

Anita Lorenc

Uniwersytet Warszawski
Instytut Polonistyki Stosowanej
ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-7614-0881>

Joanna Stempień

TVN24, TVN24 BIS

Standard postępowania logopedycznego w przypadku osób transpłciowych przechodzących tranzycję – wprowadzenie do problematyki oraz propozycja procedur

Standards of practice for speech therapy in transgender clients undergoing transition – introduction to issues and practice proposal

Streszczenie: Publikacja stanowi propozycję postępowania logopedycznego w przypadku osób transpłciowych przechodzących tranzycję i jest pierwszą próbą zaznajomienia środowiska polskich logopedów z tą tematyką. Scharakteryzowano grupę docelową, określono specyfikę jej potrzeb i możliwości, zaprezentowano podstawowe techniki terapeutyczne. Standard powstał w oparciu o analizę materiałów i publikacji anglojęzycznych (głównie amerykańskich) poświęconych diagnozie i terapii osób transpłciowych oraz dzięki adaptacji metod stosowanych w logopedii artystycznej, a także w przypadkach dysfonii.

Słowa kluczowe: transpłciowość, tożsamość płciowa, diagnoza i terapia głosu, tranzycja, dysforia płciowa.

Summary: The article contains proposal of standards of practice for speech therapy in transgender clients undergoing transition and is the very first attempt to introduce this subject to Polish speech-language pathologists. In the article the target group has been characterized, its special needs and capabilities have been defined, the basic therapeutic techniques have been presented. The standard was created based on the analysis of foreign (mostly American) materials and publications. Methods used in voice training for actors/singers and in dysphonia speech therapy were adapted accordingly.

Keywords: transgender, gender identity, voice diagnosis and therapy, transition, gender dysphoria.

Wprowadzenie

Głos to jedna z tych cech, która dla każdego człowieka jest unikatowa i niepodrabialna – jak charakter pisma czy linie papilarne – i właśnie dlatego umożliwia łatwą identyfikację rozmówcy. Grażyna Demenko, autorka rozdziału pt. *Wprowadzenie do podstaw biolingwistyki w Zarysie foniatryi klinicznej*, na pierwszym miejscu wśród funkcji głosu i intonacji wymienia właśnie **funkcję indeksową**, czyli wskazującą cechy indywidualne lub identyfikujące przynależność społeczną. Sposób oraz zakres zmian wysokości tonu, średnie położenie głosu stanowią podstawę do oceny wieku, **płci**, specyficznych cech wymowy, osobowości mówcy (Demenko 2019). W przypadku osób transpłciowych, a więc takich, u których odczuwana tożsamość płciowa jest inna niż płeć biologiczna przypisana przy urodzeniu (Grabski i in. 2020; Lew-Starowicz i in. 2020), głos nie tylko identyfikuje płeć biologiczną, ale wręcz ją **demaskuje**. Głos może być elementem ekspresji płciowej, ale w przypadku osób transpłciowych, ze względów fizjologicznych, bardzo często nie jest on zgodny z odczuwaną tożsamością płciową. To z kolei może prowadzić do cierpienia (dysforia płciowa) i poważnych trudności w funkcjonowaniu społecznym.

W Stanach Zjednoczonych, a później również w Europie Zachodniej i Azji Południowo-Wschodniej, rola logopedów oraz terapeutów głosu, którą mogą odegrać w zmniejszeniu cierpienia odczuwanego przez osoby transpłciowe (zwłaszcza transpłciowe kobiety¹), została dostrzeżona już kilka dekad temu. W Polsce terapia logopedyczna mająca na celu lepsze dopasowanie brzmienia głosu do odczuwanej tożsamości płciowej jest tematem prawie nieznanym (Stempień 2021). Na rynku wydawniczym nie ukazały się żadne polskojęzyczne publikacje naukowe poświęcone tej kwestii. Niniejsze opracowanie stanowi pierwszą próbę zaznajomienia środowiska polskich logopedów z potrzebami transpłciowych pacjentów i pacjentek.

Terminologia

W ostatnich dziesięcioleciach definicje takich pojęć, jak transseksualizm, transpłciowość wielokrotnie się zmieniały (por. ICD-10 1990, DSM-5 2013 i wcześniejsze wersje). Obecnie przyjmuje się, że uczucie niezgodności między płcią przypisaną przy urodzeniu a tożsamością płciową nie jest zaburzeniem psychicznym (ICD-11 2018; Grabski i in. 2020). Najnowsza wersja Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób WHO ICD-11 nazywa to zjawisko „niedopasowaniem płci” (ang. *gender incongruence*)

¹ U transpłciowych mężczyzn terapia hormonalna daje zazwyczaj zadowalające efekty – na skutek stosowania androgenów dochodzi do mutacji. U transpłciowych kobiet analogiczny efekt nie jest możliwy do uzyskania. Feminizacja głosu może się dokonać wyłącznie w wyniku interwencji fonochirurgicznej i/lub terapii logopedycznej.

i klasyfikuje je w kategorii nie chorób, a „stanów związanych ze zdrowiem seksualnym”. Niedopasowanie płci zdefiniowane zostało przez ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia jako **wyraźna i trwała niezgodność między doświadczaną płcią a płcią przypisaną** (ICD-11 2018). Oznacza to, że pacjent odczuwa stały dyskomfort psychiczny oraz niedopasowanie wynikające z płci, z którą się utożsamia i którą odczuwa, a płcią stwierdzoną przy narodzinach na podstawie wyglądu genitaliów i zapisaną w metryce. Z kolei w obecnie obowiązującej klasyfikacji Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM-5 z 2013 r. termin „transpłciowość” zastąpiono terminem „dysforia płciowa” (ang. *gender dysphoria*) i zdefiniowano następująco: „Manifestuje się ona na wiele sposobów, w tym poprzez silne pragnienie bycia traktowanym jako osoba należąca do drugiej płci lub silne pragnienie pozbycia się swoich cech płciowych lub poprzez silne przekonanie, że osoba ma uczucia i reakcje typowe dla drugiej płci” (DSM-5 2013). Uogólniając, tożsamość płciowa (nazywana też identyfikacją płciową) to subiektywne poczucie przynależności do danej płci (lub do żadnej płci), które nie ma jednoznacznego związku z anatomiczną budową narządów płciowych (Grabski i in. 2020). Szczególnie dobrze wiedzą to właśnie osoby transpłciowe. Atrybuty kobiecości i męskości, poczucie przynależności do płci męskiej, kobiecej, a nawet do żadnej z nich, wykraczają daleko poza biologię.

Identyfikacja z daną płcią wykształca się we wczesnym dzieciństwie i stanowi jeden z podstawowych elementów tożsamości każdego człowieka. Szeroko pisali o tym Zygmunt Freud czy Erik Erikson oraz wielu innych psychiatrów, psychoanalityków i psychologów rozwoju człowieka (zob. Rawa-Kochanowska 2011). Zrozumiałe wydaje się zatem, że odczuwanie niedopasowania tożsamości płciowej do płci biologicznej może (ale nie musi!) prowadzić do trwałego dyskomfortu i cierpienia. By je zmniejszyć lub zniwelować, transpłciowy pacjent przechodzi przez wieloetapowy, zindywidualizowany proces tranzykcji. **Tranzykcja nie oznacza faktycznej zmiany płci**. Oznacza dopasowanie cech fizycznych ciała do odczuwanej tożsamości płciowej. Dlatego, z szacunku dla pacjentów i pacjentek, proponuje się stosować terminy „**tranzykcja**” oraz „**korekta płci**”, a nie „zmiana płci”. W opracowanych przez Światowe Stowarzyszenie Specjalistów(-ek) do spraw Zdrowia Osób Transpłciowych „Standardach opieki zdrowotnej dla osób transseksualnych, transpłciowych i różnorodnych płciowo” (WPATH 2012) czytamy, że proces tranzykcji może się składać z następujących etapów:

- diagnostyka medyczna (psychiatryczna, chirurgiczna, hormonalna, foniatryczna),
- terapia hormonalna w celu feminizacji/maskulinizacji ciała (np. mutacja pod wpływem testosteronu, pojawienie się owłosienia na twarzy, ustanie miesiączkowania),
- leczenie operacyjne zmieniające pierwszo- i drugorzędowe cechy płciowe (operacje klatki piersiowej, narządów płciowych, twarzy, dłoni oraz usunięcie owłosienia czy zmniejszenie chrząstki tarczowatej),
- zabiegi fonochirurgiczne (obejmujące szkielet chrząstki krtani lub tylko fałdy głosowe w celu zmniejszenia lub zwiększenia napięcia fałdów głosowych),

- terapia psychiatryczna, seksuologiczna, psychologiczna (indywidualna, dla rodzin, dla par, grupowa),
- **terapia głosu i komunikacji,**
- formalnoprawna zmiana tożsamości.

Dla specjalistów z WPATH **terapia dotycząca głosu i komunikacji** (*voice and communication therapy*) to „szereg oddziaływań specjalistycznych, których celem jest pomoc pacjentom w rozwinięciu charakterystyk związanych z głosem i komunikacją, korespondujących z tożsamością i rolą płciową pacjentów. Będzie to m.in. pomoc w osiągnięciu charakterystycznych dla danej płci wysokości głosu, intonacji, tempa wypowiedzi, gestów czy grymasów twarzy” (WPATH 2012).

Populacja osób transpłciowych na świecie i w Polsce

Nie tylko w Polsce, ale właściwie na całym świecie struktura demograficzna oraz liczebność populacji osób transpłciowych nie zostały przebadane w sposób wystarczający. Wynika to przede wszystkim ze specyfiki tej grupy społecznej, która jest narażona na dyskryminację, transfobię, brak akceptacji czy zrozumienia, jak również na akty agresji. Osoby transpłciowe, częściej niż pozostała część populacji, cierpią na problemy psychiczne (Świder, Wiśniewski 2017). Z raportu przygotowanego przez Kampanię Przeciw Homofobii, Stowarzyszenie Lambda Warszawa oraz Fundację Trans-Fuzja dotyczącego sytuacji społecznej osób LGBT w Polsce za lata 2015–2016 wynika, że aż 28,4% osób LGBT cierpi na depresję i miewa myśli samobójcze (w skali całej populacji to 5%, cyt. za: Świder, Wiśniewski 2017). W konsekwencji, obawiając się stygmatyzacji, często są one nieufne i chronią swoją tożsamość, a dotarcie do nich jest utrudnione (WPATH 2012). Z badań Instytutu Williamsa na Uniwersytecie Kalifornijskim z 2016 r. wynika, że osoby transpłciowe stanowią 0,6% całej amerykańskiej populacji, co przekładałoby się na prawie 2 miliony obywateli. Przy założeniu, że w Polsce ten odsetek jest podobny, w naszym społeczeństwie żyje prawdopodobnie około kilkudziesięciu tysięcy osób transpłciowych, które potencjalnie mogą potrzebować wsparcia logopedycznego.

„Płeć” głosu

Głos, tak jak każdy dźwięk, posiada pewne cechy akustyczne (częstotliwość, natężenie, struktura widma, iloczas) oraz odpowiadające im cechy audytywne, czyli wrażenia słuchowe (wysokość, głośność, barwa, długość trwania). Za identyfikację „płci” głosu w dużej mierze odpowiada jego wysokość, czyli częstotliwość, z jaką drgają fałdy głosowe. A to z kolei zależy od ich budowy. Im fałd głosowy jest dłuższy i grubszy, tym jest mniej napięty i wolniej drga, a percepcyjnie głos jest odbierany

jako niższy, czyli bardziej męski. Im fałd głosowy jest krótszy i cieńszy, tym jest bardziej napięty i szybciej drga, a percepcyjnie głos jest odbierany jako wyższy, czyli bardziej kobiecy (Obrębowski 2008). Średnia długość fałdów głosowych u mężczyzn wynosi 15–20 mm, a u kobiet 8–12 mm (Obrębowski 2008). Zakres częstotliwości podstawowej głosu u mężczyzn wynosi 50–250 Hz, u kobiet natomiast 120–480 Hz (Laver 1994).

Trzeba zauważyć, że potrzeby związane z terapią logopedyczną będą różne u transpłciowych kobiet i u transpłciowych mężczyzn. Transkobiety to osoby, u których przy urodzeniu stwierdzono biologicznie płć męską (ang. *assigned male at birth* – AMAB), ale które odczuwają swoją tożsamość płciową jako kobiecą (Grabski i in. 2020; Lew-Starowicz i in. 2020). Jeśli terapia hormonalna nie została wprowadzona przed pokwitaniem i dojrzewanie płciowe nie zostało zahamowane, to u takich pacjentek dochodzi do mutacji (rozrostu krtani i fałdów głosowych) i w konsekwencji do nieodwracalnego obniżenia głosu (Mitrinowicz-Modrzejewska 1963; Obrębowski, Pruszewicz 2019). **Feminizacja głosu**, czyli nadanie mu „kobiecego” brzmienia, może się zatem dokonać wyłącznie poprzez inwazyjne zabiegi fonochirurgiczne, skracające fałdy głosowe oraz zwiększające ich napięcie (glottoplastyka, tyreoplastyka typu IV, zob. Szyfter 2016) i/lub poprzez nieinwazyjną specjalistyczną terapię logopedyczną. **Fonochirurgia** to jeden z działów laryngologii zajmujący się chirurgią krtani, w tym modyfikacją długości, masy oraz napięcia fałdów głosowych. W ramach fonochirurgii „podejmuje się działania mające na celu naprawę lub zachowanie głosu. Jest to zgodne z zamierzonym celem zabiegu, który odnosi się bardziej do poprawy jakości życia, niż jego ochrony” (Jackowska, Wierzbicka 2016: 327). A zatem fonochirurgia jest chirurgią funkcjonalną, której podstawowym zadaniem jest usprawnienie czynności fonacyjnej. Zabiegi fonochirurgiczne są wykonywane u transpłciowych pacjentek w celu feminizacji głosu, ale również u innych chorych cierpiących z powodu dysfonii czy dysfunkcji fałdów głosowych (np. usunięcie zmian organicznych – polipów czy guzów, zwiększenie napięcia fałdów po udarze mózgu). W ramach fonochirurgii można wyróżnić między innymi podgrupę zabiegów modyfikujących szkielet krtani (tyreoplastyka) oraz zabiegi obejmujące wyłącznie fałdy głosowe (glottoplastyka). Obecnie najbardziej rozpowszechnionym zabiegiem fonochirurgicznym przeprowadzanym w celu feminizacji głosu jest **glottoplastyka Wendlera** (Kim 2020). Polega ona na nacięciu wewnętrznej krawędzi obu fałdów głosowych oraz założeniu szwów w celu trwałego zmniejszenia ich długości o około 25% (Kim 2020; Heckmann, Hess 2019). W rezultacie skrócenie długości fałdów i zwiększenie ich napięcia powoduje podwyższenie częstotliwości i wysokości głosu. Zabiegi takie są standardowo i z dużym powodzeniem wykonywane u transpłciowych kobiet w Stanach Zjednoczonych oraz w krajach Europy Zachodniej w celu feminizacji brzmienia głosu.

Pierwsza publikacja opisująca zastosowanie w Polsce procedury fonochirurgicznej w celu feminizacji głosu u transpłciowej pacjentki ukazała się w 2014 r. w „Polskim Przeglądzie Otolaryngologicznym” (Bąk i in. 2014). Eksperci z Katedry i Kliniki Otolaryngologii WUM wykonali zabieg tyreoplastyki typu IV u 22-letniej pacjentki.

W rezultacie częstotliwość podstawowa tonu podstawowego (F0) przy fonacji głoski [a] osiągnęła 211,19 Hz (przed operacją: 178,2 Hz). Z kolei pierwsza glottoplastyka Wendlera została wykonana dopiero w 2016 r. przez grupę foniatorów i otolaryngologów ze Śląskiego Uniwersytetu Medycznego (Katedra I Oddział Kliniczny Otolaryngologii i Onkologii Laryngologicznej w Zabrze) oraz Instytutu Medycyny Pracy im. Nofera w Łodzi. W celu feminizacji głosu u 25-letniej pacjentki skrócono fałdy głosowe o ponad 50% ich długości. W wyniku wykonanej glottoplastyki Wendlera częstotliwość podstawowa wzrosła ze 109 Hz do 209 Hz, a zmiana brzmienia głosu pozytywnie wpłynęła na subiektywną samoocenę głosu przez pacjentkę: wynik kwestionariusza VHI (Voice Handicap Index) poprawił się z 99 pkt przed operacją do 19 pkt po operacji² (Misołek i in. 2016).

Należy podkreślić, że w ramach opieki pooperacyjnej (po wstępnym zabliźnieniu ran) zaleca się, aby pacjentki zostały poddane terapii logopedycznej w celu ustabilizowania i utrwalenia efektów. Ta pooperacyjna terapia zasadniczo różni się od feminizującej terapii logopedycznej prowadzonej bez interwencji chirurgicznej i nie stanowi tematu niniejszego opracowania.

W przypadku transpłciowych mężczyzn, czyli osób, u których przy urodzeniu stwierdzono biologicznie płęć żeńską (ang. *assigned female at birth* – AFAB), ale które odczuwają swoją tożsamość płciową jako męską, terapia hormonalna, zastosowana nawet po okresie dojrzewania płciowego, może prowadzić do zadowalających efektów w zakresie zmiany wysokości głosu, czyli do androfonii (obniżenie głosu na skutek stosowania androgenów; zob. Tanabe 1985). Pod wpływem stosowania męskich hormonów płciowych w ciągu 9–12 miesięcy dochodzi do rozrostu krtani, uwapnienia chrząstek krtaniowych, zwiększenia masy fałdów głosowych, zmian przerostowych w nabłonku fałdów głosowych, utraty elastyczności włókien więzadeł głosowych (Obrębowski 2008), czyli do mutacji i zazwyczaj wyraźnego, nieodwracalnego obniżenia głosu o około oktawę (Adler i in. 2019). A zatem transpłciowi mężczyźni wymagają wsparcia logopedycznego w mniejszym zakresie niż transpłciowe kobiety, bo wprowadzona przez endokrynologa lub seksuologa terapia hormonalna skutecznie rozwiązuje kwestię **maskulinizacji głosu** i dopasowania jego brzmienia do identyfikowanej płci.

Należy odnotować, że poza częstotliwością na percepcyjną „płęć” głosu wpływ mają również głośność, dominujący rezonans, sposób i precyzja artykulacji, intonacja, liczba i dobór słów, a także mimika, utrzymywanie kontaktu wzrokowego, gestykulacja, ruchy i postawa ciała (Adler i in. 2019). Wydobywający się z krtani dźwięk nie jest jeszcze głosem, który słyszymy. Stanowi bazę, która podlega dalszym modyfikacjom w jamach rezonacyjnych. Kierowanie głosu ku rezonatorom górnym, głowo-

² Voice Handicap Index, czyli Wskaźnik Niepełnosprawności Głosowej, to narzędzie badawcze służące do samooceny głosu. Zawiera 30 stwierdzeń, do których pacjent odnosi się na 5-stopniowej skali (0 – nigdy, 1 – prawie nigdy, 2 – czasami, 3 – prawie zawsze, 4 – zawsze). Im wyższa ostateczna punktacja, tym gorzej pacjent ocenia swój głos.

wym, będzie skutkowało uzyskaniem wyższego, jaśniejszego, „kobiecego” brzmienia. Kierowanie go ku rezonatorom dolnym, piersiowym, da niższą, ciemniejszą, bardziej „męską” barwę (Obrębowski 2008; Mitrinowicz-Modrzejewska 1963). Efekt podwyższenia lub obniżenia głosu można również uzyskać za pomocą ruchów krtani – jej wysokie położenie sprzyja tworzeniu głosu wysokiego, a przesunięcie ku dołowi sprzyja obniżaniu brzmienia. Przeprowadzone w połowie lat 90. badania amerykańskie wykazały z kolei, że mężczyźni mają tendencję do mniej wyraźnego wymawiania słów (kobiety częściej artykułują dokładniej, bo szerzej otwierają usta) oraz do mniejszych wahań intonacji (Avery, Liss 1996). Z szeroko zakrojonych analiz dwojga psychologów, Campbella Leopera i Melanie Ayres, wynika natomiast, że głos używany przez mężczyzn jest bardziej stanowczy, kategoriyczny, podczas gdy wypowiedzi kobiet mają charakter bardziej inkluzywny (Leaper, Ayres 2007). Płynące z powyższych badań wnioski mają dla logopedy pracującego z osobami transpłciowymi zasadnicze znaczenie. Jeśli pacjent lub pacjentka nie ma możliwości lub nie chce skorzystać z operacyjnej plastyki fałdów głosowych, logopeda wciąż posiada wachlarz nieinwazyjnych technik modyfikowania wysokości i barwy głosu (naturalnie w pewnych, fizjologicznych granicach). Polami terapii stają się jamy rezonacyjne, tor głosowy, prozodia czy zachowania niewerbalne.

Postępowanie terapeutyczne – diagnoza i terapia logopedyczna

Przy konstruowaniu „Standardu postępowania logopedycznego w przypadku osób transpłciowych przechodzących tranzycję” autorki korzystały z modelu zaproponowanego przez Stanisława Grabiasa (Grabias 2015), który standard postępowania logopedycznego definiuje jako „wzorcowy układ czynności stosowanych w terapii określonego zaburzenia mowy, budowany tak, by to postępowanie było skuteczne. Układ czynności terapeutycznych musi być spojony kolejnością procedur, jakie w swoim postępowaniu logopeda powinien stosować. Są nimi: **diagnozowanie** (opis stanu języka badanej osoby – deskrypcja, oraz objaśnianie przyczyn tego stanu – interpretacja), **programowanie terapii** i wreszcie samo **postępowanie terapeutyczne**” (Grabias 2015: 13). Autorki zdają sobie sprawę z tego, że używany przez S. Grabiasa termin „zaburzenie mowy” nie pasuje do doświadczeń pacjentów transpłciowych, którzy zgłaszają się do logopedy w poszukiwaniu pomocy, choć ich głos nie jest zaburzony. Jest on fizjologicznie prawidłowy i zdrowy, a do zmiany brzmienia musi dojść z wykorzystaniem odpowiednich strategii terapeutycznych w celu dopasowania głosu do odczuwanej przez pacjenta tożsamości płciowej. Celem postępowania logopedycznego nie jest zatem terapia zaburzenia mowy.

Źródłem informacji potrzebnych do stworzenia standardu były publikacje z zakresu seksuologii (Grabski i in. 2020; Lew-Starowicz i in. 2020), otolaryngologii (Szyfter 2016), foniatrii (Obrębowski, Pruszczyk 2019), dysfonii (Wysocka 2015), logopedii

artystycznej i emisji głosu (Kazanecka, Szkiełkowska 2011; Linklater 2012; Toczyska 2019), a także angielskojęzyczne publikacje naukowe dotyczące *stricte* terapii głosu u osób transpłciowych autorstwa uznanych logopedów i foniatrów (Adler, Hirsch 2019; Hancock 2019; Mills 2017). Autorki dokonały krytycznej analizy dostępnych dokumentów oraz analizy treści. Oprócz polsko- i angielskojęzycznych publikacji drukowanych autorki przeanalizowały powszechnie dostępne materiały wideo oraz treningi głosu autorstwa amerykańskich terapeutek, które same są transpłciowymi kobietami.

Praca z pacjentami transpłciowymi wymaga szczególnej wiedzy oraz specyficznej postawy terapeutycznej. Dlatego autorki uznały za konieczne nakreślenie najważniejszych zasad, do których logopeda powinien się bezwzględnie stosować (por. WPATH 2012; Adler i in. 2019; Hancock 2019; Kata, Wiśniewska 2021). Pacjent powinien czuć się w gabinecie logopedycznym komfortowo i bezpiecznie, więc jednym z zadań terapeuty jest zapewnienie takiej opieki, która afirmuje tożsamość płciową pacjenta oraz redukuje cierpienie związane z dysfonią płciową, jeśli jest ono obecne. Podstawową regułą jest **używanie takiego imienia i takich zaimków, które są zgodne z odczuwaną przez pacjenta tożsamością płciową**. Jednocześnie terapeuta powinien ustalić, jakiej tożsamości pacjent chce używać w obecności osób trzecich – np. w kontaktach z innymi terapeutami, pacjentami czy pracownikami recepcji. Niezbędne jest posiadanie przez logopedę podstawowej, aktualnej wiedzy z zakresu zdrowia osób transpłciowych, włączając w to feminizujące/maskulinizujące terapie hormonalne i zabiegi chirurgiczne, a także specyficzne dla osób transpłciowych problemy psychospołeczne. Należy pamiętać, że terapia logopedyczna stanowić będzie zapewne jeden z etapów szerszego procesu tranzycji. Dlatego podczas diagnozy i wstępnego wywiadu warto dopytać o przebyte operacje czy przyjmowane leki hormonalne. Jednocześnie pacjent powinien mieć pewność, że pytania zadawane przez logopedę mają jedynie pomóc w lepszym dostosowaniu terapii i że nie wynikają one z nadmiernego zainteresowania terapeuty tematem korekty płci. Co oczywiste, na każdym etapie terapii pacjentowi musi być zagwarantowana **pełna poufność**. Ponieważ efekty podlegają subiektywnej ocenie pacjenta, terapia powinna być nakierowana właśnie na potrzeby i oczekiwania pacjenta. Nie należy zatem forsować działań terapeutycznych, na które nie jest on gotowy lub do których nie jest przekonany. I wreszcie – od logopedy wymagana jest **bezwzględnie pozytywna postawa i empatia**. Osoby transpłciowe często mają negatywne doświadczenia z terapeutami i specjalistami zajmującymi się opieką zdrowotną, a w konsekwencji niewielką wiarę we własne siły i możliwości. Logopeda powinien ewentualne obawy czy opory pacjenta dostrzec i na nie odpowiedzieć. Etyka zawodowa wymaga, by terapeuta szczerze poinformował pacjenta, jakie efekty są realnie do osiągnięcia w ramach wyłącznie terapii logopedycznej, bez interwencji chirurgicznej i/lub hormonalnej. Przedłużanie terapii bez szans na dalszy postęp (głębsza feminizacja/maskulinizacja głosu) należy uznać za nieetyczne. Jednocześnie terapeuta, który nie czuje się na siłach sprostać powyższym wymaganiom, powinien zapewnić pacjentowi opiekę innego logopedy.

Jak wynika z modelu S. Grabiasa (2015), pierwszym etapem postępowania logopedycznego powinno być **diagnozowanie**, składające się z pogłębionego wywiadu oraz z rozszerzonego badania logopedycznego. Już na początku pierwszej wizyty terapeuta powinien ustalić, w jaki sposób ma się zwracać do pacjenta, tak by czuł się on komfortowo zarówno w gabinecie, jak i poza nim. Ważne są informacje dotyczące m.in.: etapu tranzykcji, przebytych lub planowanych zabiegów fonochirurgicznych, dotychczasowej terapii logopedycznej i/lub laryngologicznej i/lub foniatrycznej i/lub audiologicznej, przyjmowanych leków i/lub używek, dotychczasowych samodzielnych prób modyfikacji głosu, ewentualnych innych problemów z głosem i/lub artykulacją (do uzgodnienia z pacjentem, czy ewentualne występowanie np. dyslalii obwodowej również ma podlegać terapii), oczekiwań i/lub obaw związanych z terapią, wsparcia ze strony rodziny/partnera/przyjaciół. W ramach diagnozy rekomendowane jest wykonanie percepcyjnej oraz akustycznej analizy głosu pacjenta, które należy powtórzyć dla porównania efektów w dalszych etapach terapii. Do percepcyjnej oceny głosu można wykorzystać skalę GRBAS (Hirano 1981). Warto także określić średnią wysokość głosu, czyli najwygodniejszy dla pacjenta zakres wysokości w mowie (w tekstach czytanych, wygłaszanych, w wypowiedziach swobodnych), adekwatność wysokości głosu do wieku i płci, umiejętność utrzymania danej wysokości głosu, umiejętność zmian wysokości głosu (por. Wysocka 2015). Z kolei do subiektywnej oceny głosu pacjenta można wykorzystać m.in. Skalę Samooceny Niepełnosprawności Głosu (ang. *Voice Handicap Index*). Narzędziem badawczym stworzonym specjalnie dla logopedów pracujących z transpłciowymi kobietami jest Trans Woman Voice Questionnaire, czyli Kwestionariusz Samooceny Głosu dla Transpłciowych Kobiet (pierwotna nazwa zmieniona w 2020 r.: *Transsexual Voice Questionnaire*) autorstwa Shelagh Davies i Georgii Dacakis (2012). Obecnie, za zgodą i pod nadzorem autorek TWVQ, finalizowany jest proces tłumaczenia i walidacji tego narzędzia na język polski (Lorenc, Stempień 2022). Podczas przeprowadzania klasycznej diagnozy logopedycznej, polegającej między innymi na ocenie głosu (por. Wysocka 2015) oraz morfologii i czynności układu ustno-twarzowego (por. Borowiec 2018), terapeuta powinien zwrócić szczególną uwagę na ocenę czasu fonacji oraz toru oddechowego. Ma to znaczenie zwłaszcza u transpłciowych mężczyzn, którzy w celu optycznego zmniejszenia piersi często stosują na klatce piersiowej opaski uciskowe, tzw. bindery (bandaże elastyczne, staniki sportowe). Mogą one powodować zwiększenie napięcia w szyi i barkach oraz znaczne skrócenie i spłycenie oddechu.

Etapem następującym po diagnozowaniu jest **programowanie terapii**. Uwzględniając możliwości (czasowe, finansowe oraz warunki anatomiczne), a także potrzeby pacjenta, logopeda powinien wyznaczyć cel oraz ramy czasowe terapii. W pracy z pacjentami transpłciowymi zasadnicze znaczenie ma poziom ich zadowolenia i subiektywna satysfakcja z uzyskanych efektów. Głos powinien być jak najlepiej dopasowany do tożsamości płciowej, pacjent powinien się nim posługiwać w sposób swobodny, wręcz zautomatyzowany, używając bogatej prozodii i zróżnicowanego natężenia. Jednocześnie trzeba podkreślić, że wydobywający się z krtani dźwięk ma

być uzyskiwany w fizjologicznie prawidłowy sposób – bez nadmiernego wysiłku i obciążania łańdów głosowych czy mięśni szyi/krtani. Przy wyznaczaniu celów terapeuta powinien określić realną do osiągnięcia, docelową częstotliwość (u transpłciowych kobiet to 150–185 Hz, u transpłciowych mężczyzn to 110–200 Hz – cyt. za: Adler i in. 2019). Zalecane jest wykonywanie regularnej rejestracji (audio i wideo) postępów. Pacjent powinien wykonywać codzienny zestaw ćwiczeń samodzielnie w domu oraz prowadzić dziennik „zdarzeń komunikacyjnych”, z opisanymi sytuacjami, w których udało mu się, bądź nie udało, mówić docelowym głosem (czy były to sytuacje stresujące, w obecności jakich osób, w jakich okolicznościach, w jakim miejscu).

Podczas etapu przygotowującego do właściwego **postępowania terapeutycznego** (niezależnie od tego, czy celem jest feminizacja czy maskulinizacja głosu) należy zapoznać pacjenta z podstawami anatomii i fizjologii głosu (por. Obrębowski, Pruszczyk 2019; Szyfter 2016), co pozwoli mu lepiej zrozumieć celowość wykonywanych ćwiczeń. Niezbędne jest również zaprezentowanie najważniejszych zasad z zakresu higieny głosu (por. Kazanecka, Szkiełkowska 2011; Rokitiańska, Laskowska 2003). Podczas procesu feminizacji lub maskulinizacji głos jest tworzony w sposób, do którego organizm nie był dotychczas przyzwyczajony, a to z kolei rodzi ryzyko przeciążeń i uszkodzeń głosu. By ich uniknąć, terapię należy rozpocząć od wprowadzenia technik relaksacyjnych i ćwiczeń oddechowych oraz od rozgrzewki narządów mowy. Jak zostało to już wcześniej zauważone, to transpłciowe kobiety będą zdecydowanie częściej szukać wsparcia logopedy niż transpłciowi mężczyźni. Istnieje kilka technik ułatwiających podwyższenie brzmienia głosu w celu uzyskania efektu jego feminizacji. Pierwsza z nich polega na **skróceniu toru głosowego** (odcinka od łańdów głosowych do warg). Długość toru głosowego według danych U. Goldstein wynosi 14,1 cm u kobiet i 16,9 cm u mężczyzn, gdzie część ustna obejmuje u kobiet 7,8 cm, zaś u mężczyzn 8,1 cm, pozostała zaś część to jama gardłowa, która u kobiet ma długość 6,3 cm, a u mężczyzn 8,9 cm (Stevens 2000)³. Zaobserwowano bowiem zależność, że im tor głosowy jest krótszy, tym głos jest wyższy, a im tor głosowy jest dłuższy, tym głos jest niższy. Skrócenie toru głosowego można uzyskać za pomocą

³ Można łatwo zauważyć, iż część ustna toru głosowego u kobiet i mężczyzn ma podobną długość (różnica wynosi jedynie 3 mm), a różnica wynosząca 2,6 cm wynika z odmiennej długości odcinka gardłowego, który można modyfikować. W rozprawie A. Trawińskiej (2017, 108) czytamy: „Praca W. Fitcha i J. Giedda, oparta na analizie obrazów z magnetycznego rezonansu dla 129 osób w wieku 2,8–25 lat, identyfikuje również moment zasadniczy dla kształtowania się różnicy w wielkości układu mownego kobiet i mężczyzn, tj. okres dojrzewania (między 10 a 15 r.ż.) – wtedy następuje ponowne, względem tego dokonującego się dla obu płci w okresie między 3 miesiącem a 3 r.ż., obniżenie się krtani, ale tylko u mężczyzn, i to ponowne obniżenie się krtani odpowiada zasadniczo za zróżnicowanie wielkości układu mownego w zależności od płci (*secondary descent of the larynx*; Fitch, Giedd 1999: 1512, 1517, 1519). Przyczyny tego dodatkowego obniżenia krtani u mężczyzn W. Fitch i J. Giedd tłumaczą następująco: »We suggest that this secondary descent represents a sexually dimorphic morphological adaptation to give adult males a more imposing and resonant to females or prepubescent males« (Fitch, Giedd 1999: 1517)”.

m.in. unoszenia krtani, zwierania ścian gardła, ruchów żuchwy, ruchów języka (unoszenie nasady), ruchów warg. Drugi sposób polega na **zmniejszeniu wielkości masy wibrującej w fałdach głosowych**, bo im fałd głosowy jest dłuższy i grubszy, tym wolniej drga i głos percepcyjnie jest niższy, a im fałd głosowy jest krótszy i cieńszy, tym szybciej drga i głos percepcyjnie jest wyższy. Na tym etapie terapeuta może zademonstrować pacjentce różnice w brzmieniu, tak by zrozumiała ona, do jakiego efektu powinna dążyć. Konieczne jest jednak samodzielne eksperymentowanie i szukanie przez pacjentkę własnych możliwości. Trzeci sposób ułatwiający feminizację głosu polega na **zmianie udziału rezonatorów**. Jak tłumaczy Antoni Pruszewicz: „Dźwięk tworzony przez fałdy głosowe jest słaby i bezbarwny, dopiero kiedy przechodzi przez jamy rezonacyjne, ulega wybiórczemu wzmocnieniu, uzyskując odpowiednie natężenie i charakter. Głos jako fala akustyczna powstała w krtani podlega zjawiskom fizycznym: współbrzmienia, czyli rezonansu wymuszonego, oraz odbrzmienia, czyli rezonansu swobodnego” (Obrębowski, Pruszewicz 2019). To właśnie w jamach rezonacyjnych głos nabiera charakterystycznej, unikatowej barwy, która umożliwia rozróżnienie głosu różnych osób nawet wtedy, gdy te głosy mają taką samą częstotliwość i natężenie. Przy pomocy murmuranda (długa fonacja głoski [m] z wyraźnie odczuwanymi wibracjami na wargach i w głowie) można nauczyć się kierować dźwięk ku rezonatorom górnym, głowowym, które nadają głosowi jasne, wyższe brzmienie (w przeciwieństwie do rezonatorów dolnych, piersiowych).

Ponieważ praca nad feminizacją głosu jest w dużej mierze intuicyjna, łatwo o popełnienie błędów grożących groteskowym efektem. Głosy, których należy unikać, zostały opisane przez praktykujące amerykańskie terapeutki jako: „Pani Doubtfire” (niska częstotliwość, zbyt mocny rezonans – w efekcie zabawne nacechowanie), „Myszka Minnie” (falset), „Wiedźma” (wąski rezonans, napięte mięśnie gardła – w efekcie głos skrzeczący, ochrypły), „Szeptacz” (brak udziału fałdów głosowych), „Drag Queen” (unosowanie, zbyt niska częstotliwość).

U transpłciowych mężczyzn konsultacja logopedyczna może być potrzebna, gdy nie doszło do wystarczającego obniżenia głosu w wyniku terapii hormonalnej i mutacji, pacjent odczuwa wysiłek podczas produkcji głosu, pojawiają się trudności z modyfikacją głosu (np. zmianą natężenia, intonacji), głos jest osłabiony po operacji fonochirurgicznej lub gdy doszło do spłycenia oddechu na skutek gwałtownego przyrostu wagi (pod wpływem testosteronu) i/lub stosowania opasek uciskowych.

Nieodzownymi elementami każdej terapii są: regularna kontrola postępów, stopniowe zwiększanie trudności zadań, w tym przede wszystkim wykonywanie ćwiczeń w coraz trudniejszych dla pacjenta sytuacjach społecznych, oraz świadome słuchanie i autokontrola pacjenta. Zazwyczaj spotkania w gabinecie logopedycznym powinny się odbywać raz w tygodniu – terapeuta uczy, jak prawidłowo ćwiczyć, a zasadniczą część pracy pacjent wykonuje samodzielnie (codziennie!) w domu.

Wnioski i dyskusja

Podjęty przez autorki niniejszego artykułu temat otwiera wiele wątków do dyskusji. Jako pierwszy wymienić należy przede wszystkim to, że opieka logopedyczna nad osobami transpłciowymi w Polsce jest problemem nowym i niewątpliwie nie wolno go lekceważyć. Terapia logopedyczna pozwalająca uzyskać głos pasujący do odczuwanej tożsamości płciowej może pomóc pacjentom transpłciowym w osiągnięciu dobrostanu psychicznego. Oprócz tego podjęte w rozdziale zagadnienie wymaga uwzględnienia go w logopedycznych klasyfikacjach zaburzeń mowy, choć zaburzeniem nie jest. Postępowanie logopedyczne w przypadku osób transpłciowych przechodzących tranżycję niewątpliwie powinno być ujęte w akademickich standardach kształcenia logopedów. W tej chwili brakuje specjalistów, którzy byłiby przygotowani na prowadzenie terapii logopedycznej osób transpłciowych. Co więcej, konieczne jest zbudowanie obustronnych standardów współpracy ze środowiskiem laryngologów i foniatorów specjalizujących się w omawianym zagadnieniu, jak również opracowanie opieki logopedycznej nad pacjentami pooperacyjnymi (w tym również tymi, którzy decydują się na zabiegi chirurgiczne poza granicami Polski i póki co tam też wracają po terapię). W samej terapii logopedycznej pacjentów transpłciowych – oprócz uwzględnienia rozmaitych aspektów, które starano się opisać w niniejszym rozdziale – w dużej mierze można adaptować strategie stosowane w przypadkach dysfonii, jak również ćwiczenia z zakresu emisji głosu i logopedii artystycznej. W związku z tym, iż terapia głosu osób transpłciowych nie jest specyficzna językowo, niewątpliwie należy wykorzystywać techniki wypracowane przez logopedów z innych krajów świata, posiadających bogate doświadczenie w pracy z osobami transpłciowymi. Autorki rozdziału pragną wyraźnie podkreślić konieczność szczególnej indywidualizacji terapii w przypadku osób transpłciowych. Feminizacja lub maskulinizacja głosu to długa droga zmian fizycznych, neurofizjologicznych i psychosomatycznych, które przekształcają męski system fonacyjny w żeński lub odwrotnie. Dlatego strategie modyfikacji głosu powinny być zindywidualizowane w zależności od stanu fizycznego danej osoby, pożądanej zmiany wysokości głosu, warunków ekonomicznych i zajmowanych ról społecznych. Dodatkowo logopedzi powinni być przygotowani do podjęcia współpracy z pacjentami na różnych etapach tranżycji, gdyż decyzja o podjęciu terapii zawsze zależy od indywidualnych potrzeb pacjenta. Na podstawie publikowanych doniesień światowych można wnioskować, iż kobiety transpłciowe znacznie częściej poddają się terapii głosu niż zabiegom fonochirurgicznym, ze względu na jej łatwiejszą dostępność i możliwość zastosowania. Niewątpliwie istnieje potrzeba prowadzenia rzetelnych badań naukowych, w tym długoterminowych, poświęconych terapii głosu u osób transpłciowych, co mogłoby w znacznym stopniu przysłużyć się weryfikacji i standaryzacji procedur.

Autorki standardu zdają sobie sprawę, iż przedstawione w niniejszym rozdziale rozważania dotyczą elementarnych, aczkolwiek nieporuszanych dotychczas w polskiej

literaturze, kwestii dotyczących postępowania logopedycznego w przypadku osób transpłciowych przechodzących tranzycję. Jeszcze raz należy podkreślić wagę podjętego problemu, który jest nieobecny w standardach kształcenia logopedów w Polsce, a tym samym w standardach postępowania terapeutycznego. Tymczasem najnowszymi badaniami światowymi obejmowane są już małe dzieci doświadczające dysforii płciowej. W ich przypadku ewentualna tranzycja ma wyłącznie wymiar społeczny, czyli obejmuje na przykład dopasowanie imienia i/lub stroju do odczuwanej tożsamości płciowej (zob. Olson i in. 2022)⁴.

Bibliografia

- Adler R., Hirsch S., Pickering J., 2019, *Voice and Communication Therapy for the Transgender/ Gender Diverse Client. A Comprehensive Clinical Guide*, San Diego: Plural Publishing.
- Avery J., Liss J., 1996, *Acoustic characteristics of less-masculine-sounding male speech*, „Journal of the Acoustical Society of America”, t. 99 (6), s. 3738–3748.
- Bąk I., Bruzgielewicz K., Domeracka-Kołodziej A., Majszyk A., Niemczyk K., 2014, *Tyreoplastyka typu IV w leczeniu głosu u transseksualisty typu M/K*, „Polski Przegląd Otorynolaryngologiczny”, t. 3.
- Borowiec A., 2018, *Sprzężone zaburzenia w układzie ustno-twarzowym. Zasady współpracy w zespole terapeutycznym: ortodonta–logopeda–fizjoterapeuta*, [w:] *Metody terapii logopedycznej*, red. A. Domagała, U. Mirecka, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 1052–1056.
- Davies S., Dacakis G., 2012, *The Trans Women Voice Questionnaire (TWVQ)*. Dostępne w internecie: <https://www.latrobe.edu.au/_data/assets/pdf_file/0005/1146218/TWVQ-Questionnaire-English.pdf>
- Dacakis G., Davies S., Oates J., Douglas J., Johnston J., 2013, *Development and preliminary evaluation of the Transsexual Voice Questionnaire for male-to-female transsexuals*, „Journal of Voice”, t. 27 (3), s. 312–320.
- Demenko G., 2019, *Wprowadzenie do podstaw biolingwistyki*, [w:] *Zarys foniatryi klinicznej*, red. A. Obrębowski, A. Pruszewicz, Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego, s. 63–80.
- DSM-5, 2013, *Kryteria diagnostyczne zaburzeń psychicznych DSM-5*, Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne.
- Dysforia i niezgodność płciowa. Kompendium dla praktyków*, 2020, red. B. Grabski, M. Mijas, M. Dora, G. Iniewicz, Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie.

⁴ Dane pochodzą z Trans Youth Project, obejmującego 317 dzieci w Stanach Zjednoczonych i Kanadzie, które przeszły tzw. tranzycję społeczną w wieku od 3 do 12 lat. Uczestnicy przechodzili tranzycję średnio w wieku 6,5 lat. Jak wynika z badania, zdecydowana większość z tej grupy pięć lat później nadal identyfikowała się z wybraną tożsamością płciową, a nie z płcią biologiczną przypisaną przy urodzeniu. Wiele z nich w okresie dojrzewania zaczęło stosować leki hormonalne w celu wywołania zmian biologicznych zgodnych z odczuwaną tożsamością płciową. Badanie wykazało, że 2,5% grupy powróciło do identyfikacji z płcią przypisaną im w chwili urodzenia. Badacze planują kontynuować obserwację tej grupy przez 20 lat po rozpoczęciu ich przemian społecznych.

- Goldstein U.G., 1980, *An articulatory model for the vocal tracks of growing children*, Boston: Massachusetts Institute of Technology.
- Grabias S., 2015, *Postępowanie logopedyczne. Standardy terapii*, [w:] *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, red. S. Grabias, J. Panasiuk. T. Woźniak, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 13–35.
- Hancock A.B., Siegfried L.L., 2019, *Transforming Voice and Communication with Transgender and Gender Diverse People*, San Diego: Plural Publishing.
- Heckmann B., Hess M., 2019, *Stimmfeminisierung. Die Kombination logopädischer Stimmarbeit und der stimmhöhenden Operation Glottoplastik*, „Forum Logopädie”, t. 6, s. 6–13.
- Hirano M., 1981, *Clinical examination of Voice*, Nowy Jork: Springer-Verlag.
- ICD-10, 1990, *Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób*. Dostępne w internecie: <<https://icd.who.int/browse10/2019/en>>
- ICD-11, 2018, *Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób*. Dostępne w internecie: <<https://icd.who.int/en>>
- Jackowska J., Wierzbińska M., 2016, *Fonochirurgia*, [w:] *Laryngologia – wybrane zagadnienia z patologii jamy ustnej, gardła, krtani i okolic*, red. W. Szyfter, Poznań: Termedia Wydawnictwa Medyczne, s. 327–336.
- Kata J., Wiśniewska E., 2021, *Transprzejazny gabinet*, Warszawa: Trans-Fuzja, Fundacja na rzecz Osób Transpłciowych.
- Kazanecka E., Szkiełkowska A., 2011, *Emisja głosu. Wskazówki metodyczne*, Warszawa: Instytut Fizjologii i Patologii Słuchu, Uniwersytet Muzyczny Fryderyka Chopina.
- Kim Hyung-Tae, 2020, *Vocal Feminization for Transgender Women: Current Strategies and Patient Perspectives*, „International Journal of General Medicine”, t. 13.
- Laryngologia – wybrane zagadnienia z patologii jamy ustnej, gardła, krtani i okolic*, 2016, red. W. Szyfter, Poznań: Termedia Wydawnictwa Medyczne.
- Laver J., 1994, *Principles of phonetics*, Cambridge: Cambridge University Press.
- Leaper C., Ayres M., 2007, *A meta-analytic review of gender variations in adults' language use: Talkativeness, affiliative speech, and assertive speech*, „Personality and Social Psychology Review”, t. 11, s. 328–363.
- Linklater K., 2012, *Uwolnij swój głos. Tworzenie obrazów w pracy nad głosem i mową*, Kraków: Państwowa Wyższa Szkoła Teatralna im. Ludwika Solskiego.
- Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, 2015, red. S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Lorenc A., Stempień J., 2022, *Kwestionariusz Samooceny Głosu dla Transpłciowych Kobiet*. Dostępne w internecie: <<https://www.latrobe.edu.au/communication-clinic/resources>>
- Mills M., 2017, *The Voice Book for Trans and Non-Binary People*, Londyn: Jessica Kingsley Publishers.
- Misołek M., Niebudek-Bogusz E., Morawska J., Orecka B., Ścierański W., Lisowska G., 2016, *Problemy głosowe związane z płcią u transseksualistów – aspekty terapeutyczne*, „Endokrynologia Polska”, t. 67, s. 452–455.
- Mitrinowicz-Modrzejewska A., 1963, *Fizjologia i patologia głosu, słuchu i mowy. Rozpoznanie, leczenie i rehabilitacja*, Warszawa: Państwowy Zakład Wydawnictw Lekarskich.
- Obrębski A., 2008, *Narząd głosu i jego znaczenie w komunikacji społecznej*, Poznań: Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego.
- Olson K.R., Durwood L., Horton R., Gallagher N.M., Devor A., 2022, *Gender Identity 5 Years After Social Transition*, „Pediatrics”. Dostępne w internecie: <<https://publications.aap.org/pediatrics/article/doi/10.1542/peds.2021-056082/186992/Gender-Identity-5-Years-After-Social-Transition>>
- Rawa-Kochanowska A., 2011, *Poczucie tożsamości płciowej w teorii i badaniach*, Warszawa: Difin SA.

- Rokitiańska M., Laskowska H., 2003, *Zdrowy głos*, Bydgoszcz: Wydawnictwo Akademii Bydgoskiej im. Kazimierza Wielkiego.
- Seksuologia*, 2020, red. M. Lew-Starowicz, Z. Lew-Starowicz, V. Skrzypulec-Plinta, Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie.
- Stempień J., 2021, *Standard postępowania logopedycznego w przypadku osób transpłciowych przechodzących tranzycję*, niepublikowana praca dyplomowa, Materiały Instytutu Polonistyki Stosowanej UW.
- Stevens K.N., 2000, *Acoustic phonetics*, Cambridge, Massachusetts, London, England: The MIT Press.
- Strategie Queer. Od teorii do praktyki*, 2012, red. M. Kłosowska, M. Drozdowski, A. Stasińska, Warszawa: Difin SA.
- Sztumski J., 2020, *Wstęp do metod i technik badań społecznych*, Katowice: Wydawnictwo Naukowe „Śląsk”.
- Sytuacja społeczna osób LGBT+ w Polsce. Raport za lata 2015–2016*, 2016, red. M. Świder, M. Winiewski, Warszawa: Kampania Przeciw Homofobii.
- Tanabe M., Tomoyuki H., Honjo I., Isshiki N., 1985, *Surgical Treatment for Androphonia*, „Folia Phoniatica”, t. 37, s. 15–21.
- Toczyńska B., 2019, *Elementarne ćwiczenia dykcji*, Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Oświatowe.
- Trawińska A., 2017, *Charakterystyka akustyczna realizacji miękkiego odpowiednika bezdźwięcznego okluzywu wularnego w polszczyźnie ogólnej*, niepublikowana rozprawa doktorska, Materiały Polskiej Akademii Nauk, Instytut Sławistyki.
- WPATH [Światowe Stowarzyszenie Specjalistów (-ek) do spraw Zdrowia Osób Transpłciowych], 2012, *Standardy opieki zdrowotnej dla osób transseksualnych, transpłciowych i różnorodnych płciowo*. Dostępne w internecie: <<https://www.wpath.org/publications/soc>>
- Wysocka M., 2015, *Postępowanie logopedyczne w przypadkach osób z czynnościowymi zaburzeniami głosu*, [w:] *Logopedia. Standardy postępowania logopedycznego*, red. S. Grabias, J. Panasiuk, T. Woźniak, Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, s. 603–623.
- Zarys foniatrii klinicznej*, 2019, red. A. Obrębowski, A. Pruszewicz, Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego.