



Transsukupuolisuuden poliittis-relationaalinen malli

Emmi Vähäpassi

Tässä artikkelissa pohdin niitä mahdollisuuksia, joita vammaistutkimuksen teoriakeskusteluista ammentaminen voi tuoda transtutkimukselle ja politiikalle, keskittyen erityisesti vammaisuuden sosiaaliseen malliin ja sen kritiikkeihin. Esitän, että transaktivismissa ja -tutkimuksessa on usein toteutettu ”transsukupuolisuuden sosiaalista mallia”, huolimatta siitä, ettei sitä ole kutsuttu tällä nimellä. Tätä mallia on mielekästä verrata vammaisuuden sosiaaliseen malliin. Sukupuolibinarismin ylittämiseen keskittyvä transtutkimuksen sosiaalinen malli tekee vaikeaksi artikuloida dysforiaa ja hoidontarvetta tai haastaa lääketieteen määrittelyvaltaa näiden suhteen. Vammaistutkimuksen piirissä tehdyt sosiaalisen mallin kritiikit perustelevat nähdäkseni transsukupuolisuuden poliittis-relationaalista mallia, jota kehitellen alustavasti tässä artikkelissa. Esitän, että ne sosiaalisen mallin kritiikit, jotka kiinnittävät huomion kipuun ja materiaalisuuteen voivat hyödyttää transaktivismia ja -tutkimusta pyrkimyksissä analysoida lääketieteen käytäntöjä ja vaikuttaa niihin.

AVAINSANAT: TRANSTUTKIMUS, VAMMAISTUTKIMUS, TRANSAKTIVISMI, POLIITTIS-RELATIONAALINEN MALLI, LÄÄKETIEDE, HOIDONTARVE, DYSFORIA

Transihmisyyden ja vammaisuuden tai cisnormatiivisuuden ja ableismin¹ yhteyksistä ei ole kirjoitettu paljoakaan akateemisissa yhteyksissä, eikä vammaistutkimuksen teoretisointia ole vielä juuriakaan hyödynnetty transtutkimuksessa (ks. kuitenkin Baril 2015; Krieg 2013; Mog & Lock Swarr 2008; Spade 2003). Tämä puute on erityisen silmiinpistävä, sillä esimerkiksi pakollisen heteroseksuaalisuuden ja pakollisen kyvykkyyden yhteyksiä teoretisoiva

crip-teoria (Kafer 2003; McRuer 2006) on jo sukupuolentutkimuksen piirissä melko hyvin tunnettua. Vammaistutkimuksen piirissä tehty vammaisuuden kulttuurisen aseman, yhteiskunnan esteellisuuden ja kyvykkään ruumiin ideaalin teoretisointi tarjoaa monia yhtymäkohtia transtutkimukselle ja -aktivismille. Monimutkainen suhde lääketieteeseen yhdistää transsukupuolisuutta ja vammaisuutta ja näiden ympärille kehkeytyneitä liikkeitä,

1 Ableismilla viitataan tässä kyvykkyyksien määrittämään maailmankuvaan ja sitä ylläpitäviin käytäntöihin ja diskursseihin. Tällainen maailmankuva nojaa ensinnäkin vammaaton-vammainen-binarismiin, ja toiseksi ”luonnollistettuun ymmärrykseen siitä, mitä on olla täydesti ihminen” (Campbell 2009, 6). Kyvykkyyksien tavoittelu on niin vastustamatonta, koska niissä kiteytyy se, mitä pidetään normaalina ja täytenä ihmisyytenä, ja mikä erotetaan vammaisuudesta – siitä, mikä liitetään poikkeavuuteen tai ei-aivan-ihmisyyteen (Campbell 2009, 6).

sekä näihin liikkeisiin osin linkittyviä tieteenaloja, transtutkimusta ja vammaistutkimusta. Kuitenkaan trans- ja vammaisliikkeiden välille ei toistaiseksi ole syntynyt juuri koalitioita, vaikka joitakin näitä yhdistäviä aktivistiprojekteja esimerkiksi esteettömien ja sukupuolittamisesta vapaiden vessojen saamiseksi on ollut (Kafer 2013, 101).

Teoreettisten välineiden hakeminen juuri vammaistutkimuksesta voi auttaa tarkastelemaan kriittisesti mahdollisia ableismia vahvistavia käytäntöjä transsukupuolisuuden ympärille kehkeytyneissä diagnoosi- ja hoitokäytännöissä, ja osin myös näihin käytäntöihin tarttuvassa aktivismissä. Tässä artikkelissa pohdin trans- ja vammaistutkimuksen yhteyksiä, ja erityisesti niitä mahdollisuuksia, joita vammaistutkimuksen teoriakeskusteluista ammentaminen voi tuoda transtutkimukselle ja politiikalle, keskittyen erityisesti vammaisuuden sosiaaliseen malliin (*social model of disability*) ja sen edelleenkehittelyihin ja kritiikkeihin.² Avaan sosiaalisen mallin antia transsukupuolisuuden teoretisoinnille ja transaktivismille, ja toisaalta myös sosiaalisen mallin ongelmia. Tuon esiin myös sosiaalisen mallin jälkeisten, ruumiillisuutta korostavien ja kivun artikuloinnin tärkeyttä korostavien teoriakehittelyjen antia transtutkimukselle ja -aktivismille.

Esitän, että on mielekästä pohtia transsukupuolisuuden sosiaalista mallia ja poliittis-relationaalista mallia (*political-relational model*, Kafer 2013)³ sekä näiden mallien seurauksia transtutkimukselle ja -aktivismille hyödyntäen keskustelussa vammaistutkimuksen antia ja termejä.

Näin pystytään selvemmin näkemään erilaiset teoreettis-poliittiset mallit strategioina, joilla on keskenään erilaisia vaikutuksia, jotka saattavat palvella paremmin joitakin kuin toisia transsateenvarjon alla, ja jotka voivat toimia eri tavoin eri aikoina ja eri konteksteissa. Esitän, että ne sosiaalisen mallin kritiikit ja edelleenkehittelyt, jotka kiinnittävät huomion kipuun, hoidontarpeeseen ja materiaalisuuteen, voivat hyödyttää transaktivismia ja -tutkimusta näiden pyrkimyksissä analysoida lääketieteen käytäntöjä ja vaikuttaa niihin. Samalla nämä tulo-

kulmat voivat auttaa kehittämään anti-ableistista transpolitiikkaa ja -teoriaa, joka ei toista kyvykkyyssnormeja eikä sulje ulos heikkoutta tai avuntarvetta.

LÄÄKETIETEELLINEN JA SOSIAALINEN MALLI

Esittelen aluksi vammaisuuden sosiaalisen ja lääketieteellisen mallin ja osoitan lääketieteellisen mallin yhtymäkohtia transsukupuolisuuden kulttuuriseen asemaan. Pyrin osoittamaan, miten vammaisuuden sosiaalinen malli muistuttaa transaktivismissä ja transtutkimuksessa esitettyjä ideoita ja miten suhde lääketieteeseen ja ruumiillisuuteen on tietyiltä osin samantapainen. Näistä syistä esitän, että on hyödyllistä puhua myös transsukupuolisuuden sosiaalisesta mallista ja tarkastella transtutkimuksen ja -aktivismin suhdetta lääketieteeseen vammaistutkimuksen sosiaalisen mallin ja myös sen kritiikkien valossa.

Vammaisuuden sosiaalinen malli on ollut brittiläisen vammaisliikkeen kantava idea, jolla on ollut perustavanlaatuinen vaikutus myös muissa maissa tehtyyn vammaispolitiikkaan ja -tutkimukseen. Sosiaalinen malli purkaa vallitsevaa ajattelua, jonka mukaan vammaisten huonompi asema yhteiskunnassa johtuu vain heidän ruumiissaan (tai miellessään) olevista objektiivisista patologioista tai vammoista. Sosiaalinen malli siis kyseenalaistaa vallitsevaa vammaisuuden lääketieteellistä mallia (Shakespeare & Watson 2002, 3–5.). Lääketieteellisen mallin painopiste on vammaisten kehojen hoidossa, kuntouttamisessa tai vammaisuuden ehkäisemisessä (Shakespeare & Watson 2002, 5). Lääketieteellinen malli ei nimestään huolimatta rajoitu lääketieteen ammattilaisiin ja näiden käytäntöihin, vaan se on pikemminkin kulttuurisesti hallitseva ymmärrys vammaisuudesta (ainoastaan – tai pääasiassa) lääketieteellisenä ongelmana (Kafer 2013, 5).

On varsin helppoa nähdä vammaisuuden lääketieteellisen mallin yhteys tapaan, jolla transsukupuolisuutta on tarkasteltu lääketieteessä: transsukupuolisuus on paikannettu yksilön mieleen ja

2 Vammaistutkimuksen teoriakeskustelut ovat tietenkin moninaisemmat, kuin tässä voi tuoda esiin, ja alussa mainitsin ja muitakin sen juonteita voisi pohtia lisää suhteessa transsukupuolisuuteen.

3 Artikkelissa esiintyvät käännökset ovat kirjoittajan.

ruumiiseen (Baril 2015, 66). Tällainen tarkastelutapa sulkee ulos yhteiskunnallisen sorron, kulttuurisen stigman ja laajemmin transsukupuolisuuden ymmärrysten vaikutuksen transihmisiin. Lääketieteellinen näkökulma ei yleensä tunnista omaa vaikutustaan, sillä se ei tunnista itseään vain yhtenä näkökulmana. Näin ollen lääketieteellinen näkökulma ei havaitse niitä vaikutuksia, joita kulttuurisilla ymmärryksillä, myös lääketieteellisillä, on ihmisten mieleen, ruumiiseen ja toimijuuteen. Lääketieteellinen näkökulma sulkee yleensä ulos ne vaikutukset, joita transsukupuolisuuden diagnosointi- ja hoitojärjestelmällä on suhteessa transihmisiin. Näitä ovat esimerkiksi patologisoinnin vaikutukset, transprosessiin liittyvässä ”odotustilassa” (Bremer 2011, 77) elämisen vaikutukset⁴ ja ne vaikutukset, joita portinvartijaroolilla, eli lääketieteen asiantuntijoiden vallalla, on suhteessa sekä juridiseen sukupuoleen että transhoitojen saamiseen (Bremer 2013; Irni 2017; Latham 2016; Linander ym. 2016).

Vammaisuuden sosiaalisen mallin mukaan vammaisten yhteiskunnallinen ja kulttuurinen asema johtuu yhteiskunnallisista esteistä ja rakenteista, jotka estävät ja vaikeuttavat vammaisten pääsyä eri yhteiskunnan alueille. Yhteiskunta on siis esteellinen, rakenteellisesti syrjivä ja tässä mielessä vammauttava (*disabling*). Brittiläinen sosiaalinen malli jakaa vammaisuuden kahtia. Ensinnäkin on vammaisuus ruumiillisena (tai mielen) ominaisuutena (*impairment*), ruumiillisena (tai mielen) erona suhteessa ”terveeseen”. Toiseksi on vammaisuus yhteiskunnallisena syrjäyttämisenä ja toiseuttamisena (*disability*), jota puolestaan – väärin – oikeutetaan ja luonnollistetaan ikään kuin ruumiillisesta (tai mielen) erosta johtuvaksi. Sosiaalinen malli määrittelee juuri viimeksi mainitun termillä *disability*, vammaisuus.⁵ Näillä käsitteellisil-

lä ja teoreettisilla keinoilla sosiaalinen malli tekee vammaisten asemasta yhteiskunnallisen kysymyksen sen sijaan, että vammaisten huono asema nähtäisiin väistämättömänä tuloksena henkilökohtaisesta tragediasta, kuten vallitseva ymmärrys edelleen on (Shakespeare & Watson 2002, 3–5). Sosiaalisen mallin avulla vammaisliikkeet ovat siirtäneet vammaisuudesta käytyä keskustelua sortaviin rakenteisiin ja esteellisyyden purkamiseen vammaisten ruumiiden parantamisen tai kuntouttamisen sijaan (emt.). Kuten aktivisti ja kirjailija Eli Clare (ks. Baril 2015, 65) kirjoittaa: ”Lyhyesti sanottuna ableismi tarvitsee parantaa, ei meidän ruumiitamme.”⁶ Sosiaalisen mallin avulla vammaisliikkeen strategiaksi on määritelty yhteiskunnallisten esteiden poistaminen. Lisäksi mallin avulla vammaiset ihmiset ovat voineet määritellä itsensä ja tilanteensa uudella tavalla, voimautua ja mobilisoidua (Shakespeare & Watson 2002, 5.).

Transihmisyyden ympärille kehkeytyneillä liikkeillä ja niihin linkittyneillä emansipatorisilla tutkimusaloilla ei ole varsinaisesti ollut käytössään sosiaalista mallia (tällä nimellä) (ks. kuitenkin Wickman 2001). Transaktivistit ovat silti kyseenalaistaneet lääketieteen määrittelyvaltaa suhteessa transsukupuolisuuteen, määritelleet transsukupuolisuuden variaatioksi vajavuuden tai häiriön sijaan, ja määritelleet ongelmaksi transihmisyyden asemasta transihmisten rakenteellisen sorron, mukaan lukien lääketieteen ammattilaisten portinvartijaroolin, juridisen sukupuolen sääntelyn ja transihmisten sukupuolen patologisoinnin (Bettcher 2014, 384; Tainio 2013, 21; Wickman 2001, 144–149; 208–213). Tällaista transaktivismissä yleistä lähestymistapaa voi nähdäkseni kutsua transsukupuolisuuden sosiaalseksi malliksi.

Kuten vammaisuuden sosiaalinen malli, transsukupuolisuuden sosiaalinen malli politisoi

4 Bremer (2011, 77) kutsuu ”odotustilassa” elämiseksi elämistä transhoitoprosessin muodostamassa, usein hyvin pitkässä välitilassa. Nykyiseen transhoitoprosessiin kuuluva monivaiheinen arviointi ja psykiatrinen diagnosointi musteläiskätesteineen, monine haastatteluineen, tosielämäkokeineen ja pitkine odotusvaiheineen on omiaan tuottamaan epävarmuutta ja stressiä, etenkin, kun prosessiin lähtenyt usein on tietoinen siitä, että prosessiin voi tulla lykkäyksiä, tai prosessi voi kokonaan pysähtyä riippumatta hänen omasta tahdostaan.

5 Yhdysvaltalainen vammaistutkimus ei ole omaksunut tätä brittiläiselle vammaistutkimukselle tärkeää erotelua, huolimatta siitä, että sosiaalisella mallilla on ollut vaikutusta myös yhdysvaltalaiseen vammaistutkimukseen (Shakespeare & Watson 2002, 4).

6 ”In short it is ableism that needs the cure, not our bodies.” (ks. Baril 2015, 65).

transihmisten systemaattisesti huonomman yhteiskunnallisen aseman ja lähtee siitä, että transihmiset ovat sorretti yhteiskunnallinen ryhmä. Baril (2015, 66) tuokin esiin, transaktivistit ovat tehneet vastavan liikkeen kuin vammaisaktivistit, eli esittäneet, että transsukupuolisuus on neutraali asia, sukupuolen moninaisuutta (siinä, missä cissukupuolisuuskin), johon kuitenkin on kulttuurisesti liitetty ennakkoluuloja ja stereotypioita. Tässäkin siis, kuten vammaisuuden kohdalla, ongelma on yhteiskunnassa ja sortavissa rakenteissa eikä transsukupuolisuudessa, ja siten yhteiskunta on se, joka tarvitsee parantaa. Transsukupuolisuuden sosiaalinen malli paikallistaa transihmisten systemaattisesti kohtaamat ongelmat yhteiskunnan ja kulttuurin rakenteisiin, kuten juridisen sukupuolen pakollisuuteen ja sääntelyyn, transsukupuolisten ihmisten patologisointiin, lääketieteellisen hoitojärjestelmän asemaan sekä transhoitojen että juridisen sukupuolen muuttamisen portinvartijoina, hallinnolliseen ja tilastolliseen pakkosukupuolittamiseen binaarisen (ja lineaarisen) sukupuolen ideologian mukaisesti, tilojen sukupuolisegregaatioon ja cisseksistiseen polisointiin. Sosiaalinen malli siis tarjoaa aktivisteille välineitä vaatia yhteiskunnallista muutosta. Samoin kuin vammaisuuden sosiaalinen malli, se asettaa transihmisten sukupuolen ja ruumiit samalle tasolle cisihmisten sukupuolen ja ruumiiden kanssa. Siten se vastustaa transihmisyyteen liitettyä stigmaa ja tekee näkyväksi ”näkyttömän identiteetin”, cissukupuolisuuden.

TRANSTUTKIMUS LÄÄKETIETEELLISEN MALLIN HAATAJANA

Transtutkimus tutkimusalanana on tiettyssä mielessä syntynyt haastamaan lääketieteellisten transsukupuolisuuden ymmärrysten kulttuurista määrittelyvaltaa. Voi siis sanoa, että transtutkimus on syntynyt haastamaan transsukupuolisuuden lääketieteellistä mallia. Kaikkia transtutkijoiden ottamia tulokulmia transsukupuolisuuden kulttuuriseen asemaan ja lääketieteeseen ei toki voi suoraan samaistaa vammaisuuden sosiaaliseen malliin. Kuitenkin transtutkimuksen ja -aktivismin tulokulmissa lääketieteeseen on ollut historiallisesti samankaltaisuuksia vammaistutkimuksen ja -aktivismin sosiaalisen

mallin kanssa.

Monet transtutkijat ovat tuoneet esiin ja kritisoineet lääketieteen kulttuurista määrittelyvaltaa suhteessa transihmisyyteen (esim. Aarnipuu 2008; Ekins & King 1996; Tainio 2013). Transtutkimuksen ja aktivismin klassikkotekstit, kuten Susan Strykerin *My Words to Victor Frankenstein. Above the Village of Chamounix: Performing Transgender Rage* (1994) ja Sandy Stonen *The Empire Strikes Back: A Posttranssexual Manifesto* (1991) haastavat voimallisesti transihmisten määrittelyä ulkoa päin ja transsukupuolisuuden esittämistä lääketieteellisenä ongelmana ja lääketieteellisen asiantunteumuksen kohteena. Nämä klassikkotekstit haastavat transruumiiden toiseuttamista ja esittämistä ongelmana. Stonen teksti pyrkii määrittelemään transsukupuolisuutta uudelleen ei-patologisoivasti. Siinä missä lääketieteen pyrkimyksenä on yleensä ollut saada aikaan transruumiita, jotka muistuttavat cissukupuolisia ruumiita mahdollisimman paljon ja tehdä transihmisistä ikään kuin näkymättömiä, puhuu Stone transihmisten näkyvyyden puolesta (esim. Stryker & Sullivan 2009; Sullivan 2008). Kuten vammaistutkimuksessa on haastettu vammaisuuden lääketieteellistä mallia, transtutkimuksessa on siis alusta asti haastettu ja analysoitu transsukupuolisuuden lääketieteellistä mallia, vaikka asiaa ei olekaan käsitteellistetty tällä termillä. Transtutkijat ovat myös tuoneet esiin sen, että transsukupuolisuuden lääketieteellisiä ymmärryksiä on ollut historiallisesti ainakin kahdenlaisia. Yksi transsukupuolisuuden lääketieteellisen mallin variaatio on transsukupuolisuuden psykologinen tai psykiatrinen malli, jossa transsukupuolisuus on nähty identiteetin häiriönä, ikään kuin mielen häiriönä terveessä ruumiissa. Toinen versio transsukupuolisuuden lääketieteellisestä mallista on historiallisesti esittänyt transsukupuolisuuden fysiologisena poikkeamana tai variaationa (Meyerowitz 2002; Sullivan 2008, 107–110).

Transtutkimuksessa transsukupuolisuuden lääketieteellisen mallin valta-asemaa ja sen vaikutuksia on tutkittu ja analysoitu paljon. Transtutkimuksen piirissä on analysoitu esimerkiksi hoitojärjestelmän ja siihen kytkeytyvien lääketieteellisten ymmärrysten vaikutuksia transihmisten koettuun hyvinvointiin (Bremer 2013; Irni 2017; Latham 2016; Linander

ym. 2016). Esimerkiksi Irni (2017) tuo esiin hoitojärjestelmään liittyvän portinvartijaroolin aiheuttaman epävarmuuden vaikutuksen transihmisten kokemuksiin transhoitojen riskeistä. Transihmisten kokemuksia olemattomista mahdollisuuksista artikuloida lääketieteen asiantuntijoiden määrittelemästä ”oikeasta transkokemuksesta” eroavia kokemuksiin tai tulla kohdelluksi täysivaltaisena henkilönä, joka voi tehdä päätöksiä oman hoitonsa suhteen, ovat tuoneet esiin monet transtutkijat (Bremer 2013; Irni 2017; Latham 2016; Linander ym. 2016).

Ylipäättään transtutkimuksessa ja -aktivismissa on paikannettu transsukupuolisuuden lääketieteellisen mallin ja sen valta-aseman ongelmat erityisesti kahteen asiaan. Ensinnäkin on kiinnitetty huomiota edellä esille nostettuun itsemääräämisoikeuden puutteeseen, eli siihen, miten vähäinen merkitys transihmisten itse artikuloidulla hoidontarpeella on, ja miten vähän mahdollisuuksia transihmisillä on määritellä itse oma kokemuksensa transprosessin kuluessa pelkäämättä ”vääränlaisen” kokemuksen vaikutuksia lääketieteen portinvartijoiden arvioon hoidontarpeesta (tai soveltuvuudesta hoitoihin) (Bremer 2013; Irni 2017; Latham 2016; Linander ym. 2016). Toiseksi transtutkijat ja aktivistit ovat kiinnittäneet kriittisen huomionsa lääketieteellisessä transsukupuolisuuden määrittelyssä historiallisesti vahvaan binaariseen sukupuolikäsitykseen. Tähän on liittynyt taipumus arvioida transkokemusten ”aitoutta” yhtäältä sillä perusteella, kuinka binaarinen ja yhtenäinen (ja muuttumaton) transihmisen (kerrottu) identiteetti on, ja toisaalta sillä perusteella, kuinka koherentin binaariseen sukupuolitettuun ruumiiseen transihminen kertoo kokevansa tarvetta (Bremer 2013; Latham 2016).

Nämä kaksi hoitokäytäntöjen ongelmaa, eli itsemääräämisoikeuden puute suhteessa omaan ruumiiseen ja lääketieteellisen mallin sitoutuminen binaariseen sukupuolikäsitykseen, ovat ainakin osittain sidoksissa toisiinsa. Lääketieteellisissä transsukupuolisuuden ymmärryksissä historiallisesti vahva binaarinen sukupuolikäsitys aiheuttaa erityisen paljon ongelmia niille transihmisille, jotka hakevat ruumiin sukupuolitettuja ominaisuuksia muovaavia hoitoja, mutta eivät identifioitu binaarisesti. Heidän asemansa suhteessa lääke-

tieteen näkökulmasta määriteltyyn ”oikeanlaiseen transihmisyyteen” ja lääketieteen ikään kuin objektiivisesti määrittelemään hoidontarpeeseen on epävakaa (Tainio 2013). Lisäksi myös ne transihmiset – erityisesti transnaiset – joiden identiteetti on binaarinen, mutta jotka eivät halua muovata ruumistaan kaikilta osin vastaamaan lineaarisen sukupuolen ideaalia, saattavat joko joutua torjuttuiksi hoitojärjestelmän taholta tai muovaamaan omia halujaan ja/tai tyytymään hoitojärjestelmän asettamaan normiin, jonka mukaan esimerkiksi genitaalikirurgia on välttämätön osa transprosessia (Bremer 2013).

Nämä kaksi yllä mainittua kriittistä näkökantaa, yhtäältä lääketieteen binaarisen sukupuolikäsityksen kritiikki ja toisaalta kritiikki sitä kohtaan, että hoitojärjestelmä ei kunnioita transihmisten itsemääräämisoikeutta eikä siis kunnolla vastaa transihmisten itse artikuloidun hoidontarpeeseen, linkittyvät osin toisiinsa ja voisivat poliittisina argumentteina vahvistaa toisiaan. Tästä huolimatta transtutkimuksen piirissä on esitetty myös teoreettisia väitteitä, joissa hoidontarve näyttäytyy vähemmän tärkeänä kuin kritiikki lääketieteen normalisointia tendenssejä kohtaan (ks. esim. Castañeda 2014; Sullivan 2008). Näissä transsukupuolisuuden lääketieteellistä mallia kritisoiduissa teksteissä kritiikki kohdistuu myös niihin transihmisiin, joiden nähdään osallistuvan lääketieteellisen mallin toistamiseen.

KYSYMYS ”VÄÄRÄSTÄ RUUMIISTA” JA DYSFORIASTA

Seuraavaksi tarkastelen transtutkimuksen keskustelua niin sanotusta ”vankina väärässä ruumiissa” -diskurssista, (monien) transihmisten kokeman dysforian artikuloinnista, ja siitä, mitä jotkut transtutkijat pitävät lääketieteellisen mallin siteeraamisena tai toistamisena. Nähdäkseni tätä keskustelua lääketieteellisen mallin ja sukupuolibinarismin voimistamisesta voi hedelmällisesti tarkastella vammaisuuden sosiaalisen mallin kritiikkien ja edelleenkehittelyjen avulla. Pyrin osoittamaan, että suhde lääketieteeseen, hoidontarpeeseen ja kivun/dysforian kokemusten artikulointiin on samantapainen tietyissä poststrukturalismista ja queer-teoriasta

amentavissa transsukupuolisuutta teoretisoivissa teksteissä kuin vammaisuuden sosiaalisessa mallissa. Tästä syystä myös ongelmat näissä suhtautumistavoissa lääketieteelliseen malliin ovat osin samantapaisia.

Lääketieteen ammatillaiset eivät ole ainoita, jotka näkevät transsukupuolisuuden lääketieteellisestä näkökulmasta. Transsukupuolisuudesta puhutaan häiriöiden kielellä (sukupuoli-identiteetin häiriö tai sukupuolidysforia). Hoitoja saadakseen on useimmiten tarpeen hankkia transsukupuolisuus- tai trans-gender-diagnoosi. Suomessa hoitojen saamiseen tarvitaan ICD-10-tautikuokituksen diagnoosi F64.0 transsukupuolisuus tai F64.8 muu sukupuoli-identiteetin häiriö.⁷ ICD-10 luokituksessa nämä on kategorisoitu käytöksen ja mielenterveyden häiriöihin ja tarkemmin sukupuoli-identiteetin häiriöihin.⁸ Vankina väärässä ruumiissa -ajatus transsukupuolisuudesta on ollut transyhteisöissä yleinen ainakin 1960-luvulta lähtien (Prosser 1998). Tämän ajatuksen mukaan (jonkun – tai kaikkien) transsukupuolisuudessa on kyse naisen mielestä miehen ruumiissa tai päinvastoin. Barilin (2015, 66) mukaan vankina väärässä ruumiissa -diskurssi on ”variaatio lääketieteellisestä mallista”. Useat transtutkijat ovat kuitenkin tuoneet esiin, että transsukupuolisuuden lääketieteellinen malli ei ole ainoastaan lääketieteen ammattilaisten kehittämä, vaan puutteineen ja normatiivisuuksineen osin myös transihmisten ja -yhteisöjen aikaansaannos (esim. Stryker 2008).

Vankina väärässä ruumiissa -diskurssi ei toki ole ainoa tapa, jolla transyhteisöissä on käsitteellistetty transihmisyyttä ja -kokemusta. Transyhteisöissä ja -aktivisteilla on monia tapoja ymmärtää omaa ja muiden transsukupuolisuutta. Transyhteisöt voivat olla myös hyvin avoimia erilaisille ja jopa – ainakin näennäisesti – ristiriitaisille tavoille käsitteellistää sukupuolta ja transihmisyyttä. Transyhteisöissä on tilaa sekä binaarisille että ei-binaarisille kokemuksille, kokemuksille synnynnäisestä transihmisyydestä, muutoksille sukupuolen kokemuksessa, tarpeelle muuttaa joitakin kulttuurisesti sukupuo-

litettuja ruumiillisia ominaisuuksia, tarpeelle olla muuttamatta joitakin tai kaikkia niistä, kokemuksille sukupuoli-euforiasta ja kokemuksille dysforiasta. (Bettcher 2014, 388–390.) Kysymys binaarisesta identifioitumisesta ja pyrkimyksistä koherentisti sukupuolittuneeksi tulkittuun ruumiiseen, on kuitenkin se ulottuvuus transihmisten ja lääketieteen välisessä suhteessa, joka on herättänyt erityisen paljon kiinnostusta sukupuolentutkijoiden piirissä.

Queer-tutkimuksesta ammentavia ”yli binarismista” -teoretisointeja transihmisyydestä ovat tarkastelleet kriittisesti transtutkimuksen piirissä esimerkiksi Viviane Namaste (2000) ja Jay Prosser (1998). Namaste (2000) katsoo, että tämä laajempaan binaarisen sukupuolijärjestelmän horjuttamiseen keskittyvä malli on pyyhkinyt yli binarisesti identifioituvien transihmisten kokemukset ja unohtanut transsukupuolisten tarpeet ja edut. Queer-teoriasta inspiroitunut yli binarismista -malli asettaa herkästi erilaisten transihmisten välille hierarkian. Tämän mallin valossa muunsukupuoliset tai epälineaarisesti sukupuoltaan ilmaisevat ihmiset vaikuttavat kumouksellisemmilta kuin transihmiset, jotka identifioituvat binaarisesti tai pyrkivät muovaamaan ruumistaan mahdollisimman lineaariseksi. Kuitenkin, kuten filosofi ja transtutkija Talia Mae Bettcher (Bettcher 2014, 384) tuo esiin, yli binarismista -malli on myös ollut transliikkeille ja transtutkimukselle tärkeä tapa artikuloida transihmisyyttä ja haastaa lääketieteellistä mallia. Bettcher (2014, 390) huomauttaa, että myös tämä malli ottaa yleensä annettuna kulttuurisesti hallitsevan tulkinnan tietynlaisista ruumiista ei-binaarisina tai sukupuolibinarismia horjuttavina, siinä, missä transyhteisöissä ruumiita ei tulkita tällä tavalla. Transtutkimuksen piirissä on siis käyty paljon keskustelua -mallista ja niin sanotusta väärän ruumiin mallista ja sen yhteydestä lääketieteelliseen malliin. Kuitenkaan kysymystä hoidontarpeesta ja dysforian artikuloinnista suhteessa queer-teoriasta ammentaviin ”väärän ruumiin” -mallin kritiikkeihin ei ole nähdäkseni käsitelty tarpeek-

7 Hoitojen saaminen F64.8-diagnoosilla on kuitenkin ollut vaihtelevaa ja epävarmaa (Tainio 2013, 27).

8 WHO:n tautiluokitus ICD-10 (WHO 2016) on ollut käytössä vuodesta 1994. ICD-luokituksen seuraava versio, ICD-11, jossa transihmisyyden kategorisoinnit ilmeisesti siirretään uuteen, ei-psykiatriseen luokkaan, on työn alla, ja julkaistaan ennakkotietojen mukaan vuonna 2018. (WHO 2017; Winters 2013.)

si eksplisiittisesti, eikä vammaistutkimuksen keskustelujen antia ole tarpeeksi hyödynnetty. Tämän vuoksi käsittelen seuraavaksi feministitutkijoiden Nikki Sullivanin (2008) ja Claudia Castañedan (2015) transsukupuolisuuden lääketieteellisen mallin kritiikkejä esimerkkeinä transsukupuolisuuden sosiaalisesta mallista.

Feministitutkija Nikki Sullivan on analysoinut kriittisesti ”väärän ruumiin” trooppia transsukupuolisuuden ja niin sanotun transabled-ilmion yhteydessä.⁹ Sullivanin (2008, 109, 111) mukaan ”väärän ruumiin” idea sitoutuu kulttuurisiin ideaaleihin ”oikeasta” ruumiista. Hänen mukaansa se ”oikea ruumis”, johon transhoidoilla on lääketieteessä historiallisesti yleensä pyritty, on ollut vammaton, ikään kuin yksiselitteisesti sukupuolittunut ruumis (Sullivan 2008, 109).¹⁰ Ruumiin muokkauksen perusteleminen ”väärän ruumiin” idealla perustuu Sullivanin (2008, 107) mukaan ajatukseen ruumiista mieli-subjektin omaisuutena, jota rationaalinen mieli voi legitiimisti hallita ja muovata kohti yhtenäisyyttä, yksiselitteisyyttä ja selvärajaisuutta. Kulttuurisesti tällaiseen yhtenäisyyteen ja selvärajaisuuteen yhdistetään myös aitouden ja alkuperäisyyden merkityksiä. Ruumiin muovaus kohti kulttuurisesti ei-haluttavana tai epäautenttisenä näyttäytyvää ruumiillisuutta kohtaan ei ole yhtä helposti perusteltavissa. Tällaiset muovaukset – esimerkiksi kohti vammaisuutta tai kohti epäkoherentiksi tulkittavaa sukupuolittunutta ruumista – eivät näyttäydy rationaalisina valintoina (Sullivan 2008, 110–111). Rationaalisena lääketieteen näkökulmasta näyttäytyvät ne ruumiin muokkaukset, jotka noudattelevat kulttuurisia normeja. Sullivan (2008, 107) kiinnittää siis huomiota transsukupuolisuuden lääketieteellisen mallin ja hoitokäytäntöjen sekä niihin linkittyvän ”väärän ruumiin” idean normalisoiviin tai normalisaatiota tukeviin ulottuvuuksiin.

Feministi- ja kulttuurintutkija Claudia Castañeda (2015, 265) on niin ikään kiinnittänyt huomiota lääketieteellisen transsukupuolisuuden mallin normatiivisuuteen. Castañeda (2015) tarkastelee sitä, miten WPATH-järjestön (World Professional Association for Transgender Health) lapsia ja nuoria koskevat hoitosuositukset (standards of care) asettavat normiksi kehityksen epäselvästä tai muuttuvaisesta sukupuolesta kohti sukupuolen vakautta ja binaarisuutta. Castañeda (2015, 267–268) kiinnittää myös huomiota siihen, miten järjestön ohjeistus translasten ja -nuorten hoidosta irrottaa transihmisiin kohdistuvan stigman ja sorron yhteiskunnallisesta ja kulttuurisesta yhteydestään. Castañedan mukaan järjestön hoitosuositus paikallistaa transihmisiin kohdistuvan sorron syyn transihmisen ruumiilliseen, havaittavaan eroon – jota hormonitoimintaa estävillä hoidoilla pyritään minimoimaan tai poistamaan.

Castañedan ja Sullivanin huomiot transsukupuolisuuden lääketieteellisen mallin historiallisesta sitoutumisesta normalisaatioon ovat tärkeitä samalla tavoin kuin vammaisliikkeessä esitetyt kritiikit kuntoutusdiskurssien normatiivisuudesta ja ableismista (esim. Oliver 1993; Urhonen 2011). Sullivanin ja Castañedan teksteissä näkyy, postrukturalistisesta teoriakehyksestä huolimatta, painotus sosiaaliseen transihmisten kokemien ongelmien syynä. Lisäksi nämä feministitutkijat ovat omaksuneet niin sanottua paranoidia lukutapaa (Sedgwick 1997) edustavan tutkimuksellisen tulokulman lääketieteeseen tukeutumiseen tai hoidontarpeen ilmaiseamiseen. Toisin sanoen, lääketiede ja siihen tukeutuminen näyttäytyvät Sullivanin ja Castañedan analyyseissä varsin yhtenäisen konservatiivisina. Tällainen tulokulma lääketieteeseen ei juuri jätä tilaa nykykäytäntöjen haastamiseen tai huomiolle jo tapahtuneista muutoksista näissä käytännöissä ja

9 Transabled-ihmiset ovat ihmisiä, jotka kokevat, että heidän vammaton ruumiinsa on heille väärä. Jotkut heistä argumentoivat tarvitsevansa esimerkiksi raajojen amputaatiota, jotta voisivat elää vammaisina henkilöinä, jollaisiksi he kokevat itsensä. (Stryker & Sullivan 2009; Vaahtera & Vähäpassi 2013.)

10 Vammaisuuteen identifioituvien transabled-ihmisten pyrkimykset ruumiin muovaamiseksi kohti vammaisuutta eivät ole samalla tavalla kulttuurisesti ymmärrettäviä. Tämä johtuu Sullivanin mukaan siitä, että lääketieteen diskurssissa – ja hallitsevissa ruumiillisuuden ymmärryksissä laajemminkin – vammaisuus ei näyttäydy samalla tavalla autenttisenä, Richard L. Brunon sanoin ”luonnollisesti ilmenevänä” (*naturally occurring*) tilana, kuin ”luonnollisesti ilmenevinä” ja siten ikään kuin ymmärrettävästi haluttavina pidetyt binaariset sukupuolet. (Sullivan 2008, 111.)

lääketieteellisissä transsukupuolisuuden ymmärryksissä. Myös erot eri maiden hoitojärjestelmien välillä jäävät huomiotta.

Sullivanin (2008, 106) mukaan väärän ruumiin diskurssiin osallistuminen voimistaa ”syvää vieraantumista, joka alun alkaen aiheuttaa väärän ruumiin narratiiveja”.¹¹ Sullivan (2008, 106) myös korostaa sitä, miten transihmisyyden (ja transabled-ihmisyyden) ruumiillisen eletyn kokemuksen (*lived experience*) tuottaa ”eläminen muiden maailmassa, diskursien (suurelta osalta lääketieteellisten) maailmassa ja havaitsemisen käytännöt jotka ovat tiukasti sidoksissa materiaaliseen”.¹² Vaikka tämä ruumiillisuuden sidos diskursiivisuuteen on tärkeä huomio, sen korostaminen juuri transihmisten dysforian artikuloitien kohdalla tuntuu tekevän hoidontarpeen – ja ylipäättään binaarisina näyttäytyvien transkokemusten tai transhalujen – artikuloimisesta poliittisesti arveluttavaa, ikään kuin vain binaarisen sukupuolijärjestelmän tukemista. Lisäksi, kun kerrotut kokemukset ”vääränlaisesta” ruumiista tai ruumiin vieraudesta nimetään Sullivanin tapaan väärän ruumiin kertomuksiksi (Sullivan 2008, 107), dysforian kokemusten moninaisuus ja dysforian monenlaiset tulkinnat jäävät sivuun. Kun dysforiasta kirjoitetaan ainoastaan väärän ruumiin kertomuksina, kaikki dysforian kertomukset tulevat epäsuorasti implisiittisesti määritellyiksi ruumis-mieli-jakoa ylläpitäviksi diskursseiksi, joissa ruumis tulee määritellyiksi passiiviseksi (Sullivan 2008, 110). Tällainen näkökulma dysforian (kerrottuihin) kokemuksiin ei nähdäkseni tee oikeutta sille moninaisuudelle, jolla dysforiaa kerrotaan ja merkityksellistetään transyhteisöissä. Transyhteisöissä dysforia saatetaan esittää esimerkiksi osittaisena, vaihtelevana, osittain tai kokonaan sosiaalisena dysforiana. Näissä yhteisöissä saatetaan myös pohtia erilaisten kulttuuristen, sosiaalisten ja materiaalisten käytäntöjen vaikutus-

ta koettuun ja kerrottuun dysforiaan. Vaikka Sullivan pyrkii haastamaan lääketieteellistä transsukupuolisuuden mallia, hän saattaa päätyä toistamaan kaikkein konservatiivisinta lääketieteellistä ymmärrystä ikään kuin ainoana mahdollisena dysforian kertomuksena. Tällaiset queer-tutkimuksesta ammentavat teoretisoinnit ovatkin yksinkertaistavampia kuin transyhteisöjen näkökulmat lääketieteeseen, ruumiisiin ja dysforian artikuloimiseen.

Baril (2015, 67) esittää, että transsukupuolisuuden sosiaalista mallia ei voi redusoida yli binarismista -malliin.¹³ Kuitenkin sosiaalisesta mallista voi olla variaatioita, joissa on mukana yli binarismista -idea (Baril 2015, 67). Tällöin yhteiskunnallisen tai episteemisen sorron murtamisen avaimeksi näyttäytyy binaarisen sukupuolijärjestelmän murtaminen ja kieltäytyminen toistamasta binaarista ymmärrystä sukupuolesta, ja näkyvät binarismia horjuttavat ruumiit. Nähdäkseni Sullivanin ja Castañedan teksteissä näkyy tällainen, queer-teoriasta ammentava transsukupuolisuuden sosiaalinen malli, jossa ruumiin pinnasta luettava binarismiin ylittämisen on avain sekä transihmisten sorron että laajemmin binaarisen sukupuolijärjestelmän horjuttamiseen. Tällaisissa teksteissä binaarisena luetut transruumiit artikuloituvat poliittisesti arveluttaviksi. Vallitseva lääketieteellinen ymmärrys samaistaa binaariset identiteetit ja lineaarisen sukupuolen ideaalin mukaiset ruumiit.¹⁴ Sullivanin ja Castañedan teksteissä toistetaan tätä taipumusta samaistaa binaariset identiteetit ja koherentit ruumiit tai pyrkimys sellaisiin – siinä, missä transyhteisöissä näitä asioita ei samaisteta (Bettcher 2014, 390). Tällaisissa tutkimusteksteissä monien transihmisten kokema hoitotarve ja dysforian kokemukset jäävät sivuun tai näyttäytyvät lääketieteellisen mallin toistamisena, ja siten vähämerkityksisinä suhteessa sukupuolibinarismin horjuttamiseen. Seuraavak-

11 ”the sense of profound alienation, that requires wrong body narratives in the first place” (Sullivan 2008, 106).

12 ”dwelling in a world of others, a world of discourses (in large part medical) and perceptual practices thoroughly imbricated in the material” (Sullivan 2008, 106).

13 Tämä johtuu nähdäkseni siitä, että siinä, missä yli binarismista -malli esittää erityisesti transgenderit tai muunsukupuoliset vallankumouksellisia, se näkee horisontissa laajemman, kaikkia koskevan sukupuolivallankumouksen. Sosiaalinen malli keskittyy transihmisten sorrettuun asemaan.

14 Tämän ideaalin mukaisten ruumiiden kaikki näkyvät kulttuurisesti sukupuolitetut ominaisuudet näyttävät olevan linjassa keskenään ja ikään kuin osoittavan samaan suuntaan (Bremer 2013).

si osoitan, miten vammaistutkimuksessa esitetyt, sosiaalisen mallin kritiikit voivat hyödyttää myös transtutkimusta. Alla esittelemäni sosiaalisen mallin kritiikit rakentuvat osin sosiaalisen mallin lääketieteellisen mallin kritiikille. Samalla ne kuitenkin tuovat esiin sosiaalisen mallin vaientamia aspekteja, kuten ruumiillisuutta, kivun kokemusta ja hoidontarvetta.

VAMMAISUUDEN SOSIAALISEN MALLIN KRITIIKIT JA TRANSUKUPUOLISUUS

Vammaisuuden sosiaalisen mallin kritiikit keskittyvät yleensä kahteen toisiinsa liittyvään ongelmaan. Ensinnäkin, kuten useat kirjoittajat ovat tuoneet esiin, sosiaalisen mallin perustava dualismi ruumiiseen paikantuvan vamman (*impairment*) ja sosiaalisen/kulttuurisen vammaisuuden (*disability*) välillä perustuu jyrkälle dualismille fyysikaalisen ja sosiaalisen välillä (Baril 2015; Kafer 2013; Shakespeare & Watson 2002). Kuten sanottu, sosiaalinen malli jakaa vammaisuuden kahtia yhtäältä ruumiilliseen tai yksilöön paikantuvaan eroon, ja toisaalta sosiaaliseen hierarkiaan ja järjestelmälliseen esteellisyteen. Toiseksi, sosiaalinen malli keskittyy nimenomaan viimeeksi mainittuun, sosiaaliseen puoleen. Näin se jättää sivuun sen ulottuvuuden, joka mallin pohjana olevan jaon mukaan on biologinen tai fyysinen. Tämä on tietenkin ymmärrettävää, onhan sosiaalinen malli syntynyt nimenomaan reaktiona lääketieteellisen/yksilöllisen mallin valta-asemaan ja siihen, miten lääketieteellinen malli peittää näkyvistä syrjinnän ja ulossulkemisen yhteiskunnallisuuden ja siis vammaisuuden poliittisuuden.

Transaktivismiin sosiaalinen malli saattaa toisinaan toistaa vammaisuuden sosiaalisessa mallissa kritisoitua dualismia fyysikaalisen ja sosiaalisen, tai lääketieteellisen ja yhteiskunnallisen, välillä. Tässä en kuitenkaan keskity transaktivismiin sosiaaliseen malliin, vaan transtutkimuksen yli binarismista -teoretisointien ongelmiin, jotka muistuttavat vammai-

suuden sosiaalisen mallin puutteita. Huolimatta siitä, että yllä analysoimani Sullivanin (2008) ja Castañedan (2015) artikkelit pyrkivät pikemminkin kritisoimaan mieli-ruumis-jakoa kuin voimistamaan sitä, niissä näkyy sosiaaliselle mallille ominainen painotus sosiaaliseen. Niissä transsukupuolisuuteen liittyvät ongelmat paikannetaan yhtäältä yleisesti yhteiskunnalliseen sortoon ja stigmaan, ja toisaalta transprosessia ja lääketieteellistä mallia rajaviin kulttuurisiin, normatiivisiin ehtoihin (vrt. myös Tainio 2013). Samoin kuin vammaisuuden sosiaalisen mallin kohdalla, nämä sosiaalisen mallin kriittiset huomiot usein pelkkänä yksilön (lääketieteellisenä) ongelmana pidetyn asian yhteiskunnallisesta ja kulttuurisesta kontekstista ovat tärkeitä. Kuitenkin sosiaalinen malli on niin keskittynyt sosiaaliseen, että esimerkiksi dysforian kokemukset voivat olla vaikeita artikuloida siitä käsin (vrt. Shakespeare & Watson 2002).

Vammaisuuden sosiaalinen malli toteuttaa luonto-kulttuuri-erottelua tavalla, joka voi johtaa ”vammojen depolitisointiin” (Mollow 2006, 68, 77–78).¹⁵ Vammojen jättämistä ulos sosiaalisen mallin fokuksesta on kritisoitu siitä, että tällainen sulkeistaminen tekee vammaisuuteen liittyvistä kivun ja kärsimyksen kokemuksista tabuja (Crow 1996, 5; Kafer 2013, 7; Price 2014; Shakespeare & Watson 2002, 9). Tällöin se sulkee ulos niiden ihmisten kokemukset, jotka haluaisivat hoitoja tai parannuskeinon sairauksiinsa ja vammoihinsa.¹⁶ Huolimatta siitä, että analysoimani queer-teoriasta inspiroituneet transihmisyyden teoretisoinnit pyrkivät ylittämään ruumis-mieli-erottelua, transihmisten koetut, kerrotut ja muokatut ruumiit tulevat niissä tulkituiksi pikemminkin joko kulttuurista sukupuolibinarismia toistavina tai sitä ylittävinä. Tällöin (trans)ruumiit näyttäytyvät myös näissä teoretisoinneissa ”passiivisina” (vrt. Sullivan 2008, 110), eikä transyhteisöissä viljellyille vastadiskursseille anneta juuri painoarvoa suhteessa lääketieteen diskursseihin.

Transsukupuolisuuden diagnoosit ovat sairauk-

15 ”depoliticisation of impairments” (Mollow 2006, 68, 77–78).

16 Toisenlainen vammojen depolitisoinnin kritiikki liittyy siihen, että sosiaalinen malli jättää ruumiin tai mielen erojen kategorisoinnin ja vammaisen-vammaton erottelun kriittisen (politisoivan) analyysinsä ulkopuolelle (Areheart 2012, 348–349; Kafer 2013, 7, 10, 13). Tässä artikkelissa keskityn kuitenkin ensinmainittuun aspektiin. Nämä kritiikit eivät kuitenkaan nähdäkseni ole toisilleen vastakkaisia.

sien ICD-tautiluokituksessa mentaalisten ja käytöksen häiriöiden alla (WHO 2016). Juuri luokittelu mielenterveyden häiriönä on joidenkin tutkijoiden mukaan merkittävä tekijä siinä, että transihmisiä ei kohdella samalla tavalla, itsemääräämisoikeutta kunnioittaen, kuin muita vastaavia kirurgisia operaatioita hakevia ihmisiä (Latham 2016, 4–6, 11). Samanaikaisesti nykyiseen lääketieteelliseen transprosessiin hakeutuvien ihmisten on osana prosessia osoitettava olevansa mielenterveydeltään pikemminkin terveitä kuin sairaita. Siirtymä DSM-tautiluokituksessa¹⁷ sukupuoli-identiteetin häiriöstä dysforiaan on nähty transliikkeissä liikkeenä vähemmän patologisoivaan suuntaan. Dysforia on kuitenkin määritelmällisesti psykofyysistä kärsimystä, ja sekin on edelleen tautiluokituksissa mielen-terveydellinen ”tila”. Mielenterveyden sairauksien asema vammaistutkimuksessa on ollut perinteisesti heikko (Mollow 2006, 70). Sosiaalisen mallin mukaan vammaisten ruumiissa on (objektiivinen) ero verrattuna vammattomiin ruumiisiin. Koska sosiaalisen mallin paradigmaattinen vammaisuus on ruumiillista, klassinen sosiaalinen malli olettaa, ainakin epäsuorasti, vammattoman mielen. Vaatimukset tasaveroisesta asemasta ja autonomiasta on perusteltu eronteolla sairauksiin (Wendell 2001), ja ainakin implisiittisesti vetoamalla samanlaiseen (kyvykkääseen) mieleen kuin vammattomilla oletetaan olevan. Mielenterveydellinen vammaisuus on myös vaikeammin (jos lainkaan) erotettavissa sairaudesta. Vammaisliikkeessä on haluttu erottaa vammaisuus sairauksista paitsi siksi, että sairauskehityksen pelätään johtavan takaisin lääketieteelliseen/yksilömalliin, myös siksi, että sairaudet ymmärretään usein kulttuurisesti, Ron Amundsonia mukaillen, ”kokonaisvaltaisesti kyvyttömäksi tekeviksi”.¹⁸ (Wendell 2001, 17.)

Vammaisliike, jonka tavoitteena on ollut korostaa, että vammaisten toimijuuden esteenä ovat syrjivät rakenteet, eivät vammat, on ymmärrettävästi halunnut vastustaa ymmärrystä vammaisista kokonaan ja ikään kuin väistämättä, sairauden vuoksi,

kyvyttöminä. Tällaiseen kulttuuriseen käsitykseen kokonaisvaltaisesta kyvyttömyydestä liittyy helposti ajatus, ettei ihminen ole kykenevä esimerkiksi arvioimaan omaa tilannettaan. Tällöin oletetaan, että vammaisen henkilö ei pysty legitimoimaan kyseenalaistamaan lääketieteen auktoriteettia ja lääketieteen asiantuntijoiden näkemyksiä oman vammaisuutensa luonteesta tai tarvittavista toimenpiteistä. Mielenterveydelliset ja kognitiiviset vammat ovat kenties kaikista vahvimmin kokonaisvaltaisesti kyvyttömäksi tekeviksi ymmärrettyjä vallitsevissa kulttuurisissa ymmärryksissä. Psykiatristen diagnoosien hakeminen edellyttää hakeutumista tilanteeseen, joka on valtasuhteiltaan hyvin epätasainen (Mollow 2006, 81). Kysymys diagnooseista johtaa helposti toiminnalliseen loukkuun. Erityisesti psykiatristen diagnoosin saaminen voi johtaa kärsimykseen ja toimijuuden vähentymiseen, sillä ”itsemäärittely ja kontrolli lääketieteellisen hoidon suhteen” (Mollow 2006, 73) saattavat olla vähäisiä niillä, joille tällainen diagnoosi on annettu. Niin ikään kärsimystä aiheuttaa hoidon puute ja se, ettei esimerkiksi masennusta tai selittämätöntä kipua pidetä todellisenä samalla tavoin kuin muita vammoja. (Mollow 2006, 73–74; Patsavas 2014, 208–209.)

Vaikka vammaisliikkeessä on varottu puhumasta sairauksien ja diagnoosien kielellä, queer-tutkija ja vammaistutkija Mollow (2006, 82) huomauttaa, että diagnostiset termit ja sairausluokitukset voivat toimia monilla ja ristiriitaisilla tavoilla. Masennuksesta tai dysforiasta puhuminen ei sinällään tarkoita, että hyväksyisi yksilöllistävän tai lääketieteellisen mallin. Diagnostisia termejä voi käyttää myös vastakarvaan, vastustaen yksilöllistävää ymmärrystä. Esimerkiksi masennus voi liittyä yhteiskunnalliseen sortoon, kuten kokemuksiin rasismin ja seksismin, eikä hoidon vaatiminen merkitse välttämättä näiden yhteiskunnallisten tekijöiden unohtamista (Mollow 2006, 82–87). Transihmisten kokeman masennuksen tai dysforian voi nähdä olevan samanaikaisesti todellista ja perusteltavan hoidontarvetta, ja monimutkaisessa suhteese-

17 Yhdysvalloissa lääketieteen ammattilaisten käytössä on DSM-tautiluokitus eli Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), jonka viimeisimmässä versiossa vuodelta 2013 dysforia on korvannut sukupuoli-identiteetin häiriön (Moran 2013).

18 ”globally incapacitating” (Wendell 2001, 17).

sa yhteiskunnalliseen sortoon ja pakkosukupuolittamiseen (vrt. Mollow 2006, 82–83). Erityisesti feministiset vammaistutkijat ovat kyseenalaistaneet vammaisuuden sosiaalisen mallin toimivuutta siitä näkökulmasta, että sosiaalinen malli tekee ruumiillisista kivuista ja esimerkiksi vammoihin tai kroonisiin sairauksiin liittyvästä väsymyksestä, heikkoudesta ja/tai haavoittuvuudesta tabun (Crow 1996, 5; Kafer 2013, 7; Wendell 2001, 22–23). Toisin sanoen ruumiin tai mielen vammat jäävät vaietuiksi, koska niistä puhumisen pelätään voimistavan lääketieteellistä mallia ja yksilömallia. Samalla yhteiskunnan esteellisyys ja syrjinnän vaikutukset ruumiillisiin ja mielen vammoihin (esimerkiksi esteellisuuden aiheuttamat vammat) jäävät vaietuiksi. Kysymys haavoittuvuuden, kärsimyksen ja hoidontarpeen artikuloimisesta on olennainen myös analysoimieni transihmisyyden teoretisointien kohdalla. Yli binarismista -teoretisoinnit, joissa otetaan kriittinen tulokulma paitsi lääketieteelliseen malliin, myös lääketieteen termien käyttöön transkokemusten artikuloinnissa, saattavat vaientaa niitä kokemuksia, joita ei ole helppoa tulkita sukupuolibinarismia tai lääketieteellistä mallia haastaviksi. Mahdollisuus dysforian ja hoidontarpeen artikuloimiseen on nähdäkseni kuitenkin olennaista transtutkimukselle, joka pyrkii toimimaan antiabileistisesti.

Ruumiin ja mielen vammojen sulkeminen ulos vammaisliikkeen keskusteluista merkitsee, että joidenkin vammaisten on vaikeampaa osallistua vammaisliikkeeseen. Vammaisliikkeessä on usein ollut normina kyvykäs vammainen (*the able-disabled*) (ks. Wendell 2001, 22). Tämä vaikeuttaa Susan Wendellin mukaan monien ”sairaiden vammaisten”¹⁹ osallistumista vammaisliikkeen toimintaan. Jos heikkoudesta, väsymyksestä tai kivuista ei voi puhua, vammaisaktivismi itsessään voi olla monin tavoin esteellistä ”sairaille vammaisille” (Wendell 2001, 23). Lisäksi Crow (1996, 5) esittää, että mikäli jotkut vammai-

set ja jotkut vammaisuuteen liittyvät kokemukset (kuten kivut) suljetaan pois, se huonontaa vammaisliikkeen kykyä kuvitella tai luoda Crownin sanoin ”maailmaa, joka ei vammauta”. Tällöin tuloksena voi olla keskittyminen vain hyvinvoimimpien vammaisten oikeuksiin. Nähdäkseni transteoria, josta käsin on vaikea artikuloida dysforiaa ja hoidontarvetta, asettaa vastaavasti normiksi terveen transihmisen tai ei-kärsivän transihmisen, joka ei ole heikko, kärsivä, eikä riippuvainen hoitojärjestelmästä. Tarvitaan feministisestä vammaistutkimuksesta ja feministisistä materiaalisuuden teoretoisoinneista ammentava malli vastaamaan tällaisiin puutteisiin transsukupuolisuuden sosiaalisessa mallissa. Esimerkiksi Alison Kaferin (2013) hahmottelema, postrukturalismista ja uusmaterialismista ammentava poliittis-relationaalinen malli voisi vastata tällaisiin puutteisiin. Seuraavaksi hahmottelen lyhyesti hoidontarpeen ja dysforian artikuloinnin mahdollistavaa tulokulmaa riskeineen – jotka minusta ovat ottamisen arvoisia.

HOIDONTARPEEN ARTIKULOINTI POLIITTISENA KYSYMYKSENÄ

Hoidontarve ja ylipäätään ”tarve” terminä ja transhoitajien saamiseksi käytettynä perusteluna transliikkeen käytössä tai yksittäisten transihmisten mahdollisesta hoidosta neuvoteltaessa voivat toimia ristiriitaisilla ja myös ongelmallisilla tavoilla. Tarpeen määrittely ja arviointi on tätä nykyä portinvartijoina toimivien lääketieteen ammattilaisten käsissä. Transihmisten itse artikuloima hoidontarve ei useinkaan riitä hoitojen saamiseen tai ole tae niiden saamisesta. Transhoitajien kohdalla tarpeen arviointi eroaa voimakkaasti esimerkiksi (muusta) plastiikkakirurgiasta, jonka kohdalla saatetaan pitää ohjenuorana tietoon perustuvaa suostumusta (*informed consent*, Latham 2016). Tarve saattaa usein määrittyä nykyisessä hoitojär-

19 Wendell tekee erottelun ”terveen vammaisen” ja ”sairaana vammaisen” välille. ”Terveiden vammaisten” tila ja toimintakyky ovat melko vakaat ja ennakoitavissa. He eivät itse katso olevansa sairaita tai tarvitse lääketieteellistä juuri enempää kuin muut terveet (Wendell 2001, 19). Monet ihmiset ovat kuitenkin vammaisia kroonisten sairauksien vuoksi, tai kärsivät kroonisista sairauksista vammojen takia. Nämä ihmiset ovat Wendellin mukaan ”sairaita vammaisia”. He eivät sovi vallitsevaan kuvaan vammaisesta, sillä he eivät välttämättä ole näkyvästi, pysyvästi, tai ennakoitavalla tavalla vammaisia (Wendell 2001, 21).

jestelmässä lääkärin ja psykologien ikään kuin objektiivisen asiantuntemuksen perusteella selvitetäväksi asiaksi, jossa transihmisten suoraan artikuloimalla tarpeella hoitoihin tai ylipäätään omalla tahdolla ei ole painoarvoa (Linander ym. 2016, 15). Sen sijaan transihmisten yhteisöissä kiertää hiljaista tietoa siitä, millä keinoin tätä lääkärin näkökulmasta objektiivista hoidontarvetta voi epäsuorasti ilmaista tavoilla, jotka lääketieteen ammattilaiset voivat sitten havaita ja tulkita hoitoa perustelevaksi tarpeeksi (ks. Bremer 2013; Linander ym. 2016). Erilaiset kärsimystä ja dysforiaa ilmentäviksi tulkittavat teot, kuten hormonien hankkiminen laittomasti ennen kuin lääkäri niitä määrää tai transnaisten kohdalla genitaalikirurgian haluaminen ja kommunikoitu vastenmielisyys omia genitaaleja kohtaan voivat auttaa transhoitojen saamisessa – enemmän kuin oma päätös tai halu hoitoihin (Bremer 2013; Linander ym. 2016).

Kun käytetään termiä ”tarve” transhoitoihin pääsyn perusteluna, ensisijaistetaan helposti juuri kärsimys ja dysforia. Tällöin nämä voivat toimia normatiivisina hoitoon pääsyn tai ”oikean transkokeumuksen” määrittelijöinä, huolimatta siitä, että esimerkiksi termi kehodysforia kuvaa vain osan transihmisistä kokemuksesta, ja useasti vain osaa kehosuhteesta niilläkin, jotka kokevat dysforiaa (Kondelin 2013; Latham 2016.) Tutkija, jonka tulokulma lääketieteeseen ja sen diskursseihin edustaa niin sanottua paranoidia lukutapaa, voisi sanoa, että käyttämällä hoidontarpeen tapaisia termejä tutkija tulee osallistuneeksi lääketieteen diskurssiin ja toistaneeksi lääketieteellistä mallia. Kuitenkin, kuten monet transtutkijat ovat tuoneet esiin, lääketieteen ja transihmisten suhde ei ole ainoastaan yksisuuntainen valtasuhde. Transihmisillä on historiallisesti ollut ja on edelleen toimijuutta – myös diskurssien muovaamisessa ja erilaisissa määrittelykamppailuissa (esim. Stryker 2008; Tainio 2013). Kuten Anna Mollow on argumentoinut, myös lääketieteen diskurssit ovat epäyhtenäisiä ja voivat toimia monin tavoin (Mollow 2006). Transihmisten yhteisöissä hoidontarve ja dysforia voivat määrittäytyä osin eri tavalla ja moninaisemmin kuin lääketieteen portinvartijoiden nykyisissä käytännöissä. Esimerkiksi itsemääräämisoikeus ja itsemäärittely voidaan liittää hoidontarpeeseen. Hoidontarvetta ei myöskään

transyhteisöissä liitetä ainoastaan binaariseen sukupuoli-identifioitumiseen tai haluun muovata ruumista vastaamaan lineaarisen sukupuolen ideaalia (vrt. Bremer 2013; Tainio 2013).

Otan riskin dysforian ja kärsimyksen ensisijaistamisesta, koska nähdäkseni hoidontarpeesta puhuminen on eettisempää kuin siitä vaikeneminen. Hoidontarpeen uudelleenmäärittely itse artikuloituksi tarpeiksi voisi edistää transihmisten itsemääräämisoikeutta myös suhteessa ruumiin muutoksiin ja hoitokäytäntöihin. Toinen tapa perustella transhoitoja on vetoaminen itsemääräämisoikeuteen myös ruumista muovaavien hoitojen – eikä vain juridisen sukupuolen, siis itsen nimeämisen ja kategorisoinnin, saralla. Itsemääräämisoikeus ja tietoon perustuva suostumus ovatkin termejä, joilla perustellaan lääketieteen ammattilaisten portinvartijaroolin muuttamista auttajan ja hoidontarjoajan rooliksi (esim. Latham 2016; Tainio 2013). Hoitojen tarjoaminen maksutta tai edullisesti pohjoismaisen terveydenhuoltojärjestelmän piirissä kuitenkin saattaa edellyttää nimenomaan hoidontarpeen painottamista. Lisäksi transtutkimuksen vaikeneminen dysforiasta sillä verukkeella, että dysforiasta puhuminen toistaisi lääketieteen diskurssia, olisi nähdäkseni ableistista. Tällöin transtutkimus asettaisi normiksi ”kärsivän transihmisen” vastakohdan, voimakkaan ”kyvykkään transihmisen”, jolla ei ole hoidontarvetta, vaan korkeintaan tahto hoitoihin.

Kysymykset kivusta ja hoidontarpeesta, jotka esittelemieni feminististen vammaistutkijoiden sosiaalisen mallin kritiikeissä nostetaan esiin, ovat relevantteja myös suhteessa transliikkeisiin ja -tutkimukseen. Dysforia on osa monien transihmisten kokemuksesta ja dysforian ajattelemisen psyykkisenä tai psykofyysisenä kipuna tai sille analogisena on nähdäkseni perusteltua. Vaikka monet transihmiset eivät kaipaa psykologian tai psykiatrian apua, osa transihmisistä kaipaisi psykologin tai terapeutin tukea esimerkiksi syrjinnän, transfobian ja ulossulkemisen aiheuttamien ongelmien, esimerkiksi masennuksen tai vähemmistöstressin käsitteelyyn. Nykyisessä lääketieteellisessä transprosessissa psykologien tehtävä on kuitenkin vain tutkiminen ja portinvartijana toimiminen, jolloin transprosessin kautta kohdatuilta psykologian asiantuntijoilta ei saa psyykkistä apua tai hoitoa (Latham 2016, 15).

Siinä, missä sosiaalinen malli antaisi ymmärtää, että keskittyminen hoidontarpeeseen epäpolitisoi vammaisuuden, voi pääsyn hoitoon nähdä myös poliittisena kysymyksenä, joka on materiaalsen tai intersektionaalisen feministisen vammaistutkimuksen näkökulmasta hyvin olennainen (Mollow 2006, 68; Patsavas 2014, 216). Pyrkimys irrottaa psykofyysinen kärsimys ja hoidontarve kokonaisvaltaisesta kyvyttömyydestä ja muuttaa hoitokäytäntöjä ihmisten itse artikuloimien tarpeiden mukaiseksi, voisi yhdistää vammaisliikettä ja transliikettä.

Alison Kaferin (2013) poliittis-relaationaalinen vammaisuuden malli pyrkii kyseenalaistamaan vammojen depolitisoitua. Kafer purkaa vammojen depolitisoitua yhtäältä poststrukturalistisesta näkökulmasta, joka pyrkii dekonstruoidaan vammaisen-vammaton-erottelua. Toisaalta Kafer (2013, 7) pyrkii myös Liz Crown (1996), Anna Mollown (2006) ja Susan Wendellin (2001) tavoin nostamaan esiin ruumiin/mielen vammoihin liittyviä kipuja, kärsimyksiä ja (joidenkin vammaisten) hoidon tai parannuksen halua. Samalla Kafer (2013, 6) nostaa esiin lääketieteen poliittisuuden: lääketieteen käytännöt ovat kietoutuneita kulttuurisiin ja materiaalsiin valtasuhteisiin. Crown (1996), Wendellin (2001) ja Mollown (2006) klassisen sosiaalisen mallin kritiikit perustelevat kaikki tällaista mallia. Poliittis-relaationaalinen malli tarkastelee vammaisuutta – tai transsukupuolisuutta – suhteissa olevana. Tällainen malli tarkastelee vammaisuuteen liittyviä kipua ja kärsimystä (tai transkokemuksiin liittyvää dysforiaa) yhtä aikaa todellisina ja hoidon tarvetta perustelevina ja kokemuksina, jotka ovat monimutkaisessa suhteessa yhteiskunnalliseen sortoon ja kulttuuriin kategorisointeihin. Tällainen vammaisuuden malli on hyödyllinen myös transtutkimukselle ja -liikkeelle.

LOPUKSI

Keskittyessään ainoastaan rakenteelliseen syrjintään ja sulkiessaan ruumiin/mielen vammat pois keskustelusta, sosiaalinen malli on ulossulkenut niiden kokemukset, jotka yhteiskunnallisten muutosten lisäksi haluavat hoitoja tai parannuskeinon – asioita, jotka myös transliikkeen näkökulmasta ovat relevantteja. Transliikkeelle olennaisia kysy-

myksiä ovat myös hoidon puute, riittämätön hoito sekä lääketieteen keskittyminen ihmisen itsensä näkökulmasta epäolennaisiin asioihin olennaisten tarpeiden asemesta. Nämä kysymykset eivät mahdu sosiaalisen mallin kysymyksenasetteluihin. Nykyhetken transteorian ja -aktivismiin on kuitenkin huomioitava myös (joidenkin) transihmisten kokemaa kärsimys ja hoidontarve yhteiskunnallisten rakenteiden kritiikin lisäksi. Ottamalla huomioon ihmisten kokemukset kivusta ja hoidosta vammais- ja transliikkeet voivat paremmin haastaa vallitsevia lääketieteellisiä käytäntöjä. Nämä liikkeet voivat tuoda esiin myös esimerkiksi kokemuksia riittämättömästä tai normalisaatioon keskittyvästä hoidosta, jossa ihmisten avun- tai hoidontarve ei tule kohdatuksi. Kivun ja hoidon tarpeen huomioon otava teoria ja aktivismi voi perustua edelleen sille oivallukselle, että diagnoosit ja hoitokäytännöt ovat taloudellisten, poliittisten ja kulttuuristen voimien yhteisvaikutuksen tulos. Tämä oivallus mahdollistaa diagnoosien, diagnostisten käytäntöjen ja hoitokäytäntöjen tarkastelun kulttuurismateriaalisina teknologioina, jotka ovat vääjäämättä muutoksen tilassa. Tietyt lääketieteen käytännöt edistävät enemmänkin normalisaatiota, tai kyvykkään ruumiin ja mielen normien pakottamista diagnosoituihin ruumiisiin/mieliin, kuin ihmisten hyvinvointia. Ihmisten itsemäärittelemän avuntarpeen analyttinen erottaminen niistä lääketieteen käytännöistä, joiden fokus on normalisaatiossa, on olennaista poliittis-relaationaalisen mallin omaksuvalle liikkeelle, oli se sitten vammaisliike tai transliike.

Emmi Vähäpassi on tohtorikoulutettava Turun yliopistossa ja valmistelee väitöskirjaansa mediatutkimuksen oppiaineessa. emmi.vahapassi@utu.fi

- Aarnipuu, Tiia (2008) *Trans. Sukupuolen muunnelmia*. Helsinki: Like.
- Areheart, Bradley A. (2012) Disability Trouble. *Yale Law & Policy Review* 29:347, 347–388.
- Baril, Alexandre (2015) Transness as Debility. Rethinking Intersections Between Trans and Disabled Embodiements. *Feminist Review* 111:1, 59–74.
- Bettcher, Talia Mae (2014) Trapped in the Wrong Theory: Rethinking Trans Oppression and Resistance. *Signs: Journal of Women in Culture and Society* 39:2, 383–406.
- Bremer, Signe (2013) Penis as Risk: A Queer Phenomenology of Two Swedish Transgender Women's Narratives on Gender Correction. *Somatechnics* 3:2, 329–350.
- (2011): *Kroppslinjer. Kön, transsexualism och kropp i berättelser om könskorrigering*. Göteborg & Stockholm: Makadam.
- Campbell, Fiona Kumari (2009) *Contours of Ableism. The Production of Disability and Abledness*. New York & Basingstoke: Palgrave.
- Castañeda, Claudia (2014) Developing Gender: The Medical Treatment of Transgender Young People. *Social Science & Medicine* 143: 262–270. doi: 10.1016/j.socscimed.2014.11.031.
- Crow, Liz (1996) Including All Our Lives: Renewing the Social Model of Disability. Teoksessa Morris, Jenny (toim.) (1996) *Encounters with Strangers: Feminism and Disability*. London: Women's Press. <http://www.roaring-girl.com/wp-content/uploads/2013/07/Including-All-of-Our-Lives.pdf> (haettu 22.2.2017).
- Ekins, Richard & King, Dave (1996) *Blending Genders: Social Aspects of Cross-dressing and Sex-changing*. London: Routledge.
- Irni, Sari (tulossa 2017) On the Materialisation of Hormone Treatment Risks: A Trans/Feminist Approach. *Body and Society* (hyväksytty julkaistavaksi).
- Kafer, Alison (2013) *Feminist, Queer, Crip*. Bloomington & Indianapolis: Indiana University Press.
- (2003) Compulsory Bodies: Reflections on Heterosexuality and Able-bodiedness. *Journal of Women's History* 15:3, 77–89.
- Kondelin, Sade (2013) Sukupuolitahti? *SQS: Suomen Queer-tutkimuksen seuran lehti* 7:1–2, 59–62. <http://journal.fi/sqs/article/view/50799>
- Krieg, Josephine (2012) A Social Model of Trans and Crip Theory. Narratives and Strategies in the Redefinition of the Pathologized Trans Subject. *lambda nordica* 24:1–2, 33–53.
- Latham, J.R. (2016) Making and Treating Trans Problems: The Ontological Politics of Clinical Practices. *Studies in Gender and Sexuality* 17:4, 1–22.
- Linander, Ida, Alm, Erika, Hammarström, Anne & Harryson, Anne (2016) Negotiating the (Bio)medical Gaze – Experiences of Trans-specific Healthcare in Sweden. *Social Science & Medicine* 174, 9–16.
- McRuer, Robert (2006) *Crip Theory. Cultural Signs of Queerness and Disability*. New York & London: New York University Press.
- Meyerowitz, Joanne (2002) *How Sex Changed*. Cambridge, Mass: Harvard University Press.
- Mog, Ashley & Lock Swarr, Amanda (2008) Threads of Commonality in Transgender and Disability Studies. *Disability Studies Quarterly* 28:4. <http://www.ds-qds.org/article/view/152/152> (haettu 22.2.2017).
- Mollow, Anna (2006) "When Black Women Start Going on Prozac..." the Politics of Race, Gender, and Emotional Distress in Meri Nana-Ama Danquah's Willow Weep for Me. *MELUS* 31: 3, 67–99.
- Moran, Mark (2013) New Gender Dysphoria Criteria Replace GID. *Psychiatric News*, 5.4.2013. <http://psychnews.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.pn.2013.4a19> (haettu 16.2.2017).
- Namaste, Viviane (2000) *Invisible Lives: The Erasure of Transsexual and Transgendered People*. Chicago: University of Chicago Press.
- Oliver, Mike J. (1993) *What's so Wonderful About Walking?* Inaugural Professorial Lecture. University of Greenwich, London. 9.2.1993. <http://disability-studies.leeds.ac.uk/files/library/Oliver-PROFLEC.pdf> (haettu 22.2.2017).
- Patsavas, Alyson (2014) Recovering a Cripistemology of Pain: Leaky Bodies, Connective Tissue, and Feeling Discourse. *Journal of Literary and Cultural Disability Studies* 8:2, 203–18.
- Price, Margaret (2015) The Bodymind Problem and the Possibilities of Pain. *Hypatia: A Journal of Feminist Philosophy* 30:1, 268–84.
- Prosser, Jay (1998) *Second Skins*. New York: Columbia University Press.
- Shakespeare, Tom & Watson, Nicholas (2001) The Social

- Model of Disability: An Outdated Ideology? Teoksessa Barnartt, Sharon N. & Altman, Barbara M. (toim.) *Exploring Theories and Expanding Methodologies: Where We Are and Where We Need to Go*. Series: Research in Social Science and Disability 2. Amsterdam and New York: JAI, 9–28. <http://disability-studies.leeds.ac.uk/files/library/Shakespeare-social-model-of-disability.pdf> (haettu 22.2.2017).
- Sedgwick, Eve Kosofsky (1997) Paranoid Reading and Reparative Reading; or, You're So Paranoid, You Probably Think This Introduction is about You. Teoksessa Eve Kosofsky Sedgwick (toim.) *Novel Gazing: Queer Readings in Fiction*. Durham: Duke University Press, 1–37.
- Spade, Dean (2003) Resisting Medicine, Re/modeling Gender. *Berkeley Women's Law Journal* 15, 15–37.
- Stone, Sandy (1991) The Empire Strikes Back: A Posttranssexual Manifesto. Teoksessa Epstein, Julia & Straub, Kristina (toim.) *Body Guards: The Cultural Politics of Gender Ambiguity*. New York: Routledge, 280–304.
- Stryker, Susan & Sullivan, Nikki (2009) King's Member, Queen's Body: Transsexual Surgery, Self-Demand Amputation, and the Somatechnics of Sovereign Power. Teoksessa Sullivan, Nikki & Murray, Samantha (toim.) *Somatechnics: Queering the Technologisation of Bodies*. Surrey & Burlington: Ashgate, 49–61.
- Stryker, Susan (2008) *Transgender History*. Berkeley, CA: Seal Press.
- (1994) My Words to Victor Frankenstein. Above the Village of Chamounix: Performing Transgender Rage. *GLQ: A Journal of Lesbian and Gay Studies* 1:3, 227–254.
- Sullivan, Nikki (2008) The Role of Medicine in the (Trans)Formation of "Wrong" Bodies. *Body & Society* 14:1, 105–116.
- Tainio, Luca (2013) Dikotomisesta transsukupuolisuudesta queeriin transgenderiin? Paradigmanmuutoksen mahdollisuus lääketieteen tavassa käsitteellistää trans*kokemusta. *SQS: Suomen Queer-tutkimuksen seuran lehti* 7:1–2, 18–28. <http://journal.fi/sqs/article/view/50795>
- Urhonen, Amu (2011) *Kompastuksia*. Helsinki: Into Kustannus.
- Vaahtera, Touko (nimellä Elina) & Vähäpassi, Emmi (2013) Vammaisuuden haluaminen ja kulttuuriset normit. Teoksessa Irni, Sari, Meskus, Mianna & Oikonen, Venla (toim.) *Muokattu elämä. Teknotiede, sukupuoli ja materiaalisuus*. Tampere: Vastapaino, 233–263.
- Wendell, Susan (2001) Unhealthy Disabled: Treating Chronic Illnesses as Disabilities. *Hypatia: A Journal of Feminist Philosophy* 16:4, 17–33.
- WHO (2017) *The 11th Revision of the International Classification of Diseases (ICD-11) is due by 2018*. Classifications, 3.2.2017. <http://www.who.int/classifications/icd/revision/en/> (haettu 16.2.2017).
- (2016) *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)-WHO Version for 2016*. <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2016/en#/F64> (haettu 16.2.2017)
- Wickman, Jan (2001) *Transgender Politics: The Construction and Deconstruction of Binary Gender in the Finnish Transgender Community*. Åbo: Åbo Akademis Förlag.
- Winters, Kelley (2013) GID Reform in the DSM-5 and ICD-11: a Status Update. *GID Reform Weblog by Kelley Winters*, 13.6.2013. <https://gidreform.wordpress.com/2013/06/13/gid-reform-in-the-dsm-5-and-icd-11-a-status-update/> (haettu 16.2.2017).

POLITICAL-RELATIONAL MODEL OF TRANSGENDER

In this article, I examine what applying insights from the field of disability studies into trans studies and trans politics can offer. The focus of the article is on the social model of disability and its critiques. I suggest, in discussion with disability studies, that it can be useful to consider what a social model of transgender and a political-relational model of transgender might mean, and to ponder the implications of these models for trans studies and politics. The social model of trans studies, which focuses on transgressing binary gender, makes it hard to articulate dysphoria or the need for (medical) care. As a result, it becomes more difficult to challenge the authority of medicine regarding these. I argue that the critiques of the social model, which concentrate on pain and materiality, can help trans studies and activism in efforts to analyze medical practices and even to change them.