American College of Pediatricians®

Best for Children™

OŚWIADCZENIE STANOWISKA

Zdrowie psychiczne nastolatków z niezgodnością tożsamości płciowej i płci biologicznej

Luty 2024

STRESZCZENIE

Nastolatki, których tożsamość płciowa nie jest zgodna z płcią biologiczną, częściej borykają się z problemami zdrowia psychicznego, w tym depresją i myślami samobójczymi. Zarówno przed, jak i po „terapii potwierdzającej tożsamość płciową" (GAT) nastolatki z niezgodnością tożsamości płciowej są bardziej narażone na psychopatologię niż ich rówieśnicy identyfikujący się z płcią biologiczną. Wcześniejsze niekorzystne doświadczenia z dzieciństwa mogą odgrywać istotną rolę w tej psychopatologii i należy je zbadać, aby pomóc tym pacjentom. Nie ma długoterminowych badań wykazujących korzyści ani badań oceniających ryzyko związane z interwencjami medycznymi i chirurgicznymi wykonywanymi u tych nastolatków. Nie ma długoterminowych dowodów na to, że po „terapii potwierdzającej płeć" problemy związane ze zdrowiem psychicznym ulegają zmniejszeniu lub złagodzeniu. Wiele osób, które zostały poddane „GAT", później żałuje tych interwencji i stara się dostosować swoją tożsamość płciową do płci biologicznej. Ze względu na ryzyko związane z interwencjami społecznymi, medycznymi i chirurgicznymi wiele krajów europejskich ostrzega obecnie przed tymi interwencjami, zachęcając jednocześnie do terapii zdrowia psychicznego.

Wprowadzenie

Nastolatki, których tożsamość płciowa nie jest zgodna z ich płcią biologiczną, częściej borykają się z problemami psychicznymi, w tym depresją i myślami samobójczymi. Jest to szczególnie poważne, biorąc pod uwagę gwałtowny wzrost liczby nastolatków identyfikujących się jako „transpłciowi" w ostatniej dekadzie. Na przykład CDC co dwa lata publikuje raporty oparte na danych uzyskanych z badania Youth Risk Behavior Surveillance Survey, a w raporcie z 2015 r. tylko 11% nastolatków określiło się jako biseksualni, homoseksualni lub w inny sposób kwestionujący swoją orientację seksualną. Jednak w 2021 r., zaledwie sześć lat później, liczba ta wzrosła ponad dwukrotnie, do prawie 25%.([1])

Terminologia

Trudno jest omówić ten temat bez uwzględnienia sporu dotyczącego terminologii. Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne definiuje „tożsamość płciową" jako „głęboko odczuwane, nieodłączne poczucie bycia chłopcem, mężczyzną lub osobą płci męskiej; dziewczynką, kobietą lub osobą płci żeńskiej; lub osobą o alternatywnej tożsamości płciowej, która może, ale nie musi odpowiadać płci przypisanej danej osobie w chwili urodzenia lub jej pierwotnym lub wtórnym cechom płciowym". „Transpłciowość" definiuje się jako „termin ogólny, który obejmuje różnice w tożsamości płciowej, w przypadku których przypisana [*sic]* płeć biologiczna nie odpowiada odczuwanej tożsamości".([2]) Często poważny dyskomfort psychiczny związany z niezgodnością tożsamości płciowej z płcią biologiczną nazywany jest dysforią płciową.

Aby jeszcze bardziej skomplikować sprawę, istnieje szereg innych terminów używanych do opisania emocji danej osoby w odniesieniu do seksualności, w tym „niezgodność płciowa", „zadowolenie z płci" i „ekspresja płciowa". [3] Dlatego w niniejszym dokumencie terminy te mogą być używane w razie potrzeby, aby zapewnić dokładność w sprawozdaniach. Zarówno tożsamość płciowa, jak i transpłciowość odnoszą się do myśli i uczuć zależnych od emocji danej osoby, w przeciwieństwie do biologicznego określenia płci, które opiera się na genetycznym składzie chromosomowym danej osoby. Płeć biologiczna jest prawie zawsze łatwa do zidentyfikowania po urodzeniu (jeśli nie wcześniej) na podstawie fenotypowej ekspresji zestawu chromosomów. Bardzo rzadko, w przypadku zaburzeń rozwoju płciowego, może być konieczne przeprowadzenie dodatkowych badań w celu dokładnego określenia płci. Opisywanie płci jako „przypisanej przy urodzeniu" jest niedokładne i wprowadza w błąd.

Amerykańskie Kolegium Pediatrów (ACPeds) potwierdza fakt medyczny, że płeć danej osoby opiera się na biologii, a nie na myślach lub uczuciach. Płeć danej osoby jest zakodowana w każdej diploidalnej komórce ciała. Ponieważ płeć biologiczna danej osoby jest niezmienna od momentu zapłodnienia, nie można jej zmienić, niezależnie od interwencji hormonalnych lub chirurgicznych. Żadna część niniejszego dokumentu nie powinna być interpretowana jako zgoda lub akceptacja przez Kolegium faktu, że osoby mogą zmieniać swoją biologiczną płeć. Tak zwana „transformacja" nie jest zmianą płci ani nawet zmianą tożsamości seksualnej/płciowej, a jedynie zmianą wyglądu lub prezentacji seksualnej. W związku z tym terminy „transpłciowy" i „transformacja" są mylące i nieprecyzyjne, ale są używane w niniejszym dokumencie ze względu na ich niefortunne standardowe stosowanie w literaturze medycznej.

Ponadto ACPeds jest bardzo zaniepokojone faktem, że rodzice, wraz z pracownikami służby zdrowia i nauczycielami, którzy wspierają „transformację" transpłciową dzieci i młodzieży, w rzeczywistości przyczyniają się do nasilenia depresji, sugerując dzieciom, że „coś jest nie tak z ich ciałem i płcią biologiczną".

Częstość występowania problemów ze zdrowiem psychicznym

Wraz ze spadkiem odsetka nastolatków identyfikujących się jako heteroseksualni wzrasta częstość występowania problemów ze zdrowiem psychicznym. Korzystając z danych z wcześniejszej ankiety Youth Risk Behavioral Surveillance Survey, naukowcy odkryli, że „odsetek nastolatków zgłaszających mniejszościową orientację seksualną prawie się podwoił, z 7,3% w 2009 r. do 14,3% w 2017 r.". Uczniowie identyfikujący się jako mniejszości seksualne byli trzy razy bardziej narażeni na próby samobójcze w porównaniu z nastolatkami heteroseksualnymi. W ciągu tych 8 lat, gdy odsetek nastolatków należących do mniejszości seksualnych niemal się podwoił, odsetek prób samobójczych w tej populacji wzrósł z 24,6% do 35,6%, co wskazuje, że młodzież ta jest bardziej narażona na problemy ze zdrowiem psychicznym. ([4])

Spośród „mniejszości seksualnych" osoby z dysforią płciową lub tożsamością transpłciową mają wyższy odsetek problemów ze zdrowiem psychicznym niż inne nastolatki identyfikujące się jako LGBTQ+, niezależnie od zastosowanego narzędzia pomiarowego. Nawet małe dzieci identyfikujące się jako transpłciowe są narażone na zwiększone ryzyko. W ramach badania Adolescent Brain Cognitive Development Study zrekrutowano ponad 11 000 dzieci w wieku od 9 do 10 lat z całych Stanów Zjednoczonych z zamiarem obserwowania ich w czasie w celu oceny rozwoju mózgu. W 2022 r. naukowcy porównali raporty rodziców dotyczące listy kontrolnej zachowań dzieci (Child Behavior Checklist) między dziećmi, które identyfikowały się jako transpłciowe (58), a tymi, które identyfikowały się jako cispłciowe (7111), z wykluczeniem 4692 dzieci, które nie zrozumiały pytania. Dzieci, które w tak młodym wieku identyfikowały się jako transpłciowe, były bardziej narażone na depresję (2,53 OR), lęk (2,70 OR), problemy z zachowaniem (3,13 OR) i skłonności samobójcze (5,79 OR). [Nie] biorąc pod uwagę możliwości, że problemy ze zdrowiem psychicznym mogą poprzedzać dysforię płciową, autorzy stwierdzają: „Nie jest jasne, czy wynika to ze stygmatyzacji, stresu mniejszościowego, dyskryminacji czy dysforii płciowej". Bardziej interesujący jest fakt, że tylko 0,48% (58 z 11878) dzieci w wieku od 9 do 10 lat identyfikowało się jako transpłciowe ([5].
W badaniu uzupełniającym, przeprowadzonym rok później, dwukrotnie więcej dzieci (1,0%) zidentyfikowało się jako transpłciowe, a 33,2% dzieci w wieku 10 i 11 lat odpowiedziało na co najmniej jedno z czterech pytań w sposób, który autorzy zinterpretowali jako nie do końca zgodny z ich płcią biologiczną. Oceniono kilka kategorii różnorodności płciowej, a naukowcy stwierdzili, że „zaobserwowano istotne powiązania między objawami zdrowia psychicznego a różnorodnością płciową we wszystkich ocenianych wymiarach" ([6].

Wyniki badań przeprowadzonych przez często cytowany Uniwersytet Waszyngtoński w Seattle na grupie 73 „dzieci transpłciowych" w wieku od 3 do 12 lat, których rodzice wspierali ich „transformację", były przeciwne. Autorzy stwierdzili, że w porównaniu z dwiema grupami kontrolnymi „dzieci transpłciowe, które przeszły transformację społeczną i są wspierane w swojej tożsamości płciowej, wykazują normatywny poziom depresji i jedynie minimalny wzrost lęku". Badanie to było wielokrotnie cytowane jako powód, dla którego rodzice powinni akceptować ideę „dzieci transpłciowych".(7) Jednak inni badacze ponownie przeanalizowali pierwotne dane i stwierdzili „nieco wyższy poziom depresji, ale znaczące i istotne różnice w poziomie lęku i poczucia własnej wartości, przy czym wyniki były korzystniejsze dla dzieci cispłciowych, nawet jeśli dzieci transpłciowe miały wysoki poziom wsparcia rodziców dla swojej transformacji płciowej".(8)

Wykorzystując dane z badania Healthy Minds Study z lat 2015-2017, naukowcy przeanalizowali ankiety mobilne wypełnione przez 65 213 studentów, w tym 1237 studentów należących do mniejszości płciowych, z 71 kampusów uniwersyteckich w Stanach Zjednoczonych. Problemy związane ze zdrowiem psychicznym, takie jak depresja, lęk, zaburzenia odżywiania, samookaleczanie i skłonności samobójcze, zostały zbadane za pomocą sprawdzonych klinicznie narzędzi. Stwierdzono, że 78% osób należących do mniejszości płciowych (GM) w porównaniu z 45% studentów nieidentyfikujących się jako osoby należące do mniejszości płciowych ma problemy związane ze zdrowiem psychicznym. Dwa razy więcej studentów GM (58%) uzyskało pozytywny wynik w badaniu przesiewowym pod kątem depresji w porównaniu z 28% studentów „cisgender". Autorzy stwierdzili, że „status GM wiązał się z 4,3-krotnie większym prawdopodobieństwem wystąpienia co najmniej jednego problemu ze zdrowiem psychicznym".(9)

Przed rozpoczęciem jakiegokolwiek leczenia przeprowadzono szczegółową ocenę psychologiczną 49 nastolatków zgłaszających się do leczenia potwierdzającego tożsamość płciową w Wiedniu w Austrii. Obejmowała ona 4–5 wizyt w klinice z oceną przeprowadzoną przez psychiatrę dziecięcego i młodzieżowego, psychologa klinicznego i psychoterapeutę, a także wypełnienie ustrukturyzowanych kwestionariuszy, ankiet i ocen rodzinnych. U ponad połowy (57%) z 49 nastolatków zdiagnozowano co najmniej jedną chorobę psychiczną. Wcześniejsze badania wykazały, że współwystępujące zaburzenia psychiczne u dzieci i/lub nastolatków identyfikujących się jako transpłciowe wynoszą od 32,4% do 85%. Autorzy przyznali, że „nastolatki z dysforią płciową są znacznie bardziej narażone na zaburzenia psychopatologiczne niż ich rówieśnicy cispłciowi, których tożsamość płciowa jest zgodna z płcią przypisaną im przy urodzeniu" (10).

Kilka czynników może przyczyniać się do zwiększonego ryzyka wystąpienia zaburzeń zdrowia psychicznego u młodzieży transpłciowej. Być może dysforia płciowa występuje częściej u osób z innymi podstawowymi diagnozami dotyczącymi zdrowia psychicznego, takimi jak zaburzenia ze spektrum autyzmu, lub u osób, które doświadczyły poważnej traumy, takiej jak wykorzystywanie seksualne. Być może sama dysforia płciowa jest dla pacjenta źródłem cierpienia, nawet jeśli otoczenie jest przychylne i wspierające. Wreszcie, niektórzy klinicyści wysuwają teorię, że wzrost problemów związanych ze zdrowiem psychicznym jest skutkiem ubocznym odrzucenia przez rodzinę lub ostracyzmu społecznego, którego doświadcza osoba transpłciowa.

Badacze zauważyli również wzrost częstości występowania zaburzeń ze spektrum autyzmu (ASD) wśród osób z niezgodnością płciową/tożsamością płciową. Korzystając z pięciu niezależnych zbiorów danych przekrojowych obejmujących 641 860 osób, badacze stwierdzili, że „osoby transpłciowe i o różnej tożsamości płciowej mają średnio wyższy odsetek autyzmu, innych zaburzeń neurorozwojowych i diagnoz psychiatrycznych" (11).

W innym badaniu wykorzystującym sieć systemu edukacji zdrowotnej PEDSnet oceniono 919 868 młodych ludzi w wieku od 9 do 18 lat i stwierdzono, że 464 (0,05%) z nich miało współwystępujące ASD i dysforię płciową. Dysforię płciową stwierdzono u 8,6% osób z ASD w porównaniu z zaledwie 0,6% osób bez ASD. Ponadto osoby z ASD i GD miały większe prawdopodobieństwo wystąpienia problemów ze zdrowiem psychicznym, przy czym współczynnik aOR wynosił 20,66 dla lęku, 20,27 dla depresji i 13,13 dla skłonności samobójczych.(12)

Ryzyko zachowań samobójczych

Wraz ze wzrostem problemów związanych ze zdrowiem psychicznym pojawiła się możliwość, że młodzież z dysforią płciową jest narażona na zwiększone ryzyko samobójstwa. Co gorsza, wielu rodzicom mówi się wprost, że jeśli nie zaakceptują tożsamości płciowej swoich dzieci poprzez zmianę społeczną, leczenie medyczne i operacje chirurgiczne, ryzykują utratę swoich dzieci w wyniku samobójstwa. 13

Wczesne badania przyczyniły się do wzrostu obaw dotyczących nasilenia zachowań samobójczych wśród nastolatków transpłciowych. Korzystając z danych z badania California Healthy Kids Survey z lat 2013-2015 oraz z przeprowadzanego co dwa lata badania Biennial Statewide California Student Survey, naukowcy przeanalizowali wyniki 621 189 nastolatków biorących udział w badaniu i stwierdzili, że „częstość występowania myśli samobójczych zgłaszanych przez samych respondentów w ciągu ostatnich 12 miesięcy była prawie dwukrotnie wyższa wśród młodzieży transpłciowej w porównaniu z młodzieżą niebędącą transpłciową (33,73% w porównaniu z 18,86%).Po dostosowaniu modeli okazało się, że młodzież transpłciowa była prawie trzykrotnie bardziej narażona na zgłaszanie myśli samobójczych w ciągu ostatniego roku. W tym czasie od 1,10% do 1,33% nastolatków identyfikowało się jako osoby transpłciowe, a osoby, które to zrobiły, były bardziej narażone na zgłaszanie objawów depresji i prześladowania w szkole w ciągu ostatniego roku [(14).]

Dane z badania „Profile życia uczniów: postawy i zachowania" przeprowadzonego wśród 120 617 nastolatków w wieku od 11 do 19 lat w okresie od czerwca 2012 r. do maja 2015 r. wykazały, że prawie 14% nastolatków zgłosiło próbę samobójczą. Najwyższy odsetek prób samobójczych (50,8%) odnotowano wśród nastolatków identyfikujących się jako transseksualni z płci żeńskiej do męskiej, a następnie wśród osób identyfikujących się jako „niebinarne" (41,8%). Najniższy odsetek prób samobójczych odnotowano wśród heteroseksualnych kobiet (17,6%) i heteroseksualnych mężczyzn (9,8%). W badaniu tym wykorzystano próbę wygodną – metodologię, która nie pozwala na szerokie uogólnienia, ponieważ badani nie są wybierani losowo, ale raczej z grupy, z której łatwo jest pobrać próbę.[15] W mniejszym badaniu, w którym wykorzystano ankietę internetową przeprowadzoną wśród 2020 nastolatków w wieku od 14 do 18 lat, również stwierdzono, że nastolatki identyfikujące się jako transpłciowe (zarówno płci męskiej, jak i żeńskiej) miały prawie dwukrotnie wyższy odsetek myśli i prób samobójczych w porównaniu z nastolatkami „cispłciowymi".[16]

Na podstawie danych z bazy danych Kids' Inpatient Database (KID) z lat 2016 i 2019 naukowcy zidentyfikowali pacjentów pediatrycznych, którzy mieli kody Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD) - 10 związane z dysforią płciową i zachowaniami samobójczymi. Oceniono ponad 2 miliony hospitalizacji pacjentów, z czego 6627 dotyczyło pacjentów z dysforią płciową. „Częstość występowania skłonności samobójczych była większa u osób z kodami związanymi z dysforią płciową niż u osób bez kodów związanych z dysforią płciową w KID 2016". (36% w porównaniu z 5%). W 2019 r. liczby te były jeszcze wyższe w przypadku osób z dysforią płciową – 55% pacjentów z dysforią płciową doświadczało myśli samobójczych lub prób samobójczych w porównaniu z 4% osób bez dysforii płciowej [(17).]

To zwiększone ryzyko samobójstwa jest przedstawiane jako powód, dla którego rodzice powinni pozwolić nastolatkom z dysforią płciową na „zmianę" – społeczną, medyczną i chirurgiczną. Rodzicom mówi się, że ich nastolatek popełni samobójstwo, jeśli nie zgodzą się i nie zaakceptują nastolatka jako osoby płci przeciwnej do jego płci biologicznej. W brytyjskim serialu ITV *Butterfly* przeprowadzono wywiady z rodzicami nastolatków transpłciowych, którzy powtarzali wspólny refren: „Wolę mieć żywą córkę niż martwego syna". Program był promowany przez brytyjską organizację Mermaids, która zachęca dzieci do identyfikowania się jako osoby transpłciowe i potwierdzania tej tożsamości.

Aby ocenić tę kwestię, Michael Biggs, profesor nadzwyczajny socjologii na Uniwersytecie Oksfordzkim, przeanalizował dane dotyczące samobójstw w Anglii i Walii. Biggs uzyskał dane z Gender Identity Development Service (GIDS) należącego do National Health Service (NHS) za lata 2016–2018. Według tych danych w ciągu dwóch lat trzech pacjentów popełniło samobójstwo, a czterech próbowało popełnić samobójstwo. Biggs wykorzystał inne statystyki, aby wykazać, że wskaźnik samobójstw wśród nastolatków transpłciowych jest wyższy niż wśród nastolatków ogółem, ale nie tak wysoki jak wśród nastolatków cierpiących na jadłowstręt psychiczny lub depresję [(18).]

Cztery lata później Biggs przeanalizował dane z Tavistock and Portman NHS Foundation Trust w Londynie za lata 2007–2020 i odkrył, że czterech pacjentów kliniki zmarło z powodu prawdopodobnego samobójstwa, z czego dwóch znajdowało się na liście oczekujących na leczenie, a dwóch było pacjentami kliniki. Oszacowano, że pacjenci leczeni w klinice byli 5,5 razy bardziej narażeni na popełnienie samobójstwa niż ogół młodzieży w wieku od 14 do 17 lat, a roczny wskaźnik samobójstw wynosił 13 na 100 000 osób. Jednak, jak zauważa autor, nie uwzględniono w tym wzroście ryzyka samobójstwa u pacjentów z autyzmem, którzy stanowili 14–15% pacjentów. Chociaż jest to tragiczne, nie przekłada się to na wyższy wskaźnik samobójstw przedstawiany rodzicom dzieci szukających pomocy w związku z dysforią płciową [(19).]

Dodatkowe badania przeprowadzone przy użyciu lepszej metodologii wykazały, że bardzo wysokie wskaźniki prób samobójczych wśród osób identyfikujących się jako transpłciowe nie mogą być potwierdzone. Instytut Williamsa został zatrudniony przez stan

Kalifornii na przeprowadzenie odpowiednich badań ankietowych i odkrył, że 22% dorosłych osób identyfikujących się jako transpłciowe próbowało popełnić samobójstwo [20].Chociaż ten wskaźnik prób samobójczych jest oczywiście niepokojący, nie różni się on od wskaźnika odnotowanego wśród osób, które doświadczyły prześladowania lub identyfikują się jako LGB [(21).]

Problemy ze zdrowiem psychicznym a tożsamość transpłciowa

Co jest pierwsze? Niekorzystne doświadczenia z dzieciństwa, zaburzenia zdrowia psychicznego czy tożsamość transpłciowa? Niekorzystne doświadczenia z dzieciństwa (ACE) zostały po raz pierwszy uznane przez Felittiego za czynniki, które negatywnie wpływają na zdrowie fizyczne i psychiczne dorosłych. [22] Felitti opracował 10-punktowy system punktacji, który identyfikował trzy główne obszary stresu i traumy z dzieciństwa, które miały poważny wpływ na zdrowie dorosłych. ACE obejmowały narażenie na przemoc domową, choroby psychiczne, spożywanie alkoholu lub zażywanie narkotyków w domu, przemoc fizyczną lub emocjonalną lub zaniedbanie, wykorzystywanie seksualne oraz rozwód rodziców. W początkowym badaniu Felittiego 67% dorosłych zgłosiło co najmniej jedno ACE, przy czym najczęstsze były przemoc fizyczna oraz spożywanie alkoholu i narkotyków w domu dziecka. Dodatkowe badania wykazały, że ACE mogą mieć addytywny negatywny wpływ, a cztery lub więcej ACE wiąże się z większym ryzykiem złego samopoczucia fizycznego i psychicznego.

Fizjologiczne podstawy negatywnego wpływu ACE na zdrowie wydają się być związane z reakcją na stres, prowadzącą do podwyższonego poziomu kortyzolu, cytokin prozapalnych i białka C-reaktywnego. Przewlekły stres powoduje zmiany strukturalne i funkcjonalne w mózgu.[23]

Jedno z pierwszych badań dotyczących wpływu ACE na dorosłych LGB oceniło dane z trzech stanów, które zebrały informacje od ponad 22 000 dorosłych (2,1% identyfikujących się jako LGB) przy użyciu systemu monitorowania czynników ryzyka behawioralnego (Behavioral Risk Factor Surveillance System). Dwukrotnie więcej dorosłych osób LGB (29,7%) doświadczyło wykorzystywania seksualnego w dzieciństwie w porównaniu z osobami heteroseksualnymi (14,8%), a także ponad dwukrotnie częściej zgłaszały przypadki przemocy fizycznej. W badaniu tym nie zidentyfikowano osób transpłciowych ([24).]

Następnie naukowcy przeanalizowali podobne dane dotyczące ponad 30 000 dorosłych. W badaniu wzięło udział 711 dorosłych lesbijek, gejów i osób biseksualnych. Naukowcy odkryli, że osoby dorosłe LGB miały wyższą częstość występowania wszystkich ACE w porównaniu z osobami dorosłymi heteroseksualnymi, przy czym najbardziej znaczącą różnicą było trzykrotne zwiększenie częstości występowania wykorzystywania seksualnego w dzieciństwie wśród respondentów LGB. Ponadto tylko 26,8% osób LGB stwierdziło, że nie doświadczyło żadnych ACE, podczas gdy 40,4% osób heteroseksualnych nie zgłosiło żadnych. Prawie dwa razy więcej osób LGB zgłosiło od 3 do 8 ACE (42,4%) w porównaniu z 23,9% osób heteroseksualnych. Jako osoby dorosłe, społeczność LGB zgłosiła dwukrotnie wyższy wskaźnik złego stanu zdrowia psychicznego w ciągu ostatnich 30 dni (26,8% w porównaniu z 10,9%). Ponownie nie zidentyfikowano osób transpłciowych.([25)]

Nastolatki identyfikujące się jako transpłciowe zostały uwzględnione w internetowej ankiecie przeprowadzonej wśród 3508 nastolatków LGBTQ+ w wieku od 14 do 18 lat. Naukowcy odkryli, że „uczestnicy zgłaszali wiele ACE (M = 3,14, SD = 2,44), przy czym najczęściej występowały zaniedbania emocjonalne (58%), przemoc emocjonalna (56%) oraz życie z członkiem rodziny cierpiącym na chorobę psychiczną (51%)". Prawie połowa (43%) nastolatków doświadczyła co najmniej 4 ACE, co stanowi wynik znacznie wyższy niż w próbach krajowych ([26).]

W badaniu przeprowadzonym przez Uniwersytet Teksański w 2019 r. oceniono różnice w doświadczeniach ACE między mniejszościami seksualnymi „transpłciowymi" i „cispłciowymi". „Uczestnicy transpłciowi częściej zgłaszali przemoc emocjonalną, zaniedbanie fizyczne i emocjonalne w porównaniu z osobami cispłciowymi LGB".
Ponadto uczestnicy identyfikujący się jako transpłciowi ponad dwukrotnie częściej deklarowali zły stan zdrowia psychicznego (OR = 2,47)[(27).]

Suarez i in. ocenili częstość występowania ACE konkretnie u 131 dorosłych osób „transmęskich" – urodzonych jako kobiety – i stwierdzili, że 45% z nich zgłosiło więcej niż cztery ACE. Doświadczenie czterech lub więcej ACE wiązało się z ponad pięciokrotnym wzrostem częstości występowania depresji (AOR = 5,3) i skłonności samobójczych (AOR = 5,2).[28]

Giovanardi i in. ocenili związek między złożoną traumą a dysforią płciową. Naukowcy zdefiniowali złożoną traumę jako „zbiór doświadczeń związanych z kumulującymi się, przewlekłymi i długotrwałymi traumatycznymi wydarzeniami, najczęściej o charakterze interpersonalnym, z udziałem głównych opiekunów i często pojawiającymi się we wczesnym dzieciństwie lub w okresie dojrzewania". Doświadczenia te mogą obejmować przemoc fizyczną i seksualną, zaniedbanie fizyczne i emocjonalne oraz narażenie na przemoc domową, podobnie jak w przypadku elementów narzędzia do badania ACE. Korzystając z dwóch narzędzi, kwestionariusza złożonej traumy oraz wywiadu dotyczącego przywiązania dorosłych, naukowcy odkryli znaczące różnice między dorosłymi z dysforią płciową a dorosłymi bez tej dysforii. 61% dorosłych bez dysforii płciowej opisało swoje przywiązanie do opiekunów z dzieciństwa jako „bezpieczne", podczas gdy tylko 27% dorosłych z dysforią płciową tak uczyniło. Różnica w historii złożonej traumy była również znacząca, ponieważ 90% dorosłych z dysforią płciową doświadczyło jakiejś formy traumy, a 56% doświadczyło czterech lub więcej rodzajów traumy. W grupie kontrolnej tylko 7% doświadczyło czterech lub więcej rodzajów traumy.[29]Autorzy zauważyli, że zarówno „trans mężczyźni" (biologiczne kobiety), jak i „trans kobiety" (biologiczne mężczyźni) „cierpieli z powodu poważnego zaniedbania, odrzucenia i przemocy psychicznej" i stwierdzili: „uważamy, że badanie przywiązania i traumy może odegrać kluczową rolę w ujawnieniu konfliktów i mechanizmów obronnych, które mogą zakłócać swobodne odkrywanie tożsamości płciowej".

W ramach szeroko zakrojonego badania obejmującego 26 300 dzieci i nastolatków identyfikujących się ze swoją płcią biologiczną, których wiek i płeć dopasowano do 1333 osób transpłciowych, przeanalizowano elektroniczną dokumentację medyczną. (Każdej osobie identyfikującej się jako transpłciowa przyporządkowano dziesięć kobiet i dziesięciu mężczyzn). Zebrano typowe diagnozy odnotowane przed rozpoznaniem dysforii płciowej. Wśród nastolatków przed wystąpieniem niezgodności płciowej odnotowano wysoki odsetek zaburzeń psychicznych i myśli samobójczych, a liczba hospitalizacji psychiatrycznych była 22–44 razy wyższa niż w grupie kontrolnej, a liczba przypadków samookaleczeń 70–144 razy wyższa. Wśród nastoletnich pacjentów w wieku od 10 do 17 lat naukowcy stwierdzili zaburzenia depresyjne u 49% transseksualnych kobiet i 62% transseksualnych mężczyzn ([30).

W prospektywnym badaniu 79 australijskich dzieci z dysforią płciową (33 biologiczne mężczyźni; 46 biologiczne kobiety) naukowcy stwierdzili wysoki poziom stresu, w tym 41,8% z historią myśli samobójczych, 16,3% z samookaleczeniami i 10,1% z próbami samobójczymi podczas pierwszej wizyty. Większość dzieci miała współwystępujące zaburzenia zdrowia psychicznego, w tym 63,3% z lękiem, 62% z depresją, 35,4% z zaburzeniami zachowania i 13,9% z autyzmem. Co istotne, większość z nich doświadczyła również niekorzystnych doświadczeń w dzieciństwie, przy czym 39,2% było maltretowanych, 63,3% miało rodziców cierpiących na choroby psychiczne, a 59,5% straciło ważnego członka rodziny. 10% dzieci przebywało poza domem, a tylko dwoje z nich nie zgłosiło żadnych niekorzystnych doświadczeń z dzieciństwa.[31]

W 2018 r. Littman opublikował wyniki ankiety internetowej przeprowadzonej wśród 256 rodziców dzieci, które w okresie dojrzewania (83% płci żeńskiej) doświadczyły gwałtownego wystąpienia dysforii płciowej. Średni wiek nastolatków wynosił
15,2 lat, kiedy zidentyfikowali się jako osoby transpłciowe, a u 62,5% nastolatków „przed wystąpieniem dysforii płciowej zdiagnozowano co najmniej jedno zaburzenie zdrowia psychicznego lub niepełnosprawność neurorozwojową".[32]

Chociaż badania te zostały wycofane z powodu presji politycznej, późniejsze badania potwierdzają dane Littmana dotyczące wcześniejszych chorób psychicznych. Ankiety wypełnione przez 1665 rodziców odwiedzających stronę internetową (Parents of ROGDkids.org) ujawniły, że 57% nastolatków identyfikujących się jako transpłciowe miało wcześniej problemy ze zdrowiem psychicznym, które rozpoczęły się średnio 3,8 roku przed dysforią płciową, a 42,5% otrzymało „formalną diagnozę psychologiczną".([33)Biorąc pod uwagę te badania, wydaje się prawdopodobne, że wcześniejsze traumy i niekorzystne doświadczenia z dzieciństwa przyczyniają się do dysforii płciowej, a z pewnością do problemów ze zdrowiem psychicznym i depresji, których doświadcza wiele osób identyfikujących się jako transpłciowe.

„Terapia afirmacyjna" a wpływ na zdrowie psychiczne

Jest to kluczowe pytanie, ponieważ pracownicy służby zdrowia powinni zapewnić odpowiednie leczenie, które pozwoli osobom osiągnąć optymalne samopoczucie psychiczne. Ale jakie leczenie jest odpowiednie dla nastolatków „transpłciowych"? Czy transformacja społeczna, leki i interwencja chirurgiczna zapobiegną depresji i zachowaniom samobójczym lub będą je leczyć?

Większość badań próbujących odpowiedzieć na te pytania ma poważne wady. Mała liczebność próby, stronnicza rekrutacja, utrata pacjentów w trakcie obserwacji i wyjątkowo krótki czas trwania obserwacji to tylko niektóre z najczęstszych problemów występujących w literaturze. Ponadto badania dotyczące długoterminowej obserwacji z konieczności dotyczą osób, które „przeszły transformację" wiele lat temu, kiedy to aby poddać się medycznej i chirurgicznej „transformacji", pacjenci musieli być osobami dorosłymi, które przeszły intensywną ocenę psychologiczną. Niedawny wzrost liczby nastolatków identyfikujących się jako transpłciowi jest bezprecedensowy i oczywiście nie są dostępne żadne długoterminowe badania obserwacyjne. Mimo to długoterminowe badania obserwacyjne dotyczące dorosłych osób transpłciowych budzą niepokój, ponieważ nie wykazują poprawy stanu zdrowia psychicznego.

Wysiłki związane z transformacją płciową

Istnieją trzy rodzaje interwencji stosowane przez terapeutów zajmujących się osobami transpłciowymi, które należy przeanalizować: afirmacja społeczna (znana również jako „transformacja" społeczna), interwencja hormonalna z zastosowaniem leków blokujących dojrzewanie płciowe, a następnie hormonów płciowych oraz zabiegi chirurgiczne.

„Transformacja" społeczna

„Transformacja" społeczna polega na zmianie imienia, używanych zaimków, fryzury i ubioru, aby lepiej odzwierciedlały postrzeganą tożsamość płciową dziecka, która jest niezgodna z jego płcią biologiczną. Istnieją sprzeczne badania dotyczące potencjalnych korzyści dla zdrowia psychicznego wynikających z „transformacji" społecznej dzieci z dysforią płciową. W jednym z najwcześniejszych badań porównano 73 dzieci „transpłciowe" w wieku od 3 do 12 lat z 73 osobami z grupy kontrolnej o tej samej płci, w tym 49 rodzeństwem dzieci „transpłciowych". Naukowcy stwierdzili, że zgłaszane przez rodziców przypadki depresji były podobne w każdej z grup, ale u dzieci „transpłciowych" odnotowano niewielki wzrost poziomu lęku ([34]). Badanie to nie dostarczyło jednak dowodów na to, że społeczna „transformacja" poprawiła samopoczucie psychiczne.

Ocena funkcjonowania psychicznego na podstawie raportów rodziców dotyczących 54 dzieci w wieku od 5 do 11 lat, które zostały zbadane w Hamburg Gender Identity Service w Niemczech, wykazała, że problemy z rówieśnikami i gorsze funkcjonowanie rodziny „były istotnie związane z zaburzeniami funkcji psychicznych, podczas gdy stopień transformacji społecznej nie miał istotnego wpływu na wynik. W związku z tym twierdzenia, że afirmacja płci poprzez transformację społeczną jest korzystna dla dzieci z GD, nie znalazły potwierdzenia w obecnych wynikach".([35]) Badanie przeprowadzone przez Wong i in. na 226 dzieciach „o odmiennej tożsamości płciowej", które przeszły transformację społeczną, w porównaniu z dziećmi, które nie przeszły transformacji, potwierdziło te wyniki, a autorzy stwierdzili, że „nie ma zbyt wielu dowodów na to, że samopoczucie psychospołeczne różni się w zależności od statusu transformacji płciowej".([36])

Ponadto transformacja społeczna prowadzi do utrzymywania się dysforii płciowej. Badanie przeprowadzone w Amsterdamie w Holandii na grupie 127 nastolatków, u których przed ukończeniem 12 roku życia zdiagnozowano dysforię płciową, wykazało, że osoby, które doświadczyły „potwierdzenia" swojej tożsamości płciowej, były bardziej skłonne do utrzymywania tej niezgodnej tożsamości. Wszystkie czworo dzieci, które przeszły „transformację" społeczną, utrzymało swoją tożsamość płciową, podczas gdy tylko 35% spośród 123 dzieci, które nie przeszły całkowitej „transformacji" społecznej, utrzymało swoją tożsamość płciową ([37]).

W związku z tym Zucker stwierdza: „Społeczna transformacja płciowa u dzieci przed okresem dojrzewania jest formą leczenia psychospołecznego, które ma na celu zmniejszenie dysforii płciowej, ale może również skutkować koniecznością podjęcia późniejszych (trwających całe życie) terapii biomedycznych". [38]Cass zgodziła się z tym w swojej recenzji usług związanych z płcią dla National Health Services (NHS) i stwierdziła, że „transformacja" społeczna jest „aktywną interwencją, ponieważ może mieć znaczący wpływ na dziecko lub młodą osobę pod względem ich funkcjonowania psychicznego".(39)

Ponadto, biorąc pod uwagę rozwój mózgu małego dziecka, jego neuroplastyczność, każda myśl, zachowanie i doświadczenie wpływają na mikrostrukturę i funkcjonowanie mózgu. Przemiana społeczna może zatem utwierdzić dziecko w nowej tożsamości. Co ważne, dziecko będzie miało później trudności z kwestionowaniem nowej tożsamości, ponieważ potwierdzili ją rodzice i nauczyciele.

Tłumienie dojrzewania

W celu zbadania korzyści płynących z hamowania dojrzewania w okresie dorastania w kontekście zdrowia psychicznego w wieku dorosłym, Turban i wsp. przeprowadzili badanie przekrojowe wśród 20 619 osób transpłciowych w wieku od 18 do 36 lat. W badanej grupie 16,9% uczestników zgłosiło, że w okresie dojrzewania pragnęło zahamowania dojrzewania, a 2,5% otrzymało takie leczenie. Autorzy stwierdzili, że „osoby, które otrzymały leczenie polegające na zahamowaniu dojrzewania... miały mniejsze prawdopodobieństwo wystąpienia myśli samobójczych w ciągu całego życia (skorygowany iloraz szans = 0,3)".(40)

Jednak w opublikowanym komentarzu do tego artykułu Field i Trumbull zwrócili uwagę na „niezwykle wysokie wskaźniki zarówno myśli samobójczych (75% i 90%), jak i prób samobójczych (42% i 51%) w obu grupach". Stosunkowo krótki okres obserwacji oraz podwójny (45,5% w porównaniu z 22,8%) odsetek poważnych prób samobójczych wymagających hospitalizacji w grupie leczonej lekami hamującymi dojrzewanie płciowe w ciągu roku poprzedzającego zebranie danych przyczyniają się do poważnych obaw związanych ze stosowaniem leków hamujących dojrzewanie płciowe (41).

W innym liście do redakcji zauważono, że w badaniu Turban założono, iż leki hamujące dojrzewanie były dostępne w Stanach Zjednoczonych wcześniej niż miało to miejsce w rzeczywistości. „Co najpoważniejsze, Turban i in. (2020) praktycznie nie uwzględnili faktu, że nastolatki z poważnymi problemami psychologicznymi byłyby mniej kwalifikowalne do leczenia farmakologicznego, co utrudnia ustalenie związku między leczeniem a myślami samobójczymi". Podważa to zalecenie artykułu, aby leczenie było dostępne dla wszystkich nastolatków transpłciowych, którzy o to proszą.(42)

Agencja ds. Administracji Opieki Zdrowotnej stanu Floryda zwróciła się do Wydziału Metod Badań nad Zdrowiem Uniwersytetu McMaster o przeprowadzenie analizy terapii potwierdzających tożsamość płciową. Dwóch badaczy znalazło początkowo 61 przeglądów systematycznych, ale do swojej dogłębnej analizy wykorzystało 14 z nich. Nie znaleźli oni żadnego badania porównującego wyniki osób stosujących blokery dojrzałości płciowej z wynikami osób, które ich nie stosowały, więc stwierdzili, **że „nie wiadomo**, **czy osoby z dysforią płciową stosujące blokery dojrzałości płciowej odczuwają większą poprawę w zakresie dysforii płciowej, depresji, lęku i jakości życia niż osoby z dysforią płciową, które ich nie stosują. Istnieje bardzo mała pewność co do wpływu blokerów dojrzewania na myśli samobójcze".** Naukowcy wyrazili podobne opinie na temat terapii hormonalnej i interwencji chirurgicznych.43 Wniosek ten został dodatkowo podkreślony w systematycznym przeglądzie badań dotyczących stosowania leków blokujących dojrzewanie u dzieci z dysforią płciową, przeprowadzonym przez National Health Services (NHS) w Wielkiej Brytanii, w którym zwrócono uwagę na niską pewność wyników badań i nie znaleziono dowodów na to, że stosowanie leków blokujących dojrzewanie poprawia zdrowie psychiczne pacjentów cierpiących na dysforię płciową. (44)

Rada ds. Wyboru w Opiece Zdrowotnej w Finlandii / COHERE Finlandia dokonała przeglądu badań dotyczących leczenia dysforii płciowej i opublikowała swój raport w 2020 r. W odniesieniu do hamowania hormonalnego w raporcie stwierdzono: „W przypadku dzieci i młodzieży kwestie etyczne dotyczą naturalnego procesu rozwoju tożsamości nastolatków oraz możliwości, że interwencje medyczne mogą zakłócić ten proces. Sugeruje się, że terapia hormonalna (np. hamowanie dojrzewania) zmienia przebieg rozwoju tożsamości płciowej, tzn. może utrwalić tożsamość płciową, która w przeciwnym razie uległaby zmianie u niektórych leczonych nastolatków. Wiarygodność istniejących badań bez grup kontrolnych jest wysoce niepewna i ze względu na tę niepewność nie należy podejmować żadnych decyzji, które mogą trwale zmienić rozwój psychiczny i fizyczny nieletnich, którzy wciąż dojrzewają... Nie wiadomo, jak hormonalne hamowanie dojrzewania wpływa na osąd i podejmowanie decyzji przez młodych ludzi".(45)

Hormony „potwierdzające płeć" – hormony płci przeciwnej

Podobnie, systematyczny przegląd przeprowadzony przez NHS dotyczący stosowania hormonów płci przeciwnej w dysforii płciowej, oceniający wpływ na zdrowie psychiczne i jakość życia, również wykazał, że „jakość dowodów dla wszystkich tych wyników została oceniona jako bardzo mało pewna". W raporcie stwierdzono, że **„wszelkie potencjalne korzyści płynące ze stosowania hormonów potwierdzających płeć muszą być**

wobec w dużej mierze nieznanego długoterminowego profilu bezpieczeństwa tych terapii u dzieci i młodzieży z dysforią płciową."[46]

Organizacja wspierająca osoby transpłciowe, World Professional Association for Transgender Health (WPATH), zleciła zespołowi z Uniwersytetu Johna Hopkinsa przeprowadzenie systematycznego przeglądu protokołów leczenia osób transpłciowych. Jedno z tych badań, systematyczny przegląd 20 prac badawczych, oceniało „jakość życia (QOL), depresję, lęk i śmierć przez samobójstwo w kontekście terapii hormonalnej potwierdzającej tożsamość płciową wśród osób transpłciowych w każdym wieku". Chociaż autorzy stwierdzili, że „terapia hormonalna wiązała się z poprawą jakości życia, zmniejszeniem depresji i zmniejszeniem lęku", stwierdzili również, że „pewność tego wniosku jest ograniczona przez wysokie ryzyko błędu systematycznego w projektach badań, małą liczebność próby i zakłócenia związane z innymi interwencjami". Ponadto nie byli w stanie dokonać żadnych ustaleń dotyczących wpływu na zgony spowodowane samobójstwami, dlatego zalecili przeprowadzenie dodatkowych badań wśród większych i bardziej zróżnicowanych grup pacjentów.([47])

Kompleksowy przegląd danych z 2021 r. dotyczących wszystkich 3754 nastolatków identyfikujących się jako transpłciowe w rodzinach wojskowych w Stanach Zjednoczonych w ciągu 8,5 roku wykazał, że terapia hormonami płciowymi prowadzi do zwiększonego korzystania z usług w zakresie zdrowia psychicznego i leków psychiatrycznych oraz zwiększonej liczby myśli samobójczych/prób samobójczych. Kiedy nastolatki identyfikujące się jako transpłciowe, które stosowały leki potwierdzające płeć (963), zostały ocenione oddzielnie, ich korzystanie z usług opieki psychiatrycznej nie uległo zmianie, ale wzrosło stosowanie leków psychotropowych.([48])

W badaniu podłużnym przeprowadzonym w Danii, które objęło wszystkie osoby (3812) korzystające z trzech krajowych ośrodków opieki nad osobami transpłciowymi i porównało je z grupą kontrolną liczącą 38 120 osób, stwierdzono, że „iloraz szans dla zaburzeń zdrowia psychicznego był ponad pięciokrotnie wyższy u osób transpłciowych w porównaniu z grupą kontrolną na początku badania. Ryzyko zaburzeń psychicznych i behawioralnych u osób transpłciowych gwałtownie wzrosło w ciągu pierwszego roku po dacie indeksowej, po czym nastąpiła tendencja spadkowa, ale współczynnik szans pozostawał podwyższony przez cały okres obserwacji, zwłaszcza u osób transpłciowych przypisanych do płci męskiej w chwili urodzenia" ([49]). Po zgłoszeniu się do ośrodków co najmniej 24% osób identyfikujących się jako transpłciowe otrzymało receptę na leczenie psychofarmakologiczne, w porównaniu z 4-6% osób z grupy kontrolnej. Chociaż odsetek osób identyfikujących się jako transpłciowe z diagnozą psychiatryczną nieznacznie spadł po pierwszym roku leczenia, odsetek osób poddanych leczeniu psychofarmakologicznemu wzrósł i pozostawał podwyższony przez cały okres leczenia, tak że po 8 latach leczenie otrzymywało 30,5%–39,5% osób, w porównaniu z 8–14% osób z grupy kontrolnej. Terapia hormonalna potwierdzająca płeć (cross-sex) została przepisana 2089 osobom i nie odnotowano znaczącego spadku problemów związanych ze zdrowiem psychicznym po leczeniu. Badanie miało ograniczoną zdolność do oceny skutków interwencji chirurgicznych potwierdzających płeć.

Niedawne fińskie badanie uzupełniające wykazało, że osoby, które zgłosiły się do placówek zajmujących się tożsamością płciową, „otrzymały wielokrotnie więcej specjalistycznego leczenia psychiatrycznego zarówno przed, jak i po skontaktowaniu się z placówkami zajmującymi się tożsamością płciową niż osoby z grupy kontrolnej" [50]. Autorzy stwierdzili, że względne ryzyko potrzeb psychiatrycznych u pacjentów z dysforią płciową w porównaniu z grupą kontrolną było znacznie wyższe w latach 2016-2019 niż w latach 1996-2000. Ponadto badanie to wykazało, że osoby transpłciowe, które przeszły transformację medyczną, miały większe zapotrzebowanie na specjalistyczną opiekę psychiatryczną w porównaniu z osobami transpłciowymi, które zgłosiły się po pomoc, ale nie poddały się zabiegom medycznym. Autorzy stwierdzają, że ich ustalenia, wraz z innymi badaniami, „nie sugerują, że zabiegi medyczne związane ze zmianą płci (GR) rozwiązują problem zachorowalności psychiatrycznej wśród osób doświadczających dysforii płciowej".

Operacja „zmiany płci" (przyjmowanie tożsamości płci przeciwnej)

W badaniu kohortowym przeprowadzonym w Szwecji w latach 1973–2003 na populacji ogólnej dopasowano 324 pacjentów, którzy przeszli operację „zmiany płci" (191 mężczyzn na kobiety; 133 kobiety na mężczyzn) do 10 osób z grupy kontrolnej. „Ogólna śmiertelność osób po zmianie płci była wyższa w okresie obserwacji (aHR 2,8) niż w grupie kontrolnej osób tej samej płci biologicznej, szczególnie w przypadku zgonów spowodowanych samobójstwem (aHR 19,1). Osoby po zmianie płci miały również zwiększone ryzyko prób samobójczych (aHR 4,9) i hospitalizacji psychiatrycznej (aHR 2,8)". Niezwykle ważne jest, aby zauważyć, że na krzywej przeżywalności Kaplana-Meiera śmiertelność „osób transseksualnych" zaczęła znacznie odbiegać od

grupy kontrolnej po dziesięciu latach obserwacji, znacznie wzrastając po 15 latach od operacji zmiany płci. Po 30 latach obserwacji wskaźnik samobójstw był 19 razy wyższy niż w grupie kontrolnej w tym samym wieku ([51]). Autorzy tego badania stwierdzili: „Nasze wyniki sugerują, że zmiana płci, choć łagodzi dysforię płciową, może nie być wystarczająca jako leczenie transseksualizmu i powinna skłaniać do poprawy opieki psychiatrycznej i somatycznej po zmianie płci dla tej grupy pacjentów" ([52]).

Ogólnie „leczenie potwierdzające płeć"

„Leczenie potwierdzające płeć" (GAT) jest terminem mylącym, ponieważ użycie słowa „leczenie" sugeruje, że istnieje schorzenie wymagające korekty. Dysforia związana z niezgodnością płci/tożsamości płciowej jest problemem psychologicznym wymagającym leczenia psychologicznego, a nie potwierdzania fałszywej tożsamości płciowej poprzez zmianę wyglądu fizycznego. Potwierdzenie powinno być raczej stosowane w celu potwierdzenia biologicznej płci danej osoby, której nie można zmienić niezależnie od podjętej „transformacji". Pomimo tych obaw, w niniejszym artykule używa się terminu „leczenie potwierdzające płeć" (GAT), ponieważ jest on obecnie powszechnie stosowany w środowisku medycznym.

Większość badań potwierdza, że nie ma dużych lub długoterminowych badań wykazujących jakiekolwiek korzyści płynące z GAT. Centra Usług Medicare i Medicaid przedstawiły analizę 33 badań dotyczących operacji zmiany płci u osób dorosłych i stwierdziły, że nie wydadzą krajowej decyzji o pokryciu kosztów „operacji zmiany płci dla beneficjentów Medicare z dysforią płciową, ponieważ dowody kliniczne nie są jednoznaczne dla populacji objętej programem Medicare". ([53]) Stany mogły decydować o pokryciu kosztów w poszczególnych przypadkach.

W badaniu przeprowadzonym w Niemczech w 2023 r. oceniano samotność i izolację społeczną wśród „osób transpłciowych i o różnej tożsamości płciowej". Około jedna trzecia (38 z 88) uczestników przeszła „operację zmiany płci", ale naukowcy nie stwierdzili istotnej różnicy w niezwykle wysokim odsetku samotności między osobami, które przeszły zabieg chirurgiczny (84,2%), a tymi, które go nie przeszły (83,3%). Podobnie 79,2% osób, które nie przeszły operacji, odczuwało izolację społeczną, w porównaniu z 81,6% osób, które przeszły operację. Autorzy doszli do wniosku, że „nasze dane wskazują, że osoby transpłciowe i o różnej tożsamości płciowej, które przeszły operację zmiany płci, czują się bardziej samotne. Według naszej wiedzy jest to pierwsze badanie analizujące poziom samotności i izolacji społecznej wśród osób transpłciowych i o różnej tożsamości płciowej, które przeszły operację". ([54])

Naukowcy wykorzystali krajową bazę danych obejmującą 6 657 456 osób urodzonych w Danii w ciągu czterech dekad i stwierdzili, że osoby identyfikujące się jako transpłciowe miały znacznie wyższy wskaźnik prób samobójczych, śmiertelności z powodu samobójstw, śmiertelności niezwiązanej z samobójstwami oraz śmiertelności z wszystkich przyczyn. Spośród 3759 osób identyfikujących się jako transpłciowe w tym okresie „standaryzowany wskaźnik prób samobójczych na 100 000 osobolat wynosił 498 dla osób transpłciowych w porównaniu z 71 dla osób niebędących transpłciowymi (aIRR 7,7)". Osoby identyfikujące się jako transpłciowe były 3,5 razy bardziej narażone na śmierć z powodu samobójstwa, a nawet wskaźnik zgonów niezwiązanych z samobójstwem był 1,9 razy wyższy. Liczby te były niewiele niższe nawet w 2021 r. (aIRR odpowiednio 6,6, 2,8 i 1,7). ([55]) Stało się tak pomimo uznania Danii przez europejski oddział Międzynarodowego Stowarzyszenia Lesbijek, Gejów, Osób Biseksualnych, Transpłciowych i Interseksualnych (ILGA-Europe) za trzeci najlepszy kraj w Europie pod względem ochrony praw mniejszości seksualnych i płciowych. ([56])

Szwedzka Krajowa Rada Zdrowia i Opieki Społecznej przeanalizowała również badania naukowe oparte na dowodach dotyczących opieki nad dziećmi i młodzieżą z dysforią płciową. Po przeprowadzeniu kompleksowego przeglądu Rada stwierdziła, że „ryzyko związane z interwencjami hormonalnymi u młodzieży z dysforią płciową przewyższa potencjalne korzyści" [57]. W raporcie tym Szwedzka Krajowa Rada Zdrowia i Opieki Społecznej zwróciła uwagę na niewystarczające dowody dotyczące bezpieczeństwa i skuteczności terapii (w związku z czym nie można wyciągnąć żadnych ostatecznych wniosków), słabo poznane znaczące zmiany demograficzne i brak jasności co do przyczyn dysforii płciowej w związku z rosnącą liczbą pacjentów (zwłaszcza nastoletnich dziewcząt), rosnącą częstością występowania młodych dorosłych, którzy zdecydowali się na detransicję, oraz znacząco odmienną populacją objętą wcześniejszymi badaniami dotyczącymi przejścia płciowego u dzieci.

W innym systematycznym przeglądzie zleconym przez Szwedzką Agencję ds. Oceny Technologii Medycznych i Usług Społecznych początkowo przeanalizowano 9934 badania w celu określenia skutków leczenia hormonalnego u

dzieci w zakresie zdrowia psychospołecznego i psychicznego, funkcji poznawczych, składu ciała i markerów metabolicznych. Spośród 9934 badań tylko 24 uznano za istotne i charakteryzujące się niskim ryzykiem błędu systematycznego. Większość z tych badań miała niewielki zakres, a obserwacje nie były raportowane po ukończeniu przez uczestników 18 lat. Autorzy doszli do wniosku, że „długoterminowe skutki terapii hormonalnej dla zdrowia psychospołecznego i somatycznego nie są znane, z wyjątkiem tego, że leczenie GnRHa [analogami hormonu uwalniającego gonadotropinę] wydaje się opóźniać dojrzewanie kości i wzrost gęstości mineralnej kości". Jednym z kluczowych punktów autorów było stwierdzenie, że „leczenie GnRHa u dzieci z dysforią płciową powinno być traktowane jako leczenie eksperymentalne w indywidualnych przypadkach, a nie jako standardowa procedura" ([58]).

Finlandia również zmieniła swoje stanowisko i wydała nowe wytyczne zalecające psychoterapię jako pierwszą linię leczenia dzieci z „dysforią płciową", a interwencja chirurgiczna nie jest dozwolona w przypadku nastolatków poniżej 18 roku życia ([59]). Norweska Komisja ds. Badań nad Opieką Zdrowotną również w maju 2023 r. stwierdziła, że „wiedza oparta na badaniach naukowych dotycząca leczenia potwierdzającego płeć (hormonalnego i chirurgicznego) jest niewystarczająca, a długoterminowe skutki są mało znane". Zalecono zmianę wytycznych dotyczących opieki nad młodzieżą cierpiącą na „dysforię płciową". ([60]) Francuska Akademia Medyczna również zaleciła ostrożność w stosowaniu blokerów dojrzałości płciowej i zabiegów chirurgicznych w opiece nad nastolatkami transpłciowymi. ([61])

W 2021 r. w czasopiśmie BMJ Open opublikowano systematyczny przegląd wszystkich międzynarodowych wytycznych dotyczących praktyki klinicznej (CPG) w zakresie „zdrowia mniejszości płciowych / osób transpłciowych".[62] Żadne z wytycznych CPG nie dotyczyły podstawowej opieki zdrowotnej, zdrowia psychicznego ani długoterminowych problemów medycznych. Autorzy doszli do wniosku, że „brakuje wysokiej jakości wytycznych dotyczących osób należących do mniejszości płciowych / transpłciowych, które ograniczają się głównie do HIV i transformacji, ale nie obejmują szerszych aspektów opieki zdrowotnej, śmiertelności lub jakości życia (QoL)".

Te oceny medycyny opartej na dowodach naukowych powinny skłonić pracowników służby zdrowia do wstrzymania się z transformacją społeczną, medyczną i chirurgiczną nastolatków. W rzeczywistości, w oczekiwaniu na ponowne otwarcie w ramach zupełnie innego modelu, Wielka Brytania zamknęła kliniki Tavistock i Portman, specjalizujące się w opiece nad dziećmi transpłciowymi, i zaprzestała przepisywania wszystkim dzieciom leków blokujących dojrzewanie, z wyjątkiem tych uczestniczących w badaniach klinicznych, ze względu na „brak konsensusu klinicznego i spolaryzowane opinie na temat tego, jaki powinien być najlepszy model opieki nad dziećmi i młodymi ludźmi doświadczającymi niezgodności płciowej i dysforii". ([63])

Żal dotyczący procedur „transformacji"

Naukowcy z Uniwersytetu w Toronto przedstawili dane dotyczące 139 chłopców skierowanych do ich kliniki z powodu dysforii płciowej. Chłopcy zostali wstępnie zbadani w średnim wieku 7,49 lat, a następnie obserwowani przez średnio 20,58 lat. „Spośród 139 uczestników 17 (12,2%) zostało sklasyfikowanych jako osoby z dysforią trwałą, a pozostałych 122 (87,8%) jako osoby z dysforią przejściową". Fakt ten ma kluczowe znaczenie przy proponowaniu interwencji wobec nastolatków, ponieważ potwierdza, że większość dzieci z dysforią płciową będzie czuła się komfortowo ze swoją płcią biologiczną, jeśli pozwoli się im przejść przez normalny okres dojrzewania z napływem naturalnych hormonów płciowych ([64]).

W przeszłości, dzięki leczeniu polegającemu na „czujnym oczekiwaniu", 80–90% nastolatków z dysforią płciową akceptowało swoją płeć biologiczną, przechodząc naturalny proces dojrzewania wraz z towarzyszącymi mu skokami hormonalnymi. Dorośli, którzy następnie „zmienili płeć", stanowili niewielką grupę pacjentów, a badania przeprowadzone w tamtym czasie wykazały niski odsetek osób wyrażających żal, chociaż okres obserwacji był krótki. [65]

Obecnie jednak, wraz z transformacją społeczną i „terapią potwierdzającą tożsamość płciową" (GAT) stosowaną wobec młodych nastolatków, których mózgi nie są jeszcze w pełni rozwinięte, dostępnych jest mniej długoterminowych danych dotyczących liczby osób, które później żałują swojej decyzji o zmianie płci. Jeden z autorów stwierdził: „Najnowsze dane, odzwierciedlające wzrost częstości występowania dominującej odmiany dysforii płciowej u nastolatków, sugerują, że powrót do poprzedniej płci i/lub żal mogą być częstsze niż wcześniej zgłaszano" i cytuje pięć artykułów ([66]).

Oceniając literaturę na ten temat, należy zwrócić uwagę na kilka niedociągnięć. Po pierwsze, badania dotyczące żalu i jakości życia charakteryzują się wysokim odsetkiem pacjentów, z którymi utracono kontakt. Po drugie, jak wspomniano powyżej, dorośli pacjenci

, którzy przeszli transformację w przeszłości, znacznie różnią się od nastolatków przechodzących transformację obecnie. Co ważniejsze, termin „żal" jest różnie definiowany w badaniach, a w niektórych badaniach jest wąsko definiowany jako osoby, które powracają do tej samej kliniki płciowej, aby rozpocząć medyczną detransicję. Jednak, jak stwierdziła Littman, tylko 24% osób biorących udział w jej badaniu poinformowało swoich pierwotnych lekarzy o decyzji o detransicji.[67]

Błędna metodologicznie ankieta United States Transgender Survey jest przekrojowym badaniem przeprowadzonym wśród 27 715 osób dorosłych transpłciowych i o różnej tożsamości płciowej. W badaniu tym 17 151 osób dorosłych stwierdziło, że podjęło działania mające na celu potwierdzenie swojej tożsamości płciowej, a spośród nich 2242 (13,1%) stwierdziło, że przerwało proces transformacji lub cofnęło swoją decyzję. Ponad 80% tych osób stwierdziło, że presja ze strony rodziny i piętno społeczne przyczyniły się do ich decyzji o cofnięciu transformacji, ale 15,9% stwierdziło również, że doświadczyło niepewności co do swojej tożsamości płciowej. Osoby te stwierdziły również, że płodność i pragnienie posiadania małżonka lub partnera przyczyniły się do ich chęci cofnięcia transformacji ([68]).

Naukowcy przeprowadzili pogłębione wywiady z 28 dorosłymi Kanadyjczykami, którzy zdecydowali się na powrót do poprzedniej płci, i dowiedzieli się, że istniało wiele powodów ich decyzji, w tym obawy dotyczące zdrowia fizycznego i psychicznego, powikłania chirurgiczne lub ból pooperacyjny, brak wsparcia ze strony rodziny, dyskryminacja w miejscu pracy lub brak dostępu do opieki zdrowotnej. Pacjenci doświadczyli procesu powrotu do poprzedniej płci jako „trudnego fizycznie i psychicznie", zwłaszcza gdy pracownicy służby zdrowia nie dysponowali odpowiednimi informacjami, aby im pomóc. [69]

Littman przebadał 100 pacjentów, którzy zdecydowali się na detransicję, z czego 69 było biologicznymi kobietami. Spośród osób, które zdecydowały się na detransicję, 60% zrobiło to, ponieważ czuło się bardziej komfortowo ze swoją biologiczną płcią, a 38% stwierdziło, że ich dysforia płciowa wynikała z traumy, przemocy lub zaburzeń zdrowia psychicznego.[70]

Badanie przeprowadzone na 1089 pacjentach skierowanych do klinik endokrynologii dziecięcej w Anglii wykazało, że 5,3% z nich przerwało leczenie blokującymi dojrzewanie lub hormonami płciowymi przed ukończeniem 18. roku życia i identyfikowało się ze swoją płcią biologiczną.
Co istotne, w badaniu tym młodsze osoby w wieku poniżej 16 lat w momencie rozpoczęcia interwencji hormonalnej były dwukrotnie bardziej skłonne do dostosowania swojej tożsamości płciowej do płci biologicznej niż osoby starsze. (9,2% w porównaniu z 4,4%)([71]) Korzystając z dokumentacji amerykańskiego systemu opieki zdrowotnej dla wojskowych, naukowcy ocenili 952 nastolatków i dorosłych transpłciowych i stwierdzili, że 29% z nich przerwało terapię hormonalną w ciągu czterech lat.([72])

Retrospektywny przegląd kart 68 młodych osób otrzymujących opiekę związaną z płcią w Children's National Hospital wykazał, że 47% pacjentów było autystycznych, a 29% zgłosiło zmianę w swoim wniosku o leczenie. Autorzy stwierdzili w swoich wnioskach, że „zmiany w prośbach o leczenie potwierdzające tożsamość płciową przez młodzież o różnej tożsamości płciowej mogą nie być rzadkością w procesie rozpoznawania tożsamości płciowej przez nastolatków".([73])Istnieją strony internetowe dla osób pragnących zrezygnować z transformacji, a jedna strona internetowa na Reddicie ma ponad 47 000 członków.([74])

Krótkoterminowa obserwacja obecnie zalecanej opieki „potwierdzającej tożsamość płciową", wraz z wysoką częstością występowania samotności i depresji wśród osób transpłciowych oraz nieznaną liczbą osób pragnących powrócić do poprzedniej tożsamości płciowej, powinny skłonić pracowników służby zdrowia do ponownego rozważenia metod leczenia osób cierpiących na dysforię płciową.

DODATKOWE OBOWIĄZKI

Polityka kontra nauka.

Levine i Abbruzzese jasno opisują obecny stan opieki medycznej nad osobami z dysforią/niezgodnością płciową w Stanach Zjednoczonych oraz sposób, w jaki polityka przejęła i przyćmiła naukę opartą na dowodach. Wymieniają dziesięć kluczowych, ale fałszywych założeń leżących u podstaw opieki w Stanach Zjednoczonych, w tym to, że tożsamość transpłciowa będzie trwała przez całe życie, jest uwarunkowana biologicznie, jest z natury zdrowa oraz że jedyną odpowiednią metodą leczenia jest model afirmacji z interwencjami medycznymi i chirurgicznymi bez stosowania oceny psychologicznej lub leczenia. [75]

Rozwój mózgu nastolatków

Niedojrzałość mózgu nastolatków jest dobrze opisana od ponad 20 lat, a najnowsze badania pokazują, jak ta niedojrzałość wpływa na podejmowanie decyzji. Badania potwierdzają, że nastolatki, stojąc przed decyzjami dotyczącymi prawdziwego życia, znacznie częściej polegają na swoich emocjach i presji rówieśników, rzadziej korzystają ze swoich umiejętności poznawczych i mniej przejmują się przyszłymi konsekwencjami ([76]).Dowodem na to jest wzrost częstości występowania szybko pojawiającej się dysforii płciowej u nastoletnich dziewcząt, które intensywnie korzystają z mediów społecznościowych.

Ponadto niedojrzałość mózgu nastolatków przyczynia się do podejmowania zachowań wysokiego ryzyka, ponieważ nastolatki dążą do osiągnięcia wyższego poziomu dopaminy. Dopamina bierze udział w systemie przyjemności i nagrody w mózgu, a niedojrzałość mózgu powoduje, że nastolatki poszukują bardziej ekscytujących bodźców. Ponieważ kora przedczołowa (ośrodek hamowania w mózgu) nie jest jeszcze w pełni dojrzała, ich zdolność do powstrzymania się od ryzykownych zachowań lub unikania ich jest ograniczona ([77]).To pragnienie ekscytacji poprzez nowe zachowania może skłaniać nastolatków do eksperymentowania z alternatywnymi rolami płciowymi.

Wreszcie mózg nastolatka ulega również znaczącym zmianom, ponieważ neurony doświadczają związanych z płcią skoków hormonalnych, które występują w okresie dojrzewania. Komórki mózgowe zawierają receptory estrogenu i testosteronu, a mózg ulega zmianom strukturalnym i funkcjonalnym w okresie dojrzewania ([78]).Co dzieje się z rozwojem mózgu nastolatków, gdy dojrzewanie jest zablokowane lub gdy dominują hormony płci przeciwnej? Niestety nie znamy odpowiedzi na te pytania, które mają kluczowe znaczenie dla oceny opieki nad osobami z niezgodnością tożsamości płciowej.

Więcej informacji na temat wpływu hormonów na rozwój mózgu w okresie dojrzewania można znaleźć w artykule „The Teenage Brain: Under Construction" (Mózg nastolatka: w trakcie budowy) pod adresem https://acpeds.org/position-statements/the-teenage-brain-under-construction

Komplikacje medyczne i chirurgiczne związane z leczeniem

Celem niniejszego artykułu nie jest dokumentowanie licznych powikłań związanych z hamowaniem dojrzewania, hormonami płciowymi i interwencjami chirurgicznymi, ale należy zauważyć, że mogą one obejmować między innymi bezpłodność i dożywotnią terapię hormonalną.

WNIOSKI

Dobre samopoczucie psychiczne wszystkich nastolatków ma kluczowe znaczenie zarówno dla nich samych, jak i dla zdrowia rodziny i społeczności. Dlatego Amerykańskie Kolegium Pediatrów (ACPeds) apeluje do rodziców i wszystkich pracowników służby zdrowia o promowanie i wspieranie metod profilaktyki i leczenia, które zapewnią optymalne wyniki osobom dotkniętym niezgodnością płciową/tożsamością płciową, a także wszystkimi chorobami psychicznymi.

Jednak z przeglądu literatury wynika, że istnieją mocne dowody na to, iż dzieci i młodzież identyfikujące się jako transpłciowe doświadczyły znaczącej traumy psychicznej, która doprowadziła do dysforii płciowej. Ponadto nie ma długoterminowych dowodów na to, że obecne leki i protokoły chirurgiczne „potwierdzające płeć" mają korzystny wpływ na ich zdrowie psychiczne. Wysoki odsetek prób samobójczych i/lub samobójstw wśród osób, które przeszły interwencje „potwierdzające płeć", wskazuje, że jeśli interwencje te mają być kontynuowane, należy przeprowadzić co najmniej długoterminowe kontrolowane badania kliniczne. Należy poświęcić więcej uwagi i wsparcia osobom szukającym pomocy w odwróceniu procesu transformacji po podjęciu decyzji w okresie dorastania, która ma konsekwencje na całe życie, w tym możliwą bezpłodność i utratę funkcji seksualnych. W związku z tym ACPeds nie może akceptować społecznego potwierdzania, interwencji medycznej lub chirurgicznego okaleczania dzieci i nastolatków identyfikujących się jako transpłciowe lub nieprzystosowane płciowo. Należy raczej dążyć do intensywnej psychoterapii osoby i rodziny w celu ustalenia i, miejmy nadzieję, leczenia podstawowej etiologii ich niezgodności płciowej.

Główni autorzy:
Jane E. Anderson, lekarz medycyny
Scott Field, lekarz medycyny
Patricia Lee June, lekarz medycyny

Poddane pod głosowanie i zatwierdzone przez zarząd i członków ACPeds
1 lutego 2024 r.

BIBLIOGRAFIA

[1] *Badanie zachowań ryzykownych młodzieży – podsumowanie danych i raport dotyczący trendów w latach 2011–2021.* Centrum Kontroli i Zapobiegania Chorobom. 2023.
[2] https://www.apa.org/pi/lgbt/programs/safe-supportive/lgbt/key-terms.pdf dostęp 2 sierpnia 2023 r.
[3] Potter AS, Dube SL, Barrios LC i in. Pomiar płci i seksualności w badaniu rozwoju poznawczego mózgu nastolatków (ABCD). *Develop Cognit Neuroscience*. 2022; 53:101057.
[4] Raifman J, Charlton BM, Arrington-Sanders R, et al. Różnice w orientacji seksualnej i próbach samobójczych wśród nastolatków w Stanach Zjednoczonych: 2009-2018. *Pediatrics* 2020; 145(3):e20191658.
[5] Russell DH, Hoq M, Coghill D i Pang KC. Częstość występowania problemów ze zdrowiem psychicznym u dzieci transpłciowych w wieku od 9 do 10 lat w Stanach Zjednoczonych, 2018 r. *JAMA Network Open.* 2022;5(7): e2223389.
[6] Potter A, Dube S, Allgaier N i in. Różnorodność płciowa we wczesnym okresie dojrzewania a zdrowie psychiczne w badaniu Adolescent Brain Cognitive Development (ABCD). *J Child Psych Psychiatry.* 2021; 62(2):171-179.
[7] Olson KR, Durwood L, DeMeules M i McLaughlin KA. Zdrowie psychiczne dzieci transpłciowych, które otrzymują wsparcie w zakresie swojej tożsamości. *Pediatrics.* 2016; 373(3):e20153223.
[8] Schumm, Walter i Crawford, Duane. (2019). Czy badania nad dziećmi transpłciowymi są tym, czym się wydają? Komentarze na temat najnowszych badań dotyczących dzieci transpłciowych otrzymujących wysoki poziom wsparcia od rodziców. *The Linacre Quarterly.* 87. 002436391988479. 10.1177/0024363919884799.
[9] Lipson SK, Raifman J, Abelson S i Reisner SL. Zdrowie psychiczne mniejszości płciowych w Stanach Zjednoczonych: wyniki ogólnokrajowej ankiety przeprowadzonej na kampusach uniwersyteckich. *Am J Prev Med*. 2019; 57(3):293-301.
[10] Klinger D, Riedl S, Zesch HE i in. Zdrowie psychiczne młodzieży transpłciowej: porównanie osób przypisanych do płci żeńskiej w chwili urodzenia i osób przypisanych do płci męskiej w chwili urodzenia. *Clin Med. 2023*; 12:4710.
[11] Warrier V, Greenberg DM, Weir E, et al. Podwyższona częstość występowania autyzmu, innych zaburzeń neurorozwojowych i psychiatrycznych oraz cech autystycznych u osób transpłciowych i o różnej tożsamości płciowej. *Nat Commun*. 2020; 11:3959.
[12] Khan NF, Sequeira GM, Reyes V, et al. Różnice w współwystępowaniu zaburzeń zdrowia psychicznego wśród młodzieży z zaburzeniami ze spektrum autyzmu i dysforią płciową. *J Adol Health.* 2023; 72;548. S 82.
[13] Zucker KJ. Nastolatki z dysforią płciową: refleksje na temat niektórych współczesnych zagadnień klinicznych i badawczych. *Archives of Sexual Behavior.* 2019; 48:1983-1992.
[14] Perez-Brumer A, Day JK, Russell ST i Hatzenbuehler ML. Częstość występowania i korelaty myśli samobójczych wśród młodzieży transpłciowej w Kalifornii: Wyniki badania reprezentatywnej próby uczniów szkół średnich. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2017; 56(9):739-746.
[15] Toomey RB, Syvertsen AK i Shramko M. Zachowania samobójcze wśród nastolatków transpłciowych. *Pediatria. 2018; 142(4):e20174218.*
[16] Thoma BC, Salk RH, Choukas-Bradley S i in. Różnice w skłonnościach samobójczych między nastolatkami transpłciowymi i cispłciowymi. *Pediatria.* 2019;144(5):e20191183.
[17] Mitchell HK, Keim G, et al. Częstość występowania dysforii płciowej, skłonności samobójczych i samookaleczeń w krajowej bazie danych pacjentów pediatrycznych hospitalizowanych w USA: badanie populacyjne, seryjne badanie przekrojowe. *The Lancet: Child and Adol Health.* 2022; 6(12):876-884.

[18] Biggs, M. Samobójstwa dzieci identyfikujących się jako transpłciowe w Anglii i Walii. 2018 *Pobrane z https://www.transgendertrend.com/suici de-by-trans-identified-children-in-england-and-wales.* Dostęp 2 sierpnia 2023 r.

[19] Biggs M. Samobójstwa wśród nastolatków transpłciowych skierowanych do kliniki w Wielkiej Brytanii. *Archives of Sexual Behavior.* 2022; 51;685-690.

[20] Herman JL, Wilson BD, Becker T. Charakterystyka demograficzna i zdrowotna osób transpłciowych w Kalifornii: Wyniki badania California Health Interview Survey z lat 2015–2016. Policy Brief. UCLA Center Health Policy Res. 2017; październik; (8): 1–10. https://healthpolicy.ucla.edu/publications/Documents/PDF/2017/transgender-policybrief-oct2017.pdf

[21] Horvath, Hacsi. Teatr ciała: epidemiolog, który zrezygnował z transformacji, bada skłonności samobójcze, afirmację i tożsamość transpłciową. Opublikowano na stronie https://4thwavenow.com/2018/12/19/the-theatre-of-the-body-a-detransitioned-epidemiologist-examines-suicidality-affirmation-and-transgender-identity Dostęp 15 lipca 2023 r.

[22] Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, et al. Związek między przemocą w dzieciństwie i dysfunkcją rodziny a wieloma głównymi przyczynami *zgonów wśród dorosłych: badanie Adverse Childhood Experiences (ACE). Am J Prev Med.* 1998; 14(4):245-258.

[23] Andersen JP i Blosnich J. Różnice w niekorzystnych doświadczeniach z dzieciństwa wśród osób dorosłych należących do mniejszości seksualnych i heteroseksualnych: wyniki badania opartego na próbie losowej z wielu stanów. *PLoS One.* 2013; 8(1):e54691.

[24] Andersen JP i Blosnich J. Różnice w niekorzystnych doświadczeniach z dzieciństwa wśród osób dorosłych należących do mniejszości seksualnych i heteroseksualnych: Wyniki badania opartego na próbie losowej z wielu stanów. *PLoS One.* 2013; 8(1):e54691

[25] Austin A, Herrick H i Proescholdbell S. Negatywne doświadczenia z dzieciństwa związane ze złym stanem zdrowia dorosłych osób lesbijskich, gejowskich i biseksualnych. *Am J Public Health.* 2016; 106(2):314-320.

[26] Craig SL, Austin A, Levenson J i in. Częstotliwość i wzorce niekorzystnych wydarzeń z dzieciństwa wśród młodzieży LGBTQ+. *Przemoc wobec dzieci i zaniedbanie.* 2020; 107:

[27] Schnarrs PW, Stone AL, Salcido R, et al. Różnice w niekorzystnych doświadczeniach z dzieciństwa (ACE) oraz jakości zdrowia fizycznego i psychicznego między osobami transpłciowymi a osobami cispłciowymi należącymi do mniejszości seksualnych. *J Psychiatric Res. 2019; 119:1-6.*

[28] Suarez NA, Peitzmeier SM, Potter J, et al. Wstępne wyniki badań dotyczących niekorzystnych doświadczeń z dzieciństwa i ich związku z negatywnym zdrowiem fizycznym i psychicznym oraz wiktymizacją dorosłych osób transpłciowych. *Child Abuse and Neglect.* 2021;118. 105161.

[29] Giovanardi G, Vitelli R, Vergano CM, et al. Wzorce przywiązania i złożona trauma w próbie dorosłych z rozpoznaniem dysforii płciowej. *Frontiers in Psychology.* 2018; 9:60.

[30] Becerra-Culqui TA, Liu Y, Nash R, et al. Zdrowie psychiczne młodzieży transpłciowej i nieprzystającej do norm płciowych w porównaniu z ich rówieśnikami. *Pediatria.* 2018;141(5):e20173845.

[31] Kozlowska K, McClure G, Chudleigh C, et al. Australijskie dzieci i młodzież z dysforią płciową: Objawy kliniczne i wyzwania, przed którymi staje multidyscyplinarny zespół i służby zajmujące się kwestiami płci. *Human Systems.* 2021;1(1):70-95. doi:10.1177/26344041211010777

[32] Littman, L. „Rapid-onset gender dysphoria in adolescents and young adults: A study of parental reports" [Szybko pojawiająca się dysforia płciowa u nastolatków i młodych dorosłych: badanie raportów rodziców], *Journals.plos.org,* 16 sierpnia 2018 r. https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0202330 ([33]) Diaz S i Bailey JM. Dysforia płciowa o szybkim początku: raporty rodziców dotyczące 1655 potencjalnych przypadków. *Archives of Sexual Behavior.* 2023; 52:1031-1043. Wycofane

[34] Olson KR, Durwood L DeMeules M, McLaughlin KA. Zdrowie psychiczne dzieci transpłciowych, które otrzymują wsparcie w zakresie swojej tożsamości. *Pediatria*. 2016; 137(3):e20153223.

[35] Sievert EDC, Schweizer K, Barkmann C, et al. Nie status transformacji społecznej, ale relacje z rówieśnikami i funkcjonowanie rodziny przewidują funkcjonowanie psychiczne w niemieckiej próbie klinicznej dzieci z dysforią płciową. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 2021; 26(1):79-95.

[36] Wong WI, van der Miesen AIR, Li TGF, et al. Społeczna transformacja płciowa w dzieciństwie a dobrostan psychospołeczny: porównanie z dziećmi cispłciowymi o odmiennej tożsamości płciowej. *Clin Pract Pediatr Psychol.* 2019; 7(3): 241-253.

[37] Steensma TD, McGuire JK, et al. Czynniki związane z ustępowaniem i utrzymywaniem się dysforii płciowej u dzieci: ilościowe badanie follow-up. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2013; 52(6): 582-290.

[38] Zucker KJ. Debata: Różne podejście do różnych osób. *Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży*. 2020; 25(1):36-37.

[39] Raport Cass Review. Niezależny przegląd usług związanych z tożsamością płciową dla dzieci i młodzieży: raport okresowy. Luty 2022 r., str. 62

[40] Turban JL, King D, Carswell JM i Keuroghlian AS. Hamowanie dojrzewania u młodzieży transpłciowej a ryzyko myśli samobójczych. *Pediatrics.* 2020; 145(2):e20191725. doi:10.1542/peds.2019-1725

[41] Field SS, Trumbull DA. RE: Tłumienie dojrzewania u młodzieży transpłciowej a ryzyko myśli samobójczych. *Pediatria.* komentarz opublikowany 3 marca 2020 r. *2020;145*(2):e20191725.

[42] Biggs M. Środki blokujące dojrzewanie i skłonności samobójcze u nastolatków cierpiących na dysforię płciową. List do redakcji. *Archiwum Zachowań Seksualnych.* 2020. https://doi.org/10.1007/s10508-020-01743-6

[43] *Brignardello-Petersen R i Wiercioch W. Skutki terapii potwierdzających tożsamość płciową u osób z dysforią płciową: ocena najlepszych dostępnych dowodów. 16 maja 2022 r. Opracowano dla Agencji ds. Administracji Opieki Zdrowotnej stanu Floryda. https://ahca.myflorida.com/letkidsbekids/docs/AHCA_GAPMS_June_2022_Attachment_C.pdf.*

[44] National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Przegląd dowodów: analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę dla dzieci i młodzieży z dysforią płciową. 2020 https:// cass.independent-review.uk/nice-evidence-reviews/ Dostęp: 2 sierpnia 2023 r.

[45] Wytycznehttps://segm.org/sites/default/files/Finnish 2020 Minors Unofficial%20Translation.pdf

[46] Narodowy Instytut Zdrowia i Doskonałości Opieki (NICE). Przegląd dowodów: hormony potwierdzające płeć dla dzieci i młodzieży z dysforią płciową. 2020. https://cass.independent- review.uk/nice-evidence-reviews/. Dostęp: 2 sierpnia 2023 r.

[47] Baker KE, Wilson LM, Sharma R, et al. Hormone therapy, mental health, and quality of life among transgender people: A systematic review. *J Endocrine Soc.* 2021; 5(4): 1-16.

[48] Hisle-Gorman E, Schvey NA, Adirim TA i in. Korzystanie z opieki psychiatrycznej przez młodzież transpłciową przed i po leczeniu potwierdzającym, *The Journal of Sexual Medicine*, tom 18, numer 8, sierpień 2021 r., strony 1444–1454, https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2021.05.014

[49] Glintborg D, Moller JJK, Rubin KH i in. Leczenie potwierdzające tożsamość płciową i diagnozy dotyczące zdrowia psychicznego u duńskich osób transpłciowych: ogólnokrajowe badanie kohortowe oparte na rejestrach. *European J Endocrinology.* 2023; 189:336-345. ([50]) Kaltiala R, Holttinen T, Tuisku K. Czy potrzeby psychiatryczne osób ubiegających się o zmianę płci zmieniły się wraz ze wzrostem ich liczby? Badanie rejestrowe z Finlandii *European Psychiatry.* 2023; 66(1):e93, 1-8.

[51] Dhejne C, Lichenstein P, Bowman M, et al. Długoterminowa obserwacja osób transseksualnych poddanych operacji zmiany płci: badanie kohortowe w Szwecji. *Plos ONE.* 2011; 6(2): e16885.

[52] Dhejne C, Lichenstein P, Bowman M, et al. Długoterminowa obserwacja osób transseksualnych poddanych operacji zmiany płci: badanie kohortowe w Szwecji. *Plos ONE.* 2011; 6(2): e16885.

[53] Dysforia płciowa i operacja zmiany płci. CMS.gov - CAG-00446N.

[54] Hajek A, Konig H, Blessmann M i Grupp K. Samotność i izolacja społeczna wśród osób transpłciowych i o różnej tożsamości płciowej. *Opieka zdrowotna*. 2023; 11:1517.

[55] Erlangsen A, Jacobsen AL, Running A i in. Tożsamość transpłciowa a próby samobójcze i śmiertelność w Danii. *JAMA* 2023; 329(24):2145-2153.

[56] https://rainbow-europe.org/country-ranking Dostęp: 29 lipca 2023 r.

([57]) Podsumowanie kluczowych zaleceń Szwedzkiej Krajowej Rady Zdrowia. Towarzystwo Medycyny Płciowej Opartej na Dowodach Naukowych. 17 lutego 2022 r. https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2023-1-8330.pdf

[58] Ludvigsson JF, Adolfsson J, Holstad M, et al. Systematyczny przegląd terapii hormonalnej dzieci z dysforią płciową i zalecenia dotyczące badań. Acta Paed. 2023; https://doi.org/10.1111/apa.16791 ([59]) https://segm.org/Finland odbiega od WPATH, priorytetowo traktując psychoterapię bez operacji w przypadku nieletnich. Dostęp: 9 sierpnia 2023 r.

[60] https://washingtonstand.com/news/norway-agency-revise-gender-transition-guidelines-because-research-wiedza-oparta-na-bazie-jest-niewystarczająca Dostęp 9 sierpnia 2023 r.

[61] https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2022/03/22.2.25-Communique-PCRA-19-Gender-identity-ENG.pdf Dostęp: 8 sierpnia 2023 r.

[62] Dahlen S, Connolly D, Arif I, et al. Międzynarodowe wytyczne dotyczące praktyki klinicznej dla osób należących do mniejszości płciowych/osób transpłciowych: przegląd systematyczny i ocena jakości. *BMJ Open* 2021;**11**:e048943.

[63]https://www.england.nhs.uk/commissioning/spec-services/npc-crg/gender-dysphoria-clinical-programme/implementing-advice-from-the-cass-review/ Dostęp: 29 lipca 2023 r.

[64] Singh D, Bradley SJ, Zucker KJ. Badanie uzupełniające dotyczące chłopców z zaburzeniami tożsamości płciowej. Frontiers in Psychiatry. 2021; 12:632784.

[65] Blanchard, R., Steiner, B. W., Clemmensen, L. H. i Dickey, R. (1989). Prognozowanie żalu u transseksualistów po operacji. *Canadian Journal of Psychiatry, 34(*1), 43–45. https://doi.org/10.1177/ 070674378903400111

[66] Jorgensen SCJ. Żal związany z transformacją i powrót do poprzedniej płci: znaczenia i niepewności. *Archiwum zachowań seksualnych.*

[67] Littman L. Osoby leczone z powodu dysforii płciowej za pomocą medycznej i/lub chirurgicznej transformacji, które następnie zrezygnowały z transformacji: badanie ankietowe 100 osób, które zrezygnowały z transformacji. *Archives of Sexual Behavior.* 2021; 50:3353-3369.

[68] Turban JL, Loo SS, Almazan AN i Keuroghlian AS. Czynniki prowadzące do „cofnięcia transformacji" wśród osób transpłciowych i o różnej tożsamości płciowej w Stanach Zjednoczonych: analiza metod mieszanych. *Zdrowie osób LGBT.* 2021; 8(4):273-280.

[69] MacKinnon KR, Kia H, Salway T i in. Doświadczenia związane z opieką zdrowotną pacjentów przerywających lub cofających wcześniejsze leczenie potwierdzające płeć. *JAMA Network Open*. 2022; 5(7): e2224717.

[70] Littman L. Osoby leczone z powodu dysforii płciowej za pomocą terapii medycznej i/lub chirurgicznej, które następnie zrezygnowały z transformacji: badanie ankietowe 100 osób, które zrezygnowały z transformacji. *Archives of Sexual Behavior.* 2021; 50:3353-3369.

[71] Butler, Adu-Gyamfi K, et al. Analiza wyników leczenia 1089 młodych osób transpłciowych skierowanych do pediatrycznych klinik endokrynologicznych w Anglii w latach 2008–2021. *Archiwum Chorób Dziecięcych, 107*(11), 1018–1022. https://doi.org/10.1136/archdischi ld-2022-324302

[72] Roberts, C. M., Klein, D. A., Adirim, T. A, et al. Kontynuacja terapii hormonami potwierdzającymi tożsamość płciową wśród nastolatków i dorosłych osób transpłciowych. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism,* 2022. 107(9), e3937–e3943.

[73] Cohen A, Gomez-Lobo V, D'Angelo LJ, et al. Zmiany w zapotrzebowaniu na usługi medyczne związane z płcią wśród nastolatków transpłciowych i o różnej tożsamości płciowej. *J Adol Health.* 2023; 72(3):428-436.

[74] https://www.reddit.com/r/detrans/ Dostęp: 22 lipca 2023 r.

[75] Levine SB i Abbruzzese E. Aktualne obawy dotyczące terapii potwierdzającej tożsamość płciową u nastolatków. *Current Sexual Health Reports.* 2023; 15:113-123.

[76] Diekema DS Rozwój mózgu nastolatków a podejmowanie decyzji medycznych. *Pediatria*. 2020; 146(s1): e20218F

[77] Spear LP. Rozwój neurologiczny nastolatków. J Adolesc Health. 2013; 52(202):S7-13.

[78] Vigil P, Pablo del Rio J, Carrera B, et al. Wpływ hormonów płciowych na mózg i zachowanie nastolatków. *Linacre Quarterly.* 2016; 83(3):38-329.