Standardy i wytyczne w zakresie **diagnozy oraz terapii dzieci i młodzieży z problemami identyfikacji płciowej**

Stowarzyszenie Psychologów Chrześcijańskich

Stowarzyszenie Psychologów
Chrześcijańskich

2024

Standardy i wytyczne w zakresie **diagnozy oraz terapii dzieci i młodzieży z problemami identyfikacji płciowej**

Wzór cytowania:

Marianowicz-Szczygieł A., Margasiński A., Haynes L., Smyczynska J., van Mol A., Pietruszewski K., Próchniewicz J., Wozinska K., B. Chazan, Chochel K., Białecka B., Kołodziejczyk A. (2024). Standardy i wytyczne Stowarzyszenia Psychologów Chrześcijańskich w zakresie diagnozy oraz terapii dzieci i młodzieży z problemami identyfikacji płciowej. Warszawa: Stowarzyszenie Psychologów Chrześcijańskich.

Ogromne podziękowania za pomoc w przygotowaniu dokumentu dla wszystkich tych i innych, niewymienionych tu osób, które swoimi radami i cennymi uwagami, poświęconym czasem oraz praktyczną pomocą przyczyniły się do powstania niniejszego opracowania, a chciały pozostać anonimowe.

Dokument powstał także przy wsparciu Instytutu „Ona i On" (www.onaion.org.pl)

Opinie na temat dokumentu:

„'Standardy i wytyczne Stowarzyszenia Psychologów Chrześcijańskich w zakresie diagnozy oraz terapii dzieci i młodzieży z problemami identyfikacji płciowej' to kompleksowy dokument o potwierdzonych podstawach antropologicznych i naukowych, oparty na starożytnej zasadzie etyki lekarskiej: po pierwsze nie szkodzić. Co najmniej siedem niezależnych przeglądów systematycznych światowej literatury naukowej wykazało, że potwierdzanie niespójności płci wśród młodzieży ma charakter w najlepszym wypadku eksperymentalny i może skutkować znaczną, nieodwracalną szkodą. Społeczność międzynarodowa ma dług wdzięczności wobec tej organizacji za odważne opracowanie tych od dawna oczekiwanych standardów i wytycznych, dotyczących optymalnej i etycznej opieki nad młodzieżą mającą problemy z tożsamością płciową".

dr n. med. Michelle A. Cretella
Co-Chair, Adolescent Sexuality Council, Amerykańskie Kolegium Pediatrów, USA

„'Standardy i wytyczne Stowarzyszenia Psychologów Chrześcijańskich w zakresie diagnozy oraz terapii dzieci i młodzieży z problemami identyfikacji płciowej' szczegółowo omawiają antropologię ludzkiej seksualności i etiologię zagadnień związanych z tożsamością płciową. Zalecenia dotyczące postępowania z dziećmi i młodzieżą z zaburzeniami tożsamości płciowej są skrupulatne i metodyczne. W dłuższej perspektywie postępowanie zgodnie z zaleceniami niniejszego dokumentu ujawni także stopień rozpowszechnienia różnych aspektów omawianych tu zagadnień, umożliwiając opracowanie uproszczonej wersji wytycznych. Byłoby to korzystne dla wielu społeczności na całym świecie".

Bryan Shen
Licencjonowany Doradca, Region Południowej i Wschodniej Azji (Singapur, Malezja, Tajlandia, Filipiny oraz Wietnam)

„Te 'Standardy i wytyczne' są naprawdę doskonałe! Tak powinny wyglądać wszystkie standardy opieki nad dziećmi i młodzieżą mającymi wątpliwości dotyczące płci – przygotowane w oparciu o liczne przeglądy badań systematycznych i doświadczenie kliniczne właściwych organów ds. zdrowia. W końcu mamy także coś z chrześcijańskiego punktu widzenia!".

dr Laura Haynes, psycholog, USA
Executive Board, International Foundation for Therapeutic and Counseling Choice, Country Representative for U.S.A. (IFTCC.org)

„Jaka reakcja jest najlepsza w obliczu ogromnego wzrostu liczby młodych ludzi identyfikujących się jako osoby transpłciowe i/lub wyrażających tu niepewność? Na czym polega autentyczna, całościowa opieka nad dzieckiem? W oparciu o szeroko zakrojone badania i najnowsze przeglądy dowodów z wielu krajów europejskich i stanów USA, Standardy SPCh szczegółowo odpowiadają na te pytania. Standardy stanowią doskonałe i bardzo potrzebne lekarzom i terapeutom w Polsce wytyczne, zapewniając ugruntowaną naukowo alternatywę dla modelu afirmującego i jego kompleksowe podważenie".

dr Amy E. Hamilton,
Research Associate, University of Texas-Austin, USA

„Kwestia opieki nad dziećmi i młodzieżą doświadczającymi dezorientacji płciowej jest kontrowersyjnym problemem medycznym, społecznym, politycznym i prawnym we wszystkich krajach zachodnich. Zbyt często dobra praktyka kliniczna w krajach zachodnich zostaje przejęta przez ideologie społeczne i polityczne. Stowarzyszenie Psychologów Chrześcijańskich w Polsce stworzyło rozsądny i oparty na dowodach dokument, który zawiera spójne i wszech-

stronne spojrzenie na antropologię, badania naukowe, podstawy praktyki klinicznej i politykę społeczną analizy, które stanowią odpowiednią podstawę dla rozsądnych standardów najlepszych praktyk w diagnostyce i terapii. Niniejszy dokument – 'Standardy i wytyczne Stowarzyszenia Psychologów Chrześcijańskich w zakresie diagnozy oraz terapii dzieci i młodzieży z problemami identyfikacji płciowej'– jest fantastycznym źródłem, które określa zdroworozsądkowe i oparte na dowodach standardy opieki nad dziećmi doświadczającymi dezorientacji płciowej. To dzieło godne pochwały".

John Steenhof
Główny Prawnik, Human Rights Law Alliance, Australia

„Rozpoczęcie 'zmiany płci' u niedojrzałych osób jest jak gra w rosyjską ruletkę z 5 kulami na 6 miejsc w lufie. To szaleństwo, które będzie miało nieodwracalne konsekwencje dla nastolatka. Ostrożność sugerowana przez Stowarzyszenie Psychologów Chrześcijańskich w Polsce jest koniecznością dla wszystkich w tej kwestii.
We Francji ideolodzy gender przejęli władzę w krajowym systemie edukacji, a stowarzyszenia feministyczne i LGBT indoktrynują dzieci i nastolatki. Zwłaszcza chłopcy są zaburzeni, a ich męskość, jako przyszłych mężczyzn, dekonstruowana, niszczona [w zarodku]. Przyszłe konsekwencje są póki co nieobliczalne. Nawet władze chińskie obawiają się, że feminizacja chłopców może zagrozić ich cywilizacji.
Teoria gender to kompletny nonsens, unieważniony przez naukę oraz badania i obserwacje prowadzone od zarania dziejów. Jest to także przestępstwo, ponieważ prowadzi młodych ludzi do przekonania, że mogą wybrać płeć według własnego uznania".

Jean-Paul Benglia
Specjalista i mówca w dziedzinie teorii gender i jej niebezpieczeństw dla dzieci i nastolatków, Francja

„To długo oczekiwany i niezwykle potrzebny dokument, ponieważ pomaga profesjonalistom, nauczycielom i rodzicom, którzy często czują się zdezorientowani, jeśli chodzi o kwestie osób transpłciowych. Wytyczne są szczególnie cenne ze względu na ich silne wsparcie danymi naukowymi i ugruntowanie badaniami.
Niech Bóg błogosławi ten ważny początek!".

Kristina Malysheva,
psycholog, Ukraina

„Zakres, głębia, skala i przejrzystość Standardów SPCh są oszałamiające. Skutecznie rozpakowują, wyjaśniają i łączą wiele złożonych aspektów antropologicznych, socjologicznych, prawnych, historycznych, medycznych i naukowych związanych z kwestiami tożsamości płciowej. Słusznie podnosi się tu alarm w związku z różnymi 'niewiadomymi' i 'niepoznawalnymi' rzekomo (obecnie) czynnikami, o których każdy transpłciowy nastolatek powinien zostać poinformowany. Wybrzmiewa tu także oczywiste współczucie dla wszystkich zaangażowanych stron, a zalecenia dotyczące dalszych działań są pozytywne i praktyczne. Choć rzecz została bardzo dokładnie zbadana i opisana przez profesjonalistów, jest dostępna dla ogółu społeczeństwa, zwłaszcza dla rodziców, których dzieci zapewniają ich, że urodziły się w 'niewłaściwym ciele' i potrzebują 'zmiany płci'".

dr Lisa Severine Nolland
University of Bristol; CEO, Marriage, Sex and Culture Group, Londyn

SPIS TREŚCI

I. RAMY ANTROPOLOGICZNE 7

II. PODSTAWY NAUKOWE I PROFESJONALNE 9

III. PODSTAWOWE INFORMACJE, TERMINOLOGIA I RAMY ROZWOJOWE 16

IV. POLITYKA SPOŁECZNA I OGÓLNE RAMY DOTYCZĄCE POMOCY PROFESJONALNEJ 26

V. SZCZEGÓŁOWE REKOMENDACJE POSTĘPOWANIA Z DZIEĆMI I MŁODZIEŻĄ Z ZABURZENIAMI IDENTYFIKACJI PŁCIOWEJ LUB ICH PODEJRZENIEM ORAZ DOBRE PRAKTYKI W ZAKRESIE DIAGNOZY I TERAPII 30

Diagnoza wstępna 30

Ogólna ocena stanu zdrowia somatycznego 31

Diagnoza różnicowa 32

— Somatyczna diagnoza różnicowa (w tym endokrynologiczna i genetyczna) 32

— Psychiatryczna i psychologiczna diagnoza różnicowa 33

— Seksuologiczna diagnoza różnicowa 33

Wszechstronna diagnoza psychologiczna 34

Psychoterapia 37

Załącznik – odniesienia do systemu ewaluacji AGREE II 41

Standardy i wytyczne Stowarzyszenia Psychologów Chrześcijańskich w zakresie diagnozy oraz terapii dzieci i młodzieży z problemami identyfikacji płciowej

*Niniejszy dokument, zwany w skrócie „*Standardami SPCh 2024*", powstawał wieloetapowo na bazie pierwszej wersji z 2023 roku, która miała status „Projektu do konsultacji społecznych". W obecnej wersji staraliśmy się uwzględnić wnioski i uwagi, które do nas napłynęły, doprecyzować pewne pojęcia, a przede wszystkim zaktualizować i znacząco wzbogacić bibliografię, zwłaszcza w obszarze zdrowia, oraz nieznacznie uzupełnić wytyczne psychoterapeutyczne oraz ramy metodologiczne. Na kształt finalny dokumentu złożyła się praca kilkunastu ekspertów korzystających z międzynarodowych doświadczeń klinicznych i dorobku naukowego, psychologów, psychoterapeutów (w tym psychoterapeutów dzieci i młodzieży, rodziny oraz terapeutów uzależnień), seksuologów i lekarzy (o specjalnościach: medycyna rodzinna, psychiatria, endokrynologia dziecięca, ginekologia i położnictwo). To druga wersja tego dokumentu, niezmiernie potrzebnego w Polsce, wypełniającego istotną lukę w literaturze przedmiotu i terapeutycznej praktyce* [1]*. Dane organizacyjne i techniczne oraz odniesienia do systemu oceny jakości profesjonalnych wytycznych AGREE II (The Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation) znajdują się w załączniku. Zachęcamy także Państwa do przesłania profesjonalnych opinii, które przyczynią się do ulepszenia dokumentu w przyszłości (kontakt na stronie spch.pl, gdzie znajdują się także aktualne wersje dokumentu).*

1 Dotychczas ukazały się w Polsce jedynie standardy w nurcie afirmującym gender (por. rozróżnienie dalej), i to dotyczące osób dorosłych: 1. Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego, oraz 2. na łamach czasopisma *Endokrynologia Polska* (sugerujące jednak jako alternatywę psychoterapię w przypadku zarówno osób dorosłych, jak i dzieci, s. 413); źródła: 1. Grabski B., Rachoń D., Czernikiewicz W. i in. (2021). Zalecenia Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego dotyczące opieki nad zdrowiem dorosłych osób transpłciowych – stanowisko panelu ekspertów. *Psychiatr. Pol.* 55(3), s. 701–708; DOI: https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/125785; 2. Mędraś M., Józków P. (2010). Transseksualizm — aspekty diagnostyczne i terapeutyczne. *Endokrynologia Polska 61*, s. 412–416. https://journals.viamedica.pl/endokrynologia_polska/article/viewFile/25317/20146.

I. RAMY ANTROPOLOGICZNE

Każdy człowiek jest niepowtarzalną osobą, która stanowi jedność składającą się z wymiarów fizycznego, psychicznego i duchowego, których nie powinno się traktować rozłącznie. Każdy zasługuje w pełni na szacunek oraz posiada rozum i wolność (w przypadku dzieci w adekwatnym stopniu do wieku) – do realizacji indywidualnego sensu życia, w tym do podejmowania optymalnych życiowych wyborów. Nie jest jednak samotną wyspą, żyje w społeczeństwie, z którym łączą go więzy współzależności.

Płeć człowieka nie jest „stanem umysłu", ale binarną rzeczywistością biologiczną, ukierunkowaną funkcjonalnie na proces rozmnażania płciowego. Biologiczne wskaźniki męskości i kobiecości (rozumiane w kontekście zdolności rozrodczych) to chromosomy płciowe, gonady, hormony płciowe oraz jednoznaczne (męskie lub żeńskie) narządy płciowe wewnętrzne i zewnętrzne[2]. Niemal każda komórka[3] organizmu człowieka jest zróżnicowana płciowo, ciała kobiet i mężczyzn różnią się w wielu, nawet niewidocznych gołym okiem, aspektach anatomicznych i fizjologicznych[4].

Jakkolwiek istnieją także pewne statystyczne odmienności psychiczne między płciami[5, 6, 7], nie ulega wątpliwości, że płeć jest jednoznacznie biologiczna, wtórnie psychiczna (identyfikacja płciowa – autopercepcja płci), wtórnie kulturowa i społeczna (role płciowe – ekspresja płci). Identyfikacja psychiczna/identyfikacja płciowa (wielowariantowa i labilna) nie może zmienić warstw biologicznych, ponieważ subiektywna percepcja nie ma mocy zmiany rzeczywistości („ciało to ja"). Z tego powodu, w procesie tranzycji medycznej, płeć może ulegać tylko częściowej, sztucznej modyfikacji (feminizacja lub maskulinizacja wyglądu), a nie immanentnej zmianie (nie istnieje więc „zmiana płci"). Nie ulegają zmianie chromosomy płciowe w komórkach organizmu, nie ma możliwości przekształcenia gonad męskich (jąder) w żeńskie (jajniki) i odwrotnie (jest możliwe chirurgiczne usunięcie gonad, prowadzące jednak do bezpłodności, a nie do rzeczywistej zmiany płci w aspekcie zdolności rozrodczych)[8].

Niezwykle mała grupa tak zwanych osób interseksualnych, czyli cierpiących na zaburzenia rozwoju płci (*ang. disorders/differences of sex development – DSD*), u których nie jest możliwe jednoznaczne określenie płci na podstawie cech fenotypowych (wyglądu narządów płciowych), nie stanowi „trzeciej płci", gdyż nie istnieje inna, alternatywna droga rozmnażania (nie ma innych komórek rozrodczych poza męskimi i żeńskimi), tak więc zaburzenie to jest odstępstwem od powszechnego wzorca. Zaburzenia te są niezwykle rzadkie, szacowa-

2 Por. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5).* Arlington, VA: American Psychiatric Association, s. 829.

3 Dokładnie wszystkie „jądrzaste komórki somatyczne", które stanowią zdecydowaną większość. Przykładem wyjątku są u ludzi np. erytrocyty (krwinki czerwone), które są pozbawione jądra komórkowego.

4 Co za tym idzie istnieją zależne od płci różnice dotyczące podatności na choroby i przebiegu klinicznego chorób układu krążenia, nowotworów, zaburzeń metabolicznych, chorób autoimmunologicznych czy neurologicznych (w tym neurodegeneracyjnych). Por. Shi Y., Ma J., Li S. i in. (2024). Sex difference in human diseases: mechanistic insights and clinical implications. *Signal Transduction and Targeted Therapy* 10; 9(1),238. DOI: 10.1038/s41392-024-01929-7

5 Hyde J. S., Frost L. A.(2004). Metaanalizy w psychologii kobiety, w: Wojciszke B. [red.] *Kobiety i mężczyźni: odmienne spojrzenie na różnice.* Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, s. 15–47; por. zwł. tab. na s. 21–24 z zestawieniem wyników badań psychologicznych w zakresie różnic płciowych w czynnościach poznawczych.

6 Brandes C. M., Kushner S. C., Herzhoff K. i in. (2021). Facet-level personality development in the transition to adolescence: Maturity, disruption, and gender differences. *J Pers Soc Psychol,* Nov, 121(5), s. 1095–1111. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33180545/

7 Joshi P. D., Wakslak C. J., Appel G. i in. (2020). Gender differences in communicative abstraction. *Journal of Personality and Social Psychology* 118(3), s. 417–435. https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fpspa0000177

8 Odchodzenie od rzeczywistości biologicznej doprowadza do absurdów i paradoksów, jak- przykładowo – zmieniona definicja kobiecości oparta na myśleniu życzeniowym i pozornej wszechmocy myślenia: „Kobieta to uniwersalny stan egzystencjalny definiowany przez podporządkowanie się czyimś pragnieniom" – Andrea Long Chu (za: Shier A.[2023]. Nieodwracalna krzywda. Kraków: Dystrybucja AA, s. 229/tyt. ang.: Irreversible Damage).

ne na poziomie 0,022%[9] lub 0,018%[10]. W zdecydowanej większości przypadków osób z DSD (np. u osób z zespołem Turnera, zespołem Klinefeltera, wnętrostwem czy spodziectwem) nie ma wątpliwości dotyczących rozpoznania płci.

9 „Nieprawidłowości zewnętrznych narządów płciowych, które uzasadniają przeprowadzenie badań genetycznych i hormonalnych, występują z częstością 1 na 4500 urodzeń", tj. około 0,022%. Źródło: Hughes I.A., Nihoul-Fékété C., Thomas B. i in. (2007). Consequences of the ESPE/LWPES guidelines for diagnosis and treatment of disorders of sex development. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab* Sep; 21(3), s. 351–365. doi:10.1016/j.beem.2007.06.003.

10 „Jeśli termin interseksualizm ma zachować jakiekolwiek znaczenie, należy go ograniczyć do schorzeń, w których płeć chromosomalna jest niezgodna z płcią fenotypową lub w których fenotypu nie można sklasyfikować jako męskiego lub żeńskiego. Stosując tę bardziej precyzyjną definicję, rzeczywista częstość występowania interseksualizmu wynosi około 0,018%". Źródło: Sax L. (2002). How common is intersex? A response to Anne Fausto-Sterling. *J Sex Res* 39(3), s. 174–178. DOI: 10.1080/00224490209552139.

II. PODSTAWY NAUKOWE I PROFESJONALNE

Niniejsze profesjonalne standardy i wytyczne diagnostyczno-terapeutyczne, jako wiedza oparta na dowodach, powstały głównie, ale nie jedynie, na bazie przeglądu następujących publikacji literatury naukowej, międzynarodowych dokumentów i profesjonalnych wytycznych:

1. długofalowe dane z rejestrów zdrowia w Holandii[11], Danii[12] oraz Szwecji[13],
2. stanowisko European Society of Child and Adolescent Psychiatry (ESCAP) – federacji 36 krajowych stowarzyszeń psychiatrycznych[14],
3. raport państwowej szwedzkiej agencji SBU z grudnia 2019 roku na zamówienie szwedzkiego rządu (SBU 2019/427)[15],
4. niezależny brytyjski raport, tzw. *Cass review*, na zamówienie państwowej służby zdrowia z Wielkiej Brytanii – NHS England (2024)[16], (2022)[17],
5. dwa raporty NICE (The National Institute for Health and Care Excellence) z Wielkiej Brytanii na zamówienie państwowej służby zdrowia z Wielkiej Brytanii – NHS England (14.10.2020)[18], (21.10.2020)[19],
6. International Federation of Therapeutic and Councelling Choice (9.03.2023). *Wytyczne IFTCC dla opcji fachowej pomocy w kwestiach transgenderowych*[20],
7. wyrok Sądu Najwyższego w Wlk. Brytanii w sprawie Quincy Bell i Mrs A. *versus*

11 De Blok C. J. M., Wiepjes C. M., van Velzen D. M. i in. (2021). Mortality trends over five decades in adult transgender people receiving hormone treatment: a report from the Amsterdam cohort of gender dysphoria. *The Lancet Diabetes & Endocrinology* 9, s. 663–670. DOI: 10.1016/S2213-8587(21)00185-6.

12 Glintborg D., Møller J. J. K., Rubin K. H. i in. (2023). Gender-affirming treatment and mental health diagnoses in Danish transgender persons: A nationwide register-based cohort study. *European Journal of Endocrinology*, 189, s. 336–345. https://doi.org/10.1093/ejendo/lvad119; Por. Glintborg D., Rubin K., Kristensen S. i in. (2022). Gender affirming hormonal treatment in Danish transgender persons. A nationwide register-based study. *Andrology* 10(3) DOI: 10.1111/andr.13181

13 Dhejne C., Lichtenstein P., Boman M. i in. (2011). Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: Cohort study in Sweden. *PLoS ONE* 6(2), e16885. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0016885

14 Radobuljac M. D., Grošelj U., Kaltiala R., the ESCAP Policy Division, the ESCAP Board i in. (2024). ESCAP statement on the care for children and adolescents with gender dysphoria: an urgent need for safeguarding clinical, scientific, and ethical standards. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 33, s. 2011–2016. https://link.springer.com/article/10.1007/s00787-024-02440-8

15 Swedish Agency for Health Technology Assessment and Assessment of Social Services (20.12.2019). Gender dysphoria in children and adolescents: an inventory of the literature. A systematic scoping review. https://www.sbu.se/en/publications/sbu-bereder/gender-dysphoria-in-children-and-adolescents-an-inventory-of-the-literature/.

16 Cass H. (04.2024). *The Cass Review. Independent review of gender identity services for children and young people. Final report*. https://cass.independent-review.uk/wp-content/uploads/2024/04/CassReview_Final.pdf ze s. https://cass.independent-review.uk/home/publications/final-report/

17 Cass H. (02.2022). *The Cass Review. Independent review of gender identity services for children and young people. Interim report.* https://cass.independent-review.uk/wp-content/uploads/2022/03/Cass-Review-Interim-Report-Final-Web-Accessible.pdf.

18 N.I.C.E. (14.10.2020). *Evidence review: Gonadotrophin releasing hormone analogues for children and adolescents with gender dysphoria.* https://cass.independent-review.uk/wp-content/uploads/2022/09/20220726_Evidence-review_GnRH-analogues_For-upload_Final.pdf.

19 N.I.C.E. (21.10.2020). *Evidence review: Gender-affirming hormones for children and adolescents with gender dysphoria.* https://cass.independent-review.uk/wp-content/uploads/2022/09/20220726_Evidence-review_Gender-affirming-hormones_For-upload_Final.pdf.

20 IFTCC (9.03.2023). *IFTCC Principles for Approaches to Transgender Treatments*. https://learning.iftcc.org/principles-of-transgender-treatments/; Tłumaczenie: http://onaion.org.pl/2023/06/30/miedzynarodowe-wytyczne-w-kwestiach-transgenderowych/.

The Tavistock and Portman NHS Foundation Trust z dn. 1.12.2020, Case No: CO /60/2020[21],

8. stanowisko French National Academy of Medicine, z dn. 25.02.2022[22],
9. raport i stanowisko administracji zdrowia stanu Floryda[23, 24,],
10. stanowisko American College of Pediatricians[25, 26], stanowisko rządowej agencji COHERE Finland (16.06.2020)[27],
11. wytyczne Gender Exploratory Therapy Association (2022)[28],
12. wskazówki National Association of Practising Psychiatrists, Australia (18.03.2022)[29],
13. stanowisko Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists –grudzień 2021[30],
14. stanowisko Norwegian Healthcare Investigation Board – UKOM z marca 2023[31],
15. List otwarty Genspect i 3558 rodziców do członków Amerykańskiej Akademii Pediatrów (Genspect 18.02.2022)[32],
16. model stosowany w Gender Identity Service w Centre w Kanadzie[33],

---

21 Royal Courts of Justice (1.12.2020). Q. Bell i Mrs A. versus Tavistock and Portman NHS Foundation Trust. Case No. CO/60/2020. https://www.judiciary.uk/wp-content/uploads/2020/12/Bell-v-Tavistock-Judgment.pdf.

22 French National Academy of Medicine (25.02.2022). *Medicine and gender transidentity in children and adolescents*.https://www.academie-medecine.fr/la-medecine-face-a-la-transidentite-de-genre-chez-les-enfants-et-les-adolescents/?lang=en.

23 Florida Department of Health (20.04.2022). *Treatment of Gender Dysphoria for Children and Adolescents*. https://www.floridahealth.gov/_documents/newsroom/press-releases/2022/04/20220420-gender-dysphoria-guidance.pdf.

24 Florida Agency for Healthcare Administration (06.2022). Florida Medicaid Generally Accepted Professional Medical Standards Determination on the Treatment of Gender Dysphoria. https://ahca.myflorida.com/content/download/4869/file/AHCA_GAPMS_June_2022_Report.pdf

25 American College of Pediatricians (11.2018). *Gender Dysphoria in Children*. https://acpeds.org/position-statements/gender-dysphoria-in-children.

26 American College of Pediatricians (03.2021). *Sex is a Biological Trait of Medical Significance*. https://acpeds.org/position-statements/sex-is-a-biological-trait-of-medical-significance.

27 Council for Choices in Health Care in Finland (16.06.2020). *Medical treatment methods for dysphoria associated with variations in gender identity in minors – recommendation*. https://palveluvalikoima.fi/documents/1237350/22895008/Summary_minors_en.pdf/aaf9a6e7-b970-9de9-165c-abedfae46f2e/Summary_minors_en.pdf.

28 Gender Exploratory Therapy Association (2022). A Clinical Guide for Therapists Working with Gender-Questioning Youth Version 1. https://www.genderexploratory.com/wp-content/uploads/2022/12/GETA_ClinicalGuide_2022.pdf

29 National Association of Practising Psychiatrists (18.03.2022). *Managing gender dysphoria/incongruence in young people: A guide for health practitioners.* https://napp.org.au/2022/03/managing-gender-dysphoria-incongruence-in-young-people-a-guide-for-health-practitioners-2/

30 Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (12.2023). Position statement no. 103: "The role of psychiatrists in working with Trans and Gender Diverse people". https://www.ranzcp.org/news-policy/policy-and-advocacy/position-statements/gender-dysphoria.

31 Oryginał: UKOM (9.03.2023). Pasientsikkerhet for barn og unge med kjřnnsinkongruens. https://ukom.no/rapporter/pasientsikkerhet-for-barn-og-unge-medkjonnsinkongruens/sammendrag; omówienie w języku angielskim: Block J. (23.03.2023). Norway's guidance on paediatric gender treatment is unsafe, says review. BMJ 380:697.http://dx.doi.org/10.1136/bmj.p697 ; https://www.bmj.com/content/bmj/380/bmj.p697.full.pdf.

32 Genspect (18.06.2022). An Open Letter to the American Academy of Pediatrics – Genspect. https://genspect.org/an-open-letter-to-the-american-academy-of-pediatrics/; Tłumaczenie j. pol. na stronie Instytutu „Ona i On": http://onaion.org.pl/list-rodzicow-dzieci-z-zaburzeniami-plci/.

33 Zucker K. J., Wood H., Singh D. i in.(2012). A Developmental, Biopsychosocial Model for the Treatment of Children with Gender Identity Disorder. *Journal of Homosexuality 59(3),* s. 369–397; DOI: 10.1080/00918369.2012.653309.

17. model autorstwa Marcusa i Susan Evans (2020)[34], (2021)[35],

18. w oparciu o publikacje polskie[36, 37, 38, 39, 40],
19. na podstawie danych nt. detranzycji [41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49],

20. na bazie międzynarodowych przeglądów profesjonalnych wytycznych i stanowisk

34 Evans M. (2020). Freedom to think: The need for thorough assessment and treatment of gender dysphoric children. *BJ Psych Bulletin*, 1–5. https://doi.org/10.1192/bjb.2020.72 https://www.cambridge.org/core/journals/bjpsych-bulletin/article/freedom-to-think-the-need-for-thorough-assessment-and-treatment-of-gender-dysphoric-children/F4B7F-5CAFC0D0BE9FF3C7886BA6E904B

35 Evans M. i S. (2021). *Gender Dysphoria. A Therapeutic Model for Working with Children, Adolescents and Young Adults*. Bicester: Phoenix Publishing House.

36 Kmieciak B., Sobczyk P. [red.](2021). *Między chromosomem a paragrafem. Transseksualizm w ujęciu prawno-społeczno-medycznym*, s. 93–142, Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Wymiaru Sprawiedliwości.

37 Fajkowska M. (2001). *Transseksualizm i rodzina: Przekaz pokoleniowy wzorów relacyjnych w rodzinach transseksualnych kobiet*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN, Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej.

38 Marianowicz-Szczygieł A. (2022). Wzrost zaburzeń tożsamości płci wśród dzieci i młodzieży – dane z 10 krajów. Możliwe wyjaśnienia, wnioski dla rodziców. *Kwartalnik Naukowy Fides Et Ratio* 49(1), s. 122–141. https://doi.org/10.34766/fetr.v49i1.1060, TEKST PL: https://www.stowarzyszeniefidesetratio.pl/fer/2022-1Szczygiel.pdf.

39 Smyczyńska J. (2023). Opieka medyczna nad dziećmi i młodzieżą z dysforią płciową i niezgodnością płciową w świetle aktualnych rekomendacji – jak realizować zasadę *primum non nocere*? *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio* 3(55), s. 1–21. https://www.stowarzyszeniefidesetratio.pl/fer/2023-3Smy.pdf.

40 Dora M., Grabski B., Dobroczyński B. (2021). Gender dysphoria, gender incongruence and gender nonconformity in adolescence – Changes and challenges in diagnosis. *Psychiatria Polska* 55(1), s. 23–37. https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/113009

41 Littman L. (2021). Individuals treated for gender dysphoria with medical and/or surgical transition who subsequently detransitioned: a survey of 100 detransitioners. *Archives of Sexual Behavior* 50(8), s. 3353–3369. DOI: 10.1007/s10508-021-02163-w

42 Turban J. L., Loo S.S., Almazan A.N. i in. (2021). Factors leading to "detransition" among transgender and gender diverse people in the United States: a mixed-methods analysis. *LGBT Health* 8(4), s. 273–280. https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/lgbt.2020.0437

43 Hall R., Mitchell L., Sachdeva J. (2021). Access to care and frequency of detransition among a cohort discharged by a UK national adult gender identity clinic: Retrospective case-note review. *BJ Psych Open* 7(6): E184. https://www.cambridge.org/core/journals/bjpsych-open/article/access-to-care-and-frequency-of-detransition-among-a-cohort-discharged-by-a-uk-national-adult-gender-identity-clinic-retrospective-casenote-review/3F5AC1315A49813922AAD-76D9E28F5CB

44 Expósito-Campos P. (2021). A Typology of gender detransition and its implications for healthcare providers. *Journal of Sex & Marital Therapy* 47(3), s. 270–280. https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0092623X.2020.1869126#d1e193

45 Butler C., Hutchinson A. (2020). Debate: The pressing need for research and services for gender desisters/detransitioners. *Child Adolesc Ment Health* 25(1), s. 45-47; https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32285632/

46 Vandenbussche E. (2021). Detransition-related needs and support: A cross-sectional online survey. *Journal of Homosexuality*, online. DOI: 10.1080/00918369.2021.1919479

47 Heyer W. (2020). *Articles of Impeachment against Sex Change Surgery*. Walter Heyer.

48 Heyer W. (2018). *Trans Life Survivors*. Walt Heyer.

49 Ze względu na wczesny etap badań nad detranzycją pewną wartość kliniczną mają także obfitujące w istotne szczegóły doniesienia medialne: Respaut R., Terhune Ch., Conlin M. (22.12.2022). Why detransitioners are crucial to the science of gender care. *Reuters*. https://www.reuters.com/investigates/special-report/usa-transyouth-outcomes/; Sakowski Ł. (5.04.2023). Moja historia cofnięcia zmiany płci. Tranzycja i detranzycja. *Łukasz Sakowski. To tylko teoria.pl.* https://www.totylkoteoria.pl/tranzycja-detranzycja-zmiana-plci/; Afirmacja tv. (27.09.2026). *Ignorancja lekarzy i słodkie kłamstwa w sieci. Zobacz świadectwo Magdy zmanipulowanej do tranzycji*. https://www.youtube.com/watch?v=81J-s9QtlX1s; Marianowicz-Szczygieł A. (21.02.2023). Detranzycja. Oni żałują „zmiany płci". *Afirmacja.info*. https://afirmacja.info/2023/02/21/detranzycja-oni-zaluja-zmiany-plci/; Valdes D., MacKinnon K. (18.01.2023). Take detransitioners seriously. *The Atlantic.* https://www.theatlantic.com/ideas/archive/2023/01/detransition-transgender-nonbinary-gender-affirming-care/672745/

(przegląd 23 wytycznych klinicznych[50], 12 wytycznych praktyki klinicznej[51], 24 wytycznych i profesjonalnych stanowisk[52]) oraz ustaleń nt. tematycznego konsensusu naukowego [53, 54],

21. przegląd "Deficiencies in Scientific Evidence for Medical Management of Gender Dysphoria", *The Linacre Quarterly*[55],

22. w oparciu o tematyczny przegląd literatury profesjonalnej na stronie statsforgender.org[56]

23. oraz przegląd literatury naukowej Society of Evidence Based Gender Medicine (SEGM)[57].

Celem powstania niniejszego dokumentu jest wymierna i praktyczna pomoc dla klinicystów, którzy pracują z dziećmi i młodzieżą zgłaszającą problemy z identyfikacją płciową, dla ich rodzin oraz najbliższego otoczenia. Dokument dostarcza wiedzy naukowej, proponuje szczegółowe wytyczne do diagnostyki różnicowej oraz diagnostyki psychologicznej oraz konkretne wskazówki dla psychoterapii i pomocy medycznej. Formułuje także wnioski dla polityk publicznych.

Na świecie zaznacza się duża rozbieżność stanowisk w obszarze profesjonalnej pomocy dla dzieci i młodzieży z problemami identyfikacji płciowej. Wynika ona naszym zdaniem nie tyle z braku dowodów naukowych, choć jest to obszar relatywnie nowy, gdzie wiedza jest i powinna być stale uzupełniana, ale z braku interdyscyplinarnej integracji tej wiedzy.

Szczególnym wyzwaniem podczas pracy nad dokumentem było więc interdyscyplinarne łączenie perspektyw przy jednoczesnym unikaniu medykalizacji problemów o przeważająco psychologicznej genezie. Wyzwanie to sprawia, że wiele międzynarodowych wytycznych, choć opiera się na dowodach naukowych, popełnia błędy metodologiczne i albo ignoruje dostępną wiedzę psychologiczną, albo pozostaje niejednoznacznymi, przenosząc odpowiedzialność za decyzję o trybie terapii na konkretnych klinicystów lub rodziny, choć oczywiście podejście zindywidualizowane jest zawsze wysoce wskazane. Niniejsze standardy mają charakter psychologiczno-medyczny, w odróżnieniu od dominujących liczebnie na świecie standardów medycznych bądź medyczno-psychologicznych.

Na świecie wykształciły się trzy zupełnie przeciwstawne podejścia profesjonalne: bierne (które nie jest neutralne), afirmujące identyfikację płciową dziecka (a więc jego autodiagnozę), oraz podejście bardziej ostrożne i zrównoważone: „psychoterapia najpierw", oparte na klasycznym przyczynowo-skutkowym modelu nauki (poszukiwanie i leczenie przyczyn),

---

50 Taylor J., Hall R., Heathcote C., i in. (2024). Clinical guidelines for children and adolescents experiencing gender dysphoria or incongruence: a systematic review of guideline quality (part 1). *Arch Dis Child*, Apr 9:archdischild-2023-326499. doi: 10.1136/archdischild-2023-326499.

51 Dahlen S., Connolly D., Arif I. i in. (2021). International clinical practice guidelines for gender minority/trans people: systematic review and quality assessment. *BMJ Open* 11:e048943. doi: 10.1136/bmjopen-2021-048943.

52 Marianowicz-Szczygieł A. *Przegląd 24 profesjonalnych standardów, stanowisk i modeli pomocy dzieciom i młodzieży z problemami z identyfikacją płciową. Wnioski dla modelu polskiego*. In press.

53 Block J. (2023). Gender dysphoria in young people is rising—and so is professional Disagreement. *BMJ* 380, s. 382 http://dx.doi.org/10.1136/bmj.p382

54 Strang J.F., Meagher H., Kenworthy L. i in. (2016). initial clinical guidelines for co-occurring autism spectrum disorder and gender dysphoria or incongruence in adolescents. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology* 47(1), s. 105–115. https://doi.org/10.1080/15374416.2016.1228462

55 Hruz P.W. (20.09.2019). Deficiencies in scientific evidence for medical management of gender dysphoria. *The Linacre Quaterly* 1(87).https://doi.org/10.1177/0024363919873762.

56 STATSFORGENDER.ORG. *Gender at your fingertips*.

57 "Compendium of literature to highlight our position of concern over the proliferation of hormonal and surgical 'gender-affirmative' interventions for gender dysphoric youth". SEGM. Studies. https://segm.org/studies

które jest nam najbliższe. Tożsamość płciowa jest częścią tożsamości, a ta częścią osobowości, która jest obiektem badań psychologii. Dlatego ogólne teorie dotyczące rozwoju tożsamości jako takiej, jak np. teoria rozwoju Erika Eriksona[58], rozwoju tożsamości ego Jamesa Marcia[59] czy teoria motywowanego konstruowania tożsamości Viviana L. Vignolesa[60, 61] i inne – tak wiele wnoszą do zrozumienia fenomenu zaburzeń identyfikacji płciowej. Główną osią popularnego tzw. podejścia afirmacyjnego w przestrzeni profesjonalnej są standardy WPATH, Protokół Holenderski oraz wytyczne towarzystw endokrynologicznych, które nie wykorzystują tego typu wiedzy i nie są także przystosowane do nowej i dominującej obecnie liczebnie grupy klinicznej, o której dalej.

Założenia wiodących wytycznych w nurcie afirmującym (tzw. Protokół Holenderski[62, 63], standardy WPATH – wersja 7 i 8[64, 65], standardy towarzystw endokrynologicznych[66]) zostały także skrytykowane jako oparte na dowodach o niskiej lub bardzo niskiej jakości[67, 68, 69] (por. rozdz. IV pkt 9) wg systemu oceniającego GRADE[70]. Tego typu terapie są określane przez niektórych jako terapie eksperymentalne. Ponadto dane od ekspertów napływające ze środka „opieki afirmatywnej" są wysoce kompromitujące dla szybkiej i bezkrytycznej tranzycji osób nieletnich oraz wskazują wręcz na pseudonaukowość i ideologiczną presję w ra-

58 Erikson E. H. (1968). *Identity, Youth and Crisis*. New York: Norton.

59 Marcia J. E. (1966). Development and validation of ego-identity status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3(5), s. 551–558. DOI:10.1037/h0023281; Por. Bardziejewska M. (2021). Okres dorastania. Jak rozpoznać potencjał nastolatków?, w: Brzezińska A. I. [red.]. *Psychologiczne portrety człowieka: praktyczna psychologia rozwojowa*, s. 345–377. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.

60 Vignoles V. L., Regalia C., Manzi C. i in. (2006). Beyond self-esteem: influence of multiple motives on identity construction. Journal of Personality and Social Psychology 90(2), s. 308-933 DOI:10.1037/0022-3514.90.2.308

61 Vignoles V., Schwartz S., Luyckx K. (2011). *Introduction: toward an integrative view of identity*. 10.1007/978-1-4419-7988-9_1.; Zgodnie z teorią motywowanego konstruowania tożsamości kształtujemy swoją tożsamość w celu zaspokojenia podstawowych motywacji związanych z odrębnością, ciągłością, poczuciem własnej wartości, przynależnością, skutecznością i znaczeniem.

62 de Vries A. L. C., Cohen-Kettenis P. T. (2012). Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: the dutch approach, *Journal of Homosexuality* 59(3), s. 301–320. http://dx.doi.org/10.1080/00918369.2012.653300

63 Dora M., Grabski B., Dobroczyński B. (2020). Dysforia płciowa i nonkonformizm płciowy w adolescencji – zmiany i wyzwania diagnostyczne. *Psychiatria Polska 162*, s. 1–15. https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/113009.

64 WPATH-8: Coleman E., Radix A.E., Bouman W.P. i in. (2022). Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8, *International Journal of Transgender Health*, 23(1), s.1–259; DOI:10.1080/26895269.2022.2100644;

65 WPATH-7: WPATH (2012). Standardy opieki zdrowotnej dla osób transseksualnych, transpłciowych i różnorodnych płciowo. https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_Polish.pdf?_t=1573660119

66 Hembree W. C., Cohen-Kettenis P. T., Gooren L. i in. (2017). Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: An Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 102(11), s. 3869–3903; doi: 10.1210/jc.2017-01658.

67 Block J. (23.02.2023). Gender dysphoria in young people is rising–and so is professional disagreement. *BMJ* 380, s.382.; doi: https://doi.org/10.1136/bmj.p382

68 Abbruzzese E., Levine S. B., Mason J. W. (2023). The myth of "reliable research" in pediatric gender medicine: a critical evaluation of the Dutch Studies–and research that has followed. *Journal of Sex & Marital Therapy*. DOI:10.1080/0092623X.2022.2150346

69 Biggs M.(2022). The Dutch Protocol for juvenile transsexuals: origins and evidence. *Journal of Sex & Marital Therapy*. DOI:10.1080/0092623X.2022.2121238

70 BMJ (2024). What is GRADE? BMJ best practice. https://bestpractice.bmj.com/info/toolkit/learn-ebm/what-is-grade/.

mach podejścia afirmującego gender[71, 72, 73, 74]. *Summa summarum*, już w 13 krajach podjęto kroki w kierunku wycofania się z podejścia afirmatywnego lub przejścia na pozycje bardziej wyważone i ostrożne. Są to zmiany na poziomie prawa ogólnokrajowego, stanowego lub narodowej służby zdrowia, rozporządzeń administracyjnych lub stanowiska wpływowych organizacji profesjonalnych. Najbardziej zaawansowane pod kątem uniemożliwienia lub ograniczenia tranzycji nieletnich są USA (zmiany prawa procedowane aktualnie w 43 stanach, 45 ustaw zatwierdzonych)[75, 76], Szwecja (por. źródło w pkt 3. powyżej), Finlandia (pkt 12), Norwegia (pkt 15), Wielka Brytania (pkt 4, 5, 7), Węgry[77], Dania[78, 79]. We Francji (por pkt 8), Australii (pkt 14 i 16), Nowej Zelandii (pkt 16), we Włoszech[80], w Niemczech i Szwajcarii[81] i niniejszym w Polsce – o rozwagę apelują opiniotwórcze środowiska profesjonalne. Znaczące jest zwłaszcza stanowisko ESCAP[82] – międzynarodowej federacji 36 krajowych towarzystw i oddziałów psychiatrii dziecięcej. O krokach wstecz w zakresie polityki afirmującej gender u osób nieletnich oraz o niepokojącym trybie diagnoz i leczenia pisały wiodące media na

71 Hughs M. (2024). The WPATH Files. Pseudoscientific surgical and hormonal experiments on children, adolescents, and vulnerable adults. Environmental Progress. https://static1.squarespace.com/static/56a45d683b0be33df885def6/t/65e6d9bea9969715fba29e6f/1709627904275/U_WPATH+Report+and+Files.pdf ze strony: https://environmentalprogress.org/big-news/wpath-files.

72 Reed J. (9.02.2023). I thought i was saving trans kids. Now I'm blowing the whistle. *The Free Press*. https://www.thefp.com/p/i-thought-i-was-saving-trans-kids

73 Kaltiala R. (30.10.2023). 'Gender-affirming care is dangerous. I know because I helped pioneer it.' https://www.thefp.com/p/gender-affirming-care-dangerous-finland-doctor

74 Cooke R. (2.05.2021). Tavistock trust whistleblower David Bell: 'I believed I was doing the right thing'. *The Guardian*. https://www.theguardian.com/society/2021/may/02/tavistock-trust-whistleblower-david-bell-transgender-children-gids

75 Odnotowane na stronie: https://translegislation.com/

76 Human Rights Campaign (6.01.2023). *Map: Attacks on Gender Affirming Care by State*. https://www.hrc.org/resources/attacks-on-gender-affirming-care-by-state-map.

77 *Rzeczpospolita* (20.05.2020). Węgry zakazują legalnej zmiany płci. https://www.rp.pl/spoleczenstwo/art711691-wegry-zakazuja-legalnej-zmiany-plci.

78 SEGM (17.08.2023). Denmark joins the list of countries that have sharply restricted youth gender transitions. https://segm.org/Denmark-sharply-restricts-youth-gender-transitions Por. Ingerslev L. (1.06.2023). Opsigtsvækkende gode nyheder: Sundhedsministeren lover stop for kønsskifte til børn med pludselig opstået kønsdysfori (ROGD) samt stop for kirurgisk kønsskifte til børn under 18 år https://www.transkoen.dk/2023/06/01/opsigtsvaekkende-gode-nyheder-sundhedsministeren-lover-stop-for-koensskifte-til-boern-med-pludselig-opstaaet-koensdysfori-rogd-samt-stop-for-kirurgisk-koensskifte-til-boern-under-18-aar/ Por. https://ugeskriftet.dk/videnskab/sundhedsfaglige-tilbud-til-born-og-unge-med-konsubehag

79 Hansen M.V., Giraldi A., Main K.M. i in. (3.11.2023). *Ugeskrift for Læger*. Sundhedsfaglige tilbud til børn og unge med kønsubehag. /Opieka zdrowotna dla dzieci i młodzieży z dysforią płciową). https://ugeskriftet.dk/videnskab/sundhedsfaglige-tilbud-til-born-og-unge-med-konsubehag.

80 Societa Psicoanalitica Italiana (12.01.2023). Disforia di Genere. Il comunicato dell'Esecutivo della SPI. https://www.spiweb.it/la-cura/disforia-di-genere-il-comunicato-del-presidente-s-thanopulos-12-01-23/; por. Buttons C. (30.01.2023). Italian Psychological Association expressed "great concern" over puberty blocking drugs. *The Daily Wire*. https://www.dailywire.com/news/italian-psychological-association-expressed-great-concern-over-puberty-blocking-drugs?inf_contact_key=5f4f5a2dc69a3b2e9ba1748470b5556bb7af0999dac2af6212784c39e05d2aef

81 Kröning A. (12.06.2024). Ärzte-Verbände wenden sich gegen eigene „Transkinder"-Behandlungsleitlinie. *Welt*. https://www.welt.de/politik/deutschland/article251937014/Fachgesellschaften-wenden-sich-gegen-eigene-Transkinder-Behandlungsleitlinie.html. Por. protest 15 specjalistów zdrowia psychicznego z dn. 24.05.2024: Gemeinsame Kommentierung des aktuellen Entwurfs der neuen S2k-Leitlinie „Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter" https://www.zimannheim.de/fileadmin/user_upload/downloads/forschung/KJP_downloads/Gemeinsame_Kommentierung_Leitlinienentwurf_S2k-240521.pdf

82 Radobuljac M. D., Grošelj U., Kaltiala R., the ESCAP Policy Division, the ESCAP Board i in. (2024). ESCAP statement on the care for children and adolescents with gender dysphoria: an urgent need for safeguarding clinical, scientific, and ethical standards. Op. cit.

świecie: *Forbes*[83], *Reuters*[84], *Euronews*[85], *The Atlantic*[86], *CBN*[87] czy *The Guardian*[88].

W niniejszym opracowaniu, szanując autonomię dziecka lub młodego człowieka i jego rodziny, proponujemy najlepszy naszym zdaniem model pomocy w podejściu kompleksowym, zintegrowanym, interdyscyplinarnym i wykorzystującym m.in. dorobek psychologii rozwojowej, psychologii osobowości, klinicznej czy rodziny oraz metody nieinwazyjne, bezpieczne i dobrze ugruntowane naukowo.

83 Bushard B. (29.03.2023). Kentucky Becomes 12th State To Ban Gender Affirming Care After GOP Lawmakers Override Governor's Veto. *Forbes*. https://www.forbes.com/sites/brianbushard/2023/03/29/kentucky-becomes-12th-state-to-ban-gender-affirming-care-after-gop-lawmakers-override-governors-veto/.

84 Respaut R., Terhune Ch., Conlin M. (22.12.2022). Why detransitioners are crucial to the science of gender care. *Reuters*. https://www.reuters.com/investigates/special-report/usa-transyouth-outcomes/.

85 Min R. (17.02.2023). As Spain advances trans rights, Sweden backtracks on gender-affirming treatments for teens. *Euronews*. https://www.euronews.com/next/2023/02/16/as-spain-advances-trans-rights-sweden-backtracks-on-gender-affirming-treatments-for-teens.

86 Valdes D., MacKinnon K. (18.01.2023). Take Detransitioners Seriously. *The Atlantic*. https://www.theatlantic.com/ideas/archive/2023/01/detransition-transgender-nonbinary-gender-affirming-care/672745/.

87 Morris A. (21.03.2022). A Tidal Wave of Transgender Regret for Hundreds of People: 'They Don't Feel Better for It. *CBN*. https://www2.cbn.com/cbnnews/world/2019/october/a-tidal-wave-of-transgender-regret-for-hundreds-of-people-they-dont-feel-better-for-it?fbclid=IwAR0XJLnH44P6tSDZ0nvUuFvAfaPJAXI0U1YmR4Be6E6mmwecMPL4-F3w2pY.

88 Batty D. (30.07.2004). Sex changes are not effective, say researchers. *The Guardian*. https://www.theguardian.com/society/2004/jul/30/health.mentalhealth.

III. PODSTAWOWE INFORMACJE, TERMINOLOGIA I RAMY ROZWOJOWE

1. Zaburzenia identyfikacji płciowej połączone ze skłonnościami transseksualnymi (najczęściej na bazie dotychczasowej klasyfikacji ICD-10, diagnozowane jako *transseksualizm* lub *dysforia płciowa* w DSM-5, w ICD-11 określane jako *gender incongruence* – niezgodność płciowa) są zaburzeniami o przyczynach złożonych i wciąż poznawanych, większość danych bio-psycho-społecznych przemawia jednak za dominującą komponentą środowiskową w genezie tego zjawiska, która u poszczególnych jednostek każdorazowo będzie miała inną konfigurację. Innymi słowy, są to zaburzenia w większości nabyte, a nie wrodzone[89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97]. Znaczący jest także kontekst cywilizacyjnego kryzysu tożsamości i „braku korzeni".

2. Działania zmierzające do zastąpienia dotychczasowego pojęcia stosowanego najczęściej w kontekście zaburzeń identyfikacji płciowej, jakim jest *transseksualizm*, i zastąpienie go w ICD-11 terminem *niezgodność płciowa* (*lub niekompatybilność płciowa*), rozumiana jako niespójność między *płcią doświadczoną* przez daną osobę a *płcią jej przypisaną*, i umieszczanie jej w międzynarodowej klasyfikacji chorób i zaburzeń ICD-11 w kategorii *Uwarunkowania zdrowia seksualnego*[98], uważamy za podejście błędne. Redukuje ono skomplikowaną materię dysfunkcji związanych z tożsamością płciową do subiektywnych deklaracji jednostek, w gruncie rzeczy uniemożliwia diagnozę ewentualnych zaburzeń współistniejących i praktycznie pozbawia zainteresowanych prawa do publicznej opieki zdrowotnej. Jednocześnie suponuje likwidację płci (w ujęciu biologicznym), a zastępuje je terminem *płeć przypisana* czy *płeć odczu-*

89 Cass. H. (2024). The Cass Review. Independent review of gender identity services for children and young people. The final report. *Op. cit.*, rozdz. 8, s. 114–121.

90 American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR)(2022). Gender dysphoria. Washington: American Psychiatric Association, s. 511–520, zwł. s. 511, 517. https://www.psychiatry.org/Psychiatrists/Practice/DSM/Educational-Resources/Assessment-Measures

91 Lee P. A., Nordenström A., Houk C.P. i in. (2016). Consensus Statement: Global disorders of sex development update since 2006: Perceptions, approach and care. *Hormone Research in Pediatrics* 85, s. 158–180. Por. s. 168. https://doi.org/10.1159/000442975

92 Becerra-Culqui T. A., Liu Y., Nash R. i in. (2018). Mental health of transgender and gender nonconforming youth compared with their peers. *Pediatrics* 141(5), e20173845. https://doi.org/10.1542/peds.2017-3845 Por. zwł. Tabl. 2 i 3.

93 Bechard M., VanderLaan D. P., Wood H. i in. (2017). Psychosocial and psychological vulnerability in adolescents with gender dysphoria: A "Proof of Principle" study. *Journal of Sex and Marital Therapy* 43(7), s. 678–688. https://doi.org/10.1080/0092623X.2016.1232325

94 Kozlowska K., McClure G., Chudleigh C. (2021). Australian children and adolescents with gender dysphoria: Clinical presentations and challenges experienced by a multidisciplinary team and gender service. *Human Systems: Therapy, Culture and Attachments* 1(1), s.70–95. https://doi.org/10.1177/26344041211010777 https://doi.org/10.1177/26344041211010777 ; Por. Elkadi J., Chudleigh C., Maguire A.M. i in. (2023). Developmental pathway choices of young people presenting to a gender service with gender distress: A prospective follow-up study. *Children* 10, 314, s. 1-24. https://doi.org/10.3390/children10020314

95 Thrower E., Bretherton I., Pang K.C. (2019). Prevalence of autism spectrum disorder and attention-deficit hyperactivity disorder amongst individuals with gender dysphoria: A systematic review. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 50, s. 695–706. https://doi.org/10.1007/s10803-019-04298-1

96 Przegląd badań nt. genezy, w: Marianowicz-Szczygieł A. (2021). Zaburzenia tożsamości płciowej u dzieci i młodzieży – ujęcie psychologiczne. Geneza, czynniki ryzyka, rokowania, profilaktyka, w: Kmieciak B., Sobczyk P. [red.]. *Między chromosomem a paragrafem. Transseksualizm w ujęciu prawno-społeczno-medycznym*, 93-142, Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Wymiaru Sprawiedliwości.

97 Wieczorek B. (2018). *Homoseksualizm. Przegląd światowych analiz i badań. Przyczyny, objawy, terapia, aspekty społeczne*. Warszawa: Fronda, rozdział nt GID.

98 Przeglądarka internetowa ICD-11, kod HA61: *gender incongruence of childhood*. https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2ficd%2fentity%2f344733949.

wana[99]. Równie wadliwe jest użycie kryterium subiektywnego *dystresu*[100] jako głównego kryterium w definicji pojęcia *dysforia płciowa* (lub *niezgodność płciowa*) w klasyfikacjach DSM-5, DSM-5-TR oraz ICD-11. Dlatego skłaniamy się do używania bardziej adekwatnego, lepiej ugruntowanego naukowo i szerszego pojęcia diagnostycznego: *zaburzenia identyfikacji płciowej* – w skrócie **ZIP. Nasza propozycja dotyczy zmiany terminologii oraz diagnostyki i terapii, nie zaś negowania samego zjawiska**. Zamiast absolutyzacji subiektywnych przekonań dzieci i młodzieży proponujemy wdrożenie myślenia przyczynowo-skutkowego, a więc zakotwiczenie terapii w szczegółowej diagnostyce somatycznej, psychiatrycznej, seksuologicznej i psychologicznej. Dotychczasowe praktyki prowadzą do jednostkowych dramatów, o czym świadczy narastająca liczba świadectw i postępowań detranzycyjnych. Wskazują one na fundamentalne błędy w postępowaniu diagnostycznym i nader lekkie epatowanie etykietą transseksualizmu przez część środowiska służby zdrowia.

3. Zaburzenia identyfikacji płciowej u dzieci i młodzieży najczęściej ustępują samoistnie w 73–98% przypadków [101, 102, 103, 104, 105, 106] i mogą mieć charakter chwilowego poszukiwania identyfikacji. Wskazuje to, że wątpliwości odnośnie do identyfikacji płciowej należy rozpatrywać na tle ogólnych prawidłowości rozwojowych, związanych ze sferą relacji społecznych, zmienioną gospodarką hormonalną, licznymi wahaniami nastrojów i samooceny, poszukiwaniem własnej tożsamości, rozwojem procesów myślenia i inteligencji, stopniowym kształtowaniem się moralności i krytycznego myślenia. Mózg ludzki rozwija się do 23–25 r.ż., a niektóre funkcje – o wiele dłużej (por. dalej).

4. Możemy obserwować nowy fenomen społeczny, mało zbadany i nieujęty w dotychczasowych klasyfikacjach i standardach diagnostyczno-terapeutycznych (a nawet negowany przez część specjalistów), jakim jest gwałtowny wzrost deklaracji transseksualnych[107, 108], szczególnie wśród nastoletnich dziewcząt bez wcześniejszej historii tego typu skłonności, określany jako ROGD: *rapid onset gender dysphoria* (zespół nagłej dysforii płciowej). Dotychczasowe analizy wskazują, iż przyczyny tego zjawi-

---

99 Omówienie zmian w ICD-11: Instytut „Ona i On" (7.09.2023). *ICD-11 – cd. – zaangażuj się i pomóż nam zastopować groźne zmiany!* http://onaion.org.pl/2023/09/07/20063/.

100 Zucker K., Duschinsky R. (2015). Dilemmas encountered by the Sexual and Gender Identity Disorders Work Group for DSM-5: an interview with Kenneth J. Zucker. *Psychology & Sexuality* 7, s. 1–11. 10.1080/19419899.2015.1024472.; Por. Marianowicz-Szczygieł A. (12.02.2023). Koń trojański kilku współczesnych ideologii. Ujawniamy kulisy manipulacji w diagnostyce. *Afirmacja. info*. https://afirmacja.info/2023/02/12/ujawniamy-kulisy-manipulacji-w-diagnostyce/.

101 Steensma T. D., Biemond R., de Boer F. i in. (2011) podają uporczywość dysforii płciowej na poziomie 2–27%, B. Wallien (2008) – 27%. Sumaryczne dane z przeglądu 10 badań wskazują na poziom trwałości równy jedynie 18,26% (obliczenia w A. Marianowicz-Szczygieł 2021); źródła w kolejnych przypisach.

102 Steensma T. D., Biemond R., de Boer F. i in. (2011). Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow-up study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 16(4), s. 499–516. https://doi.org/10.1177/1359104510378303.

103 Wallien B. (2008). *Gender Dysphoria in Children: Causes and Consequences*. PhD-Thesis – Research and graduation internal, Vrije Universiteit Amsterdam. https://research.vu.nl/en/publications/gender-dysphoria-in-children-causes-and-consequences;

104 Cantor J. (11.01.2016). Do trans - kids stay trans- when they grow up? *Sexology Today*. http://www.sexologytoday.org/2016/01/do-trans-kids-stay-trans-when-they-grow_99.html

105 Marianowicz-Szczygieł A. (2021). Zaburzenia tożsamości płciowej u dzieci i młodzieży – ujęcie psychologiczne. Geneza, czynniki ryzyka, rokowania, profilaktyka, w: Kmieciak B., Sobczyk P. [red.]. *Między chromosomem a paragrafem. Transseksualizm w ujęciu prawno-społeczno-medycznym*, s. 93–142, Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Wymiaru Sprawiedliwości, Tab. 1, s. 107.

106 Drummond K. D., Bradley S. J., Peterson-Badali M. i in. (2017). Behavior problems and psychiatric diagnoses in girls with gender identity disorder: a follow-up study. *Journal of Sex and Marital Therapy* 44(2), s. 1–16; DOI: 10.1080/0092623X.2017.1340382.

107 Skordis N., Butler G., de Vries i in. (2019). ESPE and PES International survey of centers and clinicians delivering specialist care for children and adolescents with gender dysphoria. *Hormone Research in Paediatrics*, 90(5), s. 326–331. https://doi.org/10.1159/000496115 za Cass H. (2024). The Cass Review. Independent review of gender identity services for children and young people. Final report. *Op. cit*., s. 88–89.

108 Marianowicz-Szczygieł A. (2022). Wzrost zaburzeń tożsamości płci wśród dzieci i młodzieży – dane z 10 krajów. Możliwe wyjaśnienia, wnioski dla rodziców. *Op. cit*.

ska mogą być związane z wpływem kultury, mediów i mediów społecznościowych[109, 110, 111, 112, 113] oraz aktywnością działaczy protransseksualnych[114]. Bywa on określany jako fenomen „epidemiopodobny"[115], a nawet jako efekt jatrogenny[116], a także jako „zarażenie rówieśnicze" czy „społeczna epidemia"[117]. Nakazuje to dodatkową ostrożność.

5. Jak wynika z wyżej wymienionych przeglądów badań, tak zwana tranzycja medyczna w modelu afirmującym gender (zwana potocznie „zmianą płci"), w tym: stosowanie blokerów dojrzewania płciowego, hormonów płci przeciwnej oraz operacji chirurgicznych, jest – zwłaszcza u dzieci i młodzieży – z wielu względów bardzo nieetyczna i ryzykowna, a przede wszystkim niepotwierdzona naukowo. Nie przeszła testu systematycznych i rygorystycznych metodologicznie przeglądów badań czy replikowalności badań, brakuje badań długofalowych, a leki hormonalne są stosowane niezgodnie z ustalonym wcześniej przeznaczeniem.

6. Analogi GnRH o przedłużonym działaniu, stosowane jako blokery dojrzewania płciowego, zostały dopuszczone w Europie (w tym również w Polsce) i w USA do leczenia przedwczesnego dojrzewania płciowego pochodzenia centralnego (tzw. GnRH-zależnego), używane są także w terapii zaawansowanego raka prostaty mężczyzn, raka sutka, endometriozy i mięśniaków macicy u kobiet. Nie zostały natomiast zatwierdzone do stosowania jako blokery dojrzewania płciowego u tzw. młodzieży transpłciowej w USA przez FDA[118, 119] ani w Europie przez EMA[120], ani w Polsce[121]. O ile w przypadku stosowania u dzieci z przedwczesnym dojrzewaniem efekty działania analogów GnRH są odwracalne (leczenie kończy się w momencie, w którym fizjologicznie powinno wystąpić dojrzewanie płciowe), o tyle brakuje długoterminowych danych na temat ich stosowania u młodzieży w procesie tranzycji (w celu hamowania skądinąd prawidłowo przebiegającego dojrzewania). Udokumentowano natomiast skutki uboczne, jak np. wpływ na obniżenie gęstości mineralnej kośćca i zwolnienie tempa wzrastania (por. kolejny punkt).

---

109 Pang K. C., de Graaf N. M., Chew D. i in. (2020). Association of media coverage of transgender and gender diverse issues with rates of referral of transgender children and adolescents to specialist gender clinics in the UK and Australia. *JAMA Network Open* 3(7):e2011161. https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.11161;

110 Indremo M., Jodensvi A., Arinell H. i in. (2022). association of media coverage on transgender health with referrals to child and adolescent gender identity clinics in Sweden. *JAMA Network Open 5:* e2146531. 10.1001/jamanetworkopen.2021.46531.

111 Littman L. (16.04.2018). Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. *Plos One* 14(3):e0202330. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202330.

112 Nagata J. M., Balasubramanian P., Iyra P. i in. (2024). Screen use in transgender and gender-questioning adolescents: Findings from the Adolescent Brain Cognitive Development (ABCD) Study. *Annals of Epidemiology* 95, s. 6–11. https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1047279724000632?via%3Dihub

113 Littman L. (2019). Correction: Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. *PLOS ONE* 14(3): e0214157. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214157.

114 Genspect (18.06.2022). An Open Letter to the American Academy of Pediatrics – Genspect. *Op. cit*.

115 French National Academy of Medicine (25.02.2022). Medicine and gender transidentity in children and adolescents. *Op. cit*.

116 Tu w odniesieniu konkretnie do tranzycji społecznej: Zucker K. J. (2019). Debate: Different strokes for different folks. *Child and Adolescent Mental Health* 25(1), s. 36–37, https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/camh.12330

117 Trzy ostatnie określenia zostały użyte np. w pracy A. Shier (2023). *Nieodwracalna krzywda. Op. cit.*

118 Salas-Humara C., Sequeira G.M., Rossi W. i in. (2019). Gender affirming medical care of transgender youth. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, vol. 49, Issue 9, 100683, https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1538544219301245?via%3Dihub

119 Strona, gdzie można sprawdzić daną substancję leczniczą i jej nazwy handlowe w USA: https://www.accessdata.fda.gov/scripts/cder/daf/index.cfm; Por. stronę jednego z tego typu popularnych leków: https://www.lupron.com/ oraz https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/nda/pre96/019943_LupronTOC.cfm

120 Analogiczna strona do sprawdzania produktów leczniczych w Europie na stronie European Medicine Agency (EMA): https://www.ema.europa.eu/en/human-regulatory-overview/marketing-authorisation Por. rejestr UE: https://ec.europa.eu/health/documents/community-register/html/index_en.htm

121 Strona Rejestru Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej: https://rejestry.ezdrowie.gov.pl/rpl/search/public

7. Nieodwracalne procedury chirurgiczne przeprowadzane w ramach „tranzycji medycznej" (gonadektomia, czyli usunięcie jąder lub jajników, histerektomia, czyli usunięcie macicy) prowadzą do trwałej bezpłodności, a stosowanie preparatów hormonalnych jest przyczyną niepłodności (która uważana jest za potencjalnie odwracalną, ale nie ma gwarancji, że jest to opcja realna w każdym przypadku) [122, 123, 124, 125, 126, 127]. Terapie hormonalne stwarzają także ryzyko zaburzeń dotyczących układu kostnego, w tym osteoporozy[128, 129, 130, 131, 132, 133, 134], chorób układu sercowo-naczyniowego[135, 136, 137, 138, 139], niektórych

122 Hembree W. C., Cohen-Kettenis P. T., Gooren L. i in. (2017). Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons... *Op. cit*.

123 Coleman E., Radix A. E., Bouman W. P. i in. (2022). Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *International Journal of Transgender Health* 23(S1), S1-S260. https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644, s. 254.

124 American College of Pediatricians (2018). Gender Dysphoria in Children. https://acpeds.org/position-statements/gender-dysphoria-in-children.

125 Cheng P. J., Pastuszak A. W., Myers J. B. i in. (2019). Fertility concerns of the transgender patient. *Transl Androl Urol*. 8 (3), s.209-218. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31380227/

126 Laidlaw M., Cretella M., Donovan K. (2019). The Right to Best Care for Children Does Not Include the Right to Medical Transition. *The American Journal of Bioethics* 19(2), s. 75–77. https://doi.org/10.1080/15265161.2018.1557288

127 Wnosząca dodatkowe spojrzenie w tym aspekcie publikacja nt. postrzegania kwestii płodności oraz niepłodności (bezpłodności) przez młodzież identyfikującą się jako trans: Kerman H.M., Pham A., Crouh J.M. i in. (2021). Gender diverse youth on fertility and future family: a qualitative analysis. *Journal of Adolescent Health*, Volume 68, Issue 6, s. 1112–1120, https://www.jahonline.org/article/S1054-139X(21)00004-5/abstract

128 Biggs M. (2021). Revisiting the effect of GnRH analogue treatment on bone mineral density in young adolescents with gender dysphoria. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism* 34(7), s. 937–939. https://www.degruyter.com/document/doi/10.1515/jpem-2021-0180/html

129 Stevenson M. O., Tangpricha V. (2019). Osteoporosis and Bone Health in Transgender Persons. *Endocrinol Metab Clin North Am*, Jun;48(2), s. 421–427. doi: 10.1016/j.ecl.2019.02.006.

130 Lee J. Y., Finlayson C., Olson-Kennedy J. i in. (2020). Low bone mineral density in early pubertal transgender/gender diverse youth: findings from the trans youth care study. *Journal of the Endocrine Society* 4(9). https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7433770/

131 Vlot M. C., Wiepjes C. M., de Jongh R. T. i in. (2019). Gender-affirming hormone treatment decreases bone turnover in transwomen and older transmen. *J. Bone Miner Res* 34, s. 1862–1872, https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/jbmr.3762?af=R

132 Pang K. C., Notini L., McDougall R. i in. (2020). Long-term puberty suppression for a nonbinary teenager. *Pediatrics* 145 (2). https://publications.aap.org/pediatrics/article/145/2/e20191606/68237/Long-term-Puberty-Suppression-for-a-Nonbinary?autologincheck=redirected

133 Wierckx K., Mueller S., Weyers S. i in. (2012). Long-term evaluation of cross-sex hormone treatment in transsexual persons. *The Journal of Sexual Medicine* 9 (10), s.2641-2651, https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1743609515337802

134 Delgado-Ruiz R., Swanson P., Romanos G. (2019). Systematic review of the long-term effects of transgender hormone therapy on bone markers and bone mineral density and their potential effects in implant therapy. *Journal of Clinical Medicine* 8(6), 784. https://doi.org/10.3390/jcm8060784

135 Getahun D., Nash R., Flanders W. D. i in. (2018). Cross-sex hormones and acute cardiovascular events in transgender persons: a cohort study. *Ann Intern Med*, Aug 21; 169(4), s. 205–213. doi: 10.7326/M17-2785.

136 Alzahrani T., Nguyen T., Ryan A. i in. (2019). Cardiovascular Disease Risk Factors and Myocardial Infarction in the Transgender Population. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes* 12 (4):e005597. https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/CIRCOUTCOMES.119.005597

137 Nota N. M., Wiepjes C. M., de Blok C. J. M. i in. (2019). Occurrence of acute cardiovascular events in transgender individuals receiving hormone therapy: results from a large cohort study. *Circulation* 139, s. 1461–1462 https://www.ahajournals.org/doi/full/10.1161/CIRCULATIONAHA.118.038584

138 Madsen M. C., van Dijk D., Wiepjes C. M. i in. (2021). Erythrocytosis in a large cohort of trans men using testosterone: a long-term follow-up study on prevalence, determinants, and exposure years. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism* 106(6), s. 1710–1717. https://academic.oup.com/jcem/article/106/6/1710/6138195

139 Wierckx K., Mueller S., Weyers S. i in. (2012). Long-term evaluation of cross-sex hormone treatment in transsexual persons. *Op. cit*.

rodzajów raka[140, 141, 142, 143, 144], zaburzają czynność wątroby i zwiększają ryzyko jej marskości[145, 146], prowadzą do dysfunkcji seksualnych (obniżone libido, a nawet niemożność uzyskania orgazmu, bolesna atrofia pochwy połączona z suchością czy pękaniem jej ścian). Stosowanie testosteronu powoduje nieodwracalne powiększenie łechtaczki, obniżenie głosu, łysienie androgenowe, objawy „chemicznej menopauzy" u nastolatek[147, 148, 149, 150]. Zarówno analogi GnRH, jak i steroidy płciowe (estrogeny i testosteron) stosowane w wieku rozwojowym wpływają na przebieg wzrastania[151, 152, 153]. Do tego katalogu należy dodać ryzyko powikłań powiązanych z zabiegami chirurgicznymi[154, 155] (m.in. nietrzymanie moczu czy kału[156], niesatysfakcjonujący wygląd i/lub funkcja narządów płciowych) oraz pochodne problemy psychiczne. Szkodliwość preparatów hormonalnych może

140 Braun H., Nash R., Tangpricha V., Brockman J. i in. (2017). Cancer in transgender people: evidence and methodological considerations. *Epidemiol Rev*, Jan 1; 39(1), s. 93–107. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5868281/

141 de Blok C. J. M., Wiepjes C. M., Nota N. M. i in. (2019). Breast cancer risk in transgender people receiving hormone treatment: nationwide cohort study in the Netherlands. *BMJ* 365:l1652 doi:10.1136/bmj.l1652, https://www.bmj.com/content/365/bmj.l1652

142 Sterling J., Garcia M. (2020). Cancer screening in the transgender population: a review of current guidelines, best practices, and a proposed care model. *Translational Andrology And Urology*, 9(6), s. 2771–2785. https://tau.amegroups.org/article/view/55305/html

143 Leone A. G., Trapani D., Schabath M. B. i in. (2023). Cancer in transgender and gender-diverse persons. *JAMA Oncol* 9(4), s. 556–563. https://jamanetwork.com/journals/jamaoncology/article-abstract/2801294

144 Loria M., Gilbert D., Tabernacki T. i in. (2024). Incidence of prostate cancer in transgender women in the US: a large database analysis. *Prostate Cancer Prostatic Dis*. on-line DOI: 10.1038/s41391-024-00804-4

145 Hashemi L., Zhang Q., Getahun D. i in. (2021). Longitudinal changes in liver enzyme levels among transgender people receiving gender affirming hormone therapy. *J Sex Med*, Sep; 18(9), s. 1662–1675. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8444147/

146 Elhence H., Dodge J., Kahn J. i in. (2024). Characteristics and outcomes among US commercially insured transgender adults with cirrhosis: a national cohort study. *The American Journal of Gastroenterology*, June 25, DOI: 10.14309/ajg.0000000000002907 https://journals.lww.com/ajg/abstract/9900/characteristics_and_outcomes_among_u_s_.1209.aspx

147 Coleman E., Radix A. E., Bouman W. P. i in. (2022). Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People. Op. cit., s. 254.

148 World Professional Association for Transgender Health. (2012). Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People [7th Version]. *Op. cit*.

149 Baldassarre M., Giannone F., Foschini M. i in. (2013). Effects of long-term high dose testosterone administration on vaginal epithelium structure and estrogen receptor-α and -β expression of young women. *International Journal of Impotence Research* 25(5), s. 172–177. https://go.gale.com/ps/i.do?id=GALE%7CA346526384&sid=googleScholar&v=2.1&it=r&linkaccess=abs&issn=09559930&p=AONE&sw=w&userGroupName=anon%7E5938d206

150 van Trotsenburg M. A. A. (2009). Gynecological aspects of transgender healthcare. *International Journal of Transgenderism* 11(4), s. 238–246, doi: 10.1080/15532730903439484. https://www.researchgate.net/publication/247510697_Gynecological_Aspects_of_Transgender_Healthcare

151 Cheung A. S. (2024). Adult Height in transgender youth who receive GnRH analogues followed by gender-affirming hormone therapy. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, dgae397, https://doi.org/10.1210/clinem/dgae397

152 Boogers L.S., Wiepjes Ch.M., Klink D.T. i in.(2022). Transgender girls grow tall: adult height is non effected by GnRH analogue and estradiol treatment. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, Tom 107, nr 9, s. e3805–e3815, https://doi.org/10.1210/clinem/dgac349

153 Roberts S. A., Carswell J. M. (2021). Growth, growth potential, and influences on adult height in the transgender and gender-diverse population. *Andrology*, Nov, 9(6), s. 1679–1688. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9135059/

154 Dreher P. C., Edwards D., Hager S. i in. (2018). Complications of the neovagina in male-to-female transgender surgery: A systematic review and meta-analysis with discussion of management. *Clin Anat* 31(2), s. 191–199. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29057562/

155 Manrique O., Adabi K., Martinez-Jorge J. i in. (2018). Complications and Patient-Reported Outcomes in Male-to-Female Vaginoplasty – Where We Are Today. *Annals of Plastic Surgery* 80(6), s. 684–691 https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29489533/

156 Por. zestawienie badań na stronie: https://statsforgender.org/medical-transition/

narastać wraz z czasem ich zażywania[157, 158], zaś długofalowe dane pochodzące bezpośrednio z rejestrów medycznych potwierdzają większą liczbę zgonów wśród osób z grupy transpłciowej w stosunku do ogółu populacji[159, 160], skala kilku lat nie jest tu wystarczającym wskaźnikiem[161]. Ryzyko poszczególnych powikłań i chorób przewlekłych może różnić się w zależności od płci i stosowanych terapii hormonalnych.

8. Nie jest do końca znany wpływ tranzycji hormonalnej zwłaszcza na rozwój mózgu i procesy intelektualne u dzieci i młodzieży[162, 163], a dotychczasowe badania potwierdzają obniżenie funkcji poznawczych[164] lub nietypowość płciową mózgu[165]. Wprost „istnieją pewne dowody na szkodliwy wpływ blokowania dojrzewania na obniżanie się IQ [ilorazu inteligencji] dzieci"[166], samo ukończenie danego etapu edukacji nie jest tu wystarczającym wskaźnikiem[167]. Nie ma także oszacowanych skutków długofalowych. Ze względu na wyzwania od strony etycznej i metodologicznej dla badań w tej dziedzinie, należy także wziąć pod uwagę niepokojące dane z badań na zwierzętach[168, 169, 170]. Hormony płciowe wpływają na różnicowanie płciowe mózgu i uzyskanie przez niego pełnej dojrzałości[171, 172], a „plastyczność" neuronów mózgu zachowana jest co najmniej do zakończenia okresu dojrzewania płciowego. Można zauważyć, że stosowanie hormonów płciowych w celu „zmiany płci" przed zakończeniem rozwoju mózgu niesie ze sobą istotne ryzyko utrwalenia różnicowania płciowego mózgu w kierunku niezgodnym z płcią w ujęciu biologicznym, nie jest to zatem neutralna „afirmacja", tylko ingerencja w rozwój kształ-

---

157 Por. Getahun D., Nash R., Flanders W.D. i in. (2018). Cross-sex hormones and acute cardiovascular events in transgender persons: a cohort study. *Op. cit*.

158 Vlot M. C., Wiepjes C. M., de Jongh R. T. i in. (2019). Gender-affirming hormone treatment decreases bone turnover in transwomen and older transm. *Op. cit*.

159 de Blok C. J. M., Wiepjes C. M., van Velzen D. M. i in. (2021). Mortality trends over five decades in adult transgender people receiving hormone treatment: a report from the Amsterdam cohort of gender dysphoria. *The Lancet Diabetes & Endocrinology* 9, s. 663–670. https://www.thelancet.com/journals/landia/article/PIIS2213-8587(21)00185-6/abstract

160 Dhejne C., Lichtenstein P., Boman M. i in. (2011). Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery… *Op. cit*.

161 Elhence H., Dodge J., Kahn J. i in. (2024). Characteristics and Outcomes Among US Commercially Insured Transgender Adults With Cirrhosis: A National Cohort Study. *Op. cit*.

162 Cass H. (04.2024*).* The Cass Review. Independent review of gender identity services for children and young people. Final report. *Op. cit*., s. 32, pkt 82.

163 Hembree W. C., Cohen-Kettenis P. T., Gooren L. i in. (2017). Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *Op. cit*. s. 3882–3883.

164 Baxendalle S. (2024). The impact of suppressing puberty on neuropsychological function: A review**.** *Acta Paediatrica* 113, s. 1156–1167, DOI: 10.1111/apa.17150.

165 Staphorsius A. S., Kreukels B. P., Schagen S. E. i in. (2015). Puberty suppression and executive functioning: An fMRI-study in adolescents with gender dysphoria. *Psychoneuroendocrinology*, Jun 56, s.190-199. doi:10.1016/j.psyneuen.2015.03.007.

166 Baxendalle S. (2024). The impact of suppressing puberty on neuropsychological function: A review. *Op. cit*., s. 1163.

167 Arnoldussen M., Hooijman E. C., Kreukels B.P. i in. (2022). Association between pre-treatment IQ and educational achievement after gender-affirming treatment including puberty suppression in transgender adolescents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 27(4), s. 1069–1076. doi:10.1177/13591045221091652

168 Gómez Á., Cerdán S., Pérez-Laso C. i in. (2020). Effects of adult male rat feminization treatments on brain morphology and metabolomic profile. *Hormones and behavior 125*, 104839; https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0018506X20301653

169 Oliveira G. F., Nguyen A. T., Carreras-Simons L. i in. (2024). Puberty Blocker, Leuprolide, Reduces Sex Differences in Rough-and-Tumble Play and Anxiety-like Behavior in Juvenile Rats. *Endocrinology*, Mar 29, 165(5):bqae046. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11033216/

170 Hough D., Bellingham M., Haraldsen I. R. H. i in. (2017). Spatial memory is impaired by peripubertal GnRH agonist treatment and testosterone replacement in sheep. *Psychoneuroendocrinology*, Jan 75, s. 173–182. *doi: 10.1016/j.psyneuen.2016.10.016*.

171 Trova S., Bovetti S., Bonzano S. i in. (2021). Sex steroids and the shaping of the peripubertal brain: the sexual-dimorphic set-up of adult neurogenesis. *Int J Mol Sci*, Jul 26, 22(15), 7984; DOI: 10.3390/ijms22157984

172 Cass H. (04.2024). The Cass Review. Independent review of gender identity services for children and young people. Final report. *Op. cit*., s. 103–104.

tującego się jeszcze mózgu. W okresie nastoletnim zauważono bowiem u dziewczynek i chłopców odmienne wzorce zachowań dotyczących płci powiązane z rozwojem mózgu (inne tempo wzrostu mózgu, mielinizacji i stymulacji odmiennych obszarów w mózgu przez hormony płciowe przekładają się np. na odmienny tryb osiągania dojrzałości emocjonalnej, kontroli impulsów czy podatności na ryzykowne zachowania – por. rozdz. IV, pkt 3)[173, 174, 175]. Nie są to przy tym procesy do końca poznane.

Tak więc tranzycja medyczna, obiektywnie wieloetapowa i skomplikowana, tu jako nieprzewidywalna – jest uważana obecnie na świecie za metodę eksperymentalną. Społeczeństwo powinno dążyć do powstrzymywania dzieci przed tego typu ryzykownymi, impulsywnymi – a dalekosiężnymi i nieodwracalnymi – decyzjami. Obecnie coraz bardziej dominują stanowiska profesjonalne o zabarwieniu ostrożnym.

9. Tak zwana tranzycja społeczna, zwłaszcza w sytuacjach społecznych (czyli nie klinicznych), dokonywana u osób wciąż rozwijających się (zmiana imion, zaimków, strojów, dostęp do pomieszczeń zarezerwowanych dla płci przeciwnej), może powodować utrwalenie tego typu skłonności i oddziałuje na inne osoby z otoczenia dziecka (inne dzieci, nauczyciele, rodzice, otoczenie społeczne). Takim dzieciom i młodzieży należy natomiast udzielić kompleksowej pomocy, której służy niniejszy dokument (por. także rozdz. IV. pkt 5). Nasze stanowisko w tej kwestii formułujemy na bazie kompleksowej wiedzy o etiologii zaburzeń identyfikacji płciowej oraz psychologii klinicznej i rozwojowej, względach etycznych, historycznych i prawnych, a zwłaszcza na bazie bardzo dużej nietrwałości dysforii płciowej, która nie ma nigdy u danego dziecka przewidywalnej trajektorii oraz dużego ryzyka wzajemnej indukcji u dzieci tego typu zaburzeń. Obszar tranzycji społecznej u dzieci i młodzieży nie został dostatecznie zeksplorowany naukowo[176], ale istniejące dane są ostrzegawcze[177, 178, 179, 180, 181]. W zdecydowanej liczbie przypadków, gdzie dochodzi do decyzji o stosowaniu blokerów dojrzewania płciowego, następuje również zgoda na przyjmowanie hormonów płci przeciwnej, tj. 98–100%[182,

173 Luna B., Thulbron K. R., Munoz D. P. i in. (2001). Maturation of widely distributed brain function subserves cognitive development. *NeuroImage* 5(13), s. 786 –793. https://doi.org/10.1006/nimg.2000.0743.

174 Giedd J. N. (19.05.2015). The amazing teen brain. *Scientific American* 6(312), s. 32–37. https://doi.org/10.1038/scientificamerican0615-32.

175 Arain M., Hague M., Johal L. i in. (2013). Maturation of the adolescent brain. *Neuropsychiatr Dis Treat* 9, s. 449–461; doi: 10.2147/NDT.S39776.

176 „Jakkolwiek żadna z wypowiedzi WPATH 8 na rzecz tranzycji społecznej w dzieciństwie nie została potwierdzona przez wnioski z Przeglądu systematycznego [badań] Uniwersytetu w Yorku (Hall i in.: Social Transition). Biorąc pod uwagę słabość [stanu] badań w tej dziedzinie, pozostaje wiele niewiadomych na temat skutków tranzycji społecznej. W szczególności nie jest jasne, czy zmienia ona trajektorię rozwoju płci i jaki krótko- i długoterminowy wpływ może mieć na zdrowie psychiczne" Cass H. (04.2024). The Cass Review. Independent review of gender identity services for children and young people. Final report. *Op. cit*. s. 163.

177 Zucker K. J. (2019). Debate:different strokes for different folks. *Child and Adolescent Mental Health* 25(1), s. 36-37, https://acamh.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/camh.12330

178 de Vries A. L., Cohen-Kettenis P. T. (2012). Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: The Dutch approach. *Journal of Homosexuality* 59 (3), s. 301–320. https://doi.org/10.1080/00918369.2012.653300

179 Steensma T.D., McGuire J.K., Kreukels B.P. i in. (2013). Factors associated with desistence and persistence of childhood gender dysphoria: a quantitative follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 52(6), s. 582–590. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23702447/

180 Cass H. (04.2024). *The Cass Review. Independent review of gender identity services for children and young people*. Final report. *Op. cit*. s. 31.

181 Olson K., Durwood L., Horton R. i in. (2022). Gender identity 5 years after social transition. *Pediatrics*, Aug 1;150(2):e2021056082. doi: 10.1542/peds.2021-056082. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35505568/

182 Carmichael P., Butler G., Masic U. i in. (2021). Short-term outcomes of pubertal suppression in a selected cohort of 12 to 15 year old young people with persistent gender dysphoria in the UK. *PLOS ONE* 16(2). https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243894

[183, 184]. W obszarze tranzycji społecznej może zachodzić podobna inklinacja psychiczna w kierunku tranzycji medycznej, czyli tranzycja społeczna ułatwiałaby kolejne kroki, a więc przyjmowanie blokerów dojrzewania i inne zabiegi medyczne. To ogranicza naturalne procesy rozwojowe oraz ogranicza możliwość naturalnego zaniku ZIP.

10. Istnieje szerokie spektrum zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży wchodzących w relację krzyżową z tendencjami transseksualnymi (lęki separacyjne, zaburzenia ze spektrum autyzmu, w tym zespół Aspergera, ADHD, depresja, tendencje samobójcze, zaburzenia w obrazie siebie, swojego ciała, np. dysmorfofobia - BDD i poczuciu własnej wartości)[185, 186, 187, 188, 189, 190, 191], w kontekście określonych cech środowiska rodzinnego[192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199]. Objawy zaburzeń identyfikacji

183 Wiepjes C. M., Nota N. M., de Blok C. J. M. i in. (2018). The Amsterdam cohort of gender dysphoria study (1972–2015): trends in prevalence, treatment, and regrets. *Journal of Sexual Medicine* 15(4). https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.01.016 s.4.

184 de Vries A. L. C., Steensma T. D., Doreleijers T. A., Cohen-Kettenis P.T. (2011). Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: a prospective follow-up study. *J Sex Med* 8(8), s. 2276–2283. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20646177/

185 Kaltiala-Heino R., Sumia M., Työläjärvi M. i in. (2015). Two years of gender identity service for minors: overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* (2015) 9:9. DOI:10.1186/s13034-015-0042-y

186 Bechard M., VanderLaan D. P., Wood H. i in. (2017). Psychosocial and psychological vulnerability in adolescents with gender dysphoria: a "proof of principle" study. *J Sex and Marital Therapy* 43, s. 678–688. DOI: 10.1080/0092623X.2016.1232325

187 Heylens G., Elaut E., Kreukels B. P. C. i in. (2014). Psychiatric characteristics in transsexual individuals: multicentre study in four European countries. *The British Journal of Psychiatry,* Feb, 204(2), s. 151–156; DOI: 10.1192/bjp.bp.112.121954.

188 Becerra-Culqui T. A., Liu Y., Nash R. i in. (2018). Mental health of transgender and gender nonconforming youth compared with their peers. *Pediatrics* 141(5):e20173845. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5914494/

189 Kozlowska K., McClure G., Chudleigh C. i in. (2021). Australian children and adolescents with gender dysphoria: Clinical presentations and challenges experienced by a multidisciplinary team and gender service. *Human Systems: Therapy, Culture and Attachments* 1(1), s. 70-95. https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/26344041211010777; Por. Kozlowska, K., Chudleigh, C., McClure, G., Maguire, A.M., & Ambler, G.R. (2021). Attachment patterns in children and adolescents with gender dysphoria. *Frontiers in Psychology* 11, Article 582688. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33510668/. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.582688

190 Littman L. (16.04.2018). Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. *Op cit*.

191 Russell D.H., Hoq M., Coghill D. i in. (2022). Prevalence of mental health problems in transgender children aged 9 to 10 years in the US, 2018. *JAMA Netw Open* 5(7):e2223389. doi:10.1001/jamanetworkopen.2022.23389

192 Cass H. (04.2024). The Cass Review. Independent review of gender identity services for children and young people. Final report. Op. cit., s. 94, pkt. 5.50: „Prawie połowa wszystkich pacjentów doświadczyła życia tylko z jednym rodzicem. Okazało się [także], że 42 % dzieci objętych audytem utraciła co najmniej jednego rodzica, głównie w wyniku separacji; 38% miało problemy ze zdrowiem fizycznym w rodzinie; a 38 % miało problemy ze zdrowiem psychicznym w rodzinie. Przemoc fizyczna została udokumentowana w 15% przypadków".

193 Schneeberger A.R., Dietl M.F., Muenzenmaier K.H. i in. (2014). Stressful childhood experiences and health outcomes in sexual minority populations: a systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 49, s.1427-1445. https://doi.org/10.1007/s00127-014-0854-8

194 Baams L. (2018). Disparities for LGBTQ and gender nonconforming adolescents. *Pediatrics* 141(5), e20173004. https://doi.org/10.1542/peds.2017-3004

195 Kozlowska K., McClure G., Chudleigh C., i in. (2021). Australian children and adolescents with gender dysphoria: Clinical presentations and challenges...*Op cit*.

196 Kozlowska K., Chudleigh C., McClure G. i in. (2021). Attachment patterns in children and adolescents with gender dysphoria. *Frontiers in Psychology* 11, Article 582688. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33510668/. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.582688

197 Hisle-Gorman E., Schvey N.A., Adirim T.A. i in. (2021). Mental healthcare utilization of transgender youth before and after affirming treatment. *Journal of Sexual Medicine*, 18, s. 1444–1454. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34247956/

198 Por. Becerra-Culqui T.A., Liu Y., Nash R. i in. (2018). Mental health of transgender and gender nonconforming youth compared with their peers. *Op.cit*.

199 Por. Glintborg D., Mřller J.J.K., Rubin K.H. i in. (2023). Gender-affirming treatment and mental health diagnoses in Danish transgender persons: A nationwide register-based cohort study. *European Journal of Endocrinology* 189, s.336-345. https://doi.org/10.1093/ejendo/lvad119

płciowej mogą być więc tylko pozorne i spowodowane czynnikami innego rodzaju. Dlatego problemów młodego człowieka związanych z tożsamością płciową nie można traktować w sposób wyizolowany czy wyłącznie od strony społecznej.

11. Z tego samego powodu diagnoza zaburzeń identyfikacji płciowej winna być dokonywana przez szeroki, interdyscyplinarny zespół specjalistów (por. szczegółowe rekomendacje poniżej). Nigdy pojedyncze zaświadczenie od jednego specjalisty lub zaledwie kilka spotkań diagnostycznych nie powinny być wystarczającą podstawą do rozpoczynania jakiejkolwiek tranzycji, w tym zwłaszcza medycznej. Interwencje profesjonalne także powinny się odbywać w ramach wyżej wymienionego zespołu specjalistów.

12. Wszelkich przejawów świadczących o depresji czy skłonnościach samobójczych nie wolno bagatelizować i należy je traktować z dużą uważnością, stosując przewidziane procedury. Należy także być świadomym, że deklarowane skłonności samobójcze w przypadku dzieci i młodzieży z ZIP, zwłaszcza będących pod wpływem aktywistów, mogą być tylko formą szantażu emocjonalnego lub skutkiem efektu Wertera[200]. Zostały także opisane wręcz indoktrynacja i coachowanie młodzieży (lub rodziców) w kłamstwie tak, aby skłonić rodzica/opiekuna prawnego (lub daną placówkę) do zgody na tranzycję[201, 202, 203]. Nie ma danych naukowych świadczących o automatycznej, zero-jedynkowej suicydalności w przypadku zaburzeń identyfikacji płciowej lub tym bardziej świadczących o tym, że tranzycja jakoby miała chronić przed samobójstwem[204, 205, 206,

200 Acosta F. J., Rodríguez C. J., Cejas M. R. i in. (2020). Suicide coverage in the digital press media: adherence to World Health Organization guidelines and effectiveness of different interventions aimed at media professionals. *Health Communication* 35 (13), s.1623–1632 https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/10410236.2019.1654176

201 Horan N. (2019). Patients 'coached to fast-track sex change treatment'. *Independent.ie*, Sept/29, https://www.independent.ie/irish-news/health/patients-coached-to-fast-track-sex-change-treatment-38543409.html

202 Keenan J. (1.04.2019). 'Doctor' advises threatening suicide to get transgender treatments for kids. *The Federalist*. https://thefederalist.com/2019/04/01/doctor-advises-threatening-suicide-get-transgender-treatments-kids/

203 Shrier A. (2023). *Nieodwracalna krzywda*. Kraków: Dystrybucja AA/*oryg. Irreversible Damage.*

204 „Ryzyko samobójstwa było znacznie wyższe niż w populacji ogólnej, ale na tym samym poziomie co ryzyko samobójstwa w powszechnych zaburzeniach psychicznych, takich jak depresja, choroba afektywna dwubiegunowa i autyzm. Ponieważ te zaburzenia psychiczne są tak powszechne wśród osób z niezgodnością płci, nie jest możliwe ustalenie, czy zwiększone ryzyko samobójstwa jest spowodowane niezgodnością płci per se, czy jest konsekwencją zaburzeń psychicznych. Nie ma też żadnych badań, które dostarczają dowodów na to, że ryzyko samobójstwa zmniejsza się w wyniku leczenia afirmującego płeć, lub że ryzyko samobójstwa wzrasta, jeśli nie zapewnia się leczenia potwierdzającego płeć". Norweska Krajowa Komisja Śledcza ds. Usług Zdrowotnych i Opiekuńczych – UKOM (9.03.2023). Pasientsikkerhet for barn og unge med kjønnsinkongruens (Bezpieczeństwo pacjentów z niezgodnością płci). *Op. cit.*, rozdz. 7:26; na podstawie Marianowicz-Szczygieł A. Przegląd 24 profesjonalnych standardów, stanowisk i modeli pomocy dzieciom i młodzieży z problemami z identyfikacją płciową. Wnioski dla modelu polskiego. In press; omówienie tej tematyki także na stronie: https://statsforgender.org/suicide/.

205 Cass H. (04.2024). *The Cass Review. Independent review of gender identity services for children and young people*. Final report. *Op. cit.*, s. 33: "Sugerowano, że leczenie hormonalne zmniejsza zwiększone ryzyko śmierci przez samobójstwo w tej populacji, ale wniosek ten nie został potwierdzony przez dowody".

206 Asscheman H., Giltay E. J., Megens J. A. J. i in. (2011). A long-term follow-up study of mortality in transsexuals receiving treatment with cross-sex hormones. *European Journal of Endocrinology* 164(4), s. 635–642. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21266549/

[207, 208, 209, 210, 211]. Wiek młodzieńczy sam w sobie ogólnie charakteryzuje się podwyższonym ryzykiem skłonności samobójczych. Występujące w tej grupie podwyższone ryzyko skłonności samobójczych może wynikać z częstych zaburzeń współwystępujących, jak depresja, zaburzenia lękowe oraz ogólnie ryzykowny styl życia, a więc może pochodzić z innych źródeł[212, 213]. Na przykład ryzyko samookaleczeń i prób samobójczych w wypadku dysmorfofobii (BDD)[214], dość częstej[215] w tej grupie, sięga aż 46,3%[216].

13. Ze względów medycznych, psychicznych, jak również społecznych jesteśmy przeciwni także stosowaniu przez dzieci i młodzież tzw. binderów (ściskających i kamuflujących biust)[217, 218]czy obwiązywania, ukrywania męskich narządów płciowych (ang. tucking)[219], [220].

---

207 Dhejne C., Lichtenstein P., Boman M. i in. (2011). Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: Cohort study in Sweden. *Op. cit*.

208 Biggs M. (2022). Suicide by Clinic-Referred Transgender Adolescents in the United Kingdom. *Archives of Sexual Behavior*, 51, s., 685–690. https://doi.org/10.1007/s10508-022-02287-7

209 Swedish National Board of Health and Welfare (2020). Utvecklingen av diagnosen könsdysfori: Förekomst, samtidiga psykiatriska diagnoser och dödlighet i suicid. *Socialstyrelsen*, s. 10. https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-2-6600.pdf

210 Kalin N. H. (2020). Reassessing mental health treatment utilization reduction in transgender individuals after gender-affirming surgeries: a comment by the editor on the process (letter). *Am J Psychiatry* 177(8), s. 764–765 https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2020.20060803; w odniesieniu do: Bränström R, Pachankis J. E. (2020). Reduction in mental health treatment utilization among transgender individuals after gender-affirming surgeries: a total population study. *Am J Psychiatry* 177, s. 727–734. https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2019.19010080

211 Bailey J. M., Blanchard R. (8.09.2017). Suicide or transition: the only options for gender dysphoric kids? 4thwavenow.com. https://4thwavenow.com/2017/09/08/suicide-or-transition-the-only-options-for-gender-dysphoric-kids/

212 Hisle-Gorman E. Schvey N. A., Adirim T. A. i in. (2021). Mental healthcare utilization of transgender youth before and after affirming treatment. *The Journal of Sexual Medicine*, Vol. 18, Issue 8, August, s. 1444–1454, https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2021.05.014

213 Eisenberg M.E., Gower A. L., McMorris B. J. i in. (2017). Risk and protective factors in the lives of transgender/gender non-conforming adolescents. *Journal of Adolescent Health*, Oct 61(4), s. 521–526. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5626022/

214 Od. ang. Body Dysmorphic Disorder – inaczej cielesne zaburzenie dymorficzne, czyli silne, wręcz obsesyjne przekonanie o nieestetycznej budowie swojego ciała lub jakiejś jego części.

215 Cass H. (04.2024). *The Cass Review. Independent review of gender identity services for children and young people*. Final report. *Op. cit.*, s. 92.

216 Krebs G., Clark B., Ford T. i in. (2024). Epidemiology of body dysmorphic disorder and appearance preoccupation in youth: prevalence, comorbidity and psychosocial impairment. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. DOI:10.31234/osf.io/zmd2h

217 Wśród ryzyka negatywnych skutków medycznych używania binderów wymienia się: ból (klatki piersiowej, ramion, pleców), problemy z oddychaniem (jak np. spłycenie oddechu), problemy skórne (jak swędzenie, rany, otarcia), problemy neurologiczne (np. ból głowy, zawroty głowy), problemy układu kostnego i mięśni (jak np. drętwienie, zmiany w żebrach, wady postawy), przegrzanie, a nawet problemy gastryczne. Ponad 97% badanych relacjonowało co najmniej jeden z 28 negatywnych skutków ubocznych. Źródło: Gardner I., Weinand J., Corbet A. i in. (2016). Health impact of chest binding among transgender adults: a community-engaged, cross-sectional study. *Culture, Health & Sexuality* 19, s. 1–12. DOI: 10.1080/13691058.2016.1191675

218 Poteat T., Malik M., Cooney E. (2018). Understanding the health effects of binding and tucking for gender affirmation. *Journal of Clinical and Translational Science* 2 (Suppl 1), 76. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6798434/

219 Poteat T., Malik M., Cooney E. (2018). Understanding the health effects of binding and tucking... *Op. cit.*

220 Debarbo C. J. M. (2020). Rare cause of testicular torsion in a transwoman: A case report. *Urology Case Reports* 33, 101422. https://doi.org/10.1016/j.eucr.2020.101422.

IV. POLITYKA SPOŁECZNA I OGÓLNE RAMY DOTYCZĄCE POMOCY PROFESJONALNEJ

1. Podstawowa zasada pomocy powinna brzmieć: *po pierwsze nie szkodzić* – korzyści powiny przeważać nad ryzykiem. Diagnostyka w przypadku zaburzeń tożsamości płci jest złożona, wieloetapowa i wielowymiarowa. Należy tu położyć nacisk na sprawdzenie wszelkich wątków, które mogłyby mieć wpływ na problemy percepcji płci.

2. Każdy pacjent i jego opiekunowie mają prawo do pełnej, wszechstronnej i rzetelnej informacji dotyczącej etiologii zaburzeń, w tym zaburzeń identyfikacji płciowej, oraz do informacji o dostępnych opcjach leczenia, w tym na temat skutków działania blokerów dojrzewania płciowego i hormonów płciowych, konsekwencji interwencji chirurgicznych i ryzyka nieodwracalnych zmian (ubezpładnianie, wycinanie zdrowych narządów, wieloaspektowe ryzyko interwencji farmakologicznych).

3. W planowaniu pomocy należy zachować daleko idącą ostrożność, m.in. z powodu zmienności wieku rozwojowego, ale nie należy pozostawać biernym (bierność nie jest neutralna). Świadoma zgoda na tranzycję w przypadku dzieci i młodzieży jest fikcją[221, 222, 223, 224] (por. rozdz. III pkt 8).

4. Każdy pacjent powinien mieć prawo do psychoterapii jako podstawowej formy leczenia, niepozostawiającej trwałych i nieodwracalnych skutków somatycznych. W uzasadnionych przypadkach psychoterapia winna obejmować cały system rodzinny.

5. Niezwykła dynamika okresu dorastania, dominująco nabyta geneza oraz w większości samoistne przemijanie odczuć transseksualnych – to wystarczające argumenty, aby w wymiarze życia społecznego nie wspierać tzw. tranzycji społecznej (por. rozdz. III pkt 9) i wybieranych przez niektóre nastolatki np. wolicjonalnych form zaimkowych, zmiany imion, dostępu do przestrzeni jednopłciowych zarezerwowanych dla płci przeciwnej, itp. Osoby takie należy jednak zawsze otoczyć życzliwym wsparciem i zapewnić im opiekę psychoterapeutyczną. Zmiana imienia czy zaimków, wprowadzana przez placówki edukacyjne na wszystkich etapach kształcenia, w tym w dokumentach zawierających dane personalne czy oznaczenia płci, jest nie tylko działaniem przeciwko dobru dziecka i młodego człowieka, ale także pogwałceniem praw rodziców oraz obiektywnego porządku prawnego, naukowego i społecznego. Także wobec osób, które ukończyły 18. rok życia, pozostających w systemie edukacji, zwłaszcza jeśli nie dokonano metrykalnej zmiany na gruncie prawnym, tego typu praktyki należy traktować jako niewłaściwe i bezprawne (por. poradnik prawny: „Gdy Kasia twierdzi, że jest Tomkiem"[225]). Proponujemy także, aby od placówek szkolnych, które umożliwiają swoim uczniom tranzycję społeczną na terenie szkoły, domagać się sporządzenia raportów wpływu społecznego i ryzyka takich kroków, z powołaniem się na badania naukowe.

---

221 National Institute of Mental Health (2001). Teenage brain: a work in progress. NIH Publication No. 01-4929. https://www.psychceu.com/Brain_Basics/teenbrain.pdf

222 Latham A. (2022). Puberty blockers for children: can they consent? *The New Bioethics* 28:3, s. 268–291, DOI: 10.1080/20502877.2022.2088048

223 Steinberg L. (2008). A Social neuroscience perspective on adolescent risk-taking. *Dev Rev*, Mar, 28(1), s. 78–106. doi: 10.1016/j.dr.2007.08.002.

224 Arain M., Haque M., Johal L. i in. (2013). Maturation of the adolescent brain. *Neuropsychiatr Dis Treat* 9, s. 449-461 https://doi.org/10.2147/NDT.S39776

225 Puzio M. (2024). Gdy Kasia twierdzi, że jest Tomkiem. Aspekty prawne genderowych sporów o zaimki w polskiej szkole. Poradnik dla nauczycieli. Ordo Iuris. https://ordoiuris.pl/sites/default/files/inline-files/Poradnik_zaimkowy_0.pdf ; Inne poradniki w języku angielskim dostępne na stronie: https://genspect.org/resources/guidance/

6. Słuszne propagowanie szacunku wobec innych osób, oparte na wartościach chrześcijaskich, które są nam bliskie, nie wymaga tworzenia katalogów grup wrażliwych na dyskryminację, ponieważ prowadzi to *de facto* do ich wyróżniania na tle innych grup, z reguły niewymienianych. Szacunek oraz mądra „miłość bliźniego" jest tu uniwersalnym, wystarczającym i znanym pojęciem zakotwiczonym w tradycji judeochrześcijańskiej[226] i historii cywilizacji europejskiej – miłość empatyczna i miłosierna, ale także odważna, która potrafi w imię dobra danej osoby postawić także w razie konieczności granice. Dlatego nie popieramy wszelkich form presji wobec dzieci i młodzieży, zwłaszcza w systemie szkolnictwa, które mogą skutkować zaburzaniem ich nieukształtowanej jeszcze tożsamości, jak: specjalne tęczowe poradnictwo, kluby, eventy typu „tęczowy piątek", spotkania z osobami LGBT+, np. w formie żywych bibliotek[227], a tym bardziej łatwego dostępu do hormonów płciowych (w tym np. ich refundacji w celu tranzycji). Nawet akcje i standardy antydyskryminacyjne czy równościowe oraz powiązane z różnorodnością mają niestety często postać aktywizmu.

7. Stan wiedzy z dziedziny nie tylko psychologii rozwojowej wskazuje, że tzw. wychowanie neutralne płciowo uniemożliwia wykształcenie tożsamości płciowej zgodnej z płcią w ujęciu biologicznym. Dlatego stanowczo przeciwstawiamy się tego rodzaju praktykom, zwłaszcza w przypadku dzieci przedszkolnych.

8. Coraz liczniejsze przypadki detranzycji wskazują na wcześniejsze błędy proceduralne i diagnostyczne. Osoby podejmujące detranzycję powinny mieć zapewnioną opiekę endokrynologów i psychoterapeutów oraz wsparcie prawne w powrocie do stanu sprzed tranzycji (jakkolwiek niektóre konsekwencje przeprowadzonych wcześniej procedur medycznych mogą być nieodwracalne). Istnieje „życie po detranzycji" i nadzieja dla takich osób (por. rozdz. II pkt.19).

9. Sprzeciwiamy się także wszelkim próbom izolowania rodziców od ich dzieci z zaburzeniami identyfikacji płciowej czy ograniczania na tym tle władzy rodzicielskiej, w tym demonstrowanym w standardach WPATH (SOC-7 i SOC-8)[228] – standardach ignorujących istniejący dorobek naukowy, standardach o niskiej jakości dowodach naukowych, nierzetelnych, skrajnie jednostronnych i niestosujących wymogów myślenia przyczynowo-skutkowego[229, 230, 231, 232]. Niezbędne jest uważne dbanie o podtrzymywanie dobrych relacji dziecka z rodzicami i vice versa. Tzw. „brokatowa" lub „transgenderowa rodzina" (grupa obcych dziecku ludzi, afirmujących jego nową tożsamość płciową i twierdzących, że są dla niego obecnie przez to najbliższymi ludźmi) nie może zastąpić i nie zastąpi naturalnych więzi rodzinnych.

10. Porządek prawny powinien obejmować u osób co najmniej niepełnoletnich, a zwłaszcza w odniesieniu do osób o nieukształtowanej osobowości: zakaz tran-

---

226 Haynes L. (16.09.2019). Are religious californians really harming the mental health of people who identify as LGBTQ? *Public Discourse*. https://www.thepublicdiscourse.com/2019/09/56790/

227 Por. Kosciw J. G., Greytak E. A., Zongrone A. D. i in. (2018). The 2017 National School Climate Survey: The experiences of lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer youth in our nation's schools. New York: GLSEN., Appendix 2, s. 163, https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED590243.pdf

228 W standardach WPATH postuluje się: „Zaangażowanie rodziców/opiekunów w diagnostykę i ocenę pacjenta, chyba że ich zaangażowanie zostanie określone jako szkodliwe dla nastolatka lub niewykonalne, i wtedy *są wykluczani* z podejmowania decyzji" (WPATH SOC-8. *Op. cit.*, s. 256).

229 Dahlen S., Connolly D., Arif I. i in. (2021). International clinical practice guidelines for gender minority/trans people: systematic review and quality assessment. *BMJ Open* 11:e048943. doi: 10.1136/bmjopen-2021-048943

230 Hughs M. (2024). The WPATH Files. Pseudoscientific surgical and hormonal experiments on children, adolescents, and vulnerable adults. *Environmental Progress*. *Op.cit*.

231 Hruz P.W. (2020). Deficiencies in scientific evidence for medical management of gender dysphoria. *The Linacre Quarterly*, Vol. 87(1), s. 34-42, https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0024363919873762 s.37

232 (2022). Statement of removal. *International Journal of Transgender Health* 23:sup1, S259-S259, DOI: 10.1080/26895269.2022.2125695, nota publikacji WPATH-8 i czytamy tu: „Ta informacja o sprostowaniu została usunięta, ponieważ odnosiła się do poprzedniej wersji artykułu, który został opublikowany omyłkowo".

zycji społecznej, hormonalnej, chirurgicznej i tranzycji metrykalnej, zwłaszcza kroków nieodwracalnych, zakaz powodowania niepłodności czy trwałych zniekształceń ciała[233], w tym szczególnie bez zgody rodziców/opiekunów prawnych.

Należy przy tym podkreślić, że **prawna granica 18 lat** jako pułapu pełnoletności nie pokrywa się zupełnie z psychologiczną granicą dojrzałości psychicznej czy społecznej. Istnieją tu także duże różnice indywidualne. Ma to ogromne znaczenie z perspektywy rozważań nt. wieku dopuszczalności tranzycji medycznej w świetle prawa. Jeśli już, wiekiem bardziej uzasadnionym z punktu widzenia psychologii, jeśli chodzi o granicę prawną minimalnej dopuszczalności tranzycji, jest granica 25–26 lat[234]. Ważnym argumentem w tym kontekście jest fakt, że wraz z wiekiem większość dzieci i młodzieży „wyrasta" z tego typu problemów (por. rozdz. III pkt 3) oraz że podejmowane są decyzje, które mogą trwale wpłynąć na płodność.

Rekomendujemy także zakaz szkodliwych działań edukacyjnych dotyczących płci i seksualności u osób będących w systemie edukacji, w tym bez zgody rodziców/opiekunów prawnych (por pkt 11 i 14). Apelujemy także o zagwarantowanie prawnej konieczności poinformowania najbliższej rodziny o jakiejkolwiek tranzycji społecznej, medycznej czy prawnej także w przypadku osób pełnoletnich oraz o konieczności przeprowadzenia wywiadu rodzinnego z ich udziałem, w tym obowiązkowe zasięgnięcie informacji u rodziców/opiekunów prawnych o wątpliwościach medycznych, społecznych, psychicznych i moralnych (tranzycja nie jest bowiem zwykłym zabiegiem medycznym czy urzędową zmianą imienia, ale zmianą tożsamości, która dotyka także rodzinę).

11. Opowiadamy się za obowiązkowym włączeniem opinii psychologicznej w postępowaniu sądowym w tym obszarze. Przy czym zabronione powinno być, naszym zdaniem, wystawianie pojedynczych zaświadczeń kierujących na tzw. zabiegi tranzycji, w tym szczególnie przez specjalistów zatrudnionych lub współpracujących z klinikami dokonującymi tranzycji medycznej. Sam proces diagnostyczny i terapeutyczny powinien zostać, o ile to możliwe, prawnie uregulowany, np. według zaproponowanych przez nas poniżej wytycznych.

12. Dostrzegamy społeczną i indywidualną, a zwłaszcza medyczną korzyść każdorazowego oznaczania w dokumentacji profesjonalnej, w tym zwłaszcza w dokumentacji medycznej – płci w ujęciu biologicznym.

13. Sprzeciwiamy się genderowej „nowomowie" i inkluzywności języka, rezygnowaniu w przestrzeni publicznej ze zwrotów: „kobieta i mężczyzna", „mama i tata", „panie i panowie". Sprzeciwiamy się pojęciom niemającym uzasadnienia biologicznego, jak: „osoby miesiączkujące", „ciężarny człowiek", „płeć przypisana przy urodzeniu", „ekspresje płciowe", „różnorodność płciowa" itp.

---

233 Mowa o praktykach nieuzasadnionych względami medycznymi, a podejmowanych ze względów kulturowych, społecznych czy psychicznych.

234 Stoimy tu na gruncie ogólnej wiedzy z dziedziny neurobiologii i psychologii rozwojowej (rozwój mózgu i osobowości – m.in. źródła: Trova S., Bovetti S., Bonzano S. i in.2021; Luna B. Thulbron K.R., Munoz D.P. i in. 2001; Giedd J.N. 2015, Arain M., Hague M., Johal L. i in. 2013 – por. rozdz. III, pkt. 8; oraz wiedzy o ryzykach skutków medycznych - por. rozdz. III, pkt. 6) a także wiedzy szczegółowej obejmującej zagadnienia powiązane z rozwojem zaburzeń tożsamości płciowej. Tego typu prawo proponują niektóre stany USA (Oklahoma, Teksas, Karolina Płd.) – por. Human Rights Campaign [6.01.2023]. *Map: Attacks on Gender Affirming Care by State. https://www.hrc.org/resources/attacks-on-gender-affirming-care-by-state-map*. SEGM, czyli Society for Evidence-Based Gender Medicine, organizacja naukowa skupiająca ponad 100 naukowców i klinicystów z kilku krajów, także optuje tu za późną granicą wieku, wynoszącą 25 lat. Jest to zgodne z sugestiami norweskiego UKOM i brytyjskiego Cass Review (w raporcie UKOM – w rozdz.8, s.33 podaje się jako argument przeciwko stosowaniu wczesnej tranzycji u dzieci, że podejmowane są decyzje dotyczące płodności, a „próg zgody na sterylizację wynosi w Norwegii 25 lat"; Cass Review: granica ok. 25 lat jako granica rozwoju płatów czołowych, a zatem podejmowania złożonych decyzji, myślenia krytycznego, planowania, ustalania priorytetów, powstrzymywania się od impulsów – Cass H. 2024 *Op. cit*, s.102-103, choć zasadniczo ustalono tu granicę wieku 18 lat jako granicę interwencji medycznych i ograniczony dostęp do brokerów dojrzewania tylko w ramach próby klinicznej od 16 lat, popełniając w ten sposób naukową niekonsekwencję); źródła: SEGM (28.05.2021). „Gender-affirming" Hormones and Surgeries for Gender-Dysphoric US Youth. https://segm.org/ease_of_obtaining_hormones_surgeries_GD_US; UKOM (9.03.2023). *Pasientsikkerhet for barn og unge med kjønnsinkongruens* (Bezpieczeństwo pacjentów z niezgodnością płci). https://ukom.no/rapporter/pasientsikkerhet-for-barn-og-unge-med-kjonnsinkongruens/sammendrag; Cass, H. (luty 2022). The Cass Review. Independent review of gender identity services for children and young people: Interim report. *Op cit*. oraz Cass H. (04.2024*).* The Cass Review. Independent review of gender identity services for children and young people. Final report. *Op. cit.*

14. Wnosimy również o monitorowanie zmian edukacyjnych i prawnych dotyczących obszaru płci i seksualności, mających wpływ na dzieci i młodzież, w tym z terenu UE, agend ONZ, oraz przeciwdziałanie zmianom niekorzystnym (sugerujemy np. wypowiedzenie Konwencji Stambulskiej lub pozbawienie jej genderowego „ostrza", rewizję lub niewprowadzanie klasyfikacji ICD-11 w Polsce, która to klasyfikacja sankcjonuje płeć uznaniową gender w miejsce płci w ujęciu biologicznym, a zaburzenia identyfikacji płciowej traktuje jako przejaw „zdrowia seksualnego"[235]).

15. Naszym zdaniem, szczególnej ochronie prawnej powinno podlegać prawo pacjenta i jego rodziny do samostanowienia w zakresie wyboru i dostępu do psychoterapii. Sprzeciwiamy się nieuzasadnionym i wprowadzającym opinię publiczną w błąd zakazom psychoterapii zaburzeń płciowych i seksualnych, uderzających w podstawowe swobody obywatelskie.

16. Jesteśmy przeciwni wszelkim próbom ograniczania wolności słowa, wolności religijnej, biznesowej czy akademickiej, powiązanych z tematyką LGBT+. Domagamy się tu poszanowania chrześcijańskiego światopoglądu, prawa do rzetelnej i merytorycznej debaty naukowej i oddzielenia sfery indywidualnej od społecznej, gdzie wymagana jest długofalowa perspektywa z priorytetem demografii, dobra wspólnego oraz dobra dziecka i jego rodziny.

17. Postulujemy kompleksowe podejście profilaktyczne w skali kraju. Wskazane byłoby objęcie rodziców, dzieci i młodzieży akcją edukacyjno-profilaktyczną, połączoną z możliwością wczesnego wykrywania problemów z identyfikacją płciową.

18. Mając na względzie możliwość realizacji wskazanych wyżej postulatów, formułujemy dezyderat właściwego, zgodnego z wiedzą włączenia tych problemów do szkolenia przeddyplomowego i podyplomowego lekarzy i innych pracowników medycznych, psychologów czy pedagogów.

19. Obszary, na które państwo ma wpływ przez swoją politykę, w przypadku zaburzeń identyfikacji płciowej i ich profilaktyki to kolejno (od najszerszych do najwęższych):

    a) ogólne wsparcie rodziny w jej podstawowych funkcjach,
    b) edukacja, informacja, ochrona prawna rodzin,
    c) ukierunkowana profilaktyka szczegółowa,
    d) badania przesiewowe w kierunku wczesnej diagnozy,
    e) uregulowanie kompleksowej i holistycznej diagnozy,
    f) zorganizowanie systematycznej psychoterapii w wyspecjalizowanych ośrodkach,
    g) wsparcie kierunkowe.

20. Postulujemy aktualizowane, systematyczne i rygorystyczne przeglądy literatury naukowej, a także wspieranie długofalowych badań naukowych, porównujących efekty tzw. czujnego oczekiwania i psychoterapii, oraz analizujących funkcjonowanie dzieci, którym psychoterapia pomogła, u których problemy utrzymują się pomimo psychoterapii, oraz grup z detranzycją.

21. Apelujemy do społeczności międzynarodowej i władz Rzeczypospolitej Polskiej o uchwalenie i stosowanie prawa chroniącego prawidłowy rozwój dzieci i młodzieży oraz o stworzenie systemu wykwalifikowanej pomocy dla dzieci z zaburzeniami identyfikacji płci, a także kształcenie kadr w tym obszarze[236].

---

235 Przeglądarka internetowa ICD-11, https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/en#577470983; Por. Instytut „Ona i On" (7.09.2023). *ICD-11 – cd. – zaangażuj się i pomóż nam zastopować groźne zmiany!* http://onaion.org.pl/2023/09/07/20063/.

236 Obecnie taka pomoc – ze względu na nadmierną medykalizację podejścia i brak regulacji w Polsce odbywa się często w nurcie afirmatywnym, w klinikach medycyny estetycznej; brakuje stosownych standardów i wytycznych.

V. SZCZEGÓŁOWE REKOMENDACJE DOTYCZĄCE POSTĘPOWANIA Z DZIEĆMI I MŁODZIEŻĄ Z ZABURZENIAMI IDENTYFIKACJI PŁCIOWEJ LUB ICH PODEJRZENIEM ORAZ DOBRE PRAKTYKI W ZAKRESIE DIAGNOZY I TERAPII

1. Postulujemy wyszkolenie personelu i zorganizowanie sieci specjalistycznych placówek[237], do których byliby kierowani pacjenci z zaburzeniami identyfikacji płciowej.

2. Rekomendujemy, aby pacjentem z zaburzeniami identyfikacji płciowej zajmował się nie pojedynczy specjalista czy specjaliści, ale **interdyscyplinarny zespół**, wymieniający się informacjami i doświadczeniem (optymalnie o składzie: psycholog, psychiatra, pediatra/lekarz rodzinny, endokrynolog, ginekolog/urolog, seksuolog, pedagog, psychoterapeuta dzieci i młodzieży, psychoterapeuta rodzinny; wiodąca rola psychologa przy wsparciu medycznym). Wskazana jest także współpraca ze środowiskiem szkolnym. W razie problemów z dostępem do tego typu specjalistycznej i ustrukturyzowanej pomocy wskazana jest przynajmniej wymiana informacji pomiędzy wyżej wymienionymi specjalistami lub – w razie ograniczeń – chociażby pomiędzy pediatrą/lekarzem rodzinnym, psychologiem, psychiatrą, endokrynologiem, urologiem/ginekologiem, ze wskazaniem na rolę koordynującą psychologa lub pediatry/lekarza rodzinnego. Bazowanie na pojedynczym zaświadczeniu, w tym bez dokonania pogłębionej diagnozy dziecka/młodego człowieka, dopuszczającym na tej podstawie tranzycję powinno być karalne.

   Kolejne rekomendacje prezentujemy wg klucza problemowo-tematycznego.

DIAGNOZA WSTĘPNA

W przypadku podejrzenia zaburzeń identyfikacji płciowej (oznaczanych jako ZIP), po przeprowadzeniu wstępnego wywiadu z rodzicami/opiekunami i, w zależności od wieku, także z dzieckiem, należy dokonać diagnozy wstępnej, tj. sporządzić opis objawów i historii zaburzeń identyfikacji płciowej, w tym nonkonformizmu płciowego czy zachowań nietypowych dla danej płci, sprawdzić i zanotować, od kiedy te objawy występują. Pojedyncze zachowania nietypowe płciowo, np. zabawy typowe dla płci przeciwnej czy pojedyncze przebieranie się np. małego dziecka w stroje płci przeciwnej, nie kwalifikują się do diagnozy zaburzeń identyfikacji płciowej. Uporczywe i silne objawy, takie jak (rozróżnienie na podstawie DSM-5 i ICD-10 oraz ICD-11)[238]:

a) silna potrzeba bycia płci przeciwnej,

b) nieakceptowanie własnego ciała, w tym narządów płciowych i objawów dojrzewania,

237 Doświadczenia zagraniczne wskazują, że przydatny bywa podział wyspecjalizowanych placówek na poziom lokalny, regionalny i centralny. Placówki mogą mieć także charakter wyspecjalizowanych i współpracujących zespołów, a niekoniecznie ośrodków stacjonarnych (por. Cass H. 2024. The Cass Review. Independent review of gender identity services for children and young people. Final report. *Op. cit*., s. 203). Wskazane byłoby zwłaszcza przeszkolenie lekarzy rodzinnych, pediatrów, psychologów szkolnych, pracowników poradni pedagogiczno-psychologicznych oraz kadr placówek edukacyjno-opiekuńczych, zwłaszcza ich dyrektorów.

238 Jak to już zostało zaanonsowane, stosujemy tu podejście obiektywne, oparte na faktach i rzeczywistości biologicznej, tj. przeciwstawiamy się użyciu kryterium dystresu, czyli subiektywnego dyskomfortu, jako kryterium wyłącznego, co ma miejsce obecnie w klasyfikacjach DSM czy ICD, tj. diagnozowania dysforii płciowej, niezgodności płciowej lub niekompatybilności płciowej tylko, o ile stanowi ona dyskomfort dla pacjenta, lub tylko, gdy zaburza ona funkcjonowanie społeczne. Dlatego stosujemy szerszy termin „zaburzenia identyfikacji płciowej" (ZIP).

c) silna potrzeba posiadania pierwszorzędowych i/lub drugorzędowych cech płci przeciwnej,

d) przebieranie się w ubrania płci przeciwnej,

e) pragnienie życia i akceptacji w roli płci przeciwnej,

f) preferencja gier, zabaw i aktywności typowych dla płci przeciwnej,

g) lub wręcz, w przypadku młodzieży, dokonanie tranzycji społecznej (zmiana imienia, zaimków płciowych, strojów, fryzur płci przeciwnej), funkcjonowanie w rolach płciowych typowych dla płci przeciwnej w przestrzeni publicznej, w tym w Internecie,

h) lub podjęcie kroków w kierunku tzw. tranzycji medycznej, hormonalnej lub chirurgicznej maskulinizacji/feminizacji wyglądu („neutralizacji płci"),

– które trwają ***co najmniej 6 miesięcy***[239] – *uprawniają do diagnozy zaburzeń identyfikacji płciowej*. Konieczną częścią diagnozy jest diagnoza różnicowa opisana dalej. W opisie objawów należy zwrócić zwłaszcza uwagę na dwa okresy krytyczne, tj. wczesne dzieciństwo (2–4 lata) oraz wiek dojrzewania, w tym reakcję dziecka na objawy dojrzewania. W przypadku młodzieży, zwłaszcza dziewcząt, należy zwrócić uwagę i wyodrębnić zespół ROGD, czyli zespół tzw. nagłej dysforii płciowej, który charakteryzuje się brakiem historii zaburzeń tożsamości płciowej od wczesnego dzieciństwa. Warto odnotować ewentualną teatralność zachowań, która często towarzyszy zespołowi ROGD.

Kolejny etap postępowania diagnostycznego w przypadku podejrzeń zaburzeń identyfikacji płciowej powinny stanowić ocena stanu zdrowia somatycznego i równolegle diagnoza różnicująca oraz wszechstronna diagnoza psychologiczna, ocena funkcjonowania rodziny oraz otoczenia społecznego dziecka/młodego człowieka.

Diagnostyka somatyczna i diagnostyka różnicowa nie powinny opóźniać diagnostyki i pomocy psychologicznej, ale do czasu jej ukończenia należy mieć na uwadze możliwość ustalenia innego rozpoznania niż zaburzenia identyfikacji płciowej (ZIP).

Ponieważ diagnostyka w kierunku zaburzeń identyfikacji płciowej jest długa, skomplikowana i absorbująca (i czasowo, i finansowo, nawet jeśli te koszty pokrywa skarb państwa) – należy dużą wagę przyłożyć do etapu diagnozy wstępnej. W razie wątpliwości, czy dany przypadek spełnia kryteria zaburzeń identyfikacji płciowej, i przy braku innych naglących okoliczności, należy rozważyć tylko obserwację dziecka i odłożenie w czasie decyzji o skierowaniu na szczegółową diagnostykę (szczególną ostrożność należy wykazać w przypadku zespołu ROGD, w tym trwającego krócej niż 6 miesięcy). W tym okresie jednak wskazane byłyby spotkania z psychologiem, psychoterapeutą (w tym – w ramach rodziny) oraz poradnictwo, a także udzielenie porad wychowawczych rodzicom, jak wspierać dziecko w naturalnym rozwoju. Jest to istotne także z powodu przeważającej rozwojowej zmienności i naturalnego „wyrastania" dzieci z tego rodzaju problemów. Diagnozy wstępnej dokonuje optymalnie psycholog dziecięcy czy rodzinny.

OGÓLNA OCENA STANU ZDROWIA SOMATYCZNEGO

Kolejny etap to wstępna ocena stanu zdrowia fizycznego (wzrost, waga, etap dojrzewania somatycznego z uwzględnieniem etapu dojrzewania w skali Tannera, obecność chorób przewlekłych, podstawowe badania laboratoryjne), w przypadku nieprawidłowości narządów płciowych dodatkowo, wg potrzeby, konsultacja ginekologiczna (dziewczynki) lub urologiczna (chłopcy). Konieczne jest określenie także stanu wiedzy i postawy pacjenta co do dojrzewania i jego objawów. Po stwierdzeniu niedostatków czy braków w tym zakresie, spe-

239 Kryterium czasowe na podstawie DSM.

cjalista udziela tu koniecznych wyjaśnień, zwłaszcza w przypadku nastawienia lękowego. Sposób przechodzenia przez dojrzewanie ma charakter diagnostyczny i prawdopodobnie wpływa na to, czy dysforia płciowa ustępuje czy nie[240]. Należy ocenić ponadto stan zdrowia pod kątem chorób przewlekłych i zaburzeń somatycznych, zwłaszcza powiązanych z płcią, upewnić się co do prawidłowego rozwoju organów płciowych (pod kątem ewentualnych wrodzonych wad rozwojowych), wykonać podstawowe badania laboratoryjne, w tym także oznaczenie stężenia glukozy i elektrolitów w osoczu oraz badania uwzględniające potencjalne choroby tarczycy i zaburzenia wątroby. Wywiad lekarski w tym względzie powinien obejmować obecność chorób w rodzinie i ich przebieg, w tym na temat chorób nowotworowych i wątroby. Czynności te wykonuje lekarz podstawowej opieki zdrowotnej.

DIAGNOZA RÓŻNICOWA

Następnie należy wykonać wszechstronną diagnozę różnicującą (somatyczną, psychiatryczną i seksuologiczną), której celem jest wykluczenie innych zaburzeń, powodujących objawy podobne do zaburzeń identyfikacji płciowej. Ze względu na kwestie organizacyjne, jak np. długi czas oczekiwania na wizytę u specjalistów, nie powinno to jednak kolidować z przeprowadzeniem diagnozy psychologicznej.

— Somatyczna diagnoza różnicowa (w tym endokrynologiczna i genetyczna):

a) konieczność wykluczenia: DSD – zaburzeń różnicowania płci, wnętrostwa, hipogonadyzmu, zespołu policystycznych jajników (PCOS), wrodzonego przerostu nadnerczy (w tym na tle niedoboru 21-hydroksylazy), zespołu niewrażliwości na androgeny, zaburzeń wzrostu, zaburzeń dojrzewania związanych z: niedowagą/otyłością, przedwczesnym izolowanym powiększeniem piersi, prawdziwym i rzekomym przedwczesnym lub opóźnionym dojrzewaniem płciowym, innych zaburzeń hormonalnych, zaburzeń pourazowych,

b) diagnostyka endokrynologiczna:

– wywiad z uwzględnieniem okresu okołoporodowego (i leków przyjmowanych przez matkę w ciąży) oraz wad wrodzonych, krzywa wzrastania, początek i przebieg dojrzewania płciowego, choroby przewlekłe i stosowane leki (zwłaszcza hormonalne);

– w razie wskazań – badanie USG miednicy mniejszej (ocena macicy i jajników) u dziewcząt lub badanie USG jąder u chłopców, u obu płci badanie USG jamy brzusznej z oceną nadnerczy;

– panel podstawowych badań hormonalnych: oznaczenie stężeń gonadotropin (LH i FSH), estradiolu, testosteronu, androgenów nadnerczowych (androstendionu, DHEA-S, 17-OH-progesteronu) u obu płci (u dziewczynek miesiączkujących materiał do badania należy pobrać w 2–5 dniu cyklu miesiączkowego); u dzieci z podejrzeniem wrodzonego przerostu nadnerczy nieobjętych badaniem przesiewowym konieczna jest ocena poziomu 17-hydroksyprogesteronu, testosteronu, ACTH, kortyzolu, ARO (aktywności reninowej osocza) i aldosteronu w surowicy, ewentualnie test z ACTH,

c) diagnoza genetyczna w przypadku podejrzeń zespołu Turnera czy Klinefeltera i innych zespołów genetycznych powiązanych z płcią – konieczne jest wykonanie badania kariotypu, u dziewcząt z oceną markerów chromosomu Y (zakres badań do decyzji lekarza genetyka).

240 Steensma T. D., Boer F., Cohen-Kettenis P.T. (2011). Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow-up study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 4(16), s. 499–516. https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1359104510378303.

Jeśli taki panel badań nie wykaże żadnych nieprawidłowości, kontynuujemy diagnostykę na obszarze zdrowia psychicznego. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości – dalsza diagnostyka powinna być prowadzona zgodnie ze standardami medycznymi odnoszącymi się do konkretnych sytuacji, tj. podejrzewanych jednostek chorobowych (np. zaburzenia różnicowania płci, późno ujawniający się wrodzony przerost nadnerczy, nowotwory czynne hormonalnie, itp.). Wspomniane zaburzenia mogą stanowić jednocześnie tło somatyczne zaburzeń identyfikacji płciowej.

— Psychiatryczna i psychologiczna diagnoza różnicowa

Konieczność rozpoznania/lub wykluczenia:

a) psychoz (i np. urojeń płci)[241],
b) zaburzeń afektywnych dwubiegunowych,
c) zaburzeń dysocjacyjnych, fobii związanych z płcią,
d) zaburzeń kompulsywnych, w tym obsesji na punkcie kastracji,
e) PTSD związanego z traumą seksualną,
f) niepełnosprawności intelektualnej,
g) oznaczenia (o ile istnieje) borderline,
h) oznaczenia (o ile istnieje) zaburzeń ze spektrum autyzmu – ASD (ważne jest zwłaszcza rozróżnienie, czy objawy są przejawem koncentracji ASD na specjalnych zainteresowaniach),
i) zaburzeń układu nerwowego, w tym zaburzeń pourazowych, będących wynikiem np. zapalenia mózgu, wstrząsu mózgu – w razie konieczności potrzebna jest diagnostyka z użyciem badań obrazowych mózgu i OUN,
j) innych zaburzeń osobowości i zaburzeń na tle organicznych dysfunkcji mózgu (w razie potrzeby wskazana byłaby konsultacja neurologiczna),
k) BDD (*body dysmorphic disorder*– cielesnego zaburzenia dysmorficznego, inaczej dysmorfofobii),
l) zespołu BIID (*body integrity identity disorder*), gdzie zdrowe osoby chcą stać się niepełnosprawne,
m) samouszkodzeń jako problemu źródłowego.

— Seksuologiczna diagnoza różnicowa

(dotyczy starszych dzieci, co najmniej w wieku dojrzewania, pytania może zadawać także inny specjalista niż seksuolog ze względu na delikatność materii; należy zdiagnozować, co wywołuje podniecenie, nawet w neutralnych sytuacjach):

a) wykluczenie fetyszyzmu i transwestytyzmu fetyszystycznego oraz innych zaburzeń preferencji seksualnych, gdzie przebieranie się w stroje płci przeciwnej lub akcesoria związane z płcią przeciwną (np. bielizna damska, makijaż) stanowią o podnieceniu seksualnym,

241 "Zidentyfikowano cztery możliwe warianty urojeń zmiany płci w schizofrenii (1) urojenia o braku przynależności do własnej płci, (2) urojenia o braku przynależności do jakiejkolwiek płci (3) urojenia o przynależności do obu płci; oraz (4) urojenia o przynależności do przeciwnej płci [9–12]". Źródło: Stusiński J., Lew-Starowicz M. (2018). Gender dysphoria symptoms in schizophrenia. Psychiatr Pol 52(6), s. 1053–1062 https://www.psychiatriapolska.pl/Gender-dysphoria--symptoms-in-schizophrenia,80013,0,2.html

b) wykluczenie autoginefilii (myśl, że jest się płcią przeciwną, powoduje podniecenie seksualne),

c) wykluczenie nieakceptowanych skłonności homoseksualnych, które stanowią podstawową motywację do „neutralizacji" płci w ujęciu biologicznym (skłonności homoseksualne są statystycznie częściej diagnozowane w grupie osób z ZIP; tu należy zwrócić jedynie uwagę na pozorność objawów ZIP na tym tle),

d) wykluczenie innych parafilii.

WSZECHSTRONNA DIAGNOSTYKA PSYCHOLOGICZNA

Wszechstronna diagnoza psychologiczna odnosi się do obszarów powiązanych z możliwą i znaną z badań psychologicznych genezą dysforii płciowej (a nagminnie ignorowanych)[242] i tych obszarów, które – z punktu widzenia klinicznego – mogą być tu istotne. Diagnoza psychologiczna powinna zmierzać do ustalenia/ocenienia czynników:

- *predysponujących*,
- *powodujących*,
- i *utrwalających*

zaburzenia identyfikacji płciowej. Celem diagnostyki psychologicznej jest zrozumienie znaczenia objawów u pacjenta, w tym w kontekście rodzinnym i społecznym, oraz szukanie odpowiedzi na podstawowe pytanie: *czy i jakie problemy psychiczne są powiązane z ZIP, a jakie są symbolicznie rozwiązywane dzięki ZIP*. Adresatami diagnostyki psychologicznej jest pacjent oraz jego otoczenie (rodzice/opiekunowie prawni, inni kluczowi członkowie rodziny). Należy także włączyć, o ile są dostępne, dane np. od psychologa szkolnego.

Międzynarodowa praktyka wskazuje różny tryb spotkań diagnostycznych. Wiele placówek na świecie stosuje tu następujący porządek[243] (oprócz diagnostyki psychologicznej za pomocą testów psychologicznych, na które są poświęcone oddzielne spotkania): co najmniej jedno wspólne wstępne spotkanie z dziećmi i rodzicami, wywiad z każdym z rodziców osobno, wywiad z dzieckiem, obserwacja dziecka (dotyczy dziecka przed okresem dojrzewania), wspólne spotkanie podsumowujące z rodzicami. Każde ze spotkań może potrwać nawet kilka godzin (liczy się więc nie tylko liczba, ale i jakość spotkań). Poszczególne obszary są potem pogłębiane diagnostycznie i odpowiednio eksplorowane podczas psychoterapii, a są to:

a) szczegółowe zbadanie historii zaburzeń identyfikacji płciowej i nonkonformizmu płciowego pacjenta (w tym odnotowanie wydarzeń istotnych/przełomowych zdaniem pacjenta, także sygnałów odrzucenia płci pacjenta przez otoczenie – np. zmiana imienia na imię płci przeciwnej, werbalizowanie chęci, aby pacjent był płci przeciwnej, przebieranie w stroje płci przeciwnej, zanotowanie reakcji otoczenia na ZIP w percepcji pacjenta);

b) zbadanie ogólnego stanu zdrowia psychicznego i jego historii,

242 Przegląd badań dotyczących genezy – por. rozdz. III, pkt 1.

243 Szczegółowy opis przykładowego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego został zrelacjonowany w pracy: Marianowicz-Szczygieł A. *Przegląd 24 profesjonalnych standardów, stanowisk i modeli pomocy dzieciom i młodzieży z problemami z identyfikacją płciową. Wnioski dla modelu polskiego*. In Press; na podstawie źródła, które widnieje poniżej. Metody stosowane tu wobec dzieci do 12 r.ż. mogą być w większości ekstrapolowane do dzieci starszych. Diagnostyka obejmuje: 1) 30–90-min wywiad telefoniczny z rodzicami, wywiad rodzinny (3 godziny), wywiad indywidualny z każdym rodzicem z osobna (2–5 godzin na rodzica), testy psychologiczne z dzieckiem (4 godziny), wywiad indywidualny z dzieckiem (1 godzina); tab. 2 podaje pełny spis stosowanych w placówce metod diagnostycznych (testów psychologicznych); źródło: Zucker J. K., Wood H., Singh D. i in.(2012). A Developmental, biopsychosocial model for the treatment of children with gender identity disorder. *Journal of Homosexuality* 59(3), s. 369–397; DOI: 10.1080/00918369.2012.653309.

c) ocena zasobów psychicznych (prężności) i społecznego wsparcia,

d) ocena rozwoju intelektualnego i osiągnięć szkolnych,

e) ocena stopnia rozwoju emocjonalnego, kompetencji komunikacyjnych,

f) określenie obrazu siebie (zwłaszcza dużej rozbieżności między ego realnym a idealnym), samoakceptacji, w tym swojego ciała i zmian rozwojowych w ciele (np. BDD),

g) odnotowanie skłonności do „konkretnego myślenia" (myśli doświadczane jako działania fizyczne) oraz skłonności do autosugestii, silnie realistycznego i emocjonalnego przeżywania własnych myśli,

h) stwierdzenie kłopotów z koordynacją wzrokowo-ruchową, niechęci do sportów zespołowych (szczególnie istotna w przypadku chłopców),

i) nietypowe dla danej płci i zwłaszcza nieakceptowane w danym otoczeniu zainteresowania,

j) obecność traum obecnie i w przeszłości, zwłaszcza związanych z płcią i seksualnością,

k) ewentualna przemoc, w tym wykorzystanie seksualne,

l) percepcja męskości i kobiecości (każdorazowo obu) i ich atrakcyjności/nieatrakcyjności oraz wszelkie skojarzenia „siły" i „mocy" związane z daną płcią,

m) wywiad pod kątem uzależnień od pornografii (historia korzystania z pornografii, zwłaszcza w połączeniu z masturbacją, traumy związane z brutalną pornografią),

n) traumatyczne kontakty z płcią własną/przeciwną, traumatyczna inicjacja seksualna, urazy seksualne (np. obserwowanie scen seksualnych, które mogło doprowadzić do odrzucenia własnej płci/seksualności),

o) ocena wpływu rozwojowego poszukiwania tożsamości i związanego z tym testowania w zakresie płci,

p) ocena wpływu tzw. tożsamości negatywnej na postrzeganie płci i chęci psychicznej separacji od rodziców na tym tle,

q) wykluczenie rzekomych objawów zaburzeń identyfikacji płciowej (ZIP) na bazie obaw związanych z okresem dojrzewania oraz ewentualności nieakceptowanych skłonności homoseksualnych i „ucieczki" od nich w chęć neutralizacji płci w ujęciu biologicznym (eksploracja od strony psychologicznej wątków podejmowanych już podczas diagnozy różnicowej, tym razem w kontekście całościowego funkcjonowania jednostki),

r) wykluczenie zwykłej niepewności, ciekawości, żartu, zachowań opozycyjnych, kopiowania zachowań otoczenia (typu: najbliższa koleżanka też jest „trans"),

s) szczególny nacisk należy położyć na diagnozę spektrum autyzmu, ADHD,

t) depresyjność/suicydalność/samouszkodzenia,

u) zaburzenia lękowe,

v) zaburzenia obsesyjno-kompulsywne,

w) uzależnienia,

x) zaburzenia odżywiania.

Niezbędny jest **wywiad na temat relacji społecznych i przekazów kulturowych:** kontakty z grupą rówieśniczą, kłopoty relacyjne, funkcjonowanie w środowisku szkolnym (odrzucenie, izolacja od rówieśników), korzystanie z mediów społecznościowych (w jakim stopniu?), obecność w otoczeniu osób wpływowych lobbujących za tzw. zmianą płci, przekazy na ten temat w szkole i najbliższym otoczeniu; należy zbadać, czy seksualność, płciowość, wygląd pacjenta był/jest wyśmiewany, krytykowany przez dorosłych lub rówieśników itp., oraz zwrócić uwagę na ekspozycję na influencerów transseksualnych oraz przekazy kulturowe (beletrystyka, komiksy – np. manga, filmy i seriale, filmy animowane, np. anime, itp.) o treści transseksualnej. Kluczowa jest także analiza stereotypów używanych przez pacjenta (zwłaszcza tych negatywnie przedstawiających daną płeć).

Nieodzownym warunkiem diagnozy psychologicznej, a następnie pomocy, powinna być ścisła współpraca z rodziną. Kolejny etap to bowiem **ocena systemu rodzinnego** – pod kątem spójności rodziny, mechanizmów homeostatycznych, stylów wychowawczych, ról psychologicznych rozumianych jako utrwalone mechanizmy adaptacyjne, w tym pod kątem ról płciowych z uwzględnieniem przekazu międzypokoleniowego[244] (nieświadomego wzbudzania nonkonformizmu płciowego), problemów relacyjnych między dzieckiem a rodzicami, obrazu własnego ciała u poszczególnych członków rodziny, ewentualnych uzależnień, traum, przemocy, w tym psychicznej. Konieczny jest także wywiad na temat stanu psychicznego i somatycznego rodziców (np. długotrwałe pobyty w szpitalu, choroby psychiczne, itp.), kontaktów z obojgiem rodziców (rozwód, wyjazd zagraniczny; należy zanotować natężenie kontaktów z dzieckiem). Trzeba zwrócić uwagę na istotne doświadczenia rodzinne i możliwe traumy rozwojowe u dziecka w opinii rodziców czy członków rodziny. Postulujemy także zbadanie metod kontroli wychowawczej i ewentualnych nadużyć w tym obszarze (zwłaszcza wobec nastolatka). Diagnostyczne jest odrzucenie płci danego dziecka (rodzice lub dalsza rodzina wolałaby chłopca zamiast dziewczynki lub odwrotnie, mówili o tym wprost lub w sposób mniej świadomy zachęcali do ubiorów, zachowań płci przeciwnej). Rekomendujemy zapytanie wprost rodziców o ich zdanie na temat możliwych przyczyn zachowań niezgodnych z płcią dziecka. Należy zanotować, jak zaburzenia identyfikacji płciowej były/są odbierane w rodzinie (szok, neutralność, akceptacja, itp.), jak wyglądały w praktyce reakcje, i sprawdzić wpływ rodziców/członków rodziny na ewentualne podtrzymywanie objawów, w tym zanotować wszelkie sytuacje nietypowe. Konieczna jest także pomoc rodzicom w uporaniu się z bieżącymi emocjami w związku z podejrzeniem u dziecka ZIP.

W przypadku potwierdzenia rozpoznania zaburzeń identyfikacji płciowej, czyli ZIP (dysforii płciowej/transseksualizmu/bądź niezgodności płciowej lub niekompatybilności płciowej) – postulujemy konieczność poinformowania o różnych **dostępnych formach pomocy** i terapii wraz z oceną ich uzasadnienia na gruncie nauki i oceną skutków (istnieją trzy główne podejścia: ścieżka afirmująca subiektywny wybór płci gender, podejście bierne/mieszane oraz ścieżka kompleksowa). Ścieżka afirmująca w ramach tzw. tranzycji medycznej nie u każdego pacjenta zresztą jest możliwa ze względu na prze-

244 Zaburzoną płciowo dynamikę i strukturę rodziny w ujęciu międzygeneracyjnym relacjonuje w badaniach np.: Fajkowska M. (2001). *Transseksualizm i rodzina: Przekaz pokoleniowy wzorów relacyjnych w rodzinach transseksual nych kobiet*. Wydawn. Instytutu Psychologii PAN, Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej.

ciwwskazania *stricte* medyczne i ryzyko zagrożenia życia[245]. Należy zwrócić tu uwagę na brak konsensusu naukowego i społecznego dla medycznej „afirmacji płci" [246, 247] i uczulić na nieuzasadnione forsowanie w przestrzeni publicznej wyłącznie podejścia afirmującego gender, opartego na standardach WPATH, czy Protokole Holenderskim – podejścia najbardziej ryzykownego, najbardziej inwazyjnego i o najsłabszej podbudowie teoretycznej i empirycznej. Warto poinformować także o trudnościach w dotarciu do rzetelnych informacji w przestrzeni publicznej dla osób postronnych, co może potęgować ich zagubienie. Sugerowane jest pisemne potwierdzenie zapoznania się z tymi informacjami.

Postulujemy, aby po wewnętrznym konsylium i konsultacjach zespół interdyscyplinarny przedstawił rodzinie możliwe i wskazane kompleksowe i **zindywidualizowane formy pomocy**[248] dopasowane do danego dziecka i jego otoczenia (np. pomoc psychiatryczna, psychoterapia – grupowa, indywidualna, rodzinna, terapia przez zabawę u małych dzieci, treningi interpersonalne, interwencje środowiskowe, współpraca z personelem szkolnym, psychoterapia rodziców, skorzystanie z pomocy innych specjalistów itp.). Propozycja ta powinna zostać przedyskutowana w gronie profesjonalista – pacjent/klient oraz jego najbliżsi i, w miarę potrzeb, zmodyfikowana aż do uzyskania akceptacji. W miarę możliwości należy objąć pomocą cały system rodzinny[249]. Rekomendujemy, aby proponowana terapia miała charakter kompleksowy i była nakierowana także na inne problemy towarzyszące, w tym skoordynowana z uwzględnieniem problemów medycznych.

PSYCHOTERAPIA

W ramach terapii w pierwszej kolejności należy zająć się istniejącymi problemami zdrowia psychicznego i zaburzeniami systemu rodzinnego. Tak więc to psychoterapia[250] powinna być co najmniej[251] opcją pierwszego wyboru i poprzedzona podpisaniem przejrzystego kontraktu psychoterapeutycznego. Psychoterapia powinna być zakotwiczona w ustaleniach diagnostycznych (pomocne pytania znajdują się w pkt dotyczących diagnostyki). Umożliwia także co najmniej oddalenie nieodwracalnych decyzji na czas osiągnięcia większej dojrzałości emocjonalnej, bez „skazywania" na ten czy inny wybór. Dobrym punktem wyjścia kontraktu psychoterapeutycznego jest zbadanie motywacji pacjenta w chęci bycia osobą płci przeciwnej i upewnienie się w świadomym podejmowaniu wyborów i decyzji, wgląd w oso-

245 Przeciwwskazaniem są np. choroby wątroby, zaburzenia krzepliwości krwi, zaburzenia krążenia, w tym mózgowego, choroba wieńcowa, choroba zakrzepowo-zatorowa (VTE), zwłaszcza u osób ze stanem nadkrzepliwości, zakrzepica żył głębokich i zatorowość płucna, trombofilia, nadciśnienie tętnicze, nowotwór, zwłaszcza wrażliwy na estrogeny, otyłość, myśli samobójcze, samookaleczenia, uzależnienia, jak np. palenie papierosów, siedzący tryb życia, ciąża, bezdech, czerwienica, hypercholesterolemia, i/lub hipertriglicerydemia, hiperprolaktynemia i kamica żółciowa – wykaz na podstawie: Hembree W. C., Cohen-Kettenis P. T., Gooren L. i in. (2017). Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: An Endocrine Society. *Op. cit.*, zwł. s. 3886; oraz Coleman E., Radix A. E., Bouman W. P. i in. (2022). Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. *Op. cit.*, s. 119 oraz 254 –257; Hansen M.V., Giraldi A., Main K. M. i in. (3.07.2023). Ugeskrift for Læger. Sundhedsfaglige tilbud til børn og unge med kønsubehag. *Op. cit*.

246 Dahlen S., Connolly D., Arif I. i in. (2021). International clinical practice guidelines for gender minority/trans people: systematic review and quality assessment. *BMJ Open* 11:e048943. doi: 10.1136/bmjopen-2021-048943

247 Block J. (2023). Gender dysphoria in young people is rising and so is professional disagreement. *BMJ* 380, s. 382 http://dx.doi.org/10.1136/bmj.p382

248 Zindywidualizowane formy pomocy profesjonalnej rekomenduje także Cass H. (04.2024*).* The Cass Review. Independent review of gender identity services for children and young people. Final report. *Op. cit.*, s. 143, s. 146–147.

249 Tamże, rekomendacja 3, s. 157.

250 Przegląd 19 badań dotyczących stosowania psychoterapii w przypadku ZIP podaje strona SEGM, w zakładce *Studies* (https://segm.org/studies); por. strona www.therapyfirst.org

251 Nieostra sugestia: „co najmniej" odwołuje się do sytuacji o różnym stopniu i jakości uregulowania prawnego. Jak to zostało uargumentowane powyżej, sprzeciwiamy się jednoznacznie tranzycji społecznej, medycznej czy prawnej u osób co najmniej niepełnoletnich, a jeszcze lepiej – do czasu ukształtowania się tożsamości i osobowości. U osób dorosłych zaburzenia tożsamości płciowej nie zmieniają swojej genezy czy charakteru, może zmienić się jedynie stopień ich utrwalenia. Tranzycje/neutralizacje płci powodują chaos prawny, medyczny i społeczny oraz niosą ze sobą wszechstronne ryzyko medyczne.

biste motywacje dotyczące postrzegania płci i plany na przyszłość (nieneutralizowanie istniejących lęków wyobrażeniami tranzycji pomaga w spotkaniu się z samym sobą). Oferowana jest pomoc, aby dziecko „czuło się lepiej w swojej skórze". „Celem staje się odkrywanie motywów, przekonań i zrozumienie roli dysforii płciowej w całości ich funkcjonowania oraz spoglądanie poza zafiksowanie umysłu – na leżące pod spodem konflikty, wątpliwości i lęki – ale z empatią i zrozumieniem dla pacjenta. Równie ważne jest uczenie się wytrzymywania niepewności, wątpliwości czy zamieszania oraz realistyczna ocena tego, co jest, a co nie jest możliwe"[252]. Psychoterapia może pomóc eksplorować wiele aspektów życia dziecka i młodej osoby, odkryć je, nadać sens i znaczenie, bywa więc nazywana psychoterapią eksploracyjną[253]. Pozwala zwłaszcza pochylić się nad „ucieczką" od cierpienia i życia, które boli, stanąć po stronie dziecka i udzielić tak oczekiwanego wsparcia. Lista szczegółowych obszarów terapeutycznych jest długa i powinna ulec zindywidualizowaniu.

Oprócz pogłębienia pytań diagnostycznych rekomendujemy szczegółowe zbadanie możliwości wystąpienia różnych mechanizmów psychologicznych:

a) możliwości wystąpienia objawów zaburzeń identyfikacji płci jako reakcji na konkretne, silne, traumatyczne doświadczenia,

b) obecności mechanizmów nerwicowych oraz symptomów wcześniejszych deficytów rozwojowych czy błędów wychowawczych, a także:

c) efektu problemów tożsamościowych związanych z okresem dojrzewania,

d) efektu wpływów kulturowych,

e) efektu zaburzonej dynamiki i struktury rodzinnej.

Należy tu zwrócić szczególną uwagę na:

Ad. a) możliwą reaktywność objawów zaburzeń identyfikacji płci: reakcje na traumy, obawy przed współżyciem, przestraszenie się brutalną pornografią, reakcje na niepowodzenia w relacjach z płcią przeciwną, objaw lęku przed własnym ciałem i objawami dojrzewania, reakcje na inne kryzysy psychiczne, w tym rozwojowe,

Ad. b) potencjalną obecność mechanizmów nerwicowych oraz symptomów wcześniejszych deficytów rozwojowych czy błędów wychowawczych: efekt ucieczki od przytłaczającego cierpienia, efekt „zamrożenia emocji", tłumienia lęków i depresji; ZIP jako objaw autodestrukcji, efekt izolacji społecznej i zamknięcia się w „internetowym lochu", wyobcowania z męskości, kobiecości, brak pozytywnych wzorców męskich lub żeńskich, indukowanie odwróconej tożsamości płciowej w procesie wychowania (np. przebierania chłopców za dziewczynki), zaspokajanie przez dysforię płciową potrzeby przynależności i akceptacji przez grupę, ucieczkę w ten sposób od niepowodzeń, nudy, sposób na utopijną „supermoc" (myślenie typu: „jesteś tym, kim mówisz, że jesteś, bo to ty wiesz najlepiej, kim jesteś"), efekt szukania prostych rozwiązań na skomplikowane

252 Marianowicz-Szczygieł A. *Przegląd 24 profesjonalnych standardów, stanowisk i modeli pomocy dzieciom i młodzieży z problemami z identyfikacją płciową. Wnioski dla modelu polskiego. In press*, rozdział: *Terapeutyczny model M. i S. Evans*, in press: „Tożsamość transgenderowa miałaby być rodzajem obronnej fantazji przez zbudowanie iluzorycznego, idealnego ego, w które młodzi ludzie są wpychani przez trudne okoliczności i konfliktogenne relacje: trauma *straszy* ich katastrofą psychiczną (np. rozwód rodziców, odrzucenie przez rodzica). Wobec tego wrażliwe ego boi się rozpadnięcia się pod wpływem psychicznego bólu i budowane jest transgenderowe ego idealne. Strategia: *gdybym tylko był (chłopcem/dziewczynką), to rozwiązałyby się wszystkie moje problemy*, jest obarczona zadziwiającą, 100% pewnością, która zdaniem M. Evansa powinna stanowić tu znak ostrzegawczy (i rozpoznawczy), świadczący o zaniku lub ograniczeniu myślenia krytycznego, jako objaw fantazji na jawie. Tym bardziej, że dzieci i młodzież z problemami transgenderowymi odznaczają się, zdaniem Evansa, ogólną podwyższoną podatnością na rozmycie granicy między marzeniami a jawą, skłonnością do fantazjowania. To stąd wynika owa fałszywa pewność, że konkretne i radykalne terapie szybko rozwiążą ich problemy, pojawia się rodzaj wszechmocy myślenia".

253 Kosky R.J. (1987). Gender-disordered children: does inpatient treatment help? *Medical Journal of Australia* 146, s. 565569. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3614045/; Lim M. H., Bottomley V. A. (1983). Combined approach to the treatment of effeminate behaviour in a boy: A case study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 24, s. 469479. https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6874790/; Zucker K. J. (1985). Chapter 4: Cross-Gender-Identified Children, w: Steiner B.W. [red.]. *Gender Dysphoria: Development, Research, Management*, s. 75174. New York: Plenum Press. https://link.springer.com/book/10.1007/978-1-4684-4784-2

problemy (myślenie typu „musi być na to pigułka"), reakcje na brak barier w wychowaniu,

Ad. c) możliwy efekt problemów tożsamościowych związanych z okresem dojrzewania: antidotum na przejściowy zamęt tożsamości, przejściową, rozwojową „bezkształtność", traktowanie obszaru płci jako nowego terytorium buntu, poczucia odrębności, ucieczka „od piekła dojrzewania", opcja domyślna w razie rozwojowych wątpliwości, rodzaj gotowej tożsamości społecznej, nawet bez diagnozy, efekt mody, dopasowania się do otoczenia, chęci wyróżnienia się w otoczeniu (młodzieńcze zawody na oryginalność), wreszcie wpływu grupy (zarażenie rówieśnicze),

Ad. d) możliwe wpływy kulturowe: efekt mierzenia się z niesłusznymi stereotypami na temat płci, zwłaszcza tymi krzywdzącymi, oraz reakcja na kulturowy kryzys kobiecości, męskości, obrona przed postrzeganiem siebie jako osoby niewystarczająco doskonałej (kulturowa presja na idealne ciało, idealny styl życia), syndrom braku poczucia przynależności (społeczny kryzys tożsamości, braku korzeni), nadużywanie nowych technologii kosztem umiejętności nawiązywania relacji społecznych,

Ad. e) możliwe wpływy zaburzonej struktury i dynamiki rodzinnej: nieobecność fizyczna lub emocjonalna jednego z rodziców, zaburzona komunikacja, zaburzone postawy rodzicielskie i wzajemne relacje, powtarzalne destrukcyjne generacyjne schematy zachowań itp. (por. etapy diagnozy systemu rodzinnego); w uzasadnionych przypadkach wskazana byłaby terapia małżeńskiej mająca na celu poprawę relacji między rodzicami, lub systemowa – dla całej rodziny. Poprawa wzajemnych relacji rodziców pomaga dziecku zdobyć przestrzeń do nawiązywania kontaktów i rozwijania relacji z rodzicem tej samej płci, krewnymi tej samej płci oraz rówieśnikami tej samej płci[254].

Rekomendujemy co ok. 4 spotkania sesję terapeutyczną z dzieckiem i rodzicami oraz co ok. 8 sesji – osobne spotkanie z samymi rodzicami. Współpraca z rodzicami powinna stanowić integralną i istotną część procesu terapeutycznego. Podczas psychoterapii należy pamiętać o dużej indywidualnej zmienności obrazu i przebiegu ZIP oraz zmienności pod wpływem zaburzeń współwystępujących (inny obraz ZIP połączonych z zaburzeniami obsesyjno-kompulsywnymi czy z ADHD).

Jeśli zajdzie taka potrzeba, szczególnym zadaniem dla psychiatry w interdyscyplinarnym zespole jest bieżące wsparcie psychofarmakologiczne.

W procesie pomocy należy położyć nacisk na wyrównywanie **wszelkich deficytów rozwojowych** –zaproponować udział w treningach umiejętności społecznych, asertywności, komunikacji, itp. – oraz na wyrównanie **deficytów relacyjnych** czy **rodzinnych** (budowanie bliskich relacji wewnątrz rodziny). Im wcześniejsze rozpoznanie ZIP, tym rośnie prawdopodobieństwo trafnej interwencji terapeutycznej.

W sytuacjach skrajnych być może należy rozważyć **radykalną zmianę otoczenia** dziecka, w tym zwłaszcza zmianę środowiska wirtualnego. Silny ostracyzm społeczny i mechanizmy psychomanipulacji, znane z funkcjonowania subkultur i sekt[255], zostały bowiem stwierdzone (i opisane w literaturze przedmiotu) w grupach młodzieży, które zachęcają do tranzycji medycznej, w tym namawiają do izolowania od rodzin, rzekomo toksycznych, i zastępowa-

254 Istnieją dwa typy terapii eksploracyjnej: GET (od ang. Gender Exploratory Therapy, czyli terapia eksploracyjna gender) oraz CET (od ang. Change Exploratory Therapy, czyli terapia eksplorująca zmianę), którą można określić jako terapię GET połączoną z otwartością na poszukiwanie akceptacji swojego ciała, zgodnie z celami klienta i jego rodziny); por. Gender Exploratory Therapy Association (2022). A Clinical Guide for Therapists Working with Gender-Questioning Youth Version 1, https://www.genderexploratory.com/wp-content/uploads/2022/12/GETA_ClinicalGuide_2022.pdf

255 „W transpłciowych kręgach towarzyskich, w których często udzielały się Benji i Erin, testosteron był walutą, a operacja piersi herbem" – Shrier A. (2023). *Nieodwracalna krzywda*. Kraków: Dystrybucja AA, s.280 i in., s. 140, s. 278.

nia ich rodziną transgenderową, tzw. brokatową[256]. Ważne, aby powyższa zmiana otoczenia była dla nastolatka atrakcyjna[257]. W każdym jednak przypadku rodzic powinien kontrolować aktywność nastolatka w sieci (bez naruszenia prywatności) i ustalić tu odpowiednie granice i limity[258].

Na spotkaniu konsultacyjnym dotyczącym proponowanej ścieżki pomocy z dzieckiem/młodym człowiekiem i jego rodziną należy omówić sposób pracy terapeuty, obawy i wyzwania związane z zaproponowaną formą pomocy, zbadać ogólną motywację w obrębie całej rodziny i u samego pacjenta, a następnie po uzyskaniu aprobaty dla form pomocy (także optymalnie w formie pisemnego kontraktu psychoterapeutycznego) – ustalić harmonogram i dogodną formę spotkań.

Wskazane jest, aby zespół interdyscyplinarny na bieżąco omawiał postępy i wyzwania w pomocy profesjonalnej, a co ok. kwartał powinna odbywać się bardziej szczegółowa ocena stanu pacjenta i jego rodziny. Należy stale monitorować stan zdrowia psychicznego, w tym zwłaszcza suicydalność (pytania wprost), oraz stan zdrowia somatycznego (ważnym elementem jest **kontrola BMI** i docelowe zapobieganie zarówno niedowadze, jak i otyłości)[259].

Istotną częścią pomocy jest ogólna **psychoprofilaktyka** – budowanie dobrych relacji z dzieckiem przez osoby znaczące, wzmocnienie poczucia własnej wartości niezwiązanego z płcią, zadbanie o satysfakcjonujące kontakty społeczne, w tym z rówieśnikami i dorosłymi obu płci, rozwój zainteresowań i trening charakteru oraz rozwój fizyczny i duchowy (sport, harcerstwo, duszpasterstwo, itp.). W tego typu działania należy włączyć maksymalnie szeroko otoczenie dziecka.

Tak więc stoimy na stanowisku ugruntowanym rygorami wiedzy naukowej i klinicznego doświadczenia, a zarazem na stanowisku pragmatycznym, kompleksowym i długofalowym, a przede wszystkim kierujemy się kompleksowo pojmowanym dobrem dziecka. Ponieważ dotychczas brak było polskich standardów postępowania diagnostyczno-terapeutycznego wobec dzieci z zaburzeniami identyfikacji płci lub ich podejrzeniem, w duchu troski o przyszłość nowych pokoleń opracowaliśmy niniejszy dokument. Mamy nadzieję, że otworzy on rzeczową i spokojną dyskusję, okaże się przydatny dla specjalistów i politycznych decydentów. Fala presji, aby wskoczyć jak najszybciej do wagonu pt. „jedynie słuszny jest zabieg tranzycji", może się skończyć jeszcze większym cierpieniem mnóstwa dzieci i młodzieży, potężną traumą dla ich kochających rodzin i niekończącą się falą pozwów oraz utratą zaufania wobec profesjonalistów, którzy brali w tym udział.

Stowarzyszenie Psychologów Chrześcijańskich, Warszawa, październik 2024

256 Tamże, s. 99.

257 Abigail Shrier w ww. książce *Nieodwracalna krzywda* (s. 315) podaje przykłady przeprowadzki, rocznego urlopu od nauki wykorzystanego na podróż dookoła świata, pracy w stadninie koni bez dostępu do Internetu. Warto rozważyć także zaangażowany wolontariat zgodny z zainteresowaniami dziecka, być może, w razie konieczności – zmianę szkoły.

258 Cenne pomoce można znaleźć np. na polskich stronach: rodzice.co; pytam.edu.pl; sos.pytam.edu.pl; zatroskani.pl.

259 Zarówno niedowaga, jak i nadwaga sprzyjają negatywnemu obrazowi siebie, zwłaszcza w okresie nastoletnim, istnieją także dane określające, że owe zaburzenia są powiązane z dysforią płciową. 1) 46,1% nastolatków podczas pierwszej wizyty pediatrycznej w związku z dysforią płciową miało albo nadwagę, albo otyłość. 2) 50,5% badanej „młodzieży TGD" miało BMI >85%, 30,3% BMI >95%, a 3,6% niedowagę (BMI <5%). Źródła: Ad. 1. Moser C. N., Fornander M. J., Roberts C. M. i in. (2023). Body mass index categories of transgender and gender diverse youth: clinical associations and predictors. *Child Obes*. Jun 30. doi: 10.1089/chi.2023.0021. Ad. 2. Fornander M. J., Roberts T., Egan A. M. i in. (2022). Weight status, medication use, and recreational activities of treatment-naïve transgender youth. *Child Obes*, Jun. 18(4), s. 228–236; doi: 10.1089/chi.2021.0155.

ZAŁĄCZNIK – ODNIESIENIA DO SYSTEMU EWALUACJI AGREE II

Przedstawienie dokumentu pod kątem zgodności z wytycznymi systemu ewaluacji AGREE II.

Uznawany na świecie system AGREE II o ponad 20-letniej historii[260] służy do oceny rygorystycznego klinicznie i metodologicznie procesu tworzenia profesjonalnych wytycznych i standardów pomocy klinicznej oraz przeszukiwania literatury naukowej. Oceniane jest sześć obszarów:

Dziedzina 1. Zakres i cel.

Dziedzina 2. Zaangażowanie interesariuszy.

Dziedzina 3. Rygor procesu powstawania dokumentu.

Dziedzina 4. Przejrzystość prezentacji.

Dziedzina 5. Zastosowanie.

Dziedzina 6. Niezależność redakcyjna.

Dane te, w odniesieniu do niniejszych standardów, zamieszczamy poniżej.

Dziedzina 1. Zakres i cel Standardów SPCh.

Celem powstania niniejszego dokumentu jest wymierna i praktyczna pomoc dla klinicystów, którzy pracują z dziećmi i młodzieżą zgłaszającą problemy z identyfikacją płciową, dla ich rodzin oraz najbliższego otoczenia. Dokument dostarcza wiedzy naukowej, proponuje szczegółowe wytyczne do diagnostyki różnicowej oraz diagnostyki psychologicznej oraz konkretne wskazówki dla psychoterapii i pomocy medycznej. Formułuje także wnioski dla polityk publicznych. Zawiera więc odpowiedź na podstawowe pytania: jak powstają zaburzenia identyfikacji płci, na ile jednorodny jest obraz kliniczny w populacji tych zaburzeń, na czym polega prawidłowa diagnoza oraz profesjonalna, zindywidualizowana pomoc.

Na świecie zaznacza się duża rozbieżność stanowisk. Wynika ona naszym zdaniem nie tyle z braku dowodów naukowych, choć jest to obszar relatywnie nowy, gdzie wiedza jest i powinna być stale uzupełniana, ile z braku interdyscyplinarnej integracji tej wiedzy. Dlatego szczególnym wyzwaniem podczas pracy nad dokumentem było interdyscyplinarne łączenie perspektyw przy jednoczesnym unikaniu medykalizacji problemów o przeważająco psychologicznej genezie. Wyzwanie to sprawia, że wiele międzynarodowych wytycznych, choć opiera się na dowodach naukowych, popełnia błędy metodologiczne (i logiczne) i albo ignoruje dostępną wiedzę psychologiczną albo pozostaje niejednoznacznymi, przenosząc odpowiedzialność za decyzję o trybie terapii na konkretnych klinicystów lub rodziny, choć oczywiście podejście zindywidualizowane jest zawsze wysoce wskazane. Niniejsze standardy mają więc charakter psychologiczno-medyczny, w odróżnieniu od dominujących liczebnie standardów medycznych bądź medyczno-psychologicznych.

260 AGREE Next Steps Consortium (2017). The AGREE II Instrument [wersja elektroniczna]. https://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2017/12/AGREE-II-Users-Manual-and-23-item-Instrument-2009-Update-2017.pdf

Dziedzina 2. Zaangażowanie interesariuszy przy powstawaniu Standardów SPCh

Najpierw (jesień 2023) została utworzona wersja robocza, która została poddana pod ogólnie dostępne konsultacje społeczne. Dokument (w wersji polskiej i angielskiej) dostępny był na stronie SPCh w zakładce Zespołu SPCh ds. Płci i Seksualności[261]. Każdy mógł przysłać uwagi do dokumentu, o czym informował odpowiedni zapis na stronie tytułowej („dokument do konsultacji społecznych"). Dokument był także szeroko rozpowszechniany w mediach SPCh, jak też przez i wśród kilkuset członków SPCh, propagowany w mediach, jak również różnymi kanałami docierał do profesjonalistów. W przeciągu roku (do jesieni 2024, gdy powstała niniejsza zrewidowana wersja) nadesłano kilka uwag, które zostały uwzględnione w obecnej wersji. Obecnie zachęcamy także do przesłania opinii profesjonalnych, które przyczynią się do ulepszenia dokumentu w przyszłości.

Do powstania dokumentu zgromadzono interdyscyplinarny zespół specjalistów różnej specjalności, zarówno członków SPCh, jak i spoza organizacji. Zespół składał się z: psychologów, psychoterapeutów dzieci i młodzieży, rodziny oraz terapeutów uzależnień, seksuologów i lekarzy (o specjalnościach: medycyna rodzinna, psychiatria, endokrynologia dziecięca, ginekologia i położnictwo), zarówno klinicystów, jak i badaczy. Większość osób pracujących przy powstawaniu Standardów wykorzystywała własne doświadczenia kliniczne w obszarze zaburzeń identyfikacji płci. Formą konsultacji były maile do ekspertów na całym świecie z prośbą o ocenę Standardów. W rezultacie 8 opinii zostało opublikowanych na początku dokumentu. Profesjonaliści zaczęli także wykorzystywać pierwszą wersję dokumentu w pracy klinicznej. Do autorów docierały z reguły pozytywne lub bardzo pozytywne informacje zwrotne nt. dokumentu.

Odbiorcami dokumentu są: psychologowie (także szkolni), pedagodzy, psychoterapeuci, lekarze różnej specjalności, nauczyciele, wychowawcy, duszpasterze i liderzy grup młodzieży, rodzice, prawnicy, twórcy polityk publicznych oraz badacze z różnych dziedzin.

Dziedzina 3. Rygor procesu powstawania dokumentu

Ścieżka powstawania dokumentu była kilkuetapowa. Zarys dokumentu był omawiany na kilku spotkaniach on-line zespołu roboczego oraz poddawany ocenie i uwagom zwrotnym w mailach. Ostateczna forma została przegłosowana przez Zespół SPCh ds. Płci i Seksualności oraz przedstawiona Zarządowi Głównemu SPCh i zatwierdzona tu po naniesieniu ostatnich, drobnych uwag. Głównym koordynatorem, który przedstawił pierwszy, wyjściowy zarys dokumentu podczas pracy przy obu edycjach, zbierał uwagi i nanosił poprawki, była psycholog Agnieszka Marianowicz-Szczygieł. Na jakość dokumentu składa się jednak ciężka praca wielu ekspertów i mozolna, wieloetapowa weryfikacja zawartości dokumentu. W obecnej, drugiej wersji dokumentu, staraliśmy się uwzględnić wnioski i uwagi, które do nas napłynęły po opublikowaniu wersji pierwszej, jesienią 2023 roku, doprecyzować pewne pojęcia, a przede wszystkim zaktualizować i znacząco wzbogacić bibliografię, zwłaszcza w obszarze zdrowia, oraz nieznacznie uzupełnić wytyczne psychoterapeutyczne oraz ramy metodologiczne.

Wszystkie główne źródła naukowe, przeglądy literatury naukowej i profesjonalne wytyczne wykorzystane w dokumencie zostały wymienione w rozdziale II: „Podstawy naukowe i profesjonalne". Rygorystycznie metodologiczne przeglądy literatury naukowej zawierają źródła wymienione tu w pkt 3, 4, 5, 21. Został określony stan wiedzy naukowej i konsensus naukowy (pkt 21 rozdz. II), kilka źródeł i wytycznych stosowało system GRADE[262, 263]. Zanim powstał

261 https://www.spch.pl/zespol-spch-ds-plci-i-seksualnosci/

262 WPATH-8: Coleman E., Radix A. E., Bouman W. P. i in. (2022). Standards of care for the health of transgender and gender diverse people, version 8. *Op. cit*.

263 Hembree W. C., Cohen-Kettenis P T, Gooren L. i in. (2017). endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: An Endocrine Society clinical practice guideline. *Op. cit*.

dokument, przeprowadzono także własny przegląd profesjonalnych wytycznych z całego świata, który stanowił jego kanwę[264]. W wyniku tego krytycznego przeglądu zarysowała się grupa trzech podejść profesjonalnych: afirmacyjne, bierne/mieszane oraz kompleksowe („psychoterapia najpierw"). Dokument został przedstawiony także pod ocenę ekspertom z zagranicy.

W niniejszym opracowaniu, po powyższym rozeznaniu stanu badań naukowych oraz kierunków wytycznych pomocy profesjonalnej, szanując autonomię dziecka lub młodego człowieka i jego rodziny, proponujemy najlepszy naszym zdaniem model pomocy w podejściu kompleksowym, zintegrowanym, interdyscyplinarnym i wykorzystującym m.in. dorobek psychologii rozwojowej, psychologii osobowości, klinicznej czy rodziny oraz metody nieinwazyjne, bezpieczne i dobrze ugruntowane naukowo. Kierujemy się także długofalowym bezpieczeństwem i dobrem dzieci oraz młodych pacjentów. Na tych kryteriach zostały ostatecznie oparte nasze rekomendacje. Przy poszczególnych tezach podawano literaturę naukową oraz starano się podawać, na ile ugruntowana jest to wiedza. W rozdziale III szczegółowo opisano ryzyko medyczne związane z wyborem różnych ścieżek podejść profesjonalnych.

Dziedzina 4. Przejrzystość prezentacji

Dokument zawiera bardzo klarowne rekomendacje w obrębie zwłaszcza diagnostyki i terapii. Szczegółowo opisano rodzaje zaburzeń, które należy wykluczyć, zarekomendowano także rodzaje medycznych badań diagnostycznych, które zazwyczaj nie są wymieniane tak, aby nie tylko lekarze, ale także specjaliści innych dziedzin, czy po prostu rodzice, mieli orientację, jaki garnitur badań należy wykonać. W przypadku diagnostyki psychologicznej także wymieniono obszary diagnostyczne z uwzględnieniem konkretnych pytań, zaś w przypadku psychoterapii zaleca się eksplorację pod kątem wystąpienia konkretnych, opisanych mechanizmów psychologicznych. W podrozdziale „psychoterapia" został także przedstawiony zakres oddziaływań psycho-społecznych oraz interwencji środowiskowych czy kontroli BMI jako ważnego czynnika przekładającego się na obraz siebie.

Dokument ma dość przejrzystą strukturę. Specyficzne rekomendacje pogrupowano w sekcje, a istotne kwestie wytłuszczono. Tekst podzielono na punkty w następujących rozdziałach:

I. RAMY ANTROPOLOGICZNE

II. PODSTAWY NAUKOWE I PROFESJONALNE

III. PODSTAWOWE INFORMACJE, TERMINOLOGIA I RAMY ROZWOJOWE

IV. POLITYKA SPOŁECZNA I OGÓLNE RAMY DOTYCZĄCE POMOCY PROFESJONALNEJ

V. SZCZEGÓŁOWE REKOMENDACJE POSTĘPOWANIA Z DZIEĆMI I MŁODZIEŻĄ Z ZABURZENIAMI IDENTYFIKACJI PŁCIOWEJ LUB ICH PODEJRZENIEM ORAZ DOBRE PRAKTYKI W ZAKRESIE DIAGNOZY I TERAPII

- Diagnoza wstępna
- Ogólna ocena stanu zdrowia somatycznego
- Diagnoza różnicowa
  - Somatyczna diagnoza różnicowa (w tym endokrynologiczna i genetyczna)
  - Psychiatryczna i psychologiczna diagnoza różnicowa
  - Seksuologiczna diagnoza różnicowa
- Wszechstronna diagnoza psychologiczna
- Psychoterapia

264 Marianowicz-Szczygieł A. *Przegląd 24 profesjonalnych standardów, stanowisk i modeli pomocy dzieciom i młodzieży z problemami z identyfikacją płciową. Wnioski dla modelu polskiego*. In press.

Dziedzina 5. Zastosowanie

Rozdział V jest wprost przeznaczony dla klinicystów i jest gotowy jako poręczna podpowiedź w gabinecie psychologa, lekarza czy pedagoga, zawiera konkretne pytania i obszary eksploracji. Zaproponowano także schemat spotkań wraz z podaniem opisu metod diagnostycznych (lub źródła nt. takich metod). Opisano na wstępie optymalny skład zespołu interdyscyplinarnego oraz zaproponowano formę pisemną kontraktu psychoterapeutycznego, a wcześniej zapoznania się z oceną skutków w różnych (trzech) podejściach pomocy. Zalecamy także bieżącą ocenę ryzyka samobójstwa, a także monitorowanie co kwartał stanu pacjenta w interdyscyplinarnym zespole.

Trudnością w zastosowaniu może być brak w polskim systemie zdrowia specjalistycznych placówek w rekomendowanym tu podejściu kompleksowym, co przerzuca na samych specjalistów konieczność formułowania interdyscyplinarnych zespołów roboczych. Przeszkodą jest także brak uregulowania prawnego oraz brak konsensusu profesjonalnego w naszym kraju (i nie tylko), zwłaszcza dotyczącego etapów diagnozy, co sprawia, że wielu rodziców nie wie, że proste stwierdzenie dysforii płciowej ma niewiele wspólnego z diagnozą psychologiczną, która jest zazwyczaj pomijana, a co jest źródłem wielu nieszczęść, a tranzycja medyczna jest oferowana w klinikach medycyny estetycznej na podstawie prostych zaświadczeń od 2–3 specjalistów.

Dziedzina 6. Niezależność redakcyjna

Standardy SPCh powstały *pro publico bono*. Nie odnotowano powiązań z koncernami farmaceutycznymi czy klinikami lub placówkami pod kątem tranzycji medycznej. Żadna z osób zaangażowanych nie pobierała za proces ich powstawania wynagrodzenia. Odnotowano współpracę z Instytutem „Ona i On", która miała charakter merytoryczny i wsparcia organizacyjnego (umożliwiła głównemu koordynatorowi poświęcenie czasu na powstanie Standarów – pełnienie jednocześnie stanowiska prezesa tej organizacji). Dwie osoby z grona autorów pełniły jednocześnie funkcję w Zarządzie Głównym SPCh. Podczas powstawania Standardów zespołowi roboczemu zapewniono także autonomię w ramach SPCh. Ostateczny kształt Standardów SPCh został zatwierdzony na posiedzeniu Zarządu Głównego SPCh.