk prawa Theodore Bennett (2014) zastanawia się, jak „trzecia płeć” ma być interpretowana. W rubryce płeć są trzy opcje: M (*male*), F (*female*) oraz X (*indeterminate/intersex/unspecified*). Trzecia kategoria jest skuteczna w zakwestionowaniu binarnego podziału, ale może też pełnić funkcję oczyszczenia „prawdziwych” płci z przypadków „patologicznych” i powodować stygmatyzację osób niebinarnych. Czy taka „negatywna” kategoria nie zamazuje różnic pomiędzy osobami interplciowymi i transplciowymi, które są niebinarne w różny sposób, na różnych poziomach i różnych odcinkach czasu? Kto ma decydować o prawnym statusie trzeciej płci, czy ma to się odbywać na zasadzie samookreślenia, czy medycznej opinii? Żeby wyjść z tych dylematów można pomniejszyć rolę określania płci: identyfikować ludzi poprzez odciski palców lub kolor oczu. Wtedy pojawi się jednak problem z zawieraniem małżeństw, konkurencjami sportowymi, więziennictwem, publicznymi toaletami, szatniami itd. Bennett proponuje strategię pośrednią: eliminację oznaczania płci tam, gdzie to jest zbędne, a zarazem stosowanie kategorii trzeciej płci, a nawet bardziej pluralistycznych kategorii, tam gdzie to jest istotne dla identyfikacji (Bennett 2014: 869).

Dobrym krokiem w kierunku prawnej ochrony fizycznej integralności osób interplciowych jest uchwalony w Malcie zakaz chirurgii i leczenia cech płciowych (bez wskazań medycznych, a jedynie ze względów społecznych) bez zgody osoby, której to dotyczy (*Gender Identity, Gender Expression and Sex Characteristics Act 2015*). Jest tam także zakaz dyskryminacji ze względu na cechy płciowe (nie tylko ze względu na orientację seksualną i tożsamość płciową). Jest to specyficzny rodzaj dyskryminacji, który dotyka osoby interplciowe. Prawo to pozwala każdej osobie na uznanie lub zmianę jej tożsamości płciowej poprzez proste administracyjne procedury (Ghattas 2015: 14). Nie ma jednak w tej regulacji trzeciej kategorii płciowej, co jest problemem dla osób trwale niebinarnych, które nie czują się ani F ani M.

## 6. Sytuacja osób interplciowych w Polsce

W większości krajów świata, w tym także w Polsce, osoby interplciowe i niebinarne nie istnieją w systemie prawnym. Organisation Intersex International nie ma w Polsce oddziału. Organizacją, która przygarnia osoby interplciowe jest Trans-Fuzja, specjalizująca się w pomocy osobom transplciowym. Na stronie internetowej Trans-Fuzji są informacje o interplciowości (Muiżnieks 2014; Rzeczkowski 2009) i forum, na którym są głosy osób interplciowych (Forum Trans-Fuzja 2017). Katarzyna Bojarska i Katarzyna Dułak (2012) piszą o pracy psychologów z osobami interplciowymi; zaznaczają, że w Polsce seksuologowie mają nikłą wiedzę na temat zjawiska interplciowości.



Istnienie osób interplciowych w Polsce jest poświadczane artykułami medycznymi (Ziora *et al.* 2005; Szarras-Czapnik, Lew-Starowicz, Zucker 2008; Magnuszewska *et al.* 2009; Jędrzejczyk *et al.* 2010; Bajszczyk *et al.* 2013; Bajszczyk, Szarras-Czapnik, Słowikowska-Hilczer 2014; Kolesinska *et al.* 2014; Pisarska-Krawczyk *et al.* 2014; Kolesińska, Niedziela 2015). W jednym z nich można przeczytać, że do szpitala uniwersyteckiego w Poznaniu na przestrzeni 15 lat zgłosiło się 28 interplciowych pacjentów z męskim kariotypem i dwuznacznymi genitaliami (Kolesińska, Niedziela 2015). Dodatkowo zgłaszały się osoby z CAIS, CAH i innymi postaciami interplciowości. Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie jest głównym ośrodkiem diagnostyki dzieci interplciowych. Uniwersytet Medyczny w Poznaniu uczestniczy w europejskim grantie COST (2013) na temat zaburzeń rozwoju płci. W roku 2009 ukazał się wywiad z matką dziecka interplciowego leczonego w Centrum Zdrowia Dziecka w Katowicach i lekarzem andrologiem z Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, zajmującym się osobami interplciowymi, który przestrzega rodziców przed wczesną chirurgią i, pomimo presji społecznej, zaleca poczekać na rozwój tożsamości dziecka (Szafranśka 2009). Na stronie Trans-Fuzji jest ogłoszenie Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, który realizował projekt polegający na ankietowaniu osób interplciowych i edukacji lekarzy na temat interplciowości. W Polsce narodziny dziecka powinny zostać zgłoszone w ciągu 14 dni, ale możliwe jest odroczenie rejestracji nawet na kilka miesięcy, dopóki nie zostaną przeprowadzone badania. Odroczenie rejestracji wymaga pisemnego wniosku rodziców i zaświadczenia lekarskiego o prowadzonej diagnostyce (*Co to jest ZRP?* 2017). To udogodnienie administracyjne nie rozwiązuje jednak problemów, ponieważ przez czas diagnostyki dziecko nie ma metryki urodzenia, w ciągu trzech miesięcy nie ujawni się tożsamość płciowa, oznaczenie płci jest domniemaniem, a mimo to jest duża presja na wczesną chirurgię normalizacyjną. Na łamach czasopisma „Prawo i Medycyna” w 2016 r. ukazał się artykuł *Dzieci bez płci. Jak polski prawodawca rozwiązuje problemy osób interseksualnych* (Gawlik, Bielska-Brodziak 2016), który pokazuje nieadekwatność przepisów prawnych względem wiedzy medycznej i sytuacji dzieci interplciowych.

Znaną postacią interplciową w Polsce jest celebrytka Michalina Manios, która zdobyła trzecie miejsce w telewizyjnym (TVN) konkursie Top Model w 2011 r. i opowiedziała tam swoją historię. Nazwała siebie hermafrodytą. Powiedziała, że urodziła się z gonadami męskimi i żeńskimi oraz pośrednimi genitaliami. Przy urodzeniu zdecydowano, że ma więcej cech męskich i do 18 roku życia była w sensie prawnym Michałem, ale nigdy nie czuła się chłopcem. Po ukończeniu 18 roku życia przeprowadziła procedurę prawnej korekty płci i od tej pory jest Michaliną (*Uroczna Michalina była kiedyś Michałem...* 2017). Jest to ważny *coming out* osoby interplciowej, który oswaja Polaków z interplciowością.

Wcześniej swoisty *coming out* osoby interplciowej dokonał się, kiedy polska zawodniczka Ewa Kłobukowska została wykluczona z Pucharu Europy w Kijowie w 1967 r. na podstawie „niekobiecych” chromosomów XXY. Na łamach



„Wiadomości Lekarskich” (Krawczyński 1978) ukazała się potem seria artykułów o interplciowości w sporcie.

W Polsce miała też miejsce próba prawnej ochrony noworodków interplciowych przed chirurgią normalizacyjną. Czytamy o tym w projekcie ustawy Ruchu Palikota pt. „O uzgodnieniu płci”, zgłoszonym w 2013 r. Projekt został wypracowany w kooperacji z fundacjami: Trans-Fuzja, Kampania Przeciw Homofobii i Helsińska Fundacja Praw Człowieka. Pierwszym celem tej ustawy była poprawa sytuacji prawnej osób transplciowych i zamiana procedury korekty płci z procesowej na nieprocesową. Drugim celem tego projektu była ochrona dzieci interplciowych przed chirurgią normalizacyjną, czyli wczesną korektą genitaliów bez wykształconej tożsamości płciowej i bez świadomej zgody dziecka. Projekt proponował zakaz takich interwencji i był próbą zastosowania zaleceń europejskich (Muiżnieks 2014). Niestety ta wersja projektu, być może za mało precyzyjna w zakresie odróżnienia wskazań medycznych od normalizacyjnych przy chirurgii cech płciowych, została odrzucona. Wersja, która została pozytywnie przegłosowana przez Sejm i Senat w 2015 r., a której nie podpisał Prezydent RP, nie zawierała już przepisów dotyczących dzieci interplciowych, a jedynie osób transplciowych. Śladem tego pierwszego projektu jest broszura zamieszczona na stronie Trans-Fuzji pt. *Dlaczego nie należy bać się ustawy o uzgodnieniu płci?*, opracowana przez posłankę Annę Grodzką i aktywistów Trans-Fuzji Lalkę Podobińską i Wiktora Dynarskiego.

## Wnioski

Wydaje się, że trzecia kategoria płciowa jako trzecia opcja w dokumentach („płeć nieokreślona”) jest minimalnym warunkiem społecznej akceptacji dla osób interplciowych i niebinarnych. Uznanie istnienia osób, które czasowo lub trwale znajdują się poza podziałem na kobiety i mężczyzn jest wnioskiem z przeglądu artykułów medycznych, psychologicznych i socjologicznych. Pierwsze próby prawnej ochrony tych osób świadczą o powolnej zmianie binarnego pojęcia płci.

Wciąż jednak lęk przed stygmatyzacją skłania rodziców do wczesnych chirurgii „normalizacyjnych”. Jest to „chirurgia wstydu”, która ma uspokoić rodziców i zatrzeć ślady interplciowości, a dobrostan dziecka jest na drugim planie. Doświadczenia kilku dekad pokazały, jak okrutne bywają konsekwencje pośpiesznych chirurgii, zwłaszcza kiedy dziecko rozwija się w kierunku przeciwnej tożsamości płciowej, a także kiedy czuje się okaleczone przez rodziców. Lekcją z tych doświadczeń jest zasada, żeby zaczekać, aż dziecko ujawni swoją tożsamość płciową i wyda świadomą zgodę na ewentualną chirurgię cech płciowych lub zdecyduje o zachowaniu niedymorficznego ciała czy niebinarnej tożsamości.

Ta rozsądna zasada jest jednak trudna do spełnienia w społeczeństwie, które stygmatyzuje osoby interplciowe i niebinarne jako „wybryki natury” niezgodne z systemem pojęć i norm. Rodzic dziecka interplciowego stoi przed wyborem

stygmatyzacji lub okaleczenia. Jeśli odważnie sprzeciwi się wczesnej chirurgii, naraża dziecko na stygmatyzację, jeśli zdecyduje się na wczesną chirurgię, naraża dziecko na okaleczenie.

#### Literatura

- Amaral R. *et al.*, 2015, *Quality of life of patients with 46,XX and 46,XY disorders of sex development*, *Clinical Endocrinology*, vol. 82.
- Bajszczak K. *et al.*, 2013, *Kliniczne i psychologiczne konsekwencje odroczenia gonadektomii oraz chirurgicznej korekcji obojnaczych zewnętrznych narządów płciowych do okresu dojrzałości u pacjentki z częściową niewrażliwością na androgeny*, *Endokrynologia Pediatria*, t. 12, nr 2(43).
- Bajszczak, K., Szarras-Czapnik M., Słowikowska-Hilczer J., 2014, *Zaburzenia rozwoju płci – nowa nomenklatura oraz wytyczne w postępowaniu terapeutycznym*, *Seksuologia Polska*, nr 12(2).
- Bennett T., 2014, *No man's land: Non-binary sex identification in Australian Law and Policy*, *UNSW Law Journal*, no. 37(3).
- Beyond the Binary, 2017, <http://beyondthebinary.co.uk> (dostęp: 18.04.2017).
- Blackless M. *et al.*, 2000, *How Sexually Dimorphic Are We? Review and Synthesis*, *American Journal of Human Biology*, vol. 12.
- Bojarska K., Dułak K., 2012, *Specjaliści zawodów pomocowych wobec ludzkiej różnorodności płciowej* [w:] A. Kłonkowska (red.), *Transpłciowość – Androgynia. Studia o przekraczaniu płci*, Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Chase Ch., 2002, *Affronting Reason* [w:] J. Nestle, C. Howell and R. Wilchins (eds.), *GenderQueer. Voices from beyond the sexual binary*, Los Angeles–New York: Alyson Books.
- Creighton S. *et al.*, 2014, *Childhood surgery for ambiguous genitalia: glimpses of practice changes or more of the same?*, *Psychology & Sexuality*, vol. 5(1).
- Diamond D. *et al.*, 2003, *Case Study: Culture Clash Involving Intersex*, *The Hastings Center Report*, vol. 33, no. 4.
- Dreger A., 1998, *Hermaphrodites and the Medical Invention of Sex*, Cambridge: Harvard University Press.
- Fausto-Sterling A., 1993, *The Five Sexes: Why Male and Female Are Not Enough*, *The Sciences*, vol. 33, s. 20–25.
- Fausto-Sterling A., 2000, *The Five Sexes, revisited*, *The Sciences*, July/August 2000, s. 19–23.
- Feder E., 2013, *Germany Has an Official Third Gender*, *The Atlantic*, [www.theatlantic.com/health/archive/2013/11](http://www.theatlantic.com/health/archive/2013/11) (dostęp: 30.10.2016).
- Feder E., 2014, *Making Sense of Intersex. Changing ethical perspectives in biomedicine*, Bloomington: Indiana University Press.
- Forum Trans-Fuzja, 2017, [http://forum.transfuzja.org/pl/watek/portal/interseksualizm/Nowa\\_ustawa\\_z\\_anekssem.htm](http://forum.transfuzja.org/pl/watek/portal/interseksualizm/Nowa_ustawa_z_anekssem.htm) (dostęp: 18.04.2017).
- Gawlik A., Bielska-Brodziak A., 2016, *Dzieci bez płci. Jak polski prawodawca rozwiązuje problemy osób interseksualnych. Część pierwsza*, *Prawo i Medycyna*, nr 2.
- Ghattas D.Ch., 2013, *Human Rights between the Sexes. A preliminary study on the life situations of inter individuals*, Berlin: Heinrich Böll Foundation.

- Ghattas D.Ch., 2015, *Standing up for the human rights of intersex people – how can you help?*, Brussels: ILGA Europe, OII Europe.
- Goel I., 2016, *Hijra Communities of Delhi*, Sexualities, vol. 19.
- Gozar H. et al., 2014, *Surgical Reconstruction of the Genitalia in a 3-Year-Old Infant with a 46XX Karyotype: Case Report*, Aesth Plast Surg, no. 38.
- Greenberg J.A., 2012, *Intersexuality and the Law. Why Sex Matters*, New York–London: New York University Press.
- Hughes I. et al., 2006, *Consensus statement on management of intersex disorders*, Archives of Disease in Childhood, no. 91.
- Jędrzejczak P. et al., 2010, *Laparoskopowa gonadektomia u pacjentki z kompletnym zespołem niewrażliwości na androgeny – opis przypadku*, Ginekologia Polska, t. 81.
- Karkazis K., 2008, *Fixing sex: intersex, medical authority, and lived experience*, Durham: Duke University Press.
- Kessler S., 1990, *The Medical Construction of Gender: Case Management of Intersexual Infants*, Signs 16, s. 3–26.
- Kłonkowska A., 2012, *Czy potrzebna nam płęć? Zjawisko androgynii wobec dychotomii płci [w:] eadem (red.), Transpłciowość – Androgynia. Studia o przekraczaniu płci*, Gdańsk: Wydawnictwo Uniwersytetu Gdańskiego.
- Kolesinska Z. et al., 2014, *Changes Over Time in Sex Assignment for Disorders of Sex Development*, Pediatrics, vol. 134, no. 3.
- Kolesinska Z., Niedziela M., 2015, *The time of first presentation at the department of paediatric endocrinology of patients with 46,XY DSD*, European Society of Paediatric Endocrinology Barcelona October 2015, Poster Session Online.
- Krawczyński M., 1978, *Zagadnienie interseksualizmu w sporcie kwalifikowanym*, Wiadomości Lekarskie, t. 21(3), s. 189–191.
- Magnuszewska et al., 2009, *Trudności diagnostyczne i terapeutyczne u 13-letniej dziewczynki z zaburzeniami rozwoju płci z kariotypem 46,XY – opis przypadku*, Endokrynologia Pediatryczna, nr 3, t. 8.
- Mayer-Bahlburg H., 2005a, *Gender Identity Outcome in Female-Raised 46,XY Persons with Penile Agenesis, Cloacal Exstrophy of the Bladder, or Penile Ablation*, Archives of Sexual Behaviour, vol. 34, no. 4.
- Mayer-Bahlburg H., 2005b, *Introduction: Gender Dysphoria and Gender Change in Persons with Intersexuality*, Archives of Sexual Behaviour, vol. 34, no. 4.
- Muiżnieks N., 2014, *Chłopczyk, dziewczynka czy osoba – brak rozpoznania prawnego w Europie dla osób interplciowych*, tłum. M. Łysakiewicz, [http://transfuzja.org/pl/artykuly/artykuly\\_teksty\\_opracowania/chlopczyk\\_dziewczynka\\_czy\\_osoba\\_brak\\_rozpoznania\\_prawnego\\_w\\_europie\\_dla\\_osob.htm](http://transfuzja.org/pl/artykuly/artykuly_teksty_opracowania/chlopczyk_dziewczynka_czy_osoba_brak_rozpoznania_prawnego_w_europie_dla_osob.htm) (dostęp: 30.10.2016).
- OII Europe, 2016, <http://oiieurope.org> (dostęp: 17.10.2016).
- OII Europe, 2017, *STATEMENT of the 1st European Intersex Community Event (Vienna, 30st–31st of March 2017)*, <https://oiieurope.org/statement-1st-european-intersex-community-event-vienna-30st-31st-march-2017/> (dostęp: 22.08.2017).
- Pisarska-Krawczyk M. et al., 2014, *Nietypowo ukształtowane narządy płciowe lub zaburzenia rozwoju płci. Aspekty medyczne i etyczne*, Current Gynecologic Oncology, no. 12(4).
- Preves S.E., 2000, *Negotiating the Constraints of Gender binarism: Intersexuals's challenge to Gender Categorisation*, Current Sociology, no. 48(3).

- Reiner W., Gearhart J., 2004, *Discordant Sexual Identity in Some Genetic Males with Cloacal Exstrophy Assigned to Female Sex at Birth*, *The New England Journal of Medicine*, no. 350.
- Rient R., 2017, *Mężczyźni rodzą dzieci od dawna, również w Polsce* (wywiad z Wiktorem Dynarskim 10.04.2017), *Wysokie Obcasy*, <http://www.wysokieobcasy.pl/wysokie-obcasy/7,115167,21617965,mezczyzni-rodza-dzieci-od-dawna-rowniez-w-polsce.html> (dostęp: 18.04.2017).
- Rosario V., 2009, *Quantum Sex: Intersex and the Molecular Deconstruction of Sex*, *GLQ: A Journal of Lesbian and Gay Studies*, vol. 15(2).
- Rzeczkowski M., 2009, *Interseksualizm – bardzo krótkie wprowadzenie*, [http://transfuzja.org/pl/artykuly/newsy/interseksualizm\\_bardzo\\_krotkie\\_wprowadzenie.htm](http://transfuzja.org/pl/artykuly/newsy/interseksualizm_bardzo_krotkie_wprowadzenie.htm) (dostęp: 18.04.2017).
- Schweizer K. et al., 2014, *Gender experience and satisfaction with gender allocation in adults with diverse intersex conditions (divergences of sex development, DSD)*, *Psychology & Sexuality*, vol. 5(1).
- Souter V. et al., 2007, *A case of true hermaphroditism reveals an unusual mechanism of twinning*, *Human Genetics*, vol. 121, issue 2.
- Szafrańska M., 2009, *Dramat rodziców – nie wiem, jakiej płci jest moje dziecko*, <http://wiadomości.wp.pl/kat,1329,title,Dramat-rodzicow> (dostęp: 13.11.2016).
- Szarras-Czapnik M., Lew-Starowicz Z., Zucker K., 2008, *A Psychosexual Follow-Up Study of Patients with Mixed or Partial Gonadal Dysgenesis*, *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, no. 20.
- The fundamental rights situation of intersex people*, 2017, <http://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2015-focus-04-intersex.pdf> (dostęp: 18.04.2017).
- Uroczą Michalina była kiedyś Michałem. Wystąpi w Top Model 2!*, 2017, <https://www.youtube.com/watch?v=6mhwVdJvLL4> (dostęp: 18.04.2017).
- Ziemińska R., 2015, *Płynność płci biologicznej i performatywność płci kulturowej*, *Kultura i Edukacja*, nr 3(109), s. 245–253.
- Ziora K. et al., 2005, *Odległe wyniki chirurgicznej korekcji zewnętrznych narządów płciowych u dzieci z obojnaczymi narządami płciowymi*, *Endokrynologia Pediatria*, nr 2, t. 4.