

# Moim zadaniem jest myśleć: psychoanalityczne podejście do dysforii płciowej

Z Marcusem Evansem rozmawia Mateusz Stróżyński

**Marcus Evans** jest psychoanalitykiem i pracował jako psychoterapeuta dorosłych w Tavistock & Portman NHS Foundation Trust. Uzyskał dyplom z zakresu pielęgniarstwa psychiatrycznego, a następnie szkolił się na psychoterapeutę w Tavistock, gdzie był zatrudniony jako dyrektor oddziału pielęgniarstwa. Był również dyrektorem klinicznym oddziałów terapii dorosłych i młodzieży. Jeden z członków-założycieli sekcji Fitzjohn's Service, której zadaniem było leczenie pacjentów z głębokimi i trwałymi schorzeniami psychicznymi i zaburzeniami osobowości. Superwizował, szkolił i pisał wiele na temat praktycznego zastosowania myślenia psychoanalitycznego w psychiatrii i rozumieniu poważnych problemów psychicznych.

**Mateusz Stróżyński:** *Czy mógłby Pan powiedzieć nam trochę o swojej karierze zawodowej? Co sprawiło, że zainteresował się Pan psychoanalizą?*

**Marcus Evans:** Kształciłem się na pielęgniarza psychiatrycznego i uzyskałem dyplom w 1983 roku. Doszedłem jednak do wniosku, że wiedza na temat chorób psychicznych, którą otrzymaliśmy, nie przygotowała mnie do rozumienia pacjenta czy mojej relacji z nim. Byłem więc ciekaw pacjentów, a w tym czasie w tym samym szpitalu, w którym odbywałem szkolenie, pracował na oddziale długoterminowej opieki terapeuta, który zainteresował mnie psychoanalizą. Zacząłem czytać Melanie Klein, a ponieważ miałem wtedy 19 czy 20 lat, nic z tego nie rozumiałem, ale i tak sądziłem, że jest to ciekawe. Potem postanowiłem zrobić kurs wstępny z psychoterapii i ciągnęło mnie do prowadzenia psychoterapii na jakimś oddziale dziennym. Zacząłem więc pracować w Maudsley Hospital. Przyjmowałem pacjentów od 1985 roku – miałem wtedy 25 lat, więc zacząłem w bardzo młodym wieku.

W końcu odbyłem średniozaawansowany kurs z psychoterapii w Tavistock, którym kierował John Steiner. Napisałem do niego, że chciałbym się uczyć w Tavistock, a on mi odpowiedział, że powinienem w tej sprawie zwrócić się do dyrektora, który się tym zajmował. To był akurat mój znajomy, więc napisałem do niego i tak odbyłem szkolenie z psychoterapii dorosłych w Tavistock. Potem, kiedy pracowałem w Maudsley jako pielęgniarz psychiatryczny i psychoterapeuta, przeszedłem swoją psychoanalizę. Po jakimś czasie tamten dyrektor zaproponował mi pracę i przekonał mnie do odejścia z Maudsley i przeniesienia się do Tavistock. Ta ostatnia klinika jest podzielona na kilka oddziałów, zwanych „dyscyplinami”: psychiatria, psychoterapia, praca społeczna itd., ale nie mieli wtedy dyscypliny pielęgniarstwa, więc zostałem mianowany

szeffem tej nowej dyscypliny i miałem ją stworzyć od podstaw. To był rok 1996. W tym czasie kierowałem jednocześnie dziennym oddziałem psychiatrycznym i pracowałem w ośrodku pomocy dla osób zagrożonych samobójstwem w King's College Hospital, gdzie moim zadaniem było ocenianie ryzyka samobójstwa i oferowanie krótkoterminowej psychoterapii przyjmowanym tam pacjentom.

**MS:** *Czy Steiner wciąż uczył w Tavistock, kiedy Pan zaczynał tam pracę jako dyrektor oddziału pielęgniarstwa?*

**ME:** Było to pod koniec jego kariery. Odchodził na emeryturę z Tavistock, ale nadal prowadził prywatną praktykę. Uczestniczyłem w dwuletnim seminarium u niego i było to niezwykle pomocne. Ten kurs nie był wstępny, ale też nie kończył się uzyskaniem dyplomu. Interesowało mnie zastosowanie psychoanalitycznych idei w psychiatrii, zarówno w leczeniu, jak i superwizji. Moimi superwizorami i mistrzami były osoby będące jednocześnie psychoterapeutami i psychiatrami: John Steiner, Richard Lucas, Leslie Sohn.

**MS:** *Wydaje się, że Pana praca skupiała się głównie na pacjentach psychiatrycznych w settingu szpitalnym.*

**ME:** Tak. Kiedy pracowałem jako pielęgniarz-specjalista w Maudsley na oddziale psycho-terapeutycznym, jednocześnie szkoliłem się w Tavistock i przyjmowałem pacjentów w Maudsley. W tym samym czasie superwizowałem pracowników różnych oddziałów psychiatrycznych. W Tavistock nie ma łóżek, gdzie się kładzie pacjentów psychiatrycznych – tam prowadzi się jedynie szkolenia oraz ambulatoryjną psychoterapię. Moja praca w Tavistock polegała więc na psychoterapii, bo szkoliłem się w zakresie psychoterapii dorosłych. Zarazem jako dyrektor pielęgniarstwa psychiatrycznego byłem odpowiedzialny za organizowanie szkoleń, które pomagały pielęgniarzom i pielęgniarce w psychoanalitycznym myśleniu o pacjentach.

**MS:** *Powiedział Pan, że leczył dorosłych pacjentów w systemie ambulatoryjnym. Jak wielu pacjentów Pan przyjmował? Ile godzin w tygodniu?*

**ME:** Prowadziłem terapię 20 godzin tygodniowo, a przez resztę czasu szkoliłem i superwizowałem.

**MS:** *Rozpoczął Pan też prywatną praktykę?*

**ME:** Od 1996 roku miałem bardzo skromną prywatną praktykę, przyjmując pacjentów w domu, ale niewielu: około czterech pacjentów wieczorami. Dużo wtedy pracowałem.

**MS:** *To ciekawe. W niektórych środowiskach istnieje wciąż tendencja do myślenia o psychoanalizie jako czymś oderwanym od leczenia realnych pacjentów, jako o intelektualnej dyscyplinie, która nie może się przydać w codziennym radzeniu sobie z bardzo chorymi*

pacjentami. Ale Pana doświadczenie sugeruje, że tak nie jest. Wierzy Pan, że myślenie analityczne może dostarczyć użytecznej podstawy do myślenia o pacjentach dla psychiatrów, psychoterapeutów, pielęgniarek w szpitalu, prawda?

**ME:** Zasadniczo tak. Zastrzegłbym jednak, że nie jestem przeciwny psychiatrycznej farmakoterapii. Jestem jedynie krytyczny wobec pewnych zjawisk w psychiatrii, jak choćby redukcjonizm, podejście skupione na symptomie itd. Psychiatria jest bardzo ważna, zwłaszcza kiedy pacjent jest bardzo chory, w stanie psychotycznym i trudno nawiązać z nim jakąkolwiek relację, bo jego rejestr symboliczny jest praktycznie zniwelowany. A jednak pracuję w oparciu o założenie, że wszyscy pacjenci chcą, żeby myśleć o nich jako o istotach ludzkich, które mają ludzkie problemy. Dla psychiatrów bywa to czasem trudne. Moim zadaniem jest pomagać pracownikom szpitali i innych ośrodków psychiatrycznych w myśleniu o osobie, która jest ukryta za chorobą. Nawet jeśli niektórym pacjentom psychotycznym nie rekomendujemy psychoterapii, to jednak jest to wciąż ważne, że pracownicy są nimi zainteresowani, próbują znaleźć jakieś znaczenia w prezentacji klinicznej.

Wierzyłem zawsze, że aby właściwie prowadzić konsultacje i superwizję, muszę sam przyjmować pacjentów, i to takich pacjentów, których bym nie zobaczył w prywatnym gabinecie czy w kontakcie ambulatoryjnym. Dlatego stałem się pracownikiem Fitzjohn Unit w Tavistock, oddziale stworzonym przez Davida Taylera, a potem prowadzonym przez Davida Bella. Ten oddział jest dla pacjentów, których nie zobaczymy w gabinecie. Są to pacjenci psychotyczni, pacjenci z anoreksją, zaburzeniem osobowości borderline. Zacząłem tam pracować, przyjmując pacjentów dwa razy w tygodniu przez dwa lata i próbując wykorzystywać wobec nich analizę. Przyjmowałem też pacjentów, którzy mieli diagnozę schizofrenii paranoidalnej, co było nietypowe, ale robiłem to, bo ci pacjenci chcieli chodzić do mnie na terapię, a ja uczyłem się ich rozumieć, nawet jeśli byli bardzo trudni do zrozumienia. Ta praca pomogła mi w superwizowaniu i konsultowaniu pracowników szpitali psychiatrycznych, bo umożliwiła mi rozumienie dziwnych prezentacji klinicznych. Nie powiedziałbym, że psychoterapia jest dla wszystkich pacjentów ze schorzeniami psychotycznymi, ale niektórzy z nich mogą skorzystać z relacji z kimś, kto próbuje ich zrozumieć. Nawet niewielki postęp może mieć dla nich duże znaczenie.

**MS:** *W KCP stosujemy podejście do pacjentów psychotycznych, w myśl którego zakładamy, że im bardziej pacjent jest psychotyczny, tym ważniejsza jest farmakoterapia, podczas gdy psychoterapia odgrywa rolę wspierającą. W tym modelu terapeuta współpracuje z psychiatrą, żeby pomóc pacjentowi przyjmować leki i skupiać się na tym, co go stabilizuje lub choćby zapobiega pogłębianiu regresji.*

**ME:** Całkowicie się z tym zgadzam. Idealizujemy farmakoterapię, nawet jeśli leki antypsychotyczne są pomocne, to przesadzamy z tym i wtedy psychiatria pomniejsza znaczenie terapii zajęciowej czy zainteresowania pacjentem. Sądzę, że psychoterapeuci psychoanalityczni mogą albo wspierać pracowników szpitali psychiatrycznych, albo

współpracować z tradycyjnymi podejściami psychiatrycznymi. Kiedy przysyłano mi pacjentów psychotycznych, zawsze konsultowałem się z zespołem psychiatrycznym, kiedy tylko miałem jakiś problem. I pracowałem z tymi pacjentami w zupełnie inny sposób niż z pacjentami neurotycznymi w prywatnym gabinecie. Na przykład w niektórych sytuacjach mówię wprost do pacjenta psychotycznego: „Martwię się o pana”, ponieważ psychoza dosłownie „zmiata nas na pobocze” i musimy podchodzić poważnie do potęgi tych sił psychologicznych. Jako terapeuta pacjenta psychotycznego potrzebuję wsparcia zespołu psychiatrycznego, kiedy pacjentowi się pogarsza. Napisałem o tym dwie książki, oparte na moich doświadczeniach superwizji pracowników szpitali. Jedną to *Psychoanalytic Thinking in Mental Health Settings*<sup>1</sup>, a druga: *Making Room for Madness*<sup>2</sup>.

**MS:** Pracował Pan w Tavistock przez znaczną część życia. Czy może Pan nam opowiedzieć, dlaczego Pan stamtąd odszedł?

**ME:** Zacząłem moje szkolenie z psychoterapii pod koniec lat 80., a pracę w Tavistock rozpocząłem około roku 1996. Odszedłem stamtąd w 2018 roku. Tavistock stworzył dla mnie miejsce, w którym mogłem robić to, co lubiłem robić, czyli stosować analityczne myślenie w psychiatrii. Kiedy odszedłem w 2018 roku, podjąłem pracę jako zarządca w radzie zarządczej. W Tavistock jest rada nadzorcza i niezależna od niej rada zarządcza, która kontroluje, czy rada nadzorcza wykonuje swoją pracę właściwie. Tavistock jest państwową kliniką, opłacaną z pieniędzy podatników. Mój dobry kolega, David Bell, przypuszczalnie najlepiej znany psychoanalityk w Tavistock, był w tamtym czasie osobą zarządzającą kadrami. Zwrócili się do niego niektórzy z pracowników Ośrodka Zaburzeń Tożsamości Płciowej [GIDS, Gender Identity Development Service – *przyj. red.*], sygnalizując, że niepokoi ich sposób leczenia nastolatków poniżej 18. roku życia z dysforią płciową. Adolescenci bardzo naciskali na pracowników ośrodka, żeby ci, zamiast oferować im terapię psychologiczną, natychmiast zapewniali im interwencje medyczne, to znaczy „blokery” hamujące pokwitanie oraz hormony właściwe dla przeciwnej płci. Pracownicy GIDS – psycholodzy i psychoterapeuci – mieli wrażenie ogromnej presji, żeby przepychać pacjentów do kolejnych etapów leczenia zamiast poddać ich odpowiednio rzetelnemu badaniu psychologicznemu, żeby zobaczyć, co się dzieje z tymi dziećmi. Często te nastolatki miały autyzm, anoreksję, były społecznie wyizolowane, ale i w tych przypadkach nie było pogłębionej diagnozy schorzeń współistniejących z dysforią płciową.

Ogólnie rzecz biorąc, pracownicy byli niezadowoleni i David Bell napisał raport, w którym przedstawił wyniki tych rozmów i wskazał na kilka problemów. Na przykład zwrócił uwagę, że organizacje pro-trans były wyjątkowo mocno zaangażowane w wewnętrzne sprawy ośrodka, co jest wbrew standardom stosowanym w naszym

<sup>1</sup> M. Evans (2020). *Psychoanalytic Thinking in Mental Health Settings*. London: Routledge.

<sup>2</sup> M. Evans (2016). *Making Room for Madness in Mental Health: the Psychoanalytic Understanding of Psychotic Communication*. London: Karnac Books.

kraju. Organizacje wywierały naciski na pracowników, a brakowało modelu myślenia o tym, co się dzieje z kierowanymi tam dziećmi. A przecież istnieje cała tawistocka tradycja prowadzenia terapii, szkoleń i terapii rodzinnej, więc można by przypuszczać, że jest cały zasób narzędzi do dyspozycji, żeby myśleć o tych nastolatkach. Nikt jednak z tego zasobu nie chciał korzystać ani nawet nie sądzono, że to może być przydatne. W jakiś sposób doszło do sytuacji, w której pewna część Tavistock, czyli GIDS, stała się jakimś satelitą, odłączonym od reszty kliniki, jeśli chodzi o model myślenia klinicznego. I było to nietypowe, ponieważ klinika jest znana właśnie ze swojej psychologicznej pracy z nastolatkami i dorosłymi. GIDS zaczął działać w oparciu o model interwencji medycznej. Wiedziałem o tym wszystkim również dlatego, że moja żona pracowała tam od 2005 roku i jeszcze wcześniej sygnalizowała istnienie tych problemów.

**MS:** *Ile osób pracowało w tym ośrodku?*

**ME:** Kiedy moja żona tam pracowała, to było kilka osób. Ona pierwsza sygnalizowała, że coś jest nie tak, i to skłoniło ówczesnego dyrektora Davida Taylora do napisania raportu. Była tam mowa o tym, że nie ma odpowiednich standardów klinicznych dla świadczonych usług. Nie było monitorowania wyników zabiegów ani zainteresowania badaniami naukowymi na ten temat. Ale był zarazem ogromny przyrost liczby nastolatków w przeciągu ostatnich 10 czy 15 lat, tak że GIDS bardzo się rozrósł. Zmieniła się również grupa pacjentów. Wcześniej 80 procent chciało zmiany płci z męskiej na żeńską, a obecnie 80 procent chce zmienić płeć z żeńskiej na męską. Wzrosły także naciski polityczne. Kiedy zacząłem pracować w radzie zarządczej, grupa rodziców napisała list do rady nadzorczej, skarżąc się, że ich dzieci nie miały wystarczającej diagnozy psychologicznej i psychiatrycznej. Potem pojawił się raport Davida Bella, a wreszcie zainteresowali rodzice. Ale ze względu na ogromny wpływ polityczny, wywierany przez lewicowe organizacje pro-trans, wszelkie względy ostrożności zostały zlekceważone i nadal pacjentom nie zapewniano rzetelnej diagnostyki psychologicznej. Co więcej, nie przytaczano żadnych badań naukowych, żadnych artykułów, które byłyby poświęcone efektom terapii zmiany płci, ale i tak te dzieciaki były często przepychane w kierunku medykalizacji tego, co ja widzę jako zasadniczo psychologiczny problem. Dlatego próbowałem interweniować w tej sprawie w radzie nadzorczej przez sześć miesięcy. Ale w tym czasie stało się dla mnie jasne, że rada nadzorcza nie traktuje tego wszystkiego poważnie. W ogóle nie słuchali tego, co chciałem im powiedzieć. Byłem przekonany, że sprawa jest poważna, więc zrezygnowałem. I wtedy rozpętało się piekło. Zaczęli się ze mną kontaktować dziennikarze, telewizja, przeprowadzono ze mną wiele wywiadów. Występowałem też jako ekspert w Izbie Lordów.

**MS:** *Co to było za wydarzenie?*

**ME:** Odbyło się ono pod hasłem „Po pierwsze nie szkodzić”, co jest, jako wiadomo, istotą przysięgi Hipokratesa. Był tam obecny endokrynolog ze Stanów, kilkoro rodziców, pedagog z Wielkiej Brytanii oraz profesor medycyny, który prezentował stan

badania. Wszyscy byliśmy zmartwieni tym, co się dzieje w obszarze dysforii płciowej nastolatków. Najciekawsze jest to, że wszystkich 600 członków Izby Gmin i 800 członków Izby Lordów poinstruowano, że mają się na tym spotkaniu nie pojawiać.

**MS:** *Kto im tak powiedział?*

**ME:** Szefowie partii. Lord Lewis Moonie, który organizował to spotkanie i nas zaprosił, został w efekcie wyrzucony z Partii Pracy. Był jej członkiem przez 40 lat, a i tak go wyrzucono. Najwyraźniej ogromnym problemem było w ogóle podjęcie dyskusji nad tymi sprawami. To nie jest dozwolone.

**MS:** *Konserwatyści nie byli zainteresowani?*

**ME:** Nie. Tylko jeden członek tej partii się pojawił i jeszcze jeden lord, czyli dwie osoby na 1400 członków parlamentu. To było bardzo dziwne. Ale mamy teraz w Anglii sytuację, w której, powiedzmy, J. K. Rowling, autorka książek o Harrym Potterze, wstawiła się za Mayą Forstater i została natychmiast zaatakowana, że jest transfobką, bo stwierdziła, że płęć jest czymś realnym i że tylko kobiety mają miesiączkę<sup>3</sup>. Ludzie są zakrzykiwani.

**MS:** *Co to jest transfobia?*

**ME:** To jest niedawno wynaleziony termin. „Transfobiczny” oznacza, że ktoś jest przeciwko dowolnej osobie, która chce zmiany płci (tzw. „tranzycji”). Mamy teraz taką sytuację, że to lekarze kontrolują leczenie dysforii płciowej, pomimo tego, że po prostu nie istnieją żadne naukowe dowody na to, że czysto medyczne leczenie przynosi dobre skutki. W naszym kraju, jeśli jakieś leczenie ma być finansowane przez publiczną służbę zdrowia, która jest opłacana z pieniędzy podatników, należy przedstawić naukowe dowody, że jest ono skuteczne. Trzeba to poprzeć jakimiś badaniami. Tymczasem Narodowy Instytut Doskonałości Klinicznej [NICE, National Institute of Health and Care Excellence – *przyp. red.*] stwierdził, że nie istnieją żadne naukowe dowody na skuteczność terapii zmiany płci, która jest finansowana z publicznych pieniędzy. I jest to bardzo dziwne. Co robić, kiedy lekarze wyrzekają się swojego autorytetu w dziedzinie medycyny? W takiej sytuacji trzeba iść do sądu. Moja żona wystąpiła o wszczęcie postępowania sądowego w celu ustalenia zgodności z prawem tych decyzji. Dołączyła do niej pani A., matka autystycznej dziewczyny. Wygrały tę sprawę w sądzie. Sędziowie zadali pytanie: „Czy dziecko może udzielić świadomej zgody na leczenie, które może doprowadzić do sterylizacji?”. Ośrodek GIDS nazywa podawanie dzieciom blokerów pokwitania „chwilą przerwy na refleksję”. Ale fakty są takie, że 90 procent tych dzieci, które zaczynają przyjmować blokery pokwitania,

<sup>3</sup> Maya Forstater została zwolniona z pracy, kiedy skrytykowała w mediach społecznościowych rządowe plany zezwolenia ludziom na swobodne deklarowanie ich płci: <https://www.bbc.com/news/uk-50858919>. J. K. Rowling stanęła w jej obronie na Twitterze, protestując przeciwko „wyrzucaniu kobiet z pracy za stwierdzenie, że płęć jest czymś realnym” (19.12.2019).

trafia tym samym na coś w rodzaju pasa transmisyjnego i często kontynuuje tę ścieżkę medyczną aż do pełnej zmiany płci. To, co się dzieje w wieku 12 czy 14 lat, jest bardzo istotne, ponieważ wyznacza przyszłość tych dzieci. Sędziowie orzekli więc, że dzieci nie mogą udzielać świadomej zgody, jeśli nie ma pewnych rygorystycznych kryteriów. W przypadku nastolatków poniżej 16. roku życia jest obecnie mało prawdopodobne, żeby sąd w ogóle wydał zgodę na zmianę płci, podczas gdy w przypadku tych między 16. a 18. rokiem życia trzeba przedstawić dowody przed sądem rodzinnym, który zdecyduje, czy dziecko może otrzymać hormony płci przeciwnej lub blokery dojrzewania.

**MS:** Czyli jeśli jest różnica zdań między dzieckiem a rodzicem, wtedy wkracza sąd?

**ME:** Nie. Zgodnie z tym wyrokiem żadne dziecko nie może wydać zgody na tego rodzaju leczenie i trzeba przedstawić sądowi dowody. Wcześniej rodzice mogli wydać zgodę w imieniu dziecka, co samo w sobie było zdumiewające, biorąc pod uwagę, że nieznanne są żadne naukowe opracowania na temat długoterminowych skutków zmiany płci. Jak mówiłem, pracowałem kiedyś w ośrodku terapii osób z zachowaniami samobójczymi i w tamtym okresie często przedstawiano fałszywe dane, jakoby wszyscy byli zadowoleni ze zmiany płci. A to było 20 czy 30 lat temu. Przyjmowałem tam między innymi pacjentów trans, w 90 procentach byli to mężczyźni, którzy zmienili płeć na żeńską i wszyscy zrobili to po ukończeniu 18. roku życia. Ci wszyscy pacjenci trans, których przyjmowałem w ośrodku w King's College pod koniec lat 80. i w latach 90., mieli jakieś współwystępujące schorzenia psychologiczne lub zaburzenia osobowości. Przeszli operację zmiany płci i po niej doświadczali dokładnie tych samych problemów co przed operacją. A słyszałem ze wszystkich stron, że każdy jest zadowolony ze zmiany płci. Była to oczywista nieprawda. Ale teraz mamy zupełnie inną grupę pacjentów – są to dzieci przed ukończeniem okresu dojrzewania, 80 procent z nich to dziewczynki.

**MS:** *To porozmawiajmy o tym właśnie zjawisku. Historycznie rzecz biorąc, zawsze istnieli transseksualni pacjenci. I większość, jak Pan powiedział, stanowili mężczyźni, którzy czuli się kobietami. Amerykański psychoanalityk Robert Stoller pisał w latach 60. i 70. o transseksualizmie<sup>4</sup> i postawił hipotezę, że jest on powodowany przez brak odpowiedniej separacji chłopca od matki. W rezultacie chłopiec rozwija tożsamość nieodseparowaną, zlaną z matką, ale nie jest to tożsamość stricte psychotyczna, bo tylko część osobowości pozostaje w tej symbiozie z matką. I Stoller twierdził, że są dwie grupy transseksualistów, tak zwani „prawdziwi” i pozostali. Podał też kryteria różnicowania, na przykład podkreślając, że prawdziwi pacjenci trans są bardzo kobiece i łatwo ich wziąć za kobiety. Ale Stoller pisał też o mężczyznach, którzy czuli się kobietami, ale wcale nie byli kobiece w swojej prezentacji klinicznej, i zastanawiał się, dlaczego tak*

<sup>4</sup> R. Stoller (1968). *Sex and Gender: The Transsexual Experiment*. Hogarth Press; (1975). *Perversion: the Erotic Form of Hatred*. New York: Pantheon.

jest. Później w latach 80. pojawiły się prace podkreślające silną korelację osobowości borderline i transseksualizmu<sup>5</sup>. A teraz, nagle, wszystko się całkowicie zmieniło i nikt nie wydaje się pamiętać tej całej historii. Pan mówi, że ta zmiana nastąpiła dziesięć czy pięć lat temu?

**ME:** Znam prace Stollera. To, co on mówi, ma sens. Na podstawie mojego i mojej żony doświadczenia pracy z tymi pacjentami mogę powiedzieć, że problemy z separacją mają ogromne znaczenie, ale też identyfikacja z innymi w określonej grupie. Pracowałem na oddziale Tavistock, na którym zajmowano się tymi pacjentami. Na przykład Mervin Glasser dużo czasu poświęcił społeczności trans, ale teraz tego typu psychoanalityczne myślenie jest odrzucane, ponieważ, jak się twierdzi, Stoller i inni reprezentują przestarzałe dzisiaj poglądy. To prawda, ale odrzucanie wszystkiego, co się kiedyś pisało na ten temat, to jak wylewanie dziecka z kąpielą. Zgadzam się całkowicie, że jest bardzo dużo ciekawych koncepcji psychoanalitycznych na ten temat, ale nikt się tym nie interesuje.

**MS:** Jest też taka francuska analityczka, Collette Chiland, która wydała książkę *Transsexualism: Illusion and Reality*<sup>6</sup>. Już kilka lat temu widziałem na YouTube nagranie grupy aktywistów trans, dumnych z tego, że przerywają jej wykład<sup>7</sup>.

**ME:** A jednak, jeśli chodzi o różnicowanie między tak zwanymi prawdziwymi trans i resztą tych pacjentów, jest bardzo sceptyczna co do naszych możliwości dokładnego diagnozowania tych przypadków. Również nasze możliwości prognostyczne są niewielkie, zwłaszcza jeśli chodzi o dzieci. Bardzo trudno powiedzieć, kto skończy ze schizofrenią paranoidalną, a kto z zaburzeniem osobowości borderline. Ja też jestem więc tutaj ostrożny. Ale z żoną sądzimy, że istnieje ta grupa pacjentów, opisana przez Stollera, która jest zlna z matką i erotyzuje relację z nią. Niemniej jednak istnieje również inna grupa, o wiele bardziej schizoidalna, i ci pacjenci najpierw dokonują projekcji na ciało, a potem uznają, że to ciało do nich nie należy. Są oni borderline, mają kruche ego, które nie jest w stanie radzić sobie z psychologicznymi konfliktami, więc projektują wszystkie trudne uczucia na ciało i na świat zewnętrzny. Wycofują się i stają się bardzo intelektualni w swoim podejściu do ciała, uważają, że nie jest ich częścią. Te dzieciaki często boją się seksualności. Blokery dojrzewania to jak pokrywa na gotującą się seksualność. Istnieje więc problem separacji we wczesnym dzieciństwie i przy przejściu do okresu dojrzewania, i te dzieci są przerażone zmianami

<sup>5</sup> C. Socarides (1970). A psychoanalytic study of the desire for sexual transformation (transsexualism): the plaster of paris men. *International Journal of Psycho-Analysis*, 51, 341–349; V.D. Volkan (1979). Transsexualism: as Examined from the Point of View of Internalized Object Relations. W: *Sexuality: Psychoanalytic Observations*, ed. T. Karasu, C. Socarides, s. 189–221. New York: International Universities Press; S. Akhtar (1992). *Broken Structures: Severe Personality Disorders and Their Treatment*. New York – Oxford: James Aronson Book.

<sup>6</sup> C. Chiland (2003). *Transsexualism: Illusion and Reality*. London – New York: Continuum.

<sup>7</sup> <https://www.youtube.com/watch?v=QRr6fmoHdD4>.



hormonalnymi, rolami seksualnymi, wszystkimi tymi rzeczami, których się od nich będzie wymagać. A seksualność postrzegana jest jako coś niebezpiecznego.

**MS:** *To bardzo ciekawe, bo badania prowadzone na przykład przez amerykańską psycholożkę Jean Twenge<sup>8</sup> pokazują, że dzisiaj nastolatki już nie są w najmniejszym stopniu seksualnie rozwiązłe, raczej boją się seksu i swoich ciał tak w ogóle, więc wycofują się w świat mediów społecznościowych, stają się przygnębione, samotne, lękliwe, uszkadzają się itd. A to koresponduje z Pana obserwacjami na temat tej schizoidalnej grupy pacjentów z dysforią płciową.*

**ME:** O tym pisze też Abigail Shrier w swojej ostatniej książce<sup>9</sup>. Shrier jest amerykańską dziennikarką, piszącą dla „New York Timesa” i „Wall Street Journal”, a jej książka jest bardzo solidna, jeśli chodzi o cytowanie badań naukowych. Została uznana przez „Economist” za jedną z najlepszych książek 2020 roku. Adolescenci obecnie uprawiają o wiele mniej seksu niż kiedyś, chyba mniej niż w ostatnich tysiącletniach. W ogóle nie są rozwiązli. Chowają się w swoich pokojach, przestraszeni seksem i rolami płciowymi, tym, co hormony zrobią z ich ciałami.

**MS:** *I nie jest to neurotyczny, edypalny lęk...*

**ME:** Nie. To są, oczywiście, generalizacje, ale istnieje u tych pacjentów fundamentalny problem z wczesnymi relacjami z obiektem. Nie mówię, że to jest jedyna odpowiedź, bo istnieją też czynniki genetyczne i rola odgrywana przez samo dziecko w rozwoju. Nie obwiniam więc matek. Ale u tych dzieci ego jest bardzo kruche, co jest typowe dla osobowości borderline. Henry Ray, psychoanalityk, który pracował w Maudsley (sam nie superwizowałem się u niego, ale John Steiner nawiązywał do wielu jego koncepcji), mawiał, że pacjenci borderline nie mają „wertikalnej kolumny”, czyli ich ego nie ma wewnętrznej siły i struktury, jest skłonne do załamywania się. Można też powiedzieć, że nie mają dobrego obiektu wewnętrznego i dlatego są tak zależni od obiektów zewnętrznych i są tak cienkoskórni. I tak jest w przypadku wielu tych nastolatków z dysforią płciową. Nie są psychotyczni ani neurotyczni, są dokładnie pomiędzy. I brak im zdolności do posiadania umysłu, który może myśleć o emocjach.

**MS:** *Skoro Pan pracował z tymi pacjentami, jacy oni są? Powiedział Pan, że są krusi i przestraszeni, ale istnieją przecież osoby trans, głównie aktywiści polityczni, którzy w ogóle nie wydają się załknięni. Przedstawiają się raczej jako dominujący i wydający rozkazy: „albo zaakceptujesz to, że jestem tym, kim mówię, że jestem, albo jesteś złym człowiekiem”. Czy te dzieciaki są takie?*

<sup>8</sup> J. Twenge (2019). *iGen: dlaczego dzieciaki dorastające w sieci są mniej zbuntowane, bardziej tolerancyjne, mniej szczęśliwe – i zupełnie nieprzygotowane do dorosłości – i co to oznacza dla nas wszystkich*, przeł. O. Dziedzic. Sopot.

<sup>9</sup> A. Shrier (2020). *Irreversible Damage: the Transgender Craze Seducing Our Daughters*, Washington, DC: Regnery Publishing.

**ME:** Jak Pan wcześniej powiedział, większość tych nastolatków jest po prostu zagubiona. I tutaj pojawiają się zjawiska grupowe. Istniała jakiś czas temu grupa o nazwie Transpłciowe Niebo. Na ich stronie internetowej widniał slogan reklamowy, coś w stylu: „Czujesz się zagubiony, czujesz, że nie pasujesz? Przyłącz się do nas”. Cóż, nie znam żadnego nastolatka, włącznie ze mną z przeszłości, który by nie czuł, że nie pasuje, albo nie czuł się zagubiony. To jest definicja bycia nastolatkiem! Ale teraz te dzieciaki znajdują sobie miejsce w tego typu grupach, a te grupy kibicują im i namawiają do zmiany płci. I przywódcy tych grup mają zupełnie inne problemy psychologiczne, oni właśnie są tacy, jak Pan przed chwilą opisał. Jeśli ktoś ma w sobie wewnętrzną, prześladowczą figurę, czuje, że nie jest tym, kim powinien być. I wtedy tworzy w swoim umyśle ideał i uważa, że jeśli stanie się tym ideałem, wszystko będzie cudownie. Nie można tego osiągnąć, więc jest to jedynie iluzoryczne rozwiązanie. Ale wtedy taki ktoś musi cały czas bronić swojej pozycji i całkowicie pogрузić się w tożsamości trans. Jest tu bardzo dużo projekcji. Jeśli jesteś kobietą, w której ludzkie nigdy nie będą widzieć mężczyzny, rozwiązaniem jest utożsamienie się ze skrzywdzonym self i przeżyciem: „Jak śmiesz mnie kwestionować! Jestem ideałem, który sama stworzyłam, i nie wolno ci podważać tego, jak siebie widzę”. Wewnętrzny problem zostaje odegrany w relacji z krytykami w zewnętrznym świecie.

**MS:** *Jest tu więc rozszczepienie i identyfikacja projekcyjna: są albo wrogowie, którzy kwestionują, albo niebiańska wspólnota, która wspiera, a problem nie jest już zlokalizowany w świecie wewnętrznym.*

**ME:** To jest typowe dla pozycji paranoidalno-schizoidalnej. Wymarzyłem sobie ideał i czuję, że ku niemu zmierzam, więc te części mnie, które to kwestionują, muszą być projektowane na zewnątrz jako wrogowie i następnie atakowane przeze mnie. Ci inni stają się wtedy transfobami, którzy podważają moją wiarę, wypełniają mnie wątpliwościami, nie rozumieją, że ja jestem moim prawdziwym ja, moim doskonałym ja.

**MS:** *Powiedział Pan wcześniej, że większość tych nastolatków to dziewczęta. W psychoanalizie to swego rodzaju banał, że kobiety są bardziej skłonne do kierowania agresji na self, a mężczyźni na zewnątrz. Tradycyjnie kojarzono to z wewnętrzną relacją z matką, bo ciało to symbol matki. A kiedy funkcja symboliczna się załamuje, ciało po prostu staje się matką. Problemem, o którym nikt nie chce rozmawiać, jest rola autoagresji w zmianie płci. Operacja plastyczna jakiegokolwiek rodzaju stanowi intensywne zachowanie autoagresywne, nawet jeśli są przypadki medyczne, gdzie jest ona konieczna i powinna być zalecana. Ale nie oznacza to, że taka operacja nie stanowi agresywnej interwencji.*

**ME:** Ma Pan zupełną rację. Nie jest tak w przypadku wszystkich tych dziewcząt, ale w wielu sytuacjach to, co obserwujemy, to wyraźny brak agresji w ich prezentacji klinicznej. Na przykład nie mogą się pokłócić z matką, nie mogą jej powiedzieć: „to moje ciało, to moje życie, ja chcę tego i nie chcę tamtego”. Matka jest często postrzegana jako krucha, bez względu na to, czy to jest projekcja, czy trafna ocena rzeczywisto-

ści. Te pacjentki ukrywają więc głęboko swoją agresję. Problemem jest to, że wtedy ona wyraża się w agresywnych działaniach, które, jak Pan powiedział, są skierowane przeciwko ciału, bo te pacjentki czują się zidentyfikowane z matką. Jedyne sposoby, w jaki mogą przejąć kontrolę nad sobą, to całkowite odcięcie się od matki w taki bardzo konkretny sposób. Ale nie wszystkie te nastolatki takie są. Niektóre kłócą się z matkami. Jednak istnieje grupa, którą przed chwilą opisałem.

**MS:** *Uderzyło mnie pańskie porównanie – poczynione w któryś z artykułów – między dysforią płciową i anoreksją. W naszych czasach to brzmi strasznie, ale dziewczyna z anoreksją też czuje, że ona wcale nie jest chora, ale że to jest jej tożsamość, jej styl życia, to, kim jest. Ona czuje po prostu, że jest na zdrowej diecie, prowadzi zdrowy tryb życia, dużo ćwiczy itd. I chce, żeby inni ją zaakceptowali i dali jej spokój. Istnieją tu również oczywiście poważne problemy w relacji z matką, ale agresja jest jeszcze potężniejsza, bo pacjentka anorektyczna atakuje swoje ciało w sposób, który może doprowadzić do jej śmierci.*

**ME:** Tak, zrobiłem takie porównanie. Dlatego że przywykliśmy do tego, że nastolatki mają pewne obsesyjne idee. Nastolatek czuje, że jego ego ulega fragmentacji, przecenia marzenia na jawie i myśli, jeśli tylko byłby taki czy inny, to wszystko będzie dobrze. Kiedyś mówiliśmy adolescentom po prostu: „Rozumiem, że tak się czujesz, ale, wiesz, ludzie są skomplikowani, więc musimy o tym porozmawiać, żeby przyjrzeć się, kim jesteś i co się z tobą dzieje”. Rzadko jest tak, że jest jeden problem i jedno rozwiązanie. Wciąż wolno nam tak leczyć anoreksję, wolno nam nie zgadzać się z pacjentkami anorektycznymi, wolno nam powiedzieć, że jedzenie jest potrzebne, żeby być zdrowym, i że nawet jeśli pacjentka czuje, że to trucizna, to jest to lekarstwo i musi jeść. Ale zabawne jest, że w obszarze tożsamości płciowej jest ta próba całkowitego wyłączenia tego problemu z obszaru psychologii i uczynienia z niego czegoś w rodzaju dylematu z zakresu kosmetyki. Te osoby mówią, że to jest ich prawo, i że każdy, kto ośmieli się stanąć na ich drodze, tylko patologizuje normalną jednostkę i próbuje ją zatruć, narzucić jej swoje dogmaty.

**MS:** *Będę przez chwilę adwokatem diabła. Niektórzy ludzie powiedzieliby, że Pan się myli, bo nie jest Pan wystarczająco postępowy. Przecież były takie czasy, w XIX wieku, kiedy kobieca seksualność była widziana w sposób, który teraz całkowicie odrzucamy, albo mówi się, że w tej mitycznej, straszliwej Ameryce lat 50. homoseksualiści byli torturowani w szpitalach psychiatrycznych przez psychoanalityków, którzy próbowali ich wyleczyć z homoseksualizmu. Ale teraz już sobie z tym poradziliśmy i już tak o tym nie myślimy. Może za 30 lat ludzie będą powszechnie przekonani, że Pan się po prostu myli.*

**ME:** Tak, byłem już wielokrotnie nazwany prawicowcem i chrześcijańskim fundamentalistą. To zabawne, bo nie byłem w kościele od dzieciństwa. Politycznie głosuję gdzieś pośrodku. Raz czy dwa razy tylko zdarzyło mi się zagłosować na konserwatystów.

Ale prawdziwa odpowiedź na wątpliwości, które Pan przytoczył, jest taka, że ostatecznie musimy przeżywać nasze życie, godząc się na kompromisy. Z niektórymi rzeczami musimy się pogodzić, z niektórymi do końca walczymy, ale i tak musimy z nimi żyć. Jeśli ktoś doszedł do wniosku, że hormony przeciwnej płci i interwencja chirurgiczna są jedynym rozwiązaniem – a dochodzi do tego wniosku po dogłębnym przemyśleniu sprawy, żyjąc z tym przez jakiś czas – to naprawdę nie jest moim zadaniem jako terapeuty, żeby mówić mu, co ma robić. Nie jest moim zadaniem nawracać pacjenta z dysforią płciową na to, co Marcus Evans uznaje za idealne. Moim zadaniem jest rozumieć, na czym polega problem pacjenta z tym ciałem, z którym się urodził. Każdy, nawiasem mówiąc, ma problem z ciałem, z którym się urodził. Ja, na przykład, chciałem wygrać medal olimpijski w biegu na 100 metrów, ale nie biegam dość szybko. Chciałbym też, żeby mój nos nie był tak duży. I jeszcze chciałbym mieć trochę włosów. Ale ostatecznie muszę pogodzić się z moimi ograniczeniami.

**MS:** *Istnieją też penisy, które zawsze są za małe...*

**ME:** Ale przecież nie muszę mieć złego życia, bo mam za duży nos, odstające uszy i jestem łysy. Natomiast to zupełnie co innego, jeśli muszę wyrzeźbić swoje ciało tak, jak chcę, żeby pozbyć się cech, które kojarzę z matką albo które uznaję za słabość. Nie pozbędziemy się podatności na zranienie, tego, kim była nasza matka ani aspektów naszej osobowości. Więc odpowiem na Pana argument kontrargumentem: w latach 50. w moim kraju było przeprowadzonych 20 tysięcy lobotomii, tylko w Anglii. W zeszłym roku nie przeprowadzono ani jednego takiego zabiegu. Był to medyczny eksperyment, oparty na fanatycznej idei, niepopartej żadnymi dowodami naukowymi, który przyniósł ze sobą mnóstwo ofiar. Myślę, że wiele z operacji zmiany płci będzie w przyszłości traktowane tak, jak my teraz traktujemy lobotomię.

**MS:** *Mam bardziej praktyczne pytanie: niektóre nastolatki z dysforią płciową, o których Pan mówił, przychodzą do pańskiego gabinetu, bo chcą psychoterapii psychoanalitycznej. Powiedzmy więc, że 17-letnia dziewczyna, Karolina, przychodzi do Pana i mówi, że ma na imię Karol. Nazywa ją Pan tak, jak sobie tego życzy, czy od razu Pan to omawia?*

**ME:** Nie urażam pacjentów. Jeśli ma na imię Karolina, a nazwała się Karolem, zapytam ją: Co się stało z Karoliną? Co się stało z tą zniechęconą dziewczyną, z tym imieniem, które dali jej rodzice i co teraz z tym ciałem, z którym się urodziła? Co się stało z tą biedną Karoliną? Moim zadaniem jest myśleć – myśleć o tym, gdzie w tym wszystkim jest Karolina, ponieważ pacjentka nie jest w stanie się jej po prostu pozbyć. Nie może się pozbyć swojego dziedzictwa, rodziców, ciała, z którym się urodziła. Bez względu na to, jak bardzo tego nienawidzi. Zapytałbym, dlaczego potrzebuje takiego radykalnego, agresywnego rozwiązania psychologicznego problemu. Dlaczego to musi być takie konkretne? Patrząc więc na symboliczne sposoby wpuszczenia Karoliny do terapii Karola. Chcę, żeby pacjent zainteresował się tym, że ja interesuję się Karoliną. A ja interesuję się tym, dlaczego on nie może się pogodzić z tym, kim jest, ale musi stać się kimś, kogo wykreował.

**MS:** *Nazywają to dzisiaj deadnaming<sup>10</sup>. To wydaje mi się ciekawe, bo to jest bardzo symboliczna fantazja: stara tożsamość nie zniknęła po prostu albo nie jest tak, że jej nigdy tam nie było. Ona żyła, a teraz jest martwa. Dlaczego tak obraźliwe jest zwracanie się do tej martwej części pacjenta?*

**ME:** Na pewno nie wdawałbym się w spory z pacjentem. Ale pozwoliłbym sobie zadawać pytania i eksplorować: „Możesz chcieć się pozbyć Karoliny, ale ja wciąż mogę myśleć o niej. I zamierzam spróbować zaciekać cię moimi myślami na temat Karoliny”. Zwykle tak pracuję z tymi pacjentkami.

**MS:** *Czy w pańskim kraju, jeśli prowadzi się psychoterapię pacjenta z dysforią płciową, ryzykuje się pozew sądowy ze strony organizacji pro-trans?*

**ME:** Istnieje taki dokument nazywający się *Memorandum rozumienia konwersji*, jego pierwsza wersja została podpisana w 2015 roku. Stwierdza on, że konwersja homoseksualistów na heteroseksualistów jest niezgodna ze standardami profesjonalnej praktyki terapeutycznej. Teraz podejmuje się próby dodania do tego memorandum również dysforii płciowej. Jeśli się to uda, w wypadku udowodnienia prób konwersji pacjenta trans można będzie zostać uznany za winnego naruszenia etyki zawodowej. Ponadto są próby wprowadzenia ustawy, która by karała takiego psychoterapeutę. Jestem częścią grupy, która próbuje przeciwdziałać jej wprowadzeniu. Sądzę, że żadna terapia nie powinna być konwersją kogokolwiek w cokolwiek. Ale musimy mieć swobodę eksplorowania tego, co się dzieje z pacjentem, bez obawy, że zostaniemy oskarżeni o to, że prowadzimy terapię konwersyjną.

**MS:** *Pana nowa książka poświęcona tym zagadnieniom, o których tu rozmawialiśmy, ukazuje się w maju tego roku: Gender Dysphoria: a Therapeutic Model for Working with Children, Adolescents and Young Adults<sup>11</sup>.*

**ME:** Tak. Moja żona i ja doszliśmy do wniosku, że jest jakiś brak w myśleniu o tych dzieciakach. Jak Pan powiedział, istnieje długa tradycja takiego myślenia, ale wymazano ją, wylewając dziecko z kąpielą. Napisałiśmy więc książkę opartą na przypadkach, które superwizowaliśmy i które leczyliliśmy. Jest ona o zastosowaniu psychoanalitycznego myślenia w tym obszarze. Staramy się tam dowieść, że jest możliwe psychologiczne myślenie o tych bardzo konkretnych prezentacjach klinicznych. Książka opisuje też upolitycznienie i mieszanie się polityki w sytuację kliniczną. Twierdzimy, że polityki absolutnie nie wolno wpuszczać w obręb pracy klinicznej. Piszemy o tym wszystkim, o czym tutaj rozmawialiśmy pokrótce, czyli o lęku separacyjnym, symbiozie z matką, seksualizowaniu identyfikacji z matką, współwystępujących chorobach. Potem omawiamy techniczne problemy w pracy z tymi dziećmi, jak choćby

<sup>10</sup> Dośł. „martwe nazywanie”, „nazywanie imieniem martwej osoby” – M.S.

<sup>11</sup> S. Evans, M. Evans (2021). *Gender Dysphoria: a Therapeutic Model for Working with Children, Adolescents and Yung Adults*. Phoenix.

ten, który Pan poruszył: „Chcę, żeby mnie nazywano Karol”. Co terapeuta może zrobić w takiej sytuacji. W moim kraju wiele osób mówi: „Ja nie chcę się w to wszystko mieszać”, bo po prostu się boją. Kiedyś byliśmy przyzwyczajeni do pracy nad konkretnym myśleniem u nastolatków, to było coś oczywistego, więc próbujemy pokazać, że możemy to tradycyjne podejście stosować również do dysforii płciowej u adolescentów.

**MS:** *Myszę, że wiele osób będzie zainteresowanych Waszą książką i tym, co macie do powiedzenia. Może nie wszyscy się do tego głośno przyznają, ale przeczytają tę książkę. Sądzę, że zainteresuje ona nie tylko klinicystów, ale też rodziców. Nikt się specjalnie nie troszczy w tym wszystkim o rodziców.*

**ME:** Rodzice są zdruzgotani. Dzwonią do nas i mówią: „Straciliśmy córkę”. Rodzice często się rozwodzą z tego powodu. Sytuacja jest naprawdę trudna. Z żoną otrzymujemy co tydzień maile, około trzech na tydzień, od rodziców, którzy piszą: „Ta sekta odebrała mi córkę”.

**MS:** *Kiedy myśli się o tej całej sytuacji, to jest naprawdę uderzające, że kiedyś było oczywistością, że adolescenti z powodu kryzysu tożsamości wybierają sobie jakąś jedną rzecz, ideologię, religię, tożsamość grupową i fiksują się na tym przez pewien czas. To zwykle mija i wtedy wybierają sobie coś innego. Nie jest to jakaś tajemna wiedza psychoanalityczna, to było dosyć oczywiste dla psychologów, nauczycieli, pracowników społecznych. A teraz nie wolno tak myśleć tylko w tej jednej sferze – tożsamości płciowej.*

**ME:** Słyszał Pan o Kenie Zuckerze? Powiedział on, że dawne podejście do tego problemu to było „czujne oczekiwanie”. I to działało – u wielu nastolatków z dysforią płciową ten problem mijał po prostu z czasem. Ale jeśli pośle się te dzieciaki ścieżką medyczną, to nie mija. Teraz Ken Zucker został uznany za transfoba i pozbyli się go, choć pracował w tym obszarze od bardzo dawna.

**MS:** *W jakim sensie „pozbyli się”?*

**ME:** Prowadził klinikę tożsamości płciowej w Centre for Addiction and Mental Health w Toronto i aktywiści trans doprowadzili do jego zwolnienia z pracy. Stracił pracę w 2015 roku, przepracowawszy tam 30 lat, ale w końcu ten ośrodek oficjalnie przeprosił go i zapłacił mu odszkodowanie, przyznając, że wszystkie oskarżenia pod jego adresem były nieprawdziwe.

**MS:** *Dziękuję Panu za rozmowę.*

**ME:** Dziękuję.