

Dikotomisesta transsukupuolisuudesta queeriin transgenderiin? Paradigmamuutoksen mahdollisuus lääketieteen tavassa käsitteellistää trans*kokemusta

Luca Tainio

Johdanto

Abstract

The medical discourse has historically been, and still is, the most notable voice in commenting and defining transsexuality and transgendered identities. The medical perspective is based on normative and dichotomous views on gender, which affects the policies related to gender reassignment processes. Producing recognizable normative bodies and unambiguous identities can be seen as the aim of the process. The recent Finnish discussion on the possible creation of a so-called transgender diagnosis indicates, I argue, a change in the views towards a more fluid and queer understanding of gender. By analyzing four medical articles and two speeches delivered by psychiatrist Aino Mattila, I will trace the possible paradigm shift visible in the discussion on transgender. It remains to be seen whether the transgender diagnosis is to form yet another exclusive category, or whether it opens up the whole trans-diagnostics to include more varied experiences and identities.

Lääketiede on historiallisesti muodostunut pääasialliseksi diskurssiksi, joka määrittelee transsukupuolisuuden käsittämisen ja siitä puhumisen tapoja (ks. esim. Ekins & King 1996; Aarnipuu 2008; Hines 2007). Transsukupuolisuus ymmärretään ristiriitana biologisen syntymäsukupuolen ja oman kokemuksen välillä. Yleisesti transsukupuolisuudesta puhutaankin ”kokemuksena syntymisestä väärään sukupuoleen”, mikä pitää sisällään ajatuksen sukupuolesta niin dikotomisena kuin essentialistisenakin. Normatiivisesta ja ristiriidattomasta sukupuoli-identiteetistä, cis-sukupuolisuudesta, poikkeaminen käsitetään lääketieteelliseksi ongelmaksi, joka on korjattavissa hormonihoidoilla ja kirurgisilla toimenpiteillä. Tällainen näkemys tekee kuitenkin näkymättömäksi monimuotoisen sukupuolen kokemuksen ja ilmaisun. Osalle sukupuolenkorjausprosessiin hakeutuvista kokemuksesta on yhteneväinen dikotomisen sukupuolijaon kanssa, mutta ongelmalliseksi näkemys muodostuu, kun oma identiteetti ei sovi selkeästi jompaankumpaan sukupuolen kategoriaan.

Juridisesti korjausprosessin kulkua määrittelevät laki transseksuaalin sukupuolen vahvistamisesta (563/2002) ja sosiaali- ja terveystieteiden asetus sukupuolen muuttamiseen tähtäävän tutkimuksen ja hoidon järjestämisestä sekä lääketieteellisestä selvityksestä transseksuaalin sukupuolen vahvistamista varten (1053/2002). Kummankin tekstin ytimessä

ovat hyvin dikotomisat ja normatiiviset näkemykset sukupuolesta, kuten osoitan jäljempänä. Asetuksen mukaisesti varsinainen lääketieteellinen sukupuolenkorjausprosessi on Suomessa keskitetty kahteen yliopistoliseen sairaalaan, Tampereelle ja Helsinkiin. Korjausprosessin aikana asiakkaan elämäntilanne sekä fyysinen ja psyykinen tila arvioidaan, minkä pohjalta tehdään hoitosuunnitelma. Suunnitelma sisältää erilaisia hormonihoitoja ja/tai kirurgisia toimenpiteitä sekä noin vuoden pituisen tosielämäkokeen, jonka aikana asiakas elää haluamansa sukupuolen roolissa tavaten hoitotiimiä harvakseltaan. Prosessista vastaa moniammatillinen työryhmä, ja korjausprosessiin pääseminen ja tarvittavien hoitojen saaminen ovat tiukasti lääketieteen portinvartijoiden päätätävällä alla. Transseksuaalisuus-diagnoosi (F64.0) pohjautuu selkeisiin dikotomisiin sukupuolinäkemyksiin, joita lääketieteen ammattilaiset sekä noudattavat että ylläpitävät. Sitoutuessaan kahden toisilleen vastakkaisen sukupuolen ajatukseen diagnoosi jättää nähdäkseen ulkopuolelle monenlaisia sukupuolen kokemuksia ja ilmaisun tapoja, eikä vastaa läheskään aina elettyä todellisuutta. Rinnalle onkin noussut niin kutsuttu transgender-diagnoosi, virallisesti ”muu sukupuoli-identiteetin häiriö” (F64.8), niitä varten, jotka kokevat tarvitsevänsä lääketieteellisiä toimenpiteitä mutta jotka eivät sovi kaksinaapaiseen sukupuolijakoon.

Ensimmäinen transgender-diagnoosi myönnettiin Suomessa 2004, mutta sille ei ole vielä kriteereitä eikä selkeitä hoitokäytäntöjä. Asiasta viime vuosina käyty keskustelu niin lääketieteen edustajien ja trans* yhteisöjen sisällä kuin niiden välillä on tehnyt näkyväksi sukupuolen tosiasiallisen moninaisuuden yhteenörmäyksen sukupuolenkorjausprosessin sisäisten normiodotusten kanssa. Korjausprosessi muodostuu monenlaisten ihmisten näkemysten yhteensovittamisesta ja yhteistyöstä, mutta lääketieteen edustajien toimintamahdollisuuksia rajaavat tietyt reunaehdot. Väitänkin transgenderiyden haastavan juuri näitä reunaehtoja ja perinteisiä näkemyksiä sukupuolijärjestelmästä. Lisäksi se tekee näkyväksi sitä

muutosta, joka on tapahtumassa korjausprosessin sisällä tavoissa käsittää trans*sukupuolisuutta ja sukupuolta laajemminkin.

Käsittelen tässä artikkelissa lääketieteen diskurssissa näkyvää muutosta (trans)sukupuolisuuden käsitteellistämisenä. Keskityn kahteen kysymykseen: mitä käsityksiä (trans)sukupuolisuuteen, naiseuteen ja mieheyteen liitetään ja miten transgender-diagnoosi mahdollisesti vaikuttaa korjausprosessin sisällä? Käytän sukupuolen moninaisuutta tarkoittaessani termiä trans*, jonka tarkoitus on viitata erilaisiin cis-sukupuolisuudesta eroaviin sukupuolen kokemuksiin ja identiteetteihin sekä purkaa vastakkainasettelua transsukupuolisuuden ja transgenderiyden välillä. Transsukupuolisuudella viitataan nimenomaisesti diagnostisten kriteerien määrittelyyn, dikotomisesti ymmärrettävään transnaiseuteen ja transmieheyteen. Transgenderiyys viittaa sekin diagnostiseen nimekkeeseen, ei-dikotomiseen sukupuoli-identiteettiin korjausprosessin sisällä.

Taustoitin ensin historiaa, joka on johtanut lääketieteen asiantuntijavallan ja portinvartija-aseman syntyyn trans*sukupuolisuudesta puhuttaessa. Pysin sen jälkeen osoittamaan paradigmanmuutoksen mahdollisuuden analysoimalla neljää lääketieteen alan lehdessä julkaistua, transsukupuolisuutta käsittelevää artikkelia vuosilta 1993–2008 sekä kahta Tampereen TRANS-poliklinikan psykiatrin Aino Mattilan pitämää alustusta aiheesta. Valitsemani artikkelit ovat ainoat, helposti saatavilla olevat tekstit aiheesta ja niin ollen osa yleisempää keskustelua. Ne eivät siis edusta vain lääketieteen sisällä, asiantuntijoiden kesken vaihdettuja näkemyksiä. Alustukset pidettiin Setan järjestämässä, ensimmäisessä aiheeseen keskittyvässä, TransGender -seminaarissa vuonna 2010 ja vuosittain järjestettävässä TransHelsinki -tapahtumassa vuonna 2011. Ne ovat kuunneltavissa muun muassa seksuaalivähemmistöille suunnattujen Ranneliikkeen ja Lepakolaakson nettisivuilta. Tämän lisäksi pyysin sukupuolivähemmistöjen oikeuksia ajavan ihmisoikeusjärjestön Trasekin varapuheenjohtajan Sade

Kondelinin kommentteja korjausprosessin nykytilasta sekä erityisesti transgender-diagnoosin tulevaisuudesta. Mattilan ja Kondelinin ajatukset tuovat hyvin esille, miten sukupuolta koskevat diskurssit määrittelevät korjausprosessin käytäntöjä ja millaisia konkreettisia muutoksia käsitysten muutokset aiheuttavat prosessille.

Transsukupuolisuuden medikalisaation lyhyt historia

Niin seksuaalisuuden kuin sukupuolen moninaisuutta kategorisoitiin ja luokiteltiin lääketieteen kentällä innokkaasti 1800-luvun puolivälistä eteenpäin. Niinpä homoseksuaalisuus, transsukupuolisuus ja transvestisuus olivatkin perversioiden ja diagnoosien joukossa pitkälti eriytyneet omiksi käsitteikseen 1960-luvun alkuun mennessä. (Wickman 2001, 27–28.) Vaikka kastrotiota ja hormonihoitoja oli käytetty transsukupuolisten potilaiden hoitamiseen jo 1930-luvulla, lääketieteellinen mielenkiinto ja kirjallisuus alkoivat keskittyä varsinaisiin sukupuolenkorjausleikkauksiin vasta 1950-luvulla. Transsukupuolisuuden syistä (biologinen vai psykiatrinen) ja parhaista hoitokeinoista (kirurgia vai terapia) kiisteltiin kuitenkin yhä. (King 1996, 85–86.) Transsukupuolisuus erotettiin lopullisesti transvestismista 1960-luvun lopussa, ja lääketiede oli erityisen kiinnostunut nimenomaan transsukupuolisuudesta. Transsukupuolisuuden määrittelevimmäksi piirteeksi nousi halu sukupuolenkorjaushoitoihin. Samalla lääketieteen valta-asema transsukupuolisuuden asiantuntijana ja diagnoosin säätelijänä vakiintui. Varsinkin seksologi Harry Benjamin työryhmineen vaikutti ratkaisevasti transsukupuolisuuden tutkimukseen ja hoitoon. Vuonna 1979 perustettu The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (vuodesta 2006 The World Professional Association For Transgender Health, WPATH) julkaisee yhä Standards of Care -hoitosuosituksia, joihin Suomessakin käytössä olevat hoitokäytännöt perustuvat.

Trans*sukupuolisuus ja lääketiede ovat historiallisesti kietoutuneet tiukasti toisiinsa. Sosiologit Dwight B. Billings ja Thomas Urban (1996, 100) näkevät lääketieteen jopa olevan vastuussa transsukupuolisuuden synnystä: ”sukupuolenkorjausleikkausten legitimointi, rationalisointi ja kaupallistaminen ovat tuottaneet transseksuaalin identiteettikategorian sekalaiselle ryhmälle seksuaalisesti poikkeavia ja vakavasta sukupuolirooli-ahdistuksesta kärsiville” (käännös LT). Heidän mukaansa kirurgit ja psykiatrit näkivät mahdollisuuden maineeseen ja taitojensa hiomiseen transsukupuolisten potilaiden korjaushoidoissa. Transsukupuolisuutta paljon tutkinut sosiologi Dave King on kuitenkin eri mieltä ja huomauttaa lääketieteen ammattilaisten suhtautuneen ristiriitaisesti transsukupuolisuutta ja sen hoitomuotoja kohtaan. Korjausleikkauksia tehtiin usein nimettömänä ja diagnoosiksi merkittiin esimerkiksi ”epämuodostuma”, jotta leikkausten oikea luonne ei paljastuisi. Se olisi huonontanut kirurgien mainetta aikana, jolloin osa lääketieteen asiantuntijoista piti transsukupuolisia yhä perversseinä tai mieleltään sairaina. (King 1996, 89–90.)

Benjaminin muotoileman transseksuaalin tilalle nousi ristiriidan, dysforian (gender dysphoria) käsite 1970-luvulla. Tiukasti rajatun ihmisryhmän sijaan lääketieteen avulla alettiin hoitaa tiettyä oiretta, mikä on ajatuksena kantanut näihin päiviin saakka. Toisaalta tämä mahdollisti laajemman ymmärryksen trans*kokemuksesta, sillä tietty oire ei välttämättä enää vaatinut tiettyä identiteettiä. King (1996, 96) on kritisoinut dysforian käsitettä, sillä se laajensi lääketieteen määrittelyvaltaa ja sen kiinnostuksen kohteena olevaa ihmisryhmää. Dysforia liittyy kiinteästi ajatukseen ”väärään kehoon syntyemisestä”, johon normatiivinen transnarratiivi perustuu. Lääketieteen diskurssissa syntynyt tapa sanallistaa trans*kokemusta ylläpitää ja rakentaa niin trans*sukupuolisten kuin heidän kanssaan työskentelevien lääketieteen asiantuntijoidenkin näkemystä sukupuolen moninaisuudesta. Transnarratiivi toimii ikään kuin yhteisenä kielenä, jonka avulla trans*sukupuoliset asiakkaat voivat tehdä omaa kokemustaan ymmärrettäväksi prosessin

sisällä mutta joka toisaalta rajoittaa normeihin sopimattomien kokemusten sanallistamista. Esimerkiksi Sandy Stonen mukaan tässä on ongelmallista se, miten narratiivi pyrkii häivyttämään trans*sukupuolisuuden näkyvistä tavoitellessaan normatiivista naiseutta ja mieheyttä. (ks. Hines 2007, 64.)

Moderni ymmärrys trans*sukupuolisuudesta

Jo vuonna 1978 psykologit Suzanne J. Kessler ja Wendy McKenna huomauttivat lääketieteen rakentavan ja ylläpitävän perinteistä kaksijakoista sukupuolikäsitystä. He tosin itsekin sortuvat kaksinapaiseen sukupuolikäsitteeseen, vaikka muotoilevat teoksessaan *Gender: An Ethnomethodological Approach* ajatusta biologisen sukupuolen sosiaalisesta perustasta. Lääketieteellisen diskurssin valta-asema keskustelussa trans*sukupuolisuudesta näyttäytyy monille hyvin ristiriitaisena. Varsinkin feministinen tutkimus ja myöhemmin queer-tutkimus on kritisoinut sukupuoli-identiteettien medikalisoitua, mutta diskurssin hegemonisuudesta kertoo jotain jo sen pakottava läsnäolo. Kuten Dave King ja Richard Ekins toteavat, lääketieteelliset näkemykset muodostavat kulttuurisesti merkittävimmän tavan käsitteellistää ja ymmärtää sukupuolen moninaisuutta yhteiskunnassamme. Muiden näkemysten pitää ottaa lääketiede huomioon, suhtautuivatpa ne siihen hyväksyen tai kritisoiden. (Ekins & King 1996, 75.)

Korjausprosessissa lääketieteen dikotominen ja essentialistinen sukupuolikäsitteily pakottaa normatiivisen transnarratiivin kautta erilaiset trans*kokemukset ja -identiteetit normeihin sopiviin kategorioihin. Korjausprosessin voikin sukupuolen moninaisuudesta kirjoittaneen Tiia Aarnipuun mukaan nähdä länsimaisen yhteiskunnan tapana ratkaista sukupuolen moninaisuuden ”ongelma”. Se, mikä oikeasti on sosiaalinen kysymys, muuttuu medikalisoitun ja leimatun yksilön hoidettavissa ole-

vaksi ongelmaksi. (Aarnipuu 2008, 134.) Näin lääketieteen portinvartijat toimivat myös tehokkaasti sosiaalisen kontrollin ylläpitäjinä (Aarnipuu 2008, 107). Lopputuloksena korjausprosessissa voidaan siis olettaa olevan dikotomiseen sukupuolikäsitteeseen sopiva ruumis, jonka kokemus itsestä on yhteneväinen ruumiillisen todellisuuden kanssa, mikä taas on yhteneväinen normatiivisen ja kaksijakoisen sukupuolijärjestyksen kanssa. Trans*aktivisti ja juristi Dean Spade (2006, 319) huomauttaakin miten transkeho itsessään tuottaa sairausleiman kautta normatiivisia, luonnollistettuja ja terveitä, sukupuoleltaan ristiriidattomia ruumiita. Portinvartijoina toimivien asiantuntijoiden oma sukupuoli jää kyseenalaistamattomaksi ja näkymättömäksi trans*sukupuolisen potilaan joutuessa mikroskoopin alle. Dikotomiaa ei Spaden mukaan oikeastaan rakenna niinkään trans*sukupuolinen keho, vaan prosessin asettamat reunaehdot.

Transgender-diagnoosi toimii risteyskohtana korjausprosessia kehystävien normatiivisten sukupuolikäsitteiden ja queer-tutkimuksen muotoileman, liikkuvamman näkemyksen välillä. Se ylittää sekä sukupuolen ja seksuaalisuuden rajoja että samalla myös transprosessin sisäänrakennettujen normien rajoja. Maarit Huuskan (2008, 65) mukaan transgenderiyden voi nähdä syntyneen reaktiona tiukkoja hoitopäätöksiä rajoittavia kriteereitä sekä niiden taustalla olevaa kapea-alaista sukupuolikäsitteeseen vastaan. Transgenderiys identiteettinä haastaa määrittelemättömyydellään lääketieteen asiantuntijavaltaa, joka perustuu kategorisointiin ja medikalisointiin. Transgender-diagnoosin myötä korjausprosessin lopputuloksena on erilaisia normeja haastavia sukupuolen esityksiä kehoja, joiden piirteet eivät ole yksiselitteisesti naisen tai miehen ja jotka horjuttavat kaksijakoista sukupuolikäsitteistöä.

Dikotomia aineistossa ymmärrettävän sukupuolen perustana

Aineistossani on näkyvissä selvä ja johdonmukainen kahtiajako yhteisesti ja yleisesti ymmärrettyjen ja toisilleen vastakkaisten naiseuden ja mieheyden välillä. Tämä perustuu paitsi diagnostisiin kriteereihin myös lakiin. Ne muodostavat juridislääketieteellisen diskurssin, joka määrittelee korjausprosessin sisäisten näkemysten rajat ja hoitokäytännöt. Transsukupuolisuudelle asetetuissa diagnostisissa kriteereissä ensimmäisenä mainitaan ”halu elää ja tulla hyväksytyksi vastakkaisen sukupuolen edustajana”, mikä toistuu myös translaissa, jossa sukupuolen juridisen vahvistamisen todetaan edellyttävän, että potilas ”esittää lääketieteellisen selvityksen siitä, että hän pysyvästi kokee kuuluvansa vastakkaiseen sukupuoleen ja että hän elää tämän mukaisessa sukupuoliroolissa[.]” (563/2002). Molemmissa teksteissä ehtona mainitaan myös sukupuolen kokemuksen pysyvyys, mikä sulkee pois liikkuvamman sukupuoli-identiteetin mahdollisuuden. Artikkelien kirjoittajat nojaavat teksteissään lakiin ja diagnostiikkaan ja niin ollen toistavat näissä muotoiltua näkemystä sukupuolesta, vaikka suhtautumisessa kaksinapaisuuteen on nähtävissä eroja paitsi kirjoittajien kesken myös ajallisesti vanhimman ja uusimman artikkelin välillä.

Varsinaista transgenderiyttä ei ole eksplisiittisesti nimetty yhdessäkään artikkelissa, vaikka kaksi niistä on kirjoitettu ensimmäisen transgenderdiagnoosin myöntämisen jälkeen. Vanhimmassa, *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecimissa* vuonna 1993 julkaistussa, psykiatri Veronica Pimenoffin artikkelissa ”Transseksuaalisuus” muunlaisen näkemyksen mahdollisuus ei ole edes implisiittisesti läsnä. Sen sijaan analysoimistani artikkeleista tuoreimmassa, psykiatrian erikoislääkäri Aino Mattilan artikkelissa ”Sukupuolen korjaushoidot kohentavat transsukupuolisten potilaiden psykososiaalista toimintakykyä” mainitaan, että on olemassa ”ihmisiä, jotka eivät koe yhteenkuuluvuutta kummankaan sukupuolen

kanssa” (Mattila 2008, 163). Lisäksi artikkelissa käytetyt pehmentävät ilmaukset kuten ”suuri osa”, ”jotkut” ja ”useimmat” luovat tilaa myös toisenlaisille trans*kokemuksille. Näitä toisenlaisia kokemuksia ei kuitenkaan avata enempää. Niitä ei esimerkiksi sanallisteta transgenderiydeksi tai edes realistisesti olemassaolevaksi mahdollisuudeksi korjausprosessin sisällä. Artikkelit määrittelevät transsukupuolisuuden vahvaksi kokemukseksi nimenomaan *vastakkaiseen* sukupuoleen kuulumisesta ja palaa näin dikotomiseen sukupuolinäkemykseen.

Ei-dikotominen sukupuoli on artikkeleissa olemassa lähinnä hiljaisuuksina ja viittauksina. Dosentti Aila Tiitinen, erikoislääkäri Sinikka Suominen ja erikoislääkäri Matti Holli mainitsevat artikkelissaan ”Transseksuaalien hoito”, että ”on hyvä muistaa, että kaikkien potilaiden ei tarvitse käydä läpi koko hoitoprosessia, vaan voidaan tehdä yksilöllinen kuntoutussuunnitelma” (Tiitinen, Suominen & Holli 2003, 2050). Tätä voisi optimistisesti tulkita niin, että yksilöllisyyden nähdään koskevan myös henkilön kokemusta sukupuolestaan sekä sukupuolen ilmaisun tapoja, jotka eivät välttämättä sovi kaksinapaiseen sukupuolijakoon. Jos oletetaan koko prosessin tarkoittavan siirtymistä sukupuolesta toiseen, vastakkaiseen, niin ruumiillisesti kuin juridisestikin, voi Tiitisen, Suominen ja Hollin huomio jättää tilaa myös erilaiselle ruumiillisuudelle ja sukupuolelle.

Osa potilaista ei halua biologisia ja juridisia toimenpiteitä, osalle riittää etunimen vaihto, osa haluaa hormonihoidon muttei leikkauksia, ja osa haluaa ”koko paketin” eli hormonihoidon, oikeudellisen sukupuolenkorjauksen ja kaikki mahdolliset leikkaukset. (Tiitinen, Suominen & Holli 2003, 2046)

Osa sitaatissa mainituista yhdistelmistä tuottaa vääjäämättä normeja rikkovia sukupuolen esityksiä, joissa ruumiillinen ja juridinen eivät kohtaa. Tästä huomiosta huolimatta artikkeli loppuu toteamukseen: ”[N]äissä tilanteissa hoidon arviointi on usein erittäin monimutkaista ja hoitojen

aloittamiseen täytyy suhtautua erittäin varovasti” (ibid.). Tämä asettaa kaiken dikotomisesta ja norminmukaisesta poikkeavan epäilyttäväksi ja erityistä varovaisuutta vaativaksi.

Kaiken kaikkiaan trans*kokemus sanallistetaan artikkeleissa yksinkertais-
tavien toteamusten kautta kaksinapaisessa sukupuolikehyksessä haluiksi ja toimiksi, jotka tähtäävät nimenomaan vastakkaisen sukupuolen rooliin ja ilmiasuun; transsukupuoliset ”kokevat sukupuolensa vastakkaiseksi biologiseen sukupuoleensa nähden” (Tiitinen, Suominen & Holli 2003, 1), voivat lapsena ”valita ’vastakkaisen’ sukupuolen leikkejä ja hakeutua ’vastakkaista’ sukupuolta edustavien lasten seuraan” (Mattila 2005, 60) ja heillä on ”voimakas halu saada toisen sukupuolen yhteiskunnallinen asema: etunimi, sosiaaliturvatunnus, avioliittolupa jne.” (Pimenoff 1993, 2). Mattila toteaa transsukupuolisten tavoitteeksi ”saada elää mahdollisimman tavallista miehen tai naisen elämää” (Mattila 2008, 164), mikä asettaa olemuksellisen eron naisten ja miesten välille. Imaginaariset rajat tarpeeksi feminiinisen ja maskuliinisen määrittelemiseksi tekevät näkyväksi sukupuolen dikotomisisuuden artikkeleissa. Rajojen ylityksistä on seuraamuksia sekä yhteiskunnallisesti että korjausprosessin sisällä vaatimuksessa sukupuolen kokemuksen pysyvyydestä. Vaatimus on kirjattu sekä diagnostisiin kriteereihin että translakiin. Mikäli sukupuoli mielletäisiin liukuvaksi ja performatiiviseksi ei rajankäynti näyttäytyisi näin merkityksellisenä tai tarkkaa säätelyä vaativana.

Tavoitteena normatiivisena läpimenevä sukupuoli

Siinä missä trans*sukupuolisuus erottuu cis-sukupuolisuudesta, myös cis-naiseus ja -mieheys rakentuvat teksteissä oletusarvoisesti toisistaan poikkeaviksi. Sukupuoli näyttäytyy rooleina, joita opitaan ja joissa tulee johdonmukaisesti pysyä, vaikka roolien sisältöä ei eksplisiittisesti kuvailla. Korjausprosessissa tapahtuvista muutoksista tärkeimmiksi artikkeleissa

nousevat ulkoiset, ruumiillisuuteen liittyvät sukupuolen merkit; ulkonäön merkitys korostuu uskottavan ja ymmärrettävän, roolinmukaisen sukupuolen ilmaisun osana. Ruumiin voikin nähdä Tutta Palinin sanoin ”pintana, johon kulttuuriset merkitykset piirtyvät” (2004, 237). Sukupuoli on yksi perustavanlaatuisimmista ruumiin pinnalla ja pinnalle muodostuvista merkityksistä. Kuten Mattila asian ilmaisee, prosessin tarkoitus on, että potilaan ”ruumis tulisi muutetuksi niin lähelle oikeaksi koetun sukupuolen mukaista ruumista kuin mahdollista” (2008, 164). Lainauksesta välittyvä ulkonäön merkitys sekä ajatus trans*sukupuolisen ruumiin vaillinaisuudesta verrattuna aitoon, cis-sukupuoliseen ruumiiseen. Pyrkimyksenä on saavuttaa norminmukainen naisellinen tai miehinen ulkomuoto, mutta Tiitisen, Suominen ja Hollin mukaan pitää muistaa, että ”biologisen sukupuolen mukaisen ilmiön (esim. kasvojen luusto, lantion malli, karvoitus) hävittäminen hormonihoidolla jää aina vajavaiseksi” (2003, 2048).

Ulkonäön ja ruumiillisuuden merkitys korjausprosessissa heijastanee nähdäkseni muun yhteiskunnan tapaa rakentaa sukupuolta. Kuten Hannele Harjunen kuvaa ilmiötä:

[R]uumiista ja sen ulkomuodosta on tullut merkittävä sosiaalisen hyväksyttävyyden tekijä. Hyväksyttävyyden määrittävät hallitsevat normit, arvot ja käytännöt, ja ruumiin ulkomuodon oletetaan kertovan paljon myös henkilökohtaisista ominaisuuksista, tavoista ja käytöksestä. (Harjunen 2010, 241.)

Ruumiiden hyväksyttävyyttä säätelevät normit ovat monin tavoin sukupuolittuneita. Mies- ja naisruumiille asetetaan erilaisia ehtoja, jotka riippuvat vallitsevista käsityksistä sallitusta naiseudesta ja mieheydestä sekä näiden rooleista yhteiskunnassa. (ibid.) Kulttuurissamme miehen ruumiiseen yhdistetään muun muassa vahvuus, karvaisuus ja matala ääni. Mattila kuvaa, miten hoitojen avulla aikaansaatavat muutokset tuottavat kulttuurisia odotuksia vastaavia ominaisuuksia:

Testosteronihoidon tavoitteena on äänen madaltuminen, maskuliinisen karvoituksen kasvu, kehon ääriviivojen miehistyminen rasva- ja lihaskudoksen suhteen muuttumisen kautta ja kuukautisten lopettaminen. [--] Testosteroni madaltaa äänen ja saa aikaan maskuliinisen karvoituksen, ja tuottaa siten varsin luontevan miehisen habituksen. (Mattila 2008, 166.)

Naisten sen sijaan odotetaan olevan siroja ja pehmeitä, kuten seuraavista kuvauksista voidaan päätellä:

Rasvan jakautuminen voi muuttua niin, että rasva varastoituu naisille tyypillisiin paikkoihin, ja painon pysyessä muuttumattomana lantion ympärystä saattaa siksi kasvaa 7 cm vuoden aikana. (Pimenoff 1993, 8)

Osalla miehestä naiseksi -transsukupuolisista on siinä määrin siro luusto, että muiden hoitojen onnistuessa heillä ei ole ylitsepääsemättömiä vaikeuksia naisena elämisessä. (Mattila 2008, 166)

Rintojen koko näyttää vahvasti sukupuolta merkitseväksi piirteeksi sekä transnaisten että transmiesten kohdalla:

Osalle MtoF- transsukupuolisista feminisoiva hormonihoito ei riitä aiheuttamaan niin suurta rintojen kasvua, että rintojen koko olisi riittävä sukupuolitunnusmerkiksi. (Mattila 2008, 166)

Rintarauhasten poistaminen on tärkein leikkaus ennen sukuelinkirurgisia hoitoja. Sillä on varsin kuntouttava vaikutus miehen sukupuoliroolissa elämisen helpottuessa. Suurin osahan naisesta miehiksi -transsukupuolisista piilottelee feminiinisiä rintojaan eri tavoin, muun muassa sitomalla niitä rintakehää vasten. (Mattila 2005, 64.)

Sukupuolta rakennetaan sosiaalisissa tilanteissa myös äänen avulla. Naisten ja miesten äänissä on tai oletetaan olevan eroja paitsi korkeudessa myös tavoissa, joilla sitä käytetään. Näitä eroja ei artikkeleissa sen tarkemmin kuvailta, mutta oletettavasti tavoitteena on että transnaisilla olisi hiljaisempi, vähemmän miehinen tapa puhua. Transmiesten puhetavasta ei sen sijaan artikkeleissa mainita vaan huomiota kiinnitetään äänen mataluuteen, joka tapahtuu testosteronihoidon myötä automaattisesti.

Hoidolla ei ole vaikutusta äänen mataluuteen, joka voi olla potilasta häiritsevä. Sen vuoksi kehitetään foniatria ohjelmia, joilla nykyään ei pyritä väkimmäiseen korkealla äänellä puhumiseen vaan puheen rytmityksen ja intonaation harjaannuttamiseen naisen puhetapaa muistuttavaksi sekä resonanssin siirtoon rintakehästä päähän. (Pimenoff, 1993, 8.)

Rintojen koon lisäksi myös karvoitus määrittelee vahvasti hyväksyttävän naisen tai miehisen ulkomuodon. Artikkeleissa muodostuu käsitys ideaalista karvoituksen määrästä, jota on sukupuolesta riippuen joko sopivasti tai sopivan vähän. Varsinkin transnaisten kohdalla karvojen vähäisyys nähdään erittäin oleellisena osana feminiinistä ulkomuotoa:

Hormonihoito ei useimmilla miehestä naiseksi -transsukupuolisilla hillitse karvankasvua riittävästi. Transsukupuolisuuden katsotaan olevan tila, joka vaatii hoidoksi epilaation, eli maskuliinisen karvoituksen poistamisen juurineen varsinkin kasvoista. Kyseessä ei ole kosmeettinen hoito, vaan tärkeä ja oleellinen osa naisen fyysisten ominaisuuksien lujittamista. (Mattila 2008, 166.)

Artikkelit luovat kuvaa paitsi norminmukaisesta transsukupuolisuudesta myös normatiivisesta cis-sukupuolisesta naiseudesta ja mieheydestä. Niin naisten kuin miesten ulkoiset tunnusmerkit ovat johdonmukaisesti keskenään samanlaiset, eikä sukupuolikategorioiden sisällä vaikuta olevan

lainkaan variaatioita. Todellisuudessa kaikki cis-naiset eivät ole luonnostaan karvattomia ja joillain cis-miehillä on luonnostaan rintakudosta, mutta tämä jää artikkeleissa näkymättömiin. Sukupuoli näyttäytyy siis analysoimieni artikkelien ruumiillisuutta koskevissa kuvauksissa kahtena selkeästi erillisenä ja keskenään erilaisena ryhmänä.

Pyrkimys normatiiviseen, tietyn sukupuolen mukaiseen ulkomuotoon vaatii yhteisesti sovitut rajat, jotka määrittävät riittävän hyvän ”rooli-suorituksen”. Arkisissa tilanteissa sukupuoli määritetään ensisijaisesti näköhavainnon perusteella. Ruumiin verhottua tai muovattua pintaa havainnoimalla oletetaan tietynlainen, näkymättömissä oleva anatomia. Katsoja tulee tietoiseksi suorittamastaan päättelystä vain, jos määrittely on vaikeaa. (Palin 2004, 238.) Riittävän suuret rinnat tai riittävän karvaton leuka takaavat sen, että tulee luetuksi toivomassaan sukupuolella. Tästä käytetään englanninkielisessä kirjallisuudessa termiä ”passing”, jonka vakiintunut suomennos on ”mennä läpi”. Käsite pitää sisällään ajatuksen tietoisesta huijaamisesta; cis-sukupuolinen ruumis nähdään luonnollisena ja ei-rakennettuna kun taas transsukupuolinen ruumis mielletään aina tietoiseksi esitykseksi, jolla pyritään (valheellisesti) tulemaan luetuksi joko naisena tai miehenä. Tämä ajatus näkyy myös analysoimissani artikkeleissa:

Monen miehestä naiseksi -transsukupuolisen ulkoinen fyysinen sukupuolen korjaus jää puolitiehen ilman epilaatiota tai korjauskirurgisia hoitoja, jotka helposti mielletään vain kosmeettisiksi toimenpiteiksi. Naisesta mieheksi -transsukupuolisten tilanne on sikäli helpompi, että testosteroni aiheuttaa yleensä ulkonaisen ”läpimenevyyden” kannalta riittävät muutokset. Ääni mataloituu, parta alkaa kasvaa ja lihaksisto vahvenee. (Mattila 2008, 63.)

Sen lisäksi, että läpimenevyyden ajatus nojaa cis-sukupuolta jäljittelevän sukupuolen ajatukseen, se myös tukee luentaani normeja lujittavasta

sukupuolen ilmaisusta ideaalina lopputuloksena. Mikäli ihminen menee läpi, hänen normeista poikkeavaa sukupuoltaan ei rekisteröidä eikä se niin ollen horjuta dikotomista ja selvärajaista sukupuolinäkemyttä.

Transgender-diagnoosin merkitys prosessin sisällä

Trans*yhdistykset käyvät aktiivisesti vuoropuhelua lääketieteen edustajien kanssa vaikuttaakseen itseään koskevien näkemysten muutokseen. Eri-laisissa trans*yhdistyksissä, kuten vertaisryhmissä, vapaamuotoisemmissa queer-yhdistyksissä ja erityisesti internetin keskustelupalstoilla omaa sukupuolta sanallistetaan yhä monimuotoisemmin. Transmieheyden ja transnaisen rinnalle ovat tulleet esimerkiksi transmaskuliinisuuden ja -feminiinisuuden käsitteet, jotka pohjaavat sukupuolen kokemuksen ja piirteiden kuvaamiseen tiukkarajaisen identiteettikategorian sijaan. Myös ”queer” on omaksuttu sukupuolen ja seksuaalisuuden normeja haastavan identiteetin kuvaamisen tavaksi. Se purkaa paitsi kahtiajakoa naiseuden ja mieheyden, myös trans*sukupuolisuuden ja cis-sukupuolisuuden samoin kuin homoseksuaalisuuden ja heteroseksuaalisuuden väliltä. Nämä identiteetit törmäävät kuitenkin normien rajoihin joutuessaan tekemisiin lääketieteen portinvartijoiden kanssa. Transgender-diagnoosi tuo queer-teoreettista liikkuvaa sukupuolikäsitystä lähemmäksi lääketieteen tiukkoihin kategorisointeihin ja kahtiajakoon perustuvaa näkemystä. Analysoimissani artikkeleissa tämä liike ei vielä kovin selkeästi näy, joskin viitteitä muutoksesta on. Havainnollistan paradigmanmuutoksen mahdollisuutta analysoimalla seuraavaksi kahta Aino Mattilan pitämää alustusta aiheesta. Alustuksissaan Mattila toi esiin lääketieteen näkökulmaa ja käsityksiään trans-diagnoosien tulevaisuudesta.

Mattila käsitteli molemmissa puheenvuoroissaan lääketieteen näkökulmaa mahdollisen transgender-diagnoosin luomiseen ja merkityksiin. Hän suhtautui kriittisesti sekä dikotomiseen sukupuolikäsitykseen no-

jaavaa kategorisointia että lääketieteen asiantuntijavaltaa kohtaan. Tässä suhteessa Mattilan näkemykset koskien diagnoosien tulevaisuutta ja laajemmin sukupuolen ymmärtämisen merkityksiä prosessin käytännöille ovat hyvin samankaltaisia kuin trans*järjestöillä. Mattila peräänkuulutti lääketieteen auktoriteettivallan rajoittamista niin, että se koskisi ainoastaan lääketieteellisiä toimenpiteitä, eikä osallistuisi ihmisten identiteettien tai korjausprosessin juridiseen määrittelyyn. Lääketieteen portinvartija-asema aiheuttaa Mattilan mukaan ongelmallisia tilanteita lääketieteen edustajille, jotka joutuvat ottamaan kantaa oman alansa ulkopuolisiin seikkoihin ja puuttumaan ihmisten itsemääräämisoikeuteen:

[--] joka tapauksessa niin mitä vähemmän lääkäreille pannaan semmoista asiaa että se ihmisten elämään sillä tavalla hallinnollisesti vaikuttaa...tässä on niin kuin sellaisia hyvin epämiellyttäviä piirteitä. [--] Ja se että lääkärit joutuvat sitten tekemään lausuntoja siitä että ihminen on lisääntymiskyvytön tällaisen hallinnollisen asian takia niin sotii kovasti lääkärin etiikkaa vastaan. (Mattila 2011)

Sade Kondelin puolestaan huomauttaa tilanteen olevan ongelmallinen myös korjausprosessiin hakeutuvien näkökulmasta:

Koen koko nykyjärjestelmän ongelmalliseksi. Sen puitteissa transsukupuolisilla ei ole oikeutta itsemäärittelyyn ja omasta ruumiista päättämiseen, vaan määrittely ja päätökset tekee psykiatri. Suomen kokoisessa maassa prosessi voi tyssätä muun muassa henkilökemikaan aongelmiin, eikä toiselle lääkärille hakeutuminen ole helppoa tai välttämättä edes paranna tilannetta. Juridisen sukupuolen pitäisi olla ilmoitusasia, eikä lääketieteellinen korjausprosessi saisi olla kiinni psykiatrien ja psykologien kapeista ja läpikotaisin medikalisoituista transsukupuolisuuskäsityksistä. (Kondelin 2013)

Mattilan näkemykset pohjautuvat hänen omiin kokemuksiinsa transtyöryhmän vastaavana psykiatrina sekä keskusteluun Amerikan Psykiatrisen yhdistyksen diagnosijärjestelmän, DSM:n (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) uudistuksesta. Uudistuksessa on ehdotettu siirtymistä dikotomiaan perustuvasta ja normeihin pohjaavasta ”todellisten transsukupuolisten” seulomisesta laaja-alaisempaan käsitykseen sukupuolesta. Korjausprosessin tarkoituksena voisi näin nähdä vain lääketieteellisten toimenpiteiden tarjoamisen, jolloin juridinen ja kokemuksellinen sukupuoli-identiteetti olisivat yksilön oman päätösvallan alainen asia. Tämä tarkoittaisi myös sukupuolinäkemyksen avautumista sisältämään moninaisia kokemuksia ja ilmaisuja sekä transsukupuolisuuden medikalisaation (osittaista) purkamista. Näin identiteetti voitaisiin Mattilan mukaan erottaa oireista:

Ja että ei puhuttaisi siitä identiteetistä ja siitä että mihin ihminen itsensä identifioi vaan enemmän siitä että mikä se ristiriita on, miksi hän on meille asti tullut ja miten se hänellä ilmenee ja mihin kohtaa hän nyt toivoo meiltä jotakin hoitoa, että milloin se hänen asiansa muuttuu terveydenhuollon asiaksi. (Mattila 2010)

Riskinä kuitenkin on että laaja-alaiseksi tarkoitettun trans*diagnoosin sijaan aletaan muokata kahta tarkkarajaista diagnostista kategoriaa. Tähän Mattila suhtautuu skeptisesti:

Sitten herää kysymys että onko nyt tarpeen yrittää saada aikaiseksi joku tällainen transgender-diagnoosi, pitääkö meidän jatkaa tätä luokittelua että meillä on se transsukupuolisuus, sitten meillä on transgender-diagnoosi, sitten kymmenen vuoden kuluttua vielä joku uusi. Vai olisiko sellainen mahdollista että jotenkin tätä hommaa voi...voisi hyödyntää mitä nyt DSM asiantuntijaryhmäkin tuolla tekee, ja nämä viime vuosina julkaistut, ne eivät varsinaisesti ole

tutkimuksia, ne ovat enemmänkin katsauksia eli ne eivät ole sellaista tutkimusnäyttöä valitettavasti, niin, niin onko sellainen mahdollista että me voitaisi näitä sitten kuitenkin hyödyntää siellä meidän kliinissä arjessa. (Mattila 2010)

Kondelin jakaa saman näkemyksen oman diagnoosin luomisen haitallisuudesta:

Mielestäni ei pitäisi olla mitään erillistä transgender-diagnoosia, vaan kaikkia korjaushoitoja tarvitsevia tulisi käsitellä transsukupuolisina. Hoitojen tarve vaihtelee yksilöllisesti, eikä lääketieteellisissä yhteyksissä ole mitään perusteltua syytä erotella transsukupuolisia ja transgendereitä toisistaan. (Kondelin 2013)

Omien tiukkojen kriteerien ja hoitokäytäntöjen luominen transgender-diagnoosille voisi mahdollisesti luoda uusia marginaaleja korjausprosessin sisälle. Tällöin normeja haastava näkemys saattaisi sulautua osaksi sellaista transsukupuolisuuden historiaa, jonka voi Kingin (1996) mukaan nähdä etenemisenä kohti yhä tarkempien medikalisoitujen ”tilojen” luokittelua. Mattila kuitenkin huomauttaa, että Suomessa sekä laki että asetus perustuvat dikotomiseen ajatteluun ja diagnostiikkaan, ja ”vasta aivan viime vuosina on alettu enemmän puhua dimensionaalista sukupuolikäsityksestä”.

Lopuksi

Sukupuolenkorjausprosessissa erilaiset trans*sukupuolisuuden kokemukset ja ilmaisun tavat törmäävät lääketieteen diskurssiin. Prosessin sisällä näkemykset sukupuolesta nojaavat yhä dikotomisiin ja normatiivisiin käsityksiin naiseudesta ja mieheydestä. Lääketieteellisessä keskustelussa trans*sukupuolisuudesta näyttäisi kuitenkin olevan tapahtumassa paradigmanmuutos essentialismiin taipuvasta ja dikotomisesta sukupuolinäke-

myksestä identiteettien moninaisuuden laajemmin huomioonottavaan näkemykseen. Idealia korjausprosessin lopputulosta on aiemmin määritellyt sopiminen normatiivisiin sukupuolirooleihin, läpimeneminen tavallisena naisena tai miehenä. Transgender-diagnoosi on osaltaan avannut prosessin kulkua ja lopputulosta ja luonut tilaa myös ei-normatiiviselle sukupuolen ilmaisulle. Eri diskurssien välillä käydään kädenvääntöä siitä, miten trans*sukupuolisuutta tulevaisuudessa määritellään ja hoitoja järjestetään. Yhtäältä transgender-diagnoosi on jo uudelleenmuotoillut korjausprosessin sisäistä transnarratiivia, mutta toisaalta vaarana on siirtyminen aina vain tarkempien kategorioiden historiaan. Kuten Kondelin asian ilmaisee:

Tällä hetkellä minua huolestuttaa lisäksi ns. transgender-diagnoosia hakevien epävarma tilanne – hetken hoitojen saanti F64.8 ja .9 -diagnooseilla oli mahdollista ja toimi suhteellisen hyvin, mutta nyt sitä ollaan taas kiristämässä. Muissakin asioissa on mielestäni otettu takapakkia, erityisesti Helsingin yksikössä. (Kondelin 2013)

Analysoimissani artikkeleissa transgenderiä ei vielä eksplisiittisesti mainita, mutta paikkoja laajempaankin sukupuolen kokemukseen on nähtävissä. Eroja vanhimman ja uusimman artikkelin välillä on havaittavissa. Pimenoff ei kirjoita edes ei-dikotomisen trans*sukupuolisuuden mahdollisuudesta (ainakaan korjausprosessin sisällä) kun taas Mattilan uusin artikkeli jättää tilaa liikkuvalla trans*kokemukselle jopa hoitojen suhteen. Tässä voi näkyä myös Kondelinin mainitsema ero transyksiköiden välillä, Pimenoff on toiminut vuosia Helsingin tiimin ja Mattila Tampereen tiimin johdossa. Pimenoffin jäätyä eläkkeelle Helsingissä on jatkuvasti vaihtunut henkilökunta, mikä sekin vaikuttaa prosessin sujuvuuteen ja tekee portinvartijoina toimivien yksilöiden omien näkemysten vaikutuksen näkyväksi.

Jälkiä muutoksesta juridislääketieteellisessä diskurssissa on havaittavissa transgender-keskustelun lisäksi pohdinnoissa translain muutoksesta sekä

Suomessa käytössä olevan WHO:n tautiluokitus ICD:n (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) uudesta, 11. versiosta. Historiallisestikin muutokset trans*sukupuolisuuden ymmärtämisessä ovat näkyneet tautiluokituksissa; ”Transsexualism” lisättiin DSM-diagnosijärjestelmän kolmanteen painokseen vuonna 1980, mutta uusimmassa viidennessä painoksessa se luokitellaan nimikkeellä ”Gender dysphoria”. ICD-tautiluokitus seuraa perässä. ”Transsexualism” ilmestyi luokitukseen vasta 1977 julkaistussa yhdeksännessä versiossa ja on pysynyt muuttumattomana. Uusimpaan 11. versioon on tietävästi tulossa muutoksia, jotka mukailevat DSM:n linjaa. ICD-tautiluokituksen uudistuksessa on keskusteltu muun muassa juuri transseksuaalisuus- ja transgender-diagnosien yhdistämisestä yhdeksi ei-dikotomiseksi kategoriaksi, mutta tämä uudistus ei vielä näy aineistossani tai korjausprosessin käytännöissä.

Translain muutoksessa huomiota herättänein kohta on vaatimus siitä, että juridisen sukupuolen muutoksen saava hakija ”on steriloitu tai että hän muusta syystä on lisääntymiskyvytön” (563/2002). Vaatimuksen koetaan loukkaavan henkilön itsemääräämisoikeutta. Näkisin vaatimuksen taustalla pyrkimyksen säilyttää selkeät normatiivisesti ymmärrettävät sukupuolikatégoriat; ajatus synnyttävästä miehestä tai siittävästä naisesta on koettu lain valmistelun aikaan häiritsevänä. Sama argumentaatio näkyy yhä edelleen lakia koskevassa keskustelussa. Dikotomisen sukupuolikäsityksen purkaminen koetaan ilmeisesti selvästi uhkaavana.

Sekä aineistojen analyysin perusteella havaitsemani muutokset että edellä kuvailemani pyrkimykset uudistuksiin ja vuoropuheluun trans*järjestöjen kanssa kertovat näkemysten liikkeestä kohti queerimpaa sukupuolta, kohti moninaisia kokemukseen perustuvia identiteetin nimeämisen tapoja, joita trans*- ja queer-yhteisöjen keskuudessa jo käytetään. Amerikkalaisessa keskustelussa queer-teorian vaikutus trans*aktivismiin ja identiteettipoliittisiin pyrkimyksiin näkyi jo 1990-luvulla. Suomessa

keskustelu on jäänyt vähäisemmäksi, tosin dikotomista sukupuolikäsitystä ja trans*sukupuolisten medikalisoitua kritisoitiin järjestökentällä voimakkaasti vuosina 1995–1996 (Wickman 2001, 144–149; 208–213). Tämän jälkeen dikotominen kaksijakoinen sukupuolikäsitys on jokseenkin hallinnut julkista keskustelua trans*sukupuolisuudesta näihin päiviin saakka. Dikotomiaa haastavia näkökantoja esitetään nykyisin enemmän queer- ja trans*aktivistien keskuudessa, mutta lääketieteen kentällä kyseinen keskustelu on alkanut vasta viime vuosina. Lääketiede on hallinnut trans*sukupuolisuuden käsitteellistämisen tapoja jo pitkään, joten muutokset sen diskurssissa ovat huomattava yhteiskunnallinen muutos koko sukupuolen moninaisuudesta puhuttaessa.

Aineisto

- Kondelin, Sade 2013: Sähköpostiviestit 2.6.2013. Luca Tainion arkisto.
- Mattila, Aino 2005: Transseksuaalisuus – äärimmäinen ristiriita identiteetin ja ruumiin välillä. *Työterveyslääkäri* 23:1, 60–64.
- Mattila, Aino 2008: Sukupuolen korjaushoidot kohentavat transsukupuolisten potilaiden psykososiaalista toimintakykyä. *Suomen Lääkärilehti* 63:3, 163–168.
- Mattila, Aino: ”Terveystieteiden näkökulmia siihen, ettei kokemus ole joko-tai” Transgender-seminaari, Helsinki 24.4.2010. http://lepakkolaakso.net/teema/transgender-seminaari_tarkasteli_sukupuolta_monesta_suunnasta?cid=3&aid=4011 [Haettu 3.5.2013]
- Mattila, Aino 2011: ”Hoitojärjestelmän tulevaisuus” Seminaari, TransHelsinki, 19.11.2011. <http://ranneliike.net/teema/transhelsinki-seminaari-hoitojarjestelman-tulevaisuus?aid=6420> [Haettu 3.5.2013]
- Pimenoff, Veronica 1993: Transseksuaalisuus. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 109:4, 368–375.
- Tiitinen, Aila & Sinikka Suominen & Matti Holli 2003: Transseksuaalien hoito. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* 119:21, 2045–2050.

Lähteet

- Aarnipuu**, Tiia 2008: *Trans. Sukupuolen muunnelmia*. Helsinki: Like.
- Ekins**, Richard & Dave King 1996: *Blending Genders: Social aspects of Cross-dressing and Sex-changing*. London: Routledge.
- Harjunen**, Hannele 2010: Sukupuolittuneen ruumiin muodot ja merkitykset. Teoksessa Tuija Saresma, Leena-Maija Rossi & Tuula Juvonen (toim.): *Käsikirja sukupuoleen*. Tampere: Vastapaino, 241–242.
- Hines**, Sally 2007: *TransForming Gender: Transgender Practices of Identity, Intimacy and Care*. Bristol: The Policy Press.
- Huuska**, Maarit 2008: Intersukupuolisuus ja transihmisyyt. Teoksessa Juha Jämsä (toim.): *Sateenkaariperheet ja hyvinvointi*. Juva: PS-kustannus, 48–59.
- Kessler**, Suzanne J. & Wendy McKenna 1978: *Gender: An Ethnometodological Approach*. New York: John Wiley.
- Palin**, Tutta 1996: Ruumis. Teoksessa Anu Koivunen & Marianne Liljeström (toim.): *Avainsanat. 10 askelta feministiseen tutkimukseen*. Tampere: Vastapaino, 225–244.
- Prosser**, Jay 1998: *Second Skins: The Body Narratives of Transsexuality*. New York: Columbia University Press.
- Spade**, Dean 2006: Mutilating Gender. Teoksessa Susan Stryker & Stephen Whittle (toim.): *The Transgender Studies Reader*. New York: Routledge, 315–332.
- Wickman**, Jan 2001: *Transgender Politics: The Construction and Deconstruction of Binary Gender in the Finnish Transgender Community*. Åbo: Åbo Akademi University Press.
- ”Suurin osa kristillisdemokraateista ei sallisi transsukupuolisille vanhemmuutta.” Yle uutiset, 31.5.2013. http://yle.fi/uutiset/suurin_osa_kristillisdemokraateista_ei_sallisi_transsukupuolisille_vanhemmuutta/6668092 [Haettu: 5.12.2013]