Leczenie dysforii płciowej u dzieci

Przegląd dowodów i najlepszych praktyk

Departament Zdrowia i Opieki Społecznej 1 maja 2025 r.

Niewielkie poprawki wprowadzone 15 maja 2025 r.: patrz Errata

PRZEDMOWA 9

STRESZCZENIE 12

Część I: Kontekst 12

Część II: Przegląd dowodów 13

Część III: Rzeczywistość kliniczna 14

Część IV: Kwestie etyczne 15

Część V: Psychoterapia 16

CZĘŚĆ I: KONTEKST 17

ROZDZIAŁ 1 WPROWADZENIE 18

1.1 Wyjątkowość 21

1.2 Dowody 22

1.2.1 Medycyna oparta na dowodach 24

1.2.2 Lekcje historii 25

1.3 Etyka 26

ROZDZIAŁ 2 TERMINOLOGIA W PEDIATRYCZNEJ MEDYCYNIE PŁCIOWEJ 29

2.1 Terminologia stosowana w pediatrycznej medycynie płciowej 2G

2.2 Terminologia stosowana w niniejszym przeglądzie 37

ROZDZIAŁ 3 HISTORIA I EWOLUCJA MEDYCYNY PŁCIOWEJ DOROSŁYCH I DZIECI 39

3.1 *Zjawisko transseksualizmu* 3G

3.2 Od George'a do Christine 41

3.3 „Drogi doktorze Hamburger” 43

3.4 Skutki przejścia do dorosłości 45

3.5 Uzasadnienie zmiany płci u młodzieży 48

3.6 Rozpowszechnienie protokołu holenderskiego i wzrost popularności „opieki potwierdzającej tożsamość płciową” 50

ROZDZIAŁ 4 MIĘDZYNARODOWE ODPOWIEDŹ NA MODEL „POTWIERDZAJĄCY PŁEĆ” 56

4.1 Powstanie modelu opieki afirmacyjnej 56

4.2 Odwrócenie praktyki międzynarodowej 60

4.2.1 Raport Cass i jego odbiór 63

4.3 Uzasadnienie międzynarodowych odwróceń 64

4.3.1 Zmiany w populacji pacjentów 64

4.3.1.1 Zmiany epidemiologiczne 64

4.3.1.2 Choroby psychiczne i diagnozy neurorozwojowe 65

4.3.1.3 Tożsamość niebinarna 66

4.3.1.4 Wpływ społeczny 66

4.3.2 Niejasna historia naturalna i niepewność prognostyczna 68

4.3.2.1 Nowe dowody dotyczące historii naturalnej dysforii płciowej 68

4.3.2.2 Obawy dotyczące rozwoju tożsamości 69

4.3.3 Obawy związane z ryzykiem i szkodliwością leczenia 70

4.3.4 Bardziej właściwe rozumienie samobójstwa 71

4.3.5 Upadek uzasadnienia klinicznego 73

4.3.6 Brak wiarygodnych dowodów na korzyści 74

CZĘŚĆ II: PRZEGLĄD DOWODÓW 76

ROZDZIAŁ 5 PRZEGLĄD PRZEGLĄDÓW SYSTEMATYCZNYCH 77

5.1 Metodologia 77

5.2 Skutki transformacji społecznej 84

5.3 Skutki stosowania leków blokujących dojrzewanie płciowe 84

5.4 Wyniki stosowania hormonów płciowych 86

5.5 Wyniki operacji 87

5,6 Wyniki psychoterapii 88

5,7 Dyskusja 8G

5.7.1 Wyniki niniejszego przeglądu 89

5.7.2 Źródła niepewności w dowodach 90

5.7.3 Solidność wniosków zawartych w niniejszym przeglądzie 91

5.7.4 Ograniczenia i mocne strony niniejszego przeglądu 93

5.7.5 Wnioski 94

ROZDZIAŁ 6 OGRANICZENIA PRZEGLĄDÓW SYSTEMATYCZNYCH 95

6.1 Niewystarczający upływ czasu G6

6.2 Krótkoterminowe badania obserwacyjne **G7**
6.2.1 de Vries i in., 2011, 2014 98
6.2.2 Tordoff i in., 2022 99
6.2.3 Chen i in., 2023 101
6.3 Błąd publikacji **103**
6.4 Podsumowanie **105**
ROZDZIAŁ 7 DOWODY Z NAUK PODSTAWOWYCH I FIZJOLOGII **106**
7.1 Dojrzewanie **106**
7.1.1 Przegląd prawidłowego rozwoju w okresie dojrzewania 107
7.1.2 Etapy dojrzewania według skali Tannera 107
7.1.3 Neuroendokrynna regulacja dojrzewania płciowego 108
7.2 Środki blokujące dojrzewanie płciowe i przedwczesne dojrzewanie płciowe **108**
7.3 Środki blokujące dojrzewanie płciowe a dysforia płciowa **10G**
7.3.1 Ryzyko rozwojowe związane z blokowaniem normalnego dojrzewania płciowego 110
7.3.2 Gęstość mineralna kości i rozwój szkieletu 110
7.3.3 Rozwój neurokognitywny i psychospołeczny 111
7.3.4 Dojrzewanie płciowe 112
7.3.5 Ryzyko zaburzeń seksualnych 114
7.4 Hormony płciowe i dysforia płciowa **115**
7.4.1 Fizyczne skutki stosowania hormonów płciowych 115
7.4.2 Dawkowanie hormonów płciowych 116
7.4.3 Hiperandrogenizm u kobiet 116
7.4.4 Hiperestrogenemia u mężczyzn 116
7.4.5 Wpływ testosteronu na układ rozrodczy kobiet 117
7.4.6 Wpływ estrogenu na męski układ rozrodczy 118
7.4.7 Ryzyko sercowo-naczyniowe i metaboliczne 118
7.4.8 Inne zagrożenia związane z hormonami płciowymi 119
7.5 Chirurgia a dysforia płciowa **120**
7.5.1 Problemy chirurgiczne związane z wczesną blokadą dojrzewania płciowego 120
7.6 Inne zagrożenia związane z interwencjami hormonalnymi lub zabiegami chirurgicznymi **121**
7.6.1 Niekorzystne skutki psychiatryczne 121
7.6.2 Detransicja i żal 122
7.7 Ryzyko śmiertelności **124**

ROZDZIAŁ 8 PODSUMOWANIE I WNIOSKI Z PRZEGLĄDU DOWODÓW 126

CZĘŚĆ III: RZECZYWISTOŚĆ KLINICZNA 129

ROZDZIAŁ 9 PRZEGLĄD MIĘDZYNARODOWYCH WYTYCZNYCH 130

G.1 Rola i proces tworzenia wytycznych dotyczących praktyki klinicznej 130

G.2 Podsumowanie systematycznych ocen wytycznych klinicznych i dokumentów zawierających wytyczne 132

9.2.1 Jakość metodologiczna istniejących wytycznych i dokumentów zawierających wskazówki 133

9.2.2 Wzajemna zależność istniejących wytycznych i dokumentów zawierających wskazówki 136

9.2.3 Wytyczne WPATH, Endocrine Society oraz Amerykańskiej Akademii Pediatrii (AAP) oraz oświadczenia praktyczne 137

9.2.4 Najnowsze wytyczne międzynarodowe 140

G.3 Przegląd zaleceń zawartych w wytycznych wysokiej jakości 142

9.3.1 Finlandia 142

9.3.2 Szwecja 143

9.3.3 Wielka Brytania 145

G.4 Wnioski 147

ROZDZIAŁ 10 *STANDARDY OPIEKI* WPATH 8 148

10.1 Wpływ WPATH w Stanach Zjednoczonych 148

10.1.1 Rola WPATH w praktyce klinicznej 149

10.1.2 Rola WPATH w edukacji medycznej i szkoleniach 150

10.1.3 Rola WPATH w zakresie refundacji ubezpieczeniowych 151

10.2 Opracowanie SOC-8 i rozdziału dotyczącego młodzieży 152

10.2.1 Nadzieja na dowody skuteczności 154

10.2.2 Zdolność nastolatków do wyrażenia zgody 155

10.2.3 Skutki leczenia 156

10.3 Proces tworzenia SOC-8 157

10.3.1 Zarządzanie konfliktami interesów 158

10.3.2 Tłumienie dowodów 162

10.3.3 Nowa definicja konieczności medycznej 169

10.3.4 Kwestie prawne i polityczne 172

10.4 Zniesienie minimalnego wieku 175

10.5 Dalsze stosowanie SOC-8 177

ROZDZIAŁ 11 ZAŁAMANIE SIĘ ZABEZPIECZEŃ MEDYCZNYCH 179

11.1 Protokół holenderski i złagodzenie jego kryteriów w Stanach Zjednoczonych. 17G

11.1.1 Odejście amerykańskich klinik zajmujących się kwestiami płci od protokołu holenderskiego 180

11.2 Czy pediatryczna transformacja płciowa jest „rzadkością”? 181

11.3 Zmiana celów i nowe znaczenie „oceny” 183

11.3.1 Niejasność w SOC-8 185

11.3.2 Rezygnacja z zabezpieczeń SOC-8 187

11.3.3 Załamanie się czasów oceny 189

11.3.3.1 Szpital Dziecięcy w Bostonie 189

11.3.3.2 Szpital Dziecięcy w Los Angeles 190

11.3.3.3 Szpital Dziecięcy Lurie 190

11.3.3.4 Szpital Dziecięcy w Seattle 191

11.3.3.5 UCSF Benioff 192

11.3.3.6 Planned Parenthood 192

11.4 Sygnaliści 1G3

11,4 Laura Edwards-Leeper i Erica Anderson 194

11.4.2 Jamie Reed 195

11.4.3 Tamara Pietzke 197

11.4.4 Eithan Haim 198

ROZDZIAŁ 12 ODPOWIEDŹ STOWARZYSZENIA MEDYCZNEGO 201

12.1 Rola głównych stowarzyszeń medycznych i zajmujących się zdrowiem psychicznym 201

12.2 Czynniki przyczyniające się do zaniedbywania dowodów i otwartej debaty 204

12.3 Wnioski 208

CZĘŚĆ IV: OCENA ETYCZNA 209

ROZDZIAŁ 13 Kwestie etyczne 210

13.1 Zgoda 211

13.2 Od paternalizmu do wspólnego podejmowania decyzji i opieki skoncentrowanej na pacjencie 213

13.2.1 Szacunek dla autonomii a zasada *caveat emptor* 214

13.2.2 Nie szkodzić, czynić dobro i autonomia w pediatrii 216

13.2.3 Ryzyko/korzyści w pediatrycznej transformacji medycznej 217

13.2.4 Sprawiedliwość 223

13.3 Alternatywne uzasadnienia kliniczne 225

13,4 Żal 231

13.5 Etyka badań naukowych 233

CZĘŚĆ V: PSYCHOTERAPIA 238

ROZDZIAŁ 14 PSYCHOTERAPIA 239

14.1 Zdrowie psychiczne młodzieży 23G

14.1.1 Trendy w zakresie zdrowia psychicznego młodzieży 240

14.2 Diagnozy i etykiety społeczne 241

14.3 Kontrowersje dotyczące oceny i roli psychoterapeuty 244

14.4 Psychoterapia GD: powrót do łask w Europie 246

14.5 Psychoterapia i jej zastosowanie w dysforii płciowej 247

14.5.1 Psychoterapia w przypadku schorzeń często współwystępujących z dysforią płciową 248

14.5.2 Psychoterapia dysforii płciowej 251

14.5.2.1 Zarzut „terapii konwersyjnej” 252

14.5.2.2 Podejścia psychoterapeutyczne 254

14.5.2.3 Dowody na korzyści 259

OGRANICZENIA, MOCNE STRONY I WNIOSKI 261

ZAŁĄCZNIKI 264

ZAŁĄCZNIK 1. SKRÓTY 265

ZAŁĄCZNIK 2. KRYTERIA DIAGNOSTYCZNE 269

ZAŁĄCZNIK 3. PRZEGLĄDY SYSTEMATYCZNE I MEDYCYNA OPARTA NA DOWODACH 275

ZAŁĄCZNIK 4. PRZEGLĄD PRZEGLĄDÓW SYSTEMATYCZNYCH: METODOLOGIA, SYNTEZA DOWODÓW, TABELE 285

BIBLIOGRAFIA 286

Przedmowa

W ciągu ostatniej dekady znacznie wzrosła liczba dzieci i nastolatków, którzy kwestionują swoją płeć i identyfikują się jako osoby transpłciowe lub niebinarne. U wielu z nich zdiagnozowano stan znany jako „dysforia płciowa" i zaproponowano metodę leczenia znaną jako „opieka potwierdzająca płeć". Podejście to kładzie nacisk na społeczne potwierdzenie tożsamości zgłaszanej przez dziecko; leki hamujące dojrzewanie płciowe, aby zapobiec jego wystąpieniu; hormony płciowe, aby pobudzić rozwój drugorzędnych cech płciowych płci przeciwnej; oraz operacje, w tym mastektomię i (w rzadkich przypadkach) waginooplastykę.

Tysiące amerykańskich dzieci i nastolatków skorzystało z tych interwencji.

Chociaż niekonformizm płciowy sam w sobie nie jest patologiczny i nie wymaga leczenia, stosowanie interwencji farmakologicznych i chirurgicznych w leczeniu dysforii płciowej u dzieci zostało uznane za „medycznie konieczne", a nawet „ratujące życie". Motywowani chęcią zapewnienia zdrowia i dobrego samopoczucia swoim dzieciom, rodzice dzieci i nastolatków identyfikujących się jako transpłciowe często zmagają się z pytaniem, jak najlepiej je wspierać. Wiele z tych dzieci i nastolatków cierpi na współwystępujące zaburzenia psychiczne lub neurorozwojowe, co czyni je szczególnie wrażliwymi. Kiedy szukają profesjonalnej pomocy, one i ich rodziny powinny otrzymać pełną empatii, opartą na dowodach naukowych opiekę dostosowaną do ich konkretnych potrzeb.

Społeczeństwo ma szczególną odpowiedzialność za ochronę dobrego samopoczucia dzieci. Biorąc pod uwagę, że wyzwania, przed którymi stoją ci pacjenci, krzyżują się z głęboko kontrowersyjnymi kwestiami o znaczeniu moralnym i społecznym – w tym tożsamością społeczną, płcią i reprodukcją, integralnością cielesną oraz normami ekspresji i zachowania opartymi na płci – praktyki medyczne, które pojawiły się ostatnio w celu zaspokojenia ich potrzeb, stały się przedmiotem znacznych kontrowersji.

Niniejszy przegląd został opublikowany w kontekście rosnącego międzynarodowego zainteresowania kwestią pediatrycznej transformacji płciowej. Uznając eksperymentalny charakter tych interwencji medycznych i potencjalne szkody, jakie mogą one wyrządzić, organy ds. zdrowia w wielu krajach nałożyły ograniczenia. Na przykład Wielka Brytania zakazała rutynowego stosowania leków blokujących dojrzewanie jako interwencji w przypadku pediatrycznej dysforii płciowej.

Władze zdrowotne uznały również wyjątkowy charakter tej dziedziny medycyny. Wyjątkowość ta wynika z zbieżności kilku czynników. Jednym z nich jest fakt, że diagnoza dysforii płciowej opiera się wyłącznie na subiektywnych samoocenach i obserwacjach zachowań, bez żadnych obiektywnych markerów fizycznych, obrazowych lub laboratoryjnych. Diagnoza koncentruje się na postawach, uczuciach i zachowaniach, o których wiadomo, że ulegają zmianom w okresie dojrzewania.

Ponadto naturalny przebieg dysforii płciowej u dzieci jest słabo poznany, chociaż istniejące badania sugerują, że w większości przypadków ustępuje ona bez interwencji. Lekarze nie mają możliwości ustalenia, którzy pacjenci będą nadal doświadczać dysforii płciowej, a którzy pogodzą się ze swoim ciałem.

Niemniej jednak model opieki „potwierdzający płeć" obejmuje nieodwracalne interwencje endokrynologiczne i chirurgiczne u nieletnich bez patologii fizycznej. Interwencje te niosą ze sobą ryzyko poważnych szkód, w tym bezpłodności/sterylności, zaburzeń seksualnych, upośledzenia gęstości kości, niekorzystnego wpływu na funkcje poznawcze, chorób sercowo-naczyniowych i zaburzeń metabolicznych, zaburzeń psychicznych, powikłań chirurgicznych i żalu. Tymczasem systematyczne przeglądy dowodów ujawniły głęboką niepewność co do rzekomych korzyści płynących z tych interwencji.

Kontrowersje związane z medyczną transformacją nieletnich wykraczają poza debatę naukową; mają one głęboki charakter kulturowy i polityczny. Dyskurs publiczny jest zdominowany przez intensywnie polaryzujące narracje. Niektórzy postrzegają medyczną transformację nieletnich jako pilną kwestię praw obywatelskich, podczas gdy inni uważają ją za głęboką porażkę medyczną i otrzeźwiające przypomnienie, że nawet współczesna medycyna jest podatna na poważne błędy. W środku tej burzliwej debaty dzieci i młodzież oraz ich rodziny, które pragną jedynie wspierać ich rozwój, znalazły się w sytuacji, w której muszą wybierać między konkurencyjnymi perspektywami. Potrzebują one i mają prawo do dokładnych, opartych na dowodach informacji, które pomogą im podjąć decyzję.

Niniejszy przegląd dowodów i najlepszych praktyk został zlecony zgodnie z rozporządzeniem wykonawczym nr 14187, podpisanym 28 stycznia 2025 r. Nie jest to wytyczna dotycząca praktyki klinicznej i nie zawiera ona zaleceń legislacyjnych ani politycznych. Ma ona raczej na celu dostarczenie najdokładniejszych i najbardziej aktualnych informacji dotyczących dowodów naukowych dotyczących

leczenia dysforii płciowej w tej populacji, stanu odpowiedniej dziedziny medycyny w Stanach Zjednoczonych oraz kwestii etycznych związanych z oferowanymi metodami leczenia.

Przegląd jest przeznaczony dla decydentów, lekarzy, terapeutów, organizacji medycznych oraz, co ważne, pacjentów i ich rodzin. Podsumowuje, syntetyzuje i krytycznie ocenia istniejącą literaturę dotyczącą najlepszych praktyk w zakresie promowania zdrowia i dobrego samopoczucia dzieci i młodzieży doświadczających cierpienia związanego z płcią lub oczekiwaniami społecznymi związanymi z płcią. Leczenie osób dorosłych stanowi odrębny temat i nie jest poruszane w niniejszym przeglądzie. Poniżej przedstawiono podsumowanie głównych wniosków z przeglądu.

Streszczenie

Część I: Kontekst

- Dysforia płciowa to stan, który wiąże się z cierpieniem związanym z własnym ciałem płciowym i/lub oczekiwaniami społecznymi z tym związanymi. Coraz więcej dzieci i młodzieży w Stanach Zjednoczonych i innych krajach otrzymuje diagnozę dysforii płciowej. Na arenie międzynarodowej panuje ogromna niezgoda co do tego, jak najlepiej im pomóc.

- Termin „dysforia płciowa o szybkim początku" (ROGD) został zaproponowany w celu opisania nowego obrazu klinicznego dysforii płciowej. Pomimo ostrych sporów dotyczących zasadności tego pojęcia, objawy zgodne z ROGD odnotowano w klinikach w Stanach Zjednoczonych i innych krajach.

- W Stanach Zjednoczonych obecne podejście do leczenia dysforii płciowej u dzieci jest zgodne z modelem opieki „potwierdzającym płeć" zalecanym przez Światowe Stowarzyszenie Profesjonalistów ds. Zdrowia Osób Transpłciowych (WPATH). Model ten kładzie nacisk na stosowanie leków blokujących dojrzewanie płciowe i hormonów płciowych, a także zabiegów chirurgicznych, i podaje w wątpliwość skuteczność podejścia psychoterapeutycznego w leczeniu dysforii płciowej.

- Zrozumiała chęć uniknięcia języka, który może powodować dyskomfort u pacjentów, w niektórych przypadkach doprowadziła do powstania sposobów komunikacji, które nie mają podstaw naukowych, zakładają odpowiedzi na nierozstrzygnięte kontrowersje etyczne i niosą ze sobą ryzyko wprowadzenia w błąd pacjentów i ich rodzin. W niniejszym przeglądzie stosowana jest terminologia naukowo poprawna i neutralna.

- W wielu dziedzinach medycyny leczenie jest najpierw uznawane za bezpieczne i skuteczne u osób dorosłych, a następnie rozszerzane na populację pediatryczną. W tym przypadku jednak nastąpiło odwrotne zjawisko: klinicyści-badacze opracowali protokół medycznej transformacji pediatrycznej w odpowiedzi na rozczarowujące wyniki psychospołeczne u osób dorosłych, które przeszły transformację medyczną.

- Protokoły zostały przyjęte na całym świecie przed opublikowaniem pierwszych badań dotyczących wyników. W ostatnich latach, w odpowiedzi na dramatyczne zmiany w liczbie

i profilu klinicznego pacjentów nieletnich, a także w odpowiedzi na liczne systematyczne przeglądy dowodów, władze zdrowotne w coraz większej liczbie krajów ograniczyły dostęp do leków blokujących dojrzewanie i hormonów płciowych oraz, w rzadkich przypadkach, w których były one oferowane, operacji dla nieletnich. Władze te zalecają obecnie jako podstawową metodę leczenia podejście psychospołeczne, a nie interwencje hormonalne lub chirurgiczne.

- Obecnie nie ma międzynarodowego konsensusu w sprawie najlepszych praktyk w zakresie opieki nad dziećmi i młodzieżą z dysforią płciową.

Część II: Przegląd dowodów

- Medycyna oparta na dowodach naukowych jest powszechnie uznawana przez organy ds. zdrowia na całym świecie za podstawę wysokiej jakości opieki. Zgodnie z jej zasadami, w niniejszym przeglądzie przeprowadzono rygorystyczną metodologicznie ocenę dowodów naukowych stanowiących podstawę pediatrycznej medycyny płciowej.

- W szczególności w niniejszym przeglądzie dokonano przeglądu przeglądów systematycznych – znanych również jako „przegląd parasolowy" – w celu oceny bezpośrednich dowodów dotyczących korzyści i szkód wynikających z leczenia dzieci i młodzieży z dysforią płciową. Istniejące przeglądy systematyczne dowodów, w tym kilka, które stanowiły źródło informacji dla organów ds. zdrowia w Europie, zostały ocenione pod kątem jakości metodologicznej. W przeglądzie parasolowym stwierdzono, że ogólna jakość dowodów dotyczących wpływu wszelkich interwencji na wyniki psychologiczne, jakość życia, żal lub długoterminowy stan zdrowia jest bardzo niska. Wskazuje to, że korzystne efekty opisane w literaturze mogą znacznie różnić się od rzeczywistych efektów interwencji.

- Dowody na szkodliwość pediatrycznej transformacji medycznej w przeglądach systematycznych są również skąpe, ale wynik ten należy interpretować z ostrożnością. Niewystarczające wykrywanie szkód w pediatrycznej medycynie płciowej może odzwierciedlać stosunkowo krótki okres czasu, jaki upłynął od powszechnego przyjęcia modelu leczenia medycznego/chirurgicznego; brak systematycznego śledzenia i zgłaszania szkód w istniejących badaniach; oraz tendencyjność publikacji. Pomimo braku solidnych dowodów pochodzących z badań populacyjnych, ważne wnioski można wyciągnąć z ustalonej wiedzy na temat

fizjologii człowieka oraz skutków i mechanizmów działania stosowanych środków farmakologicznych.

- Ryzyko związane z medyczną transformacją płciową u dzieci obejmuje bezpłodność/sterylność, zaburzenia seksualne, upośledzenie gęstości kości, niekorzystny wpływ na funkcje poznawcze, choroby sercowo-naczyniowe i zaburzenia metaboliczne, zaburzenia psychiczne, powikłania chirurgiczne oraz żal.

Część III: Rzeczywistość kliniczna

- W Stanach Zjednoczonych najbardziej wpływowe wytyczne kliniczne dotyczące leczenia dysforii płciowej u dzieci są publikowane przez WPATH i Endocrine Society. W ostatnim systematycznym przeglądzie jakości międzynarodowych wytycznych nie zalecono stosowania żadnej z nich w praktyce klinicznej po stwierdzeniu, że „brakuje im rygoru rozwojowego i przejrzystości”.[1]

- Problemy związane z opracowaniem *standardów opieki* WPATH, wersja 8 (SOC-8), wykraczają poza te zidentyfikowane w systematycznym przeglądzie międzynarodowych wytycznych. W trakcie opracowywania SOC-8 organizacja WPATH pominęła systematyczne przeglądy, które zdaniem jej liderów mogłyby podważyć preferowane przez nią podejście do leczenia. Twórcy SOC-8 naruszyli również wymogi dotyczące zarządzania konfliktem interesów i w odpowiedzi na presję polityczną wyeliminowali prawie wszystkie zalecane minimalne granice wieku dla interwencji medycznych i chirurgicznych.

- Chociaż SOC-8 złagodziło kryteria kwalifikujące do dostępu do leków blokujących dojrzewanie, hormonów płciowych i operacji, istnieją przekonujące dowody na to, że amerykańskie kliniki zajmujące się kwestiami płci nie przestrzegają nawet tych bardziej liberalnych kryteriów.

- Model opieki „potwierdzający płeć”, stosowany w klinikach w Stanach Zjednoczonych, charakteryzuje się procesem kierowanym przez dziecko, w którym kompleksowe oceny zdrowia psychicznego są często minimalizowane lub pomijane, a „cele ucieleśnienia” pacjenta służą jako główny przewodnik przy podejmowaniu decyzji dotyczących leczenia. W niektórych stanach kraju

[1] Taylor, Hall, Heathcote et al. (2024a, s. 7).

wiodących klinikach pediatrycznych zajmujących się kwestiami płci, oceny przeprowadzane są podczas jednej sesji trwającej dwie godziny.

- Głosy osób zgłaszających nieprawidłowości i osób, które zrezygnowały z transformacji płciowej, odegrały kluczową rolę w zwróceniu uwagi opinii publicznej na ryzyko i szkody związane z pediatryczną transformacją płciową. Ich obawy zostały zlekceważone, odrzucone lub zignorowane przez znanych zwolenników i praktyków pediatrycznej transformacji płciowej.
- Amerykańskie stowarzyszenia medyczne odegrały kluczową rolę w stworzeniu przekonania, że istnieje profesjonalny konsensus popierający pediatryczną transformację medyczną. Ten pozorny konsensus jest jednak napędzany głównie przez niewielką liczbę wyspecjalizowanych komitetów, na które wpływ ma WPATH. Nie jest jasne, czy oficjalne poglądy tych stowarzyszeń są podzielane przez szersze środowisko medyczne, a nawet przez większość ich członków. Istnieją dowody na to, że niektóre stowarzyszenia medyczne i zajmujące się zdrowiem psychicznym tłumiły sprzeciw i hamowały debatę na ten temat wśród swoich członków.

Część IV: Kwestie etyczne

- Zasada autonomii w medycynie ustanawia moralne i prawne prawo kompetentnych pacjentów do odmowy jakiejkolwiek interwencji medycznej. Nie ma jednak prawa do interwencji, które nie są korzystne. Poszanowanie autonomii pacjenta nie neguje zawodowego i etycznego obowiązku lekarzy do ochrony i promowania zdrowia swoich pacjentów.
- Dowody na korzyści płynące z pediatrycznej transformacji medycznej są bardzo niepewne, podczas gdy dowody na szkodliwość są mniej niepewne. Gdy interwencje medyczne wiążą się z niepotrzebnym, nieproporcjonalnym ryzykiem szkody, pracownicy służby zdrowia powinni odmówić ich wykonania, nawet jeśli są one preferowane, pożądane lub wymagane przez pacjentów. Niezastosowanie się do tego zwiększa ryzyko szkód jatrogennych i sprowadza medycynę do konsumpcjonizmu, zagrażając integralności zawodu i podważając zaufanie do autorytetu medycznego.
- Zwolennicy pediatrycznej transformacji medycznej twierdzą, że żal jest niezwykle rzadki, podczas gdy krytycy twierdzą, że żal jest coraz bardziej powszechny. Prawdziwy odsetek żalu nie jest

nie jest znany i konieczne jest gromadzenie lepszych danych. Fakt, że niektórzy pacjenci zgłaszają głęboki żal po poddaniu się inwazyjnym, zmieniającym życie interwencjom medycznym, ma oczywiście znaczenie. Jednak sam żal (podobnie jak sama satysfakcja) nie jest miarodajnym wskaźnikiem tego, czy interwencja jest medycznie uzasadniona. Pacjenci mogą żałować medycznie uzasadnionych zabiegów lub czuć się zadowoleni z nieuzasadnionych.

- Naturalną reakcją na brak wiarygodnych dowodów jest wezwanie do przeprowadzenia dalszych i lepszych badań. Nawet jeśli możliwe byłoby przeprowadzenie wysokiej jakości badań, takich jak randomizowane badania kontrolowane dotyczące hamowania dojrzewania lub terapii hormonalnej, ich przeprowadzenie mogłoby kolidować z ugruntowanymi standardami etycznymi dotyczącymi badań z udziałem ludzi.

Część V: Psychoterapia

- Wzrost dysforii płciowej wśród młodzieży i związane z tym zapotrzebowanie na interwencje medyczne nastąpiły w kontekście szerszego kryzysu zdrowia psychicznego dotykającego nastolatków. Związek między tymi dwoma zjawiskami pozostaje przedmiotem kontrowersji naukowych.

- Myśli i zachowania samobójcze są niezależnie związane z chorobami współistniejącymi, powszechnymi wśród dzieci i nastolatków z rozpoznaniem dysforii płciowej. Istnieją znane strategie psychoterapeutycznego leczenia myśli i zachowań samobójczych. Nie stwierdzono niezależnego związku między dysforią płciową a skłonnościami samobójczymi i nie ma dowodów na to, że pediatryczna transformacja płciowa zmniejsza częstość występowania samobójstw, która na szczęście pozostaje bardzo niska.

- Brakuje badań dotyczących psychoterapeutycznych metod leczenia dysforii płciowej u dzieci i młodzieży. Wynika to częściowo z błędnego postrzegania takich metod jako „terapii konwersyjnej”. Bardziej solidna baza dowodowa przemawia za stosowaniem metod psychoterapeutycznych w leczeniu powszechnych współwystępujących zaburzeń zdrowia psychicznego. Psychoterapia jest nieinwazyjną alternatywą dla interwencji endokrynologicznych i chirurgicznych w leczeniu dysforii płciowej u dzieci. Systematyczne przeglądy dowodów nie wykazały żadnych niekorzystnych skutków psychoterapii w tym kontekście.

PA RT 1

KONTEKST

Rozdział 1 Wprowadzenie

Obecnie szacuje się, że 3,3% nastolatków w Stanach Zjednoczonych identyfikuje się jako osoby transpłciowe, a dodatkowe 2,2% zastanawia się, czy może tak być. [1] Wiele z tych osób otrzymało leczenie hormonalne lub chirurgiczne w związku z towarzyszącym im cierpieniem. Badanie opublikowane w 2023 r. *w Journal of the American Medical Association* wykazało, że w latach 2016–2020 3215 pacjentów w wieku od 12 do 18 lat przeszło zabiegi chirurgiczne „piersi lub klatki piersiowej" związane z ich tożsamością transpłciową.[2] Bardziej aktualne badanie wykazało, że około 0,1% amerykańskich siedemnastolatków, czyli jeden na 1000, otrzymywało hormony płciowe w latach 2018–2022.[3] Ogólnokrajowe szacunki dotyczące klinik oferujących pediatryczne interwencje medyczne związane z transformacją płciową wykazały, że w marcu 2023 r. w Stanach Zjednoczonych działało co najmniej 271 takich placówek.[(4)]

W niniejszym przeglądzie oceniono istniejącą literaturę dotyczącą najlepszych praktyk w zakresie promowania zdrowia dzieci i młodzieży z dysforią płciową (GD; poważnym cierpieniem związanym z własnym ciałem płciowym i związanymi z nim oczekiwaniami społecznymi[5]) lub łagodniejszymi formami takiego cierpienia. Leczenie GD u dorosłych jest odrębnym tematem i nie jest tutaj omawiane.

W Stanach Zjednoczonych wiele instytucji stosuje wytyczne Światowego Stowarzyszenia Profesjonalistów ds. Zdrowia Osób Transpłciowych (WPATH) oraz Towarzystwa Endokrynologicznego (ES) dotyczące leczenia dzieci i młodzieży cierpiącej na dysforię płciową. Podejście to nazywane jest zazwyczaj „opieką potwierdzającą tożsamość płciową". Diane Ehrensaft, dyrektor ds. zdrowia psychicznego w Centrum Płci Dzieci i Młodzieży Uniwersytetu Kalifornijskiego w San Francisco (UCSF), jest czołową zwolenniczką tego podejścia. Jak wyjaśnia Ehrensaft

---

[1] Suarez i in. (2024, tabela 2).
[2] Wright i in. (2023).
[3] Hughes i in. (2025).
[4] Borah i in. (2023, s. 375-376). Niektóre z tych klinik zostały zamknięte z powodu stanowych przepisów dotyczących ograniczeń wiekowych.
[5] Jak stwierdzono w raporcie Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego, powołującego się na Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne, dysforia płciowa to „niechęć do niektórych lub wszystkich cech fizycznych lub ról społecznych, które kojarzą się z własną płcią biologiczną" (Schneider i in., 2009, s. 28). Jak wyjaśniono w Zucker et al. (2016), „dysforia płciowa" jest „terminem technicznym" odnoszącym się do objawów cierpienia, ale jest również, zgodnie z piątą edycją *Podręcznika diagnostycznego i statystycznego zaburzeń psychicznych (*2013), „terminem diagnostycznym" (s. 218). Dysforia płciowa jest formalną diagnozą w aktualnej (poprawionej) wersji DSM-5, DSM-5-TR (American Psychiatric Association, 2022). Odpowiednie kryteria diagnostyczne dla dzieci, młodzieży i dorosłych w DSM-III, IV i 5 oraz w aktualnej *Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (*ICD-11) można znaleźć w załączniku 2 do niniejszego przeglądu. Termin „dysforia płciowa" jest używany w niniejszym przeglądzie w odniesieniu do cierpienia lub dyskomfortu związanego z płcią, chyba że z kontekstu jasno wynika, że tematem jest formalna diagnoza.

> [Opieka potwierdzająca tożsamość płciową] jest definiowana jako metoda opieki terapeutycznej, która obejmuje umożliwienie dzieciom mówienia we własnym imieniu o ich własnej tożsamości płciowej i jej wyrażaniu oraz zapewnienie im wsparcia w rozwoju ich autentycznej tożsamości płciowej, niezależnie od wieku. Interwencje obejmują społeczną transformację z jednej płci do drugiej i/lub ewolucję ekspresji i prezentacji niezgodnych z płcią, a także późniejsze interwencje medyczne potwierdzające płeć (blokery dojrzałości płciowej, hormony płciowe, operacje).([6])

Niniejszy przegląd jest potrzebny, ponieważ – jak zostanie szczegółowo opisane w kolejnych rozdziałach – nacisk na medykalizację sprawia, że dziedzina pediatrycznej medycyny płciowej (PGM) jest bardzo kontrowersyjna. Wytyczne WPATH i ES zalecają rozpoczęcie stosowania leków blokujących dojrzewanie (leki hamujące rozwój płciowy) przy pierwszych oznakach dojrzewania (tj. w stadium 2 według skali Tannera), które może rozpocząć się już w wieku 8 lat u dziewcząt i 9 lat u chłopców. Zgodnie z tymi wytycznymi ([7]) rozpoczyna się podawanie hormonów płciowych (CSH; estrogen dla chłopców i testosteron dla dziewcząt).
w późniejszym okresie; niektórym nastolatkom zaleca się również zabiegi chirurgiczne (np. usunięcie piersi u dziewcząt).([8]) Wszystkie te interwencje wiążą się ze znacznym ryzykiem, a większość z nich powoduje nieodwracalne skutki fizyczne lub fizjologiczne.[9]

Czy PB, CSH i operacje stanowią najlepszą praktykę dla tej populacji? Wytyczne i zasady ogłoszone przez profesjonalne stowarzyszenia medyczne w Stanach Zjednoczonych różnią się od niektórych europejskich wytycznych, które zalecają psychoterapię, *a nie* hormony lub operacje, dla dzieci i nastolatków z GD. Niniejszy przegląd został zatem napisany w kontekście intensywnych sporów w międzynarodowym środowisku medycznym. Liczba młodych ludzi z GD gwałtownie wzrosła, a wielu z nich cierpi, podobnie jak ich rodziny. Kwestia tego, jak najlepiej pomóc tym pacjentom, zależy od kompleksowej oceny dowodów naukowych dotyczących różnych metod leczenia, a także od względów etycznych. Jednym z celów niniejszego przeglądu jest uwzględnienie zasad etycznych w ocenie dowodów naukowych. Chociaż potrzeba szacunku i współczucia znajduje oddźwięk wśród wszystkich rozsądnych Amerykanów, inwazyjna

---

[6] Ehrensaft (2017a, s. 62). Podejście potwierdzające tożsamość płciową można stosować również w przypadku osób dorosłych; niniejszy przegląd skupia się wyłącznie na odmianie pediatrycznej.
[7] Coleman i in. (2022); Hembree i in. (2017).
[8] Najnowsza wersja wytycznych WPATH dotyczących praktyki klinicznej nie zawiera zaleceń dotyczących ograniczeń wiekowych dla zabiegów chirurgicznych, z wyjątkiem 18 lat w przypadku faloplastyki (budowy neofallusa u kobiet przy użyciu skóry pobranej z ramienia lub nogi pacjentki).
[9] Zob. rozdział 7.

Leczenie mające konsekwencje na całe życie zasługuje na najwyższy poziom bezstronnej analizy. [10]

Opis diagnostyczny GD uległ zmianie od czasu pojawienia się tego schorzenia w trzecim wydaniu (1980) *Podręcznika diagnostycznego i statystycznego zaburzeń psychicznych* (DSM), podobnie jak terminologia używana do jego nazwania. Jedno jednak pozostało niezmienne. DSM-III jasno stwierdzało, że „zaburzenie tożsamości płciowej w dzieciństwie" to „nie tylko odrzucenie stereotypowych zachowań związanych z rolą płciową, jak na przykład „chłopczyca" u dziewcząt lub „maminsynek" u chłopców"([11]) obecny DSM kładzie podobny nacisk: „Diagnoza nie ma na celu jedynie opisania niekonformizmu wobec stereotypowych zachowań związanych z rolami płciowymi (np. „chłopczyca" u dziewcząt, „dziewczęce" zachowanie u chłopców, sporadyczne przebieranie się w stroje płci przeciwnej u dorosłych mężczyzn)"([12]). Niekonformizm wobec stereotypów dotyczących ról płciowych jest tak stary jak historia i występuje w pewnym stopniu w każdej znanej kulturze (13). Ta cecha ludzkiego doświadczenia nie jest patologiczna i nie wymaga leczenia. Leczenia może wymagać cierpienie osób wyalienowanych ze swoich ciał płciowych.

PGM jest złożonym tematem. Niniejszy przegląd obejmie zatem dość szczegółowo historię i ewolucję tej dziedziny, od początków podejścia medycznego w Holandii (rozdział 3)[14] do obecnych praktyk terapeutycznych w Stanach Zjednoczonych i innych krajach (rozdział 4, rozdział 9). Przegląd opisuje międzynarodową tendencję do odejścia od obecnego podejścia „potwierdzającego płeć" i analizuje przyczyny leżące u jego podstaw.

W niniejszym przeglądzie stwierdzono, że praktyka kliniczna w tej dziedzinie medycyny jest wyjątkowa i budzi niepokój (rozdział 11). Szczególnie problematyczne są wpływowe wytyczne dotyczące PGM stosowane w Stanach Zjednoczonych. Zostały one opracowane w sposób sprzeczny z najlepszymi praktykami w zakresie

---

[10] W brytyjskim przeglądzie Cass Review wskazano, że chociaż niektórzy postrzegają kontrowersje dotyczące pediatrycznej medycyny płciowej przede wszystkim z politycznego/społecznego punktu widzenia, wytyczne dotyczące opieki zdrowotnej powinny „opierać się na dowodach naukowych" (Cass, 2024a, s. 20).
[11] Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (1980, s. 264).
[12] Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (2013, s. 458).
[13] Zob. rozdział 3, uwaga 1.
[14] Ogólny paradygmat leczenia blokerami dojrzałości płciowej, hormonami płciowymi i operacjami chirurgicznymi powstał w Holandii w latach 90. XX wieku jako eksperymentalny protokół badawczy i na podstawie jednego niewielkiego badania, które rzekomo wykazało znaczące korzyści dla zdrowia psychicznego, został szybko włączony do standardowej praktyki na całym świecie. Jak opisano w raporcie okresowym Cass Review, „model afirmatywny" to „model opieki zdrowotnej w zakresie płci, który powstał w Stanach Zjednoczonych i potwierdza subiektywne doświadczenia płciowe młodych osób, pozostając jednocześnie otwartym na płynność... Podejście to jest stosowane w niektórych kluczowych klinikach dla dzieci i młodzieży w całym świecie zachodnim" (Cass, 2022a, s. 78).

opracowywanie wytycznych (rozdział 9, rozdział 10). W niniejszym przeglądzie znaleziono również dowody na skrajną toksyczność i polaryzację w tej dziedzinie medycyny. („Niewiele jest innych obszarów opieki zdrowotnej, w których specjaliści tak bardzo boją się otwarcie dyskutować o swoich poglądach... gdzie wyzwiska przypominają najgorsze przejawy znęcania się" ([15]). Ponadto w niniejszym przeglądzie opisano nieadekwatną reakcję profesjonalnych stowarzyszeń medycznych i stowarzyszeń zajmujących się zdrowiem psychicznym na nowe dowody i kontrowersje (rozdział 12).

W sekcji 1.1 tego wstępnego rozdziału podkreślono wyjątkowy charakter PGM. W sekcji 1.2 przedstawia rolę, jaką w przeglądzie odgrywa medycyna oparta na dowodach naukowych (EBM); sekcja 1.3 robi to samo w odniesieniu do etyki medycznej.

1.1 Wyjątkowość

Dziedzina PGM jest wyjątkowa ze względu na zbieżność kilku różnych cech.

Po pierwsze, *kryteria diagnostyczne* GD opierają się wyłącznie na subiektywnych doniesieniach i obserwacjach behawioralnych pacjentów bez obiektywnej patologii fizycznej; nie ma weryfikowalnych markerów fizjologicznych lub biochemicznych — takich jak nieprawidłowe wyniki badań obrazowych, laboratoryjnych lub
wyniki badań klinicznych — które potwierdzałyby diagnozę GD.[16]

Po drugie, *naturalny przebieg* choroby (znany również jako „historia naturalna") – tj. to, co dzieje się, gdy choroba pozostaje nieleczona – wydaje się zmierzać w kierunku ustąpienia bez interwencji medycznych i/lub społecznych u znacznej liczby dotkniętych nią młodych ludzi (patrz rozdział 4). Chociaż u niektórych nastolatków dotkniętych tym schorzeniem utrzymuje się ono do wieku dorosłego, przegląd Cass Review, zlecony przez angielską służbę zdrowia (NHS), wykazał, że „chociaż diagnoza dysforii płciowej była podstawą do rozpoczęcia leczenia medycznego... nie oznacza to, że dana osoba będzie miała długotrwałą tożsamość transpłciową".([17])

Po trzecie, zabiegi zalecane w ramach podejścia medycznego są inwazyjne, zazwyczaj nieodwracalne, a ich rzekome korzyści opierają się na dowodach o niskiej jakości. Ponadto

[15] Cass (2024a, s. 13).
[16] Laidlaw i in. (2019). To samo dotyczy diagnozy ICD dotyczącej „niezgodności płciowej": omówienie tego zagadnienia znajduje się w sekcji 13.4.
[17] Cass (2024a, s. 146).

Niepłodność i upośledzenie funkcji seksualnych, przewidywane szkody obejmują niekorzystny wpływ na zdrowie kości, funkcje sercowo-naczyniowe oraz możliwe negatywne skutki dla rozwoju mózgu (patrz rozdział 7).

Rozpatrywane osobno *żadna* z tych cech nie jest wyjątkowa w medycynie. Prawie wszystkie diagnozy dotyczące zdrowia psychicznego i niektóre dotyczące zdrowia fizycznego są stawiane na podstawie samooceny i obserwacji zachowania. Istnieją również inne schorzenia pediatryczne, takie jak łagodne infekcje ucha i angina, które ustępują samoistnie, ale są leczone w celu zmniejszenia dyskomfortu, przyspieszenia powrotu do zdrowia lub zapobiegania powikłaniom. Wreszcie, istnieją przypadki, w których pacjentom proponuje się leczenie, nawet jeśli korzyści z niego płynące są bardzo niepewne, a szkody są spodziewane. Na przykład wykonuje się kraniotomię w celu usunięcia niektórych nowotworów złośliwych mózgu, mimo że zabiegi te wiążą się z wysokim ryzykiem trwałych skutków ubocznych, a ogólne rokowania pozostają złe nawet po leczeniu. (W takich przypadkach alternatywą dla zabiegu jest jednak znacznie krótsza oczekiwana długość życia). To, co sprawia, że PGM jest wyjątkowe, to nie żadna z tych cech, ale ich połączenie.

Czy podstawowym celem leczenia jest radzenie sobie z dysforią płciową, stanem uznanym w katalogu zaburzeń psychicznych DSM? A może chodzi o radzenie sobie z częstymi chorobami współistniejącymi, takimi jak depresja, lęk i myśli samobójcze? A może chodzi o pomoc osobom w realizacji ich „celów związanych z wyglądem” (tj. pragnień kosmetycznych)? Podawane uzasadnienia dla tych interwencji zmieniały się z biegiem czasu, po dziesięcioleciach badań, które nie dostarczyły wiarygodnych dowodów na korzyści (patrz rozdział 5). Ta niejasność dotycząca podstawowych celów leczenia jest kolejnym czynnikiem, który sprawia, że PGM jest wyjątkowe. Natomiast istnieje szeroki konsensus co do celu interwencji medycznej w przypadku schorzeń takich jak zapalenie wyrostka robaczkowego, cukrzyca lub ciężka depresja.

1.2 Dowody

Podczas oceny interwencji medycznej jednym z najważniejszych pytań jest: czy jest ona bezpieczna i skuteczna? Czy lek X zmniejsza śmiertelność z wszystkich przyczyn u pacjentów z rakiem? Czy terapia rozmową łagodzi depresję? Czy operacja kolana łagodzi ból związany z zapaleniem stawów, powodując niewiele powikłań pooperacyjnych? Nawet jeśli leczenie jest skuteczne, może nie być bezpieczne i mogą istnieć lepsze alternatywy.

W przypadku inwazyjnych metod leczenia GD amerykańskie władze medyczne wydały oświadczenia wskazujące, że sprawa została rozstrzygnięta. Według Amerykańskiego Stowarzyszenia Medycznego (AMA):

> Poprawa dostępu do opieki potwierdzającej tożsamość płciową jest ważnym środkiem poprawy wyników zdrowotnych populacji transpłciowej. Korzystanie z opieki potwierdzającej tożsamość płciową wiąże się ze znacznym spadkiem liczby prób samobójczych, zmniejszeniem częstości występowania depresji i lęków, zmniejszeniem używania substancji psychoaktywnych, poprawą przestrzegania zaleceń dotyczących przyjmowania leków przeciwko HIV oraz zmniejszeniem częstości szkodliwego samodzielnego stosowania hormonów.[18]

W 2022 roku ówczesna zastępczyni sekretarza ds. zdrowia w Departamencie Zdrowia i Opieki Społecznej Stanów Zjednoczonych, admirał Rachel Levine, wyraziła jeszcze bardziej zdecydowane poparcie:

> Opieka potwierdzająca tożsamość płciową jest opieką medyczną. Jest opieką w zakresie zdrowia psychicznego. Jest opieką zapobiegającą samobójstwom. Poprawia jakość życia i ratuje życie. Opiera się na dziesięcioleciach badań. Jest uznaną praktyką medyczną.[19]

Jednak według brytyjskiego raportu Cass Review z kwietnia 2024 r., będącego jak dotąd najbardziej kompleksową oceną PGM:

> Jest to obszar, w którym dowody są niezwykle słabe, a wyniki badań są wyolbrzymiane lub fałszywie przedstawiane przez wszystkie strony debaty w celu poparcia swojego punktu widzenia. W rzeczywistości nie mamy dobrych dowodów na długoterminowe skutki interwencji mających na celu zarządzanie stresem związanym z płcią.[20]

To, czy podejście popierane przez AMA opiera się na odpowiednich dowodach, jest przedmiotem intensywnych kontrowersji. Znacznie mniej kontrowersyjna jest kwestia najlepszych ram oceny skuteczności terapii. Ramy te to EBM, przyjęte w niniejszym przeglądzie.

---

[18] Amerykańskie Stowarzyszenie Medyczne (2022).
[19] Levine (2022).
[20] Cass (2024a, s. 13).

1.2.1 Medycyna oparta na dowodach

Lekarz i badacz Gordon Guyatt, który w 1991 r. ukuł termin „medycyna oparta na dowodach naukowych”, opisuje EBM w następujący sposób:

> Medycyna oparta na dowodach naukowych pomniejsza znaczenie intuicji, niesystematycznego doświadczenia klinicznego i uzasadnienia patofizjologicznego jako wystarczających podstaw do podejmowania decyzji klinicznych i kładzie nacisk na badanie dowodów pochodzących z badań klinicznych. Medycyna oparta na dowodach naukowych wymaga od lekarza nowych umiejętności, w tym skutecznego wyszukiwania literatury i stosowania formalnych zasad oceny dowodów naukowych w literaturze klinicznej. [21]

EBM uznaje za szczególnie ważne starannie kontrolowane badania kliniczne, a także „systematyczne przeglądy” (SR), metodyczne syntezy i oceny wszystkich dostępnych istotnych dowodów. Zaproponowano różne „hierarchie dowodów”, z SR na szczycie i opiniami poszczególnych klinicystów, które choć zazwyczaj są cenne, podlegają różnym uprzedzeniom, na samym dole. EBM została powszechnie zaakceptowana przez organy ds. zdrowia na całym świecie.[22]

Zgodnie z zasadami EBM niniejszy przegląd opiera się na rygorystycznej metodologicznej ocenie dowodów potwierdzających skuteczność PGM. Przeprowadzono przegląd przeglądów systematycznych, a jego wyniki przedstawiono w rozdziale 5 i załączniku 4. Krótko mówiąc, przegląd ten niezależnie potwierdza spostrzeżenie Cassa, że „jest to obszar o wyjątkowo słabych dowodach”.

Ze względu na nacisk kładziony na badania kliniczne, EBM jest mniej wrażliwa na dowody dotyczące znanych mechanizmów działania leków lub szerzej pojętej biologii. Ogranicza to zdolność przeglądów systematycznych do odkrywania potencjalnych ścieżek przyczynowych lub zrozumienia zaobserwowanych powiązań lub ich braku (rozdział 6). W związku z tym rozdział 7 uzupełnia przegląd przeglądów systematycznych o dowody pochodzące z nauk podstawowych, w tym fizjologii. Jak szczegółowo opisano w tym rozdziale, ryzyko szkód wynikających z medycznego podejścia do leczenia GD u dzieci jest poważne.

---

[21] Guyatt i in. (1992, s. 2420). Zob. również Akobeng (2005).
[22] Np. Darzi (2008); Margolis (2018); Carande-Kulis (2022).

Należy pamiętać, że ocena dowodów skuteczności leczenia nie decyduje sama w sobie o tym, czy leczenie powinno być stosowane. Przeglądy systematyczne lub inne źródła wysokiej jakości dowodów nie są sztywnymi wzorcami służącymi do podejmowania decyzji medycznych, ale raczej istotnymi elementami procesu decyzyjnego. Zasada ta jest wyraźnie uznana w EBM. Dowody medyczne nie są wystarczające do uzasadnienia zaleceń lub decyzji klinicznych; inne czynniki, takie jak wartości i preferencje pacjenta, również odgrywają kluczową rolę ([23]).Jednak, jak podkreślono poniżej, preferencje te nie mają pierwszeństwa przed obowiązkami etycznymi i zawodowymi lekarzy.

1.2.2 Lekcje historii

Nieuzasadniony sceptycyzm wobec wiedzy medycznej może prowadzić do szkód dla pacjenta, a nawet śmierci ([24]).Z drugiej strony, chociaż lekarze często są w stanie dokonać niezwykłych cudów leczniczych, nie są oni odporni na błędy ludzkie lub stronniczość. Nawet przy najlepszych intencjach lekarze nie są nieomylni. Nawet konsensus profesjonalnych stowarzyszeń medycznych może czasami być błędny.

Alergia na orzeszki ziemne jest tego najnowszym przykładem. W 2000 r. Amerykańska Akademia Pediatrii (AAP) zaleciła, aby niemowlęta uznane za „wysokiego ryzyka" unikały orzeszków ziemnych, a matki karmiące piersią postępowały tak samo. W praktyce wytyczne te były powszechnie interpretowane jako zalecenie, aby wszystkie niemowlęta unikały orzeszków ziemnych jako środka ostrożności. Alergie na orzeszki ziemne gwałtownie wzrosły, a w 2017 r. AAP zmieniła kurs, zalecając wczesne *wprowadzenie* orzeszków ziemnych do diety niemowląt najwyższego ryzyka. ([25])

To tylko jeden z wielu przykładów [26]. Błędy medyczne są bardziej powszechne, niż zdaje sobie sprawę wielu Amerykanów. Konsensus nie gwarantuje poprawności – w rzeczywistości może czasem utrwalać błędy. Nie należy również zakładać, że wszystkie zalecenia dotyczące leczenia są motywowane altruizmem, co wyraźnie pokazał kryzys związany z nadmiernym przepisywaniem opioidów. Nie oznacza to, że konsensus medyczny jest z natury niewiarygodny, ale raczej, że należy podchodzić do niego z krytyczną uwagą, a nie

---

[23] Djulbegovic & Guyatt (2017, s. 416); zob. również Guyatt et al. (2000).
[24] Centers for Disease Control (2025).
[25] Makary (2024, rozdział 1).
[26] Oprócz Makary'ego (cytowanego powyżej) zob. Prasad & Cifu (2019, rozdziały 1, 2) oraz Patashnik et al. (2017, rozdział 2).

bezwarunkowa akceptacja. Lekarze i badacze Vinay Prasad i Adam Cifu zwięźle ujęli tę kwestię:

> Spodziewamy się, że terapia medyczna będzie się zmieniać i ewoluować wraz z upływem czasu. Dobre metody leczenia zastąpią złe, a następnie lepsze zastąpią te dobre. Antybiotyki zastąpiły arsen, a znieczulenie zastąpiło kulkę trzymowaną między zębami. Jednak ostatnio nastąpiły zaskakujące zmiany. Jeśli śledzisz wiadomości dotyczące badań przesiewowych w kierunku raka prostaty, mammografii dla kobiet po czterdziestce, hormonalnej terapii zastępczej, leków obniżających poziom cholesterolu i stentów stosowanych w chorobie wieńcowej, możesz pomyśleć, że lekarze nie potrafią się zdecydować. Te powszechne praktyki nie zostały zastąpione lepszymi terapiami; okazały się one nieskuteczne. W niektórych przypadkach przyniosły więcej szkody niż pożytku. Możesz się martwić, że niektóre praktyki medyczne są tylko chwilową modą. W niektórych przypadkach masz rację. ([27])

1.3 Etyka

Znalezienie bezpiecznych i skutecznych metod leczenia to tylko część misji medycyny. Kwestie etyczne – i związane z nimi złożone zagadnienia teoretyczne – pojawiają się natychmiast wraz z podejmowaniem decyzji klinicznych. Co zrobić, jeśli metoda leczenia jest skuteczna, ale pacjent jej nie chce? Kiedy przed rozpoczęciem leczenia konieczna jest świadoma zgoda? Czy lekarze powinni kiedykolwiek okłamywać swoich pacjentów? Jaka jest różnica między zabiegami kosmetycznymi a zabiegami łagodzącymi problem medyczny? Co powinniśmy zrobić, gdy lekarze nie zgadzają się z pacjentami pediatrycznymi lub ich rodzicami co do najlepszego sposobu postępowania medycznego? Te i wiele podobnych pytań stanowi temat dziedziny akademickiej znanej jako *etyka medyczna.* ([28])

EBM ma zaledwie kilkadziesiąt lat, ale etyka medyczna jest tak stara jak sama medycyna. Przysięga Hipokratesa, pochodząca z IV wieku p.n.e. i przypisywana starożytnemu greckiemu lekarzowi Hipokratesowi, jest zobowiązaniem do przestrzegania zasad etycznych w medycynie. Pisma Hipokratesa zawierają następujące słowa: „Będę leczył chorych zgodnie z moimi możliwościami

---

[27] Prasad & Cifu (2019, s. 11).

[28] Alternatywna nazwa to *etyka biomedyczna*. *Bioetyka* jest szerszą dziedziną obejmującą kwestie etyczne w naukach przyrodniczych wykraczające poza opiekę zdrowotną. Chociaż etyka medyczna jest dyscypliną akademicką, etycy medyczni często pracują w klinikach i szpitalach, wspierając pacjentów i ich rodziny oraz pomagając lekarzom w opracowywaniu zasad postępowania.

i osąd, ale nigdy nie użyję jej, aby ich skrzywdzić lub wyrządzić im krzywdę”.[29] To zobowiązanie położyło podwaliny pod maksymę medyczną *Primum non nocere*: Po pierwsze, nie szkodzić.[30] Wraz z obowiązkiem niekrzywdzenia (unikanie wyrządzania krzywdy), obowiązek czynienia dobra (promowanie dobrego samopoczucia pacjenta) „stanowi podstawę wszystkich zawodów medycznych i związanych z opieką zdrowotną oraz ich otoczenia instytucjonalnego”.[31] Obowiązki te są nieustannie potwierdzane przez profesjonalne stowarzyszenia medyczne. Na przykład Deklaracja genewska Światowego Stowarzyszenia Lekarzy, opublikowana po raz pierwszy w 1948 r. i ostatnio zrewidowana w 2017 r., wymaga od lekarzy poszanowania „autonomii i godności” pacjentów, ale uznaje pierwszeństwo niekrzywdzenia i dobroczynności: „Zdrowie i dobrostan mojego pacjenta będą moim priorytetem”.[32]

Co ważne, obowiązki lekarza dotyczące niekrzywdzenia i czynienia dobra nie są nadrzędne wobec pragnienia pacjenta dotyczącego konkretnego sposobu leczenia. W 2002 r. Amerykańska Fundacja Rady Medycyny Wewnętrznej, Amerykańska Fundacja Kolegium Lekarzy oraz Europejska Federacja Medycyny Wewnętrznej sformułowały tę kwestię w „Karcie lekarza”. Wśród trzech „podstawowych zasad” karty znajduje się „zasada autonomii pacjenta”, zdefiniowana w następujący sposób:

> Lekarze muszą szanować autonomię pacjentów. Lekarze muszą być uczciwi wobec swoich pacjentów i umożliwiać im podejmowanie świadomych decyzji dotyczących leczenia. Decyzje pacjentów dotyczące ich opieki muszą mieć nadrzędne znaczenie, *o ile są one zgodne z zasadami etyki i nie prowadzą do żądań niewłaściwej opieki*.[33]

Jednym z głównych pytań, na które niniejszy przegląd próbuje odpowiedzieć, jest to, czy pediatryczna transformacja medyczna – a w szczególności stosowanie interwencji hormonalnych lub chirurgicznych u dzieci i młodzieży – jest zgodna z powszechnie przyjętymi zasadami etyki medycznej. Kwestia ta została omówiona w rozdziale 13. Inne podejście terapeutyczne – psychoterapia (terapia rozmową) – zostało omówione w rozdziale 14.

---

[29] Beauchamp & Childress (2019, s. 155). Obecnie absolwenci studiów medycznych składają różne przysięgi, czasami sami je komponując (Weiner, 2018).
[30] Łacińskie wyrażenie nie pochodzi ze starożytności: mogło zostać wymyślone przez XVII-wiecznego angielskiego lekarza Thomasa Sydenhama (1624-1689), zwanego „angielskim Hipokratem” (Smith, 2005).
[31] Beauchamp & Childress (2019, s. 155).
[32] Parsa-Parsi (2017, s. 1971).
[33] American Board of Internal Medicine Foundation (2002, podkreślenie dodane).

Innowacyjność i elastyczność amerykańskiego systemu opieki zdrowotnej sprawiają, że jest on przedmiotem zazdrości całego świata. Jednak w służbie zdrowia nie da się uniknąć błędów. Miarą systemu opieki zdrowotnej nie jest jego zdolność do unikania błędów, ale sposób, w jaki reaguje on, gdy błędy stają się oczywiste.

Rozdział 2 Terminologia w pediatrycznej medycynie płciowej

Wybór słów może wpływać na podejmowanie decyzji medycznych. Pracownicy służby zdrowia mają zawodowy obowiązek informowania pacjentów o ich stanie zdrowia i możliwościach leczenia, używając języka, który jest dokładny, neutralny etycznie i w żaden sposób nie wprowadza w błąd.[1] W przypadku pediatrycznej medycyny płciowej (PGM) język zniekształcił obraz kliniczny, zacierając ważne różnice. Niniejszy rozdział porusza tę kwestię. W sekcji 2.1 omówiono powszechnie stosowaną terminologię, natomiast w sekcji 2.2 wyjaśniono konkretne terminy przyjęte w niniejszym przeglądzie.

2.1 Terminologia w pediatrycznej medycynie płciowej

Kwestie dotyczące właściwej terminologii i ujawniania wszystkich istotnych informacji są powszechne w medycynie, szczególnie w kontekście interakcji między lekarzem a pacjentem. [2] PGM stwarza jednak wyjątkowe wyzwania. W tym kontekście zrozumiała chęć uniknięcia języka wykluczającego lub patologizującego — w połączeniu z głęboko zakorzenionymi przekonaniami w tej dziedzinie — doprowadziła do powstania słownictwa i sposobu komunikowania się, które są naukowo nieuzasadnione, zakładają odpowiedzi na kontrowersje etyczne i są pod innymi względami mylące. ([3])

Prawie wszystkie podstawowe terminy używane w PGM wykazują tego rodzaju problemy. Jak wspomniano w rozdziale 1, preferowaną nazwą dla podejścia terapeutycznego popieranego przez Światowe Stowarzyszenie Profesjonalistów ds. Zdrowia Osób Transpłciowych (WPATH), Towarzystwo Endokrynologiczne (ES), Amerykańską Akademię Pediatrii (AAP) i Amerykańskie Stowarzyszenie Medyczne (AMA) jest „opieka potwierdzająca płeć". Chirurgiczne usunięcie piersi (mastektomia) u fizycznie zdrowych kobiet nazywa się „operacją klatki piersiowej potwierdzającą płeć" lub „operacją górnej części ciała".([4]) „Potwierdzanie" ma pozytywne konotacje, a osoba, która sprzeciwia się „potwierdzaniu płci

---

[1] Co ważne, dokładność i neutralność nie wystarczą. Stwierdzenie „80% pacjentów, którym podano lek A, wyzdrowiało" jest etycznie neutralne; załóżmy, że jest ono również prawdziwe. Bez dodatkowego kontekstu stwierdzenie to jest mylące, jeśli 80% pacjentów, którym *nie* podano leku A, również wyzdrowiało. Inny przykład: jeśli lekarz zgodnie z prawdą mówi pacjentowi: „Ma pan raka lub nieszkodliwą torbiel", wiedząc, że pacjent ma raka, pacjent został wprowadzony w błąd.

[2] Shaw i in. (2022).

[3] Podobne przykłady dotyczące zdrowia kobiet można znaleźć w pracy Gribble (2025). Zob. również Bartick i in. (2025); autorzy twierdzą, że „osoby transpłciowe i o różnej tożsamości płciowej potrzebują jasnych i jednoznacznych informacji dotyczących zdrowia, w tym informacji związanych z potrzebami, schorzeniami i objawami związanymi z płcią, tak samo jak każda inna grupa" (s. 5).

[4] Np. Coleman i in. (2022, s. S130).

Termin „operacja” brzmi mało współczująco. Eufemizmy „operacja klatki piersiowej” i „operacja górnej części ciała” pomijają istotny fakt, że usuwa się piersi.

Wybór słów może przesłaniać młody wiek pacjentów. Zwolennicy interwencji medycznych czasami używają terminów takich jak „ludzie” lub „osoby” zamiast „dzieci” lub „nastolatki”. Często podkreśla się, że dzieciom przed okresem dojrzewania nie przepisuje się hormonów ani nie wykonuje operacji. To prawda. Jednak wytyczne kliniczne zalecają rozpoczęcie stosowania blokerów dojrzewania (PB) w momencie rozpoczęcia okresu dojrzewania, co może nastąpić w wieku 8 lub 9 lat – co oznacza, że takie interwencje mogą być rozpoczęte w okresie dzieciństwa. [W] dyskusjach na temat tego zalecenia termin „dzieci” jest czasami zastępowany terminami „młodzi ludzie” lub „nastolatki”.([5]) Ponownie pomaga to ukryć fakt, że czasami poważne interwencje medyczne są wykonywane na zdrowych ciałach dzieci.([6])

Niektórzy nastolatkowie przechodzą transformację, a następnie rezygnują z niej, powracając do życia zgodnie ze swoją płcią, zmieniając z powrotem imię i dokonując innych niezbędnych zmian społecznych. Jeśli nastolatek przeszedł pewien stopień transformacji medycznej, proces rezygnacji z transformacji może stanowić poważne wyzwanie [7]. Trudności te są czasami bagatelizowane poprzez użycie terminu „ponowna transformacja” [8]zamiast „rezygnacja z transformacji” lub poprzez napisanie

---

[5] Np. z arkusza informacyjnego Krajowego Stowarzyszenia Pracowników Socjalnych: „MIT: *Dzieciom* podaje się hormony potwierdzające płeć lub hormonalną terapię zastępczą (HTZ)” oraz: „W okresie dojrzewania i po nim niektóre zabiegi medyczne mogą być dostępne [dla] młodzieży” (Krajowe Stowarzyszenie Pracowników Socjalnych, b.d., podkreślenie dodane). Według AAP dzieciństwo trwa od 2 do 12 roku życia (Hardin et al., 2017).

Termin „nastolatek” jest często używany w odniesieniu do dzieci we wczesnej fazie dojrzewania, podczas gdy laik użyłby słowa „dziecko”. Jak ujął to członek WPATH w wiadomości e-mail: „Unikałbym terminów „dzieci” i „hormony” i trzymałbym się definicji medycznych: kiedy młoda osoba osiąga ... dojrzałość płciową, [jest] klasyfikowana jako nastolatek (niezależnie od tego, czy ma 9 czy 12 lat)”, cytat z Boe przeciwko Marshall, nr 2:22-cv-00184: 557-9/700-2 (2024, s. 16). Zob. również Ryan (2025): „Dr Olson-Kennedy generalnie unika używania słów »dziecko«, »dzieci« lub »młodzież«”; oraz Levine i in. (2022b, s. 117). Towarzystwo Endokrynologiczne popełniło prosty błąd merytoryczny, stwierdzając, że „interwencja medyczna jest zarezerwowana dla starszych nastolatków i dorosłych” (Towarzystwo Endokrynologiczne, 2023).

[6] Innym wyrażeniem jest „niewłaściwe dojrzewanie”: np. „blokery dojrzewania ... blokują postęp dojrzewania, aby młoda osoba nie przechodziła niewłaściwego dojrzewania” (Jacoby, 2022). Oprócz założenia, że leczenie jest prawidłowe, sugerowanie, że „prawidłowe dojrzewanie” wywołane przez estrogen u mężczyzn lub testosteron u kobiet jest wersją dojrzewania płciowego, jest mylące, ponieważ dojrzewanie w sensie centralnym i definicyjnym wiąże się z dojrzewaniem zdolności reprodukcyjnych. Wytyczne Endocrine Society przyjmują ten język, pisząc o „wywołaniu kobiecego dojrzewania” u mężczyzn (Hembree et al., 2017, tabela 8); zob. również sekcja 7.4.1.

[7] MacKinnon, Expósito-Campos i in. (2023).

[8] Olson i in. (2022). Termin „retransitioning” ma uzasadnione zastosowanie w opisywaniu procesu ponownej transformacji, przejścia od detransitioningu do życia jako osoba płci przeciwnej (MacKinnon, Expósito-Campos i in., 2023, s. 1).

„dynamicznych pragnień dotyczących interwencji medycznych potwierdzających płeć”. [9] Konceptualizuje to doświadczenie, które może być głęboko stresujące dla pacjenta, jako po prostu kolejny przystanek na jego „drodze płciowej”. [10]

Główny autor oświadczenia AAP z 2018 r. (potwierdzonego w 2023 r.) pt. „Zapewnienie kompleksowej opieki i wsparcia dla dzieci i młodzieży transpłciowej i o różnej tożsamości płciowej” opisał nawet detransicję jako część samego podejścia „potwierdzającego płeć”, co sprawia, że niepowodzenie leczenia jest niemożliwe do wyobrażenia (11).

Problemy sięgają głębiej. Terminologia „płeć”, „mężczyzna” i „kobieta” jest niezbędna, jeśli kwestie medyczne i etyczne mają być omawiane w sposób odpowiedzialny. A jednak zwolennicy medykalizacji dokładają niezwykłych starań, aby uniknąć prostego użycia tych słów i powiązanych z nimi terminów, takich jak „chłopiec” i „dziewczynka”. Kiedy definiuje się „płeć”, definicja ta rzadko jest poprawna (12), a w każdym razie preferowanym sformułowaniem jest „płeć przypisana przy urodzeniu”. Zgodnie z „Wytycznymi praktyki klinicznej dotyczącymi leczenia osób z dysforią płciową/niezgodnością płciową” ES „terminy płeć biologiczna oraz biologiczny mężczyzna lub kobieta są nieprecyzyjne i należy ich unikać”(13). Pediatryczne pacjentki nie są „dziewczynkami” ani „młodymi kobietami”, ale raczej „osobami AFAB” (osobami „przypisanymi do płci żeńskiej przy

---

[9] Turban, Brady i in. (2022).

[10] Jorgensen (2023b): „powinniśmy zachować ostrożność przy stosowaniu eufemizmów, które mogą maskować szkody jatrogenne” (s. 2180).

[11] „Rafferty [główny autor oświadczenia politycznego AAP z 2018 r.] powiedział mi, że pacjenci, którzy żyją z krzywdą lub żalem, nie są oznaką porażki modelu opieki afirmatywnej. Jeśli dziecko lub pacjent nie lubi skutków interwencji lub zaczyna odczuwać zmianę w swojej tożsamości, wówczas dostawca usług medycznych kontynuuje afirmację, przerywając leczenie. „Nie są to porażki terapeutyczne, jeśli to właśnie jest afirmacją” – powiedział (Block, 2023d). (12) Np. hasło „płeć” w Hembree et al. (2017, tabela 1) łączy płeć z cechami silnie skorelowanymi z płcią u ludzi („chromosomy płciowe”, „hormony płciowe” itp.); wpis w Rafferty et al. (2018, tabela 2) błędnie stwierdza, że płeć jest „przypisaniem dokonanym w momencie urodzenia”. Ortodoksyjną koncepcję płci w biologii można znaleźć np. w Dawkins (1976, s. 183-184); Parker (2011); Futuyama & Kirkpatrick (2017, s. 249). Ortodoksyjna koncepcja znajduje się w „Oświadczeniu naukowym” Towarzystwa Endokrynologicznego (Bhargava et al., 2021) oraz w dokumencie Departamentu Zdrowia i Opieki Społecznej (Health and Human Services, 2025).

[13] Hembree i in. (2017, tabela 1). Hembree i in. nie traktują swoich własnych zaleceń całkowicie poważnie, pisząc w pewnym miejscu, że „u kobiet [tj. „kobiet biologicznych”] ... wpływ długotrwałego leczenia egzogennym testosteronem na funkcjonowanie jajników jest niepewny” (s. 3880). Niniejsza wytyczna ES stanowi aktualizację dokumentu „Leczenie endokrynologiczne osób transseksualnych: wytyczne kliniczne Endocrine Society” opublikowanego w 2009 r. W poprzedniej wytycznej zastosowano konwencjonalne znaczenie płci, a autorzy użyli rzekomo nieprecyzyjnego wyrażenia „kobiety biologiczne” (Hembree i in., 2009, s. 3139). AMA twierdzi również, że „płeć przypisana przy urodzeniu” jest „bardziej precyzyjna” niż „płeć” (American Medical Association, 2021, str. 14).

urodzenia”). Niektóre autorytety w dziedzinie PGM twierdzą, że pacjenci pragnący poddać się mastektomii są w rzeczywistości „młodymi mężczyznami”.[14]

„Płeć przypisana przy urodzeniu” nie jest nieszkodliwym eufemizmem. Sugeruje ona arbitralną decyzję – podobnie jak „przypisane miejsce siedzące” – a nie obserwację cechy obecnej na długo przed urodzeniem, a mianowicie płci dziecka. Co więcej, gdyby wyrażenie „przypisana płeć” miało służyć jedynie jako łagodniejszy sposób odnoszenia się do płci w rozmowach z pacjentami i rodzinami, należałoby oczekiwać, że w specjalistycznej literaturze medycznej używane będzie bardziej bezpośrednie sformułowanie. W kontekście zawodowym, gdzie jasność ma ogromne znaczenie, eufemizmy są zazwyczaj unikane. Jednak „przypisana płeć” jest wszechobecna w publikacjach klinicznych i naukowych. Co więcej, używanie takiej terminologii jest obecnie *wymagane* przez niektóre czasopisma medyczne ([15]). Na przykład przewodnik stylistyczny Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego (APA) klasyfikuje terminy „płeć urodzeniowa” i „płeć natalna” jako „obraźliwe”, które w problematyczny sposób „sugerują, że płeć jest cechą niezmienną”([16]). Jak zauważa profesor prawa Jessica Clarke, „termin »płeć przypisana przy urodzeniu« nie jest eufemizmem oznaczającym »płeć biologiczną«, ale krytyką samej koncepcji”([17]).

Termin „tożsamość płciowa” jest szczególnie ważnym przykładem tego, jak słowa mogą siać zamęt. Kiedy po raz pierwszy pojawił się w latach 60. XX wieku, oznaczał „świadomość przynależności do danej płci, czyli świadomość, że „jestem mężczyzną” lub „jestem kobietą”.[18] Prawie

---

[14] „Nie opowiadam się za usuwaniem tkanki piersiowej u młodych kobiet. Opowiadam się za rekonstrukcją klatki piersiowej u młodych mężczyzn” (Olson-Kennedy, 2019, s. 38); takie sformułowanie sprawia, że mastektomie u nastoletnich dziewcząt nie wydają się niepokojące. Zob. również Ehrensaft (2017b, s. 7): „chłopcy transpłciowi są chłopcami, a dziewczęta transpłciowe są dziewczynkami”.

[15] W sekcji „Informacje dla autorów” czasopisma *„The Lancet*” nakazuje stosowanie terminu „płeć przypisana przy urodzeniu” zamiast „płeć biologiczna”, „płeć urodzeniowa” lub „płeć natalna”, ponieważ „jest on bardziej dokładny i inkluzywny”. W tym samym dokumencie błędnie stwierdza się również, że płeć nie jest „binarna”, że istnieje „w spektrum” i że płeć danej osoby może ulec zmianie (The Lancet, 2025).

[16] Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne (2024a).

[17] Clarke (2022, s. 1828). Termin „płeć przypisana” był używany w latach 50. XX wieku w odniesieniu do niezwykle rzadkich przypadków zaburzeń rozwoju płciowego (DSD), w których dziecko z niejednoznacznymi narządami płciowymi mogło być wychowywane jako chłopiec lub dziewczynka (Money, 1955).

[18] Stoller (1964, s. 220); zob. również Greenson (1964, s. 217). Dyskusja na ten temat znajduje się w Byrne (2023b, 2023a); Haig (2023); D. F. Janssen (2023).

Każdy ma tożsamość płciową w tym sensie, a ponadto jest ona zgodna z płcią biologiczną: mężczyźni wiedzą, że są mężczyznami, a kobiety wiedzą, że są kobietami [19].

Jednak obecnie termin „tożsamość płciowa" jest używany w znacznie innym znaczeniu. Na przykład WPATH definiuje „tożsamość płciową" w słowniczku do aktualnych wytycznych dotyczących praktyki klinicznej (SOC-8) jako:

> Głęboko odczuwane, wewnętrzne, nieodłączne poczucie własnej płci danej osoby. [20]

Ta nowa definicja jest niejasna. Na przykład, co oznacza „płeć" w tym kontekście? Słownik SOC-8 nie wyjaśnia tego zbytnio, choć słusznie przyznaje, że słowo to jest bardzo niejednoznaczne. Jednym ze znaczeń słowa „płeć" podanym w słowniczku jest „tożsamość płciowa". Jednak „płeć" w powyższej definicji nie może oznaczać „tożsamości płciowej", ponieważ w przeciwnym razie definicja ta byłaby cykliczna. Innym podanym znaczeniem jest „ekspresja płciowa", ale to również prowadzi do cykliczności, ponieważ „ekspresja płciowa" jest zdefiniowana w tym samym słowniczku w kategoriach „płci".([21])

---

[19]Niektóre dzieci, które odczuwają dyskomfort związany ze swoją płcią biologiczną, mylą się co do tego, czy są chłopcami, czy dziewczynkami, ale inne nie. W związku z tym mylenie się co do swojej płci nie jest wymagane do postawienia diagnozy dysforii płciowej u dzieci zgodnie z *Podręcznikiem diagnostycznym i statystycznym zaburzeń psychicznych* (DSM): Wystarczy „silne *pragnienie* bycia osobą płci przeciwnej". Chociaż kryteria diagnostyczne dla dzieci wspominają również o „uporze, że *jest się* osobą płci przeciwnej", nie jest to kryterium konieczne i nie występuje ono w ogóle w kryteriach DSM dotyczących dysforii płciowej u nastolatków i dorosłych (American Psychiatric Association, 2022, s. 512-513, podkreślenie dodane).

[20] Coleman i in. (2022, s. S252). Podobnie: „Na pewnym poziomie tożsamość płciowa jest czymś głęboko odczuwanym i trudnym do wyrażenia słowami. Często nazywam to *transcendentnym* poczuciem płci. Po prostu *czujesz*, że należysz do określonej płci" (Turban, 2024, s. 38); „Tożsamość płciowa to wewnętrzne poczucie przynależności danej osoby do określonej płci, takiej jak męska lub żeńska" (Ehrensaft, 2017b, s. 7). Ta ostatnia definicja brzmiałaby dziwnie, gdyby „określona płeć" została zastąpiona przez „określona płeć biologiczna": sugerowałoby to bowiem, że istnieje więcej płci biologicznych poza męską i żeńską.

[21] Inna definicja „płci" podana w SOC-8 to „społeczna rola płciowa, w tym rozumienie i oczekiwania związane kulturowo z osobami, którym przypisano płeć męską lub żeńską w chwili urodzenia" (Coleman et al., 2022, s. S252). Rozważmy sugestię, że jest to zamierzone znaczenie „płci" w definicji „tożsamości płciowej" WPATH. Oznacza to, że „tożsamość płciowa" jest definiowana jako: „głęboko odczuwane, wewnętrzne, nieodłączne poczucie własnej społecznej roli płciowej". Prawdą jest, że dana osoba może mieć poczucie swojej „społecznej roli płciowej". Kobieta może na przykład być świadoma, że w jej kulturze wobec kobiet stosuje się określone oczekiwania. Jednak w tym przypadku sformułowanie „głęboko odczuwana/wewnętrzna/nieodłączna" jest dość nieodpowiednie, co stanowi jeden z dowodów na to, że obecna sugestia jest błędna. Co ważniejsze, nie ma miejsca na żadną „niezgodność" między płcią danej osoby a jej społeczną rolą płciową. Kobieta może (być może słusznie) nie akceptować oczekiwań, jakie jej kultura nakłada na kobiety, to znaczy może nie akceptować swojej społecznej roli płciowej. Ponieważ pełni tę rolę społeczną, ponieważ przy urodzeniu „przypisano jej płeć żeńską", jej „płeć społeczna" w tym sensie *zawsze* będzie odpowiadać jej płci biologicznej. Jednak WPATH najwyraźniej chce zdefiniować „tożsamość płciową" w taki sposób, aby dopuścić *niezgodność* z płcią biologiczną danej osoby. W związku z tym pojęcie „płci społecznej" w sensie „płci" również nie pomaga w zdefiniowaniu „tożsamości płciowej". [Ciąg dalszy na następnej stronie.]

Krótko mówiąc, „tożsamość płciowa” w rozumieniu SOC-8 i powiązanej literatury jest niejasno zdefiniowana [22].Być może tożsamość płciowa danej osoby jest subiektywna lub niemożliwa do wykrycia za pomocą badań krwi lub neuroobrazowania [23]lub w inny sposób pozostaje poza zasięgiem nauki, ale ważniejsze jest to, że nie przedstawiono żadnej wystarczająco jasnej definicji „tożsamości płciowej”.[24] Jest to poważny problem, ponieważ termin ten odgrywa kluczową rolę w uzasadnieniu interwencji medycznej.

Termin „transpłciowość” jest zazwyczaj wyjaśniany w kategoriach tożsamości płciowej. Osoby transpłciowe to osoby, których tożsamość płciowa nie jest „zgodna” lub „pasuje” do ich płci (lub „płci przypisanej przy urodzeniu”).[25] Ponieważ „każdy z nas ma tożsamość płciową, choć wielu z nas nigdy się nad tym nie zastanawia” [(26)], reszta ludzkości ma tożsamość płciową zgodną z płcią biologiczną; osoby te określa się mianem „cisgender”. Należy zdawać sobie sprawę, że „transpłciowość” nie jest terminem klinicznym i nie odpowiada diagnozie medycznej [(27)]. Rzeczywiście,

---

Innym sposobem wyjaśnienia pojęcia „płci” jest podanie listy reprezentatywnych „płci” z oczekiwaniem lub nadzieją, że czytelnik dostrzeże pewien wzorzec. Zasadniczo tego rodzaju wyjaśnienie może być satysfakcjonujące.
Jednak poprzednie wytyczne WPATH zawierały następujące przykłady: „mężczyzna (chłopiec lub mężczyzna), kobieta (dziewczynka lub kobieta) ... chłopiec-dziewczynka, dziewczynka-chłopiec, osoba transpłciowa, osoba o niebinarnej tożsamości płciowej, eunuch” (Coleman i in., 2012, s. 221).
Należy zauważyć, że lista zawiera kategorię *transpłciowość*, która sama w sobie jest wyjaśniona w kategoriach tożsamości płciowej, a zatem płci, co wprowadza pewną cykliczność. Kolejną kwestią jest to, że jeśli *eunuch* jest (współczesną) płcią, to „płeć” w rozumieniu definicji WPATH „tożsamości płciowej” nie może być wyjaśniona w kategoriach „społecznej roli płciowej” (zob. pierwszy akapit niniejszej uwagi). Eunuchowie pełnili szczególną rolę społeczną w cesarskich Chinach; obecnie nie pełnią takiej roli. Obecne wytyczne WPATH zawierają cały rozdział poświęcony eunuchom, więc najwyraźniej WPATH uważa, że płeć *eunucha* nie jest anachronizmem.

[22] Oto kolejny przykład. W oświadczeniu politycznym AAP z 2018 r. tożsamość płciowa została zdefiniowana jako „głębokie wewnętrzne poczucie bycia kobietą, mężczyzną, połączeniem obu płci, czymś pomiędzy lub żadną z nich” (Rafferty i in., 2018, tabela 1). W oświadczeniu politycznym stwierdza się również, że osoba „transpłciowa” to osoba, „której tożsamość płciowa nie odpowiada przypisanej jej płci”. Oczywiste jest, że „tożsamość płciowa” w rozumieniu AAP nie może oznaczać tego, co pierwotnie, ponieważ na przykład mężczyzna transpłciowy może nie mylić się co do tego, że jest kobietą. Sposób interpretacji pojęć „kobieta” i „mężczyzna” w definicji AAP jest daleki od jasności.

[23] Zob. np. Baldinger-Melich i in. (2020); Levin i in. (2023); Bakker (2024).

[24] Pierwotne wyjaśnienie tożsamości płciowej z lat 60. (patrz wyżej) było całkowicie jasne, ale nie jest to współczesna koncepcja w medycynie płciowej.

[25] Boe przeciwko Marshall, nr 2:22-cv-00184: 558-16 (2024); Ehrensaft (2017b); Olson-Kennedy (2022). Zgodnie z poprzednimi wytycznymi WPATH (SOC-7): „Tożsamość płciowa osób transpłciowych różni się w różnym stopniu od płci przypisanej im w chwili urodzenia” (Coleman i in., 2012, s. 221). Co ciekawe, czasami termin „transpłciowość” definiuje się tak, aby obejmował powszechną niezgodność płciową, *niezależnie* od „niedopasowanej” tożsamości płciowej. Na przykład zgodnie z SOC-8, jeśli „ekspresja płciowa danej osoby nie jest typowa dla płci przypisanej jej przy urodzeniu”, osoba ta jest transpłciowa (Coleman i in., 2022, s. S252).

[26] Forcier i in. (2020, s. 2). Podobnie: „Tożsamość płciowa ... jest podstawowym i *uniwersalnym* elementem tożsamości człowieka” (Boe przeciwko Marshall, nr 2:22-cv-00184: 592-12, 2024, s. 6, podkreślenie dodane).

[27] W związku z tym w niedawnym artykule dotyczącym oceny „nastolatków transpłciowych i o zróżnicowanej tożsamości płciowej” pod kątem zahamowania dojrzewania zaleca się zapewnienie pacjentów, że celem nie jest ustalenie, czy „są oni rzeczywiście transpłciowi” (Turban i in., 2025, s. 14). Zob. jednak sekcja 13.3.

Zwolennicy podejścia medycznego podkreślają, że niektóre osoby transpłciowe nie pragną ani nie potrzebują żadnych interwencji medycznych lub chirurgicznych.

Często twierdzi się, że tożsamość płciowa jest „wrodzona lub ustalona w młodym wieku", a zatem „nie można jej zmienić" [28, 29]. Łącząc tę koncepcję z definicją „osoby transpłciowej", otrzymujemy wniosek, że bycie osobą transpłciową jest cechą niemal niezmienną. (To samo dotyczy bycia cisgender). W tym ujęciu „dziecko transpłciowe" to dziecko, którego niezmienna tożsamość płciowa nie jest zgodna z jego płcią biologiczną, podczas gdy dzieci cisgender są przeciwieństwem.[30] Po zaakceptowaniu tego binarnego paradygmatu „dzieci transpłciowych" i „dzieci cis" terapeutyczne badanie przyczyn dyskomfortu dziecka związanego z jego ciałem płciowym jest łatwo odrzucane jako „terapia konwersyjna", nieetyczna próba ingerencji w rozwój autentycznej osobowości dziecka.[31,32]

Według wielu autorytetów w dziedzinie PGM istnieje test pozwalający ustalić, czy dziecko jest transpłciowe, czy cisgenderowe. Wynika to z faktu, że dzieci „wiedzą, kim są". A konkretnie, znają swoją „płeć" [33]. Jeśli „płeć" dziecka odpowiada jego „przypisanej płci biologicznej", jest ono cisgenderowe; jeśli nie, jest transpłciowe. Aby więc ustalić, czy dziecko jest transpłciowe, czy cisgenderowe, wystarczy je o to zapytać.

---

[28] Adkins (2016, s. 4); Ehrensaft (2017b, s. 7); Olson-Kennedy (2022, s. 9). Jednak we wcześniejszym artykule na temat podejścia PMT, którego współautorami są Ehrensaft i Olson-Kennedy, stwierdza się, że „mitem" jest twierdzenie, że tożsamość płciowa jest „niezmienna" (Hidalgo i in., 2013, s. 288), co wskazuje na pewną niejasność co do kluczowych terminów.

[29] W swoim raporcie biegłego sądowego w sprawie *Boe przeciwko Marshallowi* Aron Janssen, klinicysta zajmujący się kwestiami płci i wiceprzewodniczący ds. klinicznych w Oddziale Psychiatrii Dziecięcej i Młodzieżowej im. Pritzkera w Lurie, napisał, że tożsamość płciowa, „wrodzone poczucie płci danej osoby", „nie może zostać zmieniona poprzez interwencje medyczne lub psychologiczne" (Boe przeciwko Marshall, nr 2:22-cv-00184: 592-12, 2024, s. 6).

[30] Niektóre organy PMT kwestionują tę charakterystykę i twierdzą, że tożsamość płciowa dziecka transpłciowego odpowiada jego płci biologicznej – *nie* odpowiada natomiast „płci przypisanej przy urodzeniu" (Ehrensaft, 2017b, s. 9). [31] „Psychoterapia może być korzystna, ale nie powinna być wymogiem w leczeniu potwierdzającym tożsamość płciową, a terapia konwersyjna nie powinna być oferowana" Coleman et al. (2022, s. S10). Na temat „terapii konwersyjnej" zob. sekcja 14.5.2.1.

[32] Dwie książki, które omawiają temat „dziecka transpłciowego", to Gill-Peterson (2018) i Meadow (2018). Informacje na temat Gill-Peterson można znaleźć w Byrne (2024b, str. 243-244). Wczesne wyrażenie sceptycyzmu można znaleźć w Brunskell-Evans & Moore (2018).

[33] Badania potwierdzają, że dzieci przed okresem dojrzewania, które deklarują tożsamość TGD [transpłciową i różnorodną płciowo], *znają swoją płeć* tak samo jasno i konsekwentnie, jak ich rówieśnicy na tym samym etapie rozwoju, którzy identyfikują się jako cisgenderowi, i korzystają z takiego samego poziomu akceptacji społecznej" (Rafferty et al., 2018, podkreślenie dodane). Ponadto: „Osoby, których płeć przypisana przy urodzeniu jest przeciwna do płci, *z którą się identyfikują,* są często określane jako transpłciowe" (Turban & Ehrensaft, 2018, s. 1, pierwsze podkreślenie dodane); „badania pokazują, że dzieci i młodzież transpłciowa znają siebie i swoją płeć" (Ashley, 2022b, s. 15).

Natychmiastowy problem stanowi niezaprzeczalne zjawisko tymczasowej identyfikacji młodzieży jako osób transpłciowych. (Zob. sekcja 4.3.1.4.) Próbując rozwiązać tę trudność, Aron Janssen, wiceprzewodniczący ds. klinicznych w Oddziale Psychiatrii Dziecięcej i Młodzieżowej im. Pritzkera w Szpitalu Dziecięcym Lurie w Chicago oraz przewodniczący Komitetu ds. Orientacji Seksualnej i Tożsamości Płciowej Amerykańskiej Akademii Psychiatrii Dziecięcej i Młodzieżowej, stwierdził w zeznaniu, że chociaż tożsamość płciowa jest „statyczna" i „stała", „jej rozumienie może ewoluować w czasie".[34]

Dzieci cierpiące na dysforię i dzieci, które przeszły transformację społeczną, są rutynowo określane jako „dzieci transpłciowe". W niektórych przypadkach wynika to z wygody lub jest gestem szacunku. [35]Jednak użycie tego terminu może subtelnie wpływać na rozumowanie kliniczne. Określenie „transpłciowy" sugeruje niezgodność tożsamości płciowej z płcią biologiczną danej osoby, a ta niezgodność może rzekomo powodować dysforię płciową. ([36])Ponieważ tożsamości płciowej nastolatka nie można zmienić, oczywistym rozwiązaniem pozwalającym złagodzić cierpienie jest zmiana jego ciała. ([37])

---

[34] Boe przeciwko Marshall, nr 2:22-cv-00184: 558-16 (2024, str. 104-110). Niektórzy klinicyści PMT utrzymują, że taka zmiana w rozumieniu jest mało prawdopodobna: „istnieje niewielkie, ale niezerowe prawdopodobieństwo, że rozumienie własnej tożsamości płciowej będzie ewoluować w miarę upływu czasu" (Turban et al., 2025, s. 2). Według Diane Ehrensaft z UCSF „moje własne doświadczenie kliniczne pokazuje, że przed okresem dojrzewania można rozróżnić jedną grupę dzieci od drugiej, nie ze 100% dokładnością, ale z bardzo małym odchyleniem" (Ehrensaft, 2014, s. 578). Jak pisze Ehrensaft w swojej książce *The Gender Creative Child,* „możemy odróżnić jabłka (dzieci transpłciowe) od pomarańczy (dzieci nieprzystosowane płciowo, ale nie transpłciowe), czasami już w wieku trzech lat. Po co więc powstrzymywać jabłka, skoro już wiedzą, kim są?" (Ehrensaft, 2016, s. 55). Pomijając kwestię „dzieci transpłciowych", problem kliniczny polega na tym, czy można odróżnić dzieci z dysforią płciową, której dysforia ustąpi bez interwencji medycznej, od tych, u których dysforia utrzyma się w wieku dorosłym (patrz sekcja 4.3.2).

[35] Np. Olson i in. (2022).

[36] Według WPATH dysforia płciowa to „cierpienie *spowodowane* rozbieżnością między tożsamością płciową danej osoby a płcią przypisaną jej przy urodzeniu" Coleman et al. (2012, s. 221, podkreślenie dodane).
Cytat ten kontynuuje: „(oraz związane z tym role płciowe i/lub pierwotne i wtórne cechy płciowe)"; więc przynajmniej w teorii jednym ze sposobów złagodzenia dysforii płciowej byłaby zmiana „związanych z tym ról płciowych".

[37] Oświadczenie AAP dotyczące polityki obejmuje więcej młodych ludzi jako kandydatów do medykalizacji niż tylko tych z niezgodną lub niepasującą tożsamością płciową. Tytuł oświadczenia dotyczącego polityki brzmi: „Zapewnienie kompleksowej opieki i wsparcia dla dzieci i młodzieży transpłciowej *i o zróżnicowanej tożsamości* płciowej" (Rafferty i in., 2018, podkreślenie dodane). Oświadczenie dotyczące polityki stwierdza, że młodzież transpłciowa stanowi „podgrupę młodzieży o różnorodnej tożsamości płciowej". Oświadczenie dotyczące polityki wyraźnie utożsamia „różnorodność płciową" z „niezgodnością płciową" (ten ostatni termin jest odrzucany tylko ze względu na jego rzekomo pejoratywne konotacje).
W ten sposób młodzież nieprzystająca do norm płciowych jest *ogólnie* wybierana jako potencjalni odbiorcy terapii hormonalnej i operacji związanych z płcią. Te same uwagi dotyczą SOC-8 WPATH, *Standardów opieki zdrowotnej dla osób transpłciowych i* o różnej *tożsamości* płciowej, które również odradzają stosowanie terminu „niezgodny z płcią" (Coleman et al., 2022, s. S11, podkreślenie dodane); SOC-7 (Coleman et al., 2012) zawiera termin „niezgodny z płcią" w swoim tytule.

2.2 Terminologia stosowana w niniejszym przeglądzie

Chociaż komunikacja z pacjentami i rodzinami musi zawsze być wrażliwa i pełna współczucia, opisywanie płci jako kwestii „przypisania" jest w najlepszym razie mylące i w związku z tym nie jest prawdziwie pełne szacunku. Pacjenci i ich prawni opiekunowie mają prawo do informacji dotyczących ich sytuacji medycznej; jest to niezbędne do świadomego udziału w procesie podejmowania decyzji medycznych. Równie ważne jest, aby w ocenie dowodów używać dokładnego i precyzyjnego języka w odniesieniu do płci, aby zachować rzetelność naukową i wspierać rozsądną ocenę kliniczną.

Leczenie dzieci i młodzieży z GD stanowi szczególnie złożony przypadek komunikacji między lekarzem a pacjentem, ponieważ lekarze, co zrozumiałe, nie chcą zrażać swoich pacjentów; zaufanie jest podstawą wspólnego podejmowania decyzji.

Na całym świecie rośnie świadomość znaczenia stosowania precyzyjnego języka odnoszącego się do płci. Jak stwierdzono *w* najnowszym brytyjskim *przeglądzie danych, statystyk i badań dotyczących płci biologicznej i społecznej* (RSG):

> Analitycy muszą być w stanie używać jasnego i zrozumiałego języka w raportach dotyczących płci. Terminy takie jak kobiety, mężczyźni, chłopcy i dziewczęta są synonimami (odpowiednio) dorosłych kobiet i mężczyzn oraz dzieci każdej płci. Podobne uwagi dotyczą terminów takich jak matki i ojcowie, synowie i córki [38].

RSG odradza również stosowanie wyrażenia „płeć przypisana przy urodzeniu", zauważając, że jest ono „mylące".[39]

RSG zauważa, że słowo „płeć społeczna" ma „wiele różnych znaczeń, w tym: synonim płci biologicznej; struktury społeczne i stereotypy związane z płcią biologiczną; oraz tożsamość płciową".[40]Z tego powodu RSG ostrzega przed używaniem tego słowa, gdy może to prowadzić do nieporozumień. Doskonałym przykładem jest omówiona powyżej definicja „tożsamości płciowej" WPATH, w której użyto słowa „płeć społeczna" bez odpowiedniego

[38] Sullivan (2025, s. 11). Przegląd został zlecony przez poprzedni rząd konserwatywny i przyjęty z zadowoleniem przez obecnego sekretarza stanu ds. zdrowia i opieki społecznej z ramienia Partii Pracy (Scott, 2025).
[39] Sullivan (2025, s. 7).
[40] Sullivan (2025, s. 5).

Wyjaśnienie. Ze względu na niejasność i dwuznaczność termin „płeć” będzie zasadniczo pomijany w niniejszym przeglądzie. Termin „tożsamość płciowa” dziedziczy niejasność terminu „płeć” i również nie będzie używany. [41] Jak wspomniano, termin „dziecko transpłciowe” sugeruje, że interwencja medyczna jest domyślnym lub podstawowym sposobem postępowania. Z tego powodu będzie on pomijany. [42]

W niniejszym przeglądzie termin „transformacja społeczna” będzie używany w odniesieniu do procesu zmiany imienia związanego z płcią, prezentowania się jako osoba płci przeciwnej, odnoszenia się do siebie za pomocą zaimków trzeciej osoby dla płci przeciwnej [43] itd.

„Dysforia płciowa” (GD) znajduje się w DSM i obecnie nie ma żadnej akceptowanej alternatywy, dlatego będzie używana pomimo problemów związanych ze słowem „płeć”. „Niekorzystanie z norm płciowych” jest znanym i dobrze rozumianym wyrażeniem, dlatego również będzie używane (chociaż niektórzy mogą preferować „niezgodność ze stereotypami płciowymi”). Jak już wskazano, termin „pediatryczna medycyna płciowa” (PGM) będzie używany w odniesieniu do dziedziny klinicznej zajmującej się leczeniem dzieci i młodzieży z GD, czasami z zastosowaniem interwencji medycznych. Zamiast terminu „opieka potwierdzająca płeć” w niniejszym przeglądzie będzie używany termin „PMT” (pediatryczna transformacja medyczna), np. w wyrażeniach takich jak „podejście PMT”. Jest to termin bardziej precyzyjny i nie ma on żadnych pozytywnych ani negatywnych konotacji. Podejście PMT nie zawsze wiąże się z hormonami lub operacjami, ale niektórzy jego zwolennicy mają tendencję do postrzegania nawet transformacji społecznej jako pierwszego kroku w kierunku transformacji medycznej. Starsze określenie „hormony płciowe” (CSH)([44]) jest bardziej neutralne i informacyjne niż „terapia hormonalna potwierdzająca płeć”. Operacje zmiany cech płciowych([45]) u nastolatków będą opisywane w sposób medycznie standardowy, kliniczny i neutralny, np. „mastektomia”. Wreszcie, zamiast nowszego terminu „operacja potwierdzająca płeć” będzie używany starszy termin „operacja zmiany płci” (SRS).

---

[41] Istotne jest również stwierdzenie zawarte w RSG: „Pytania dotyczące tożsamości płciowej powinny uwzględniać fakt, że pojęcie tożsamości płciowej jako takie może być nieznane, niejasne lub nieistotne dla niektórych respondentów, a wielu respondentów może nie postrzegać siebie jako osoby posiadającej tożsamość płciową. Pytania nie powinny zakładać, że respondenci zgodzą się, że posiadają tożsamość płciową” (Sullivan, 2025, s. 9). RSG ilustruje, w jaki sposób „tożsamość płciowa” jest obecnie mocno zakorzeniona nie tylko w medycynie płciowej, ale także w statystyce społecznej (i, można dodać, w pedagogice). Pouczającą dyskusję na temat historii tego zagadnienia można znaleźć w pracy Brubakera (2025).

[42] Nie trzeba dodawać, że terminologia, która podkreśla inne ścieżki leczenia, jest równie niepożądana.

[43] Lub *oni* lub neo-zaimki (*xe/xem* i tym podobne).

[44] Nawet ta terminologia nie jest idealna: estrogeny są normalnie obecne u mężczyzn, chociaż w mniejszych ilościach niż u kobiet; odwrotnie jest w przypadku androgenów (w tym testosteronu).

[45] Cechy płciowe są albo *pierwotne* (zewnętrzne i wewnętrzne narządy rozrodcze), albo *wtórne* (cechy pojawiające się w okresie dojrzewania, takie jak piersi u kobiet i zarost u mężczyzn).

Rozdział 3 Historia i ewolucja medycyny płciowej u dorosłych i dzieci

Transformacja medyczna młodzieży cierpiącej na dysforię płciową jest stosunkowo nową praktyką, która wywodzi się z doświadczeń klinicznych związanych z transformacją osób dorosłych. W medycynie często zdarza się, że leczenie, które okazało się bezpieczne i skuteczne u osób dorosłych, rozszerza się na dzieci. W tym przypadku jednak sytuacja była odwrotna. Uzasadnieniem dla transformacji nastolatków była obserwacja, że transformacja medyczna u osób dorosłych często nie przynosiła pożądanych pozytywnych rezultatów. W niniejszym rozdziale wyjaśniono, jak do tego doszło, oraz przedstawiono dodatkowy kontekst historyczny.

W sekcjach 3.1, 3.2 i 3.3 krótko omówiono historię medycznej transformacji, która ma zaledwie sto lat. W sekcjach 3.4 i 3.5 wyjaśniono, w jaki sposób zaobserwowana niezdolność medycznej transformacji do przyniesienia pozytywnych skutków psychospołecznych u dorosłych skłoniła klinicystów w Holandii do zaproponowania modelu wczesnej interwencji, czego wynikiem był „protokół holenderski". W ostatniej sekcji opisano, w jaki sposób protokół holenderski przekształcił się w podejście „opieki potwierdzającej płeć" do pediatrycznej transformacji medycznej (PMT), zmianie, której towarzyszyły znaczące zmiany w populacji pacjentów pediatrycznych zgłaszających się z GD — zarówno pod względem wielkości, jak i składu demograficznego.

3.1 *Zjawisko transseksualizmu*

Osoby wykazujące skrajną niezgodność płciową, w tym osoby żyjące jako członkowie płci przeciwnej lub jako tzw. „trzecia płeć", były dokumentowane w całej historii ludzkości .[1] Jednym ze słynnych przykładów jest francuski dyplomata i szpieg Chevalière d'Eon (1728-1810), który przez ostatnie 32 lata swojego życia ubierał się i „udawał" kobietę. Wszyscy byli o tym przekonani, w tym ostatni król Francji Ludwik XVI.[2] Na początku XXwieku angielski lekarz i seksuolog Henry Havelock Ellis ukuł *termin „eonizm*", wzorując się na Chevalière, w odniesieniu do „osób czerpiących przyjemność z zachowań i

[1] Zob. np. Bullough i in. (1997); R. Green (1966); Herdt (1996); Peled (2016); Vasey & VanderLaan (2014). Wiele wcześniejszych kultur i niektóre współczesne mają „trzecią płeć": niektóre osoby jednej płci (zazwyczaj mężczyźni pociągani do osób tej samej płci) pełnią role społeczne (w pewnym sensie) podobne do ról osób drugiej płci. Błędem jest traktowanie tego zjawiska jako podobnego do współczesnego zachodniego „moment transgenderowego" – zob. Vasey (2022).
[2] Kates (2001, s. 218).

ubierali się jak osoby płci przeciwnej, ale nie byli seksualnie odwróceni, to znaczy, że ich uczucia seksualne nie były skierowane do osób tej samej płci."[3] Termin „eonizm" zaczął później określać szerszą kategorię, obejmującą osoby z silnymi pragnieniami płciowymi, które pociągały osoby tej samej płci.[4] W 1949 roku amerykański lekarz David Cauldwell użył terminu „transseksualista" w odniesieniu do „osób, które fizycznie należą do jednej płci, a psychicznie wydają się należeć do płci przeciwnej".(5)

Termin „transseksualizm" spopularyzował Harry Benjamin, niemiecko-amerykański endokrynolog i ojciec medycyny transpłciowej. Jego książka z 1966 roku, *zatytułowana „The Transsexual* Phenomenon" (Zjawisko transseksualizmu), była pierwszym kompleksowym opracowaniem w języku angielskim poświęconym medycznemu leczeniu osób, które „chcą poddać się operacji korekcyjnej, aby ich ciała przynajmniej przypominały ciała płci, do której czują się przynależne i do której gorąco pragną należeć".[6] Benjamin uważał, że hormony płciowe (CSH) połączone z operacją mogą „zmienić nieszczęśliwą i niedostosowaną osobę jednej płci w szczęśliwszą i bardziej adekwatną, choć bynajmniej nie wolną od nerwic, osobowość płci przeciwnej".[7]

W pierwszej połowie XXwieku odnotowano niewiele przypadków transseksualistów. Jedną z pierwszych osób, które poddały się operacji zmiany płci (SRS), był Einar Wegener, duński artysta, który pozował w strojach płci przeciwnej swojej żonie Gerdzie Gottlieb, utalentowanej malarce. W pogoni za tak bardzo pożądanymi zmianami ciała Wegener zwrócił się o pomoc do seksuologa Magnusa Hirschfelda, długoletniego przyjaciela Harry'ego Benjamina i założyciela Instytutu Nauk Seksualnych w Berlinie.(8) W 1930 roku w Berlinie i Dreźnie przeprowadzono na Wegenerze kastrację, penektomię i implantację jajników.

---

[3] Havelock Ellis (1937, str. 1, część druga); cytat za Byrne (2024b, str. 113-114). Według biografa d'Eona, historyka Gary'ego Katesa, „d'Eon nie był ani transwestytą, ani transseksualistą... nie ma po prostu żadnych wskazówek, że d'Eon nienawidził własnego ciała lub że pragnął, a nawet wyobrażał sobie, że byłoby mu lepiej w ciele kobiety" (Kates, 2001, s. xxii); cytat za Byrne (2024b, s. 229).

[4] Zob. np. Hamburger et al. (1953) (raport dotyczący przypadku Christine Jorgensen; zob. następna sekcja). Zob. również Benjamin (1967b, s. 107) i Blanchard (1989, s. 240).

[5] Cytat za Meyerowitz (2009, s. 44). Cytat pochodzi z książki Cauldwella z 1950 r. *pt. „Questions and Answers on the Sex Life and Sexual Problems of Trans-Sexuals*" *(Pytania i odpowiedzi dotyczące życia seksualnego i problemów seksualnych transseksualistów),* w której słowo „transseksualista" jest zapisane z łącznikiem. W 1949 r. Cauldwell użył terminu „psychopathic transexual" (z jedną literą „s") (Cauldwell, 2006, s. 41).

[6] Benjamin (1966, s. 14)

[7] Benjamin (1966, s. 164).

[8] Li (2023).

dodatkowe zabiegi w następnym roku. Nie przyniosły one oczekiwanych rezultatów. Einar Wegener, który stał się Lili Elbe, zmarł we wrześniu 1931 roku po „niekończących się cierpieniach”.[9]

3.2 Od George'a do Christine

Transseksualizm nie był wówczas zjawiskiem powszechnym. Zmieniło się to w 1952 roku, kiedy to pojawiła się wiadomość, że George Jorgensen, 24-letni Amerykanin pochodzenia duńskiego, przeszedł operację zmiany płci (SRS) w Danii:

> Jej sławę zapoczątkował dzień 1 grudnia 1952 r., kiedy to na pierwszej stronie gazety New York Daily News pojawił się krzykliwy nagłówek „BYŁA ŻOŁNIERKA STAŁA SIĘ BLOND PIĘKNOSCIĄ: OPERACJE PRZEMIENIŁY MŁODZIEŻ Z BRONX YOUTH” powitał czytelników *New York Daily News*. Popularny niedzielny dodatek do gazety Hearst Publications, *American Weekly*, zapłacił następnie dwadzieścia tysięcy dolarów za ekskluzywny wywiad z Jorgensen, który przybliżył jej historię milionom amerykańskich rodzin i wzbudził zainteresowanie światowej prasy. Kiedy w 1953 roku powróciła do Stanów Zjednoczonych, na lotnisku w Nowym Jorku czekało na nią bezprecedensowe trzysta osób z mediów... Jej „zmiana płci” była postrzegana przez wielu jako cud Boży, w którym to nie Chrystus, ale Christine – mężczyzna odrodzony jako kobieta – zapowiadała nową erę w historii ludzkości. ([10])

[W] tym samym roku Jorgensen spotkała Harry'ego Benjamina w Nowym Jorku i nawiązała z nim długoletnią przyjaźń. W liście z 1965 roku, tuż przed publikacją książki *The Transsexual Phenomenon*, Benjamin napisał: „Bez ciebie, Christine, nic z tego nie miałoby miejsca” ([11]).

Dorastając w Bronksie, młody George był wyśmiewany za swoje „dziewczęce cechy” i bardzo zmagał się ze swoją homoseksualnością:

> Jedno pytanie szczególnie niepokoiło George'a: w kościele i od kolegów ze szkoły dowiedział się, że związki homoseksualne są uważane za grzeszne i niemoralne. W domu Jorgensenów nigdy nie wypowiadano tego słowa. Wśród jego

---

[9] Elbe i in. (2020, s. 203); cytowane w Joyce (2021, s. 17). Lili najwyraźniej nie miała żadnych wyrzutów sumienia, pisząc w czerwcu 1931 r.: „Cena, którą zapłaciłam, wydaje mi się bardzo niewielka” (Elbe i in., 2020, s. 198). Na temat żalu zob. sekcja 13.4. Film z 2015 r. *pt. „Dziewczyna z Danii”* z Eddiem Redmaynem w roli głównej jest luźno oparty na historii Einara/Lili.

[10] Stryker (2000, str. v-vi).

[11] Jorgensen (1967, str. xi).

> sąsiedzi uważali „homoseksualistów” lub „dziwaków” za osoby nie do przyjęcia, a nawet niebezpieczne. W związku z tym seria romantycznych zauroczeń innymi młodymi mężczyznami stała się jego największym konfliktem w okresie dorastania. Choć George bardzo się starał uniknąć tych zauroczeń, nieustannie zakochiwał się w innych młodych mężczyznach w swoim wieku. Konflikt ten przyczynił się do epizodów depresji, niskiej samooceny, niskich aspiracji do osiągnięcia sukcesu i wielkiego osobistego nieszczęścia.[12]

Sam George skupił się na hormonalnym wyjaśnieniu swojej kobiecości i pociągu do osób tej samej płci – „nierównowadze gruczołowej”[13] – i był również (błędnie) przekonany, że jego genitalia są „niedorozwinięte”.[14] Można przypuszczać, że George znalazł angielskie tłumaczenie autobiografii Lili Elbe podczas poszukiwań w bibliotekach Nowego Jorku, „mając nadzieję znaleźć inne klucze do rozwiązania mojego dylematu”.[15] W każdym razie, w poszukiwaniu leczenia hormonalnego i chirurgicznego, którego potrzebował, George wyjechał w 1950 roku do Danii z biletem w jedną stronę. Tam „młodzieniec z Bronxu” został pacjentem Christiana Hamburgera, endokrynologa z Kopenhagi:[16]

> Być może Hamburger odczuwał szczególną sympatię do homoseksualistów, ponieważ jego siostra była lesbijką. Pomimo stosunkowo liberalnej polityki Danii, Hamburger z pewnością wiedział z doświadczeń swojej siostry, jak głęboko dyskryminacja gejów i lesbijek może być dla homoseksualistów niepokojąca. Nie mógł zaoferować swojej siostrze żadnej pomocy medycznej, ale wierzył, że może podjąć pewne kroki, aby pomóc George'owi Jorgensenowi, i był gotów spróbować [17].

---

[12] Docter (2013, s. 25-26).
[13] Docter (2013, s. 63).
[14] Docter (2013, s. 46).
[15] Jorgensen (1967, s. 80); hipotezę tę przedstawia Docter (2013, s. 38).
[16] Hamburger miał znakomitą karierę (Pedersen-Bjergaar, 1964). W przeciwieństwie do osiągnięć akademickich Hamburgera, Benjamin, zanim zainteresował się transseksualizmem, był znanym zwolennikiem „terapii odmładzającej” endokrynologicznej, która była wówczas modną metodą medyczną. W 1931 r. pozwał redaktora czasopisma *Journal of the American Medical Association (JAMA)* „za nazwanie jego terapii szarlatanerią” i przegrał sprawę (Pettit, 2013, s. 1070).
[17] Według Hertoft & Sørensen (1979) „zmiana płci” nie była pierwotnym planem: „duński zespół postrzegał Chrisa Jorgensena jako homoseksualistę cierpiącego z powodu swojej orientacji seksualnej i ponieważ sam poprosił o kastrację, nie odmówiono mu tej operacji. Dopiero później, gdy prasa opublikowała tę sprawę, zespół odpowiedzialny za zabieg zaakceptował ją jako zmianę płci. Dalszy ciąg tej historii jest dobrze znany” (s. 168). Hamburger miał zaprzeczyć, że Jorgensen był homoseksualistą w autobiografii Christine (Jorgensen, 1967, s. 101). Zob. również Docter (2013, s. 81).

W opisie przypadku, który później napisał dla *Journal of the American Medical Association* (*JAMA*), Hamburger opisał pragnienie George'a, aby „z pomocą medyczną uzyskać pozwolenie na życie „jak najbardziej zbliżone do kobiety” [18]. Hamburger przepisał estrogen, a wniosek George'a o kastrację złożony do duńskiego Ministerstwa Sprawiedliwości został zatwierdzony w 1951 roku.[19] Po kastracji nastąpiła penektomia, a później nieudana próba stworzenia sztucznej pochwy. „Jako osoba znana w całym kraju, Christine Jorgensen świeciła wyjątkowym blaskiem przez około trzydzieści lat” [20],[a]jej kariera zaczęła gasnąć w latach 80. Christine, która dużo piła i paliła, zmarła na raka w 1989 roku, w wieku 62 lat.

3.3 „Drogi doktorze Hamburger”

Po „sensacyjnej publikacji” na temat przemiany George'a Jorgensena w Christine, Hamburger otrzymał „unikalną kolekcję listów od znacznej liczby mężczyzn i kobiet pragnących zmienić płeć” [21]. Przeanalizował wszystkie 756 listów od 465 osób i opublikował wyniki w europejskim czasopiśmie endokrynologicznym *Acta Endocrinologica*. Jego korespondenci pisali z całego świata. Ponad trzy czwarte z nich stanowili mężczyźni, a niektórzy autorzy listów byli młodymi nastolatkami. Nie wszyscy wspominali o swojej orientacji seksualnej, ale kobiety były najbardziej otwarte, a 71% z nich podało przynajmniej pewne informacje. Mniej niż połowa mężczyzn podała „jakiekolwiek informacje na temat swoich impulsów seksualnych”([22]).Homoseksualizm dominował([23])wśród mężczyzn i był powszechny wśród kobiet:

> Godne uwagi jest to, że żadna kobieta nie przyznaje się do heteroseksualności, co ma miejsce w przypadku 22% wszystkich mężczyzn piszących listy... Żadna kobieta nie wspomina o pociągu do mężczyzn, wręcz przeciwnie. Kobiety, które doświadczyły krótszych lub dłuższych okresów życia małżeńskiego, uważały fizyczną stronę małżeństwa za nie do zniesienia. Zupełnie inaczej wygląda sytuacja mężczyzn transwestytów: nie wydaje się, aby odczuwali oni jakikolwiek

---

[18] Hamburger i in. (1953, s. 393).
[19] Jorgensen (1967, str. 114-116).
[20] Docter (2013, s. 255).
[21] Hamburger (1953, s. 361).
[22] Hamburger (1953, s. 368).
[23] Spośród 45% mężczyzn, którzy ujawnili informacje na temat swojej orientacji seksualnej, Hamburger sklasyfikował 65% jako homoseksualistów (Hamburger, 1953, tabela 3).

> niechęć do kobiecego ciała, chociaż twierdzi się, że erotyczne pociąganie, jeśli w ogóle występowało, zmniejszyło się z upływem lat lub doprowadziło do impotencji. [24]

16-letnia Amerykanka napisała:

> Zawsze zachowywałam się jak chłopiec i robiłam to, co oni. Kiedy byłam mniejsza, nosiłam ubrania moich braci [sic] i nawet teraz czasami to robię, kiedy nikogo nie ma w domu. To jednak nie jest najgorsze, odkąd chodzę do liceum, jestem zakochana w dziewczynie! I im bardziej próbuję zapomnieć o tej miłości, tym bardziej zdaję sobie sprawę, że nie chcę o niej zapomnieć. - - - Czytałam również o transwestytach, którzy chcieli tylko ubierać się jak osoby płci przeciwnej, ale ja tak nie czuję. Chcę ubierać się jak chłopiec, ale nie jest to na tyle poważne, żebym nie mogła tego kontrolować. ([25])

Niekonformizm płciowy w dzieciństwie jest silnie powiązany z późną homoseksualnością. [26]Ponieważ dysforia płciowa (GD) [27]występująca w dzieciństwie lub we wczesnym wieku wiąże się z ekstremalnym niekonformizmem płciowym, małe dzieci cierpiące z powodu swojego ciała płciowego prawdopodobnie wyrosną na osoby pociągane do osób tej samej płci. Jak stwierdza aktualny *Podręcznik diagnostyczny i statystyczny (*DSM-V-TR), „badania wykazały wysoką częstotliwość występowania pociągu seksualnego do osób tej samej płci, niezależnie od przebiegu dysforii płciowej u dzieci przed okresem dojrzewania". ([28])Harry Benjamin przedstawił własną interpretację homoseksualizmu George'a Jorgensena: „ponieważ stan psychiczny transseksualnego mężczyzny jest taki sam jak kobiety, naturalne jest, że pociąg seksualny koncentruje się na mężczyznach" (29).

Pomimo sensacyjnego rozgłosu, w latach 60. „zjawisko transseksualizmu" było wciąż w powijakach. Do 1965 roku Benjamin zbadał 307 przypadków, z których 220 uznał za „prawdziwych transseksualistów", a pozostałych zaklasyfikował jako „transwestytów". Prawie 90% transseksualistów stanowili mężczyźni. Tylko 62 mężczyzn i 11 kobiet przeszło operację.([30]) Odzwierciedlając

---

[24] Hamburger (1953, s. 369).
[25] Hamburger (1953, s. 370).
[26] Bailey & Zucker (1995); R. Green et al. (1987); Steensma et al. (2013).
[27] Ristori i Steensma (2016); Singh i in. (2021). Inne formy GD omówiono w Bailey i Blanchard (2017); Zucker i in. (2016). Zob. również sekcja 4.3.1.
[28] Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (2022, s. 516).
[29] Benjamin (1967a, s. ix).
[30]Benjamin (1966, s. 163).

W związku z tą nierównowagą, *książka „The Transsexual Phenomenon*” zawierała tylko jeden krótki rozdział poświęcony „kobietom transseksualnym”.

W 1979 r. popyt na „zmianę płci” stał się na tyle znaczący, że lekarze opiekujący się tą grupą pacjentów utworzyli stowarzyszenie zawodowe Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (HBIGDA), które w 1979 r. opublikowało pierwsze *standardy opieki*. W tym krótkim, napisanym na maszynie dokumencie „Zasada 2” z 32 brzmiała: „Hormonalna i chirurgiczna zmiana płci to zabiegi wymagające uzasadnienia medycznego i nie mające na tyle niewielkiego znaczenia, aby wykonywać je w trybie planowym”.([31])

W trzecim wydaniu DSM z 1980 r. zaburzenie „transseksualizm” zostało określone jako „najwyraźniej rzadkie”.([32]) W 1994 r. w DSM-IV podano: „Dane z mniejszych krajów europejskich, które mają dostęp do statystyk dotyczących całej populacji i skierowań, sugerują, że około 1 na 30 000 dorosłych mężczyzn i 1 na 100 000 dorosłych kobiet decyduje się na operację zmiany płci”.(33) „Punkt zwrotny dla osób transpłciowych”(34) jeszcze nie nastąpił.

3.4 Wyniki transformacji dorosłych

Transformacja medyczna u dzieci rozpoczęła się w Holandii, gdzie od lat 70. XX wieku oferowano leczenie dorosłych w szpitalu akademickim, a koszty transformacji medycznej były refundowane przez holenderski system ubezpieczeń zdrowotnych [35]. Dostępność kompleksowej i wiarygodnej dokumentacji medycznej dała lekarzom możliwość zbadania, jak radzą sobie pacjenci, a artykuł opisujący wyniki badań został opublikowany w 1988 r.: „Operacja zmiany płci: badanie 141 holenderskich transseksualistów”. Badania były prowadzone przez psycholog Peggy Cohen-Kettenis, która wcześniej pracowała z dorosłymi transseksualistami na Wydziale Seksuologii Uniwersytetu w Utrechcie. W 1987 roku przeniosła się na Wydział

[31] Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (1979).
[32] Kryteria diagnostyczne znajdują się w załączniku 2. Pierwsze dwie wersje DSM zawierały przelotnie terminy „transwestytyzm” (American Psychiatric Association (1952, s. 39) i „transwestytyzm” (American Psychiatric Association (1968, s. 44). Zob. również Drescher & Yarbrough (2024).
[33] Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (1994, s. 535). Zob. również Dhejne i in. (2014). Zgodnie z pierwszymi *standardami opieki* „na początku 1979 r. nieudokumentowane szacunki dotyczące liczby dorosłych Amerykanów, którzy przeszli hormonalną i chirurgiczną zmianę płci, wahają się od 3000 do 6000” (Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association, 1979).
[34] Tytuł artykułu z okładki *magazynu Time* z 2014 r. (Steinmetz, 2014).
[35] Bakker (2021, s. 29).

psychiatrii dziecięcej i młodzieżowej w Szpitalu Akademickim w Utrechcie (obecnie UMC Utrecht), gdzie zaczęła przyjmować dzieci i młodzież z GD. [36]

Cohen-Kettenis wraz ze swoim współautorem i studentem Bramem Kuiperem wysłali listy rekrutacyjne do wszystkich 229 pacjentów zdiagnozowanych przez Netherlands Gender Care Foundation (NGCF) jako „transseksualiści, którzy... przynajmniej rozpoczęli terapię hormonalną". Spośród 141 osób, które zgodziły się wziąć udział w badaniu, było „36 FM (transseksualistów z płci żeńskiej do męskiej) i 105 MF (transseksualistów z płci męskiej do żeńskiej)".([37]) Znajdowali się oni na różnych etapach transformacji medycznej. Niektórzy z nich przeszli już operację, podczas gdy inni dopiero rozpoczęli terapię CSH; czas obserwacji od rozpoczęcia leczenia wynosił od jednego miesiąca do ponad 10 lat. Średni wiek pacjentów wynosił około 30 lat (osoby FM) i około 35 lat (osoby MF). Zostali oni poddani ocenie w formie wywiadów, a wszyscy oprócz trzech zostali przesłuchani w swoich domach.

Z pozytywnej strony, 65% respondentów stwierdziło, że czuje się szczęśliwych lub bardzo szczęśliwych, podczas gdy 11% stwierdziło, że jest nieszczęśliwych lub bardzo nieszczęśliwych. Prawie wszyscy FM i prawie 80% MF ocenili swoją zdolność do „przechodzenia za członka nowo przyjętej płci" jako dobrą lub bardzo dobrą. Żadna z osób, które poddały się operacji, „nie miała żadnych poważnych wątpliwości co do decyzji o pozbyciu się swoich pierwotnych i wtórnych cech płciowych oraz chirurgicznej zmianie ciała zgodnie z cechami płci przeciwnej", z wyjątkiem jednej osoby FM, która jednak nie żałowała życia jako mężczyzna ([38]).

Z drugiej strony, chociaż subiektywne wyniki zgłaszane przez samych pacjentów były dobre, obiektywne pomiary pokazywały coś innego. Jedna na siedem MF i jedna na 36 FM próbowała popełnić samobójstwo po rozpoczęciu leczenia. (Spośród wszystkich pacjentów, którzy zgłosili się do NGCF w ciągu ostatnich 10 lat, trzech popełniło samobójstwo po zakończeniu leczenia). 60% MF i 37% FM było bezrobotnych, a 59% MF i 33% FM nie miało partnerów romantycznych.[39] Komentując poprzednie badania dotyczące SRS, naukowcy zauważyli: „w raportach tych można dostrzec tendencję, że subiektywne samopoczucie

[36] Bakker (2021, s. 113).
[37] Kuiper & Cohen-Kettenis (1988, s. 442).
[38] Kuiper & Cohen-Kettenis (1988, s. 450).
[39] Kuiper & Cohen-Kettenis (1988, s. 447).

transseksualistów wzrosła, podczas gdy „poprawa” ich rzeczywistej sytuacji życiowej nie zawsze jest obserwowana.”[40]

Czy transformacja medyczna przynajmniej złagodziła dysforię płciową? Co ciekawe, nie stwierdzono związku między zgłaszanym poziomem szczęścia a etapem transformacji:

> Chociaż spora liczba osób przypisuje swoje poczucie szczęścia operacji zmiany płci, wydaje się, że nie ma bezpośredniego związku między subiektywnym samopoczuciem a fazą terapii. Osoby, które przeszły operację zmiany płci, nie są ani szczęśliwsze, ani mniej szczęśliwe niż osoby, które nadal znajdują się w początkowej fazie terapii. Innymi słowy, pozytywna ocena swojego życia przez daną osobę nie jest bezpośrednio związana z postępami w fizycznej adaptacji do płci przeciwnej. ([41])

Naukowcy spekulowali, że może to wynikać z efektu oczekiwań:

> Nie wydaje się jednak uzasadnione wnioskowanie, że fizyczna adaptacja nie ma znaczenia dla szczęścia danej osoby i że operacje mogłyby równie dobrze zostać pominięte. Należy pamiętać, że ogólnie rzecz biorąc, [osoby FM i MF, które nie ukończyły leczenia] są szczęśliwe, wiedząc, że operacje zostaną przeprowadzone w rozsądnym terminie. Biorą one pożyczkę na przyszłość.[42]

Chociaż naukowcy twierdzili, że „nie ma powodu, aby wątpić w terapeutyczny efekt operacji zmiany płci”, jasno stwierdzili, że wiąże się to ze znacznymi kosztami:

> Operacja zmiany płci nie jest panaceum. Łagodzenie problemów związanych z płcią nie prowadzi automatycznie do szczęśliwego i beztroskiego życia. Wręcz przeciwnie, operacja zmiany płci może prowadzić do nowych problemów ([43]).

Dlaczego szczególnie MF radzili sobie tak słabo? Pojawiły się trzy możliwe wyjaśnienia. Jednym z nich było to, że „przejście” jest łatwiejsze dla FM ze względu na siłę

---

[40]Kuiper & Cohen-Kettenis (1988, s. 440). Dhejne i in. (2011) zbadali długoterminowe wyniki 324 osób w Szwecji, które w latach 1973-2003 przeszły operację zmiany płci (SRS) (191 MF, 133 FM). Dhejne i in. doszli do wniosku, że: „Osoby z transseksualizmem po zmianie płci są znacznie bardziej narażone na śmiertelność, zachowania samobójcze i zachorowalność psychiatryczną niż ogół społeczeństwa”.

[41] Kuiper i Cohen-Kettenis (1988, str. 454).

[42] Kuiper i Cohen-Kettenis (1988, s. 454).

[43] Kuiper & Cohen-Kettenis (1988, str. 455).

testosteron.[44] Po drugie, „społeczeństwo generalnie ma skłonność do łagodniejszego postrzegania kobiet, które ubierają się i/lub zachowują jak mężczyźni”.[45] Wreszcie, osoby MF przeszły transformację później i częściej były w związkach małżeńskich i miały dzieci, co wiązało się z „większym obciążeniem przeszłością jako osoba pierwotnej płci”.[46,47]

Jedną z możliwości, której holenderscy badacze nie wzięli pod uwagę, było to, że osoby FM radziły sobie lepiej, ponieważ po zmianie płci łatwiej było im utrzymać związki romantyczne.[Jak] Hamburger poinformował w swojej korespondencji z 1953 r., „co najmniej 10 kobiet otwarcie stwierdziło, że chcą zmienić płeć, aby móc poślubić swoją przyjaciółkę lub zalegalizować swój związek”([48]). Najwyraźniej pominięto również powiązaną możliwość, że transformacja może być atrakcyjna dla młodych gejów i lesbijek cierpiących z powodu społecznego potępienia ich homoseksualizmu([49]).

3.5 Uzasadnienie zmiany płci u młodzieży

Wcześniejsza transformacja medyczna dawała pacjentom większą szansę na „przejście” i zmniejszała „ciężar przeszłości”, więc być może interwencja w młodszym wieku poprawiłaby jakość życia transseksualistów. Cohen-Kettenis tak uważała. Jak wyjaśnia socjolog Michael Biggs,

> Cohen-Kettenis wierzyła, że osoby transseksualne osiągną lepsze wyniki, jeśli rozpoczną leczenie przed osiągnięciem dorosłości. W połowie lat 90. kierowała niektórych pacjentów w wieku 16 i 17 lat do kliniki w Amsterdamie w celu przeprowadzenia interwencji endokrynologicznej przed podaniem hormonów płciowych... Na przykład Johanna „spełniała wszystkie niezbędne wymagania do wczesnego leczenia”: nie lubiła dziewczęcych rzeczy (chociaż jej siostry też nie), lubiła piłkę nożną, nigdy nie umawiała się na randki w szkole (co nie jest zaskakujące, biorąc pod uwagę, że była homoseksualistką), a jej rodzice odkryli, że nosi obcisłą koszulkę, aby ukryć piersi... W wieku 17 lat została przywieziona do kliniki, gdzie przepisano jej progestagen na cztery miesiące, a następnie testosteron.

---

[44] Działa to w obie strony. Po pierwsze, testosteron może radykalnie zmienić kobiece ciało; po drugie, skutki działania testosteronu w okresie dojrzewania na męskie ciało są trudne lub niemożliwe do odwrócenia. Zob. sekcja 7.4.
[45] Kuiper & Cohen-Kettenis (1988, s. 455).
[46] Kuiper & Cohen-Kettenis (1988, s. 456).
[47] Zob. również Smith i in. (2005, s. 97).
[48] Hamburger (1953, s. 370).
[49] Zob. Barnes (2023, s. 159-164).

> W ciągu dwóch lat Jaap (jak nazywała się Johanna) przeszła mastektomię, histerektomię i wycięcie jajników oraz uzyskała nowy akt urodzenia.[50]

W 1991 roku Cohen-Kettenis i jej kolega Louis Gooren obniżyli wiek kwalifikujący do CSH do 16 lat, ale Cohen-Kettenis nie zalecała jeszcze stosowania leków blokujących dojrzewanie (PB).[51] Holenderskaendokrynolog dziecięca Henriette Delemarre-van de Waal kilka lat wcześniej, w 1987 roku, leczyła pierwszą pacjentkę za pomocą leków blokujących. „FG" była dziewczynką z wczesną dysforią płciową:

> Od piątego roku życia FG „bardzo jasno dawała do zrozumienia, że powinna być chłopcem". Później okazało się, że FG pociągały seksualnie kobiety. Ojciec FG, Włoch o tradycyjnych poglądach na płeć, nie akceptował męskości swojej córki, co doprowadziło do poważnego konfliktu. Intensywna psychoterapia nie poprawiła sytuacji; w wieku 12 lat FG napisała list samobójczy.[52]

W wieku 13 lat FG przepisano leki blokujące dojrzewanie, które przyjmowała do 18 roku życia, po czym przeszła wiele operacji, w tym mastektomię i histerektomię.

FG zgłosił się do kliniki genderowej w Utrechcie trzy lata po rozpoczęciu przyjmowania leków blokujących dojrzewanie. Cohen-Kettenis wspomina:

> Nigdy nie zapomnę tego pierwszego chłopca leczonego Decapeptylem[53] przez Henriette Delemarre. Wywarł na mnie wrażenie swoim chłopięcym wyglądem w wieku 16 lat – co było naturalne, ponieważ nie wszedł jeszcze w okres dojrzewania. Henriette i ja rozpoczęliśmy tę przygodę. Nikt nie wiedział, jakie będą długoterminowe skutki podawania leków blokujących dojrzewanie. Tak, byłam zdenerwowana: a co, jeśli popełnisz błąd w przypadku takiego nastolatka i będziesz musiała to cofnąć! ([54])

Dzięki współpracy Cohena-Kettenisa i Delemarre-van de Waala powstał „protokół holenderski" dotyczący medycznej transformacji młodzieży.[55] Od 1997 r., w przypadku starannie wybranych

---

[50] Biggs (2023b, s. 350).
[51] Bakker (2021, s. 118).
[52] Biggs (2023b, s. 350).
[53] Nazwa handlowa triporeliny, agonisty hormonu uwalniającego gonadotropinę (GnRHa); triporelina oddziałuje na przysadkę mózgową, blokując dojrzewanie płciowe u nastolatków. Zob. sekcja 7.3.
[54] Bakker (2021, s. 115).
[55] Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis (2006).

„młodzieńczych transseksualistów”, u których GD o wczesnym początku nasila się w okresie dojrzewania, PB można podawać już w wieku 12 lat. [56] Hormony płciowe można podawać w wieku 16 lat, a operacje wykonywać w wieku
18 roku życia. [57] Pacjenci musieli być zdrowi psychicznie i mieć wsparcie rodziny.

FG było obserwowane 22 lata później, w wieku 35 lat:[58]

> FG nie żałował zmiany płci, ale uzyskał wysoki wynik w skali depresji. Z powodu „wstydu związanego z wyglądem swoich genitaliów i poczucia nieadekwatności w sprawach seksualnych” nie był w stanie utrzymać romantycznego związku z dziewczyną.
> Jak na ironię, „silna niechęć do własnej anatomii płciowej” jest jednym z kryteriów diagnostycznych dysforii płciowej u dzieci (zgodnie z DSM-5), więc pod tym względem nie jest jasne, w jaki sposób dysforia została rozwiązana... Obecnie 48-letni FG udzielił ostatnio dwóch wywiadów. Sytuacja FG wydaje się poprawić, a on sam ma obecnie poważną dziewczynę. Opisuje on hamowanie dojrzewania jako „ratujące życie” w jego przypadku... ale zaleca również, aby wymagało to znacznego procesu oceny. ([59])

3.6 Rozpowszechnienie protokołu holenderskiego i wzrost popularności „opieki potwierdzającej tożsamość płciową”

W Stanach Zjednoczonych HBIGDA poparła stosowanie blokerów dojrzałości płciowej w szóstej wersji swoich wytycznych klinicznych, *Standards of Care* (SOC-6, 2001):

> Dwa cele uzasadniają tę interwencję: a) zyskanie czasu na dalsze badanie tożsamości płciowej i innych kwestii rozwojowych w ramach psychoterapii; oraz b) ułatwienie przejścia, jeśli nastolatek nadal dąży do zmiany płci i tożsamości płciowej. Aby podać nastolatkowi hormony opóźniające dojrzewanie, muszą być spełnione następujące kryteria:

[56] Bakker (2021, s. 121).
[57] W rzeczywistości operacja była obowiązkowa do 2014 r. (Gregory, 2021).
[58] Cohen-Kettenis i in. (2011).
[59] Biggs (2023b, s. 355).

1. przez całe dzieciństwo nastolatek wykazywał intensywne tendencje do tożsamości płciowej i płciowej oraz niechęć do oczekiwanych zachowań związanych z rolą płciową;

2. dyskomfort związany z płcią biologiczną i płcią społeczną znacznie wzrósł wraz z nadejściem okresu dojrzewania;

3. rodzina wyraża zgodę i uczestniczy w terapii. [60]

SOC-6 błędnie scharakteryzowało również PB jako „w pełni odwracalne" (patrz rozdział 7). Jak wskazuje Biggs, „opublikowane dowody na korzyści płynące z hamowania dojrzewania obejmowały wówczas pojedyncze studium przypadku jednego pacjenta – FG – oczekującego na ostateczną operację". [61]

W Stanach Zjednoczonych PB zostały po raz pierwszy przepisane w przypadku GD w Boston Children's Gender Management Service (GeMS, obecnie Gender Multispeciality Service) około 2007 r., a cztery lata później w brytyjskiej Gender Identity Development Service (GIDS).[62] GeMs nie ustaliło minimalnego limitu wieku, podobnie jak brytyjska służba zdrowia (National Health Service) w 2015 roku. [(63)] Stosunkowo rygorystyczne zasady protokołu holenderskiego wkrótce ustąpiły miejsca podejściu bardziej zorientowanemu na pacjenta (patrz sekcja 4.1. i rozdział 11). Miało to miejsce nie tylko w Stanach Zjednoczonych, ale także w innych krajach, w tym w Wielkiej Brytanii:

> Od 2014 r. leki blokujące dojrzewanie przestały być stosowane wyłącznie w ramach protokołu badawczego i stały się dostępne w ramach rutynowej praktyki klinicznej... Ponadto nie przestrzegano już surowych kryteriów włączenia do holenderskiego protokołu, a leki blokujące dojrzewanie p o d awano szerszej grupie nastolatków... Obejmowało to pacjentów bez historii niezgodności płciowej przed okresem dojrzewania, a także osoby z neurodiversją i złożonymi objawami zaburzeń zdrowia psychicznego.[64]

W 2007 r. HBIGDA przekształciło się w Światowe Stowarzyszenie Specjalistów ds. Zdrowia Osób Transpłciowych (WPATH). W 2009 r. zastanawiając się nad „nowymi paradygmatami, które pojawiły się w odniesieniu do natury

---

[60] Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (2001, s. 10).
[61] Biggs (2023b, s. 353).
[62] GIDS zostało zamknięte w marcu 2024 r.; zob. również Barnes (2023).
[63] Biggs (2023b, s. 354).
[64] Cass (2024a, s. 73).

tożsamości i doświadczeń osób transpłciowych”, Lin Fraser, ówczesna prezes-elekt WPATH, napisała:

> Nowy model postrzega płeć jako kontinuum, a nie dychotomię męska/żeńska i wymaga zindywidualizowanych ścieżek rozwoju płciowego, które mogą, ale nie muszą obejmować terapię hormonalną i operację zmiany płci.[65]

Siódma wersja *Standardów Opieki* (SOC-7) została opublikowana w 2012 roku i stanowiła znaczące odejście od SOC-6, odchodząc od medycznej kontroli dostępu do modelu „potwierdzającego płeć”. Na przykład SOC-6 zalecało, aby CSH było stosowane wyłącznie u pacjentów w wieku 18 lat lub starszych, którzy mieli „doświadczenie w prawdziwym życiu” („życie w pożądanej płci”) lub byli w trakcie psychoterapii przez co najmniej trzy miesiące. W SOC-7 nie było ograniczeń wiekowych dotyczących CSH, wymagano jedynie, aby nastolatek wyraził „świadomą zgodę”, a rodzice lub opiekunowie również „wyrazili zgodę na leczenie i byli zaangażowani we wspieranie nastolatka”. Nie było zaleceń dotyczących psychoterapii lub doświadczenia w prawdziwym życiu. SOC-7 skutecznie ograniczyło rolę specjalistów ds. zdrowia psychicznego do przeprowadzania ocen wymaganych przez firmy ubezpieczeniowe w celu uzyskania zwrotu kosztów.

Kolejna zmiana była widoczna w tytule SOC-7. SOC-6 stanowiło standardy opieki „w przypadku zaburzeń tożsamości płciowej”, natomiast SOC-7 dotyczyło „zdrowia osób transseksualnych, transpłciowych i nieprzystających do norm płciowych”. Termin „niebinarny” musiał poczekać na swoją kolej i pojawił się po raz pierwszy w aktualnych wytycznych SOC-8 (2022), w rozdziale poświęconym tej kwestii ([66]). Pierwsza wersja *standardów opieki* została napisana przez zaledwie sześć osób i liczyła nieco ponad 3000 słów; SOC-8 ma ponad 100 współautorów i ponad 100 000 słów.

W 2011 roku Cohen-Kettenis i współpracownicy opublikowali badanie uzupełniające dotyczące 70 nastoletnich pacjentów, którzy w latach 2000–2008 otrzymali PB w Holandii. Wyniki

---

[65] Fraser (2009, str. 113-114, cytaty pominięte). Jednym z cytatów pominiętych w cytacie jest *The Apartheid of Sex: A Manifesto on the Freedom of Gender* autorstwa Martine Rothblatt. Rozdział 1 tej książki nosi tytuł „Five Billion Sexes” („Pięć miliardów płci”) i zaczyna się następująco: „Istnieją dwie płcie, męska i żeńska, prawda? Nieprawda! W rzeczywistości istnieje ciągłość typów płci, od bardzo męskiej do bardzo żeńskiej, z niezliczoną ilością odmian pomiędzy nimi” (Rothblatt, 1995, s. 1).

[66] Badanie przeprowadzone w 2020 r. wśród młodzieży w wieku 13–24 lat w Stanach Zjednoczonych, która identyfikowała się jako LGBTQ, wykazało, że spośród 11 914 osób identyfikujących się jako transpłciowe lub niebinarne ponad 60% identyfikowało się jako te ostatnie (A. E. Green i in., 2022, s. 645).

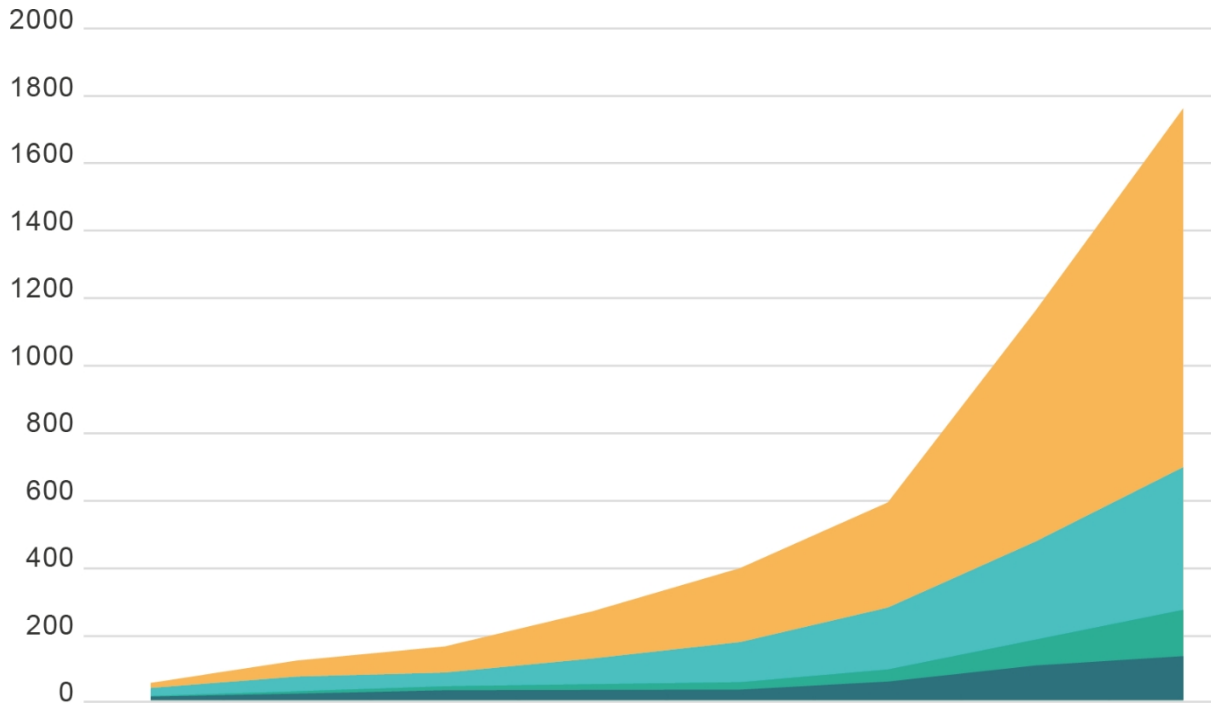
zostały zinterpretowane jako zachęcające: „Problemy behawioralne i emocjonalne oraz objawy depresji uległy zmniejszeniu, a ogólne funkcjonowanie uległo znacznej poprawie podczas hamowania dojrzewania”.[67] Badanie z 2014 r. przeprowadzone na tej samej grupie pacjentów po operacji zmiany płci – ale z udziałem tylko 55 z pierwotnych 70 osób – zawierało podobnie pozytywny wniosek: „Po zmianie płci, w młodym wieku dorosłym, GD uległo złagodzeniu, a funkcjonowanie psychiczne uległo stałej poprawie”.([68]) Te dwa badania stanowią podstawową bazę dowodową protokołu holenderskiego i są szeroko cytowane w celu jego poparcia. (Jak wykazała późniejsza analiza, nie jest to prawdą: patrz sekcja 4.3.6.)

Wcześniej zaobserwowana tendencja do homoseksualizmu u pacjentów z GD o wczesnym początku utrzymała się w holenderskiej grupie. Spośród początkowej grupy 70 osób tylko jedna zgłosiła heteroseksualizm; pozostałe 69 osób zgłosiło homoseksualizm (62), biseksualizm (sześć) lub „nie wiem jeszcze” (jedna). [69] (Zob. również sekcja 13.3.1.)

Mniej więcej w czasie, gdy Cohen-Kettenis i współpracownicy opublikowali swoje pierwsze badania, lekarze zaczęli obserwować gwałtowny wzrost liczby pacjentów pediatrycznych. Co więcej, profil demograficzny tych pacjentów ulegał zmianie, a dominującą grupą stały się nastoletnie dziewczęta. Tendencję tę ilustruje wykres 3.1, przedstawiający skierowania do GIDS w latach 2009–2016.

[67] de Vries i in. (2011, s. 2276).
[68] de Vries i in. (2014, s. 696).
[69] de Vries i in. (2011, tabela 1).

Rysunek 3.1: Stosunek płci wśród dzieci i młodzieży skierowanych do GIDS w Wielkiej Brytanii (2009–2016)[70]



	2009	2010	2011		2013	2014	2015	2016
Nastolatki F	15	48	78	141	221	314	689	1071
Nastolatki M	24	44	41	77	120	185	293	426
Dzieci F	2	7	12	17	22	36	77	138
Dzieci M	10	19	29	30	31	55	103	131

W ramach powiązanego trendu kraje zachodnie zaczęły zgłaszać rosnącą liczbę nastolatków, którzy często nieoczekiwanie ujawniali swoją tożsamość transpłciową, co często było zaskoczeniem dla ich rodziców [(71)]. Liczbę pacjentów pediatrycznych ubiegających się o medyczną zmianę płci można jedynie szacować [(72)], ale popyt w krajach europejskich przewyższył podaż, a listy oczekujących sięgają 2 lat lub więcej. W odpowiedzi na rosnący popyt w Stanach Zjednoczonych — charakteryzujących się zdecentralizowanym i sprywatyzowanym systemem opieki zdrowotnej — zaobserwowano

[70] Przedruk z Cass (2024a, s. 70); oryginał w de Graaf et al. (2018, rys. 1).
[71] Zob. sekcja 4.3.1.4.
[72] Według Human Rights Campaign (HRC) „obecnie w Stanach Zjednoczonych jest ponad 300 000 młodzieży transpłciowej w wieku licealnym (13–17 lat), *z których wiele potrzebuje* opieki *potwierdzającej tożsamo*ść płciową" (Human Rights Campaign, b.d.), podkreślenie dodane). Zob. również Williams Institute (2024).

Pojawienie się wielu nowych specjalistycznych klinik zajmujących się kwestiami płci, a także wzrost liczby niezależnie praktykujących lekarzy.[73] Według ostatnich ostrożnych szacunków, w marcu 2023 r. w Stanach Zjednoczonych działało 271 klinik oferujących PMT, choć 70 z nich było nieaktywnych z powodu ograniczeń prawnych.[74]

Wraz ze wzrostem doświadczenia klinicznego w leczeniu młodzieży z GD na całym świecie, obawy dotyczące modelu PMT stały się coraz bardziej widoczne. W odpowiedzi na to, organy zdrowia publicznego w kilku krajach europejskich wszczęły formalne dochodzenia w tej sprawie. Najbardziej kompleksowym z nich jest brytyjski Cass Review z 2024 r., wspomniany w rozdziale 1. W wyniku takich dochodzeń niektóre europejskie organy ds. zdrowia ograniczają obecnie kwalifikowalność do medycznej transformacji płciowej i wdrażają nowe wymagania badawcze oraz zabezpieczenia. W Stanach Zjednoczonych, gdzie rządowe organy ds. zdrowia odgrywają bardziej ograniczoną rolę, a praktyka medyczna jest regulowana głównie na poziomie stanowym, wiele stanów zwróciło się ku środkom legislacyjnym w celu ograniczenia lub zakazania medycznej transformacji płciowej u dzieci.([75])

Jak zauważyła Hilary Cass w 2022 r., „nie jest pomocne traktowanie kwestii tożsamości płciowej jako wyjątkowych".[76] Konsensus w pediatrycznej medycynie płciowej (PGM) sprzed 10 lat był napędzany przez to wyjątkowe traktowanie, które obecnie zaczęło się zmieniać. W następnym rozdziale wyjaśniono, dlaczego ta zmiana ma miejsce.

[73] Levine i in. (2022a, s. 708).
[74] Borah i in. (2023, s. 375-376).
[75] Harmon (2024).
[76] Cass (2022b).

Rozdział 4 Międzynarodowe odejście od modelu „potwierdzania płci”

Od czasu opublikowania protokołu holenderskiego w 2006 r. praktyka „potwierdzania płci” (lub opieki „afirmacyjnej”) szybko się rozprzestrzeniła. Obecnie obserwujemy globalne odwrócenie tej tendencji. Kilka krajowych organów ds. zdrowia ograniczyło interwencje hormonalne i chirurgiczne u nieletnich. W sekcji 4.1 przedstawiono krótki przegląd wzrostu popularności pediatrycznej transformacji medycznej (PMT) jako podstawowej odpowiedzi na dysforię płciową (GD) u dzieci i młodzieży.
W sekcji 4.2 podsumowano trwające odwrócenie praktyki, które ma obecnie miejsce w coraz większej liczbie krajów. W sekcji 4.3 omówiono przyczyny tych zmian.

4.1 Rozwój modelu opieki afirmatywnej

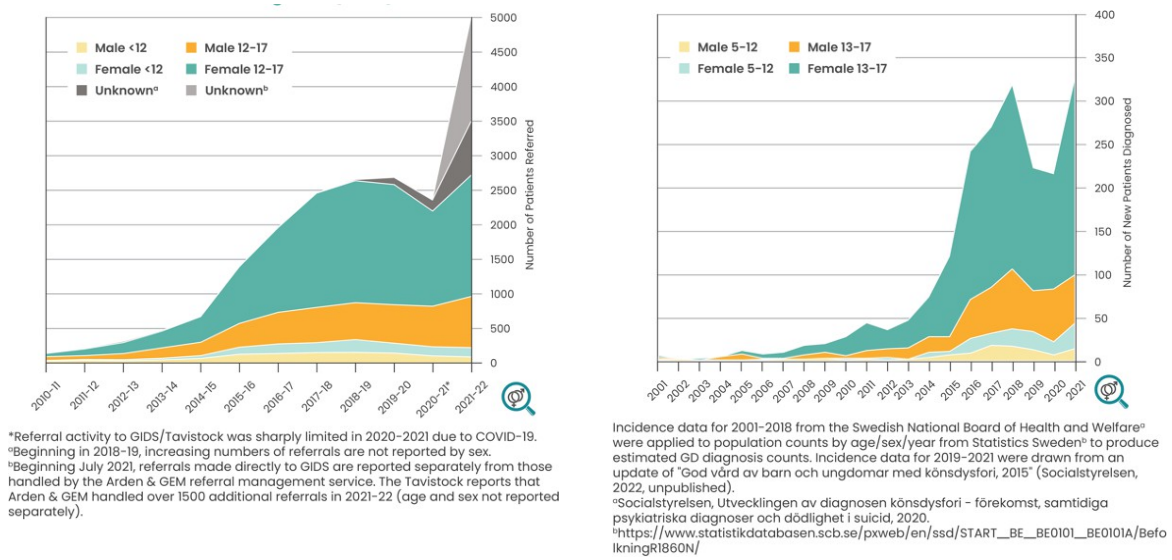
Po opublikowaniu protokołu holenderskiego w 2006 r.[1] środki blokujące dojrzewanie (PB) i hormony płciowe (CSH) zostały włączone do wytycznych dotyczących praktyki klinicznej (CPG) Endocrine Society z 2009 r.[2],w których zalecono stosowanie interwencji hormonalnych u niektórych pacjentów pediatrycznych z GD. Podejście to zostało również zalecone w wytycznych Światowego Stowarzyszenia Profesjonalistów ds. Zdrowia Osób Transpłciowych (WPATH) z 2012 r.[3] Co ważne, poparcie to pojawiło się przed opublikowaniem w 2014 r. ostatecznej analizy wyników psychologicznych pierwotnej holenderskiej kohorty[4] —i kilka lat przed pojawieniem się pierwszych systematycznych przeglądów dowodów (SR) zleconych przez organy zdrowia publicznego w 2019 i 2020 r.[5] W tym samym okresie gwałtownie wzrosła liczba dzieci i młodzieży zgłaszających objawy GD i szukających pomocy medycznej — tendencja ta stała się powszechna w krajach zachodnich. Jednocześnie profil epidemiologiczny pacjentów uległ znacznej zmianie: podczas gdy wcześniej

---

[1] Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis (2006). Wyniki leczenia pierwszej grupy pacjentów zgodnie z protokołem zostały opublikowane w 2011 i 2014 r. (de Vries et al., 2011, 2014).
[2] Hembree et al. (2009).
[3] Wytyczne z 2012 r. były siódmymi wytycznymi CPG tej organizacji (Coleman et al., 2012). W piątym i szóstym CPG, opublikowanych w 1998 i 2001 roku, krótko wspomniano o potencjalnym zastosowaniu „agonistów LHRH” (Levine et al., 1998; Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association, 2001), ale zastosowanie PB jako centralnego elementu leczenia nastolatków pojawiło się dopiero w siódmej wersji.
[4] de Vries i in. (2014).
[5] National Institute for Health and Care Excellence (2020b, 2020a); Pasternack et al. (2019).

Kohorty składały się głównie z chłopców przed okresem dojrzewania, natomiast w ostatnich latach dominowały nastolatki płci żeńskiej (patrz rysunek 4.1 poniżej).

Rysunek **4.1: Skierowania dzieci i młodzieży z powodu GD (Wielka Brytania, po lewej; Szwecja, po prawej)**[6]



Naukowe podstawy szybkiego rozwoju PMT opierały się głównie na dwóch holenderskich badaniach opublikowanych w 2011 i 2014 r.[(7)] ,które dotyczyły tej samej grupy pacjentów. Pierwsze badanie, które koncentrowało się na stosowaniu PB,([8]) dotyczyło wyników psychologicznych u 70 nastolatków, którzy ukończyli fazę PB i rozpoczynali CSH. Wyniki sugerowały niewielką poprawę niektórych wskaźników zdrowia psychicznego po leczeniu PB, ale co ważne, nie odnotowano poprawy w zakresie samego GD, zgodnie z oceną przeprowadzoną przy użyciu nowo opracowanej skali dysforii płciowej Utrecht Gender Dysphoria Scale (UGDS).

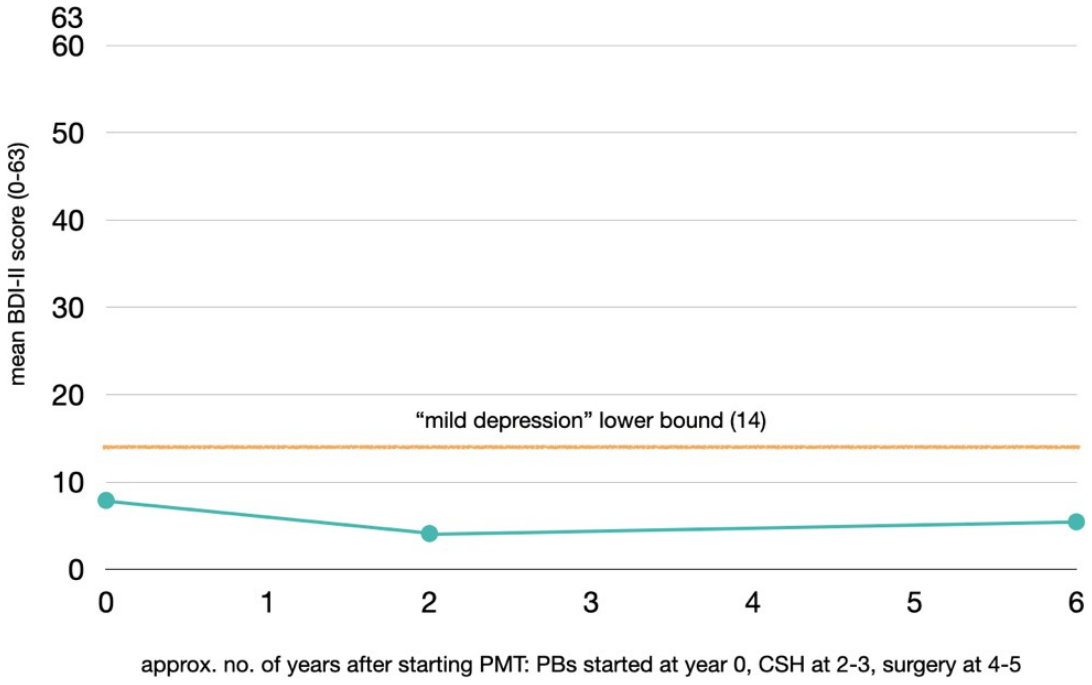
Przez ponad dekadę wiele metodologicznych wad badania pozostawało w dużej mierze niezauważonych. Jednym z ograniczeń badania był retrospektywny wybór 70 osób z większej grupy 111 osób zakwalifikowanych do leczenia przy użyciu metod nierandomizowanych. Proces selekcji nieumyślnie spowodował stronniczość próby w kierunku przypadków o najkorzystniejszych rokowaniach, ograniczając w ten sposób możliwość uogólnienia wyników badania.[9]

---

[6] Źródło: Towarzystwo Medycyny Opartej na Dowodach Naukowych (SEGM).
[7] de Vries i in. (2011, 2014).
[8] de Vries i in. (2011).
[9] Kryteria włączenia do badania określały kwalifikowalność do analizy skutków stosowania blokerów dojrzewania (PB) na podstawie daty rozpoczęcia kolejnej fazy — CSH. Podejście to wprowadziło znaczne odchylenie, wykluczając

W 2014 r. opublikowano badanie uzupełniające, w którym oceniono funkcjonowanie uczestników po CSH i operacji.[10] Wielkość próby została jeszcze bardziej zmniejszona do zaledwie 55 uczestników, a krytyczne wskaźniki zdrowia psychicznego — takie jak depresja, lęk i ogólne funkcjonowanie — oceniono u zaledwie 32 uczestników. Ponadto, chociaż zgłoszone poprawy osiągnęły istotność statystyczną, ich znaczenie kliniczne było ograniczone (patrz wyniki dotyczące depresji przedstawione na wykresie 4.2: pomarańczowa linia wskazuje *próg* „łagodnej depresji", przy czym maksymalny wynik wynosi 63; średnie wyniki pozostawały poniżej progu łagodnej depresji na początku badania i przez cały okres leczenia).

Rysunek 4.2: Wyniki w skali depresji w holenderskiej kohorcie[11]



Zwracając uwagę na wysoki poziom funkcjonowania grupy nastolatków/młodych dorosłych pod koniec badania, autorzy doszli do wniosku, że protokół holenderski zapewnił pacjentom „

od samego początku, wszyscy pacjenci, którzy przerwali leczenie, byli niedostatecznie reprezentowani w przypadku złożonych psychologicznie przypadków, które pozostawały w „diagnostycznej" fazie PB przez dłuższy czas, co spowodowało przesunięcie próby w kierunku starszych pacjentów. Ponieważ kwalifikacja zależała od rozpoczęcia CSH w wieku 16 lat, uwzględniono tylko osoby, które osiągnęły ten próg — co potencjalnie wyjaśnia, dlaczego średni wiek rozpoczęcia PB w badaniu wynosił 15 lat, mimo że protokół zalecał rozpoczęcie około 12 roku życia (Abbruzzese i in., 2023).

[10] de Vries i in. (2014).

[11] Wykres danych zawartych w de Vries et al. (2011) i de Vries et al. (2014).

szansę na rozwój w dobrze funkcjonujących dorosłych”.[12] W badaniu nie uwzględniono faktu, że badani już na początku badania funkcjonowali na wysokim poziomie – porównywalnym do rówieśników z Holandii bez GD.[13] Było to prawdopodobnie spowodowane, przynajmniej częściowo, rygorystycznymi kryteriami selekcji zawartymi w oryginalnym holenderskim protokole.

Ponadto w badaniu nie uwzględniono ani nie rozważono w odpowiedni sposób potencjalnych sygnałów szkodliwości. Jeden z uczestników zmarł z powodu powikłań pooperacyjnych związanych z wczesnym zahamowaniem dojrzewania płciowego [(14),]u co najmniej trzech zdiagnozowano niekontrolowaną cukrzycę lub chorobliwą otyłość podczas przyjmowania hormonów, a co najmniej jeden uczestnik przerwał leczenie.

Te i inne poważne ograniczenia — w tym stronniczość w doborze uczestników i błędy metodologiczne (takie jak odwrócenie UGDS po zakończeniu leczenia [15]) — pozostały w dużej mierze niezauważone, mimo że badanie stało się podstawą [16]protokołów PMT na całym świecie. Próby powtórzenia holenderskich wyników dotyczących PB w Wielkiej Brytanii zakończyły się niepowodzeniem ([17]) — a publikacja tych niekorzystnych wyników została opóźniona o kilka lat ([18]).Doniesiono również, że próby powtórzenia korzyści płynących z PB w badaniu finansowanym przez Narodowy Instytut Zdrowia (NIH) w Stanach Zjednoczonych przyniosły mniej niż korzystne wyniki ([19]) .

---

[12] de Vries et al. (2014, s. 696).

[13] Jak wyjaśniono w Abbruzzese et al. (2023), wymóg stabilności psychicznej został włączony do protokołu, a wcześniejsze badania przeprowadzone w tej samej klinice wykazały, że „gdy porównano średnie wyniki grupy przed i po teście z normatywnymi danymi holenderskimi, wszystkie wyniki okazały się mieścić się w średnim zakresie” (Smith et al., 2001, s. 277).

[14] de Vries i in. (2014) zauważyli, że „1 transkobieta zmarła po operacji plastycznej pochwy z powodu pooperacyjnego martwiczego zapalenia powięzi” (s. 697). W analizie oryginalnych holenderskich artykułów z 2023 r. stwierdzono, że naukowcy „nie wspomnieli o tym, że śmierć ta była konsekwencją zahamowania dojrzewania: penis pacjentki, który nie mógł się normalnie rozwijać, był zbyt mały do wykonania standardowej operacji plastycznej pochwy, dlatego podjęto próbę operacji z wykorzystaniem fragmentu jelita, który uległ zakażeniu” (Biggs, 2023b, s. 8). Zob. również Negenborn i in. (2017).

[15] Odwrócenie skali GD po operacji mogło całkowicie unieważnić kluczowy wniosek badania dotyczący ustąpienia GD po leczeniu (Abbruzzese i in., 2023). Warto zauważyć, że w innym badaniu klinicznym w tej dziedzinie (López de Lara i in., 2020) również zamieniono skale GD i obrazu ciała.

[16]Jeden z autorów oryginalnych holenderskich badań zauważył w 2022 r., że artykuły te „nadal są wykorzystywane jako główny dowód na zasadność wczesnej interwencji medycznej, w tym stosowania blokerów dojrzałości płciowej u młodzieży transpłciowej” (de Vries, 2022, s. 109). W końcowym raporcie Cass Review opisano, że zamiast zwykłej, powolnej ewolucji praktyki klinicznej trwającej „wiele lat, zanim uwzględniono bardzo pozytywne wyniki badań
... w dziedzinie opieki nad dziećmi w zakresie płci stało się odwrotnie. Na podstawie jednego holenderskiego badania ... praktyka ta szybko rozprzestrzeniła się na inne kraje ...” (Cass, 2024a, s. 13).

[17] Carmichael i in. (2021).

[18] Zob. rozdział 6.

[19] Ghorayshi (2024c).

Zachęceni przekonaniem o skuteczności protokołu holenderskiego i jego głównej przesłance – poleganiu na PB – rosnąca dostępność usług PMT spotkała się z gwałtownym wzrostem popytu: „najpierw stopniowo, a potem nagle”.[20] Do 2015 r. prawie wszystkie kraje europejskie zgłaszały dramatyczny wzrost liczby młodzieży z dysforią płciową, która zgłaszała się do klinik pediatrycznej medycyny płciowej (PGM) w celu uzyskania pomocy hormonalnej – tendencja ta, której przyczyny pozostają przedmiotem trwającej debaty. Poparcie dla PMT zostało dodatkowo umocnione przez opublikowanie w 2017 r. wytycznych Endocrine Society (ES),[21] współautorstwa psycholog Peggy Cohen-Kettenis – pionierki oryginalnego protokołu holenderskiego – która jako pierwsza wprowadziła zalecenia dotyczące PMT do wytycznych ES z 2009 r., a następnie wzmocniła je w wytycznych WPATH *Standards of Care 7* (SOC-7) z 2012 r.[22]

Jedną z uderzających cech charakterystycznych gwałtownego wzrostu liczby nastolatków zgłaszających chęć poddania się medycznej transformacji jest nieproporcjonalna liczba nastolatek bez wcześniejszej historii GD w dzieciństwie, które zgłaszają się z wysokim odsetkiem współwystępujących zaburzeń zdrowia psychicznego. Ten wzorzec zwrócił uwagę fińskich naukowców, którzy jako pierwsi opublikowali informacje na temat tych zmian demograficznych i wyrazili obawy, że protokół holenderski może nie pomagać pacjentom, a nawet im szkodzić.[23] Finlandia stała się następnie pierwszym krajem, który zrewidował swoje krajowe wytyczne,[24] znacznie ograniczając interwencje medyczne w oparciu o wyniki przeglądu systematycznego.[25] W kolejnych latach inne kraje rozpoczęły własną ocenę dowodów i doszły do podobnych wniosków. Od tego czasu pojawiła się globalna tendencja do odchodzenia od stosowania PB, CSH i operacji u młodzieży z GD. Ta trwająca zmiana jest omówiona bardziej szczegółowo w następnej sekcji.

4.2 Zmiany w praktyce międzynarodowej

Począwszy od 2020 r., PMT zaczęło podlegać coraz większej kontroli ze strony organów zdrowia publicznego na całym świecie, co spowodowało znaczne zmiany w protokołach klinicznych w coraz większej liczbie przypadków

[20] Abbruzzese i in. (2023, s. 12).
[21] Hembree i in. (2017).
[22] Coleman i in. (2012); Hembree i in. (2009).
[23] Kaltiala i in. (2020); Kaltiala-Heino i in. (2015).
[24] Rada ds. Wyboru Opieki Zdrowotnej Finlandii (2020a, 2020b, 2020c).
[25] Pasternack i in. (2019).

krajów. Najbardziej wpływowym przedsięwzięciem do tej pory był raport Cass Review – czteroletnia niezależna ocena PGM, opublikowana w kwietniu 2024 r.[26] Wyniki raportu Cass Review doprowadziły do zamknięcia brytyjskiej kliniki PGM, Gender Identity Development Service (GIDS), która w 2021 r. otrzymała ocenę „niewystarczającą" od Care Quality Commission.[27] Cass Review zalecił restrukturyzację modelu świadczenia opieki – odejście od scentralizowanego modelu opieki „kliniki płci" na rzecz bardziej holistycznych ram skupiających się na wsparciu psychospołecznym, które ma być świadczone przez regionalne ośrodki. Wyniki Cass Review doprowadziły również do wprowadzenia w Wielkiej Brytanii zakazu stosowania PB poza badaniami klinicznymi [28] oraz do znacznego ograniczenia CSH.[29] Chociaż CSH nadal oficjalnie pozostaje dostępną metodą leczenia, National Health Service (NHS) ujawniło niedawno, że od czasu opublikowania raportu Cass Review żadna osoba niepełnoletnia nie została uznana za kwalifikującą się do CSH zgodnie z zaktualizowaną polityką.[30] W Wielkiej Brytanii osoby niepełnoletnie nigdy nie były poddawane operacjom związanym z GD w ramach NHS.

Finlandia była pierwszym krajem, który ograniczył stosowanie PMT, wydając w 2020 r. zrewidowane wytyczne krajowe [31].W 2022 r. Szwedzka Krajowa Rada Zdrowia i Opieki Społecznej stwierdziła, że w przypadku większości młodych ludzi potencjalne szkody wynikające z interwencji hormonalnych przewyższają korzyści, i w konsekwencji ograniczyła stosowanie tych metod wyłącznie do badań naukowych lub wyjątkowych przypadków (32).[32] W 2023 r. Dania poszła w ślady Szwecji, ograniczając stosowanie interwencji endokrynologicznych u nieletnich,[33] a norweska agencja zdrowia publicznego (Norweska Komisja ds. Badań nad Opieką Zdrowotną) zaleciła, aby PB i CSH traktować jako terapie eksperymentalne.[34] Ostatnio interwencje hormonalne zostały ograniczone w Brazylii,[35] Chile,[36] prowincji Alberta w Kanadzie[37] oraz stanie Queensland w Australii.[38]

---

[26] Cass (2024a).
[27] Komisja ds. Jakości Opieki Zdrowotnej (2021).
[28] Departament Zdrowia i Opieki Społecznej (2024).
[29] Narodowa Służba Zdrowia Anglii (2024c).
[30] Spencer (2025).
[31] Rada ds. Wyboru Opieki Zdrowotnej Finlandia (2020a, 2020b, 2020c).
[32] Socialstyrelsen (2022a, 2022b, 2022c).
[33] Hansen i in. (2023). Zob. również Towarzystwo Medycyny Opartej na Dowodach Naukowych (2023b).
[34] Block (2023b).
[35] AFP (2025).
[36] Lane (2024).
[37] Rząd Alberty (2024).
[38] Australian Associated Press (2025).

Jednocześnie kilka innych krajów jest w trakcie ustalania najlepszego sposobu opieki nad młodzieżą z GD. W Australii, po wprowadzeniu w styczniu 2025 r. w stanie Queensland zawieszenia stosowania PB i CSH u nowych pacjentów poniżej 18 roku życia, rząd australijski zlecił Krajowej Radzie ds. Zdrowia i Badań Medycznych opracowanie nowych wytycznych dotyczących praktyki klinicznej w odniesieniu do młodzieży z GD. Wytyczne mają zostać ukończone w ciągu trzech lat, a tymczasowe zalecenia dotyczące PB mają być dostępne w 2026 r.[39] We Włoszech Włoska Komisja Bioetyczna zaktualizowała swoje stanowisko w sprawie stosowania PB w przypadku GD[40] i trwa formalny proces opracowywania wytycznych.[41] Francja ma opublikować nowe krajowe wytyczne w 2025 r., które prawdopodobnie wywołają znaczną debatę ze względu na przewidywane poparcie dla PMT[42] —stanowisko, które wcześniej było krytykowane przez Francuską Narodową Akademię Medyczną.[43]

Niemcy opublikowały niedawno wytyczne [(44),]które nadal wywołują znaczną debatę w krajach niemieckojęzycznych, w tym w Austrii i Szwajcarii. Kontrowersje wynikają z obaw dotyczących braku dowodów naukowych na poparcie zaleceń, ich *a priori* oparcia się na stanowisku WPATH oraz głębokich podziałów w środowisku zawodowym [45]dotyczących odpowiedniego podejścia do opieki nad młodzieżą z GD. Nawet Holandia — miejsce narodzin protokołu holenderskiego — nie pozostała wolna od debaty.([46]) W maju 2024 r. holenderski minister ds. opieki medycznej zwrócił się z formalną prośbą do Rady Zdrowia Holandii o sporządzenie niezależnego naukowego raportu doradczego dotyczącego opieki zdrowotnej nad nieletnimi z GD. Trwający przegląd obejmie ocenę protokołu holenderskiego i porównanie z wytycznymi innych krajów.([47])

---

[39] Australijska Narodowa Rada ds. Zdrowia i Badań Medycznych (2025).
[40] Włoska Narodowa Komisja Bioetyczna (2024). Zob. również Towarzystwo Medycyny Płciowej Opartej na Dowodach Naukowych (2024d).
[41] Curridori (2024).
[42] Sugy (2024).
[43] Towarzystwo Medycyny Płciowej Opartej na Dowodach Naukowych (2022a).
[44] Niemieckie Towarzystwo Psychiatrii Dziecięcej i Młodzieżowej, Psychosomatyki i Psychoterapii (DGKJP) (2025).
[45] Zepf, Buchmann i in. (2024).
[46] Towarzystwo Medycyny Płciowej Opartej na Dowodach Naukowych (2023c).
[47] Rada Zdrowia Holandii (2024).

4.2.1 Przegląd Cass i jego odbiór

Raport Cass Review wywarł głęboki wpływ na międzynarodowe debaty. Zlecony przez NHS England, raport Cass Review ocenił bezpieczeństwo, skuteczność i świadczenie usług PGM dla dzieci i młodzieży. Przeprowadzony w ciągu czterech lat pod kierownictwem Hilary Cass, pediatry i byłej prezes Royal College of Paediatrics and Child Health, przegląd zaangażował szerokie grono interesariuszy i opierał się na przeglądach systematycznych przeprowadzonych przez National Institute for Health and Care Excellence (NICE)([48]) i University of York([49]), a także na dodatkowych badaniach. W przeglądzie Cass Review zidentyfikowano istotne ograniczenia w bazie dowodowej dotyczącej PB i CSH. Zalecono, aby PB były oferowane wyłącznie w ramach badań klinicznych do czasu uzyskania dalszych danych, a wszystkie potencjalne interwencje powinny być testowane w kontekście badawczym.([50]) W przeglądzie podkreślono znaczenie multidyscyplinarnego, opartego na wiedzy o rozwoju modelu opieki nad młodzieżą z GD, który priorytetowo traktuje wsparcie psychologiczne i opracowanie „jasnej ścieżki klinicznej ... dla interwencji pozamedycznych".([51])

Ostatnie krytyczne uwagi dotyczące przeglądu Cass Review — w szczególności twierdzenia, że nie spełnia on standardów CPG — odzwierciedlają niezrozumienie celu i zakresu przeglądu Cass Review. Cass Review nie był CPG, lecz „niezależnym przeglądem". Jest to specyficzny dla Wielkiej Brytanii proces przeprowadzania oceny na poziomie usług, mający na celu dostarczenie informacji dla polityki, a nie nakazowych decyzji klinicznych. Procesy takie są stosowane, gdy obszar opieki klinicznej zaczyna funkcjonować w sposób, który zagraża jakości opieki i bezpieczeństwu pacjentów ([52]).

Krytyka przeglądu Cass wydaje się wynikać głównie z działań amerykańskiej grupy zmotywowanych zwolenników utrzymania legalności PMT.[53] Krytyka jest pełna

---

[48] National Institute for Health and Care Excellence (2020a, 2020b).
[49] Hall i in. (2024); Heathcote i in. (2024); Taylor, Hall, Heathcote i in. (2024a, 2024b); Taylor, Hall, Langton i in. (2024a, 2024b); Taylor, Mitchell, Hall, Heathcote i in. (2024); Taylor, Mitchell, Hall, Langton i in. (2024).
[50] „Ogólnym wnioskiem wynikającym z dowodów przedstawionych w niniejszym przeglądzie jest to, że badania nad blokerami dojrzewania, które są już w trakcie opracowywania, muszą stanowić część znacznie szerszego programu badawczego, którego celem jest zgromadzenie dowodów dotyczących wszystkich potencjalnych interwencji oraz określenie najskuteczniejszych sposobów wspierania tych dzieci i młodzieży" (Cass, 2024a, s. 197). Zob. „Zalecenie 6" (Cass, 2024a, s. 35).
[51] Cass (2024a, s. 157).
[52] Cheung i in. (2025).
[53] Spośród nich największy wpływ miała biała księga McNamara i in. (2024), opracowana przez Yale Integrity Project.

nieprawdziwe informacje zawarte w raporcie Cass Review i zawierają wiele błędów merytorycznych.[54] W Wielkiej Brytanii raport Cass Review został powszechnie przyjęty jako dokument podstawowy służący dostosowaniu medycyny pediatrycznej uwzględniającej płeć (PGM) do zasad medycyny opartej na dowodach naukowych (EBM) i ochrony dzieci.[55] Został on przyjęty z zadowoleniem przez obie główne partie polityczne w Wielkiej Brytanii i w pełni zaakceptowany przez NHS do wdrożenia, które jest już w toku.[56]

4.3 Uzasadnienie międzynarodowych zmian

Cechą charakterystyczną tych globalnych zmian jest odrzucenie modelu „kliniki płciowej", który zazwyczaj promuje PMT. Na arenie międzynarodowej model ten jest coraz częściej zastępowany bardziej tradycyjnymi, holistycznymi podejściami do problemów nastolatków. Zamiast kierować młodzież z GD do specjalistycznych klinik nastawionych na transformację, nowe modele kładą nacisk na standardowe usługi w zakresie zdrowia psychicznego, w ramach których młodzi ludzie otrzymują kompleksowe wsparcie psychospołeczne i psychoterapeutyczne, a w razie potrzeby również opiekę psychiatryczną.

Globalne odejście od PMT można przypisać sześciu głównym czynnikom: znaczącej zmianie w populacji pacjentów; niepewności dotyczącej naturalnego przebiegu i rokowań GD; rosnącej świadomości ryzyka związanego z interwencjami medycznymi; dokładniejszemu zrozumieniu ryzyka samobójstwa; załamaniu się pierwotnych przesłanek leczenia; oraz słabej bazie dowodowej. W poniższych podrozdziałach (1-6) omówiono kolejno każdy z tych czynników.

4.3.1 Zmiany w populacji pacjentów

Populacja młodych ludzi, dla których pierwotnie opracowano protokół holenderski, znacznie różni się od populacji zgłaszającej się obecnie po pomoc.

4.3.1.1 Zmiany epidemiologiczne

W ciągu ostatniej dekady populacja zgłaszająca się do klinik PGM zmieniła się w dwóch kluczowych aspektach: nastąpił gwałtowny wzrost liczby pacjentów oraz znacząca zmiana w składzie demograficznym. Zanim interwencje hormonalne stały się powszechnie dostępne, skierowania pediatryczne dotyczące GD były

[54] Cheung i in. (2025); McDeavitt i in. (2025).
[55] Abbasi (2024).
[56] National Health Service England (2024a).

stosunkowo rzadkie,[57] a większość z nich stanowili chłopcy w wieku przedpokwitaniowym z wczesnym wystąpieniem GD.[58] W ciągu ostatniej dekady wzrost liczby pacjentów opisywano jako wykładniczy,[59] a tendencja ta wynikała głównie z przypadków nastoletnich dziewcząt, które zazwyczaj nie miały historii GD w dzieciństwie.[60]

4.3.1.2 Choroby psychiczne i zaburzenia neurorozwojowe

Obecna populacja pacjentów charakteryzuje się wysokim odsetkiem (w stosunku do ogółu populacji) współwystępujących problemów ze zdrowiem psychicznym, w tym depresji, lęków, skłonności samobójczych, samookaleczeń i zaburzeń odżywiania, a także zaburzeń neurorozwojowych, takich jak zaburzenia ze spektrum autyzmu (ASD).[61] Co ważne, badania oparte na rejestrach przeprowadzone w Finlandii, która posiada krajowe bazy danych, wykazały, że 75% pacjentów zgłaszających się do klinik PGM w połowie pierwszej dekady XXI wieku miało poważne problemy ze zdrowiem psychicznym, które wydawały się *poprzedzać* pojawienie się GD.[62] Wysoki odsetek współwystępujących chorób psychicznych odnotowano w Stanach Zjednoczonych i innych krajach.[63]

Od pewnego czasu wiadomo, że ASD często występuje u młodych ludzi z GD.[(64)]W brytyjskiej klinice około 35% pacjentów miało umiarkowane lub poważne cechy autystyczne (w porównaniu z mniej niż 2% ogółu społeczeństwa).[65] Chociaż niektórzy badacze wysunęli hipotezę, że trudności społeczne u młodzieży z tymi współwystępującymi zaburzeniami mogą nie wynikać z ASD, ale z GD i mogą ulec złagodzeniu poprzez ukierunkowanie działań na tę dolegliwość,[66] dotychczasowe ograniczone badania nie potwierdziły tej hipotezy.[67] W

---

[57] Na przykład klinika w Wielkiej Brytanii przyjęła łącznie 12 pacjentów w 1994 r. i 24 w 1996 r.; od momentu otwarcia w 1989 r. do 2000 r. przyjęła łącznie 150 pacjentów (Barnes, 2023, s. 15-16).
[58] Steensma i in. (2018).
[59] Np. Coleman i in. (2022, s. S9, S43); Baker i Restar (2022); de Vries i in. (2021); Olson-Kennedy, Okonta i in. (2018). Wykres przedstawiony w publikacji McDeavitt i in. (2025) pokazuje, że tempo wzrostu liczby skierowań do kliniki w Wielkiej Brytanii (na przykład) można dobrze przybliżyć za pomocą funkcji wykładniczej. W dochodzeniu przeprowadzonym przez agencję Reuters nie opisano wzrostu wykładniczego, ale stwierdzono, że liczba skierowań do klinik PGM gwałtownie wzrosła w Stanach Zjednoczonych (Respaut i Terhune, 2022).
[60] Zob. Kaltiala-Heino i in. (2015, 2018); Taylor, Hall, Langton i in. (2024b); Thompson i in. (2022a); Wagner i in. (2021); Wood i in. (2013); Zhang i in. (2021). W jednym z badań w tej dziedzinie stwierdzono, że nie odnotowano nieproporcjonalnego wzrostu liczby nastoletnich dziewcząt (Turban, Dolotina i in., 2022). Wynik ten oparto jednak na ankiecie, w której „nie było pewności, czy uczniowie transpłciowi odpowiadali na pytanie dotyczące płci zgodnie ze swoją płcią biologiczną, czy tożsamością płciową" (Johns i in., 2019).
[61] Zob. Becerra-Culqui i in. (2018); Kaltiala-Heino i in. (2015), (2018); Kozlowska i in. (2021); Taylor, Hall, Langton, Fraser i in. (2024b); Thompson i in. (2022b).
[62] Kaltiala-Heino i in. (2015).
[63] Np. Becerra-Culqui i in. (2018); Kozlowska i in. (2021).
[64] Np. de Vries i in. (2010); Strang i in. (2018).
[65] Barnes (2023, s. 156).
[66] Np. Ehrensaft (2016); Edwards-Leeper i Spack (2012); J. L. Turban (2018).
[67] Russell i in. (2021).

W 2018 r., uznając kliniczną jedność współwystępujących cech GD i ASD, naukowcy opublikowali wstępne wytyczne dotyczące tej konkretnej populacji dzieci i młodzieży,[68] zalecając, aby „ze względu na różnice w komunikacji społecznej, wnikliwości i elastyczności myślenia ... w przypadkach, w których podejrzewa się lub zdiagnozowano [ASD], należy rozważyć wydłużenie okresu diagnostycznego”.[69]

4.3.1.3 Tożsamości niebinarne

W pierwotnych badaniach holenderskich nie badano pacjentów o tożsamości niebinarnej; pacjenci tacy nie byli uznawani za odpowiednich kandydatów do medycznej transformacji.[70] Jednak tożsamości niebinarne odgrywają obecnie znaczącą rolę we współczesnych warunkach klinicznych i populacjach badawczych. Na przykład w projekcie badawczym z 2020 r. finansowanym przez Trevor Project 63% z 11 914 respondentów ankiety identyfikowało się jako osoby niebinarne.[71W]badaniu młodzieży, która przeszła mastektomię, 11% zidentyfikowało się jako osoby niebinarne lub „inne”.(72) Stwarza to nowy zestaw wyzwań etycznych, ponieważ pacjenci poszukują interwencji, które nigdy wcześniej nie były rozważane, w tym utrzymywania pacjentów w stanie zahamowanego dojrzewania przez dłuższy czas, aby umożliwić im zachowanie niejednoznacznego wyglądu płciowego. Ryzyko związane z takimi interwencjami może być znaczne.(73)

4.3.1.4 Wpływ społeczny

Wpływ społeczny jest prawdopodobnym czynnikiem wpływającym na te zmiany epidemiologiczne. W 2018 r. lekarz i badaczka Lisa Littman spopularyzowała w recenzowanej literaturze termin „szybko pojawiająca się dysforia płciowa” (ROGD), opisując obraz kliniczny

---

[68] Strang et al. (2018).
[69] Zob. opis w Russell et al. (2021, s. 2074). W przeciwieństwie do holenderskich wytycznych z 2018 r., które zalecały większą ostrożność w przypadku pacjentów z współwystępującym ASD, czołowi specjaliści w Stanach Zjednoczonych krytykują rodziców, którzy niechętnie wyrażają zgodę na PMT dla swoich autystycznych dzieci. Zaproponowali oni, aby lekarze „opierali się na rysunkach” w przypadku nastolatków z ciężkim autyzmem, którzy nie potrafią mówić, ale są w stanie rysować (Transparency Podcast, b.d.). Zob. również: relacja terapeutki Tamary Pietzke (sekcja 11.4.3).
[70] de Vries i in. (2006, s. 88): „Nastolatkom, których pragnienie zmiany płci wydaje się wynikać z czynników innych niż prawdziwa i całkowita tożsamość płciowa, najlepiej służą interwencje psychologiczne”.
[71] A. E. Green i in. (2022).
[72] Ascha i in. (2022).
[73] W 2020 r. naukowcy opublikowali opis przypadku, w którym lekarze rozważali możliwość utrzymania pacjenta „bezpłciowego” z niską gęstością kości na PB przez co najmniej siedem lat w celu potwierdzenia tej tożsamości (Pang, Notini i in., 2020). Współczesne wytyczne WPATH zniosły bariery w zakresie interwencji hormonalnych i operacji dla nieletnich o tożsamości niebinarnej i innych tożsamościach.

„dysforia płciowa o początku w okresie dojrzewania lub późnym, w której rozwój dysforii płciowej obserwuje się nagle w trakcie lub po okresie dojrzewania u nastolatków lub młodych dorosłych, którzy nie spełnialiby kryteriów dysforii płciowej w dzieciństwie".[74] Zjawisko to opisano również w badaniach przeprowadzonych w Wielkiej Brytanii,[75] Holandii,[76] Finlandii[77] i Kanadzie.[78] Używano również innych terminów, np. „dysforia płciowa pojawiająca się w okresie dojrzewania", „historie transpłciowości pojawiające się po okresie dojrzewania" [79] – w odniesieniu do dysforii płciowej pojawiającej się w okresie dojrzewania, która w nieproporcjonalnie dużym stopniu dotyka nastolatki płci żeńskiej.

Badania dotyczące doświadczeń związanych z detransicją i żalem (detransicja oznacza zaprzestanie lub odwrócenie procesu transformacji po poddaniu się zabiegom medycznym i/lub chirurgicznym; może się pokrywać z żalem, ale nie jest z nim tożsama) sugerują, że wpływ społeczny lub presja społeczna odegrały rolę w przejściowej identyfikacji transpłciowej niektórych pacjentów.[80] Obawy dotyczące możliwej roli wpływu społecznego leżącego u podstaw zmian epidemiologicznych w prezentacjach zostały wyrażone w innych publikacjach,[81] w tym przez niektórych zwolenników PMT.[(82)] Wytyczne WPATH wskazują, że „podatność na wpływ społeczny oddziałujący na płeć może być ważnym czynnikiem różnicującym, który należy wziąć pod uwagę" w przypadku niektórych nastolatków; wytyczne uznają również „sytuacje, w których młoda osoba doświadcza bardzo niedawnej lub nagłej samoświadomości różnorodności płciowej i zgłasza odpowiednią prośbę o leczenie związane z płcią lub gdy istnieje obawa o możliwy nadmierny wpływ rówieśników i mediów społecznościowych na aktualną koncepcję płci własnej młodej osoby".[83]

---

[74] Littman (2018, s. 2). W ramach tych badań przebadano 256 rodziców dzieci z GD o początku w okresie dojrzewania i stwierdzono, że w około połowie przypadków szybki początek GD wydawał się zbiegać w czasie z pojawieniem się podobnego stresu w grupach przyjaciół dzieci oraz ze wzrostem korzystania z mediów społecznościowych/Internetu. „Gwałtowne wystąpienie dysforii płciowej" pojawiło się w pracach naukowych rok wcześniej, w streszczeniu plakatu Littmana opublikowanym w *Journal of Adolescent Health*, a także (w ślad za badaniami Littmana) w pracy Marchiano (2017).
[75] de Graaf i in. (2018); Hutchinson i in. (2020).
[76] de Vries (2020).
[77] Kaltiala-Heino i in. (2018); Kaltiala-Heino & Lindberg (2019).
[78] Zucker (2019).
[79] Kaltiala-Heino i Lindberg (2019); de Vries (2020).
[80] Littman (2021); Littman i in. (2024).
[81] Bailey i Diaz (2023); Wood i in. (2013).
[82] Edwards-Leeper i Anderson (2021); Shrier (2021b).
[83] Coleman i in. (2022, s. S45, S58).

4.3.2 Niejasny przebieg naturalny i niepewność prognostyczna

Przed upowszechnieniem się interwencji hormonalnych większość przypadków GD u dzieci ustępowała naturalnie pod koniec okresu dojrzewania, a większość pacjentów w wieku dorosłym miała orientację homoseksualną. [84] Protokół holenderski został opracowany w oparciu o założenie, że tylko GD utrzymujące się w okresie dojrzewania będzie prawdopodobnie trwałe.[85] Wraz z przesunięciem się skierowań w kierunku pacjentów z zaburzeniami pojawiającymi się w okresie dojrzewania, to założenie dotyczące trwałości zostało uogólnione na wszystkie przypadki GD u nastolatków, niezależnie od tego, czy *nasiliły się* one w okresie dojrzewania, czy *pojawiły się po raz pierwszy* w tym okresie. Przekonanie, że każda GD w okresie dojrzewania jest prawdopodobnie trwała i wymaga leczenia medycznego, pozostaje „kluczowym uzasadnieniem interwencji medycznej" u nastolatków. [86]

4.3.2.1 Nowe dowody dotyczące naturalnego przebiegu dysforii płciowej

Ostatnie dokładne przeanalizowanie literatury poddało w wątpliwość założenia dotyczące trwałości GD u nastolatków [(87)].Chociaż naturalny przebieg GD, tj. jego przebieg bez interwencji medycznych, jest obecnie niemożliwy do zmierzenia ze względu na szeroką dostępność interwencji, nowe dowody sugerują, że GD ma niską stabilność diagnostyczną. Na przykład niemiecka analiza longitudinalna bazy danych roszczeń ubezpieczeniowych wykazała, że ponad 70% nastoletnich kobiet w wieku 15-19 lat nie miało już tej diagnozy

---

[84] Największym tego typu badaniem było badanie Singh i in. (2021), które zawierało kompleksowy przegląd wcześniejszych badań dotyczących trwałości GD u dzieci (str. 2-4). Niektórzy twierdzą, że zmiany kryteriów diagnostycznych – od starszego „zaburzenia tożsamości płciowej" (dla którego dysforia, opisywana jako „dyskomfort", była kryterium) do współczesnej diagnozy „dysforii płciowej" – sprawiają, że wyniki starszych badań są nieistotne (Temple Newhook i in., 2018). Argumenty te zostały skutecznie obalone (Zucker, 2018). (Kryteria diagnostyczne znajdują się w załączniku 2). Niski wskaźnik utrzymywania się GD u dzieci został potwierdzony w literaturze: np. „dzieci o odmiennej tożsamości płciowej, nawet te, które przed okresem dojrzewania spełniają kryteria GID, w większości nie odczuwają dysforii płciowej w późniejszym wieku" (de Vries & Cohen-Kettenis, 2012, s. 306); zob. również Ristori & Steensma (2016, s. 6); Cohen-Kettenis & Gooren (1999).

[85] Np. Cohen-Kettenis & Pfäfflin (2003); de Vries et al. (2006); de Vries & Cohen-Kettenis (2012); de Vries et al. (2014).

[86] Rosenthal (2021a, s. 585): „Badania podłużne wykazały, że pojawienie się lub nasilenie dysforii płciowej wraz z początkiem okresu dojrzewania wiąże się z bardzo wysokim prawdopodobieństwem bycia osobą transpłciową w wieku dorosłym. Obserwacja ta ma kluczowe znaczenie dla uzasadnienia interwencji medycznej u kwalifikujących się nastolatków transpłciowych".

[87] Byrne (2024a).

pięć lat później.[88] Inne niedawne badanie przeprowadzone w Holandii wykazało, że „niezadowolenie z płci” nadal stopniowo maleje do początku dwudziestego roku życia.[89]

4.3.2.2 Obawy dotyczące rozwoju tożsamości

Istnieje poważna obawa, że „hamowanie dojrzewania płciowego może zmienić przebieg rozwoju tożsamości płciowej, zasadniczo „blokując” tożsamość płciową, która mogła się pogodzić z płcią biologiczną w naturalnym przebiegu dojrzewania”.[90] Obawa ta nie jest nowa. Niektórzy z pierwszych krytyków holenderskiego podejścia wskazywali, że rozpoczęcie interwencji hormonalnych we wczesnym lub środkowym okresie dojrzewania „może wpłynąć na dalszy rozwój tożsamości płciowej lub... nawet wywołać iatrogenne utrwalenie [GD]”. ([91]) W 2024 r. Europejska Akademia Pediatrii ostrzegła, że hamowanie dojrzewania płciowego może podważyć długoterminową autonomię, tworząc zależność od ścieżki, która prowadzi do stosowania hormonów płciowych i operacji.[92] Kilka badań sugeruje, że odsetek osób kontynuujących leczenie od PB do CSH przekracza 90%.[93] Postrzeganie PB uległo zmianie – z odwracalnego „przycisku pauzy” stało się czymś w rodzaju „pedału gazu”, który przyspiesza medyczną transformację.

---

[88] Bachmann i in. (2024) przeprowadzili badanie dotyczące roszczeń ubezpieczeniowych, analizując kod F64 („Zaburzenia tożsamości płciowej”) z Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób, dziesiątej wersji (ICD-10), który był kodem rozliczeniowym stosowanym w Niemczech w okresie objętym badaniem (Society for Evidence-Based Gender Medicine, 2024c). W najnowszej analizie danych dotyczących roszczeń i dokumentacji medycznej *przeprowadzonej przez BMJ* stwierdzono, że w przypadku niektórych grup, w tym młodych ludzi, „zaburzenia tożsamości płciowej nie są diagnozą stałą” (Sun i in., 2023).

[89] Rawee i in. (2024, s. 1813). „Niezadowolenie z płci” zdefiniowano na podstawie potwierdzenia pozycji 110 w kwestionariuszu Youth Self Report/Adult Self Report (YSR/ASR) „Pragnienie bycia osobą płci przeciwnej”. Chociaż punkt 110 nie jest synonimem diagnozy GD, jest często stosowany jako przybliżony wskaźnik diagnozy klinicznej, ponieważ odzwierciedla podstawowe kryterium pragnienia bycia osobą płci przeciwnej. Zob. Zucker (2005).

[90] Jorgensen i in. (2022, s. 1005). Zob. również raport końcowy Cass Review: „Blokowanie [dojrzewania] oznacza, że młodzi ludzie muszą rozumieć swoją tożsamość i seksualność wyłącznie na podstawie dyskomfortu związanego z dojrzewaniem i poczucia tożsamości płciowej rozwiniętego we wczesnej fazie procesu dojrzewania”.
W związku z tym nie ma możliwości stwierdzenia, czy normalna trajektoria tożsamości seksualnej i płciowej może ulec trwałej zmianie” (Cass, 2024a, s. 178).

[91] Korte i in. (2008, s. 839).

[92] Brierley i in. (2024).

[93] Np. Brik i in. (2020); Carmichael i in. (2021); Karakılıç Özturan i in. (2023a); van der Loos, Klink i in. (2023); Wiepjes i in. (2018). Niektórzy twierdzą, że „najbardziej prawdopodobnym wyjaśnieniem tego, dlaczego większość młodzieży, która otrzymuje wczesną interwencję wspierającą [tj. blokery dojrzałości płciowej], kontynuuje terapię hormonalną potwierdzającą płeć, [jest] to, że rzeczywiście są oni osobami transpłciowymi. To nie ... leki hamujące dojrzewanie płciowe powodują trwałą tożsamość transpłciową” (McNamara i in., 2024, s. 20-21). Jednakże badania naukowe, które stanowią podstawę dowodową w tej dziedzinie, uznają możliwość, że interwencja może wywołać trwałość; np. „Ze względu na obserwacyjny charakter badania nie można stwierdzić, czy samo leczenie [lekami blokującymi dojrzewanie] miało wpływ na wynik” (Brik i in., 2020, s. 2611); „[istnieje] możliwość, że leczenie mogło wpłynąć na utrzymywanie się ich GD” (Carmichael i in., 2021).

Transformacja społeczna w dzieciństwie może mieć podobne skutki, a niektóre badania o niskiej jakości sugerują, że większość dzieci, które przechodzą transformację społeczną[94] przed okresem dojrzewania, decyduje się na interwencje medyczne[95]. Pacjenci ci „prawdopodobnie będą poszukiwać blokerów lub hormonów”[(96)]. W pierwotnym podejściu holenderskim nie zalecano transformacji przed okresem dojrzewania (naukowcy faktycznie *odradzali tę* praktykę)(97), ale pierwotnie popierali ją amerykańscy klinicyści(98).

Obecnie przedpokwitaniowa transformacja społeczna jest zalecana dla niektórych pacjentów, w tym w Holandii [(99)]. Nie ma jednak wiarygodnych metod pozwalających rozróżnić, którzy pacjenci doświadczą długotrwałej dysforii płciowej [100]. Rośnie zaniepokojenie związane ze stosowaniem nieodwracalnych metod leczenia, które mogą prowadzić do trwałej zależności medycznej w przypadku schorzenia, które w wielu przypadkach może ustąpić samoistnie.

4.3.3 Obawy dotyczące ryzyka i szkód związanych z leczeniem

Rośnie świadomość ryzyka i potencjalnych szkód związanych z PMT.[101] Wyrażono obawy dotyczące nieznanych lub potencjalnie szkodliwych skutków hamowania normalnego przebiegu dojrzewania dla zdrowia fizycznego i psychicznego nastolatków, zwłaszcza w odniesieniu do mineralizacji kości i rozwoju mózgu.[102] Interwencje hormonalne mogą prowadzić do bezpłodności i zaburzeń funkcji seksualnych, a w niektórych przypadkach, jeśli pacjent przystąpi do operacji zmiany płci

---

[94] W tym kontekście transformacja społeczna odnosi się do „całkowitej” binarnej transformacji społecznej... w tym zmiany zaimków na binarne zaimki płciowe, które różnią się od tych używanych w momencie urodzenia” (Olson i in., 2022, s. 2), a nie do zmian fryzury, ubioru itp.

[95] Olson i in. (2022, 2024). Zob. również Society for Evidence-Based Gender Medicine (2022b).

[96] Olson i in. (2022, s. 4).

[97] Np. „W jakościowym badaniu uzupełniającym kilku młodych ludzi wskazało, jak trudno było im zdać sobie sprawę, że nie chcą już żyć w roli drugiej płci, i wyjaśnić to osobom z ich otoczenia... Innym powodem, dla którego odradzamy wczesną zmianę płci, jest to, że niektóre dzieci, które to zrobiły (czasami w wieku przedszkolnym), ledwo zdają sobie sprawę, że są innej płci niż ta, którą otrzymały przy urodzeniu. Rozwijają one poczucie rzeczywistości tak odmienne od rzeczywistości fizycznej, że akceptacja wielokrotnych i długotrwałych zabiegów, których będą później potrzebować, staje się niepotrzebnie trudna. Również rodzice, którzy się na to zgadzają, często nie zdają sobie sprawy, że przyczyniają się do braku świadomości tych konsekwencji u swojego dziecka” (de Vries i Cohen-Kettenis, 2012, s. 308).

[98] Np. Ehrensaft (2016); Olson i in. (2016).

[99] Bazelon (2022a).

[100] Cass (2024a, str. 22, 134, podkreślenie dodane). „... lekarze powiedzieli nam*, że nie są w stanie z całą pewnością określić,* które dzieci i młodzież będą miały trwałą tożsamość transpłciową ... Wielu lekarzy, zarówno w kraju, jak i za granicą, [przyznało], że *nie* ma *niezawodnego sposobu, aby dokładnie przewidzieć,* które młode osoby mogą odnieść korzyści z medycznej transformacji, a które z alternatywnych ścieżek lub interwencji”.

[101] Szczegółowe omówienie znajduje się w rozdziale 7.

[102] Np. Baxendale (2024); Biggs (2021).

procedury, bardziej ryzykowne operacje. [103] Same zabiegi chirurgiczne niosą ze sobą ryzyko powikłań.

Pojawienie się osób, które zrezygnowały z transformacji, zwróciło ponownie uwagę na ryzyko uznane w oryginalnym protokole holenderskim, a mianowicie, że rozpoczęcie transformacji medycznej w okresie, gdy tożsamość młodego człowieka wciąż się kształtuje, niesie ze sobą ryzyko „fałszywych wyników pozytywnych" – pacjentów, którzy poddają się nieodwracalnym zabiegom hormonalnym i/lub chirurgicznym, ale ostatecznie nie identyfikują się jako osoby transpłciowe.[104] W ciągu ostatnich pięciu lat w coraz większej liczbie badań i recenzowanych publikacji analizowano zjawisko detransicji i żalu.[105] Osobiste relacje pacjentów, którzy przeszli detransicję i zgłaszali szkody spowodowane przez PMT, odegrały znaczącą rolę w zwróceniu uwagi opinii publicznej i organów regulacyjnych na te kwestie.[106]

4.3.4 Bardziej odpowiednie rozumienie samobójstw

Zwolennicy PMT często opisują ją jako ratującą życie.[107] Niektórzy lekarze zalecający PMT nakłaniali zaniepokojonych rodziców do wyrażenia zgody na nieodwracalne interwencje wobec swoich cierpiących dzieci, ostrzegając, że niepodjęcie takich działań może zwiększyć ryzyko samobójstwa.[108] Twierdzenia te nie są poparte dowodami i zostały skrytykowane jako nieetyczne.[109]

---

[103] Zob. np. Lee i in. (2023).
[104] Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis (2006, s. S132). „Można sobie wyobrazić, że obniżenie granicy wieku zwiększa częstość występowania „wyników fałszywie dodatnich".
[105] Np. Entwistle (2020); Littman (2021); MacKinnon, Expósito-Campos i in. (2023); Roberts i in. (2022).
[106] Według dochodzenia przeprowadzonego przez agencję Reuters, pacjentka w wieku 16 lat powiedziała swojej klinice zajmującej się kwestiami płci, że jest „pewna swojej tożsamości… Myślałam, że nic nie zmieni mojego zdania". Po rozpoczęciu terapii hormonalnej jej stan psychiczny pogorszył się, kilkakrotnie próbowała popełnić samobójstwo i była hospitalizowana w szpitalu psychiatrycznym. W wieku 20 lat zrezygnowała z transformacji i identyfikuje się jako lesbijka: „Szkoda, że moi lekarze nie powiedzieli mi: »To normalne, że czujesz się odłączona od swojego ciała. To normalne, że lubisz dziewczyny. To normalne, że nie identyfikujesz się z żadną płcią«" (Respaut i in., 2022). Aby zapoznać się z rolą osoby, która zrezygnowała z transformacji, Keiry Bell, w zwróceniu uwagi organów regulacyjnych na pediatryczną medycynę płciową w Wielkiej Brytanii, zobacz Cass (2024a, s. 78-80).
[107] Np. ACLU (2021); Boerner (2022, aktualizacja z 31.03.2025); Georges i in. (2024); Lee i Rosenthal (2023); Sandhu i in. (2025); Szilagyi (2022b); The Lancet Child & Adolescent Health (2021). Zob. również sekcja 1.2.
[108] W 2011 r. Johanna Olson-Kennedy, pediatra i liderka w dziedzinie medycyny pediatrycznej uwzględniającej płeć, powiedziała ABC News: „Często pytamy rodziców, czy woleliby mieć martwego syna niż żywą córkę?" (ABC News, 2011). Zob. również Singal (2018).
[109] Np. Clayton (2023); Levine i in. (2022a).

Nastolatki i dorośli z GD wykazują wyższy wskaźnik skłonności samobójczych – w tym myśli samobójczych, samookaleczeń i prób samobójczych – w porównaniu z ogółem społeczeństwa [110].Jednak przypadki samobójstw wśród nastolatków z GD pozostają rzadkie [111].Ponadto nie ma dowodów na to, że podwyższoną skłonność do samobójstw można przypisać wyłącznie GD, ponieważ często współwystępuje ona z innymi zaburzeniami zdrowia psychicznego. W raporcie szwedzkiej Krajowej Rady Zdrowia i Opieki Społecznej (Socialstyrelsen) z 2020 r. stwierdzono, że „osoby z dysforią płciową, które popełniają samobójstwo, mają bardzo wysoki odsetek współwystępujących poważnych diagnoz psychiatrycznych, które same w sobie znacznie zwiększają ryzyko samobójstwa... nie jest możliwe ustalenie, w jakim stopniu sama dysforia płciowa przyczynia się do samobójstw”.([112]

Ponadto dowody na to, czy PMT zmniejsza ryzyko samobójstw wśród nastolatków – takie jak zgłaszana przez nich częstotliwość myśli samobójczych lub korzystanie z opieki zdrowotnej w związku z samookaleczeniami lub próbami samobójczymi – są niespójne [113].Jeśli chodzi o zapobieganie *śmiertelności samobójczej*, nie ma dowodów na skuteczność interwencji hormonalnych. W dużym badaniu opartym na rejestrach przeprowadzonym w Finlandii stwierdzono, że ogólna śmiertelność samobójcza wśród pacjentów z GD była rzadka, a po uwzględnieniu współwystępujących zaburzeń zdrowia psychicznego wskaźnik ten nie różnił się od wskaźnika dla ogółu populacji. Autorzy badania doszli do wniosku, że interwencje hormonalne nie miały wpływu na ryzyko samobójstwa ([114].W przeglądzie systematycznym dotyczącym zapobiegania samobójstwom wśród młodzieży z GD jakość dowodów została oceniona jako niska ([115],a w przeglądzie systematycznym WPATH dotyczącym wyników w zakresie zdrowia psychicznego, który skupiał się na populacji dorosłych, stwierdzono, że „nie można wyciągnąć wniosków na temat skutków hormonoterapii

---

[110] Np. Biggs (2022); Erlangsen i in. (2023); Heino i in. (2023); Marconi i in. (2023); Van Cauwenberg i in. (2021); Wiepjes i in. (2020).

[111] Biggs (2022); Ruuska i in. (2024); Society for Evidence-Based Gender Medicine (2023a).

[112] Socialstyrelsen (2020); zob. również Ruuska i in. (2024). Ponadto de Graaf i in. (2022) stwierdzili, że nastolatki z GD lub identyfikujące się jako transpłciowe miały podobne wyniki w zakresie samobójczości zgłaszane przez nich samych, jak nastolatki bez GD, które były objęte specjalistyczną opieką psychiatryczną z powodu innych diagnoz psychiatrycznych.

[113] W badaniach o małej i średniej skali odnotowano poprawę wyników dotyczących skłonności samobójczych zgłaszanych przez samych pacjentów (Achille i in., 2020; Allen i in., 2019) lub spadek wykorzystania opieki zdrowotnej w związku z zachowaniami samobójczymi lub samookaleczającymi (Kaltiala i in., 2020; Khatchadourian i in., 2014); inne większe badania wykazały wzrost odsetka pacjentów z myślami/zachowaniami samobójczymi po rozpoczęciu stosowania PB/CSH (Kuper i in., 2020) oraz wzrost wykorzystania opieki zdrowotnej w związku z tendencjami samobójczymi (Hisle-Gorman i in., 2021). Porównanie przed i po przeprowadzone przez Kuper et al. jest obarczone błędem wynikającym z nierównych okresów, w których mierzono skłonności samobójcze.

[114] Ruuska i in. (2024).

[115] Christensen i in. (2025). Podobne wyniki odnotowano również w niedawnym przeglądzie narracyjnym skupiającym się na osobach dorosłych (Jackson, 2023). W odniesieniu do operacji chirurgicznych dowody są ograniczone. Niedawny systematyczny przegląd mastektomii u młodych kobiet wykazał bardzo niską pewność dowodów dotyczących wpływu na zgony samobójcze (Miroshnychenko i in., 2024).

terapia w przypadku śmierci przez samobójstwo.”[116] Jak podsumowano w raporcie końcowym Cass Review, „sugerowano, że terapia hormonalna zmniejsza podwyższone ryzyko śmierci przez samobójstwo w tej populacji, ale znalezione dowody nie potwierdzają tego wniosku. ”[117] W związku z tym twierdzenia, że PMT „ratuje życie”, wydają się nie mieć poparcia w dowodach.

Wyniki te zostały również potwierdzone w raporcie Appleby'ego, zleconym przez rządu Wielkiej Brytanii, w którym przeanalizowano przypadki samobójstw wśród młodych osób z GD. Raport ostro skrytykował sposób, w jaki samobójstwa i GD były omawiane w mediach społecznościowych, określając go jako nieczuły, niepokojący, niebezpieczny i naruszający ustalone wytyczne dotyczące bezpiecznego informowania o samobójstwach. Appleby podkreślił, że wiele publicznych twierdzeń dotyczących samobójstw nie spełnia podstawowych standardów dotyczących dowodów statystycznych. W raporcie wezwano również do odejścia od postrzegania PB jako głównego wyznacznika opieki wspierającej, ostrzegając, że takie wąskie podejście nadmiernie upraszcza złożone potrzeby kliniczne.([118])

4.3.5 Upadek uzasadnienia klinicznego

Pierwotnym uzasadnieniem przepisywania PB, zgodnie z holenderskim protokołem, było zapewnienie nastolatkom „czasu na przemyślenia” poprzez wstrzymanie dojrzewania, umożliwiając im w ten sposób poszukiwanie tożsamości bez dodatkowego stresu związanego z rozwojem fizycznym [119]. Jednakże

---

[116] Baker i in. (2021, s. 12). Inny, nowszy przegląd systematyczny również wykazał bardzo niską pewność dowodów dotyczących wpływu CSH na zgony spowodowane samobójstwami (Miroshnychenko, Ibrahim i in., 2025).

[117] Cass (2024a, s. 33). Przykładem często cytowanych dowodów – np. American Psychological Association (2024b); The Lancet Child & Adolescent Health (2021), poprzez odniesienie do Rew i in. (2021); Turban (2020) — na poparcie tej sugestii jest Turban, King i in. (2020), przekrojowa analiza danych z ankiety internetowej, która wykazała, że respondenci, którzy mieli dostęp do PB, mieli niższe skłonności samobójcze w ciągu całego życia w porównaniu z tymi, którzy chcieli mieć dostęp do PB, ale go nie mieli. Ankieta internetowa, 2015 U.S. Transgender Survey (USTS) (James i in., 2015), miała wiele słabych punktów metodologicznych.
Na przykład była to wygodna próba, prawdopodobnie niereprezentatywna dla dorosłych osób transpłciowych w Stanach Zjednoczonych, a respondenci mogli pomylić PB z CSH (Biggs, 2020; Clayton i in., 2021). Ponadto badanie opierało się na retrospektywnych wspomnieniach dorosłych respondentów z dzieciństwa i okresu dojrzewania, a takie wspomnienia „podlegają konfabulacji, modyfikacji, stronniczości i po prostu zapominaniu”; na przykład „31% respondentów przypomniało sobie, że zdało sobie sprawę z bycia osobą transpłciową w wieku 5 lat, w tym niektórzy, którzy pamiętali, że byli osobami transpłciowymi w wieku 1 i 2 lat — na długo przed pojawieniem się wspomnień autobiograficznych” (Kulatunga Moruzi & Lawler, 2024, str. 11, 4). Badanie Turban i in. zostało również skrytykowane za nieprawidłowe założenie, że PB dla GD były dostępne w Stanach Zjednoczonych od 1998 r., a także wskazano, że w analizie wielowymiarowej nie stwierdzono statystycznie istotnych różnic między grupami w pięciu innych miernikach skłonności samobójczych, w tym historii prób samobójczych (Biggs, 2020; Clayton i in., 2021).

[118] Appleby (2024).

[119] Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis (2006).

Dane sugerują, że nastolatki, które zaczynają stosować PB, przechodzą następnie na CSH. [120] Oznacza to, że PB mogą nie funkcjonować jako neutralna przerwa, ale raczej jako pierwszy krok na drodze do medycznej transformacji. Skłoniło to wielu ekspertów do porzucenia argumentu „czasu na przemyślenie", co znalazło odzwierciedlenie w najnowszych wytycznych WPATH i oświadczeniach profesjonalistów. ([121]) PB i CSH są obecnie postrzegane jako ciągła ścieżka leczenia. ([122])
Biorąc pod uwagę profil ryzyka związany z PB, opisany w rozdziale 7, oraz możliwość, że ich stosowanie może prowadzić do trwałej zależności medycznej, niosącej dodatkowe długoterminowe ryzyko, ich rola w obecnym paradygmacie leczenia jest niejasna. U pacjentów płci męskiej supresję testosteronu można osiągnąć za pomocą antyandrogenów w połączeniu z estrogenem w celu feminizacji. U pacjentek płci żeńskiej sam testosteron skutecznie hamuje estrogen, wywołując jednocześnie maskulinizację. Dlatego też, jeśli PB nie są stosowane w celu zapewnienia czasu na przemyślenie decyzji, ich uzasadnienie w tym kontekście pozostaje niepewne.([123])

4.3.6 Brak wiarygodnych dowodów na korzyści

Pierwotnym zamiarem stosowania interwencji hormonalnych w pediatrii była poprawa wyników leczenia zdrowia psychicznego [124]poprzez zapobieganie rozwojowi seksualnemu i wywoływanie rozwoju cech fizycznych typowych dla drugiej płci. Podejście to było

---

[120] Brik i in. (2020); Carmichael i in. (2021); Karakılıç Özturan i in. (2023a); van der Loos, Klink i in. (2023); Wiepjes i in. (2018).
[121] Chociaż wytyczne WPATH z 2012 r. stwierdzały (zgodnie z oryginalnymi badaniami holenderskimi), że PB „dadzą nastolatkom więcej czasu na zgłębianie swojej niekonformności płciowej i innych kwestii rozwojowych" (zob. Coleman i in., 2012, s. 177), to w najnowszej wersji wytycznych organizacji nie ma tego uzasadnienia klinicznego, Coleman i in. (2022). W niedawnym artykule autorstwa liderów w tej dziedzinie, dotyczącym kwalifikowalności i badań przesiewowych pacjentów zainteresowanych PB, nie wspomniano o uzasadnieniu „czasu na przemyślenie" (Turban i in., 2025). Zobacz także opinię amicus curiae, w której uznano, że PB i CSH nie powinny być traktowane jako odrębne ścieżki leczenia, ponieważ stanowią one „ciągłość opieki", a „zdecydowana większość nastolatków z dysforią płciową, którzy otrzymują blokery dojrzałości płciowej, przechodzi do terapii hormonami płciowymi" (U.S. v. Skrmetti (nr 23-477), Eksperci naukowi i lekarze, opinia amicus curiae, 2024).
[122] Istnieją wyjątki od tego poglądu; niektóre prace badawcze i organizacje nadal twierdzą, że PB dają czas na przemyślenie decyzji (np. Fisher et al., 2024; U.S. v. Skrmetti (nr 23-477), American Academy of Pediatrics and Additional National and State Medical and Mental Health Organizations, Amicus curiae brief, 2024, s. 13).
[123]W przeglądzie Cass stwierdzono, że chociaż może istnieć „bardzo wąskie wskazanie do stosowania blokerów dojrzałości płciowej u mężczyzn zarejestrowanych w rejestrze urodzeń jako początek medycznej ścieżki transformacji w celu zatrzymania nieodwracalnych zmian związanych z dojrzewaniem", nie ma innych rozsądnych, sprawdzonych uzasadnień dla stosowania PB, a co ważne, nie ma wskazań do stosowania PB u kobiet (Cass, 2024a, s. 180). Eksperci kwestionowali „uzasadnienie pozbawiania nastolatków hormonów płciowych przez lata w okresie dojrzewania i ryzykowanie wpływu na kości i mózg" (Ryan, 2024b).
[124] Naukowcy byli początkowo zmotywowani do rozpoczęcia interwencji hormonalnych u dzieci i nastolatków, ponieważ byli zaniepokojeni złym stanem zdrowia psychicznego dorosłych pacjentów i mieli nadzieję złagodzić ten problem poprzez zapobieganie rozwojowi cech płciowych, które były dla tych dorosłych osób źródłem cierpienia (bardziej szczegółowo omówiono to w rozdziale 3).

w oparciu o hipotezę, że uniknięcie „niekorzystnego wyglądu fizycznego”[125] „poprawi zdolność do „przejścia” jako pożądana płeć”[(126).] Chociaż zabiegi te zmieniają wygląd fizyczny, przeglądy systematyczne nie znalazły wiarygodnych dowodów na to, że prowadzą one do znaczącej poprawy zdrowia psychicznego.[127] Wiele przeglądów systematycznych stwierdziło, że dowody potwierdzające korzyści płynące z pediatrycznych interwencji związanych z tranzycją – od PB po CSH i operacje – są „bardzo mało pewne”. (Zob. rozdział 5.) Oznacza to, że wyniki badań wskazujące na poprawę zdrowia psychicznego[128] nie są uważane za wiarygodne. Natomiast wszystkie interwencje medyczne niosą ze sobą potencjalne szkody.

Ostatecznie interwencje medyczne powinny być stosowane, gdy korzyści wyraźnie przewyższają ryzyko. Każdy organ zdrowia publicznego, który przeprowadził systematyczny przegląd dowodów, stwierdził, że profil korzyści/ryzyka PMT jest albo nieznany, albo niekorzystny.

---

[125] Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis (2006).

[126] Costa i in. (2015).

[127] Innym pierwotnym uzasadnieniem klinicznym było zmniejszenie potrzeby przyszłych operacji. W jednym z badań stwierdzono, że pacjentki, które rozpoczęły stosowanie PB we wczesnym okresie dojrzewania, rzadziej poddawano mastektomii niż pacjentki, które rozpoczęły stosowanie PB później, co sugeruje, że względny brak tkanki piersiowej wykluczał potrzebę mastektomii. Jednak w badaniu tym stwierdzono również znacznie większe prawdopodobieństwo wykonania zabiegu waginooplastyki u pacjentów płci męskiej, którzy rozpoczęli stosowanie PB we wczesnym okresie dojrzewania (van de Grift i in., 2020). Jedno z badań dotyczących mastektomii u nastolatków sugerowało, że dysforia związana z klatką piersiową nasiliła się po zastosowaniu testosteronu (Olson-Kennedy, Warus i in., 2018). Teoretycznie nasilenie dysforii związanej z klatką piersiową może prowadzić do podjęcia decyzji o mastektomii. W literaturze dotyczącej osób dorosłych pojawiły się doniesienia o kobietach poddających się histerektomii z powodu bólu miednicy spowodowanego zanikiem narządów rozrodczych (np. Zwickl i in., 2023).

[128] W badaniach dotyczących wyników w zakresie zdrowia psychicznego odnotowano niejednolite statystycznie istotne poprawy. Wśród długoterminowych badań dotyczących wyników w zakresie zdrowia psychicznego w tej dziedzinie niektóre odnotowały poprawę w jednym lub kilku wynikach dotyczących zdrowia psychicznego (Achille i in., 2020; Allen i in., 2019; Chelliah i in., 2024; Chen i in., 2023; de Vries i in., 2011, de Vries i in., 2014; Fisher i in., 2024; Kaltiala i in., 2020; Kuper i in., 2020; Lavender i in., 2023; López de Lara i in., 2020; Olson-Kennedy i in., 2025); w największym badaniu stwierdzono pogorszenie wyników dotyczących zdrowia psychicznego (Hisle-Gorman i in., 2021), podczas gdy w innych nie odnotowano żadnych zmian (Becker-Hebly i in., 2020; Cantu i in., 2020; Carmichael i in., 2021; Eisenberg i in., 2024; Khatchadourian i in., 2014; Russell i in., 2021; Tordoff i in., 2022). W jednym badaniu odnotowano podobną poprawę w grupie leczonej PB i grupie leczonej wyłącznie psychoterapią (Costa i in., 2015).

PA RT 2

PRZEGLĄD DOWODÓW

Rozdział 5 Przegląd przeglądów systematycznych

W niniejszym rozdziale dokonano przeglądu najlepszych dostępnych informacji dotyczących ryzyka, korzyści i niepewności związanych z interwencjami powszechnie stosowanymi w leczeniu dysforii płciowej (GD) u młodzieży. Podsumowano w nim wyniki przeglądu systematycznych przeglądów (SR) (znanego również jako „przegląd parasolowy") przeprowadzonego na potrzeby niniejszego przeglądu. W sekcji 5.1 zdefiniowano niektóre terminy i opisano metodologię zastosowaną do sporządzenia przeglądu SR.

W sekcjach 5.2–5.6 podsumowano wyniki przeglądu dotyczące następujących interwencji: transformacja społeczna; leki blokujące dojrzewanie płciowe (PB); hormony płciowe przeciwnej płci (CSH); zabiegi chirurgiczne; oraz psychoterapia. Rozdział kończy się sekcją poświęconą dyskusji (5.7).

Rozdział 6 wyjaśnia ograniczenia przeglądów systematycznych (SR) oraz potrzebę — zwłaszcza w kontekście pediatrycznej medycyny płciowej (PGM) — uwzględnienia innych rodzajów dowodów naukowych.

Rozdział 7 zawiera przegląd innych rodzajów dowodów, w tym dowodów pochodzących z badań naukowych, znanych mechanizmów działania leków oraz zaburzeń endokrynologicznych, które przybliżają skutki transformacji medycznej. Ta szersza baza dowodów pozwala na bardziej kompleksową ocenę potencjalnych szkód. Rozdział 8 zawiera krótkie podsumowanie implikacji tych ustaleń dla decydentów.

5.1 Metodologia

Podstawową zasadą medycyny opartej na dowodach naukowych (EBM) jest to, że optymalne podejmowanie decyzji „wymaga świadomości najlepszych dostępnych dowodów, które w idealnym przypadku będą pochodzić z systematycznych podsumowań tych dowodów".[1] Podstawą EBM jest *systematyczny przegląd*,

> [który] ma na celu zebranie wszystkich dowodów empirycznych spełniających z góry określone kryteria kwalifikacyjne w celu udzielenia odpowiedzi na konkretne pytanie badawcze. Wykorzystuje on jasne, systematyczne metody, które są wybierane z myślą o zminimalizowaniu stronniczości, zapewniając w ten sposób bardziej wiarygodne wyniki, na podstawie których można wyciągać wnioski i podejmować decyzje.[2]

[1] Guyatt et al. (2015, s. 10).
[2] Higgins i in. (2019, s. xxiii).

Wnioski z poszczególnych badań będą ograniczone przez ich projekt i inne czynniki. Zestawienie, synteza i ocena wszystkich istotnych badań dotyczących danego tematu, przy użyciu systematycznych i powtarzalnych metod w celu zminimalizowania błędów i stronniczości, pozwala na wyciągnięcie bardziej wiarygodnych wniosków.

SR znajdują się na szczycie „hierarchii dowodów".[3] Jednak nie wszystkie przeglądy literatury są SR, nawet jeśli tak się nazywają, dlatego ważne jest, aby ocenić proces wykorzystany do opracowania i przedstawienia każdego przeglądu dowodów, który twierdzi, że jest SR. Na przykład „Cornell Review" jest często cytowany w dziedzinie PGM w celu poparcia twierdzenia o niskim poziomie żalu, ale wyniki tego przeglądu nie potwierdzają tego wniosku.[4]

Przegląd przeglądów systematycznych zasadniczo polega na zastosowaniu metodologii przeglądów systematycznych do samych przeglądów systematycznych, czyniąc przeglądy systematyczne jednostką analizy, a nie poszczególne badania pierwotne. W niniejszym przypadku przygotowano przegląd przeglądów systematycznych, ponieważ dziedzina ta jest już nasycona przeglądami systematycznymi, z których wiele ocenia te same badania. Dzięki ocenie jakości tych przeglądów systematycznych przegląd pozwala na lepsze zrozumienie ogólnej siły, spójności i luk w bazie dowodowej.

Metodologia przeglądu była zgodna z zaleceniami dotyczącymi przeglądów SR zawartymi w *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* (Podręcznik Cochrane dotyczący *systematycznych przeglądów interwencji*).[5,6] W bazach Medline, Embase i psychologicznej bazie danych PsycINFO wyszukano przeglądy SR dotyczące skutków transformacji społecznej, PB, CSH, operacji i psychoterapii dla młodzieży z GD w wieku do 26 lat.[7] Przeprowadzono również uzupełniające wyszukiwanie literatury dotyczącej „szarej literatury".

---

[3] Zob. załącznik 3.

[4] Cornell University & What We Know Project (2017). W przeglądzie Cornell stwierdzono, że „żal wynika najczęściej z braku wsparcia społecznego po transformacji lub złych wyników operacji przeprowadzonych przy użyciu starszych technik". Jednak w przeglądzie tym nie dokonano właściwej syntezy dowodów pochodzących z uwzględnionych badań ani nie oceniono jakości dowodów. Wyniki przeglądu należy zatem interpretować z ostrożnością. Przegląd Cornell nie został uwzględniony w niniejszym przeglądzie, ponieważ populacją docelową były osoby dorosłe, a zatem nie ma on wyraźnego zastosowania w przypadku dzieci i młodzieży z GD (patrz sekcja 4.3.1.1).

[5] Higgins i in. (2019).

[6] Szczegółowa metodologia i wyniki niniejszego przeglądu znajdują się w załączniku 4.

[7] Przeglądy systematyczne w tej dziedzinie zazwyczaj dotyczyły pacjentów poniżej 18 lub poniżej 26 roku życia. Aby uwzględnić osoby w wieku 18 lat, w przeglądzie podjęto decyzję o wyszukaniu przeglądów systematycznych dotyczących populacji pacjentów poniżej 18 roku życia
26 roku życia. Pozwala to zachować równowagę między kompleksowością a bezpośredniością (przydatnością) przeglądu dowodów. Chociaż istnieją obawy dotyczące bezpośredniości dowodów, dowody dotyczące pacjentów poniżej 18 roku życia i pacjentów powyżej 18 roku życia nie wykazały żadnych istotnych różnic w wynikach.

literatury”[8] oraz list referencyjnych kwalifikujących się przeglądów systematycznych. Dwóch recenzentów niezależnie przeanalizowało tytuły i streszczenia, a następnie pełne teksty, aby określić kwalifikowalność badań. Recenzenci rozstrzygali spory w drodze dyskusji. Do oceny uwzględnionych przeglądów systematycznych wykorzystano narzędzie do oceny ryzyka błędu systematycznego w przeglądach systematycznych (ROBIS).[9] Wyodrębnianie danych i ocena ryzyka błędu systematycznego zostały przeprowadzone przez jednego recenzenta i sprawdzone przez drugiego. ROBIS ocenia jakość przeglądu systematycznego w czterech obszarach: 1) kryteria kwalifikacyjne badania; 2) identyfikacja i wybór badań; 3) gromadzenie danych i ocena badania; oraz 4) synteza wyników. Dodatkowo ROBIS ocenia ogólne ryzyko błędu systematycznego w procesie przeglądu systematycznego. Przeglądy systematyczne, w których stwierdzono nieprawidłowości w czterech obszarach, mogą nadal być oceniane jako charakteryzujące się niskim ryzykiem błędu systematycznego, jeśli w interpretacji dowodów odpowiednio uwzględniono te nieprawidłowości.

Poniższe pięć sekcji niniejszego rozdziału zawiera podsumowanie danych dotyczących wyników z przeglądów systematycznych opublikowanych w języku angielskim i sklasyfikowanych jako charakteryzujące się niskim ryzykiem błędu systematycznego. Synteza dowodów została uporządkowana według wyników będących przedmiotem zainteresowania dla każdej strategii leczenia. Wyniki te obejmowały GD, zdrowie psychiczne i samopoczucie, skutki fizjologiczne (np. supresja hormonów płciowych w przypadku PB), potrzebę dalszego leczenia lub przejście do dalszego leczenia, wyniki dotyczące bezpieczeństwa, w tym skutki uboczne i niepożądane, oraz żal. Dla każdego wyniku w niniejszym przeglądzie podsumowano szacunki efektów i jakość dowodów (pewność szacunków efektów) zgodnie z metodologią GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation).

W metodologii GRADE jakość dowodów jest równoznaczna z pewnością dowodów [(10).] Jakość dowodów może zostać obniżona z różnych powodów: ryzyko błędu systematycznego (ograniczenia badania), niespójność (niewyjaśnione różnice w wynikach), pośredniość (dowody nie mające bezpośredniego zastosowania), nieprecyzyjność (szerokie przedziały ufności lub małe próby) oraz błąd publikacji (selektywne raportowanie).[11] Z drugiej strony, jakość może zostać podwyższona, jeśli istnieje duże

[8] „Szara literatura” odnosi się do badań i informacji powstałych poza tradycyjnymi kanałami publikacji naukowych, a zatem mogą nie być formalnie recenzowane lub indeksowane w głównych bazach danych.
[9] Whiting i in. (2016).
[10] „Bardzo niska jakość dowodów” jest równoznaczna z „bardzo niską pewnością dowodów” (Balshem i in., 2011; Guyatt i in., 2008).
[11] Balshem i in. (2011); Guyatt i in. (2008); Guyatt, Oxman, Kunz, Brozek i in. (2011); Guyatt, Oxman, Kunz, Woodcock, Brozek, Helfand, Alonso-Coello, Falck-Ytter i in. (2011); Guyatt, Oxman, Kunz,

wielkość efektu, wyraźna zależność dawka-odpowiedź lub czy czynniki zakłócające mogłyby zmniejszyć obserwowany efekt, ale efekt ten został mimo to zaobserwowany.[12]

Dowody są następnie klasyfikowane według poziomu jakości do czterech kategorii: wysoka, umiarkowana, niska lub bardzo niska.[13] Dowody wysokiej jakości oznaczają, że „jesteśmy bardzo pewni, że rzeczywisty efekt jest zbliżony do oszacowanego efektu". Dowody bardzo niskiej jakości wskazują, że „mamy bardzo małą pewność co do oszacowania efektu: rzeczywisty efekt może znacznie różnić się od oszacowanego efektu". Niniejszy przegląd podsumowuje oceny GRADE z oryginalnych przeglądów systematycznych dla poszczególnych wyników, o ile są one dostępne. Niemniej jednak wprowadzono dwie modyfikacje:

1. W przypadku gdy w przeglądzie systematycznym nie przeprowadzono formalnej oceny GRADE, ale w wnioskach przeglądu systematycznego użyto sformułowań takich jak „jesteśmy bardzo niepewni" lub „nie można wyciągnąć żadnych wniosków", uznano je za równoważne ocenie GRADE „bardzo niskiej jakości".[14]

2. W przypadku gdy autorzy przeglądów systematycznych nie byli zgodni co do oceny GRADE dla tego samego wyniku, niniejszy przegląd rozwiązał tę rozbieżność poprzez przeprowadzenie oceny *de novo* zgodnie z metodologią GRADE i przedstawił uzasadnienie.

Po weryfikacji 17 przeglądów systematycznych spełniło kryteria włączenia. W przeglądach tych zbadano skutki transformacji społecznej (n= 2),[15] PB (n= 9),[16] CSH (n= 8),[17] zabiegów chirurgicznych (n= 3),[18] oraz psychoterapii (n
= 5)([19]) wśród dzieci i młodzieży z GD. Spośród 17 uwzględnionych przeglądów systematycznych dziesięć zostało ocenionych

Woodcock, Brozek, Helfand, Alonso-Coello, Glasziou i in. (2011); Guyatt, Oxman, Montori i in. (2011); Guyatt, Oxman, Vist i in. (2011).
[12] Guyatt, Oxman, Sultan i in. (2011).
[13] Balshem i in. (2011). Zob. również załącznik 3.
[14] Balshem i in. (2011); Santesso i in. (2020).
[15] Dopp i in. (2024); Hall i in. (2024).
[16] Chew i in. (2018); Dopp i in. (2024); Ludvigsson i in. (2023); Miroshnychenko, Roldan i in. (2025); Ramos i in. (2021); Rew i in. (2021); Taylor, Mitchell, Hall, Heathcote i in. (2024); Thompson i in. (2023); Zepf, König i in. (2024).
[17] Chew i in. (2018); Dopp i in. (2024); Karalexi i in. (2020); Ludvigsson i in. (2023); Miroshnychenko, Ibrahim i in. (2025); Taylor, Mitchell, Hall, Langton i in. (2024); Thompson i in. (2023); Zepf, König i in. (2024).
[18] Dopp i in. (2024); Miroshnychenko i in. (2024); Thompson i in. (2023).
[19] Dopp i in. (2024); Expósito-Campos i in. (2023); Heathcote i in. (2024); Malpas i in. (2022); Thompson i in. (2023).

jako mające ogólnie niskie ryzyko błędu systematycznego.[20] SR ocenione jako „niskie ryzyko błędu systematycznego” mogą jednak nadal mieć ograniczenia w jednej lub kilku dziedzinach. Siedem przeglądów systematycznych zostało ocenionych jako charakteryzujące się ogólnie wysokim ryzykiem błędu systematycznego ([21]),często z powodu ograniczonych lub słabo zdefiniowanych pytań badawczych i kryteriów kwalifikacyjnych, braku oceny ryzyka błędu systematycznego oraz nieodpowiedniej syntezy wyników. Różnice w rygorystyczności metodologicznej podkreślają potrzebę ostrożnej interpretacji wyników, zwłaszcza w przypadku przeglądów ocenionych jako charakteryzujące się wysokim ryzykiem błędu systematycznego.

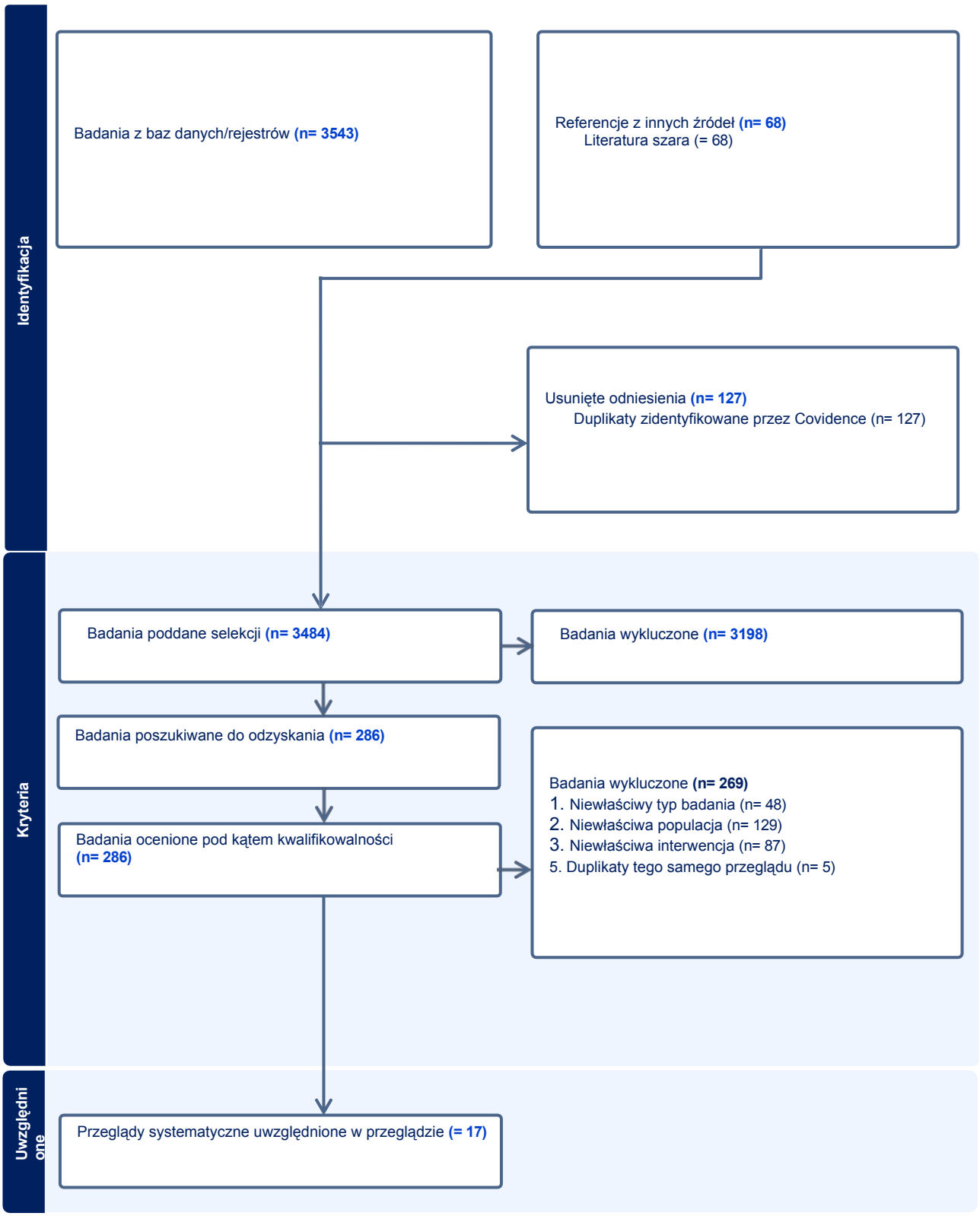
Należy zauważyć, że w niniejszym przeglądzie pominięto dwa przeglądy systematyczne przeprowadzone przez National Institute for Health and Care Excellence (NICE) w październiku 2020 r. w celu dostarczenia informacji do przeglądu Cass Review [22]. Zostały one pominięte, ponieważ opublikowano kilka kolejnych przeglądów systematycznych zleconych Uniwersytetowi w Yorku w celu dostarczenia informacji do przeglądu Cass Review. Te ostatnie przeglądy systematyczne są bardziej kompleksowe i aktualizują wyniki dwóch przeglądów systematycznych NICE.

W niniejszym przeglądzie pominięto również przegląd systematyczny z 2021 r. autorstwa Baker i in.[(23)] ,ponieważ uczestnikami większości badań uwzględnionych w tym przeglądzie byli dorośli w średnim wieku. Warto zauważyć, że przegląd Baker i in. został przytoczony na poparcie stwierdzenia 2.1 zawartego w *Standardach opieki zdrowotnej dla osób transpłciowych i o różnej tożsamości płciowej*, wersja 8 (WPATH SOC-8) opracowanych przez Światowe Stowarzyszenie Profesjonalistów ds. Zdrowia Osób Transpłciowych.[24] Stwierdzenie to – „Zalecamy, aby systemy opieki zdrowotnej zapewniały osobom transpłciowym i o różnej tożsamości płciowej niezbędną z medycznego punktu widzenia opiekę zdrowotną potwierdzającą tożsamość płciową” – zostało następnie przytoczone na poparcie zaleceń zawartych w rozdziale SOC-8 poświęconym młodzieży. Ze względu na sposób, w jaki ten przegląd systematyczny został wykorzystany w dziedzinie PMT, Baker i in. zostali poddani oddzielnej analizie ROBIS, która wykazała wysokie ryzyko błędu systematycznego ze względu na ograniczenia w obszarach ROBIS „gromadzenie danych i ocena badania” oraz „synteza i wyniki”. Ocena ROBIS dotycząca Baker i in. znajduje się w sekcji 2.3 załącznika 4, natomiast załącznik 3 zawiera

[20] Dopp i in. (2024); Hall i in. (2024); Heathcote i in. (2024); Ludvigsson i in. (2023); Miroshnychenko i in. (2024); Miroshnychenko, Ibrahim i in. (2025); Miroshnychenko, Roldan i in. (2025); Taylor, Mitchell, Hall, Heathcote i in. (2024); Taylor, Mitchell, Hall, Langton i in. (2024); Zepf, König i in. (2024). Przeglądy systematyczne przeprowadzone przez tę samą grupę badawczą były zasadniczo zgodne z tym samym podejściem metodologicznym. ([21]) Chew i in. (2018); Expósito-Campos i in. (2023); Karalexi i in. (2020); Malpas i in. (2022); Ramos i in. (2021); Rew i in. (2021); Thompson i in. (2023).
[22] National Institute for Health and Care Excellence (2020b, 2020a).
[23] Baker i in. (2021).
[24] Coleman i in. (2022).

Wprowadzenie do SR i EBM. Rysunek 5.1 poniżej przedstawia schemat procesu wyszukiwania, selekcji i włączania.

Rysunek 5.1 Proces wyszukiwania, selekcji i włączania



5.2 Wyniki transformacji społecznej

Transformacja społeczna polega na zmianie jednego lub kilku aspektów wyglądu lub sposobu wyrażania się, takich jak imię, wygląd zewnętrzny lub zachowanie, w celu bycia postrzeganym i traktowanym jako osoba płci przeciwnej lub uniknięcia bycia postrzeganym i traktowanym jako osoba tej samej płci. [Jak] zauważono w przeglądzie Cass Review, nawet jeśli transformacja społeczna odbywa się poza placówkami opieki zdrowotnej, „ważne jest, aby postrzegać ją jako aktywną interwencję, ponieważ może ona mieć znaczący wpływ na dziecko lub młodą osobę pod względem funkcjonowania psychicznego i długoterminowych skutków” ([25].

W niniejszym przeglądzie zidentyfikowano dwa przeglądy systematyczne oceniające wpływ transformacji społecznej. Oba zostały ocenione jako charakteryzujące się niskim ryzykiem błędu systematycznego [(26).]Wyniki sugerują, że wpływ transformacji społecznej na długoterminowe zaburzenia tożsamości płciowej, wyniki psychologiczne i samopoczucie oraz przyszłe decyzje dotyczące leczenia, takie jak hormony lub operacje, pozostaje słabo poznany. Dowody dotyczące żalu związanego z transformacją społeczną są niezwykle ograniczone. Pewność dowodów dotyczących tych wyników jest bardzo niska.

W ocenie transformacji społecznej jako interwencji u dzieci i młodzieży z GD nadal istnieją znaczne luki w dowodach. Większość dostępnych badań ma charakter przekrojowy i nie ma prospektywnych badań longitudinalnych z odpowiednimi grupami porównawczymi, co sprawia, że nie jest jasne, czy obserwowane powiązania odzwierciedlają skutki transformacji społecznej, czy też inne czynniki leżące u jej podstaw. Ponadto opublikowane badania często nie oddzielają skutków transformacji społecznej od równoczesnych interwencji, takich jak psychoterapia lub leczenie farmakologiczne, co dodatkowo komplikuje interpretację.

5.3 Wyniki stosowania leków blokujących dojrzewanie

Agoniści hormonu uwalniającego gonadotropinę (GnRHa), znani jako „blokery dojrzewania” (PB), są stosowani w celu zapobiegania lub zatrzymania rozwoju cech płciowych u dzieci i młodzieży w okresie okołopokwitaniowym i pokwitaniowym z GD. W niniejszym przeglądzie zidentyfikowano dziewięć przeglądów systematycznych, w których oceniano skutki leczenia PB. Wśród nich cztery były angielskojęzyczne

[25] Cass (2024, s. 158).
[26] Dopp i in. (2024); Hall i in. (2024).

oceniono jako badania o niskim ryzyku błędu systematycznego. Kryteria kwalifikacyjne i liczba uwzględnionych badań różniły się w tych czterech przeglądach systematycznych, a pewność dowodów dotyczących wpływu PB na GD (lub niezgodność płciową), poprawę zdrowia psychicznego i bezpieczeństwo jest bardzo niska. Istnieją dowody o wysokim stopniu pewności, że PB wywierają wpływ na fizjologię (np. hamują wydzielanie hormonów płciowych) i często powodują bezpłodność, gdy są stosowane przed CSH, w zależności od etapu dojrzewania i płci pacjenta ([28]). Dowody o niskim stopniu pewności sugerują, że PB mogą mieć negatywny wpływ na zdrowie kości ([29]).Duża część młodzieży przechodzi do CSH po PB, chociaż pewność dowodów dotyczących przyczynowego wpływu PB na tę progresję jest bardzo niska.

W istniejącej literaturze nadal istnieją istotne luki zarówno w zakresie, jak i jakości ocenianych wyników. Wiele badań pierwotnych nie zostało odpowiednio zaprojektowanych do pomiaru lub raportowania wyników związanych z PB. Na przykład niewiele badań pierwotnych uwzględnionych w przeglądach systematycznych oceniało wpływ PB na wyniki, takie jak GD lub zdrowie psychiczne.
Chociaż PB są często opisywane jako „przycisk pauzy” [30], żadne badania nie analizowały systematycznie ich roli w procesie podejmowania decyzji ani wyników leczenia osób, które przerwały terapię.

Podczas oceny wyników skupiono się głównie na krótkoterminowych zmianach psychologicznych lub fizjologicznych lub wynikach zastępczych, takich jak myśli samobójcze lub gęstość mineralna kości, a nie na punktach końcowych, takich jak samobójstwa lub złamania. Dowody są szczególnie ograniczone w odniesieniu do długoterminowych wyników związanych z płodnością, wzrostem i rozwojem neurokognitywnym.

Chociaż badania sugerują, że znaczna część młodzieży przechodzi do CSH po zahamowaniu dojrzewania [31], istnieje niewiele dowodów na wpływ tej połączonej ścieżki

---

[27] Dopp i in. (2024); Ludvigsson i in. (2023); Miroshnychenko, Roldan i in. (2025); Taylor, Mitchell, Hall, Heathcote i in. (2024).
[28] Zob. dalsza dyskusja na temat płodności w rozdziale 7.
[29] Zob. poniższe omówienie mechanizmów fizjologicznych, poprzez które indukowany hipogonadotropowy hipogonadyzm negatywnie wpływa na rozwój kości.
[30] Zob. np. arkusz informacyjny dotyczący blokerów dojrzewania opracowany przez Cambridge Health Alliance/Harvard Medical School Teaching Hospital (Cambridge Health Alliance, b.d.).
[31] W przeglądach systematycznych, które zostały ocenione jako charakteryzujące się niskim ryzykiem błędu systematycznego, tylko dwa badania (Carmichael et al., 2021; Karakılıç Özturan et al., 2023a) zawierały dane dotyczące tego wyniku, a każde z nich wykazało wskaźnik progresji od PB do CSH wynoszący >95%. Inne badania, które nie zostały uwzględnione w niniejszym przeglądzie, cytowane w innych częściach niniejszego przeglądu,

porównywały CSH stosowane samodzielnie lub wpływ tej ścieżki na długoterminowe wyniki, takie jak poddanie się operacji. Ponadto żadne badania nie analizowały w sposób jednoznaczny fizycznej lub psychospołecznej trajektorii niewielkiej mniejszości osób, które poddały się PB, ale nie przeszły do CSH. W rezultacie istnieje niewiele danych na temat tego, co dzieje się po zakończeniu leczenia, a założenie, że efekty PB są odwracalne, pozostaje w dużej mierze niesprawdzone.
Kolejnym istotnym ograniczeniem jest fakt, że w większości badań pierwotnych nie rozróżniono wpływu PB na kobiety i mężczyzn. Ogólnie rzecz biorąc, brak długoterminowych, wiarygodnych dowodów dotyczących tych krytycznych wyników (w tym samobójstw, złamań, płodności, wzrostu i rozwoju neurokognitywnego) pozostawia znaczną niepewność co do skutków stosowania PB.

5.4 Skutki stosowania hormonów płciowych

Estrogen dla mężczyzn i testosteron dla kobiet są stosowane poza wskazaniami rejestracyjnymi w celu wywołania zmian fizycznych w cechach płciowych młodzieży z GD. W niniejszym przeglądzie zidentyfikowano osiem przeglądów systematycznych dotyczących skutków leczenia CSH, z których cztery były w języku angielskim i oceniono je jako charakteryzujące się niskim ryzykiem błędu systematycznego [32]. Pewność dowodów jest bardzo niska w odniesieniu do wpływu na GD lub niezgodność, poprawę zdrowia psychicznego oraz wskaźniki bezpieczeństwa, w tym płodność i zdrowie kości. Istnieją bardzo pewne dowody na to, że CSH wywierają wpływ fizjologiczny.

Podobnie jak w przypadku PB, istnieją istotne luki w dowodach dotyczących CSH. Wiele badań nie zostało specjalnie zaprojektowanych w celu uchwycenia pełnego zakresu długoterminowych wyników i koncentrowało się głównie na krótkoterminowych zmianach psychologicznych lub fizjologicznych. Kluczowe wyniki, takie jak wpływ na GD, inne wyniki dotyczące zdrowia psychicznego i jakość życia, były mierzone w sposób niespójny, a gdy były zgłaszane, często pochodziły z niewielkich badań obserwacyjnych o ograniczonej obserwacji. Niezwykle ważne długoterminowe skutki pozostają słabo poznane. Zaburzenia seksualne, mimo że mają duże znaczenie dla długoterminowych

---

również odnotowano >90% wskaźnik progresji od PB do CSH: Brik i in. (2020); van der Loos, Klink i in. (2023); Wiepjes i in. (2018).

[32] Dopp i in. (2024); Ludvigsson i in. (2023); Miroshnychenko, Ibrahim i in. (2025); Taylor, Mitchell, Hall, Langton i in. (2024).

dobrostan długoterminowy, był rzadko oceniany. Chociaż w kilku badaniach podano częstość występowania zdarzeń sercowo-naczyniowych, do oceny skumulowanego ryzyka konieczna jest długoterminowa obserwacja.[33]

Dowody dotyczące płodności są skąpe, a dane na temat tego, czy skutki reprodukcyjne różnią się w zależności od wieku w momencie rozpoczęcia leczenia lub czy skutki te są odwracalne, są niewielkie. Ponadto nie zbadano w wystarczającym stopniu złożonych skutków sekwencyjnego (a czasami równoczesnego, zwłaszcza u mężczyzn) leczenia PB, a następnie CSH — takich jak ich wpływ na regenerację zdrowia kości, ostateczny wzrost dorosłego człowieka lub prawdopodobieństwo konieczności interwencji chirurgicznej. Podobnie jak w przypadku PB, brak rygorystycznych metodologicznie, długoterminowych badań znacznie ogranicza zrozumienie przez naukowców szerszych skutków zdrowotnych stosowania CSH w okresie dojrzewania. Brak badań pierwotnych, które oddzielnie oceniają wpływ estrogenu u mężczyzn i testosteronu u kobiet, stanowi istotne ograniczenie, ponieważ interakcje między hormonami płciowymi mogą mieć znaczący wpływ na wyniki.

5.5 Wyniki operacji

Maskulinizująca mastektomia u nastoletnich kobiet jest najczęściej wykonywanym zabiegiem chirurgicznym w przypadku młodzieży z GD. W niniejszym przeglądzie zidentyfikowano trzy przeglądy systematyczne dotyczące zabiegów chirurgicznych u dzieci lub nastolatków z GD, przy czym większość badań pierwotnych dotyczyła wyłącznie mastektomii [34]. Dwa przeglądy systematyczne oceniono jako charakteryzujące się niskim ryzykiem błędu systematycznego [35]. Istnieją bardzo pewne dowody na to, że mastektomia wiąże się z przewidywalnymi powikłaniami chirurgicznymi, takimi jak martwica i blizny. Pewność dowodów jest bardzo niska w odniesieniu do wpływu operacji na GD lub niezgodność, poprawę zdrowia psychicznego, w tym skłonności samobójcze i depresję, oraz długoterminowe wyniki, takie jak funkcje seksualne, jakość życia i żal.

Istnieją znaczne luki w dowodach dotyczących operacji u nastolatków z GD. Większość badań to serie przypadków lub małe badania obserwacyjne, z ograniczoną liczbą grup porównawczych lub bez nich, a zatem nie są one w stanie oddzielić skutków operacji od wcześniejszych interwencji medycznych lub psychospołecznych. Wyniki, takie jak wpływ na GD, zdrowie psychiczne i jakość

[33] Dotyczy to w szczególności przejścia medycznego u dzieci (ze względu na rozpoczęcie CSH w okresie dojrzewania czas trwania leczenia będzie dłuższy niż w przypadku wcześniej badanych populacji dorosłych).
[34] Dopp i in. (2024) uwzględnili 18 badań; ponad połowa z nich dotyczyła mastektomii. Miroshnychenko i in. (2024) uwzględnili 39 badań i oceniali wyłącznie skutki mastektomii. Inny przegląd systematyczny obejmował 25 uczestników poddanych zabiegom chirurgicznym, z których 24 przeszło mastektomię. Zob. Dopp i in. (2024); Miroshnychenko i in. (2024); Thompson i in. (2023).
[35] Dopp i in. (2024); Miroshnychenko i in. (2024).

jakości życia są przedstawiane w sposób niespójny i często brakuje im sprawdzonych miar. Długoterminowe wyniki, w tym trwałość korzyści psychologicznych, funkcje seksualne, potrzeba operacji rewizyjnych, a także satysfakcja i dobre samopoczucie w wieku dorosłym, pozostają słabo scharakteryzowane. Ponadto, chociaż żal jest częstym tematem publicznej dyskusji, istniejące badania nie dostarczają solidnych danych na temat czynników wpływających na żal. Istnieją również luki w wiedzy na temat innych rodzajów operacji, w tym operacji narządów płciowych.

5.6 Wyniki psychoterapii

Dyskusje na temat roli psychoterapii w leczeniu młodzieży z GD charakteryzują się wewnętrznymi niespójnościami w dziedzinie medycyny płciowej, gdzie psychoterapia jest zarówno uznawana za ważne narzędzie, jak i piętnowana, jeśli jej celem jest rozwiązanie problemu GD (rozdział 14). W przeglądzie zidentyfikowano łącznie pięć przeglądów systematycznych oceniających psychoterapię wśród dzieci lub młodzieży z GD. Tylko dwa z nich zostały ocenione jako charakteryzujące się niskim ryzykiem błędu systematycznego [36].

Dowody dotyczące skutków psychoterapii są ograniczone. Przegląd przeprowadzony w 2024 r. przez Dopp i wsp. obejmował jedno randomizowane badanie kontrolowane (RCT) oceniające wpływ „krótkich filmów wideo dotyczących radzenia sobie" na skłonności samobójcze, które nie dostarczyło bezpośrednich dowodów na skuteczność psychoterapii u młodzieży z GD. Nie ma innych RCT. W obu przeglądach systematycznych stwierdzono, że interwencje psychoterapeutyczne były realizowane w różnych formatach, co wskazuje na znaczną heterogeniczność w zakresie ich realizacji. Formaty interwencji bezpośrednich i internetowych były bardzo zróżnicowane i obejmowały podejście indywidualne, grupowe, rodzinne oraz łączone. Interwencje bezpośrednie odbywały się w różnych miejscach, takich jak specjalistyczne placówki zajmujące się kwestiami płci, programy społecznościowe, społeczne kliniki zdrowia psychicznego, weekendowe rekolekcje i programy intensywnego leczenia stacjonarnego. Ta różnorodność ogranicza możliwość uogólnienia wyników badań. W przypadku wyników dotyczących zdrowia psychicznego pewność wyników była bardzo niska. Nie odnotowano jednak żadnych szkód.

W przeglądzie nie znaleziono dowodów na wpływ psychoterapii na samo GD. Ta luka w dowodach może wynikać z utożsamiania psychoterapii z „terapią konwersyjną". Jak zauważono w przeglądzie Cass Review, „rola terapii psychologicznych we wspieraniu dzieci i młodzieży z niezgodnością płciową lub cierpieniem została przyćmiona przez

[36] Dopp i in. (2024); Heathcote i in. (2024).

niekonstruktywna, spolaryzowana debata na temat praktyk konwersyjnych”.[37] Istnieją bardzo ograniczone dowody na rolę psychoterapii w leczeniu problemów zdrowia psychicznego współwystępujących z GD u dzieci i młodzieży,[38] w tym depresji, lęku, zaburzeń odżywiania, samookaleczania i skłonności samobójczych. Wczesne raporty często nie oddzielały efektów psychoterapii od efektów innych równoczesnych interwencji, takich jak transformacja społeczna, PB lub CSH, co utrudniało przypisanie obserwowanych wyników wyłącznie psychoterapii. Niewiele wiadomo na temat tego, które podejścia terapeutyczne mogą być bardziej lub mniej skuteczne w przypadku określonych podgrup. Brak rzetelnych badań został potwierdzony w przeglądzie Cass Review, w którym zauważono, że „nie podjęto systematycznych rozważań na temat tego, w jaki sposób należy stosować interwencje psychospołeczne, ani nie zbadano ich skuteczności”([39]).

Warto zauważyć, że chociaż bezpośrednie dowody na skuteczność psychoterapii u dzieci i młodzieży z GD są ograniczone, istnieją dostępne dowody potwierdzające rolę psychoterapii w leczeniu dzieci i młodzieży z innymi problemami zdrowia psychicznego, w tym depresją, lękiem, zaburzeniami odżywiania, samookaleczaniem i skłonnościami samobójczymi (patrz sekcja 14.5.1).

5.7 Dyskusja

5.7.1 Wyniki niniejszego przeglądu

Niniejszy przegląd przeglądów systematycznych obejmuje 17 przeglądów systematycznych oceniających skutki interwencji u dzieci i młodzieży z GD. W przypadku transformacji społecznej pewność korzyści i szkód jest bardzo niska ze względu na problemy związane z projektami badań. Chociaż badania sugerują, że wczesna transformacja społeczna wiąże się z wysokim odsetkiem utrzymywania się GD i ponad 90% odsetkiem kontynuacji PB i CSH ([40]), z metodologicznego punktu widzenia istnieje niepewność ze względu na bardzo niską jakość dowodów dotyczących wyjaśnień/ścieżek przyczynowych. W odniesieniu do transformacji medycznej, niniejszy przegląd podkreśla spójny wzorzec we wszystkich interwencjach dotyczących dzieci lub młodzieży z GD: chociaż PB, CSH i operacje chirurgiczne niezawodnie powodują oczekiwane zmiany fizjologiczne, nadal istnieje znaczna niepewność co do ich wpływu na zdrowie psychiczne i długoterminowe skutki zdrowotne. Dowody wysokiej jakości potwierdzają, że PB hamują rozwój pokwitaniowy, a CSH powoduje zmiany cech płciowych. Istnieją

[37] Cass (2024a, s. 150).
[38] Zob. rozdział 14.
[39] Cass (2024a, s. 155).
[40] Hall i in. (2024).

istnieją dowody niskiej jakości sugerujące, że PB mają negatywny wpływ na zdrowie kości [41].Jednak jakość dowodów dotyczących takich wyników, jak GD, zdrowie psychiczne, jakość życia i żal, pozostaje bardzo niska we wszystkich rodzajach interwencji. Interpretację wielu wyników SR należy traktować z ostrożnością, zwłaszcza biorąc pod uwagę źródła niepewności, solidność wniosków niniejszego przeglądu oraz ograniczenia metodologiczne związane z przeglądem dowodów.

5.7.2 Źródła niepewności w dowodach

W uwzględnionych przeglądach systematycznych jakość (pewność) dowodów jest ograniczona głównie przez brak rygorystycznych metodologicznie badań. Na przykład we wszystkich badaniach pierwotnych uwzględnionych w dziewięciu przeglądach systematycznych dotyczących PB nie było żadnych kwalifikujących się randomizowanych badań kontrolowanych.

Brak odpowiednich kontroli jest kolejnym częstym ograniczeniem metodologicznym w badaniach. W niniejszym przeglądzie stwierdzono, że spośród wszystkich badań pierwotnych w dziewięciu przeglądach systematycznych dotyczących PB, tylko sześć było badaniami obserwacyjnymi z równoległymi grupami kontrolnymi, w których porównano PB z brakiem PB u dzieci lub młodzieży z GD.[42] Jednak na ogólną pewność dowodów wpływ miały nie tylko niedociągnięcia metodologiczne, ale także takie czynniki, jak mała wielkość próby oraz niewielkie lub żadne efekty, co w terminologii GRADE oznacza nieprecyzyjność. Na przykład wielkość próby w sześciu porównawczych badaniach obserwacyjnych dotyczących PB była niewielka, a trzy badania obejmowały mniej niż 100 uczestników. [W]jednym przeglądzie systematycznym obniżono jakość dowodów dotyczących wpływu PB na ogólne funkcjonowanie ze względu na nieprecyzyjność, zauważając, że dowody „sugerują zarówno możliwość korzyści, jak i szkody w wyniku”.([43])

Niespójne wyniki badań są kolejną często wymienianą kwestią obniżającą jakość dowodów. Na przykład w jednym przeglądzie systematycznym dotyczącym CSH stwierdzono „ograniczone lub niespójne dowody dotyczące GD, satysfakcji z wyglądu ciała, wyników psychospołecznych i neurokognitywnych, płodności, wzrostu/wysokości, zdrowia kości i skutków kardiometabolicznych”[44]. Podobne ograniczenia

[41] Fizjologiczny mechanizm wpływu PB na mineralizację kości omówiono w rozdziale 7.
[42] Becker-Hebly i in. (2021); Costa i in. (2015); Grimstad i in. (2021); Jensen i in. (2019); McGregor i in. (2024); Tordoff i in. (2022).
[43] Miroshnychenko, Roldan i in. (2025).
[44] Taylor, Mitchell, Hall, Langton i in. (2024).

zaobserwowane w badaniach oceniających inne interwencje medyczne i chirurgiczne u młodzieży z GD.

Dlatego ważne jest, aby wyjaśnić, że brak dowodów wysokiej lub nawet umiarkowanej jakości nie wynika wyłącznie z braku randomizowanych badań kontrolowanych (RCT). Jakość dowodów mogłaby zostać poprawiona dzięki dobrze przeprowadzonym badaniom obserwacyjnym,[45] które mogą dostarczyć dowodów umiarkowanej, a nawet wysokiej jakości, gdy efekty są duże, spójne i wyraźnie związane z interwencją.

5.7.3 Solidność wniosków zawartych w niniejszym przeglądzie

Chociaż niniejszy przegląd skupiał się na angielskojęzycznych przeglądach systematycznych ocenionych jako charakteryzujące się niskim ryzykiem błędu systematycznego, inny przegląd systematyczny o niskim ryzyku błędu systematycznego, opublikowany w języku niemieckim, zawierał podobne wnioski, potwierdzając ogólne trendy zidentyfikowane w niniejszym przeglądzie [(46)]. Jak wspomniano wcześniej, niniejszy przegląd nie obejmował przeglądów systematycznych dotyczących PB i CSH zleconych przez NHS w 2020 r., ponieważ zostały one zastąpione przeglądami systematycznymi opublikowanymi w 2024 r. w celu dostarczenia informacji do przeglądu Cass Review. Jednak te dwa wcześniejsze przeglądy systematyczne również wykazały, że dowody były bardzo niskiej jakości ([47]), a ich uwzględnienie nie zmieniłoby wniosków niniejszego przeglądu.

Ponadto należy również zauważyć, że chociaż niniejszy przegląd skupiał się na przeglądach systematycznych ocenionych jako charakteryzujące się niskim ryzykiem błędu systematycznego, oznaczenie to nie oznacza, że przeglądy te były pozbawione ograniczeń metodologicznych. „Niskie ryzyko błędu systematycznego w przeglądzie systematycznym” w ROBIS pozwala na pewną elastyczność. Uwzględnione przeglądy systematyczne nadal miały pewne niedociągnięcia, takie jak ograniczone strategie wyszukiwania, nieaktualne wyszukiwania literatury ([48]) lub brak precyzji w ocenie dowodów. Natomiast przeglądy systematyczne ocenione jako obarczone wysokim ryzykiem błędu systematycznego konsekwentnie wykazywały poważne błędy metodologiczne, w tym źle zdefiniowane kryteria kwalifikacyjne, brak oceny ryzyka błędu systematycznego dla uwzględnionych badań oraz niesystematyczne podejście do syntezy.

Te przeglądy systematyczne zostały uznane za zbyt stronnicze, aby można było wyciągnąć z nich wiarygodne wnioski. Wyniki

[45] Sposoby poprawy badań obserwacyjnych w tej dziedzinie można znaleźć w liście kontrolnej w publikacji Ludvigsson et al. (2023).
[46] Zepf, König i in. (2024).
[47] National Institute for Health and Care Excellence (2020b, 2020a).
[48] Zgodnie z podręcznikiem Cochrane Handbook przeglądy powinny być jak najbardziej aktualne. Jednakże, ponieważ aktualność nie jest jedynym czynnikiem branym pod uwagę, przeglądy systematyczne oparte na nieaktualnych strategiach wyszukiwania nadal można uznać za charakteryzujące się niskim ryzykiem błędu systematycznego (Higgins i in., 2019).

Przedstawione w niniejszym przeglądzie wyniki odzwierciedlają zatem celowo ostrożne podejście, oparte wyłącznie na najbardziej wiarygodnych źródłach dostępnych obecnie.

Wreszcie, zamiast wykraczać poza to, co potwierdzają dowody, niniejszy przegląd ogranicza się do podsumowania wniosków z przeglądów systematycznych. W rezultacie może nie obejmować niektórych najnowszych opublikowanych badań (ze względu na terminy wyszukiwania literatury w ramach przeglądów systematycznych). Jednak ukierunkowane wyszukiwanie[49] najnowszych opublikowanych badań nie ujawniło żadnych opublikowanych lub trwających badań, które znacząco zmieniłyby wnioski, zwłaszcza te dotyczące korzyści. Wynika to z utrzymujących się problemów, takich jak brak grup porównawczych, nieodpowiednia wielkość próby i ograniczona obserwacja. Jeśli planowane w Wielkiej Brytanii badanie RCT dotyczące PB ([50]) otrzyma zgodę komisji etycznej, może to poprawić bazę dowodową dotyczącą krótkoterminowego (24 miesiące) wpływu PB na niektóre mierniki wyników. Jednak na podstawie elementów projektu badania ujawnionych dotychczas publicznie, może ono nie dostarczyć informacji na temat skutków leczenia, gdy po PB stosuje się CSH — ścieżkę kliniczną, która wydaje się występować w ponad 90% przypadków ([51]).Takie łączne stosowanie miałoby inny profil ryzyka/korzyści niż stosowanie samych PB, zarówno pod względem potencjalnych korzyści, jak i potencjalnych szkód. Wreszcie, przewidywana krótkoterminowa obserwacja nie pozwoli w wystarczającym stopniu odpowiedzieć na kluczowe pytanie dotyczące długoterminowych wyników.

Bez znaczącej zmiany w kierunku bardziej solidnych projektów badawczych — takich jak RCT, które testują każdą interwencję w jej obecnej postaci (tj. sekwencyjne leczenie PB, po którym następuje CSH), prospektywne kohorty z odpowiednimi komparatorami lub eksperymenty naturalne — jakość dowodów prawdopodobnie pozostanie niska [52].Przeprowadzenie nowych SR w celu uzyskania odpowiedzi na te same pytania badawcze w najbliższej przyszłości prawdopodobnie nie przyniesie nowych wniosków. Ten brak solidnych badań i dowodów ma bezpośredni wpływ na wytyczne kliniczne.

---

[49] Ukierunkowane poszukiwania w tej dziedzinie pozwoliły zidentyfikować najnowsze publikacje oparte na badaniach obserwacyjnych przeprowadzonych w
(Hidalgo i in., 2024; Olson-Kennedy i in., 2025; Wittlin i in., 2025), Kanady (Lawson i in., 2024), Holandii (van der Meulen i in. 2025) oraz Wielkiej Brytanii (Morandini i in., 2023). Badania te mają podobne ograniczenia (w tym projekt badania, mała liczebność próby, krótkoterminowa obserwacja itp.) do badań pierwotnych uwzględnionych w przeglądach systematycznych.

[50] Narodowy Instytut Badań nad Zdrowiem i Opieką (2024).

[51] Brik i in. (2020); Carmichael i in. (2021); van der Loos, Klink i in. (2023); Wiepjes i in. (2018).

[52] Trwa debata na temat tego, czy należy kontynuować wysokiej jakości badania nad skutkami PB/CSH u nieletnich. W debacie tej uwzględnia się kwestie etyczne. Niektórzy twierdzą, że badania powinny koncentrować się na pacjentach, którzy już przeszli PB, CSH lub operację (Ryan, 2024b). W przeglądzie Cass Review wezwano do przeprowadzenia bardziej rzetelnych badań nad psychoterapeutycznymi metodami leczenia GD, które są obiecującym podejściem terapeutycznym, dotychczas pomijanym w badaniach (Cass, 2024a).

oraz opracowywaniu polityki, gdzie oczekiwania dotyczące korzyści muszą być rozważane w kontekście utrzymującej się niepewności co do dowodów udokumentowanych w literaturze.

5.7.4 Ograniczenia i mocne strony niniejszego przeglądu

Wszystkie przeglądy systematyczne i przeglądy przeglądów systematycznych mają swoje ograniczenia. Przeglądy systematyczne mają na celu uwzględnienie wszystkich istotnych badań, które spełniają z góry określone kryteria kwalifikacyjne. Cel ten może jednak zostać podważony przez błąd systematyczny związany z raportowaniem (lub brakiem raportowania) — rodzaj błędu systematycznego, który pojawia się, gdy na decyzję o opublikowaniu, opóźnieniu lub selektywnym przedstawieniu wyników badania ma wpływ istotność statystyczna, wielkość lub kierunek wyników. [53]

Jak omówiono w rozdziale 6 niniejszego przeglądu, badania w dziedzinie PGM charakteryzują się znacznym błędem systematycznym publikacji i raportowania. Skala tego problemu jest trudna do oszacowania ze względu na powszechnie stosowaną niewłaściwą metodologię i brak spójności w raportowaniu wielkości efektu.[54] Warto zauważyć, że błąd systematyczny publikacji nie został uznany za powód obniżenia pewności dowodów w uwzględnionych przeglądach systematycznych.

Kolejnym ograniczeniem jest to, że przeglądy systematyczne służą do udzielania odpowiedzi na jasno określone pytania badawcze, które mają z góry określone wyniki, ale nie mogą wykrywać sygnałów ani generować hipotez. Wiele badań dotyczących PGM koncentruje się na wynikach psychologicznych, ale tylko w sposób niespójny śledzi inne wyniki, które mogą być sygnałami niepożądanych skutków interwencji. Gdy wyniki nie są przedstawiane zgodnie z rygorystycznymi standardami metodologicznymi — np. nie są wyraźnie wymienione w specjalnej tabeli wyników — a jedynie wspomniane w części poświęconej dyskusji, metodologia przeglądów systematycznych prawdopodobnie nie uzna badania za istotne dla danego wyniku podczas procesu selekcji. W rezultacie ważne niekorzystne skutki mogą pozostać niezauważone. Kwestia ta została omówiona bardziej szczegółowo w następnym rozdziale.

Kluczową cechą przeglądów systematycznych i ich omówień jest nacisk na dane epidemiologiczne na poziomie populacji [(55)], często przy ograniczonym uwzględnieniu dowodów mechanistycznych lub rozważań dotyczących biologicznej wiarygodności. Ten wąski zakres ogranicza możliwości tego

[53] Guyatt, Oxman, Montori, Vist et al. (2011).
[54] Stronniczość publikacji jest niezwykle trudna do zmierzenia, a istniejące narzędzia statystyczne mają znaczne ograniczenia (Afonso i in., 2024).
[55] Guyatt i in. (1992, 2015).

przegląd mający na celu wyjaśnienie potencjalnych ścieżek przyczynowych lub pełną interpretację zaobserwowanych powiązań — lub ich braku.

Niniejszy przegląd SR ma również inne ograniczenia. Podobnie jak wszystkie przeglądy, ogranicza się on do syntezy opublikowanych SR i nie zawiera ponownej analizy badań pierwotnych. Zakres niniejszego przeglądu był celowo wąski i skupiał się na młodych pacjentach, z wyłączeniem pośrednich dowodów pochodzących z populacji dorosłych, które mogłyby dostarczyć informacji na temat długoterminowych skutków.

Do mocnych stron należy systematyczna ocena ryzyka błędu systematycznego w przeglądach systematycznych przy użyciu narzędzia ROBIS. W ten sposób niniejszy przegląd oferuje przejrzystą ocenę wiarygodności wniosków każdego przeglądu systematycznego. Umożliwia również porównanie przeglądów systematycznych z nakładającymi się, ale różniącymi się zakresem badaniami, pomagając zidentyfikować spójne wyniki, luki metodologiczne oraz obszary zgodności lub rozbieżności.

5.7.5 Wnioski

Niniejszy przegląd stanowi syntezę najlepszych dostępnych dowodów klinicznych pochodzących z danych dotyczących populacji, podkreślając spójny wzorzec interwencji dotyczących dzieci i młodzieży z GD. Korzyści i szkody związane z transformacją społeczną pozostają nieznane; PB, CSH i operacje chirurgiczne konsekwentnie powodują określone skutki fizyczne i fizjologiczne; istnieje również znaczna niepewność co do ich skutków psychologicznych i długoterminowych skutków zdrowotnych.

Rozdział 6 Ograniczenia przeglądów systematycznych

Jak podano w przeglądzie przeglądów systematycznych (SR), jakość dowodów na korzyści płynące z interwencji stosowanych w pediatrycznej transformacji medycznej (PMT) jest bardzo niska. Niemniej jednak praktyka ta nadal szybko się rozwija. „Bardzo niska" jakość dowodów na korzyści wymaga dodatkowej analizy potencjalnych szkód, aby właściwie zrozumieć stosunek ryzyka do korzyści.

Powszechnie wiadomo, że SR lepiej wykrywają korzyści niż szkody [1].W związku z tym brak dowodów na szkodliwość w opublikowanych badaniach nie jest równoznaczny z dowodem na brak szkodliwości. W pediatrycznej medycynie płciowej (PGM) niewystarczające wykrywanie szkód jest potęgowane przez następujące czynniki:

- Od czasu powszechnego wprowadzenia PMT minęło zbyt mało czasu;
- Krótkoterminowe badania obserwacyjne przed i po, które stanowią większość dowodów, często charakteryzują się wysokim odsetkiem „utraty kontaktu" i nie obejmują systematycznego poszukiwania, śledzenia ani pełnego zgłaszania szkód;
- Stronniczość publikacji utrudnia rozpoznanie szkód.

W pierwszych trzech sekcjach niniejszego rozdziału (6.1-6.3) rozważono, w jaki sposób czynniki te wpływają na zdolność SR do wykrywania szkód, a podsumowanie znajduje się w sekcji 6.4.

Kompleksowa analiza szkód związanych z PMT jest niezbędna do kształtowania praktyki klinicznej. Szkody związane z operacjami usuwania zdrowych części ciała są łatwe do rozpoznania, podobnie jak niektóre niekorzystne skutki interwencji hormonalnych. Te ostatnie są odnotowywane zarówno w ulotkach leków Food and Drug Administration (FDA)([2]) jak i w formularzach świadomej zgody lub zgody rodziców i dzieci podpisywanych przed rozpoczęciem leczenia.([3]) Stosowanie tych leków poza wskazaniami w PGM może wiązać się z dodatkowym ryzykiem. W przypadku osób dorosłych dobrze wiadomo, że stosowanie tego samego leku poza wskazaniami wiąże się ze znacznie wyższym

[1] Loke i in. (2007); Mayo-Wilson i in. (2023); Qureshi i in. (2022).
[2] Testosteron jest jednym z najczęściej stosowanych leków w tej dziedzinie i jest klasyfikowany jako substancja kontrolowana zgodnie z wykazem III ze względu na ryzyko uzależnienia psychicznego i nadużywania.
[3] Np. Cornell Health (b.d.); Fenway Health (2024a, 2024b, 2025).

częstotliwość występowania działań niepożądanych, zwłaszcza w przypadku braku mocnych dowodów naukowych.[4] Nigdy nie przeprowadzono badań klinicznych dotyczących stosowania blokerów dojrzewania (PB) w celu zatrzymania normalnego przebiegu dojrzewania; takie zastosowanie będzie miało inny profil ryzyka niż stosowanie PB w celu tymczasowego zatrzymania przedwczesnego (wczesnego) dojrzewania.

Dodatkową niepewność budzi fakt, że w badaniach po zastosowaniu PB w ponad 90% przypadków stosuje się hormony płciowe (CSH);[(5)] ta de facto terapia skojarzona wiąże się z nowymi i potencjalnie poważnymi zagrożeniami (np. dotyczącymi płodności) i nigdy nie została poddana żadnym badaniom klinicznym regulowanym przez FDA dla żadnej populacji. Ponadto badania pokazują, że gdy dowody potwierdzające określone zastosowanie poza wskazaniami są bardzo mało pewne — jak w przypadku PMT — już i tak podwyższone ryzyko działań niepożądanych związanych ze stosowaniem poza wskazaniami wzrasta jeszcze bardziej ([6]).

6.1 Niewystarczający upływ czasu

Chociaż protokół holenderski został opublikowany po raz pierwszy 20 lat temu,[7] dopiero pod koniec pierwszej dekady XXI wieku i na początku drugiej dekady XXI wieku zgromadzono wystarczającą liczbę pacjentów, aby umożliwić przeprowadzenie badań pozwalających oszacować wskaźniki szkód i korzyści.[8] Ponadto, ponieważ pojawienie się szkód może być opóźnione o dekadę lub dłużej, przeglądy systematyczne przeprowadzone stosunkowo wcześnie w tej dziedzinie mogą zaniżać te wyniki.[9] Przeciętny pacjent w momencie obserwacji jest nadal dość młody — zazwyczaj jest to nastolatek lub osoba w wieku około dwudziestu lat. Komplikuje to wykrywanie ryzyka, ponieważ wpływ hormonów na zdrowie może być kumulatywny (np. wpływ hormonów na choroby sercowo-metaboliczne lub nowotwory złośliwe) i może w pełni ujawnić się dopiero w późniejszym okresie życia.

---

[4] Eguale i in. (2016).
[5] Np. Brik i in. (2020); Carmichael i in. (2021); Karakılıç Özturan i in. (2023a); van der Loos, Klink i in. (2023); Wiepjes i in. (2018).
[6] Eguale i in. (2016).
[7] de Vries i in. (2006); Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis (2006). Zob. rozdział 3.
[8] Respaut i Terhune (2022).
[9] Badanie z zakresu medycyny płciowej z długoterminową obserwacją wykazało „gorsze wyniki [...], które można również wyjaśnić dłuższym okresem obserwacji (mediana 10 lat) w porównaniu z poprzednimi badaniami. Na poparcie tej tezy krzywa przeżywalności (rysunek 1) sugeruje wzrost śmiertelności od dziesięciu lat po zmianie płci” (Dhejne i in., 2011).

6.2 Krótkoterminowe badania obserwacyjne

W przeglądzie Cass uznano ciągłe poleganie na źle zaprojektowanych badaniach obserwacyjnych za „kluczowe ograniczenie w identyfikacji […] bezpieczeństwa hormonów potwierdzających płeć u dzieci i młodzieży”.[10] Kluczowym problemem, który utrudnia SR wykrywanie szkód, jest fakt, że całość dowodów w PGM składa się w dużej mierze z krótkoterminowych badań obserwacyjnych „przed i po”, które są szczególnie podatne na stronniczość. Badania takie koncentrują się na wykazaniu korzyści, nie zgłaszając jednocześnie w sposób spójny szkód.([11]) W przeciwieństwie do zamierzonych korzyści interwencji, które są hipotezowane przed rozpoczęciem badania i badane jako wyniki pierwotne,([12]) szkody nie zawsze są przewidywane, monitorowane lub zgłaszane. W związku z tym badania systematyczne są ograniczone, ponieważ mogą identyfikować tylko te wyniki, które zostały zgłoszone w badaniach pierwotnych.([13])

Przykładem trudności w identyfikacji szkód jest kwestia, czy PB stanowią nieszkodliwy „przycisk pauzy”, dający „czas na zastanowienie się”([14]), czy też silną interwencję, która sprzyja iatrogennej trwałości GD i kontynuacji CSH. Co najmniej pięć badań wskazuje na ponad 90% wskaźnik przejścia od PB do CSH.([15]) Jak zauważono w przeglądzie Cass Review, „Dane te sugerują, że blokery dojrzałości płciowej nie dają czasu na przemyślenie decyzji, biorąc pod uwagę, że zdecydowana większość osób, które rozpoczynają supresję dojrzałości płciowej, kontynuuje przyjmowanie hormonów maskulinizujących/feminizujących, szczególnie jeśli rozpoczynają je we wczesnym okresie dojrzewania”.([16])Ponieważ wysoki wskaźnik utrzymywania się od PB do CSH jest często wymieniany tylko w tekście badania (a nie przedstawiony w tabelach wyników lub streszczeniach), SR mogą przeoczyć tę informację na etapie selekcji. Tylko jeden SR o niskim ryzyku błędu systematycznego ocenił odsetek stosowania CSH po PB, identyfikując tylko dwa badania.(17)

---

[10] Cass (2024a, s. 76).
[11] Loke i in. (2007); Mayo-Wilson i in. (2023); Qureshi i in. (2022).
[12] W przypadku badań prospektywnych.
[13] Badacze mogą chcieć, aby ich interwencja przyniosła korzystne rezultaty i mogą niechętnie poszukiwać lub skupiać się na szkodliwości.
[14] Zob. rozdział 4, w którym omówiono uzasadnienie „czasu na przemyślenie”.
[15] Brik i in. (2020); Carmichael i in. (2021); Karakılıç Özturan i in. (2023a); van der Loos, Klink i in. (2023); Wiepjes i in. (2018).
[16] Cass (2024a, s. 176).
[17] Miroshnychenko, Roldan i in. (2025) to przegląd systematyczny, w którym zidentyfikowano Carmichael i in. (2021) oraz Karakılıç Özturan i in. (2023a).

Istnieją inne przykłady niewłaściwego zgłaszania działań niepożądanych [18].Trzy godne uwagi przykłady przedstawiono poniżej.

6.2.1 de Vries i in., 2011, 2014[19]

Dwa przełomowe holenderskie badania, które zapoczątkowały stosowanie PMT na całym świecie, mogą służyć jako przykład tego, jak szkody mogą pozostać niezgłoszone. Wniosek z badania z 2014 r., że leczenie za pomocą PB, CSH i zabiegów chirurgicznych „prowadzi do poprawy funkcjonowania psychicznego”[20] nie zawierał komentarza na temat ustalenia, że co najmniej czterech z 70 młodych pacjentów doświadczyło działań niepożądanych podczas leczenia. U trzech nastolatków zdiagnozowano otyłość i cukrzycę, co dyskwalifikowało ich z dalszego leczenia chirurgicznego, a jeden pacjent zmarł z powodu powikłań po operacji po wczesnym zahamowaniu dojrzewania płciowego ([21]).Te poważne zdarzenia nie zostały zgłoszone jako formalne wyniki ([22]),co uniemożliwiło dyskusję na temat tego, czy były one spowodowane eksperymentalną interwencją, czy też wystąpiły przypadkowo.
Niedawno opublikowane dowody sugerują, że zgon pooperacyjny był prawdopodobnie bezpośrednio związany z praktyką wczesnego zahamowania dojrzewania płciowego ([23]).Ponadto, ponieważ te działania niepożądane odnotowano tylko w kontekście zmniejszenia wielkości próby pooperacyjnej, badanie mogło nie próbować wykrywać i zgłaszać mniej poważnych działań niepożądanych, które nie dyskwalifikowały dalszego udziału w badaniu.

Niewystarczające zgłoszenie szkód w badaniu holenderskim zostało spotęgowane, gdy SR wykluczyło to badanie ze względu na jego niewiarygodny projekt (np. badanie łączyło fazę CSH i fazę operacyjną, uniemożliwiając określenie, które wyniki były związane z którą

[18] Nie jest to niczym niezwykłym w medycynie. Naukowcy, którzy opracowują innowacyjne metody leczenia, skupiają się zazwyczaj na widocznych korzyściach.
[19] de Vries i in. (2011); de Vries i in. (2014).
[20] de Vries i in. (2014, s. 703).
[21] Omówienie słabych punktów oryginalnych badań holenderskiego protokołu znajduje się w rozdziale 4.
[22] Wyniki te zostały omówione wyłącznie w sekcji „metody” (de Vries i in., 2014).
[23] De Vries i in. (2014) odnotowali 15 brakujących przypadków z pierwotnej kohorty 70 uczestników. Spośród tych 15 uczestników trzech zostało wykluczonych z badania, ponieważ rozwinęła się u nich otyłość i/lub cukrzyca. Jeden zrezygnował z leczenia, a jeden zmarł z powodu powikłań chirurgicznych, które były prawdopodobnie konsekwencją zahamowania dojrzewania (Biggs, 2023b; Negenborn i in., 2017). Kilku innych nie zwróciło kwestionariuszy pooperacyjnych z nieznanych przyczyn.

interwencja).[24] W związku z tym poważne szkody zgłoszone przypadkowo przez autorów badania zostały całkowicie pominięte w przeglądach systematycznych ze względu na słaby projekt badania.

6.2.2 Tordoff i in., 2022[25]

Niewystarczające zgłaszanie szkód jest również widoczne w nowszych badaniach. Bardzo wpływowe badanie z 2022 r. przeprowadzone przez Seattle Children's Gender Clinic przez Tordoff et al. skupiało się wyłącznie na wynikach psychologicznych, w przypadku których postawiono hipotezę o korzyściach. Nie badano ani nie zgłaszano wyników dotyczących zdrowia fizycznego, w przypadku których szkody byłyby bardziej prawdopodobne.

W badaniu przeprowadzonym przez Tordoffa i innych przedstawiono dane dotyczące stanu zdrowia psychicznego nastolatków i młodych dorosłych w wieku 13–20 lat, którzy byli leczeni za pomocą PB lub CSH przez okres do jednego roku. W badaniu tym stwierdzono, że dostarcza ono „ilościowych dowodów" poprawy stanu zdrowia psychicznego; jednak odsetek przypadków depresji wśród młodzieży, która rozpoczęła leczenie za pomocą PB lub CSH, pozostał niezmieniony – około 6 na 10 młodych osób cierpiało na umiarkowaną lub ciężką depresję zarówno przed, jak i po interwencji.[26] Dane te zostały przedstawione w dodatku dostępnym wyłącznie w Internecie. Wyniki badania dotyczące poprawy zdrowia psychicznego uzyskano na podstawie współczynników szans: 60% niższe prawdopodobieństwo wystąpienia depresji i 73% niższe prawdopodobieństwo wystąpienia skłonności samobójczych u pacjentów leczonych PB lub CSH w porównaniu z osobami, które nie były leczone tymi metodami. Jednakże istotne kwestie metodologiczne, w tym potencjalne błędy selekcji i czynniki zakłócające,[27] nieodpowiednie statystyki

[24] de Vries et al. (2014) zostało wykluczone z systematycznego przeglądu CSH przeprowadzonego przez SR przez brytyjski National Institute for Health and Care Excellence (NICE). Podano następujący powód wykluczenia: „Wykluczenie ze względu na interwencję – wszyscy uczestnicy przeszli operację po zastosowaniu hormonów potwierdzających płeć. Nie można było ustalić, czy zmiany były spowodowane hormonami, czy operacją. Pełne dane dostępne tylko dla 40 pacjentów. Szczegóły dotyczące hormonów potwierdzających płeć są słabo opisane" (National Institute for Health and Care Excellence, 2020a, s. 72). Badanie to zostało również wykluczone z przeglądu systematycznego przeprowadzonego przez Miroshnychenko, Ibrahim i in. (2025) na temat CSH. Chociaż zostało ono uwzględnione w przeglądzie systematycznym przeprowadzonym przez Taylor, Mitchell, Hall, Langton i in. (2024) na temat CSH, zostało sklasyfikowane jako badanie niskiej jakości i nie zostało uwzględnione w syntezie dowodów.

[25] Tordoff i in. (2022). Badanie to zostało przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych w Seattle Children's Hospital/Washington State University.

[26] Nie podano danych dotyczących kwestionariusza zdrowia pacjenta (PHQ-9) i zespołu lęku uogólnionego-7 (GAD-7), nawet w dodatku dostępnym wyłącznie online.

[27] Spośród 104 młodych osób w wieku 13–20 lat 62 rozpoczęło leczenie za pomocą PB lub CSH w trakcie 12-miesięcznego badania, a 7 było już w trakcie leczenia w momencie rozpoczęcia badania. Uczestnicy, którzy rozpoczęli leczenie w trakcie badania, w różnych momentach należeli zarówno do grupy „leczonej", jak i „nieleczonej", co utrudnia interpretację wyników.

Modelowanie [28],brakujące dane dotyczące uczestników [29]i selektywne raportowanie [30]budzą poważne obawy co do wiarygodności przedstawionych wyników.

Imponująco brzmiące współczynniki szans zostały zatem obliczone w oparciu o coraz mniejsze mianowniki w nieleczonej grupie „porównawczej". Dodatkowe dane dostępne wyłącznie online ujawniły, że tylko siedem przypadków z „grupy porównawczej" pacjentów nieleczonych PB lub CSH pozostało w badaniu do jego zakończenia.[31] Nie było również jasne, czy i w jakim stopniu tę grupę „porównawczą" można uznać za reprezentatywną dla wszystkich nieleczonych pacjentów. Wydaje się, że grupa „nieleczonych" obejmowała młodzież, której problemy ze zdrowiem psychicznym i zaburzeniami tożsamości płciowej ustąpiły, która zrezygnowała z leczenia w klinice genderowej i udziału w badaniu (stanowiąc 80% całej „grupy nieleczonych"); pacjentów, którzy mieli przejść do grupy leczonej po krótkiej ocenie; oraz 8 pacjentów (z których 7 dostarczyło dane z obserwacji follow-up), którzy nadal uczęszczali do kliniki ds. płci 12 miesięcy później, ale z nieznanych powodów nie rozpoczęli interwencji hormonalnych. ([32])

W dwóch ostatnich przeglądach systematycznych oceniono ryzyko błędu systematycznego w badaniu Tordoffa i wsp., stosując dwa różne narzędzia (skalę Newcastle Ottawa i ROBINS-I).[33] Chociaż w obu analizach stwierdzono pewne słabe punkty metodologiczne (np. krótki okres obserwacji, wysoki wskaźnik rezygnacji), włączenie do badania młodzieży nieleczonej jako grupy porównawczej nieco podniosło jego

---

[28] Zamiast analizować indywidualne trajektorie zdrowia psychicznego przed i po leczeniu, w badaniu przeprowadzono porównania przekrojowe w różnych punktach czasowych, co mogło prowadzić do potencjalnego błędu systematycznego.

[29] Po 12 miesiącach brakuje danych dotyczących 17% młodzieży leczonej farmakologicznie (12 z 69) i aż 80% młodzieży nieleczonej farmakologicznie (28 z 35). Jest prawdopodobne, że uczestnicy nieleczeni farmakologicznie, którzy nie cierpieli na zaburzenia zdrowia psychicznego, w tym osoby, u których ustąpiły zaburzenia tożsamości płciowej, byli najmniej skłonni do powrotu do kliniki.

[30] Autorzy przeprowadzili analizy zgodnie z wieloma strategiami, podając w streszczeniu jedynie wersję analizy, która dała najbardziej spektakularne wyniki (najsilniejszy aOR [skorygowany iloraz szans] i najmniejsze wartości p), co budzi obawy dotyczące przeszukiwania danych.

[31] Na podstawie eTabeli 3 w materiałach uzupełniających szacowana częstość występowania depresji w grupie kontrolnej wynosiła 59% na początku badania, 76% w 3. miesiącu, 58% w 6. miesiącu i 86% w 12. miesiącu. Znaczne wahania w poszczególnych punktach czasowych wskazują, że szacunki dla grupy kontrolnej były niestabilne i prawdopodobnie miały na nie wpływ błędy losowe.

[32] Dane dotyczące 80% pacjentów z grupy nieleczonej były niekompletne. Możliwe, że pacjenci, u których GD ustąpiło, przestali zgłaszać się na wizyty. Ponadto 7 nieleczonych pacjentów, dla których dostępne były dane z obserwacji po roku, mogło nie uzyskać zgody na zmianę płci, ponieważ nie mieli wystarczającej zdolności do wyrażenia zgody – jedyny scenariusz, w którym ta pediatryczna klinika zajmująca się kwestiami płci nie zaleciłaby zmiany płci, jeśli pacjent tego chciał, według głównego autora badania („W praktyce jedynymi przypadkami, w których opóźnienie rozpoczęcia PB/GAH byłoby właściwe, byłyby sytuacje, w których istniałyby obawy, że pacjent nie jest w stanie wyrazić świadomej zgody... co jest niezwykle rzadkie w okresie dojrzewania" (Tordoff, 2022). Bariery w wyrażeniu świadomej zgody mogą obejmować aktywną psychozę lub manię oraz głęboką niepełnosprawność intelektualną.

[33] Miroshnychenko, Ibrahim i in. (2025); Taylor, Mitchell, Hall, Langton i in. (2024b). ROBIS: Ryzyko błędu systematycznego w badaniach nierandomizowanych – interwencji.

Oceny jakości. Przeglądy systematyczne nie zawsze są w stanie uchwycić poważne problemy związane z tego typu grupami porównawczymi.

Niedokładne przedstawienie wyników badania, poważne czynniki zakłócające oraz wyjątkowo wysoka utrata danych dotyczących młodzieży nieleczonej zostały podkreślone przez dziennikarzy naukowych i omówione w recenzowanych artykułach.[34] Pomimo tych dobrze udokumentowanych problemów, badanie to, opublikowane w *Journal of the American Medical Association* (JAMA) Open Network, nadal jest bezkrytycznie opisywane przez autorytatywne źródła jako dowód na to, że PB i CSH są korzystne dla zdrowia psychicznego, niezbędne z medycznego punktu widzenia i ratują życie.[35]

6.2.3 Chen i in., 2023[36]

Podobnie, chociaż w ramach inicjatywy finansowanej przez Narodowy Instytut Zdrowia (NIH) „Wpływ wczesnego leczenia medycznego na młodzież transpłciową" [37] zarejestrowano w 2016 r. protokół badania, który obejmował plany oceny bezpieczeństwa PB i CSH, naukowcy zobowiązali się do krótkiej obserwacji trwającej zaledwie 24 miesiące.[38] Po przeanalizowaniu protokołu tego badania wydaje się, że jego projekt jest nieodpowiedni do kompleksowej oceny bezpieczeństwa PMT. Brak równoległej grupy kontrolnej utrudnia przypisanie obserwowanych wyników bezpieczeństwa konkretnie do interwencji, ponieważ trudno jest odróżnić efekty leczenia od normalnych zmian rozwojowych. Ponadto wyłączne poleganie na markerach biochemicznych nie pozwala uchwycić innych krytycznych wyników dotyczących bezpieczeństwa, takich jak wzrost i płodność. Dodatkowo mała wielkość próby osłabia zdolność badania do oceny rzadkich, ale klinicznie istotnych szkód, takich jak zdarzenia zakrzepowo-zatorowe. Brak długoterminowej obserwacji

[34] Np. Abbruzzese i in. (2023); Biggs (2023b); Singal (2022a). Uniwersytet, który przeprowadził badania, został poinformowany o problemach związanych z badaniem, ale postanowił nie zakłócać bardzo pozytywnego przekazu medycznego, który fałszywie przedstawiał wyniki autorów Singal (2022b).

[35] Np. Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (2023); Boerner (2022); Stringer (2023); Stany Zjednoczone przeciwko Skrmetti (nr 23-477), Amerykańska Akademia Pediatrii oraz dodatkowe krajowe i stanowe organizacje medyczne i zajmujące się zdrowiem psychicznym, opinia amicus curiae (2024). Do tej pory badanie to zostało cytowane ponad 300 razy w innych recenzowanych publikacjach i wyświetlone prawie pół miliona razy.

[36] Chen et al. (2023). Było to finansowane przez NIH wieloośrodkowe badanie przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych w Szpitalu Dziecięcym w Chicago, Szpitalu Dziecięcym w Bostonie i Szpitalu Dziecięcym w Los Angeles.

[37] Protokół badania można znaleźć w materiałach uzupełniających w Chen et al. (2023).

[38] Do badania rekrutowano pacjentów z czterech pediatrycznych klinik zajmujących się kwestiami płci: Benioff Children's Hospital, Boston Children's Hospital, Children's Hospital Los Angeles oraz Lurie's Children's Hospital of Chicago. Dwóch młodych pacjentów popełniło samobójstwo podczas przyjmowania CSH, a „myśli samobójcze" zostały zarejestrowane jako najczęstsze zdarzenie niepożądane (Chen i in., 2023). Protokół można znaleźć w materiałach uzupełniających.

ogranicza wykrywanie opóźnionych lub skumulowanych skutków ubocznych. Te ograniczenia metodologiczne osłabiają siłę wszelkich wniosków, jakie można wyciągnąć na temat ogólnego bezpieczeństwa interwencji.

W badaniu przedstawiono dane dotyczące zdrowia psychicznego 315 nastolatków i młodych dorosłych w wieku 12–20 lat, którzy byli leczeni CSH przez okres 24 miesięcy. W badaniu tym, opublikowanym w *New England Journal of Medicine (*NEJM), wyniki przedstawiono w pozytywnym świetle: „nasze wyniki wykazały poprawę funkcjonowania psychospołecznego ... co przemawia za stosowaniem [CSH] jako skutecznego leczenia młodzieży transpłciowej i niebinarnej” ([39]).

Jednak dwóch uczestników badania popełniło samobójstwo w ciągu roku od rozpoczęcia terapii hormonalnej, co stanowi wskaźnik 30-50 razy wyższy niż oczekiwany w przypadku nastolatków w podobnym wieku.[40]Jedynym statystycznie istotnym wynikiem była niewielka poprawa w „skali zgodności transpłciowej”, która nie została zatwierdzona w przypadku osób niepełnoletnich.[41] Co istotne, zgłoszono tylko cztery z 19 wyników dotyczących zdrowia psychicznego opisanych w wcześniej zarejestrowanym protokole badania; w szczególności nie zgłoszono wyników dotyczących GD, samookaleczeń i skłonności samobójczych, a także nie podano żadnego wyjaśnienia dotyczącego pominięcia tych kluczowych danych.[42] Autorzy twierdzili, że objawy depresji zmniejszyły się w trakcie badania.[43] Jednak dalsza analiza podgrup według płci wykazała, że zgłoszone wyniki u kobiet miały wątpliwe znaczenie kliniczne, podczas gdy mężczyźni nie odnotowali żadnej statystycznie istotnej poprawy w zgłoszonych pomiarach.

Zgodnie z wcześniej zarejestrowanym protokołem badania autorzy pierwotnie postawili hipotezę, że pacjenci z czasem będą wykazywać „zmniejszenie objawów ... dysforii płciowej, samookaleczania, objawów traumy i skłonności samobójczych” (między innymi).[44] Zamiast tego, jak wspomniano,

---

[39] Chen i in. (2023, s. 249).
[40] Porównanie wskaźnika samobójstw w badaniu Chen i in. z wskaźnikiem w innych populacjach (np. innych kohortach skierowanych do pediatrycznych klinik zajmujących się kwestiami płci; pacjentach przyjmujących leki przeciwdepresyjne) można znaleźć w McDeavitt (2025).
[41] Strauss i in. (2024).
[42] W pracy Chen i in. (2023) satysfakcję z życia/pozytywne emocje mierzono za pomocą zestawu narzędzi NIH Toolbox Emotion Battery. W najnowszym artykule opisującym tę samą grupę pacjentów opublikowano więcej informacji na temat wyników dotyczących satysfakcji z życia/pozytywnych emocji wraz z informacjami na temat dodatkowych pomiarów z zestawu narzędzi NIH Toolbox Emotion Battery (Olson-Kennedy i in., 2025), ale nie podano wyników dotyczących dysforii płciowej, samookaleczeń ani skłonności samobójczych, ani nie odniesiono się do dwóch przypadków samobójstw pacjentów.
[43] Średni wynik w skali depresji Becka poprawił się z 15,46 do 12,92 w 63-punktowej skali (Chen i in. 2023).
[44] Zob. str. 25-26 wstępnie zarejestrowanego protokołu badania, do którego link znajduje się w artykule Chen et al. (2023) na stronie internetowej New England Journal of Medicine.

dwóch młodych pacjentów popełniło samobójstwo w ciągu roku od rozpoczęcia leczenia, a najczęściej występującym zdarzeniem niepożądanym podczas leczenia hormonalnego były „myśli samobójcze”. [45] Wyniki badań nie potwierdzają zatem pierwotnej hipotezy.

Chociaż w ostatnim przeglądzie systematycznym udało się uchwycić takie kwestie, jak spadek liczby uczestników badania w ocenie ryzyka błędu systematycznego dla Chen i in., analizy metodologiczne nie są w stanie uchwycić poważnych problemów, które mogą być bardziej związane z etyką badań niż z metodologią (np. zmiana hipotez badawczych między protokołem a opublikowanym artykułem). Recenzowane krytyczne uwagi dotyczące problemów związanych z badaniem Chen i wsp. zostały ostatecznie opublikowane w czasopiśmie, ale dopiero prawie rok po pojawieniu się artykułu ([46]).

Badanie to jest nadal szeroko cytowane i bezkrytycznie opisywane jako dostarczające dowodów na korzyści płynące z hormonalnej transformacji nieletnich. [47]

6.3 Stronniczość publikacji

W badaniach biomedycznych dobrze udokumentowanym problemem jest to, że pozytywne wyniki potwierdzające pierwotną hipotezę są znacznie częściej publikowane lub publikowane w trybie przyspieszonym w porównaniu z badaniami, których wyniki są niejednoznaczne lub negatywne. „Stronniczość publikacji” nie jest zjawiskiem charakterystycznym wyłącznie dla tej dziedziny. Brytyjska krajowa klinika PGM, Gender Identity Development Service (GIDS), podjęła próbę powtórzenia przełomowego holenderskiego badania z 2011 r., rozpoczynając w 2011 r. własne badanie dotyczące „wczesnej interwencji” w przypadku osób PB. Chociaż wyniki były dostępne w latach 2016–2017, zostały one opublikowane dopiero w 2021 r. po złożeniu skargi do brytyjskiego urzędu ds. badań zdrowotnych (Health Research Authority).[48] Po opublikowaniu badania potwierdzono, że wyniki zgłoszone przez Holendrów nie zostały powtórzone. [49] Badanie wykazało również, że blokada dojrzewania była związana z zaburzeniami gromadzenia się gęstości kości. Późniejsza ponowna analiza tych samych danych wykazała, że aż jedna trzecia uczestników doświadczyła pogorszenia zdrowia psychicznego podczas stosowania PB. [50]

---

[45] Chen i in. (2023, s. 241).
[46] Np. Biggs (2023a); Hare (2023); Jorgensen (2023c); holenderscy badacze PMT opublikowali również komentarz do Chen et al., w którym uznali wiele problemów związanych z badaniem (de Vries & Hannema, 2023).
[47] Np. sprawa U.S. v. Skrmetti (nr 23-477*),* Eksperci naukowi i lekarze*,* opinia amicus curiae (2024).
[48] Biggs (2023b).
[49] Carmichael i in. (2021).
[50] McPherson & Freedman (2023).

Podobna sytuacja może mieć miejsce w Stanach Zjednoczonych. Główny badacz finansowanego przez NIH badania PB przyznał się do opóźnienia publikacji wyników – najwyraźniej z obawy, że mało imponujące wyniki podważą znaczenie tej dziedziny.[51]

Podobna niechęć do publikowania rozczarowujących wyników jest widoczna również w innych miejscach. Zgodnie z ujawnionymi informacjami sądowymi, Światowe Stowarzyszenie Zdrowia Transpłciowego (WPATH) zablokowało publikację przeglądów systematycznych dotyczących co najmniej dziesięciu z trzynastu tematów związanych z leczeniem endokrynologicznym nastolatków z GD.[52] Nieopublikowane przeglądy systematyczne oceniały szkody, w tym wpływ PB na „wyniki kliniczne i szkody"; wpływ estrogenu na ryzyko zatorowości płucnej, zakrzepicy żył głębokich, udaru mózgu i zawału mięśnia sercowego; wpływ testosteronu na patologię macicy, jajników, szyjki macicy, pochwy i piersi; oraz wpływ terapii hormonalnej na płodność i zespół metaboliczny.[53]

Istnieją również przypadki, w których przeglądy systematyczne dochodzą do wniosków sprzecznych z podstawowymi dowodami. Jeden z przeglądów systematycznych zlecony przez WPATH wykazał jedynie „niską" i „niewystarczającą" [54]siłę dowodów dotyczących wpływu interwencji hormonalnych na zdrowie psychiczne. Niemniej jednak autorzy przeglądu systematycznego doszli do niepopartego dowodami wniosku, że ta ścieżka leczenia „prawdopodobnie wiąże się z poprawą" jakości życia, depresji i lęku. Autorzy stwierdzili również, że „korzyści te sprawiają, że terapia hormonalna jest istotnym elementem opieki, który promuje ... zdrowie i dobre samopoczucie". Warto zauważyć, że nie podjęto żadnej próby oceny wpływu hormonów na zdrowie fizyczne ([55]).Na treść tego przeglądu systematycznego wpływ mieli liderzy WPATH, którzy zatwierdzili wnioski jako warunek ostatecznej publikacji. Może to wyjaśniać rozbieżność między optymistycznymi wnioskami przeglądu a jego bardziej problematycznymi ustaleniami. W sekcji 10.3.2 szczegółowo omówiono tłumienie dowodów przez WPATH.

---

[51] Jak podano w New York Times (Ghorayshi, 2024c). Warto zauważyć, że badaczka Johanna Olson-Kennedy zaprzeczyła, że wypowiedziała te słowa w późniejszym zeznaniu (zeznanie J. Olson-Kennedy w sprawie LB przeciwko Premera Blue Cross nr 2:23:Cv-00953-TSZ, 2024).
[52] Zob. rozdział 10.
[53] Sharma i in. (2018). Zob. również Society for Evidence-Based Gender Medicine (2024b).
[54] Baker i in. (2021, s. 13).
[55] Załącznik 4 zawiera ocenę ROBIS autorstwa Baker i in. (2021).

W innym przeglądzie systematycznym z 2021 r., przeprowadzonym przez Bustos i in., zbadano odsetek żalu po operacji.[56] Przegląd ten jest często cytowany jako dowód na to, że odsetek żalu po operacji związanej z tranzycją jest bardzo niski i wynosi około 1%.[57] Jednak spośród 27 badań uwzględnionych w przeglądzie Bustos i in. 23 zostały ocenione jako „słabe" lub „przeciętne" pod względem jakości. Nieliczne badania o wyższej ocenie charakteryzowały się znacznymi stratami w trakcie obserwacji, a zgłoszone wyniki obejmowały zgony spowodowane samobójstwami i powikłaniami. Jedno z uwzględnionych badań obejmowało prawie połowę wszystkich uczestników, ale odnotowano w nim 36% strat w trakcie obserwacji. Autorzy badania przyznali, że krótki okres obserwacji był kluczowym ograniczeniem. Nie odnieśli się jednak do najpoważniejszej krytyki, a mianowicie tego, że ich główny wniosek dotyczący „niezwykle niskiego poziomu żalu" nie był poparty dowodami.([58])

6.4 Podsumowanie

Jakość przeglądów systematycznych w dziedzinie medycyny płciowej jest bardzo zróżnicowana, ale nawet te najwyższej jakości zazwyczaj znajdują jedynie dowody o „niskim stopniu pewności" dotyczące większości szkód. Istnieją jednak znane i prawdopodobne wyjaśnienia, dlaczego dowody szkód mogły nie zostać poszukiwane, wykryte lub zgłoszone. Odnosząc się do stanu dowodów w PGM, w przeglądzie Cass Review zauważono, że „było oczywiste, że nie udało się w sposób spójny i kompleksowy zebrać nawet najbardziej podstawowych danych i informacji; dane często nie były udostępniane lub były niedostępne".([59])

O ile przeglądy systematyczne nie koncentrują się konkretnie na szkodliwości (z zastrzeżeniami wymienionymi powyżej), nie nadają się one do wykrywania powikłań lub działań niepożądanych. Wynika to ze stosunkowo niedawnego pojawienia się i szybkiego rozwoju dziedziny PGM, tendencji do skupiania się w przeważającej mierze krótkoterminowych badań obserwacyjnych na korzyściach i niedostatecznego zgłaszania szkodliwości oraz tendencyjności publikacji. EBM kładzie nacisk na rolę najlepszych dostępnych dowodów. Aby zaradzić ograniczonej zdolności SR do wykrywania szkód, decydenci muszą wziąć pod uwagę inne źródła informacji naukowych. Jest to temat następnego rozdziału.

---

[56] Bustos i in. (2021) podali wskaźnik żalu wynoszący około 1%. Niniejszy przegląd systematycznych przeglądów nie uwzględniał tego przeglądu systematycznego, ponieważ większość uwzględnionych badań nie koncentrowała się na populacji nastolatków.
[57] Przykłady takich stwierdzeń można znaleźć w Cohn (2023).
[58] Krytykę na ten temat można znaleźć w Expósito-Campos & D'Angelo (2021). Autorzy udzielili odpowiedzi na krytykę (Escandón i in., 2021), w której odnieśli się do niektórych, ale nie wszystkich kluczowych kwestii.
[59] Cass (2024a, s. 39).

Rozdział 7 Dowody pochodzące z nauk podstawowych i fizjologii

W przypadku gdy badania kliniczne nie dostarczają wystarczających informacji na temat szkód, a zatem systematyczne przeglądy (SR) nie są w stanie wiarygodnie zebrać informacji na temat szkód, należy uwzględnić inne rodzaje dowodów. Należy wziąć pod uwagę wiarygodne dowody pochodzące z innych źródeł, w tym nauk podstawowych, aby uzyskać bardziej świadome zrozumienie prawdopodobnych skutków interwencji.[1] W przypadku pediatrycznej transformacji medycznej (PMT) wiąże się to z uwzględnieniem fizjologii człowieka, rozwoju oraz dobrze znanych mechanizmów działania stosowanych leków. Uwzględnienie takich dowodów jest zgodne z podstawowym wymogiem medycyny opartej na dowodach (EBM): rozsądnym wykorzystaniem „najlepszych dostępnych" dowodów.

W poniższych sekcjach wyjaśniono: normalny rozwój w okresie dojrzewania i mechanizmy działania interwencji PMT (sekcja 7.1); leczenie przedwczesnego dojrzewania płciowego za pomocą blokerów dojrzewania (PB) (sekcja 7.2); biologicznie prawdopodobne konsekwencje stosowania PB w celu zatrzymania prawidłowego przebiegu dojrzewania oraz hormonów płciowych (CSH) (sekcje 7.3 i 7.4); konsekwencje chirurgiczne, szczególnie w przypadku zatrzymania rozwoju dojrzewania (sekcja 7.5); oraz ryzyko psychologiczne związane z poddaniem się interwencjom PMT, biorąc pod uwagę aktualny stan wiedzy na temat rozwoju dzieci i młodzieży (sekcja 7.6). Śmiertelność omówiono w sekcji 7.7.

7.1 Dojrzewanie

W niniejszym rozdziale przedstawiono przegląd fizjologii i konsekwencji zakłócenia prawidłowego przebiegu dojrzewania płciowego. Należy zauważyć, że w ciągu życia człowieka występują trzy wyraźne fale aktywności osi podwzgórze-przysadka-gonady (HPG): w okresie życia płodowego, w pierwszym miesiącu po urodzeniu oraz w późnym dzieciństwie i wczesnym okresie dojrzewania [(2).] Tylko ta ostatnia faza jest określana jako „dojrzewanie płciowe" [3]. W celu zahamowania osi HPG można podawać leki.

---

[1] Sackett i in. (1996).
[2] Rohayem i in. (2024).
[3] Omówienie w tej sekcji koncentruje się na normalnym rozwoju w okresie dojrzewania. Osoby z zaburzeniami (różnicami) rozwoju płciowego (DSD) nie są przedmiotem niniejszego rozdziału, ponieważ zdecydowana większość nastolatków z dysforią płciową nie ma DSD. Spośród osób z DSD około 5% doświadcza zmian tożsamości (Kreukels i in., 2018). Jak zauważono w przeglądzie Cass, „Badania dzieci z DSD sugerują, że złożona interakcja między poziomem testosteronu, zewnętrznymi narządami płciowymi, płcią wychowawczą i środowiskiem społeczno-kulturowym odgrywa rolę w ostatecznej tożsamości płciowej" (Cass, 2024a, s. 102).

7.1.1 Przegląd normalnego rozwoju w okresie dojrzewania

U ssaków dojrzewanie definiuje się jako okres, w którym niedojrzałe młode osobniki osiągają dojrzałość płciową i stają się zdolne do reprodukcji. Jest to faza przejściowa między dzieciństwem a dorosłością. U ludzi dojrzewanie rozpoczyna się zazwyczaj między 8. a 13. rokiem życia u kobiet i między 9. a 14. rokiem życia u mężczyzn. Jest ono spowodowane wzrostem poziomu hormonów płciowych – głównie estrogenu i progesteronu u kobiet oraz testosteronu u mężczyzn [4].

W okresie dojrzewania hormony płciowe stymulują wzrost szkieletu, rozwój mięśni i rozwój neurologiczny. U kobiet estrogen inicjuje rozwój piersi, pierwszą miesiączkę, owulację oraz zmiany w budowie ciała i morfologii szkieletu.[5] U mężczyzn wzrost poziomu androgenów powoduje powiększenie jąder, wzrost prącia, spermatogenezę, pogłębienie głosu oraz pojawienie się drugorzędnych cech płciowych, takich jak owłosienie twarzy i ciała. Spermatogeneza u mężczyzn i cykle owulacyjne u kobiet oznaczają osiągnięcie płodności.

7.1.2 Etapy dojrzewania według skali Tannera

Lekarze stosują system znany jako skala Tannera, aby dokumentować fizyczny postęp dojrzewania na podstawie badania fizykalnego.[6] System ten wyodrębnia pięć etapów dojrzewania, od stanu przedpokwitaniowego (etap 1) do pełnego rozwoju dorosłego (etap 5). Etapy pośrednie obejmują przejściowe cechy morfologiczne i fizjologiczne.

U kobiet etap 2 skali Tannera rozpoczyna się wraz z rozwojem tkanki piersiowej (telarch), po którym następuje porost włosów (pubarch), a następnie pierwsza miesiączka (menarch), zazwyczaj w etapie 3 lub 4 skali Tannera. Menarch zazwyczaj występuje jeden do dwóch lat po telarch, średnio w wieku 12–13 lat. Pierwsze uwolnienie komórki jajowej (owulacja) następuje zazwyczaj w ciągu pierwszego roku po pierwszej miesiączce, zazwyczaj w stadium 4 według skali Tannera. Funkcja owulacyjna stabilizuje się około rok po pierwszej miesiączce. Rozwojowi płciowemu u kobiet towarzyszy wzrost kości, porost włosów na ciele, poszerzenie bioder, redystrybucja tkanki tłuszczowej do bioder

---

[4] Breehl & Caban (2025).
[5] Kuohung & Hornstein (2024).
[6] Tanner (1962).

[i]piersi oraz powiększeniem zarówno wewnętrznych narządów rozrodczych (tj. macicy, jajników), jak i zewnętrznych narządów płciowych (tj. warg sromowych, łechtaczki).[7]

U mężczyzn początek drugiego stadium Tannera charakteryzuje się zazwyczaj zwiększeniem objętości jąder, a następnie wzrostem prącia, pojawieniem się owłosienia łonowego, a później twarzy oraz szybkim wzrostem beztłuszczowej masy ciała i rozmiarów szkieletu pod wpływem androgenów. Następuje znaczny wzrost masy kostnej i mięśniowej, a pogrubienie i wydłużenie strun głosowych powoduje pogłębienie głosu. Pierwsze wytryski (spermarche) występują zazwyczaj około rok po rozpoczęciu dojrzewania, a pełne dojrzewanie gamet następuje około rok później.([8]) Spermatogeneza występuje zazwyczaj w stadium 4 skali Tannera.([9])

7.1.3 Neuroendokrynna regulacja dojrzewania

Dojrzewanie jest inicjowane i podtrzymywane przez złożone sygnały endokrynologiczne. W mózgu przednia część przysadki mózgowej, w odpowiedzi na pulsacyjne uwalnianie hormonu uwalniającego gonadotropinę (GnRH) z podwzgórza, wydziela hormon luteinizujący (LH) i hormon folikulotropowy (FSH). LH i FSH, określane łącznie jako gonadotropiny, oddziałują na gonady (jajniki i jądra), stymulując syntezę steroidów płciowych i promując gametogenezę.([10])

7.2 Blokery dojrzewania i przedwczesne dojrzewanie ośrodkowe

W przypadku przedwczesnego dojrzewania ośrodkowego (CPP) — schorzenia występującego u jednego na 5000 do jednego na 10 000 dzieci, częściej u dziewcząt [11]— przysadka mózgowa ulega przedwczesnej aktywacji, czasami nawet w okresie niemowlęcym lub wczesnym dzieciństwie ([12]).Prowadzi to do wczesnego lub przedwczesnego rozwoju płciowego. CPP wiąże się z kilkoma potencjalnymi negatywnymi skutkami

---

[7] Breehl & Caban (2025).
[8] Breehl & Caban (2025); Kota & Ejaz (2023).
[9] Emmanuel i Bokor (2022).
[10] U mężczyzn LH stymuluje komórki Leydiga do produkcji testosteronu, podczas gdy FSH oddziałuje na komórki Sertoliego, ułatwiając spermatogenezę. U kobiet LH i FSH koordynują produkcję estrogenu i rozwój pęcherzyków jajnikowych w jajnikach.
[11] Eugster (2019). Chociaż istnieją pewne genetyczne przyczyny CPP, zazwyczaj jest to schorzenie idiopatyczne, co oznacza, że przyczyna nie jest jasna. Kobiety są zazwyczaj leczone z powodu CPP za pomocą PB, jeśli dojrzewanie następuje w wieku sześciu lat lub młodszym, mężczyźni są zazwyczaj leczeni, jeśli dojrzewanie następuje w wieku ośmiu lat lub młodszym (Ergun-Longmire et al., 2023).
[12] Np. Nienaber & Van Der Walt (1991); Yoon & Kim (2016).

skutki zdrowotne, w tym zmniejszenie wzrostu dorosłych spowodowane wczesną obecnością hormonów płciowych powodujących przedwczesne zrośnięcie się nasad kości.

GnRHa (blokery dojrzałości płciowej lub PB) zostały zatwierdzone przez Amerykańską Agencję ds. Żywności i Leków (FDA) do stosowania w leczeniu CPP. Dotychczasowe dowody porównujące duże populacje pacjentów nieleczonych z pacjentami leczonymi sugerują, że przynajmniej w przypadku odpowiednio dobranych pacjentek leczenie CPP za pomocą PB wiąże się ze wzrostem wzrostu i niższym wskaźnikiem masy ciała (BMI).[13]

W przypadku stosowania PB w leczeniu CPP, leczenie przerywa się, gdy dziecko osiąga bardziej typowy wiek rozpoczęcia dojrzewania, umożliwiając powrót do normalnego przebiegu dojrzewania. Celem jest ułatwienie normalnego przebiegu dojrzewania, tak aby pacjent przechodził przez ten okres wraz z rówieśnikami (a nie znacznie wcześniej). Chociaż PB są zatwierdzone przez FDA do tego wskazania, podobnie jak wszystkie leki wiążą się one z ryzykiem i skutkami ubocznymi, nawet gdy są stosowane w leczeniu CPP.

7.3 Blokery dojrzałości płciowej a dysforia płciowa

Zastosowanie PB w celu zatrzymania normalnego przebiegu dojrzewania płciowego jest głównym elementem i oryginalnym wkładem holenderskiego protokołu. PB oddziałują bezpośrednio na przysadkę mózgową, znacznie zmniejszając uwalnianie LH i FSH. Ciągłe podawanie tych środków powoduje desensytyzację receptorów GnRH, hamując wydzielanie LH i FSH, a w konsekwencji zatrzymując produkcję endogennych hormonów płciowych. U kobiet powoduje to ustanie normalnej funkcji menstruacyjnej, jeśli już się rozpoczęła. U mężczyzn zatrzymuje się lub zapobiega produkcji plemników. PB nie zostały zatwierdzone przez FDA do stosowania w leczeniu dysforii płciowej (GD); są one stosowane „poza wskazaniami" w pediatrycznej medycynie płciowej (PGM).([14]) W przeciwieństwie do CPP, stosowanie PB w PMT nie jest zatwierdzone przez FDA i brakuje danych dotyczących bezpieczeństwa.

Stosowanie PB w celu zatrzymania normalnego przebiegu dojrzewania skutecznie wywołuje hipogonadyzm hipogonadotropowy (HH), stan charakteryzujący się niewydolnością przysadki mózgowej

[13] Luo i in. (2021).
[14] GnRHa zostały zatwierdzone przez Amerykańską Agencję ds. Żywności i Leków (FDA) do różnych wskazań, a ich działanie może się znacznie różnić w zależności od zastosowania. Na przykład GnRHa leuprolid (powszechnie sprzedawany pod nazwą Lupron) jest zatwierdzony przez FDA do stosowania w terapii deprywacji androgenów u dorosłych mężczyzn z rakiem prostaty oraz do deprywacji estrogenów u dorosłych kobiet z endometriozą. Został również zatwierdzony przez FDA do leczenia przedwczesnego dojrzewania płciowego (CPP).

odpowiednio uwalniać gonadotropiny. W rezultacie gonady nie są w stanie produkować hormonów płciowych, takich jak testosteron lub estrogen. Rozwój pokwitaniowy zostaje zakłócony, co zatrzymuje proces dojrzewania fizycznego i reprodukcyjnego. Badania kliniczne pokazują, że nieleczony HH wiąże się z szeregiem zagrożeń, w tym bezpłodnością i zmniejszoną gęstością mineralną kości, co zwiększa ryzyko osteoporozy i złamań.[15]

Chociaż PB w przypadku GD są zazwyczaj wskazane do krótkotrwałego stosowania (około dwóch lat), w przypadku niektórych pacjentów okres ten może być znacznie dłuższy.[16] Przyczyny widocznego odejścia od pierwotnego protokołu holenderskiego w odniesieniu do długości stosowania PB pozostają niezbadane, ale mogą obejmować coraz młodszy wiek przejścia społecznego, który „wymaga" blokady dojrzewania w coraz młodszym wieku, aby umożliwić młodym pacjentom dalsze życie w „ukryciu"[17a]także leczenie młodzieży, która identyfikuje się jako niebinarna i pragnie zachować niejednoznaczny wygląd płciowy przez dłuższy czas.(18)

7.3.1 Ryzyko rozwojowe związane z blokowaniem normalnego dojrzewania

Jednym z kluczowych powodów stosowania PB w CPP jest umożliwienie dziecku doświadczenia normatywnego rozwoju psychospołecznego wraz z rówieśnikami w tym samym wieku. Natomiast w PMT pacjenci pozostają w fazie przedpokwitaniowej lub wczesnego pokwitania, podczas gdy ich rówieśnicy rozwijają się dalej. Może to mieć potencjalne konsekwencje dla rozwoju psychospołecznego nastolatków (19).

7.3.2 Gęstość mineralna kości i rozwój szkieletu

Okres dojrzewania jest uznawany za kluczowy moment dla osiągnięcia szczytowej masy kostnej. Hormony płciowe odgrywają istotną rolę w mineralizacji szkieletu.[20] Nieosiągnięcie szczytowej gęstości kości może prowadzić do zwiększonego ryzyka osteopenii,

---

[15] Zhu & Chan (2015).
[16] Na przykład w arkuszu informacyjnym Cambridge Health Alliance omówiono stosowanie blokerów dojrzałości płciowej przez okres do czterech lat (Cambridge Health Alliance, b.d.).
[17] Program badań jakościowych Cass Review wykazał, że w przypadku dzieci przed okresem dojrzewania, które przeszły pełną transformację społeczną, „życie w ukryciu wydaje się zwiększać poziom stresu i niepokoju dziecka, co skutkuje problemami behawioralnymi i psychicznymi. Obejmowały one wycofanie się z życia społecznego, coraz większą izolację dzieci, w tym uciekanie się do nauki w domu lub korepetycji, a nawet rzadkie wychodzenie z domu" (Cass, 2024a, s. 159).
[18] Notini i in. (2020).
[19] Zostało to odnotowane na przykład w Vrouenraets i in. (2022).
[20] Elhakeem i in. (2019).

osteoporoza i złamania w późniejszym wieku, w tym wyniszczające złamania kręgosłupa i biodra. U osób starszych złamania biodra są szczególnie niepokojące, ponieważ znacznie zwiększają ryzyko zachorowalności i śmiertelności.[21]

Ze względu na znaną fizjologiczną rolę hormonów płciowych w rozwoju szkieletu, w oryginalnych holenderskich badaniach uznano możliwość negatywnego wpływu na mineralizację kości. Naukowcy zmierzyli „wyniki Z", czyli miarę porównującą indywidualną gęstość kości z normami populacyjnymi dla danego wieku i płci, i wyniki te spadły po zastosowaniu PB w oryginalnej holenderskiej kohorcie.([22]) Od tego czasu wiele długoterminowych badań obserwacyjnych dotyczących pacjentów pediatrycznych przechodzących transformację medyczną konsekwentnie wykazało spadek wyników Z przy stosowaniu PB.([23])Oprócz spadku *średnich* wyników, ponowna analiza danych z Wielkiej Brytanii wykazała, że jedna trzecia pacjentów z blokadą dojrzewania miała wynik Z poniżej -2 (wskazujący na osteoporozę) dla biodra, a ponad jedna czwarta pacjentów miała niskie wyniki Z dla kręgosłupa. (24) W literaturze tej nie odnotowano częstości złamań wraz z wynikami Z.[25]

Kiedy po PB stosuje się CSH, co miało miejsce w ponad 90% przypadków w badaniach, mineralizacja kości wzrasta, ale krytyczny okres rozwoju dla wzrostu gęstości kości w okresie dojrzewania mógł zostać pominięty lub skrócony, ponieważ wzrost gęstości kości spowalnia w wieku 20 lat, a następnie zaczyna spadać. Pacjenci ci mogą nigdy nie osiągnąć szczytowej gęstości kości, którą osiągnęliby w innym przypadku. Badania dotyczące średnio- i długoterminowych wyników są ograniczone. ([26])Ze względu na nowatorski charakter PMT nie przeprowadzono jeszcze badań obejmujących pacjentów w średnim wieku lub późnej dorosłości.

7.3.3 Rozwój neurokognitywny i psychospołeczny

W okresie dojrzewania mózg człowieka przechodzi znaczną reorganizację, w tym procesy synaptycznego przycinania i mielinizacji, na które wpływają steroidy płciowe.

---

[21] Bentler i in. (2009).
[22] Delemarre-van de Waal i Cohen-Kettenis (2006).
[23] Np. Boogers i in. (2023); Carmichael i in. (2021); Ciancia i in. (2024); Delemarre-van de Waal i Cohen-Kettenis (2006); Joseph i in. (2019); Klink i in. (2015); Navabi i in. (2021); Schagen i in. (2020); Stoffers i in. (2019); Van der Loos, Vlot i in. (2023); Vlot i in. (2017).
[24] Biggs (2021).
[25] Np. Roy i in. (2024).
[26] Dwa długoterminowe badania (Schagen i in., 2020; van der Loos i in., 2023) wykazały, że wyniki Z powróciły do poziomu sprzed leczenia po 3–11 latach leczenia CSH u kobiet, ale nie u mężczyzn.

hormony. Badania sugerują, że hormony płciowe wpływają na obszary mózgu związane z funkcjami wykonawczymi, regulacją emocji i poznaniem społecznym [27]. Dokładny wpływ hamowania dojrzewania na funkcje neurokognitywne pozostaje niedostatecznie zbadany [28], a naukowcy zajmujący się tą dziedziną uznają ograniczenia dowodów w tym zakresie [29]. W najnowszym przeglądzie literatury stwierdzono, że wpływ PB na rozwój neurokognitywny nie jest znany, ale „istnieją pewne dowody na szkodliwy wpływ hamowania dojrzewania na IQ [iloraz inteligencji] u dzieci”.[30] Jednak holenderskie badanie z 2022 r. wykazało, że u pacjentów leczonych PB powiązania między IQ przed leczeniem a ostatecznymi osiągnięciami edukacyjnymi były podobne do norm populacyjnych (w badaniu nie mierzono IQ w ujęciu longitudinalnym).[31] W przeglądzie Cass Review wyrażono obawy dotyczące potencjalnych szkód i nieznanego wpływu hamowania dojrzewania na rozwijający się mózg,[32] zauważając, że „istnieje coraz więcej dowodów na to, że opisane powyżej zmiany w dojrzewaniu mózgu są spowodowane połączeniem wieku chronologicznego i hormonów płciowych uwalnianych w okresie dojrzewania”.[33]

7.3.4 Dojrzewanie płciowe

Zatrzymując rozwój cech płciowych, PB przerywają dojrzewanie anatomii i funkcji rozrodczych. Hamowanie osi HPG może upośledzać gametogenezę, potencjalnie prowadząc do trwałej bezpłodności, jeśli CSH zostanie rozpoczęte później, szczególnie gdy dojrzewanie gonad nie zostało zakończone przed przerwaniem normalnego okresu dojrzewania.

U dorosłych mężczyzn rozpoczynających terapię estrogenową w celu zmiany płci dochodzi do zaniku jąder, co prowadzi do upośledzenia płodności lub bezpłodności, które mogą być nieodwracalne (nawet jeśli estrogen

---

[27] Cservenka i in. (2015); Gonnabathula i Yakubu (2023); Macoveanu i in. (2016); Pillerová i in. (2022).
[28] Jedno badanie przekrojowe (które metodologicznie nie pozwala sugerować związku przyczynowo-skutkowego) wykazało słabe funkcjonowanie wykonawcze u pacjentów przyjmujących PB przez ponad rok, ale ich funkcjonowanie przed rozpoczęciem przyjmowania PB nie było znane (Strang i in., 2022). W innym badaniu przekrojowym odnotowano podobne funkcjonowanie wykonawcze u pacjentów przyjmujących PB i pacjentów nieprzyjmujących PB (Staphorsius i in., 2015). Arnoldussen i in. (2022), kolejne badanie, zostało omówione w tekście.
[29] Chen i in. (2020).
[30] Baxendale (2024).
[31] Arnoldussen i in. (2022).
[32] Cass (2024a, s. 115).
[33] Cass (2024b, s. 104).

zostać przerwane).[34] Jednak dorośli mężczyźni mogą zdecydować się na kriokonserwację nasienia przed rozpoczęciem terapii estrogenowej. Nie dotyczy to dzieci ani wczesnych nastolatków.[35] Spermatogeneza występuje zazwyczaj w 4. stadium dojrzałości płciowej według skali Tannera.[36] W przypadku PMT, jeśli PB zostaną rozpoczęte w 2. stadium rozwoju płciowego według skali Tannera, przed dojrzewaniem gamet, a następnie zostanie rozpoczęte podawanie estrogenu (co jest prawdopodobne), kriokonserwacja nasienia nie może zostać zakończona wcześniej.[37] Ponadto płodność może ulec pogorszeniu u kobiet, które rozpoczęły przyjmowanie PB, a następnie przeszły na testosteron.[38] Wpływ testosteronu na układ rozrodczy sprawia, że prawdopodobieństwo poczęcia, ciąży i porodu jest niepewne.[39] Wyniki dotyczące matki i płodu w takich okolicznościach są również słabo zbadane.

Możliwe jest, że stosowanie CSH po zatrzymaniu dojrzewania płciowego może trwale uszkodzić niedojrzałe tkanki gonadalne, prowadząc do bezpłodności. [40] Jeśli gonady zostaną zatrzymane w stanie niedojrzałości z powodu długotrwałego stosowania PB, a następnie zostanie podany CSH, nie ma udowodnionego mechanizmu fizjologicznego, dzięki któremu można by niezawodnie przywrócić płodność. Prawdopodobieństwo trwałej bezpłodności znacznie wzrośnie. [41,42]

W odniesieniu do zachowania płodności (FP) techniki mogą być stosunkowo proste, technicznie trudne lub obecnie niewykonalne, w zależności od płci pacjenta i stadium rozwoju według skali Tannera. Na przykład mężczyźni, którzy przeszli spermarchę, mogą pobrać próbkę nasienia do długotrwałego przechowywania. Jednak mężczyźni, którzy przeszli okres dojrzewania

---

[34] Cheng i in. (2019); Deutsch (2020a).
[35] Zachowanie płodności u mężczyzn w okresie wczesnego dojrzewania pozostaje przedsięwzięciem teoretycznym i eksperymentalnym, bez dostępnego obecnie protokołu zatwierdzonego klinicznie (Laidlaw i in., 2025).
[36] Zob. powyżej, sekcja 7.1.2.
[37] W oryginalnych holenderskich badaniach uznano, że niepłodność wystąpi u mężczyzn, którzy rozpoczęli stosowanie PB w stadium 2 Tannera, a następnie estrogenu: „U chłopców we wczesnym okresie dojrzewania stan hipogonadotropowy zablokuje rozwój płodności" (Delemarre van de Waal & Cohen-Kettenis, 2006, s. S134).
[38] Cheng i in. (2019). Chociaż kobiety dorosłe przyjmujące testosteron mogą zajść w ciążę, mniej wiadomo na temat ciąży u kobiet, które w dzieciństwie/okresie dojrzewania przeszły PMT.
[39] Laidlaw i in. (2025).
[40] Szczegółowe informacje na temat skutków CSH znajdują się w kolejnej sekcji.
[41] Należy zauważyć, że PB dla CPP nie mają negatywnego wpływu na płodność. W przypadku pediatrycznej transformacji medycznej, ponieważ PB są zazwyczaj pierwszą częścią ciągłego procesu obejmującego CSH, niepłodność jest prawdopodobnym skutkiem leczenia (w zależności od płci i stadium rozwoju płciowego pacjenta według skali Tannera).
[42] Istnieją kontrowersje dotyczące zdolności nieletnich do wyrażenia świadomej zgody na potencjalną utratę płodności w związku z PMT. Na przykład: „Czy nieletni mogą obecnie podejmować odpowiednio autonomiczne decyzje, które mogą mieć wpływ na ich możliwości w przyszłości? Jest to mniej kwestia zdolności do podejmowania decyzji... a bardziej kwestia wystarczającego doświadczenia życiowego, aby poznać swoje przyszłe pragnienia... Jak zachować „otwartą przyszłość" dla młodzieży transpłciowej, jest wspólnym zmartwieniem rodziców i pracowników służby zdrowia" (Harris et al., 2020, s. 2459). Zob. również Jorgensen & Masson (2024). W badaniu pacjentów w wieku około 30 lat, którzy rozpoczęli interwencje hormonalne w wieku 15 lat, 23% wyraziło żal z powodu bezpłodności (de Nie et al., 2024).

blokada na etapie 2 w skali Tannera spowoduje niedojrzałość jąder; FP wymaga kriokonserwacji tkanki jądrowej, która obecnie pozostaje całkowicie eksperymentalna [43]. W przypadku dojrzałych pacjentek zachowanie komórek jajowych wiąże się z inwazyjnym zabiegiem (i jest kosztowne). W przypadku kobiet we wczesnych stadiach rozwoju według skali Tannera techniki takie jak kriokonserwacja tkanki jajnikowej, choć technicznie możliwe, ([44]) nie wykazały jeszcze skuteczności w zakresie uzyskania ciąży u pacjentek, które przeszły PMT.

Większość badań dotyczących FP u nastolatków z GD poddanych PMT wykazała bardzo niskie wskaźniki, od 0% do 4,7% pacjentów, którzy przeszli FP.[45] W jednym badaniu, w którym pacjenci płci męskiej mieli dostęp do zachowania płodności poprzez biopsję jąder, odnotowano, że 10 z 23 pacjentów (43%) było w stanie poddać kriokonserwacji gamety przed rozpoczęciem PB (nie podano stopni Tanner).[46]

7.3.5 Ryzyko zaburzeń seksualnych

Wyrażono obawy dotyczące potencjalnych konsekwencji PMT dla funkcji seksualnych, szczególnie w odniesieniu do zdolności do odczuwania przyjemności seksualnej i orgazmu. W 2021 r. Marci Bowers — czołowy chirurg zajmujący się plastyką pochwy, a wówczas prezes-elekt Światowego Stowarzyszenia Profesjonalistów ds. Zdrowia Osób Transpłciowych (WPATH) — wyraziła obawy, że pacjenci płci męskiej, którzy rozpoczęli PB w stadium 2 skali Tannera, a następnie otrzymali CSH, byli fizjologicznie anorgazmiczni przed i po operacji plastyki pochwy.

Wiele z tych pacjentek nie zgłaszało żadnych doznań seksualnych w okolicy narządów płciowych przed poddaniem się zabiegowi plastyki pochwy. Po zabiegu sztuczna łechtaczka nie wywoływała żadnych znaczących odczuć dotykowych ani erogennych. Bowers zasugerował, że kwestia ta nie została odpowiednio poruszona podczas rozmów dotyczących świadomej zgody młodzieży poddającej się zabiegom hamowania dojrzewania płciowego.[47]

---

[43] Klipstein i in. (2020).

([44]) Komitet Praktyczny Amerykańskiego Towarzystwa Medycyny Reprodukcyjnej (2019).

[45] Chen i in. (2017); Chiniara i in. (2019); de Nie i in. (2024); Nahata i in. (2017).

[46] Pang, Peri i in. (2020).

[47] Shrier (2021b). Pojawiło się pytanie, „czy nawet bardzo inteligentne dzieci, które nie miały doświadczeń seksualnych, są w stanie w pełni zrozumieć utratę przyszłych funkcji seksualnych i zdolności reprodukcyjnych” (Levine i in., 2022a, s. 720).

Pomimo tych niepokojących obserwacji klinicznych, istnieje uderzający brak badań dotyczących wyników funkcji seksualnych w tej populacji [48].Potencjalne ryzyko anorgazmii i zaburzeń czucia zasługuje na poważną uwagę, zwłaszcza biorąc pod uwagę nieodwracalny charakter niektórych interwencji oraz kluczowe znaczenie zdrowia seksualnego dla ogólnej jakości życia.

Brakuje opublikowanych badań dotyczących wyników funkcji seksualnych u kobiet, które przeszły PMT z PB, a następnie CSH.

7.4 Hormony płciowe i dysforia płciowa

Testosteron dla kobiet i estrogen dla mężczyzn są rutynowo stosowane w PGM w celu wywołania zmian w drugorzędnych cechach płciowych, które przypominają cechy typowe dla płci przeciwnej. U mężczyzn estrogen jest często stosowany wraz z blokerem testosteronu lub PB w celu wzmocnienia działania estrogenu.

7.4.1 Fizyczne skutki stosowania hormonów płciowych

Jak opisano powyżej, dojrzewanie obejmuje dojrzewanie pierwotnych cech płciowych – męskich i żeńskich narządów płciowych – oraz całego układu rozrodczego, umożliwiając produkcję dojrzałych gamet: plemników u mężczyzn i komórek jajowych u kobiet. Wytyczne ES dotyczące PMT opisują dostosowywanie dawki testosteronu dla kobiet i estrogenu dla mężczyzn jako „indukcję dojrzałości płciowej", co jest terminem mylącym ([49)].Pod wpływem wysokich dawek testosteronu u kobiet może dojść do owłosienia twarzy i ciała, trądziku torbielowatego, męskiego rozkładu włosów na głowie, wzrostu łechtaczki, zmian w muskulaturze, pogrubienia strun głosowych prowadzącego do pogłębienia głosu oraz zmian w odkładaniu się tłuszczu. Podobnie mężczyźni otrzymujący duże dawki estrogenu mogą doświadczać znacznego wzrostu tkanki piersiowej (ginekomastia), zmniejszenia masy mięśniowej, zmiany struktury skóry i mogą rozwinąć bardziej typowy dla kobiet wzór rozmieszczenia tkanki tłuszczowej. Te zmiany fizyczne odzwierciedlają reakcję organizmu na niezwykle wysokie poziomy steroidów płciowych, a nie rzeczywisty rozwój płciowy płci przeciwnej. W rzeczywistości rozwój zdolności rozrodczych – z definicji cel dojrzewania – może być

---

(48) Wdwóch holenderskich badaniach opublikowano dane z jednej małej grupy pacjentów: Bungener i in. (2020); van der Meulen i in. (2025). Chociaż naukowcy stwierdzili, że w przypadku mężczyzn wyniki funkcji seksualnych po zabiegu plastyki pochwy były podobne niezależnie od tego, na jakim etapie dojrzewania według skali Tannera rozpoczęto podawanie PB, eksperci wskazali, że to niewielkie badanie miało ograniczenia metodologiczne ze względu na wielkość próby (w związku z czym nie można było wiarygodnie porównać różnych podgrup) oraz że pacjenci często zgłaszali poważne trudności/dysfunkcje seksualne (trudności z osiągnięciem orgazmu, ból, wstyd związany z genitaliami) (Clayton i in., 2025).

49 Na przykład Hembree i in. (2017, s. 3884). Zob. również Coleman i in. (2022, s. S115) oraz rozdział 2.

utrudnione. Fizjologiczny punkt końcowy dojrzewania – dojrzałość płciowa umożliwiająca reprodukcję – nie jest i nie może być osiągnięty za pomocą PMT.

7.4.2 Dawkowanie hormonów płciowych

W wytycznych WPATH i ES głównym celem podawania CSH jest wywołanie cech fizycznych typowych dla płci przeciwnej. Gdy poziom hormonów wzrasta powyżej typowego zakresu referencyjnego dla danej płci, uznaje się go za ponadfizjologiczny. Wytyczne ES sugerują, że płeć, z którą identyfikuje się dana osoba — w przeciwieństwie do jej płci biologicznej — powinna determinować docelowy zakres referencyjny stężenia hormonów.([50]) Krytycy twierdzą, że postrzegana tożsamość nie zmienia procesów fizjologicznych i że takie przekonanie może skutkować niewłaściwym i potencjalnie niebezpiecznym dawkowaniem hormonów.([51])

7.4.3 Hiperandrogenizm u kobiet

Hiperandrogenizm odnosi się do stanu nieprawidłowo podwyższonego poziomu androgenów – najczęściej testosteronu – we krwi. U dorosłych kobiet typowy poziom testosteronu w surowicy wynosi od 2 do 45 ng/dl. W niektórych stanach patologicznych poziom testosteronu może znacznie przekroczyć ten zakres.

Wytyczne ES dotyczące podawania hormonów płciowych kobietom zalecają poziom testosteronu wynoszący od 320 do 1000 ng/dl, porównywalny lub przekraczający poziomy występujące w zaburzeniach endokrynologicznych [52]. Stężenia te stanowią sześciokrotny do stukrotny wzrost powyżej norm fizjologicznych dla kobiet, wywołując hiperandrogenizm. Hiperandrogenizm wiąże się również z zagrożeniami dla zdrowia, omówionymi poniżej.

7.4.4 Hiperestrogenemia u mężczyzn

Hiperestrogenemia jest definiowana jako podwyższony poziom estrogenów we krwi, takich jak estradiol, powyżej normalnego zakresu fizjologicznego. U mężczyzn standardowy zakres referencyjny dla estradiolu wynosi około 60–190 pg/ml. Wiadomo, że niektóre stany chorobowe powodują

[50] Rosenthal i in. (2019).
[51] Laidlaw i in. (2021).
[52] Hembree i in. (2017).

nadmiar estrogenu. Na przykład niektóre guzy nadnerczy mogą podwyższać poziom estrogenu nawet 3-10-krotnie.[53]

W PMT celowo wywołuje się ponadfizjologiczne poziomy estrogenu poprzez stosowanie wysokich dawek estrogenu poza wskazaniami rejestracyjnymi. Wytyczne ES zalecają dostosowanie dawki estradiolu do poziomu od dwóch do 43 razy wyższego niż typowy zakres dla mężczyzn, aby wywołać rozwój typowych dla kobiet drugorzędnych cech płciowych, takich jak tkanka piersiowa.[54]

7.4.5 Wpływ testosteronu na żeński układ rozrodczy

Stosowanie testosteronu powoduje zmiany histopatologiczne w żeńskim układzie rozrodczym.[55] Biorąc pod uwagę potencjalne — choć nie do końca określone — ryzyko raka w żeńskim układzie rozrodczym, wytyczne ES zalecają, aby „pracownicy służby zdrowia określili medyczną konieczność wykonania laparoskopowej całkowitej histerektomii w ramach operacji potwierdzającej płeć, aby zapobiec rakowi układu rozrodczego".[56]Wytyczne kliniczne WPATH (57) nie przyjęły tego samego zalecenia, ale istnieją ograniczone wiarygodne dowody dotyczące długoterminowego ryzyka raka związanego ze stosowaniem testosteronu w żeńskim układzie rozrodczym. Testosteron może powodować zanik narządów rozrodczych, w tym ścieńczenie i zanik nabłonka pochwy (58), uporczywy ból i dyskomfort w miednicy (59) oraz dysfunkcję dna miednicy (60).

---

[53] Cavlan i in. (2010).
[54] Hembree i in. (2017).
[55] Przegląd 11 badań histopatologicznych usuniętych jajników wykazał, że 34,9% wykazywało objawy policystycznych jajników, a 0,7% miało łagodne nowotwory jajników (Toland i in., 2023). W innym badaniu kobiet w wieku 18–56 lat u 57% z 35 przypadków wycięcia jajników stwierdzono liczne obustronne torbiele pęcherzykowe, a u 80% z 40 przypadków resekcji macicy stwierdzono zwłóknienie zrębu endometrium. Nieprawidłowy wzrost tkanki odnotowano również w pochwie i szyjce macicy po histerektomii i wagiotektomii. Najczęstsze wyniki obejmowały metaplazję komórek przejściowych i rozwój gruczołów typu prostatycznego (Lin i in., 2022). W oddzielnym badaniu stwierdzono, że 100% próbek po waginektomii zawierało nieprawidłowy wzrost tkanki prostatycznej (Xu i in., 2022).
[56] Hembree i in. (2017).
[57] Coleman i in. (2022).
[58] W 2020 r. informator z kliniki Uniwersytetu Waszyngtońskiego w St. Louis opisał przypadek, w którym nieletnia kobieta przyjmująca testosteron zadzwoniła do kliniki z powodu krwawienia z pochwy: „W ciągu niecałej godziny przemoczyła bardzo grubą podpaski, dżinsy i ręcznik, którym owinęła się w pasie... Później dowiedzieliśmy się, że dziewczyna ta odbyła stosunek płciowy, a ponieważ testosteron rozrzedza tkanki pochwy, jej kanał pochwy pękł. Musiała zostać poddana sedacji i operacji w celu naprawy uszkodzeń" (Reed, 2023a). Według doniesień wiele pacjentek tej kliniki miało problemy z pęknięciami pochwy.
[59] Pacjentki decydowały się na histerektomię z powodu tych objawów; np. Zwickl i in. (2023).
[60] Da Silva i in. (2024); Tordoff i in. (2023); Zwickl i in. (2023).

7.4.6 Wpływ estrogenu na męski układ rozrodczy

Jądra pełnią dwie podstawowe funkcje: wytwarzają testosteron i produkują plemniki zdolne do zapłodnienia komórki jajowej. Stosowanie estrogenu zgodnie z wytycznymi ES i WPATH powoduje upośledzenie normalnej produkcji testosteronu i znaczące nieprawidłowe zmiany histologiczne w męskim układzie rozrodczym.[61] Wyniki te wskazują na powszechną przebudowę strukturalną tkanki jądrowej w odpowiedzi na długotrwałe narażenie na wysokie poziomy estrogenu stosowanego w medycznej transformacji płciowej.

7.4.7 Ryzyko sercowo-naczyniowe i metaboliczne

Jednym z najważniejszych długoterminowych zagrożeń związanych ze stosowaniem CSH jest wzrost czynników ryzyka sercowo-naczyniowego. W przeglądzie z 2018 r. stwierdzono, że pacjenci przyjmujący CSH mieli podwyższone ryzyko zawału serca i śmiertelności sercowo-naczyniowej w porównaniu z grupą kontrolną. [62]

W kilku badaniach i przeglądach stwierdzono zwiększone ryzyko zdarzeń sercowo-naczyniowych, takich jak zawały serca i udary mózgu, u kobiet przyjmujących testosteron [(63)]. Uważa się, że wynika to z wpływu testosteronu na podstawowe czynniki metaboliczne związane z ryzykiem sercowo-naczyniowym. U kobiet testosteron może powodować podwyższone ciśnienie krwi, czerwienicę i miażdżycę.

---

[61] W jednym z badań obejmującym 99 próbek jąder komórki Leydiga (kluczowe dla produkcji testosteronu) były całkowicie nieobecne lub znacznie zmniejszone w 80% przypadków. W porównaniu z grupą kontrolną odnotowano znaczny średni spadek średnicy kanalików nasiennych (miejsca spermatogenezy), a u 82% próbek stwierdzono zwłóknienie okołokanalikowe, które zakłóca funkcjonowanie kanalików (Matoso i in., 2018). W innym badaniu 74% próbek wykazało nieprawidłowe pogrubienie błony podstawnej (Riva-Morales i in., 2025). Odzwierciedla to wyniki obserwowane w stanach takich jak wnętrostwo (niewydolność jąder), które są związane z niepłodnością (Mittal i in., 2017). W jednym z wyżej wymienionych badań wszystkie 125 próbek jąder wykazało zmiany zanikowe i zmniejszoną spermatogenezę, a 71,2% nie wykazywało żadnej produkcji plemników (Riva-Morales et al., 2025). W innym badaniu 80% próbek tkanki jądrowej pobranych od mężczyzn przyjmujących estrogen wykazało zatrzymanie dojrzewania, co oznacza, że chociaż wczesne etapy rozwoju plemników mogły się rozpocząć, nie nastąpiło dojrzewanie do w pełni funkcjonalnych plemników (Matoso i in., 2018). Wyniki te wskazują na powszechną rekonfigurację strukturalną tkanki jądrowej w odpowiedzi na długotrwałe narażenie na wysokie poziomy estrogenu stosowanego w medycznej transformacji płciowej. Inne struktury, na które wpływa estrogen (i/lub niedobór androgenów), to najądrza, rete testes i prostata (Crowley i in., 2023; Matoso i in., 2018). W długoterminowej analizie obejmującej 86 pacjentów, którzy przeszli orchidektomię po średnim okresie 7,5 roku terapii estrogenowej, stwierdzono wyraźną korelację między długością leczenia hormonalnego a stopniem nieprawidłowości tkankowych (Marins i in., 2024). W badaniu tym omówiono „naruszenie integralności bariery krwiowo-jądrowej wraz ze *zwiększoną podatnością na uszkodzenia cytotoksyczne i immunologiczne;* upośledzoną adhezję z przedwczesnym odrywaniem się spermatydów od komórek Sertoliego, powodującym zmianę kształtu spermatydów; fagocytozę komórek rozrodczych" jako teoretyczne mechanizmy upośledzonej spermatogenezy (podkreślenie dodane).

[62] Irwig (2018).

[63] Np. Nota i in. (2019). W przeglądzie systematycznym znaleziono umiarkowane i wysokie pewności dowody na występowanie niektórych zdarzeń sercowo-naczyniowych u młodych kobiet poniżej 26 roku życia (Miroshnychenko, Ibrahim i in., 2025).

zmiany w profilu lipidowym.[64] Badania podłużne dotyczące PMT wykazały wzrost BMI (i/lub masy tłuszczowej) po rozpoczęciu stosowania CSH[65] i PB.[66] Odnotowano również zmiany aterogenne w profilu lipidowym.[67]

W odniesieniu do czerwienicy, wiadomo, że podwyższony poziom hematokrytu zwiększa lepkość krwi, podnosząc ryzyko powikłań zakrzepowo-zatorowych i sercowo-naczyniowych. U kobiet nawet niewielkie podwyższenie poziomu hematokrytu jest niezależnie związane ze zwiększonym ryzykiem chorób sercowo-naczyniowych, zdarzeń wieńcowych i śmiertelności z przyczyn sercowo-naczyniowych [(68).]

W przypadku mężczyzn przyjmujących estrogen badania wykazały zwiększone ryzyko zdarzeń sercowo-naczyniowych, takich jak żylna choroba zakrzepowo-zatorowa i udar mózgu.[69]

7.4.8 Inne zagrożenia związane ze stosowaniem hormonów płciowych

U obu płci stosowanie CSH może wiązać się z przedwczesną śmiertelnością [70].U kobiet przyjmujących testosteron dochodzi do przebudowy strukturalnej tkanki piersi, często połączonej ze wzrostem ilości włóknistej tkanki łącznej i zmniejszeniem objętości gruczołów [71].Istnieją również obawy dotyczące możliwego zwiększonego ryzyka raka piersi i jajnika [72].[72] W przypadku mężczyzn niektóre badania sugerują, że estrogen może zwiększać ryzyko rozwoju stwardnienia rozsianego [73] i raka tarczycy [74] oraz może prowadzić do zmniejszenia objętości mózgu [75]. Jednak badania w tych obszarach są nadal wstępne. Chociaż rak piersi występuje rzadko u mężczyzn urodzonych jako mężczyźni, dane sugerują, że terapia wysokimi dawkami estrogenu zwiększa to ryzyko [(76).] Inne skutki

---

[64] Glintborg i in. (2024); Safer i Tangpricha (2019).
[65] Boogers i in. (2024); Jarin i in. (2017); Klaver i in. (2018, 2020).
[66] Carmichael i in. (2021); Ciancia i in. (2024); Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis (2006); Fisher i in. (2024).
[67] Klaver i in. (2020); Olson-Kennedy, Okonta i in. (2018). Millington i in. (2021) stwierdzili zmiany miażdżycowe tylko u kobiet, a nie u mężczyzn.
[68] Gagnon i in. (1994). W podłużnym badaniu kohortowym obejmującym 1073 dorosłe kobiety przyjmujące testosteron (Madsen i in., 2021) u około 24% uczestniczek wystąpiły wartości hematokrytu ≥50%, co jest progiem powszechnie stosowanym do definiowania ciężkiej erytrocytozy. Chociaż w badaniu nie podano częstości występowania w zakresie pośrednim (poziom hematokrytu między 45% a 50%), można rozsądnie wnioskować, że podobny lub większy odsetek osób znalazłby się w tym przedziale.
[69] Nota i in. (2019) odnotowali prawie pięciokrotny (4,6-krotny) wzrost ryzyka żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej, a Getahun i in. (2018) odnotowali prawie dziesięciokrotny (9,9-krotny) wzrost ryzyka udaru mózgu.
[70] C. J. de Blok i in. (2021).
[71] Grynberg i in. (2010).
[72] Hembree i in. (2017).
[73] Papkoor i in. (2016); White i in. (2022).
[74] Derwahl & Nicula (2014).
[75] Pol i in. (2006); Seiger i in. (2016); Zubiaurre-Elorza i in. (2014).
[76] C. J. M. de Blok i in. (2019).

Estrogen może powodować zmniejszenie libido, zaburzenia erekcji i utratę spontanicznych erekcji.[77]

7.5 Operacje chirurgiczne a dysforia płciowa

WPATH przedstawia obszerną listę operacji, które uważa za odpowiednie metody leczenia dysforii płciowej [(78)].Wszystkie operacje wiążą się z ryzykiem [79], które w niektórych przypadkach jest większe, gdy operacja następuje po zastosowaniu PB i CSH. Ponadto operacje usunięcia zdrowych i funkcjonujących narządów wiążą się z wyjątkowymi szkodami jatrogennymi, które nie występują w innych dziedzinach medycyny.

7.5.1 Problemy chirurgiczne związane z wczesną blokadą dojrzewania

Mężczyźni, którzy rozpoczynają PB w stadium 2 według skali Tannera, a następnie przechodzą na estrogen, mają ograniczone możliwości przyszłych operacji narządów płciowych, jeśli takie są pożądane. PB zatrzymują rozwój męskich narządów płciowych. Jeśli PB rozpocznie się w stadium 2 według skali Tannera, a estrogen zostanie wprowadzony jakiś czas później, męskie narządy płciowe nigdy nie rozwiną się poza stan przedpokwitaniowy lub wczesnopokwitaniowy. W przypadku pacjentów, którzy w późniejszym wieku decydują się na vaginoplastykę, może to wykluczyć możliwość wykonania vaginoplastyki z odwróceniem prącia z powodu braku wystarczającej ilości tkanki narządów płciowych do wykonania tego zabiegu. Kwestia ta została poruszona w oryginalnych holenderskich publikacjach [(80)],ale w ciągu kolejnych dziesięcioleci nie opublikowano prawie żadnych badań na ten temat. W jednym holenderskim badaniu stwierdzono znacznie większe prawdopodobieństwo wykonania plastyki pochwy z wykorzystaniem jelita (w porównaniu z plastyką pochwy z wykorzystaniem penisa) u pacjentów płci męskiej z historią blokady dojrzewania [(81)]. Plastyka pochwy z wykorzystaniem jelita jest zabiegiem bardziej skomplikowanym technicznie i ryzykownym [(82)].Jednym z godnych uwagi i tragicznych przypadków była śmierć członka pierwotnej grupy badawczej holenderskiego protokołu.

---

[77] Hembree i in. (2017). Należy zauważyć, że niektóre lub wszystkie z tych skutków dla funkcji seksualnych (na przykład osłabienie erekcji) mogą być pożądane przez niektórych pacjentów.

[78] Zgodnie z SOC-8 WPATH nawet bardzo nietypowe zabiegi chirurgiczne, takie jak mastektomie niebinarne (w których piersi kobiet są przekształcane tak, aby przypominały ginekomastię u mężczyzn), waginoplastyka z zachowaniem penisa i falloplastyka z zachowaniem pochwy (w celu zapewnienia pacjentom obu zestawów genitaliów) oraz zabiegi unieważnienia genitaliów (obejmujące usunięcie genitaliów) są uważane za zabiegi medycznie niezbędne dla niektórych pacjentów. Tylko falloplastyka dla kobiet ma minimalny zalecany wiek 18 lat (Coleman i in., 2022). W 2024 r. kanadyjski pacjent z powodzeniem pozwał prowincjonalnego ubezpieczyciela zdrowotnego, który odmówił pokrycia kosztów operacji „waginoplastyki z zachowaniem penisa", uznając ją za eksperymentalną. W mediach odnotowano, że „...sąd uznał, że [ta] procedura... [była] zgodna ze standardami opieki Światowego Stowarzyszenia Profesjonalistów ds. Zdrowia Osób Transpłciowych (WPATH), wiodącego autorytetu w zakresie opieki medycznej i chirurgicznej potwierdzającej płeć, zwłaszcza że zaleca ono indywidualne plany leczenia" (Arsenych, 2024).

[79] Np. krwawienie, infekcja, blizny i ryzyko związane ze znieczuleniem.

[80] Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis (2006).

[81] van de Grift i in. (2020).

[82] Lee i in. (2023).

z powodu martwiczego zapalenia powięzi w wieku 18 lat po zabiegu plastyki pochwy przeprowadzonej z powodu niewystarczającej ilości tkanki płciowej.[83]

7.6 Inne zagrożenia związane z interwencjami hormonalnymi lub zabiegami chirurgicznymi

Stosowanie interwencji endokrynologicznych wpływa na wiele układów narządów poza układem rozrodczym. Ponadto istnieją zagrożenia psychologiczne związane z PMT.

7.6.1 Niekorzystne skutki psychiatryczne

Etykieta testosteronu wymagana przez FDA zawiera ostrzeżenie o możliwości nadużywania, w którym zaznaczono: „Testosteron był przedmiotem nadużywania, zazwyczaj w dawkach wyższych niż zalecane dla zatwierdzonego wskazania ... Nadużywanie anabolicznych sterydów androgennych może prowadzić do poważnych niepożądanych reakcji sercowo-naczyniowych i psychiatrycznych". Efekty te odnotowano u mężczyzn i kobiet, w tym u nastolatków. [84]

Badania nad nadużywaniem sterydów anabolicznych wykazały związek z poważnymi problemami psychiatrycznymi, w tym niestabilnością nastroju, psychozą [85] i uzależnieniem [(86)] ·Najczęściej obserwowane objawy to drażliwość, agresja, euforia, zawyżona samoocena, impulsywność i zachowania ryzykowne. Dodatkowe objawy mogą obejmować ostre epizody psychotyczne, nasilenie zaburzeń tikowych lub depresji oraz stany podobne do majaczenia. W jednym z badań oceniającym średnie (300–1000 mg/tydzień) i wysokie (>1000 mg/tydzień) dawki sterydów anabolicznych stwierdzono, że 23% użytkowników spełniało kryteria diagnostyczne poważnych zaburzeń nastroju, w tym manii, hipomanii lub depresji, a u 3,4–12% wystąpiły objawy psychotyczne.([87])

W analizie bazy danych Systemu Zgłaszania Zdarzeń FDA (FAERS) dotyczącej osób stosujących CSH w celu zmiany płci, 88% niepożądanych reakcji na leki zostało sklasyfikowanych jako poważne.[88]Bez wiedzy na temat mianowników nie jest możliwe oszacowanie indywidualnego ryzyka. Spośród 83 zgłoszeń dotyczących kobiet stosujących testosteron, 87,8% zdarzeń uznano za

[83] Negenborn i in. (2017).
[84] Actavis Pharma, Inc. (2018).
[85] R. C. W. Hall i in. (2005).
[86] Skauen i in. (2023).
[87] R. C. W. Hall i in. (2005).
[88] Gomez-Lumbreras i Villa-Zapata (2024).

poważne, z dwoma zgłoszonymi zgonami (2,4%) i 25 hospitalizacjami (30,5%).[89] Zgłoszone szkody psychiczne obejmowały lęk, depresję, wahania nastroju, myśli i zachowania samobójcze, agresję, dysocjację i samookaleczenia. Odnotowano również bardziej ekstremalne objawy, takie jak zachowania antyspołeczne i myśli samobójcze.[90]

W odrębnym badaniu przeprowadzonym w Szwecji stwierdzono podwyższony odsetek wyroków skazujących wśród kobiet urodzonych jako kobiety, które przyjmowały testosteron i przeszły operację zmiany płci, w porównaniu z grupą kontrolną w tym samym wieku. W badaniu tym stwierdzono również, że dorośli, którzy przeszli medyczną i chirurgiczną zmianę płci, mieli 19-krotnie wyższy odsetek zgonów samobójczych i prawie trzykrotnie wyższy odsetek zgonów z wszystkich przyczyn oraz hospitalizacji psychiatrycznych w porównaniu z grupą kontrolną w tym samym wieku i tej samej płci.[91] Podwyższony wskaźnik samobójstw (w porównaniu z ogółem populacji) odnotowano również w innych badaniach.[92] Na podstawie tych danych nie można ustalić związku przyczynowego, częściowo ze względu na obecność czynników zakłócających, takich jak współwystępujące zaburzenia zdrowia psychicznego.

7.6.2 Cofnięcie transformacji i żal

U mężczyzn estrogen powoduje wzrost piersi i bezpłodność, które mogą być nieodwracalne nawet po zaprzestaniu stosowania CSH [93].U kobiet nieodwracalne skutki wirylizacji testosteronu obejmują wzrost owłosienia na twarzy i ciele, pogłębienie głosu, wzrost łechtaczki i łysienie typu męskiego [(94).]Pacjenci w każdym wieku mogą odczuwać żal z powodu trwałych skutków fizycznych i fizjologicznych CSH, niezależnie od tego, jak się identyfikują. Na przykład pacjenci stabilnie identyfikujący się jako transpłciowi mogą żałować utraty płodności. Łysienie lub otarcia/dyskomfort spowodowane powiększeniem łechtaczki mogą sprawić, że pacjent identyfikujący się jako transpłciowy mężczyzna będzie żałował podjęcia decyzji o przyjmowaniu testosteronu.

---

[89] Laidlaw & Jorgensen (2024).
[90] Laidlaw & Jorgensen (2024).
[91] Dhejne i in. (2011).
[92] C. J. de Blok i in. (2021) stwierdzili, że standaryzowany wskaźnik śmiertelności z powodu samobójstw wśród dorosłych osób transpłciowych wynosił 3,1 w porównaniu z ogólną populacją Holandii. W badaniu Van Cauwenberg i in. (2021) pięciu spośród 177 nastoletnich pacjentów zmarło w wyniku samobójstwa. Wszystkie zgony samobójcze dotyczyły pacjentów, którzy rozpoczęli terapię CSH (Society for Evidence-Based Gender Medicine, 2024a). Biggs (2022) poinformował, że czterech spośród 15 032 pacjentów skierowanych do brytyjskiej kliniki medycyny płciowej dla dzieci (PGM) popełniło samobójstwo w ciągu dziesięciu lat. Dwa samobójstwa miały miejsce wśród pacjentów oczekujących na leczenie (tj. prawdopodobnie nie przyjmujących CSH). Niedawno
W badaniu przeprowadzonym w Stanach Zjednoczonych odnotowano dwa przypadki samobójstwa wśród 315 pacjentów przyjmujących CSH przez okres dwóch lat (Chen i in. 2023).
[93] Cheng i in. (2019); Deutsch (2020a).
[94] Deutsch (2020b).

Jeśli pacjenci zdecydują się na detransicję,[95] mogą odczuwać żal,[96] ale niektórzy pacjenci mogą zaakceptować zmiany fizyczne i nie odczuwać żalu.[97] Nawet zwolennicy PMT przyznają, że żal jest ryzykiem (np. sformułowanie „Niektórzy nastolatkowie mogą żałować podjętych kroków" w wytycznych WPATH).[98]

Ta poważna kwestia została zminimalizowana poprzez twierdzenie, że odsetek osób rezygnujących z transformacji i odczuwających żal jest znikomy. W rzeczywistości odsetek osób rezygnujących z transformacji nie jest znany [99]. Powszechne twierdzenie, że odsetek osób rezygnujących z transformacji i odczuwających żal jest znikomy, nie znajduje potwierdzenia w dowodach.[100] Badanie populacyjne przeprowadzone w Wielkiej Brytanii, które nie skupiało się na osobach niepełnoletnich, wykazało, że około jedna piąta pacjentów przerwała interwencje hormonalne w ciągu pięciu lat, a ponad połowa z nich zgłaszała doświadczenia związane z detransicją i/lub żalem.[101] Przyczyny detransicji są złożone[102] i mogą być związane z czynnikami zewnętrznymi[103] lub wewnętrznymi[104]. W odniesieniu do

---

[95] Detransicje odnoszą się do powrotu do życia zgodnie z własną płcią po przejściu medycznej i/lub chirurgicznej transformacji. Omówienie zjawiska detransicji można znaleźć w publikacjach Butler & Hutchinson (2020); Irwig (2022); MacKinnon, Expósito-Campos et al. (2023). Badania oparte na danych ankietowych od osób, które przeszły detransicję, lub ich rodziców można znaleźć w Bailey & Diaz (2023); Littman (2018), (2021); Vandenbussche (2022). ([96]) Niektóre osoby, które przeszły detransicję, opisały niekorzystne doświadczenia związane z CSH, a także żal; np. w niedawnej sprawie sądowej (DH przeciwko Snyderowi: 21-15668, 07/07/2021, ID: 12164749, DktEntry: 22, b.d.) jedna pacjentka opisała, że testosteron „zaostrzył jej lęk i depresję", a także spowodował wzrost agresji, skłonności do podejmowania ryzyka i myśli samobójczych (s. 22); inny pacjent doświadczył depresji po kilku miesiącach euforii (str. 24), a kolejny opisał ciągłą żal i cierpienie spowodowane trwałym pogłębieniem głosu pod wpływem testosteronu oraz drętwieniem blizn i brakiem piersi po operacji mastektomii (str. 18).

[97] MacKinnon i in. (2022).

[98] Coleman i in. (2022, s. S47).

[99] Cohn (2023).

[100] Wskaźnik detransicji po zabiegach PB i CSH został opisany jako bardzo niski, ale nie ma na to zbyt wielu dowodów. Często cytuje się kilka źródeł. Jednym z nich jest przegląd systematyczny badań dotyczących zabiegów chirurgicznych, które mają ograniczone (o ile w ogóle) znaczenie dla PMT i w którym odnotowano wskaźnik żalu wynoszący około 1% (Bustos i in., 2021). Ten przegląd systematyczny miał problemy metodologiczne, błędy obliczeniowe i obejmował głównie badania o niskiej lub średniej jakości, z których wiele miało niewystarczający czas obserwacji, aby uchwycić żal (Cohn, 2023; Expósito-Campos & D'Angelo, 2021). Dodatkowo pojawiły się problemy z definicją żalu w uwzględnionych badaniach; na przykład w badaniu Wiepjes et al. (2018) pacjenci musieli zgłosić żal swojemu lekarzowi i poprosić o rozpoczęcie terapii hormonami płciowymi. Inne badanie opierało się na ankietach przeprowadzonych wśród osób, które *w momencie wypełniania ankiety* identyfikowały się jako transpłciowe. Niektórzy respondenci w przeszłości przeszli detransicję (zwykle z powodu piętna społecznego lub innych trudności zewnętrznych), zanim ponownie zidentyfikowali się jako transpłciowi (Turban i in., 2021).
Ankieta przeprowadzona wśród chirurgów wykazała, że respondenci rzadko byli proszeni o wykonanie zabiegów odwracających (Narayan i in., 2021); Cohn (2023) zauważył, że wyniki te były trudne do interpretacji ze względu na „niejasny czas obserwacji, utratę danych podczas obserwacji, a nawet narzędzie pomiarowe (czy pytania dotyczące żalu były zadawane rutynowo i czy stosowano spójną definicję żalu?)" (s. 1944). W innym badaniu dotyczącym żalu związanego z zabiegiem chirurgicznym częściowo oszacowano żal na podstawie wniosków o odwrócenie zabiegu (Jedrzejewski i in., 2023), co, jak zauważył Cohn, wykluczyłoby pacjentów, którzy nie wracają do swoich chirurgów.

[101] Boyd i in. (2022).

[102] MacKinnon, Gould i in. (2023).

[103] Turban i in. (2021).

[104] Littman (2021); Littman i in. (2024).

W badaniach klinicznych dotyczących dzieci i młodzieży jedno badanie wykazało 7,1% wskaźnik żalu,[105] dwa wykazały niski wskaźnik zaprzestania stosowania CSH lub ponownej identyfikacji z płcią biologiczną (<5%),[106] a jedno wykazało wyższy wskaźnik zaprzestania stosowania CSH (25%).[107]

7.7 Ryzyko śmiertelności

Cztery badania kohortowe przeprowadzone na populacji wykazały, że osoby transpłciowe wydają się być narażone na wyższe ryzyko śmiertelności w porównaniu z osobami w podobnym wieku i tej samej płci z ogółu populacji. W Stanach Zjednoczonych dane prywatnych ubezpieczycieli z lat 2011–2019 wskazują, że osoby transpłciowe były prawie dwukrotnie bardziej narażone na śmierć niż osoby z grupy kontrolnej w tym samym wieku i tej samej płci ([108]). Holenderskie badanie kohortowe obejmujące dane z pięciu dekad wykazało, że w porównaniu z osobami tej samej płci, osoby transpłciowe miały podwyższony standaryzowany wskaźnik śmiertelności (wyższe ryzyko śmierci) ([109]).Badanie kohortowe z Wielkiej Brytanii z 2023 r. wykazało, że w porównaniu z osobami tej samej płci biologicznej osoby transpłciowe miały wyższe ryzyko śmiertelności (o 34% wyższe dla kobiet i o 60% wyższe dla mężczyzn).([110]) Wreszcie, szwedzkie badanie obejmujące dane z trzech dekad wykazało, że ryzyko śmiertelności osób transpłciowych było 2,8 razy wyższe niż w przypadku osób tej samej płci biologicznej i w tym samym wieku.([111])

W niniejszym przeglądzie nie oceniono jakości metodologicznej tych badań epidemiologicznych ani nie dokonano ilościowej syntezy ich wyników. Wielkość ryzyka śmiertelności związanego z utrzymaniem tożsamości transpłciowej pozostaje niepewna, podobnie jak podstawowe czynniki przyczynowe (przyczyny zgonów, które występowały częściej wśród osób transpłciowych, obejmowały samobójstwa, choroby układu krążenia i HIV [112]). Ponadto, w świetle zachodzących zmian epidemiologicznych (patrz sekcja 4.3.1.1), nie jest jasne, czy wyniki te odnoszą się również do dzieci i młodzieży z dysforią płciową (GD). Badania te dodatkowo potwierdzają jednak ostrożne podejście do PMT, zwłaszcza w świetle holenderskiego badania kohortowego.

---

[105] Crabtree i in. (2024).
[106] Cavve i in. (2024); van der Loos i in. (2022).
[107] Roberts i in. (2022).
[108] Hughes i in. (2022).
[109] de Blok i in. (2021).
[110] Jackson i in. (2023).
[111] Dhejne i in. (2011).
[112] Zob. de Blok i in., 2021; Dhejne i in., 2011; Hughes i in., 2022; Jackson i in. 2023.

stwierdzili, że pomimo zmian w opiece nad populacją osób transpłciowych na przestrzeni pięciu dekad, podwyższone ryzyko śmiertelności utrzymuje się, a nie zmniejsza się.[113]

[113] de Blok i in. (2021).

Rozdział 8 Podsumowanie i implikacje przeglądu dowodów

Interwencje medyczne i chirurgiczne u dzieci i młodzieży z dysforią płciową (GD) są powszechnie promowane jako niezbędne, a nawet ratujące życie, jednak dowody naukowe nie pozwalają na wyciągnięcie jednoznacznych wniosków dotyczących ich skuteczności w poprawie zdrowia psychicznego lub zmniejszeniu GD. Konieczna jest analiza biologicznej prawdopodobieństwa wystąpienia szkód, która sugeruje, że niektóre krótko- i długoterminowe szkody są prawdopodobnymi (w niektórych przypadkach oczekiwanymi) następstwami leczenia.

Agencja ds. Żywności i Leków (FDA) również rozpatruje ryzyko w ten sposób przy podejmowaniu decyzji dotyczących stosunku korzyści do ryzyka:

> Planowanie korzyści i ryzyka jest najbardziej wartościowe w przypadkach, w których można racjonalnie przewidzieć trudną ocenę korzyści i ryzyka, ponieważ zakres korzyści ma być niewielki lub jest wysoce niepewny, lub gdy można przewidzieć poważne zdarzenia niepożądane związane ze stosowaniem leku (np. na podstawie podejrzewanego działania klasowego, zrozumienia mechanizmu działania i/lub wyników badań bezpieczeństwa we wczesnej fazie lub badań nieklinicznych).[1]

FDA stwierdza, że w odniesieniu do ryzyka ważne jest zrozumienie podejrzewanych efektów klasowych, czyli rodzajów przewidywanych efektów, o których wiadomo, że występują w tej samej klasie leków. Na przykład wiadomo, że klasa diuretyków zwanych tiazydami powoduje hipokaliemię (niski poziom potasu), dlatego też ten potencjalny niepożądany efekt należy wziąć pod uwagę przy podejmowaniu decyzji dotyczących ryzyka/korzyści związanych ze stosowaniem tiazydów.

FDA podkreśla również znaczenie zrozumienia fizjologicznego mechanizmu działania, czyli znanego sposobu, w jaki lek oddziałuje na organizm. Na przykład leki zwane beta-blokerami oddziałują na receptory beta-adrenergiczne i poprzez swój znany mechanizm działania powodują takie skutki, jak spowolnienie akcji serca i zmniejszenie kurczliwości serca. Te mechanizmy fizjologiczne — oraz potencjalne działania niepożądane, takie jak bradykardia (spowolnienie akcji serca) i zmniejszenie pojemności minutowej serca (ilość

[1] Centrum Oceny i Badań Produktów Biologicznych (CBER) oraz Centrum Oceny i Badań Leków (CDER) (2023).

krew pompowana przez serce) — należy wziąć pod uwagę przy podejmowaniu decyzji dotyczących ryzyka i korzyści związanych ze stosowaniem beta-blokerów.

Podobnie, ocena ryzyka i korzyści związanych z PMT musi uwzględniać zarówno skutki klasowe, jak i znany mechanizm działania tych interwencji. Ponadto, jak podkreśla również FDA, gdy ryzyko związane z leczeniem jest poważne, przewidywane skutki muszą być proporcjonalne:

> W przypadkach, w których przewiduje się poważne ryzyko, ważne jest rozważenie, czy ryzyko to może zostać zrównoważone korzyścią o wystarczającej pewności, wielkości i znaczeniu klinicznym dla pacjentów. [2]

Niektóre z prawdopodobnych szkód związanych z PMT są poważne. Prawdopodobieństwo bezpłodności w przypadku podawania leków blokujących dojrzewanie (PB) we wczesnej fazie dojrzewania, a następnie hormonów płciowych (CSH), nie musi być wykazywane w badaniach klinicznych. Wynika to z faktu, że mechanizm ten jest dobrze znany, a przeprowadzenie badania byłoby równoznaczne z nieetycznym „testem spadochronowym".[3]

Analiza wszystkich dostępnych danych opisanych w tej sekcji przeglądu sugeruje, że profil ryzyka i korzyści interwencji medycznych i chirurgicznych u dzieci i młodzieży z GD jest niekorzystny.

Ma to znaczenie dla decydentów – od indywidualnej opieki klinicznej po opracowywanie wytycznych, politykę zdrowotną i regulacje [4].Wyniki niniejszego przeglądu dowodów podkreślają również znaczenie jasnego rozróżnienia, w jaki sposób wartości i preferencje są uwzględniane na różnych poziomach podejmowania decyzji.

Na poziomie indywidualnym wspólne podejmowanie decyzji musi opierać się na przejrzystości. Oznacza to, że pacjenci i ich rodziny muszą być w pełni poinformowani – nie tylko o dostępnych interwencjach, ale także o ich potencjalnych korzyściach, szkodliwości i alternatywach.

---

[2] Centrum Oceny i Badań Produktów Biologicznych (CBER) oraz Centrum Oceny i Badań Leków (CDER) (2023). Omówienie implikacji etycznych znajduje się w rozdziale 13.
[3]Smith & Pell (2003). Artykuł podkreśla ograniczenia „złotego standardu" projektów badawczych, takich jak randomizowane badania kontrolowane (RCT), wskazując, że nie przeprowadzono żadnych badań RCT dotyczących skutków skoku z samolotu bez spadochronu. Wąskie (błędne) zastosowanie EBM doprowadziłoby do wniosku, że istnieje „bardzo niski poziom pewności dowodów" dotyczących śmierci, biorąc pod uwagę brak wysokiej jakości badań.
[4] Zeng i in. (2023); Zhang i in. (2017).

opcje oraz pewność lub niepewność dowodów potwierdzających. Gdy informacje te są niekompletne lub niedokładne, na wartości i preferencje wyrażane przez ludzi może mieć wpływ niepełne zrozumienie.[5]

Na poziomie wytycznych dotyczących praktyki klinicznej i polityki zdrowotnej wartości i preferencje powinny odzwierciedlać wartości i preferencje populacji dobrze poinformowanej o sile dowodów. Słabe lub niepewne dowody dotyczące korzyści wymagają większej ostrożności i elastyczności, a nie silniejszych zaleceń. [6]

Na poziomie regulacyjnym, ponieważ decyzje muszą priorytetowo traktować zdrowie i bezpieczeństwo publiczne, siła dowodów ma szczególne znaczenie. W przypadku braku dowodów potwierdzających korzyści lub gdy ich pewność jest bardzo niska, ramy regulacyjne powinny koncentrować się na bieżącej ocenie, ograniczaniu ryzyka i gromadzeniu bardziej wiarygodnych danych przed zezwoleniem na szerokie wdrożenie. Na wszystkich poziomach odpowiedzialne podejmowanie decyzji wymaga jasnego zrozumienia tego, co jest znane, co pozostaje niepewne i w jaki sposób ta wiedza wpływa na obowiązki etyczne klinicystów. Kilka innych rozdziałów niniejszego przeglądu poświęconych jest bardziej szczegółowej analizie tych kwestii.

[5] Zhang, Alonso-Coello i in. (2019); Zhang, Coello i in. (2019).
[6] Guyatt i in. (2008).

PA RT 3

RZECZYWISTOŚĆ KLINICZNA

Rozdział 9 Przegląd międzynarodowych wytycznych

Podobnie jak w innych dziedzinach medycyny, opieka kliniczna nad młodzieżą cierpiącą na dysforię płciową (GD) jest zazwyczaj oparta na wytycznych dotyczących praktyki klinicznej (CPG). Celem takich wytycznych jest promowanie praktyk, które, jak wykazano, poprawiają wyniki leczenia pacjentów i ograniczają nieuzasadnione różnice w opiece. Chociaż wytyczne nie mają charakteru obowiązkowego, a lekarze nadal muszą kierować się profesjonalnym osądem, stanowią one ważne punkty odniesienia, które mają wpływ na decyzje dotyczące leczenia, protokoły instytucjonalne, zasady ubezpieczenia i szersze standardy praktyki medycznej.

W niniejszym rozdziale przedstawiono przegląd wytycznych CPG dotyczących opieki nad młodzieżą z GD. Sekcja 9.1 stanowi wprowadzenie do celu i cech wiarygodnych wytycznych opartych na dowodach naukowych. Sekcja 9.2 zawiera przegląd jakości istniejących wytycznych w dziedzinie pediatrycznej medycyny płciowej, ocenionych w dwóch systematycznych przeglądach (SR). Omówiono w niej również najnowsze wytyczne, które nie zostały uwzględnione w istniejących przeglądach SR. Sekcja 9.3 zawiera profil zaleceń klinicznych określonych w jedynych dwóch wytycznych ocenionych jako wiarygodne (obie pochodzą z krajów skandynawskich).

9.1 Rola i proces tworzenia wytycznych dotyczących praktyki klinicznej

Wytyczne dotyczące praktyki klinicznej to zbiór zaleceń dotyczących opieki klinicznej, których celem jest optymalizacja opieki nad pacjentem.[1] Chociaż wytyczne dotyczące praktyki klinicznej są stosowane głównie przez pracowników służby zdrowia, służą one również szpitalom jako wskazówki dotyczące standaryzacji opieki, podejmowania decyzji dotyczących zakresu ubezpieczenia, kształtowania polityki zdrowotnej i wspierania edukacji medycznej. Naukowcy wykorzystują je do identyfikacji luk w wiedzy, a prawnicy mogą się na nie powoływać w sprawach dotyczących błędów w sztuce lekarskiej. Świadomi pacjenci i opiekunowie mogą również polegać na wytycznych dotyczących praktyki klinicznej, aby uczestniczyć we wspólnym podejmowaniu decyzji i domagać się odpowiedniej opieki.

Dziedzina medycyny opartej na dowodach naukowych (EBM) dostarcza kilku źródeł opisujących cechy wiarygodnych wytycznych.[2] Według National Academy of Medicine (NAM),[3] wiarygodne wytyczne dotyczące praktyki klinicznej:

---

[1] Brignardello-Petersen i in. (2021).
[2] Brignardello-Petersen i in. (2021); Brouwers i in. (2010); Lima, Mirza i in. (2023).
[3] Dawniej Instytut Medycyny.

powinny *opierać się na systematycznym przeglądzie istniejących dowodów*; powinny być opracowywane przez kompetentny, multidyscyplinarny panel ekspertów i przedstawicieli kluczowych grup, których dotyczy dana kwestia; uwzględniać ważne podgrupy pacjentów i preferencje pacjentów, stosownie do potrzeb; opierać się na jasnym i przejrzystym procesie, który *minimalizuje zniekształcenia, stronniczość i konflikty interesów;* zawierać jasne wyjaśnienie logicznych powiązań między *alternatywnymi opcjami opieki* a wynikami zdrowotnymi, *zawierać oceny zarówno jakości [pewności] dowodów, jak i siły zaleceń;* oraz być ponownie rozpatrywane i zmieniane w razie potrzeby, gdy ważne nowe dowody uzasadniają modyfikacje zaleceń.([4])

Większość użytkowników wytycznych skupia się na dwóch podstawowych elementach wytycznych: treści zaleceń i ich sile. Jednym z najbardziej powszechnie akceptowanych podejść do oceny siły zaleceń jest podejście GRADE (Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluation). GRADE klasyfikuje zalecenia według ich kierunku i siły do czterech kategorii: 1) silne zalecenie dotyczące interwencji; 2) warunkowe lub słabe zalecenie dotyczące interwencji; 3) warunkowe zalecenie przeciwko interwencji; oraz 4) silne zalecenie przeciwko interwencji.([5])

Ponadto istnieje zalecenie GRADE znane jako „tylko w badaniach” [6]. Stosuje się je rzadko w sytuacjach, w których interwencja może być obiecująca, ale brakuje wystarczających dowodów na poparcie jej powszechnego stosowania. Zalecenie „tylko w badaniach” jest właściwe, gdy spełnione są trzy warunki: 1) dostępne dowody mają niską lub bardzo niską pewność, co sprawia, że nie jest jasne, czy interwencja zapewnia znaczące korzyści; [2]) dalsze badania mają duży potencjał zmniejszenia tej niepewności i dostarczenia bardziej jednoznacznych dowodów; oraz 3) przeprowadzenie takich badań jest uważane za wartościowe, biorąc pod uwagę przewidywane koszty i ryzyko. Zaleceniu temu może towarzyszyć drugie zdecydowane zalecenie, aby nie stosować interwencji poza kontekstem badawczym.([7])

---

[4] Graham i in. (2011, s. 5, podkreślenie dodane).
[5] Andrews, Schünemann i in. (2013).
[6] Agarwal i in. (2020).
[7] Andrews, Guyatt i in. (2013, s. 724); Guyatt, Oxman, Kunz i in. (2008, s. 1051).

Oprócz interpretacji dowodów dotyczących korzyści i szkód, zespoły opracowujące wytyczne CPG muszą również „rozważyć korzyści i ryzyko, obciążenia i koszty związane z alternatywnymi strategiami postępowania, a przy tym uwzględnić wyjątkową sytuację, wartości i preferencje swoich pacjentów", aby sformułować ostateczne zalecenia i ocenić ich siłę według skali GRADE.[8] Grupy opracowujące wytyczne muszą być wolne od konfliktów interesów finansowych, intelektualnych i osobistych lub starannie nimi zarządzać i powinny reprezentować różnorodne i zrównoważone poglądy.

Wiarygodność wytycznych powinna zostać oceniona, zanim ich zalecenia zostaną uznane za godne zaufania. Wiarygodność i autorytet wytycznych zależą od tego, jak ściśle grupa opracowująca wytyczne przestrzegała najlepszych praktyk w zakresie opracowywania wytycznych. [9] Instrument AGREE II (Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation) jest jednym z najbardziej uznanych i sprawdzonych narzędzi służących do oceny jakości i rygoru metodologicznego CPG. Instrument AGREE II ocenia wytyczne w sześciu obszarach: zakres i cel, zaangażowanie interesariuszy, rygorystyczność opracowania, przejrzystość prezentacji, możliwość zastosowania i niezależność redakcyjna. Każdy obszar jest oceniany w standardowej 7-punktowej skali, gdzie wyższe wyniki oznaczają wyższą jakość metodologiczną i wiarygodność. AGREE II zapewnia ponadto dwie ogólne oceny, jedną podsumowującą ogólną jakość wytycznych, a drugą oceniającą, czy wytyczne powinny być zalecane do wdrożenia w praktyce klinicznej. Promując przejrzystość i spójność w ocenie wytycznych, AGREE II pomaga pracownikom służby zdrowia, decydentom i pacjentom zidentyfikować wytyczne, które z największym prawdopodobieństwem poprawią wyniki leczenia pacjentów i jakość podejmowania decyzji klinicznych. Inne podejścia do oceny wiarygodności CPG kładą nacisk na powiązane, ale odrębne wymiary.([10])

9.2 Podsumowanie systematycznych ocen wytycznych klinicznych i dokumentów zawierających wytyczne

Co najmniej dwa przeglądy systematyczne oceniły jakość (wiarygodność) wytycznych klinicznych dotyczących opieki nad pacjentami z GD. Jeden z nich skupiał się na wytycznych mających zastosowanie do wszystkich grup wiekowych [(11),]a

[8] Guyatt i in. (2015).
[9] Graham i in. (2011).
[10] Brignardello-Petersen i in. (2021); Lima, Mirza i in. (2023).
[11] Dahlen i in. (2021).

drugi dotyczył wytycznych poświęconych konkretnie opiece nad młodzieżą.[12] Oba opierały się na AGREE II.[13] Niniejsza sekcja skupia się na przeglądzie systematycznym, w którym oceniono wytyczne dotyczące pediatrycznego GD, przeprowadzonym przez naukowców z Uniwersytetu w Yorku w celu dostarczenia informacji do opracowania przeglądu Cass.[14]

W analizie przeprowadzonej przez Uniwersytet w Yorku zidentyfikowano 23 i oceniono 21 wytycznych klinicznych oraz dokumentów zawierających wytyczne kliniczne pod kątem rygoru metodologicznego i jakości. Analiza przeprowadzona przez Uniwersytet w Yorku ujawniła trzy główne wnioski: 1) wszystkie wytyczne, z wyjątkiem dwóch (ze Szwecji i Finlandii), zostały uznane za niewiarygodne ze względu na poważne odstępstwa od standardów metodologicznych dotyczących opracowywania wiarygodnych wytycznych; 2) większość międzynarodowych dokumentów zawierających wytyczne opierała się w dużej mierze na wytycznych WPATH i Endocrine Society (ES),([15]) które same w sobie były ściśle powiązane poprzez pokrywających się autorów, a WPATH pełniło rolę sponsora opracowania wytycznych ES; oraz 3) żadna z trzech wytycznych, które ukształtowały podejście Stanów Zjednoczonych do pediatrycznej GD, nie jest wiarygodna ze względu na poważne problemy w metodologii ich opracowania.([16])

9.2.1 Jakość metodologiczna istniejących wytycznych i dokumentów zawierających wytyczne

Wszystkie wytyczne i dokumenty zawierające wytyczne ocenione przez autorów przeglądu systematycznego z Yorku zostały poddane ocenie w sześciu obszarach AGREE II. Autorzy przeglądu systematycznego przedstawili również dwie oceny: jedną dotyczącą ogólnej jakości wytycznych, a drugą dotyczącą tego, czy wytyczne można polecić do wdrożenia klinicznego.

Recenzenci zauważyli, że chociaż ogólnie większość wytycznych uzyskała dobre wyniki w dziedzinie „jasności zakresu i celu", większość uzyskała słabe wyniki w dziedzinach „rygorystyczności opracowania", „niezależności redakcyjnej" i „możliwości zastosowania", czyli dziedzinach, które zazwyczaj

---

[12] Taylor, Hall, Heathcote i in. (2024a, 2024b).
[13] Brouwers i in. (2010).
[14] Taylor, Hall, Heathcote i in. (2024a, 2024b). W niniejszym rozdziale, podobnie jak w niniejszym dwuczęściowym przeglądzie systematycznym (SR), termin „wytyczne" będzie używany w odniesieniu do różnych ocenianych dokumentów, z których część nie stanowiła formalnych wytycznych dotyczących praktyki klinicznej (CPG). Recenzenci uwzględnili „opublikowane artykuły lub dokumenty, które [zawierały] co najmniej jedno konkretne zalecenie dotyczące oceny i/lub opieki nad dziećmi i/lub młodzieżą (w wieku 0–18 lat) doświadczającą dysforii/niezgodności płciowej i które zostały opracowane przez lub dla organizacji zawodowej, opieki zdrowotnej lub rządowej lub na podstawie badań naukowych" (Taylor, Hall, Heathcote i in., 2024a, s. s66).
[15] Coleman i in. (2012); Hembree i in. (2009); Hembree i in. (2017).
[16] Zob. Taylor, Hall, Heathcote i in. (2024a).

najsilniej wpływają na ogólną ocenę i zalecenia dotyczące stosowania w praktyce klinicznej.[17]

Jedynie wytyczne szwedzkie i fińskie zostały ocenione przez wszystkich recenzentów jako „zalecane do wdrożenia"; uzyskały one również najwyższą ogólną ocenę jakości, przy czym Szwecja otrzymała ocenę 6, a Finlandia 5 (w skali 7-punktowej).[18] Wytyczne szwedzkie i fińskie były jedynymi wytycznymi, które opisywały sposób przeglądu bazy dowodowej i łączyły dowody z zaleceniami klinicznymi. Wszystkie pozostałe wytyczne i dokumenty zawierające wskazówki uzyskały ocenę od 2 do 4 i nie zostały zalecone do wdrożenia przez co najmniej jednego recenzenta.([19])

Ogólnie rzecz biorąc, recenzenci opisali istniejące dokumenty zawierające wytyczne, które zalecają pediatryczną transformację medyczną (PMT), jako „[pozbawione] niezależnego i opartego na dowodach podejścia", zauważając, że trudno było wykryć, jakie dowody zostały przeanalizowane i w jaki sposób wpłynęły one na opracowanie zaleceń. Ponadto stwierdzili, że powiązania między konkretnymi zaleceniami a dowodami były często niejasne lub brakowało ich.

[17] Hoffmann-Eßer i in. (2018).
[18] Zob. rys. 9.1 poniżej.
[19] Taylor, Hall, Heathcote i in. (2024a, s. s65).

Rysunek 9.1[20]

Guideline ID	OQA1	R1	OQA2	R2	OQA3	R3
AACAP 2012	3	No	3	No	4	Yes (mod)
American Academy of Paediatrics 2018	2	No	3	No	1	No
American Psychological Association 2015	3	No	2	No	3	No
Council for Choices in Healthcare Finland 2020	5	Yes (mod)	5	Yes	5	Yes (mod)
de Vries 2006	2	No	3	No	2	No
Endocrine Society 2009	3	No	4	No	4	Yes (mod)
Endocrine Society 2017	4	Yes (mod)	4	No	4	Yes (mod)
European Society for Sexual Medicine 2020	3	Yes (mod)	2	No	3	No
Fisher 2014	2	No	3	No	1	No
Health Policy Project 2015	2	No	1	No	2	No
Norwegian Directorate of Health 2020	3	No	3	Yes (mod)	4	Yes (mod)
Oliphant 2018	2	No	3	No	1	No
Pan American Health Organisation 2014	2	No	2	No	1	No
Royal Children's Hospital Melbourne 2018	3	No	3	No	2	No
Society for Adolescent Health and Medicine 2020	2	No	2	No	1	No
South African HIV Clinicians Society 2021	3	No	3	No	2	No
Strang 2018	3	Yes (mod)	2	No	2	No
Swedish National Board of Health & Welfare 2022	6	Yes (mod)	6	Yes	6	Yes
University California San Francisco 2016	3	No	2	No	3	No
WPATH 2012	3	Yes (mod)	3	No	2	No
WPATH 2022	3	Yes (mod)	3	No	3	No

OQA: Overall quality assessment - 1-7 where 1 is lowest possible score and 7 is the highest possible score

R: Recommend guideline for use - Possible responses are Yes, Yes with modifications (Yes (mod)), No

The numbers 1-3 refer to the three reviewers who appraised the guidelines

Abbreviations

AACAP – American Academy of Child & Adolescent Psychiatry

WPATH – World Professional Association for Transgender Health

[20] Tabela uzupełniająca S3 w Taylor, Hall, Heathcote i in. (2024a).

Rysunek 9.2[21]

Table 1 Critical appraisal domain scores

Guideline ID	Scope and purpose	Stakeholder involvement	Rigour of development	Clarity of presentation	Applicability	Editorial independence
AACAP 2012	65	39	44	63	7	31
American Academy of Paediatrics 2018	70	26	12	30	6	69
American Psychological Association 2015	74	74	24	50	18	14
Council for Choices in Healthcare Finland 2020	91	69	51	72	56	0
de Vries 2006	63	31	10	74	17	6
Endocrine Society 2009	65	33	44	70	22	31
Endocrine Society 2017	63	33	42	72	21	92
European Society for Sexual Medicine 2020	63	52	39	70	7	58
Fisher 2014	65	20	12	35	17	44
Health Policy Project 2015	63	63	16	24	33	6
Norwegian Directorate of Health 2020	76	81	30	57	47	17
Oliphant 2018	44	39	12	33	21	0
Pan American Health Organisation 2014	52	44	13	31	21	0
Royal Children's Hospital Melbourne 2018	81	59	19	41	19	14
Society for Adolescent Health and Medicine 2020	41	24	17	41	7	0
South African HIV Clinicians Society 2021	59	59	21	43	24	69
Strang 2018	87	31	18	37	15	19
Swedish National Board of Health & Welfare 2022	91	87	71	83	25	36
UCSF 2016	70	41	23	37	26	0
WPATH 2012	85	61	26	56	17	17
WPATH 2022	83	63	35	56	24	39

≥70%, 31%–69%, ≤30%.
AACAP, American Academy of Child & Adolescent Psychiatry; UCSF, University of California, San Francisco; WPATH, World Professional Association for Transgender Health.

9.2.2 Wzajemna zależność między istniejącymi wytycznymi i dokumentami zawierającymi wskazówki

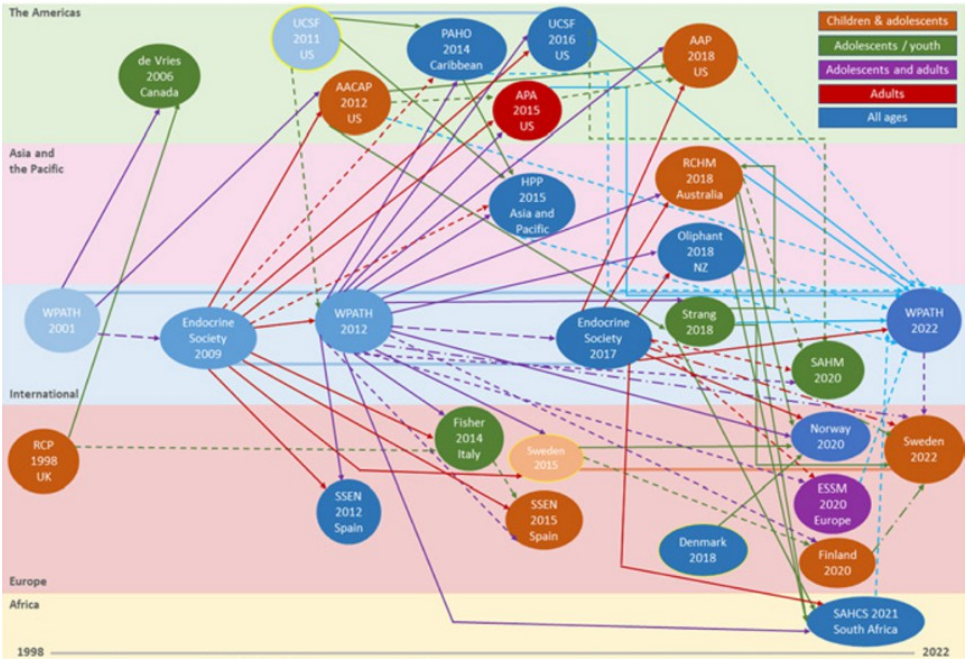
Autorzy przeglądu systematycznego zauważyli niezwykłą wzajemną zależność między większością opublikowanych wytycznych dotyczących postępowania z dziećmi i młodzieżą z GD [22]. Występował wyraźny wzorzec „cyklicznych odniesień i wzajemnych poparć"[23] między wytycznymi zalecającymi PMT w ramach rutynowej opieki, przy czym wytyczne WPATH i ES miały wpływ na wszystkie inne wytyczne i dokumenty zawierające zalecenia.

Wzorzec „powiązań i wpływów między wytycznymi" [24] został ustanowiony na początku działalności w tej dziedzinie wraz z wersjami wytycznych ES 2009 i WPATH 2012 [25]. Wzorzec ten utrzymał się, ponieważ zarówno ES, jak i WPATH zaktualizowały swoje wytyczne odpowiednio w 2017 i 2022 roku.[26] Ponadto wytyczne ES z 2009 i 2017 r. stwierdzają, że WPATH było sponsorem wytycznych.[27] Recenzenci z Uniwersytetu w Yorku zauważyli, że oznacza to

[21] Taylor, Hall, Heathcote i in. (2024a, tabela 1).
[22] Taylor, Hall, Heathcote i in. (2024a, str. s69-s70).
[23] Donkin i in. (2025, str. 3).
[24] Taylor, Hall, Heathcote i in. (2024a, str. s69).
[25] Coleman i in. (2012); Hembree i in. (2009).
[26] Coleman i in. (2022); Hembree i in. (2017).
[27] Hembree i in. (2009); Hembree i in. (2017).

problematyczna cyrkularność, „gdy WPATH przyjmuje zalecenia Endocrine Society w swoich własnych wytycznych i działa jako współsponsor oraz dostarcza uwagi do projektów wytycznych Endocrine Society”.[28]

Rysunek 9.3[29]



W przeglądzie Cass podkreślono wzajemną zależność i cykliczność dokumentów zawierających wytyczne:

> Cyrkularność tego podejścia może wyjaśniać, dlaczego pomimo słabych dowodów naukowych istnieje wyraźna zgoda co do kluczowych obszarów praktyki... ocena wytycznych budzi poważne wątpliwości co do wiarygodności obecnych wytycznych. [30]

9.2.3 Wytyczne i oświadczenia dotyczące praktyki WPATH, Endocrine Society i American Academy of Pediatrics (AAP)

Najbardziej wpływowymi źródłami wytycznych klinicznych dotyczących leczenia GD u dzieci w Stanach Zjednoczonych są wytyczne WPATH i ES CPG oraz wytyczne Amerykańskiej Akademii Pediatrii (AAP).

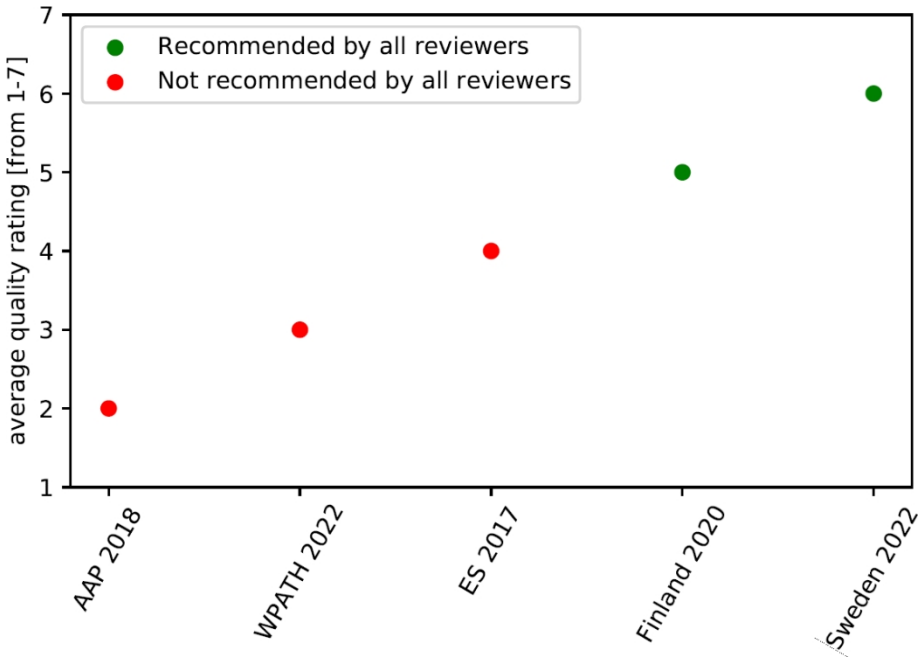
---

[28] Taylor, Hall, Heathcote i in. (2024a, s. 69).
[29] Taylor, Hall, Heathcote i in. (2024a, s. s69).
[30] Cass (2024a, str. 129-130).

dokument.[31] York SR ocenił wszystkie trzy dokumenty jako bardzo niskiej jakości i nie zalecił ich wdrożenia.

Na wykresie 9.4 przedstawiono ogólną ocenę jakości tych trzech dokumentów zawierających wytyczne w porównaniu z jedynymi dwoma wytycznymi, które zostały zalecone do wdrożenia przez przegląd systemowy przeprowadzony w Yorku.[32]

Rysunek 9.4[33]



Legenda**:** AAP: Amerykańska Akademia Pediatrii; WPATH: Światowe Stowarzyszenie Profesjonalistów ds. Zdrowia Osób Transpłciowych; ES: Towarzystwo Endokrynologiczne

W ocenie York stwierdzono, że wytyczne WPATH, *Standards of Care*, Version 8 (SOC-8) oraz wytyczne ES były „[niekompletne] pod względem rygoru opracowania". SOC-8 otrzymało ogólną ocenę 3 na 7, natomiast wytyczne ES uzyskały ocenę 4 na 7. Rozległe problemy w procesie opracowywania SOC-8, które obejmowały brak oparcia zaleceń na SR oraz liczne inne poważne ograniczenia w procesie,

[31] Oświadczenie Amerykańskiej Akademii Pediatrii (AAP) z 2018 r. zostało potwierdzone w 2023 r. (Rafferty i in., 2018); opublikowane w 2017 r. stanowisko Towarzystwa Endokrynologicznego (ES) stanowi najnowszą opublikowaną wersję (Hembree i in., 2017); najnowszymi wytycznymi dotyczącymi praktyki klinicznej Światowego Stowarzyszenia Profesjonalistów ds. Zdrowia Osób Transpłciowych (WPATH) są *Standardy Opieki,* wersja 8 (SOC-8) (Coleman i in., 2022).
[32] Taylor, Hall, Heathcote i in. (2024a).
[33] Wykres 9.4 przedstawia dane z tabeli uzupełniającej S3 w Taylor, Hall, Heathcote et al. (2024a).

ostatecznie doprowadziły do tej niskiej oceny i statusu „niezalecane do wdrożenia”. Problemy te omówiono bardziej szczegółowo w rozdziale 10.

Wytyczne ES z 2017 r., oparte na systemie GRADE, spotkały się z krytyką za wydawanie zdecydowanych zaleceń dotyczących interwencji hormonalnych w oparciu o słabe podstawy dowodowe.[34] Co istotne, żadna z systematycznych analiz, na których oparto wytyczne ES, nie była oparta na wynikach dotyczących dzieci lub młodzieży. [35] Zalecenie ES dotyczące rozpoczęcia blokady dojrzewania za pomocą GnRH wynikało z przypisania większej wagi osiągnięciu „zadowalającego wyglądu fizycznego”, a najmniejszej wagi uniknięciu szkód fizycznych.[36] Zalecenie ES dotyczące rozpoczęcia podawania hormonów płciowych nie wcześniej niż w wieku 16 lat zostało uzasadnione poprzez przypisanie większej wartości rzekomej zdolności nastolatków do świadomego wyrażenia zgody na podawanie hormonów płciowych (CSH) oraz przypisanie mniejszej wartości uniknięciu szkód wynikających z potencjalnie przedłużonego hamowania dojrzewania płciowego. [37]

Oświadczenie AAP z 2018 r. nie jest technicznie wytyczną CPG, ale jest szeroko cytowane w Stanach Zjednoczonych jako wpływowe w ustalaniu sposobu reagowania pediatrów na dzieci i

---

[34] Np. Block (2023c). Jeśli takie zalecenia są formułowane, co w określonych okolicznościach dopuszcza system GRADE, uzasadnienie tego musi być jasne. Wytyczne ES tego nie zrobiły.

[35] Maraka i in. (2017); Singh-Ospina i in. (2017); Warto zauważyć, że jedyne badanie dotyczące nastolatków uwzględnione w tych przeglądach systematycznych, przeprowadzone przez Klink i in. (2015), wykazało, że leki blokujące dojrzewanie hamują rozwój gęstości masy kostnej (BMD), a hormony płciowe nie powodują wzrostu BMD do poziomu sprzed leczenia: „Od momentu rozpoczęcia stosowania GnRHa do 22 roku życia wskaźnik BMD w odcinku lędźwiowym kręgosłupa (dla płci biologicznej) u transseksualnych kobiet znacznie spadł z 0,8 do 1,4, a u transseksualnych mężczyzn odnotowano tendencję spadkową z
0,2 do 0,3. Sugeruje to, że BMD była poniżej potencjału sprzed leczenia i albo osiągnięcie szczytowej masy kostnej zostało opóźnione, albo sama szczytowa masa kostna uległa osłabieniu” (Klink i in., 2015, s. E270). ([36]) Pełny cytat: „W zaleceniach tych dużą wagę przywiązuje się do uniknięcia niezadowalających wyników fizycznych, gdy drugorzędne cechy płciowe stały się widoczne i nieodwracalne, większą wagę przywiązuje się do dobrego samopoczucia psychicznego, a mniejszą do uniknięcia potencjalnych szkód wynikających z wczesnego zahamowania dojrzewania” (Hembree i in., 2017, s. 13). W opublikowanej literaturze dotyczącej opieki potwierdzającej płeć opisano również priorytetowe traktowanie wyników estetycznych, np. w artykule naukowym zauważono, że opieka potwierdzająca płeć może być korzystna, ponieważ (między innymi) „Połączenie hamowania dojrzewania i hormonów płciowych] może ... zwiększyć zgodność wyglądu młodzieży z normami cisgenderowymi ...” (McGregor i in., 2024, s. 5). ([37]) Pełny cytat: „Zalecenie, aby rozpocząć indukcję dojrzałości płciowej [hormony płciowe] tylko wtedy, gdy dana osoba ma wystarczającą zdolność umysłową (w przybliżeniu w wieku 16 lat), aby wyrazić świadomą zgodę na to częściowo nieodwracalne leczenie, kładzie większy nacisk na zdolność nastolatka do pełnego zrozumienia i nadzorowania częściowo nieodwracalnych konsekwencji leczenia hormonami płciowymi oraz do wyrażenia świadomej zgody. Kładzie mniejszy nacisk na możliwe negatywne skutki opóźnionego dojrzewania płciowego. Obecnie możemy nie dysponować środkami pozwalającymi na odpowiednią ocenę potencjalnych korzyści wynikających z oczekiwania do około 16 roku życia z rozpoczęciem terapii hormonami płciowymi w porównaniu z potencjalnym ryzykiem/szkodliwością dla BMD i poczuciem izolacji społecznej wynikającym z tak dużego opóźnienia dojrzewania w stosunku do rówieśników” (Hembree i in., 2017, s. 3885).

nastolatków z GD [38].Ponieważ dokument zawiera obszerne zalecenia kliniczne dotyczące każdego etapu PMT – od transformacji społecznej po PB, CSH i operację – zespół z Yorku ocenił wiarygodność wytycznych AAP przy użyciu tych samych kryteriów, które zastosowano w przypadku CPG. Stosując kryteria AGREE II, oświadczenie AAP otrzymało drugi najniższy średni wynik spośród wszystkich międzynarodowych wytycznych: 2 na 7.

Jak zauważono w rozdziale 2, użycie terminu „różnorodność płciowa" w oświadczeniu AAP powoduje, że organizacja rozważa bardzo szerokie grono pacjentów kwalifikujących się do interwencji medycznej. Oświadczenie to spotkało się z ostrą krytyką w recenzowanych artykułach, w których wskazano, że jest ono pełne błędów w odniesieniach i nieścisłych cytatów [39].Pomimo uporczywych apeli członków organizacji, którzy zwrócili się do niej z prośbą o opublikowanie zaktualizowanych, opartych na dowodach wytycznych dotyczących leczenia pediatrycznego GD [40],organizacja postanowiła potwierdzić swoje oświadczenie dotyczące polityki w 2023 r. [41].

9.2.4 Najnowsze wytyczne międzynarodowe

Od czasu opublikowania przeglądów Yorku wydano kilka nowych europejskich wytycznych w formie ostatecznej lub projektu, w tym wytyczne niemieckiego AWMF, Francuskiego Towarzystwa Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej, Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego, Europejskiego Towarzystwa Endokrynologii Dziecięcej (ESPE) oraz nadchodzącą ostateczną wersję wytycznych francuskiego Krajowego Urzędu ds. Zdrowia (HAS).[42] Recenzje te zostały opracowane w kontekście rosnącej międzynarodowej świadomości słabości SOC-8 WPATH i przestarzałego charakteru wytycznych Towarzystwa Endokrynologicznego.

---

[38] Rafferty i in. (2018).
[39] Np. Cantor (2020); McDeavitt (2025).
[40] Zob. opis działań prowadzonych przez pediatrę Julię Mason w Block (2023c).
[41] Block (2023c).
([42]) Niemieckie wytyczne AWMF (Niemieckie Towarzystwo Psychiatrii Dziecięcej i Młodzieżowej, Psychosomatyki i Psychoterapii [DGKJP], 2025) są kompleksowe; wytyczne Francuskiego Towarzystwa Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej (SFEDP; Brezin et al., 2024) ograniczają się do interwencji hormonalnych i są obecnie dostępne tylko w formie przedruku; wytyczne polskie, popierane przez Polskie Towarzystwo Seksuologiczne, Polskie Towarzystwo Psychiatryczne i Polskie Towarzystwo Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej, obejmują większość aspektów PMT, ale są prawie w całości pochodne (Gawlik-Starzyk et al., 2025); wytyczne ESPE (Hannema i in., 2024) koncentrują się przede wszystkim na interwencjach endokrynologicznych (medycznych/hormonalnych); projekt francuskich krajowych wytycznych HAS został upubliczniony, gdy francuska gazeta opublikowała jego wersję roboczą w listopadzie 2024 r. (Sugy, 2024); ostateczna wersja nie została jeszcze opublikowana.

odzwierciedlając potrzebę posiadania uzasadnionych, zlokalizowanych, aktualnych wytycznych, które określają standardy opieki nad młodzieżą z GD.

Niestety, te niedawno opublikowane (lub jeszcze nie sfinalizowane) wytyczne mają te same lub podobne słabe strony metodologiczne, które sprawiły, że wytyczne WPATH i Endocrine Society nie są wiarygodne i nie zaleca się ich wdrażania. Wszystkie mają podejście do tworzenia wytycznych, które nie jest oparte na dowodach naukowych i mają co najmniej jeden z poniższych problemów: 1) grupy tworzące wytyczne składają się z osób, które mają niekontrolowane konflikty interesów związane ze świadczeniem usług związanych z transformacją płciową u dzieci; 2) wytyczne przyjmują z góry stanowisko zgodne z WPATH, że zalecanym podejściem terapeutycznym jest medyczna terapia hormonalna (i operacja);([43]) 3) zalecenia nie są oparte na rygorystycznie przeprowadzonych systematycznych przeglądach dowodów([44]) 4) poszczególne badania, które stanowią podstawę zaleceń terapeutycznych, nie są oceniane pod kątem jakości, a ich wnioski są przyjmowane bez zastrzeżeń; 5) zalecenia nie są klasyfikowane pod względem siły, co powoduje niejasność w podejmowaniu decyzji klinicznych.

Chociaż niektóre wytyczne, w odpowiedzi na krytykę wersji roboczej, zawierają odniesienia do systematycznych przeglądów dowodów, oczywiste jest, że przeglądy te nie zostały wykorzystane do sformułowania zaleceń dotyczących leczenia, a między wynikami przeglądów a zaleceniami dotyczącymi leczenia istnieją wyraźne i niemożliwe do pogodzenia sprzeczności. [45] Alternatywne rozwiązania, takie jak wsparcie psychologiczne, są w prawie wszystkich przypadkach marginalizowane lub nawet całkowicie pomijane. Ciągłe poleganie na „opartym na konsensusie" procesie nieopartym na dowodach

[43] Na przykład niemieckie wytyczne AWMF stanowią, że członkowie grupy opracowującej wytyczne przestrzegają stanowiska WPATH (Society for Evidence-Based Medicine, 2025).Polskie wytyczne wyraźnie opierają się na WPATH SOC-8, bez niezależnej weryfikacji, stwierdzając: „Niniejszy dokument opiera się na Standardach opieki zdrowotnej dla osób transpłciowych i o różnej tożsamości płciowej, wersja 8 (2022) [1] oraz wytycznych Endocrine Society Clinical Practice Guideline … Osoba przeprowadzająca ocenę psychologiczną lub seksuologiczną oraz zapewniająca opiekę powinna zapoznać się z treścią aktualnych standardów opieki Światowego Stowarzyszenia Profesjonalistów ds. Zdrowia Osób Transpłciowych i przestrzegać ich" (Gawlik-Starzyk i in., 2025, s. 4, 8).

[44] W niemieckim raporcie metodologicznym dotyczącym wytycznych wyraźnie stwierdzono, że nie opracowano żadnych zaleceń opartych na dowodach naukowych (Niemieckie Towarzystwo Psychiatrii Dziecięcej i Młodzieżowej, Psychosomatyki i Psychoterapii (DGKJP), 2025, s. 6).

[45] Towarzystwo Medycyny Płciowej Opartej na Dowodach Naukowych (2025).

podkreśla wiarygodność tych wytycznych, podnosząc kwestię rygoru opracowywania wytycznych w pediatrycznej medycynie płciowej nie tylko w Stanach Zjednoczonych, ale na całym świecie.

9.3 Przegląd zaleceń zawartych w wysokiej jakości wytycznych

Spośród 23 wytycznych, które zostały ocenione w ramach systematycznego przeglądu dowodów, tylko dwie zostały zalecone do stosowania przez wszystkich trzech recenzentów: wytyczne z Finlandii (które uzyskały pięć na siedem punktów) oraz wytyczne ze Szwecji [46] (które uzyskały sześć na siedem). W obu wytycznych zaleca się, aby standardową metodą leczenia młodzieży z GD była psychoterapia, a nie hormony lub operacje, oraz aby stosowanie hormonów ograniczać do badań nadzorowanych na szczeblu krajowym lub wyjątkowych okoliczności. Jak opisano w przeglądzie systematycznym, dwie skandynawskie wytyczne były jedynymi, które opierały swoje zalecenia dotyczące leczenia na systematycznych przeglądach dowodów naukowych, co jest kluczowym elementem wiarygodnych wytycznych dotyczących praktyki klinicznej.

9.3.1 Finlandia

W 2020 r. fińska Rada ds. Wyboru Opieki Zdrowotnej (PALKO/COHERE) wydała krajowe wytyczne dotyczące leczenia dysforii płciowej u nieletnich, co stanowiło znaczące odejście od modelu zatwierdzonego przez WPATH *w Standardach Opieki* Wersja 7. [47] Fińskie wytyczne podkreślają, że leczeniem pierwszego rzutu dla nastolatków doświadczających dysforii płciowej powinno być wsparcie psychospołeczne i psychoterapia, a nie wczesna interwencja medyczna.[48]

W następstwie przeglądu systematycznego fińskie władze doszły do wniosku, że dowody przemawiające za stosowaniem leków blokujących dojrzewanie i hormonów płciowych u młodzieży są niejednoznaczne. Co ważne, wytyczne wyraźnie stwierdzają, że „w świetle dostępnych dowodów zmiana płci u nieletnich jest praktyką eksperymentalną" [(49)]. Chociaż medyczna transformacja płciowa pozostaje możliwa, jest ona ograniczona do ściśle wybranych przypadków – w szczególności do nastolatków z uporczywym, dziecięcym

[46] W 2022 r. szwedzki organ ds. opieki zdrowotnej, Socialstyrelsen, wydał wytyczne zalecające, aby „wsparcie psychospołeczne pomagające nastolatkom radzić sobie z naturalnym dojrzewaniem bez stosowania leków było pierwszą opcją przy wyborze środków opieki" (Socialstyrelsen, 2022b, s. 45).
[47] Rada ds. Wyboru w Opiece Zdrowotnej Finlandii (2020a). Istnieje oficjalne streszczenie w języku angielskim (Rada ds. Wyboru w Opiece Zdrowotnej Finlandii, 2020c), a także nieoficjalne tłumaczenie całego dokumentu zawierającego wytyczne na język angielski (Rada ds. Wyboru w Opiece Zdrowotnej Finlandii, 2020b).
[48] Rada ds. Wyboru w Opiece Zdrowotnej Finlandii (2020a).
[49] Rada ds. Wyboru Opieki Zdrowotnej Finlandia (2020b, str. 8).

dysforia płciowa od urodzenia, brak poważnych współwystępujących zaburzeń psychicznych oraz stabilny rozwój tożsamości w okresie dojrzewania.

W Finlandii nie oferuje się operacji osobom niepełnoletnim. Ponadto wytyczne podkreślają, że przed rozważeniem interwencji hormonalnych należy leczyć i ustabilizować schorzenia psychiatryczne. Szczególną ostrożność należy zachować w przypadku stosowania leków blokujących dojrzewanie, biorąc pod uwagę pojawiające się dowody na ich potencjalny wpływ na dojrzewanie mózgu i długoterminową zdolność podejmowania decyzji.

Przestrzeganie tego rygorystycznego protokołu jest zapewnione, ponieważ w Finlandii istnieją tylko dwa ośrodki, które przeprowadzają oceny i zatwierdzają wskazania do leczenia młodzieży z dysforią płciową, dysponujące wysoce skoordynowanymi zespołami klinicznymi, które przestrzegają rygorystycznego fińskiego protokołu.

Od czasu opublikowania fińskich wytycznych dwa duże badania rejestracyjne dostarczyły dodatkowych argumentów przemawiających za ostrożnym podejściem. W jednym z nich zbadano potrzeby psychiatryczne osób kierowanych do specjalistów ze względu na płeć, stwierdzając wysoki odsetek współwystępujących zaburzeń psychicznych i sugerując, że rosnąca liczba skierowań obejmuje coraz bardziej złożone przypadki kliniczne ([50]). W drugim badaniu przeanalizowano śmiertelność samobójczą wśród osób poniżej 23 roku życia i stwierdzono, że po uwzględnieniu potrzeb psychiatrycznych nie ma statystycznie istotnej różnicy w wskaźnikach samobójstw między młodzieżą kierowaną do specjalistów ze względu na płeć a dopasowaną grupą kontrolną z ogółu populacji ([51]).

Ostrożne, oparte na dowodach wytyczne Finlandii stanowią wyraźny kontrast w stosunku do modelu WPATH. Zamiast rozszerzać dostęp w obliczu niepewnych wyników, Finlandia ponownie skoncentrowała opiekę pediatryczną na rygorystycznej ocenie, badaniu psychoterapeutycznym i priorytetowym traktowaniu długoterminowego zdrowia.

9.3.2 Szwecja

W 2022 r. szwedzka Krajowa Rada Zdrowia i Opieki Społecznej (Socialstyrelsen) opublikowała aktualizację krajowych wytycznych dotyczących leczenia dzieci i młodzieży z

[50] Kaltiala i in. (2023).
[51] Ruuska i in. (2024).

dysforia płciowa [52]. Aktualizacja ta została częściowo spowodowana zmianami w epidemiologii i niepewnością co do niedawnego wzrostu liczby przypadków oraz ograniczonymi danymi dotyczącymi odsetka osób młodych dorosłych, które zrezygnowały z transformacji lub żałowały jej. Opierając się na systematycznym przeglądzie dowodów ([53]), nowe ramy znacznie odbiegają od SOC-8. W przeciwieństwie do modelu WPATH opartego na afirmacji, szwedzkie wytyczne stwierdzają, że ryzyko związane ze stosowaniem leków blokujących dojrzewanie płciowe i terapiami potwierdzającymi płeć prawdopodobnie przewyższa oczekiwane korzyści dla młodych ludzi. Podobnie jak w Finlandii, takie interwencje są obecnie ograniczone do warunków badawczych, z wyjątkami dozwolonymi pod ścisłym nadzorem klinicznym.

Szwedzkie wytyczne priorytetowo traktują kompleksową ocenę psychospołeczną i wsparcie. Lekarze są zobowiązani do przeprowadzania dokładnych ocen czynników psychologicznych, psychospołecznych i psychiatrycznych, wykorzystując sprawdzone narzędzia, wywiady badawcze i szczegółowe historie życia zarówno młodych osób, jak i ich opiekunów ([54]). Zamiast zakładać z góry określony wynik, wytyczne podkreślają znaczenie wspierania otwartej eksploracji tożsamości płciowej.[55] Systematyczne badania przesiewowe w kierunku zaburzeń neurorozwojowych, w tym zaburzeń ze spektrum autyzmu (ASD) i zespołu nadpobudliwości psychoruchowej (ADHD), są wymagane na wczesnym etapie procesu oceny, a w razie potrzeby należy przeprowadzić pełną ocenę neuropsychiatryczną.[56] Ponadto należy jak najwcześniej zidentyfikować i zająć się współwystępującymi zaburzeniami psychicznymi, zapewniając wsparcie psychospołeczne i interwencje psychiatryczne w celu wzmocnienia ogólnego zdrowia psychicznego w trakcie całej oceny.

Interwencje medyczne i chirurgiczne podlegają równie rygorystycznym ograniczeniom. Leczenie blokerami dojrzałości płciowej (analogami GnRH) ogranicza się do badań klinicznych. Do czasu uzyskania zgody komisji etycznej na takie protokoły badawcze, blokery dojrzałości płciowej mogą być podawane wyłącznie w wyjątkowych przypadkach, zgodnie z aktualnymi wytycznymi. [57] Podobnie, stosowanie hormonów płciowych przeciwnej płci – testosteronu lub estrogenu – jest dozwolone wyłącznie w ramach

---

[52] Oficjalne wytyczne w języku szwedzkim to Socialstyrelsen (2022c). Numery stron w tej sekcji odnoszą się do poświadczonego, kompletnego, nieoficjalnego tłumaczenia, które zostało przedłożone jako dowód w sprawie sądowej w Stanach Zjednoczonych (Socialstyrelsen, 2022b). Istnieje również oficjalne streszczenie w języku angielskim (Socialstyrelsen, 2022a).
[53] Szwedzka Agencja ds. Oceny Technologii Medycznych i Usług Społecznych (2022).
[54] Socialstyrelsen (2022b, s. 63).
[55] Socialstyrelsen (2022b, s. 66).
[56] Socialstyrelsen (2022b, s. 69).
[57] Socialstyrelsen (2022b, s. 85).

badania naukowe, z dopuszczeniem ściśle określonych wyjątkowych przypadków [58]. Tylko nastolatki, które spełniają rygorystyczne kryteria kwalifikacyjne do terapii hormonalnej potwierdzającej płeć, mogą być brane pod uwagę do operacji, ponownie w wyjątkowych okolicznościach [59]. We wszystkich interwencjach kładzie się nacisk na minimalizację ryzyka i zapewnienie, że decyzje dotyczące leczenia są oparte na najlepszych dostępnych dowodach.

Szwedzkie wytyczne z 2022 r. stanowią wyraźne odejście od modelu PMT opartego na afirmacji. Opierając się na systematycznym przeglądzie literatury, wytyczne te odzwierciedlają podejście ostrożnościowe oparte na zasadach medycyny opartej na dowodach naukowych. Podejście Szwecji sygnalizuje ważną zmianę w medycynie płciowej, potwierdzając, że interwencje dotyczące młodzieży muszą opierać się na systematycznej ocenie dowodów naukowych, odpowiedzialności etycznej i skupieniu się na długoterminowych trajektoriach zdrowotnych.

9.3.3 Wielka Brytania

Obecnie nie ma ostatecznych wytycznych dotyczących praktyki klinicznej w zakresie medycyny płciowej dziecięcej, opracowanych przez National Institute for Health and Care Excellence (NICE) dla Anglii i Walii lub Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) dla Szkocji. [60]

NICE otrzymało zlecenie od NHS (National Health Service) England [61] przeprowadzenia systematycznego przeglądu dowodów naukowych oceniającego metody leczenia dysforii płciowej u dzieci i młodzieży. Przegląd dowodów naukowych przeprowadzony przez NICE wykazał istotne ograniczenia istniejących badań i stwierdził, że dostępne dowody naukowe są bardzo niskiej jakości (zgodnie z metodologią GRADE) [62] i w związku z tym niewystarczające do opracowania formalnych wytycznych klinicznych.

Te dwa raporty zostały przytoczone jako część zakresu zadań niezależnego przeglądu zleconego przez NHS England, prowadzonego przez dr Hilary Cass [63]. Opublikowany w 2024 r. przegląd Cass miał na celu dokładną ocenę usług medycyny pediatrycznej w zakresie płci w Wielkiej Brytanii oraz przedstawienie jasnych zaleceń dotyczących praktyk klinicznych i świadczenia usług. Zamiast

[58] Socialstyrelsen (2022b, s. 90).
[59] Socialstyrelsen (2022b, s. 95).
[60] Silver i in. (2025, s. 2).
[61] 13 marca 2025 r. ogłoszono, że NHS England zostanie połączona z Departamentem Zdrowia i Opieki Społecznej (DHSC).
[62] National Institute for Health and Care Excellence (2020b, 2020a).
[63] Cass (2024a, załącznik 1).

Cass Review to szczegółowa, niezależna ocena oparta na wielu zleconych, recenzowanych przeglądach systematycznych, zawierająca jasne wytyczne kliniczne.[64]

W przeglądzie Cass Review zidentyfikowano krytyczne problemy w ramach istniejących usług pediatrycznych związanych z płcią, takie jak nieodpowiednie oceny kliniczne, niewystarczające dane dotyczące długoterminowych wyników oraz poważne obawy związane z szybko rosnącą liczbą skierowań młodych osób z niezgodnością płciową. Ogólnie rzecz biorąc, zidentyfikowano znaczną lukę między dostępnymi dowodami a uzasadnieniem klinicznym interwencji medycznych w przypadku dysforii płciowej u młodych osób [65] i podkreślono konieczność kompleksowego wsparcia psychologicznego oraz dokładnych, zindywidualizowanych ocen.

W odpowiedzi na przegląd Cass Review, NHS England wprowadziło istotne zmiany w polityce. Leki blokujące dojrzewanie nie są już rutynowo przepisywane ze względu na niewystarczające dowody dotyczące ich długoterminowego bezpieczeństwa i skuteczności. Zamiast tego będą one dostępne wyłącznie w ramach ustrukturyzowanych badań klinicznych, które są obecnie opracowywane. Ponadto CSH (hormony maskulinizujące lub feminizujące) są dostępne dla młodych ludzi w wieku około 16 lat, pod warunkiem spełnienia surowych kryteriów kwalifikacyjnych i szczegółowych protokołów oceny przez specjalistyczne zespoły multidyscyplinarne oraz nowy krajowy proces przeglądu przez zespół multidyscyplinarny (MDT)([66].Jak podano w najnowszym raporcie, w ciągu ostatniego roku żadnemu nastolatkowi nie przepisano hormonów płciowych. NHS ujawniło niedawno, że od czasu opublikowania przeglądu Cass Review żadna osoba niepełnoletnia nie została uznana za kwalifikującą się do otrzymania CSH zgodnie z zaktualizowaną polityką.([67]

Wobec braku ostatecznej wersji wytycznych dotyczących praktyki klinicznej lekarze muszą stosować się do aktualnych zasad opartych bezpośrednio na przeglądzie Cass Review. Te tymczasowe standardy kładą nacisk na bezpieczeństwo pacjentów, rygorystyczną ocenę kliniczną, bieżące badania naukowe i holistyczne podejście do opieki, znacząco zmieniając ścieżki kliniczne dla młodych osób doświadczających niezgodności płciowej.

---

[64] Archives of Disease in Childhood (2024).
[65] Cass (2024a, str. 22, 29, 32-35).
[66] National Health Service England (2024a); ogłoszono również przegląd usług dla osób dorosłych (National Health Service England, 2024b).
[67] Spencer (2025).

9.4 Wnioski

Obecny stan wytycznych dotyczących leczenia młodzieży z GD wskazuje na znaczną zmienność pod względem rygoru metodologicznego i wiarygodności. Rygorystyczne oceny konsekwentnie pokazują, że tylko kilka wybranych wytycznych, w szczególności te z Finlandii i Szwecji, spełnia wysokie standardy podejmowania decyzji klinicznych opartych na dowodach naukowych. Te skandynawskie wytyczne kładą nacisk na ostrożne podejście oparte na systematycznych przeglądach dowodów naukowych, zalecając psychoterapię i interwencje psychospołeczne jako leczenie pierwszego rzutu oraz ograniczając interwencje medyczne do starannie monitorowanych badań naukowych lub wyjątkowych okoliczności.

Natomiast wiele międzynarodowych wytycznych, w tym wytyczne WPATH, Endocrine Society i American Academy of Pediatrics, spotkało się z krytyką ze względu na istotne niedociągnięcia metodologiczne i konflikty interesów, co spowodowało, że zalecenia nie są poparte wiarygodnymi dowodami. Taki schemat wzajemnych odniesień i wzajemnego poparcia między tymi wytycznymi dodatkowo podważa ich wiarygodność i prawdopodobnie utrwalił postrzegany konsensus w pediatrycznej medycynie płciowej, który przeczy faktycznemu brakowi wysokiej jakości dowodów.

Biorąc pod uwagę implikacje etyczne i długotrwałe konsekwencje interwencji medycznych u młodzieży, konieczne jest, aby przyszłe wytyczne dotyczące medycyny płciowej w pediatrii ściśle przestrzegały ustalonych standardów medycyny opartej na dowodach naukowych. Twórcy wytycznych muszą priorytetowo traktować przejrzystość, rygor metodologiczny, niezależność od interesów partykularnych oraz systematyczną ocenę dowodów naukowych. Tylko dzięki takiemu zdyscyplinowanemu podejściu wytyczne dotyczące praktyki klinicznej mogą spełniać swoją zamierzoną rolę, jaką jest ochrona zdrowia i dobrego samopoczucia młodzieży z GD, promowanie świadomego podejmowania decyzji zarówno wśród lekarzy, rodzin, jak i decydentów.

Rozdział 10 *Standardy opieki* WPATH 8

Jak pokazano w rozdziale 9, wytyczne wydane przez Światowe Stowarzyszenie Profesjonalistów ds. Zdrowia Osób Transpłciowych (WPATH) zostały ocenione jako jedne z najniższej jakości i nie zostały zalecone do wdrożenia w systematycznych przeglądach wytycznych. Pomimo braku wiarygodności, od ponad dziesięciu lat wytyczne WPATH stanowią podstawę infrastruktury opieki zdrowotnej dla młodzieży z dysforią płciową (GD) w Stanach Zjednoczonych. Wytyczne WPATH *dotyczące standardów opieki* są uwzględnione w niemal wszystkich aspektach opieki zdrowotnej, w tym w edukacji klinicznej, świadczeniu opieki i decyzjach dotyczących refundacji przez prywatnych i publicznych ubezpieczycieli.

W niniejszym rozdziale skupiono się na aktualnej wersji 8 wytycznych WPATH *Standards of Care* (SOC-8) [1]opublikowanych w 2022 r. [2]W sekcji 10.1 opisano kluczową rolę WPATH w kształtowaniu sposobu leczenia młodzieży z GD w placówkach opieki zdrowotnej w Stanach Zjednoczonych. Sekcja 10.2 zawiera krótki przegląd uzasadnienia opracowania SOC-8, podkreślając, w jaki sposób różni się on znacząco od wcześniejszych wersji wytycznych, ze szczególnym uwzględnieniem nowego rozdziału poświęconego nastolatkom. W sekcji 10.3 przeanalizowano proces opracowywania SOC-8, biorąc pod uwagę zarówno dynamikę wewnętrzną, jak i presję zewnętrzną, oraz przeanalizowano jego wielofunkcyjną rolę jako wytycznych klinicznych, narzędzia zapewniającego pokrycie ubezpieczeniowe oraz instrumentu prawnego mającego na celu promowanie szerokiego dostępu do pediatrycznej transformacji medycznej (PMT). W sekcji 10.4 podkreślono jedną z krytycznych konsekwencji wadliwego procesu opracowywania wytycznych: zniesienie wszystkich minimalnych wymagań wiekowych dotyczących interwencji endokrynologicznych i chirurgicznych (z wyjątkiem falloplastyki) u nieletnich. W sekcji 10.5 omówiono konsekwencje dalszego polegania na WPATH.

10.1 Wpływ WPATH w Stanach Zjednoczonych

W Stanach Zjednoczonych nie ma akredytowanej podspecjalizacji w zakresie „medycyny płciowej". Zamiast tego praktyka PMT zazwyczaj obejmuje serię przekazywania pacjentów między różnymi świadczeniodawcami: pediatra lub specjalista medycyny młodzieżowej[3] najpierw ocenia, czy PMT może być

[1] Coleman i in. (2022).
[2] Część niniejszej oceny opiera się na wewnętrznej korespondencji WPATH, która została upubliczniona na mocy wezwania sądowego. Zob. Boe przeciwko Marshall, nr 2:22-cv-00184, (M.D. Ala.). Niektóre materiały z sprawy Boe przeciwko Marshall zostały wcześniej opublikowane w sprawie Voe przeciwko Mansfield, nr 1:23-Cv-00864: 100-1 (M.D.N.C.).
[3] Amerykańska Rada Pediatrii (2024).

uzasadnione; specjaliści ds. zdrowia psychicznego diagnozują GD lub powiązane schorzenie i zalecają PMT; endokrynolodzy przepisują interwencje hormonalne (tj. blokery dojrzałości płciowej i hormony płciowe); a różni specjaliści chirurgiczni, w tym chirurdzy plastyczni, urolodzy i ginekolodzy, wykonują szereg zabiegów chirurgicznych w celu zmiany cech fizycznych związanych z płcią nastolatka.

Wielodyscyplinarny charakter PMT w połączeniu z brakiem jednej specjalizacji medycznej odpowiedzialnej za nadzorowanie opieki nad pacjentami spowodował lukę w nadzorze, którą wypełniła organizacja WPATH. WPATH z powodzeniem pozycjonuje się jako wiodący autorytet w dziedzinie medycyny płciowej, w tym pediatrycznej medycyny płciowej. Pierwsza wersja standardów opieki WPATH została opublikowana w 1979 r. Kolejne aktualizacje nastąpiły w latach 1980, 1981, 1990, 1998, 2001 i 2012 r. ([4])Najnowsza wersja, SOC-8, została opublikowana w 2022 r.[5] Rozdział 3 zawiera krótką historię medycyny płciowej i roli WPATH, która pierwotnie została utworzona (pod inną nazwą, „Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association") w celu skupienia się na pragnieniach dojrzałych dorosłych dotyczących zmiany płci, ale po tym, jak w Holandii zapoczątkowano zmiany płci u dzieci, coraz bardziej skupiała swoją uwagę na dzieciach i młodzieży.

10.1.1 Rola WPATH w praktyce klinicznej

Chociaż niektóre stowarzyszenia medyczne zajmujące się świadczeniem usług PMT opublikowały wytyczne dotyczące konkretnych aspektów opieki nad młodzieżą z GD,[6] żadne stowarzyszenie zawodowe nie opublikowało kompleksowych, aktualnych i opartych na dowodach naukowych wytycznych klinicznych obejmujących pełną ścieżkę PMT. Zamiast tego stowarzyszenia medyczne w dużej mierze odwołały się do WPATH, dostosowując swoje stanowiska kliniczne do najnowszych zaleceń WPATH ([7]).W przeciwieństwie do Wielkiej Brytanii, Szwecji, Finlandii i innych krajów posiadających scentralizowane organy odpowiedzialne za kształtowanie polityki medycznej, które

[4] SOC-7 został opublikowany w 2011 r. i wydany w 2012 r.
[5] Coleman i in. (2022).
[6]Najważniejsze dokumenty zostały omówione w rozdziale 9 i obejmują wytyczne Endocrine Society (Hembree i in., 2017) oraz stanowisko American Academy of Pediatrics (Rafferty i in., 2018). Oba są znacznie nieaktualne.
[7] W sierpniu 2024 r. WPATH zostało przedstawione w sprawie sądowej jako „wiodące stowarzyszenie lekarzy zajmujących się leczeniem osób transpłciowych". Ponadto stwierdzono, że „wiodące organizacje medyczne i zajmujące się zdrowiem psychicznym w kraju uznają [SOC-8] za odzwierciedlenie przyjętego standardu opieki w leczeniu dysforii płciowej". Zob. U.S. v. Skrmetti (nr 23-477), Brief for the petitioner (2024, s. 3).

wydaje niezależne, autorytatywne wytyczne dotyczące opieki klinicznej,[8] w Stanach Zjednoczonych wpływ WPATH jest ogromny i w dużej mierze niekwestionowany – głównie ze względu na fragmentaryczny system opieki zdrowotnej i złożoność otoczenia regulacyjnego w USA.[9] Wpływ WPATH na protokoły kliniczne dotyczące opieki nad młodzieżą z GD jest powszechny w medycynie amerykańskiej. Jej *standardy opieki* stały się podstawowymi ramami wbudowanymi w protokoły kliniczne i procedury operacyjne szpitali dotyczące diagnozowania i leczenia młodzieży z GD.([10])

10.1.2 Rola WPATH w edukacji i szkoleniach medycznych

WPATH stało się dominującym czynnikiem kształtującym edukację i szkolenia amerykańskich pracowników służby zdrowia zajmujących się leczeniem młodzieży z GD. W rzeczywistości jest ona praktycznie tożsama z samą dziedziną. Ponieważ w Stanach Zjednoczonych nie ma oficjalnie akredytowanej podspecjalizacji medycznej w zakresie medycyny płciowej ani formalnego procesu certyfikacji, takiego jak w dziedzinach takich jak medycyna młodzieżowa, endokrynologia czy psychiatria, szkolenia w zakresie PMT pozostają nieformalne, zróżnicowane i w dużej mierze organizowane w ramach działań edukacyjnych powiązanych z WPATH.

Globalna Inicjatywa Edukacyjna WPATH (GEI) oferuje certyfikowane kursy, które stanowią podstawowy program nauczania w zakresie szkolenia klinicznego w Stanach Zjednoczonych i na całym świecie. Oficjalnymi partnerami WPATH GEI są pediatryczne kliniki i szpitale zajmujące się kwestiami płci, Amerykańskie Stowarzyszenie Studentów Medycyny oraz Światowa Organizacja Zdrowia (WHO).([11]) Główne szpitale i uczelnie medyczne w Stanach Zjednoczonych włączyły standardy zgodne z WPATH do swoich programów rezydenckich, stypendialnych i ustawicznego kształcenia medycznego.([12]) Kliniki zajmujące się kwestiami płci

---

[8] Kiedy NHS England podjęło decyzję o wycofaniu blokerów dojrzałości płciowej dla osób z zaburzeniami tożsamości płciowej z praktyki klinicznej, otrzymało skargi, że decyzja ta jest „niezgodna z wytycznymi WPATH dotyczącymi opieki nad dziećmi transpłciowymi". NHS England odpowiedziało: „Propozycja polityki została opracowana po przeanalizowaniu recenzowanych publikacji zgodnie z metodami opracowywania polityki NHS England. NHS England nie zleca usług w oparciu o wytyczne lub protokoły leczenia, np. WPATH 8.0 [SOC-8] lub praktyki stosowane w innych krajach. Stanowisko dotyczące braku rutynowego zlecania usług zostało sformułowane w oparciu o „niewystarczające korzyści kliniczne dla pacjenta, których jednym z aspektów są dowody szkodliwości" (National Health Service England, 2023, s. 4).

[9] W Stanach Zjednoczonych brakuje scentralizowanego organu odpowiedzialnego za kształtowanie polityki medycznej, co skutkuje powstaniem czegoś, co zostało opisane jako „zagmatwany labirynt regulacyjny" (Field, 2008, s. 607).

[10] Przykład można znaleźć w Seattle Children's Hospital (b.d.). Uwaga: wydaje się, że niektóre kliniki pediatryczne zajmujące się kwestiami płciowymi usunęły ostatnio publiczne odniesienia do WPATH, a także kopie zapasowe stron internetowych, uniemożliwiając dostęp do nich w celu cytowania.

[11] Zob. World Professional Association for Transgender Health (b.d.).

[12] Na przykład stypendium psychiatrii transpłciowej Mt. Sinai: „Stypendyści otrzymują czas i wynagrodzenie finansowe na udział w spotkaniach Amerykańskiego Stowarzyszenia Zdrowia Osób Transpłciowych lub Światowego Stowarzyszenia Zdrowia Osób Transpłciowych".

Standardy opieki WPATH w protokołach klinicznych i szkoleniach lekarzy.[13] Trenerzy certyfikowani przez WPATH dodatkowo rozszerzają zasięg WPATH na szkolenia zawodowe na poziomie instytucjonalnym i społecznym.[14] Certyfikacja WPATH jest nie tylko zalecana, ale w niektórych przypadkach również obowiązkowa.[15] Ta powszechna integracja skutecznie ugruntowała pozycję WPATH jako faktycznego autorytetu w zakresie definiowania kompetencji klinicznych, kryteriów kwalifikujących do leczenia oraz ram etycznych w większości dziedzin medycyny w Stanach Zjednoczonych.

10.1.3 Rola WPATH w refundacji ubezpieczeniowej

Wiele amerykańskich publicznych i prywatnych ubezpieczycieli zdrowotnych oraz organów regulacyjnych opiera się na SOC-8 przy podejmowaniu decyzji dotyczących zakresu ubezpieczenia. Wymagania dotyczące poświadczania kwalifikacji, oceny konieczności medycznej i podejmowania decyzji dotyczących zakresu ubezpieczenia niemal powszechnie odwołują się do *standardów opieki* WPATH. Główne prywatne ubezpieczyciele w Stanach Zjednoczonych, w tym Anthem,([16]) Kaiser,([17]) Aetna,([18]) Cigna,([19]) i UnitedHealthcare,([20]) wyraźnie odwołują się do SOC-8 w celu określenia konieczności medycznej, kryteriów kwalifikowalności i decyzji dotyczących zakresu ubezpieczenia.

Dwukrotne konferencje Stowarzyszenia na rzecz Zdrowia Osób Transpłciowych (Association for Transgender Health) (Icahn School of Medicine at Mt. Sinai, b.d.-b). W skład kadry prowadzącej stypendium z zakresu chirurgii transpłciowej w Mt. Sinai wchodzi Marci Bowers, była prezes WPATH (Icahn School of Medicine at Mt. Sinai, b.d.-a). Dyrektor programu stypendialnego Oregon Health and Sciences University w zakresie chirurgii płciowej jest „głównym chirurgiem podczas spotkań Światowego Stowarzyszenia Zdrowia Osób Transpłciowych (WPATH) i Amerykańskiego Stowarzyszenia Zdrowia Osób Transpłciowych (USPATH)" (OHSU School of Medicine Surgery, b.d.).

[13] Na przykład na stronie internetowej kliniki ds. płci Stanford Medicine Children's można przeczytać: „Zespół ekspertów kliniki ds. płci składa się z lekarzy specjalizujących się w endokrynologii dziecięcej, medycynie młodzieżowej, urologii dziecięcej i usługach socjalnych, którzy wspierają tożsamość płciową każdego dziecka lub nastolatka. Wszyscy nasi specjaliści są członkami Światowego Stowarzyszenia Profesjonalistów ds. Zdrowia Osób Transpłciowych (WPATH)" (Stanford Medicine Children's Health, b.d.). Fenway Health odwołuje się do WPATH jako autorytetu w tej dziedzinie: „Światowe Stowarzyszenie Profesjonalistów ds. Zdrowia Osób Transpłciowych (WPATH) monitoruje bieżące badania i nową wiedzę na temat medycyny opartej na dowodach naukowych w odniesieniu do osób transpłciowych. Publikuje standardy opieki i wytyczne etyczne dla pracowników służby zdrowia, które „wyrażają profesjonalny konsensus w sprawie psychiatrycznego, psychologicznego, medycznego i chirurgicznego leczenia dysforii płciowej", aby pomóc lekarzom w zapewnieniu wysokiej jakości opieki osobom transpłciowym i o różnej tożsamości płciowej, w tym dzieciom i młodzieży" (Fenway Health, b.d.).

[14] Zob. program kształcenia ustawicznego Harvard Medical School (Harvard Medical School, b.d.), prowadzony przez starszych rangą liderów WPATH zaangażowanych w opracowanie SOC-8 (np. Sari Reisner, członek zarządu WPATH). Zob. również następujące inicjatywy szkoleniowe: Gender Health Training Institute (b.d.); Silver Hill Hospital/World Professional Association for Transgender Health (b.d.).

[15] Na przykład Departament Więziennictwa stanu Waszyngton nakazuje, aby lekarze świadczący „opiekę potwierdzającą płeć" posiadali certyfikat WPATH lub uzyskali go w ciągu dwóch lat (Departament Więziennictwa stanu Waszyngton, 2025). Kolejnym przykładem jest Oregon Health Authority (zobacz następną sekcję).

[16] Anthem (2023). WPATH jest cytowane 35 razy jako podstawa wszystkich zaleceń.

[17] Kaiser Permanente (2023). Polityka dotycząca transformacji i detransformacji wymaga „listów WPATH".

[18] Aetna (2024). Nastolatki muszą spełniać „kryteria WPATH" dotyczące interwencji hormonalnych.

[19] Cigna (2025).

[20] Stroumsa & Kirkland (2020).

Płatnicy rządowi, tacy jak programy Medicaid, również często opierają się na wytycznych WPATH jako podstawowej podstawie do opracowywania swoich polityk medycznych. W 2024 r. Oregon stał się pierwszym stanem, który oficjalnie przyjął SOC-8 jako standard opieki, zobowiązując Oregon Health Authority do pokrycia kosztów leczenia w całości opartego na wytycznych WPATH.
Stan Oregon wymaga dodatkowo, aby w przypadku odmowy pokrycia kosztów interwencji medycznej lub chirurgicznej związanej z transformacją płciową lekarze rozpatrujący odwołanie pacjenta ukończyli szkolenie zgodne z wytycznymi WPATH:

> pracownicy służby zdrowia rozpatrujący niekorzystne decyzje dotyczące świadczeń, odmawiające lub ograniczające dostęp do leczenia potwierdzającego płeć, muszą ukończyć szkolenie „WPATH SOC-8 Health Plan Providers Training", które jest specjalnie przeznaczone dla pracowników odpowiedzialnych za takie przeglądy, lub równoważne szkolenie.[21]

Jest to godne uwagi, ponieważ WPATH SOC-8 zawiera szeroki zakres procedur, które powinny być zapewnione pacjentom pragnącym z nich skorzystać. Oprócz blokerów dojrzałości płciowej, hormonów płciowych, mastektomii i operacji zmiany płci z męskiej na żeńską lub z żeńskiej na męską, obejmują one takie zabiegi, jak plastyka pochwy z „zachowaniem penisa i/lub jąder" (znana również jako plastyka pochwy z zachowaniem penisa), całkowite usunięcie narządów płciowych w celu uzyskania „płaskiego przodu" oraz przeszczep macicy u pacjentów płci męskiej.
Zabiegi wymienione jako potencjalnie niezbędne obejmują również modelowanie sylwetki, liposukcję/lipofilling, lifting twarzy, plastykę powiek, różne implanty, przeszczep włosów, operację strun głosowych oraz szeroki zakres innych zabiegów chirurgicznych modyfikujących wygląd.[22]

10.2 Opracowanie SOC-8 i rozdziału dotyczącego nastolatków

W przeciwieństwie do większości profesjonalnych stowarzyszeń medycznych, WPATH nie wymaga od swoich członków, aby byli oni specjalistami medycznymi. Pełne członkostwo zawodowe z prawem głosu jest również dostępne dla specjalistów z takich dziedzin, jak prawo, studia nad rodziną, antropologia i inne. Odzwierciedlając różnorodne cele swojego szerokiego grona członków, WPATH leczenie

[21] Departament Usług Konsumenckich i Biznesowych stanu Oregon (2024a). Stanowisko to zostało dodatkowo wzmocnione w ostatecznym orzeczeniu Departamentu Usług Konsumenckich i Biznesowych stanu Oregon (2024b).
[22] Coleman i in. (2022, s. S136).

wytyczne mają służyć wielu celom, od opieki klinicznej po rzecznictwo polityczne.

Opublikowane w 2022 r. SOC-8 stanowiło pierwszą próbę WPATH opracowania wytycznych opartych na dowodach naukowych i mających na celu spełnienie wyższych standardów metodologicznych poprzez oparcie się na systematycznych przeglądach (SR) dowodów naukowych.[23] Poprzednia wersja, SOC-7, opublikowana w 2011 r. i opisana w rozdziale 4, na podstawie której PMT zaczęło szybko przyspieszać, nie opierała się na SR. Zamiast tego jej zalecenia opierały się na „zmianach kulturowych" i innych czynnikach.([24])

W dążeniu do opracowania wytycznych opartych na dowodach naukowych, WPATH zawarło umowę z Centrum Praktyki Opartej na Dowodach Naukowych (EPC) Uniwersytetu Johna Hopkinsa (JHU), powierzając ekspertom JHU przeprowadzenie przeglądów systematycznych i pełnienie funkcji doradców metodologicznych w celu zapewnienia wiarygodnego procesu opracowywania wytycznych.[25] Biorąc pod uwagę gwałtowny wzrost liczby nastolatków ubiegających się o PMT oraz szybki rozwój pediatrycznych klinik zajmujących się kwestiami płci i dostawców PMT w Stanach Zjednoczonych, WPATH uznało potrzebę opracowania solidnej sekcji poświęconej nastolatkom, przyznając, że „rozdział poświęcony nastolatkom będzie jednym z najdokładniej analizowanych rozdziałów w całym standardzie opieki".[26]

Wraz z rozpoczęciem procesu opracowywania wytycznych WPATH skoncentrowało się na dwóch podstawowych kwestiach dotyczących PMT: dowodach dotyczących skuteczności interwencji endokrynologicznych w leczeniu GD oraz dowodach, że młodzież ma zdolność wyrażenia zgody na takie leczenie.

---

[23] Zob. Sinai (2022): „Standardy opieki World Professional Association for Transgender Health (WPATH) w wersji 7 (SOC7) nie są oparte na dowodach naukowych. Na stronie internetowej WPATH wyraźnie stwierdza się, że SOC8 jest pierwszą wersją opracowaną z wykorzystaniem podejścia opartego na dowodach naukowych".

[24] Poprzednia wersja, SOC-7, stwierdzała, że jej zalecenia były „oparte na znaczących zmianach kulturowych, postępach w wiedzy klinicznej oraz zrozumieniu wielu problemów zdrowotnych, które mogą pojawić się u osób transseksualnych, transpłciowych i nieprzystających do norm płciowych, wykraczających poza terapię hormonalną i operacje" (Coleman et al., 2012, s. 166).

[25] Coleman i in. (2022, s. S248-S249); Karen Robinson jest wymieniona jako kierownik EPC i członek Komitetu Sterującego ds. Wytycznych SOC-8.

[26] Boe przeciwko Marshall, nr 2:22-cv-00184: 560-18 (2024, str. 42).

10.2.1 Nadzieja na dowody skuteczności

Na początku współpracy z zespołem EPC z JHU kierownictwo WPATH wyraziło przekonanie, że przegląd systematyczny dostarczy „opartych na dowodach stwierdzeń" potwierdzających zarówno korzyści płynące z interwencji PMT, jak i zdolność nastolatków do wyrażenia na nie zgody. Współprzewodniczący SOC-8 ds. nastolatków Scott Leibowitz napisał:

> Jesteśmy wyjątkowym rozdziałem, jeśli chodzi o przegląd oparty na dowodach, ponieważ uważamy, że istnieje uzasadnienie dla przeprowadzenia przeglądu literatury na temat tego, co postulujemy jako oparte na dowodach stwierdzenia dotyczące interwencji (mimo że spodziewamy się, że dowody zostaną ocenione jako słabe). Zasadniczo przeglądy literatury dotyczące niektórych naszych stwierdzeń – które planujemy przedłożyć po ich zredagowaniu w celu uwzględnienia opinii naszej grupy roboczej – są ważne z następujących powodów:
>
> - Badania wykazujące skuteczność psychologiczną niektórych interwencji (blokery, hormony) w okresie dojrzewania obejmowały grupy, które przeszły dość rygorystyczną ocenę psychologiczną. Chcielibyśmy omówić tę kwestię jako grupa, ponieważ jest to bardzo ważny punkt.
> - Istnieje również literatura dotycząca podejmowania decyzji przez nastolatków i ich zdolności do podejmowania świadomych decyzji, które mają konsekwencje na całe życie. Ponieważ nasz rozdział jest nowym rozdziałem dotyczącym standardów opieki i koncentruje się na grupie wiekowej/ocenie rozwojowej (w przeciwieństwie do innych rozdziałów, które są bardziej konkretne pod względem interwencji), będziemy chcieli uzasadnić niektóre stwierdzenia stopniowanymi dowodami, analizując literaturę dotyczącą *podejmowania decyzji w kohorcie rozwojowej (okresie dojrzewania)* w ujęciu ogólnym.[27]

Zespół ds. oceny dowodów z JHU otrzymał zadanie, aby jego ocena potwierdziła słuszność podejścia medycznego „potwierdzającego płeć", które WPATH promowało od ponad dziesięciu lat. Pierwotny plan zakładał, że zalecenia SOC-8 — potwierdzające korzystny wpływ leczenia i wystarczającą zdolność nastolatków do wyrażenia zgody na interwencje medyczne — zostaną oznaczone jako „oparte na dowodach", nawet jeśli

[27] Boe przeciwko Marshall, nr 2:22-cv-00184: 560-18 (2024, str. 43-44).

jakość dowodów była niska.[28] Jednak ocena dowodów podważyła oczekiwania WPATH w obu kwestiach: zdolności nastolatków do wyrażenia zgody oraz ogólnych korzyści płynących z PMT.

10.2.2 Zdolność nastolatków do wyrażenia zgody

W odpowiedzi na prośbę JHU Annelou de Vries, czołowa holenderska twórczyni PMT i współprzewodnicząca sekcji SOC-8 poświęconej nastolatkom, dostarczyła zespołowi JHU publikacje, które jej zdaniem dowodzą zdolności nastolatków do wyrażenia zgody na PMT.[29] Po zapoznaniu się z tymi publikacjami zespół JHU poinformował WPATH, że stanowią one co najwyżej „ograniczone pośrednie dowody" i są niewystarczające do poparcia twierdzenia, że młodzież posiada zdolność wyrażania zgody.[30]

W następstwie ustaleń zespołu JHU, WPATH porzuciło swój pierwotny plan oparcia twierdzenia o zdolności nastolatków do wyrażenia zgody na dowodach. Zamiast tego, rozdział SOC-8 poświęcony nastolatkom zawiera sekcję dotyczącą zgody, w której podkreśla się znaczenie starannej oceny, ale cytuje się te same badania, które JHU uznało za niewystarczające do odpowiedzi na pytanie o kompetencje. W sekcji tej znajduje się również omówienie „wyjątkowych sytuacji, w których nieletni nastolatek wyraża zgodę na własne leczenie bez zgody rodziców".([31])

W sekcji tej nie uwzględniono braku wiarygodnych informacji na temat tego, czy młodzież znajdująca się w stanie klinicznego zagrożenia może w sposób świadomy wyrazić zgodę na drastyczne interwencje – wiążące się z wieloma znanymi i nieznanymi zagrożeniami – w przypadku braku

[28] Z wewnętrznej wymiany wiadomości e-mail WPATH dotyczących SOC-8: „Zespół Johns Hopkins może pomóc w przeglądzie literatury i ocenie literatury dotyczącej podejmowania decyzji medycznych przez nastolatków" (Boe przeciwko Marshall, nr 2:22-cv-00184: 560-18, 2024, s. 116); omówienie zaleceń dotyczących oceny znajduje się w rozdziale 9.
[29] Główny badacz holenderskiego protokołu i współprzewodniczący sekcji WPATH ds. nastolatków (de Vries) dostarczył odpowiednią literaturę na temat zgody nastolatków do oceny JHU, pisząc: „kilka artykułów na temat podejmowania decyzji przez nastolatków; są to artykuły przeglądowe, ale pokazują, że istnieją pewne dowody. Uważam, że potrzebujemy tego rodzaju dowodów dotyczących zdolności podejmowania decyzji przez nastolatków w odniesieniu do leczenia potwierdzającego tożsamość płciową" (Boe przeciwko Marshall, nr 2:22-cv-00184: 560-18, 2024, s. 106).
[30] Odpowiedź JHU skierowana do WPATH w sprawie literatury dotyczącej zgody nastolatków na PMT brzmiała: „Przesłane artykuły dostarczają ograniczonych pośrednich dowodów dotyczących tej kwestii. Proszę dać mi znać, jeśli coś przeoczyłem" (Boe przeciwko Marshall, nr 2:22-cv-00184: 560-18, 2024, s. 106).
[31] Coleman i in. (2022, str. S61, sekcja 6.12.c).

wykazalną chorobę fizyczną i bez wiarygodnej wiedzy na temat prawdopodobnej przyszłej trajektorii tożsamości.

Wyzwania etyczne związane z uzyskaniem świadomej zgody nastolatków na zabiegi, które mogą zagrozić ich płodności, ilustruje szczera uwaga lekarza WPATH, który zauważył: „zawsze dobrze jest rozmawiać z 14-latkiem o zachowaniu płodności, ale wiem, że mówię do ściany", dodając: „oni reagują: fuj, dzieci, niemowlęta, obrzydliwe".[32]

10.2.3 Skutki leczenia

W przeciwieństwie do WPATH, które wcześnie zrezygnowało z oceny zdolności nieletnich do wyrażenia zgody, zespół JHU zakończył badania oceniające skutki leczenia blokerami dojrzałości płciowej (PB), hormonami płciowymi (CSH) i operacjami. Jak szczegółowo opisano w kolejnych sekcjach tego rozdziału, WPATH uznało oceny dowodów przeprowadzone przez JHU za niekorzystne dla swoich celów promowania szerokiego dostępu do tych interwencji dla nieletnich. W odpowiedzi kierownictwo WPATH podjęło działania mające na celu ukrycie wyników, uniemożliwiając zespołowi JHU zajmującemu się oceną dowodów opublikowanie swoich wyników.

W rozdziale poświęconym nastolatkom nie ujawniono, że w rzeczywistości przeprowadzono przegląd systematyczny dotyczący skutków PMT. Zamiast tego w rozdziale tym stwierdzono, że przeglądy systematyczne nie są wykonalne:

> Pomimo powoli rosnącej liczby dowodów potwierdzających skuteczność wczesnej interwencji medycznej, liczba badań jest nadal niewielka, a niewiele jest badań dotyczących wyników leczenia młodzieży w wieku dorosłym. Dlatego też systematyczny przegląd wyników leczenia nastolatków nie jest możliwy (33).

Ostatecznie SOC-8 zaleciło, aby nastolatkom pragnącym poddać się PMT zapewniono PB, CSH i zabieg chirurgiczny. Zalecenia sformułowano ostrożnym językiem, stwierdzając, że GD powinno być „utrzymywane przez dłuższy czas", szczególnie przed podaniem CSH. Nie ustalono jednak żadnych jasnych standardów; jedyną wskazówką jest niejasne i pozbawione znaczenia klinicznego sformułowanie „kilka lat", pozostawiające krytyczne decyzje otwarte dla szerokiej i subiektywnej interpretacji:

---

[32] Hughes (2024, s. 12).
[33] Coleman i in. (2022, s. S46).

> Biorąc pod uwagę potencjalne zmiany w doświadczeniach i potrzebach związanych z płcią w okresie dojrzewania, ważne jest, aby przed rozpoczęciem mniej odwracalnych metod leczenia, takich jak hormony potwierdzające płeć lub operacje, ustalić, czy młoda osoba doświadczała przez kilka lat trwałej różnorodności/niezgodności płciowej. [34]

Jak opisano w kolejnych sekcjach, zalecenia zostały celowo sformułowane tak, aby umożliwić każdemu „chętnemu" lekarzowi przepisywanie hormonów lub wykonywanie operacji na nieletnich, nawet tych z poważnymi współwystępującymi zaburzeniami zdrowia psychicznego.

10.3 Proces tworzenia SOC-8

Stworzenie wiarygodnych, opartych na dowodach naukowych wytycznych wymaga najpierw powołania grupy ds. opracowania wytycznych (GDG), która jest wolna od konfliktu interesów (COI) lub przynajmniej w której konflikty interesów są w sposób przejrzysty ujawniane i rygorystycznie zarządzane. Dopiero po ustanowieniu tych podstaw można przystąpić do przeglądu systematycznego (SR), odpowiadającego na wcześniej określone pytania dotyczące wytycznych. Wreszcie, zalecenia powinny opierać się na przeglądach systematycznych dowodów i uwzględniać dodatkowe czynniki, mając na celu poprawę jakości opieki zdrowotnej dla poszczególnych pacjentów oraz poprawę zdrowia publicznego i dostępu do opieki.

Chociaż WPATH pierwotnie rozpoczęło proces opracowywania wytycznych opartych na dowodach naukowych, dokumenty wewnętrzne ujawniają znaczne odstępstwa od uznanych międzynarodowych standardów opracowywania wytycznych klinicznych ustanowionych przez organizacje takie jak National Academy of Medicine [35] (NAM) i Światowa Organizacja Zdrowia (WHO).[36] Te poważne odstępstwa od ustalonych standardów oznaczały, że GDG nie mogło spełnić swojej obietnicy opracowania wiarygodnych wytycznych opartych na dowodach naukowych.

---

[34] Coleman i in. (2022, s. S60).
[35] Graham i in. (2011), opublikowane pod poprzednią nazwą, Institute of Medicine (IOM).
[36] Odniesienie SOC-8 do Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD) WHO wydaje się odnosić do *Podręcznika* WHO *dotyczącego opracowywania wytycznych*, wydanie drugie. Zob. Boe przeciwko Marshall, nr 2:22-cv-00184: 700-3 (2024, s. 204).

10.3.1 Zarządzanie konfliktami interesów

Zarządzanie konfliktami interesów – zarówno finansowymi[37] , jak i intelektualnymi[38] – ma zasadnicze znaczenie dla opracowania wiarygodnych wytycznych dotyczących praktyki klinicznej. Konflikty intelektualne mogą mieć nawet większy wpływ niż konflikty finansowe[39] ,zwłaszcza gdy wytyczne opierają się w dużej mierze na konsensusie ekspertów. Wybór przewodniczącego GDG([40]) odgrywa kluczową rolę w zapewnieniu integralności procesu opracowywania wytycznych klinicznych.([41]) WHO zaleca wybór przewodniczącego wytycznych, który nie ma istotnych konfliktów i jest neutralny wobec różnych punktów widzenia.([42]) NAM zaleca korzystanie z usług „metodologów bez konfliktu interesów"([43]) do kierowania opracowywaniem zaleceń, współpracujących z ekspertami klinicznymi jako doradcy, a nie członkowie panelu.[44] Zarówno NAM, jak i WHO podkreślają, że członkowie mający konflikt interesów powinni stanowić mniejszość w każdej grupie GDG, kładąc nacisk na ciągłe zarządzanie konfliktem interesów w całym procesie opracowywania wytycznych.[45] W 2022 r. Towarzystwo Endokrynologiczne przyjęło zalecenia NAM, nadając priorytet ograniczeniu konfliktów, nawet jeśli ogranicza to udział ekspertów.([46])

Kiedy główna badaczka zespołu JHU EPC zaangażowała się w proces SOC-8, zauważyła, że „można oczekiwać, iż wielu, jeśli nie większość członków SOC8 będzie miało sprzeczne interesy".[47] Ostateczne oświadczenie SOC-8 dotyczące konfliktu interesów brzmi następująco:

> Konflikty interesów [sic] zostały przeanalizowane w ramach procesu selekcji członków komitetu oraz na końcu procesu przed publikacją. Żaden konflikt interesów nie został uznany za istotny lub mający znaczące konsekwencje.[48]

---

[37] WHO definiuje finansowy konflikt interesów jako „płatną pracę, dochody z tytułu konsultacji lub honoraria i diety podróżne; wsparcie dla badań, w tym bezpośrednie wkłady pieniężne lub darowizny w postaci sprzętu, przestrzeni laboratoryjnej itp.", „które są związane z wynikiem procesu opracowywania wytycznych lub mogą mieć na niego wpływ" (Światowa Organizacja Zdrowia, 2014, s. 63).

[38] NAM i WHO definiują intelektualne konflikty interesów istotne dla opracowywania wytycznych dotyczących praktyki klinicznej jako „działalność akademicką, która stwarza możliwość przywiązania się do określonego punktu widzenia, który może niekorzystnie wpłynąć na osąd danej osoby dotyczący konkretnego zalecenia" (Guyatt, 2010, s. 739).

[39] Guyatt i in. (2015, s. 540).

[40] GDG SOC-8 składało się z komitetu sterującego ds. wytycznych, w skład którego wchodził przewodniczący i dwóch współprzewodniczących, którzy z kolei wyznaczyli 26 kierowników rozdziałów, 77 członków rozdziałów i 16 interesariuszy.

[41] Graham i in. (2011, s. 87).

[42] Światowa Organizacja Zdrowia (2014, s. 61).

[43] Graham i in. (2011, s. 81-82).

[44] Światowa Organizacja Zdrowia (2014, s. 82).

[45] Graham i in. (2011, s. 7).

[46] McCartney i in. (2022).

[47] Boe przeciwko Marshall, nr 2:22-cv-00184: 560-16 (2024, s. 2).

[48] Coleman i in. (2022, s. S177).

Częściowo na podstawie korespondencji między WPATH a zespołem EPC podczas opracowywania SOC-8, istnieją poważne wątpliwości co do trafności tego stwierdzenia.

Członkowie SOC-8 GDG, w tym przewodniczący Eli Coleman, mieli niekontrolowane finansowe i/lub niefinansowe konflikty interesów, które były prawdopodobnie „istotne lub mające znaczenie". Coleman miał zarówno finansowe, jak i niefinansowe interesy związane z tym tematem. Był głównym autorem SOC-7([49]) i współautorem publikacji naukowych popierających rozszerzenie dostępu do medycznej transformacji płciowej([50]).Zgodnie z kryteriami WHO jego działalność zawodowa i profil naukowy, które były ściśle związane z promowaniem medycznej transformacji płciowej, prawdopodobnie stanowią zarówno intelektualny, jak i finansowy konflikt interesów([51]).

Ponadto prace naukowe Colemana były wspierane finansowo przez fundację Tawani Foundation, której przewodniczy Jennifer Pritzker, filantropka i orędowniczka spraw osób transpłciowych ([52]).Fundacja sfinansowała centrum badawcze na Uniwersytecie Minnesota, a Coleman odegrał znaczącą rolę w jego rozwoju. Publiczne oświadczenia potwierdzają, że fundacja Tawani Foundation sfinansowała również większość kosztów własnych związanych z opracowaniem SOC-8 ([53]).

Z Colemanem jako przewodniczącym GDG, znaczenie zarządzania konfliktami interesów wydaje się być konsekwentnie niezrozumiałe lub niedoceniane. Coleman przyznał w zeznaniu, że oświadczenia o ujawnieniu informacji zostały przedstawione dopiero co najmniej sześć miesięcy *po* wybraniu członków. [54] W e-mailu wysłanym 21 grudnia (2018 r.) do komisji edukacyjnej SOC-8 Karen Robinson z EPC stwierdziła: „Ujawnienie informacji i wszelkie niezbędne

---

[49] Coleman i in. (2012).

[50] Eisenberg i in. (2020); Rider i in. (2018).

[51] „Interesy finansowe i niefinansowe mogą się pokrywać. Na przykład interesy intelektualne związane z rozwojem kariery zawodowej mają oczywiście komponent finansowy. Przykłady ról lub stanowisk, które mogą wpływać na obiektywną ocenę zbioru dowodów, obejmują: wcześniejsze opublikowanie badania lub przeglądu systematycznego, które stanowią część bazy dowodowej rozpatrywanej w wytycznych; wcześniejsze publiczne oświadczenie zdecydowanej opinii lub stanowiska, np. w publicznym wystąpieniu podczas postępowania regulacyjnego lub sądowego lub w artykule redakcyjnym w czasopiśmie; lub zawodowe lub osobiste powiązania z organizacją promującą produkty lub usługi związane z tematem wytycznych" (Światowa Organizacja Zdrowia, 2014, s. 63).

[52] Boe przeciwko Marshall, nr 2:22-cv-00184: 700-3 (2024, str. 239).

[53] Boe przeciwko Marshall, nr 2:22-cv-00184: 700-3 (2024, str. 239).

[54] Boe przeciwko Marshall, nr 2:22-cv-00184: 700-3 (2024, str. 219-222).

Zarządzanie potencjalnymi konfliktami powinno odbywać się przed wyborem członków komisji. Niestety, w tym przypadku tak się nie stało."[55]

Dla byłej prezes WPATH Marci Bowers, która odegrała wpływową rolę w kształtowaniu SOC-8, pomysł powołania osoby bez konfliktu interesów do kierowania projektem był całkowicie bezsensowny. [56] Inny członek SOC-8 napisał do EPC, wyjaśniając, że „w przeciwieństwie do innych wytycznych medycznych, opieka zdrowotna nad osobami transpłciowymi jest kwestią o znaczeniu społecznym i politycznym" i zdecydowanie zalecił zespołowi JHU przepisanie formularzy COI dla tych konkretnych wytycznych.[57] Częściowym uzasadnieniem dla odmiennego traktowania było to, że konflikty interesów były tak powszechne w GDG, że „niemożliwe" byłoby, aby grupa była od nich wolna.(58) Wjednym z przedłożonych formularzy COI, w pytaniu dotyczącym interesów niefinansowych, odnotowano, że „wszyscy zaangażowani w proces SOC mają interesy niefinansowe".[59]

Chociaż WPATH twierdziło później, że żadne z konfliktów interesów członków SOC-8 nie było znaczące ani istotne, kilku członków wyraźnie spełniało uznane na arenie międzynarodowej definicje konfliktów interesów ustanowione przez NAM i WHO – rodzaj konfliktów znanych z tego, że wpływają one na wytyczne dotyczące praktyki klinicznej i podważają ich wiarygodność. Na przykład liderzy sekcji SOC-8, Dan Karasic i Loren Schechter, byli opłacanymi biegłymi w sprawach sądowych bezpośrednio związanych z transformacją medyczną przed i w trakcie procesu opracowywania SOC-8 (60),co NAM wyraźnie określa jako konflikt interesów (61).Schechter, współprzewodniczący sekcji chirurgicznej i chirurg plastyczny, który część swoich dochodów czerpie z wykonywania operacji zmiany płci

---

[55] Boe przeciwko Marshall, nr 2:22-cv-00184: 560-16 (2024, str. 2).

[56] Boe przeciwko Marshall, nr 2:22-cv-00184: 564-8 (2024, str. 121).

[57] Boe przeciwko Marshall, nr 2:22-cv-00184: 560-16 (2024, str. 3).

[58] Boe przeciwko Marshall, nr 2:22-cv-00184: 560-16 (2024, str. 3).

[59] Boe przeciwko Marshall, nr 2:22-cv-00184: 560-24 (2024, str. 8).

[60] Schechter złożył zeznania w sprawach Dekker przeciwko Weida, nr 4:22-cv-00325 (N.D. Fla. wniesiona 7 września 2022 r.); Willis przeciwko Flagg, nr 17-cv-02754 (N.D. Ill. wniesiona 10 kwietnia 2017 r.); Bruce przeciwko Południowej Dakocie, nr 3:17-cv-03023-RAL (D.S.D. złożona 5 października 2017 r.); Boyden przeciwko Conlinowi, nr 17-cv-00264-WMC (W.D. Wis. złożona 6 kwietnia 2017 r.); Kadel przeciwko Folwell, nr 1:19-cv-00272 (M.D.N.C., wniesiona 11 marca 2019 r.); Toomey przeciwko stanowi Arizona, nr 4:19-cv-00035-RM-LAB (D. Ariz. złożone 23 stycznia 2019 r.); oraz Fain przeciwko Crouch, nr 3:20-cv-00740 (S.D.W. Va. złożone 12 listopada 2020 r.).

Karasic złożył zeznania w sprawie C.P. przeciwko Blue Cross Blue Shield of Illinois, nr 3:20-cv-06145 (W.D. Wash. złożona 24 listopada 2020 r.); Kadel przeciwko Folwell, nr 1:19-cv-00272 (M.D.N.C. złożona 11 marca 2019 r.); Fain przeciwko Crouch, nr 3:20-cv-00740 (S.D.W. Va. złożona 12 listopada 2020 r.); Brandt przeciwko Rutledge, nr 4:21-cv-00450 (E.D. Ark. złożona 25 maja 2021 r.); K.C. przeciwko poszczególnym członkom Komisji ds. Licencji Medycznych stanu Indiana, nr 1:23-cv-00595-JPH-KMB (S.D. Ind. złożone 5 kwietnia 2023 r.); Dekker przeciwko Weida, nr 4:22-cv-00325-RH-MAF (N.D. Fla. złożone 7 września 2022 r.); oraz Doe przeciwko Ladapo, nr 4:23-cv-00114-RH-MAF (N.D. Fla. złożone 23 marca 2023 r.).

[61] Graham i in. (2011, s. 79).

operacje zmiany płci, wyraził obawy wobec innych członków GDG dotyczące otwartego przyznania się do niewystarczających dowodów, zwracając uwagę na potencjalny wpływ, jaki miałoby to na dwie sprawy sądowe federalne, w których pełnił funkcję płatnego biegłego sądowego.[62] Pomimo tego wyraźnego nakładania się interesów finansowych i treści wytycznych, przewodniczący SOC-8 Eli Coleman uznał za „etycznie uzasadnione", aby członkowie zaangażowani w aktywne postępowania sądowe opowiadali się za zmianami wytycznych, które mogłyby wzmocnić ich pozycję prawną.[63]

Proces WPATH nie tylko dopuszczał znaczące finansowe i intelektualne konflikty interesów wśród członków GDG. Pozwalał również na tworzenie znacznego stronniczości w składzie panelu – zjawiska znanego jako „panel stacking". Ma to miejsce, gdy GDG składają się głównie z członków o podobnych poglądach lub interesach, co zagraża ważności i wiarygodności wytycznych klinicznych. Eksperci w dziedzinie medycyny opartej na dowodach naukowych opisują panel stacking jako poważne zagrożenie, podkreślając, że może ono znacznie obniżyć wiarygodność zaleceń, szczególnie gdy, jak w przypadku pediatrycznej medycyny płciowej, dowody są ograniczone, kontrowersyjne lub niesystematycznie weryfikowane ([64]).

Kepp i in. zauważają, że „rekrutacja wyłącznie ze względu na wyrażane poglądy i lojalność jest uznanym poważnym problemem w opracowywaniu wytycznych". W swoim przykładzie pochodzącym z oceny konsensusu w sprawie zaleceń dotyczących COVID-19 autorzy określili panel, w którym „35% (lub więcej) członków" opowiadało się za eliminacją COVID-19 („Zero-COVID"), jako „ekstremalny".[65]W przypadku SOC-8 organizacja WPATH wymagała, aby wszyscy członkowie GDG byli „pełnymi członkami WPATH o nieposzlakowanej opinii"(66). Marci Bowers wyraźnie stwierdziła, że ważne jest, aby uczestnicy byli „zwolennikami" podejścia WPATH do „potwierdzania płci", aby mogli być brani pod uwagę w GDG(67), co dodatkowo podkreśla stronniczość GDG.

---

[62] Boe przeciwko Marshall, nr 2:22-cv-00184: 700-13 (2024, s. 56).
[63] Boe przeciwko Marshall, nr 2:22-cv-00184: 700-3 (2024, str. 158).
[64] Kepp i in. (2024, s. 5).
[65] Kepp i in. (2024, s. 6).
[66] Coleman i in. (2022, s. 248).
[67] Boe przeciwko Marshall, nr 2:22-cv-00184: 564-8 (2024, str. 119-120). Odpowiedź ta pojawiła się po zwróceniu uwagi Bowersowi, że wybór członków GDG na podstawie ich „poparcia" dla leczenia medycznego jest „sprzeczny" z wyborem członków GDG, którzy mogliby być „bezstronnymi arbitrami" w kwestii dowodów dotyczących tych metod leczenia.

Wewnętrzne dokumenty ujawniły, że WPATH aktywnie monitorowało członków SOC-8 i dyscyplinowało tych, którzy publicznie kwestionowali podejście WPATH do „potwierdzania płci", tworząc środowisko, które zniechęcało do krytycznego dialogu. Psycholog Laura Edwards-Leeper, przewodnicząca Komitetu ds. Dzieci i Młodzieży WPATH oraz członkini komitetów SOC-8 ds. dzieci i młodzieży, jest współautorką artykułu opiniotwórczego opublikowanego *w Washington Post* wraz z Ericą Anderson ([68]),psychologiem i ówczesną prezes WPATH.
Oddział amerykański, argumentując, że WPATH „w dużej mierze wydaje się być niebezpieczną komorą echową", oporną na konstruktywną krytykę. Edwards-Leeper prywatnie ostrzegł liderów WPATH, że ich nietolerancja dla odmiennych opinii i próby „zakneblowania klinicystów" mogą zaszkodzić wiarygodności organizacji wśród profesjonalistów, pacjentów i wykształconych rodziców ([69]).Anderson spotkał się z formalną naganą ([70])po tym, jak skrytykował (wraz z Bowersem) jakość i spójność opieki świadczonej w ramach SOC ([71]).

To połączenie źle zarządzanych konfliktów interesów i restrykcyjnych praktyk członkowskich znacznie podważa wiarygodność i rzetelność naukową SOC-8 jako wytycznych dotyczących praktyki klinicznej. Sposób, w jaki GDG potraktowało przeglądy systematyczne dowodów naukowych zleconych przez WPATH w celu opracowania SOC-8, dodatkowo podkreśla poważne zagrożenie dla rzetelności klinicznej, które nękało proces opracowywania wytycznych.

10.3.2 Tłumienie dowodów

NAM stanowi, że wiarygodne wytyczne muszą opierać się na przeglądach istniejących dowodów. SOC-8 były promowane jako pierwsze „oparte na dowodach" [72], a ich przewodniczący twierdził, że przestrzegano „najbardziej rygorystycznego protokołu na świecie, aby zapewnić, że standardy te odzwierciedlają dowody naukowe" ([73]).W sekcji „Metodologia" stwierdzono, że SOC-8 „uwzględniły zalecenia dotyczące opracowywania wytycznych dotyczących praktyki klinicznej określone przez National

[68] Edwards-Leeper & Anderson (2021).
[69] Boe przeciwko Marshall, nr 2:22-cv-00184: 560-26 (2024, s. 153).
[70] Boe przeciwko Marshall, nr 2:22-cv-00184: 560-26 (2024, str. 114-115).
[71] Shrier (2021b).
[72] „Ta wersja standardów opieki jest pierwszą, która została opracowana przy użyciu podejścia opartego na dowodach" (Radix, b.d., str. 13).
[73] Coleman (2023).

Akademie Medyczne i Światowa Organizacja Zdrowia, które zajęły się kwestią przejrzystości, polityką dotyczącą konfliktu interesów, składem komisji i procesem grupowym".(74)

W 2018 r., w ramach opracowywania nowych wytycznych klinicznych, WPATH zleciło EPC przy JHU wykonanie kilkunastu przeglądów systematycznych. Przeglądy zostały ukończone i przekazane WPATH do wykorzystania w rozdziałach dotyczących oceny, podstawowej opieki zdrowotnej, endokrynologii, chirurgii, medycyny reprodukcyjnej i terapii głosu. [75]

Te recenzje ekspertów miały potencjał, aby poszerzyć aktualną wiedzę na temat stanu dowodów, ale ich przydatność nie może zostać oceniona, ponieważ WPATH skutecznie je zablokowało. W wymianie e-maili z sierpnia 2020 r. starszy autor z EPC, pisząc do Agencji ds. Badań i Jakości Opieki Zdrowotnej (AHRQ) (76),stwierdził, że w swoich przeglądach systematycznych „znaleźli niewiele lub nie znaleźli żadnych dowodów dotyczących dzieci i młodzieży" oraz że WPATH „próbowało ograniczyć naszą [JHU] zdolność do publikowania" (77).

W notatce skierowanej do wszystkich członków grupy roboczej SOC-8 kierownictwo WPATH poinformowało, że „zostało zaskoczone", gdy dowiedziało się, że JHU chce opublikować przeglądy, które prawdopodobnie podważą podejście WPATH do „potwierdzania płci".[78] Pomimo początkowego oporu naukowcy z JHU ostatecznie ulegli nowym warunkom WPATH, pozwalając przewodniczącemu SOC-8, współprzewodniczącym, starannie wybranemu członkowi sekcji oraz zarządowi WPATH na wstępne zatwierdzanie treści manuskryptu przed rozpoczęciem jakiegokolwiek niezależnego redagowania. Zgodnie z procesem narzuconym przez WPATH naukowcy byli zobowiązani do przedłożenia formularza wniosku zawierającego zarys planowanych wyników i wniosków jeszcze przed rozpoczęciem redagowania – a następnie ponownie po przygotowaniu manuskryptu do publikacji – co miało zapewnić, że kierownictwo będzie mogło kierować wynikami badań tak, aby były one zgodne z wcześniej ustalonymi celami, zamiast pozwalać na niezależny proces oparty na dowodach. (79)

---

[74] Coleman i in. (2022, s. S247).
[75] Boe przeciwko Marshall, nr 2:22-cv-00184: 560-17 (2024, s. 38).
[76] Jednostka Departamentu Zdrowia i Opieki Społecznej Stanów Zjednoczonych.
[77] Boe przeciwko Marshall, nr 2:22-cv-00184: 560-23 (2024, str. 23) Urzędnik AHRQ potwierdził treść wiadomości: „Świadomość, że istnieje niewiele/brak dowodów dotyczących dzieci i młodzieży, jest pomocna". Niemniej jednak dwa lata później HHS opublikowało notatkę, w której stwierdzono, że „badania wykazują, że opieka potwierdzająca tożsamość płciową poprawia zdrowie psychiczne i ogólne samopoczucie dzieci i młodzieży o różnej tożsamości płciowej" (OPA: Office of Population Affairs, b.d.).
[78] Boe przeciwko Marshall, nr 2:22-cv-00184: 523-1 (2024, s. 14).
[79] Boe przeciwko Marshall, nr 2:22-cv-00184: 523-1 (2024, s. 8).

Rysunek 10.1 Proces zatwierdzania manuskryptów przez WPATH

1. The lead author submits a proposal of the publication to WPATH with the following headings: Background; Aim(s); Method; Results;

WPATH Policy Use of Data for SOC8 – Version 2
Approved by WPATH Board of Directors – August 2020

JHU_000003198

EXHIBIT 1 7

Case 2:22-cv-00184-LCB-CWB Document 523-1 Filed 05/16/24 Page 9 of 15

Conclusion (Maximum 1 page and states which SOC8 chapter the publication is linked to);

2. It is WPATH's responsibility that the proposal is shared with the Chair and Co-Chairs of the SOC8, the members of the WPATH Board of Directors and all members of the SOC8 chapter linked to the proposed publication within 14 days after receipt of the proposal. The aim will be to identify an individual (s) from the chapter (maximum 2 individuals if a publication concerns more than one chapter) who will work with the lead author(s) of the proposed publication (unless the lead author is already working with one or more Working Group members); it is the responsibility of the Working Group as a whole to identify and to nominate one of their members, either by vote or general consensus within the Working Group.
3. WPATH will keep a record of the possible proposals with deadlines for draft submissions - in order to avoid the development of multiple papers with the same aims using the same data;
4. It is WPATH Executive Committee's responsibility to ensure that a vote is held within 30 days after the dissemination of the proposal.
5. It will be a blind vote and approval to write the paper is granted to the author(s) by majority vote. In case of a tie, the WPATH President will have the deciding vote.
6. It is the President's responsibility to respond to the author(s) with approval or disapproval within fifty-six (56) days of submission of the proposal to WPATH.
7. Once the manuscript draft is ready for publication, the lead author will submit the publication to WPATH
8. It is WPATH Executive Committee's responsibility to ensure that the manuscript is disseminated to the Chair of the SOC8, the Co-Chairs of the SOC8, and the members of the WPATH Board of Directors within 7 days after receipt of the manuscript.
9. It is WPATH Executive Committee's responsibility to ensure that a vote is held within 14 days after the dissemination of the manuscript to the Chair and Co-Chairs of the SOC8 and Board members.
10. It will be a blind vote and approval is granted to author(s) for publication by majority vote. The Chair and Co-Chairs of the SOC8 and Board members all have one equal vote. In case of a tie, the WPATH President will have the deciding vote.

Jednym z warunków uzyskania zgody WPATH było zapewnienie, że wyniki badań SR wspierają lub przynajmniej nie podważają celu WPATH, jakim jest promowanie większego dostępu do interwencji medycznych. Ponadto lider grupy roboczej SOC-8 lub wyznaczony przedstawiciel lub przewodniczący/współprzewodniczący SOC-8 oraz co najmniej jedna osoba

która identyfikowała się jako osoba transpłciowa, musiała nadzorować i zatwierdzać projekt, redakcję i ostateczną treść manuskryptu.[80]

Pomimo tego ścisłego zaangażowania i kontroli redakcyjnej, wszystkie ostateczne dokumenty musiały zawierać oświadczenie, że „autorzy ponoszą wyłączną odpowiedzialność za treść manuskryptu, a manuskrypt niekoniecznie odzwierciedla poglądy WPATH".[81]

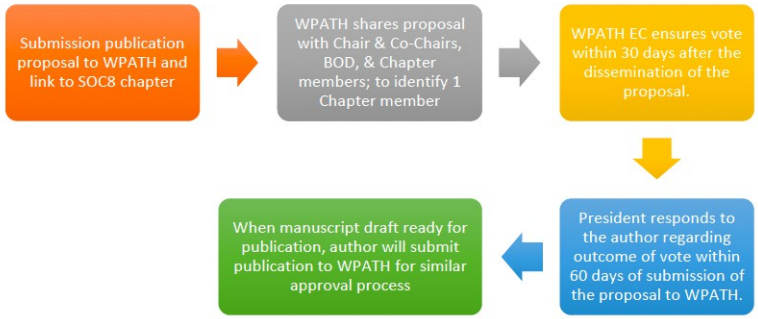
Rysunek 10.2 Ścieżka zatwierdzania manuskryptu

Pathway to approval for use of WPATH Data

WPATH grants approval to use the Data for publication to any interested party, when:

a. the directives outlined under the aim of this policy have been fulfilled and;
b. the author(s) have acknowledged that WPATH has sponsored the acquisition of the data in the publication and;
c. the author(s) have acknowledged that the authors are solely responsible for the content of the manuscript, and the manuscript does not necessarily reflect the view of WPATH in the publication and;
d. The publication ("manuscript") has been approved by WPATH via a designated approval process.

Designated approval process for publication of Data (see Figure 1)



WPATH postawiło sobie za cel „zapewnienie, że publikacja nie wpłynie negatywnie na świadczenie opieki zdrowotnej dla osób transpłciowych w najszerszym tego słowa znaczeniu". [82] Zgodnie z tym

[80] Boe przeciwko Marshall, nr 2:22-cv-00184: 523-1 (2024, str. 5-6).
[81] Boe przeciwko Marshall, nr 2:22-cv-00184: 523-1 Załącznik 1 (b.d., str. 8)
[82] Boe przeciwko Marshall, nr 2:22-cv-00184: 560-17 (2024, str. 92).

renegocjacji opublikowano tylko jeden przegląd systematyczny. [83] Wewnętrzne dokumenty WPATH ujawniają, że Baker i in. zastosowali się do wszystkich obowiązkowych kroków zaktualizowanej polityki zatwierdzania WPATH – od zatwierdzenia wniosków przed sporządzeniem manuskryptu po zapewnienie szerokiego zaangażowania WPATH w proces i uzyskanie ostatecznych zatwierdzeń. SR autorstwa Baker i in. został opublikowany z obowiązkowym zastrzeżeniem, że „WPATH nie odegrało żadnej roli w projektowaniu badania, gromadzeniu danych, analizie, interpretacji ani sporządzaniu" SR, mimo że lista kontrolna wyraźnie wskazuje, że WPATH było zaangażowane w projektowanie, sporządzanie i ostateczne zatwierdzanie artykułu.([84])

[83] Baker i in. (2021). Należy zauważyć, że opublikowano tylko jeden inny przegląd systematyczny (Wilson i in., 2020), ale jego publikacja poprzedza zaktualizowaną politykę WPATH.
[84] Wilson i in. (2020) zawierają to samo stwierdzenie, ale zostały opublikowane przed zawarciem nowej umowy, więc nie można określić, w jakim stopniu WPATH wpłynęło na ich treść i kształt.

Rysunek 10.3 Lista kontrolna dla Baker i in. [85]

Checklist for JHU SOC8 systematic review papers

Title of Paper: Hormone Therapy, Mental Health, and Quality of Life among Transgender People: A Systematic Review

Supporting Chapter: initial question part of questions from Hormone Chapter

Proposed Authors: Kellan E. Baker, MPH, Lisa M. Wilson, ScM, Ritu Sharma, BSc, Vadim Dukhanin, MD, MHS, Kristen McArthur, BA, Karen A. Robinson, PhD

Acknowledged Authors: None

Yes or No	This paper provides data that advances the knowledge in the field of transgender health in a positive way
Yes or No	This paper will be published in a reputable, academic, peer-reviewed journal
	Journal proposed for first submission The Lancet Diabetes & Endocrinology
Yes or No	Involves the work group leader of the chapter or alternatively a designated representative of that specific SOC8 Chapter in the design, drafting of the article and final approval of the article
	Name of persons involved *chapter members provided original list of questions for reviews*
Yes or No	Involves at least one member of the transgender community in the design, drafting of the article and final approval of the article *chapter members provided original list of questions for reviews*
	Name of person if not open about trans status, if not open about trans status then enter N/A
Yes or No	Adheres to the WPATH language policy

Polityka WPATH wydaje się skutecznie blokować przekształcanie planowanych[86] i ukończonych[87] badań — w tym krytycznych ocen dowodów — w manuskrypty nadające się do publikacji. W rezultacie ważne przeglądy systematyczne dotyczące bezpieczeństwa PB, CSH i operacji u nastolatków zostały stłumione, co spowodowało, że kluczowe wyniki nie trafiły do dokumentacji naukowej i nie zostały poddane profesjonalnej analizie.[88]

---

[85] Źródło: Boe przeciwko Marshall, nr 2:22-cv-00184: 560-17 (2024, s. 41).
[86] Robinson, Sharma, Baker i in. (2019); Robinson, Sharma, Wilson i in. (2019); Sharma i in. (2018).
[87] W sumie opublikowano tylko 2 przeglądy systematyczne, a tylko jeden (Baker i in., 2021) był zgodny z aktualizacją polityki.
[88] Bardziej szczegółowe omówienie tego zagadnienia znajduje się w rozdziale 7.

Jak ustalono w sekcji 10.3.1, członkowie GDG byli zaangażowani w PMT i wierzyli, że ich stanowisko jest oparte na dowodach. Rzeczywiście, głównym celem SOC-8 było dostarczenie zaktualizowanej wersji wyraźnie popartej solidnymi dowodami. Jednak gdy GDG rozpoczęła współpracę z ekspertami metodologicznymi i zaczęła stosować standardy medycyny opartej na dowodach (EBM), szybko stało się jasne, że jej rozumienie tego, co stanowi „silne dowody", było zasadniczo sprzeczne z ustalonymi kryteriami naukowymi. Dowody, które GDG wcześniej uważała za silne lub przekonujące, były często obniżane zgodnie ze standardami EBM do niskiej lub bardzo niskiej jakości, ujawniając niepokojącą rozbieżność między przekonaniami członków WPATH na temat dowodów a rzeczywistą rygorystycznością badań leżących u ich podstaw. Proces ten został jasno przedstawiony przez przewodniczącego SOC-8, Eli Colemana, w punktach 6 („Konsultacje ekspertów w zakresie opracowywania wytycznych") i 7 („Program badań") 12-punktowego projektu opublikowanego po publikacji SOC-8:

> W obliczu wyzwań związanych z opracowaniem i zmianą metodologii SOC 8 musieliśmy polegać na Johns Hopkins, co choć w pewnym stopniu było pomocne, stanowiło również duże ograniczenie. Mieliśmy możliwość konsultacji z innymi ekspertami i dowiedzieliśmy się, że istnieją inne sposoby opracowywania wytycznych, które prawdopodobnie byłyby bardziej odpowiednie dla stanu naszej nauki. W rezultacie nasza metodologia ewoluowała i została ulepszona, jednak nie byliśmy w stanie być tak systematyczni, jak mogliśmy... Teraz, gdy przeanalizowaliśmy dowody, boleśnie uświadomiliśmy sobie luki w literaturze i rodzaje badań, które są potrzebne do poparcia naszych zaleceń i wzmocnienia poziomu dowodów na ich poparcie ([89]).

W obliczu przeglądów systematycznych, które nie potwierdzały w wystarczającym stopniu jej stanowiska – zwłaszcza biorąc pod uwagę zgłoszone przez nią obawy prawne i dotyczące rzecznictwa (patrz następna sekcja) – GDG postanowiła nie zmieniać swoich poglądów, ale znaleźć alternatywną metodologię na poparcie swoich zaleceń. Jak wyjaśnił Jon Arcelus, współprzewodniczący SOC-8 GDG, w e-mailu do innych członków GDG: „W SOC znajduje się wiele zaleceń, które nie mają bezpośredniego

[89] Boe przeciwko Marshall, nr 2:22-cv-00184: 700-18 (2024, str. 8-9).

dowody (większość bezpośrednich dowodów znajduje się w rozdziale poświęconym hormonom), ale dysponują dowodami ogólnymi. Dlatego właśnie stosujemy metodę Delphi."[90]

Proces budowania konsensusu Delphi nie zastępuje zaleceń opartych na dowodach, ale jest raczej metodą pozwalającą grupom GDG pogodzić rozbieżności w interpretacji przeglądów systematycznych lub w podejmowaniu decyzji dotyczących tego, w jaki sposób dowody powinny wpływać na zalecenia dotyczące leczenia.[91]Wytyczne, które nie są oparte na przeglądach systematycznych, nieumyślnie niosą ze sobą ryzyko promowania nieoptymalnej, a nawet szkodliwej opieki. Dlatego wytyczne oparte wyłącznie na konsensusie nie są uważane za wiarygodne.[92]

10.3.3 Nowa definicja konieczności medycznej

SOC-8 zdecydowanie zaleca, aby PB, CSH i zabiegi chirurgiczne były uznawane za „medycznie niezbędne" dla kwalifikujących się nastolatków:

> Zalecamy, aby systemy opieki zdrowotnej zapewniały medycznie niezbędne leczenie psychologiczne, medyczne i chirurgiczne potwierdzające tożsamość płciową dzieci, nastolatków i dorosłych transpłciowych i o różnej tożsamości płciowej. [93]

Opracowanie oświadczenia dotyczącego „medycznej konieczności" w SOC-8 wyraźnie pokazuje, jak wielu współpracowników WPATH priorytetowo traktowało cele inne niż zapewnienie najwyższej jakości opieki nastolatkom z GD. Dobrym przykładem jest zmiana sformułowania „życzenia" pacjentów na „potrzeby" pacjentów przez WPATH w celu przedstawienia ich jako „medycznie konieczne". Początkowo w oświadczeniu opisano pożądane interwencje jako „życzenia":

> Istnieją mocne dowody wskazujące na korzyści w zakresie jakości życia i samopoczucia wynikające z terapii potwierdzających tożsamość płciową, w tym zabiegów endokrynologicznych i chirurgicznych, prawidłowo wskazanych i wykonywanych zgodnie z wytycznymi Standardów Opieki (wersja 8) u osób z TGD *pragnących poddać się tym zabiegom.* [94]

Jednak ostateczne oświadczenie SOC-8 brzmi:

---

[90] Boe przeciwko Marshall*,* nr 2:22-cv-00184: 560-37 (2024, s. 101). Delphi to ustrukturyzowana metoda budowania konsensusu, w której GDG iteracyjnie przegląda i ocenia oświadczenia w celu osiągnięcia porozumienia; SOC-8 wykorzystał próg 75% dla osiągnięcia konsensusu.
[91] Djulbegovic & Guyatt (2019).
[92] Lima, Tangamornsuksan i in. (2023).
[93] Boe przeciwko Marshall*,* nr 2:22-cv-00184: 700-10 (2024, str. 32).
[94] Boe przeciwko Marshall*,* nr 2:22-cv-00184: 700-10 (2024, str. 38).

> Istnieją mocne dowody wskazujące na korzyści w zakresie jakości życia i samopoczucia wynikające z terapii potwierdzających tożsamość płciową, w tym zabiegów endokrynologicznych i chirurgicznych, prawidłowo wskazanych i wykonywanych zgodnie z wytycznymi Standardów opieki (wersja 8) u osób TGD *wymagających takich terapii*. [95]

Ta istotna zmiana tekstu była wynikiem uznania przez członków WPATH konsekwencji doboru słów w kontekście ubezpieczeniowym i prawnym. Zmiana została wprowadzona na podstawie następującego wniosku zgłoszonego podczas fazy opracowywania projektu:

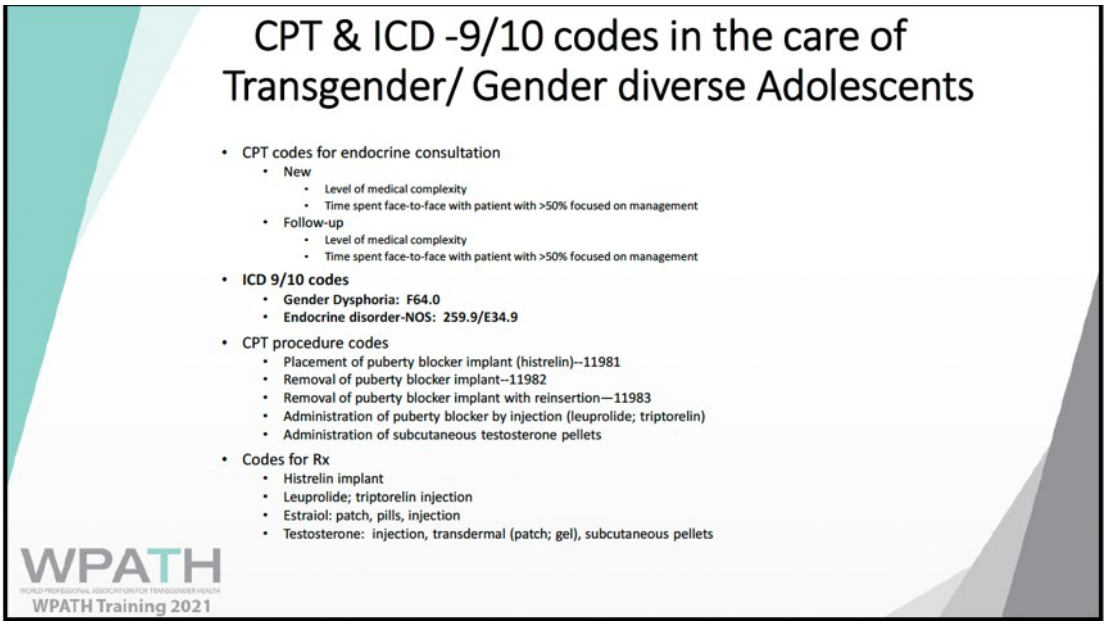
> Dziękuję, również bardzo podoba mi się to oświadczenie i towarzyszący mu opis. Jest jednak jedno słowo w środku (po prawej stronie strony) ostatniego akapitu na pierwszej stronie dokumentu: „pragnąc". To słowo sprawia, że się zastanawiam i być może jestem zbyt wrażliwa, ale jedną z największych przeszkód, jakie napotykają osoby transpłciowe w uzyskaniu wsparcia w zakresie pokrycia kosztów naszej opieki, jest to, że mówi się nam: „nie zawsze można dostać to, czego się chce" i „pragnienie nie sprawia, że tak się stanie". Pragnienie sprawia, że potrzebna opieka wydaje się opcjonalna, a często mówi się nam, że wyobrażamy sobie, że nie jesteśmy tym, kim jesteśmy, i że powinniśmy po prostu to znosić. Czy byłoby możliwe, wskazane lub rozsądne zastąpienie tutaj słowa „pragnienie" słowem „potrzeba"?
>
> Dziękujemy za uwagę i za wspaniałą pracę w tej sprawie. [96]

Towarzyszyła temu wyraźna instrukcja WPATH dla dostawców usług, aby stosowali diagnozę „zaburzenia endokrynologiczne" jako alternatywę dla diagnozy zdrowia psychicznego GD[97] :

---

[95] Coleman i in. (2022, s. 18, podkreślenie dodane).
[96] Boe przeciwko Marshall, nr 2:22-cv-00184: 700-10 (2024, str. 28).
[97] Rosenthal (2021b, slajd 11).

Rysunek 10.4 Kody ICD dla nastolatków z TGD



Wszystkie te wewnętrzne komunikaty WPATH ujawniają, że sformułowanie „medyczna konieczność" w SOC-8 zostało skonstruowane w celu usunięcia kluczowych kryteriów bezpieczeństwa i nadania pragnieniom pacjentów centralnego znaczenia w podejmowaniu decyzji dotyczących leczenia. Potwierdził to inny członek GDG, który szczerze zauważył, że wytyczne istnieją po to, aby umożliwić każdemu „dobroczynnemu" klinicystowi spełnienie życzeń pacjentów – niezależnie od tego, jak bardzo są one nieodpowiednie z medycznego punktu widzenia.

> Myślę, że jest jasne jak słońce, że SOC8 odnosi się do konieczności leczenia (w najszerszym tego słowa znaczeniu) osób z TGD, które dążą do leczenia (w najszerszym tego słowa znaczeniu) swojej dysforii płciowej (małe „d": ponieważ odnosi się to do objawu cierpienia – który jest bardzo szeroką kategorią i który każdy „dobroczynny" klinicysta może wykorzystać w tym celu (lub: w nieuniknionym żargonie medycznym, z którym my, jako lekarze, musimy się zmagać: osoby, które spełniają kryteria diagnozy dysforii płciowej i niezgodności płciowej zgodnie z APA/WHO).([98])

Prośba o zastąpienie słowa „potrzeba" słowem „pragnienie" i podkreślenie „medycznej konieczności" została przyjęta z zadowoleniem przez liderów WPATH, którzy odpowiedzieli, że twierdzenie o medycznej konieczności

[98] Boe przeciwko Marshall, nr 2:22-cv-00184: 700-10 (2024, s. 37).

wpłynęłoby na „nieefektywny i niezdrowy” system opieki zdrowotnej w Stanach Zjednoczonych poprzez wymuszenie ubezpieczenia zdrowotnego na drodze sądowej:

> Dziękuję za przygotowanie tego dokumentu; wykonałeś świetną robotę. Rzeczywiście, ważne jest, aby takie oświadczenie było częścią aktualnego SOC. Pierwotne oświadczenie o konieczności medycznej dotyczyło konkretnie Stanów Zjednoczonych, ponieważ to właśnie tam doświadczaliśmy problemów z naszym nieefektywnym i niezdrowym systemem „ubezpieczenia” zdrowotnego i potrzebowaliśmy narzędzia, które nasi prawnicy mogliby wykorzystać w obronie dostępu do opieki zdrowotnej w tym kraju. Od dawna chciałem, aby to (i wiele innych naszych oświadczeń dotyczących polityki) stało się częścią SOC, ponieważ nadaje im to większą siłę.([99])

Przewodniczący GDG Eli Coleman stwierdził, że chociaż WPATH nie ma definicji „medycznie niezbędnego”, rozumie, że jest to termin używany głównie przez firmy ubezpieczeniowe do określenia, które schorzenia lub procedury powinny być objęte ubezpieczeniem. [100]Cele prawne i polityczne SOC-8 są omówione w następnej sekcji.

10.3.4 Kwestie prawne i polityczne

Wewnętrzne dokumenty ujawniają, że autorzy SOC-8 manipulowali treścią wytycznych w wyraźnym celu wpływania na orzeczenia sądowe, działania legislacyjne i decyzje dotyczące zakresu ubezpieczenia, co stanowi wyraźne odejście od zasad bezstronnego, opartego na dowodach opracowywania wytycznych klinicznych. Na przykład autorzy rozdziału „Środowiska instytucjonalne” ujawnili, że „prawnicy zajmujący się sprawiedliwością społeczną” odradzili im rygorystyczną weryfikację dowodów, twierdząc, że taka weryfikacja może ujawnić ograniczone lub niewystarczające dowody, co postawiłoby ich „w niekorzystnej sytuacji pod względem wpływu na politykę lub wygrywania spraw sądowych”.[101] Jak wspomniano powyżej, kluczową motywacją do uwzględnienia w wytycznych stwierdzenia o „medycznej konieczności” było strategiczne posunięcie mające na celu zapewnienie „narzędzia, które nasi prawnicy mogą wykorzystać w obronie dostępu do opieki” w kontekście prawnym Stanów Zjednoczonych. [102]

---

[99] Boe przeciwko Marshall, nr 2:22-cv-00184: 700-10 (2024, str. 33-34)
[100] Boe przeciwko Marshall, nr 2:22-cv-00184: 700-3 (2024, str. 166).
[101] Boe przeciwko Marshall, nr 2:22-cv-00184: 560-24 (2024, str. 3).
[102] Boe przeciwko Marshall, nr 2:22-cv-00184: 700-10 (2024, str. 33-34).

Schechter wyraził również obawy dotyczące języka, ostrzegając kolegów, że terminy takie jak „niewystarczające dowody" i „ograniczone dane" mogą wzmocnić argumenty prawne twierdzące, że interwencje medyczne mają charakter eksperymentalny, i zwracając uwagę na swoją rolę jako biegłego w podobnych sprawach federalnych.[103] Karasic, przewodniczący sekcji zdrowia psychicznego SOC-8, podkreślił krytyczne implikacje prawne definiowania leczenia nastolatków jako „medycznie niezbędnego", stwierdzając, że określenie to ma wpływ na sprawy sądowe, decyzje polityczne i zakres ubezpieczenia.[104] W innym miejscu Karasic podkreślił pilną potrzebę jasnego zajęcia się tą kwestią w SOC-8, biorąc pod uwagę liczne toczące się postępowania sądowe – niektóre z nich mogą trafić do Sądu Najwyższego Stanów Zjednoczonych – dotyczące tego, czy medyczne interwencje związane z płcią są „medycznie konieczne", czy też „eksperymentalne lub kosmetyczne".[105]

W jednej z wewnętrznych wiadomości wyraźnie odradzano stosowanie konkretnych wytycznych dotyczących wieku w leczeniu, stwierdzając, że „należy unikać podawania konkretnych liczb [dotyczących wieku], które mogą zostać wyrwane z kontekstu lub wykorzystane w sądzie", ponieważ mogłyby one zaszkodzić osobom, „których interesy staramy się bronić".[106] W innym miejscu zamieszczono uwagi redakcyjne mające na celu pomoc „Chase'owi" [prawdopodobnie odniesienie do Chase'a Strangio, zastępcy dyrektora ds. sprawiedliwości dla osób transpłciowych w projekcie ACLU dotyczącym osób LGBT i HIV].[107] Przewodniczący GDG Coleman wezwał grupę do przyjęcia silniejszej postawy obronnej, stwierdzając: „potrzebujemy bardziej szczegółowej linii obrony, którą będziemy mogli wykorzystać ... w wielu sprawach sądowych, które będą się toczyć ... zwłaszcza dotyczących okresu dojrzewania".[108] Jeden z autorów przyznał nawet, że priorytetowo traktuje cele polityczne, a nie dokładność naukową, stwierdzając, że SOC-8 powinno „wywrzeć poważny wpływ na ustawodawstwo i politykę... nawet jeśli sformułowania nie są do końca poprawne dla osób o takim samym wykształceniu jak my".[109]

Ponadto autorzy SOC-8 wyraźnie skupili się na kontekście opieki zdrowotnej w Stanach Zjednoczonych. Karasic (przewodniczący rozdziału SOC-8 poświęconego zdrowiu psychicznemu) napisał:

---

[103] Boe przeciwko Marshall, nr 2:22-cv-00184: 700-13 (2024, s. 56).
[104] Boe przeciwko Marshall, nr 2:22-cv-00184: 560-24 (2024, s. 43).
[105] Boe przeciwko Marshall, nr 2:22-cv-00184: 700-10 (2024, str. 44).
[106] Boe przeciwko Marshall, nr 2:22-cv-00184: 560-34 (2024, str. 25).
[107] Boe przeciwko Marshall, nr 2:22-cv-00184: 591-24 (2024, str. 9).
[108] Boe przeciwko Marshall, nr 2:22-cv-00184: 700-8 (2024, str. 40).
[109] Boe przeciwko Marshall, nr 2:22-cv-00184: 560-34 (2024, str. 25).

> Istnieją jednak elementy oświadczenia o konieczności medycznej, które mają kluczowe znaczenie dla refundacji ubezpieczeniowej i dostępu do opieki zdrowotnej w Stanach Zjednoczonych, choć nie we wszystkich krajach, i powinny one znaleźć się w SOC 8. Jeśli WPATH SOC 8 nie zapewni odpowiedniego wsparcia dla dostępu do opieki zdrowotnej dla osób transpłciowych w Stanach Zjednoczonych poprzez nadmierne uogólnienie sformułowań, może mieć zastosowanie w skali globalnej, ale nie będzie użyteczne w skali globalnej, o ile Stany Zjednoczone są częścią świata. W SOC 8 powinno być miejsce na uwzględnienie obaw krajowych systemów opieki zdrowotnej lub innych systemów niekoncentrujących się na refundacji, bez zmniejszania użyteczności SOC 8 dla opieki nad osobami transpłciowymi w Stanach Zjednoczonych ... Konieczność medyczna jest obecnie przedmiotem dziesiątek pozwów sądowych w Stanach Zjednoczonych dotyczących działań stanowych mających na celu uniemożliwienie dostępu do opieki dla osób transpłciowych, a także stanowi podstawę wszystkich refundacji opieki dla osób transpłciowych w Stanach Zjednoczonych... Bardzo ważne jest, aby WPATH SOC 8 prawidłowo to uregulował, co moim zdaniem obecnie ma miejsce.”([110])

Włączenie celów rzecznictwa prawnego do treści wytycznych, wyraźnie w celu wywarcia wpływu na politykę i wyniki postępowań sądowych, stoi w ostrym konflikcie z przyjętymi międzynarodowymi standardami kładącymi nacisk na rygor naukowy i bezstronność.

Wewnętrzne dokumenty ujawniają, że kierownictwo WPATH było świadome, że wytyczne spotkają się z krytyką ze względu na „ciągłą presję w służbie zdrowia, aby zapewnić opiekę opartą na dowodach naukowych”. [Coleman] zwrócił uwagę na ciągły opór ze strony „naukowców i badaczy, którzy są z natury sceptyczni”, „rodziców młodzieży, którzy znaleźli się w centrum tej kontrowersji” oraz presję wynikającą z „rosnącej liczby przypadków żalu i osób, które głośno wyrażają swoje niezadowolenie z procesu ponownej transformacji i szybko obwiniają lekarzy za to, że pozwolili im przejść transformację pomimo procesu świadomej zgody”.([111])

W odpowiedzi na przewidywaną krytykę SOC-8 Coleman opracował „12-punktowy plan strategiczny mający na celu promowanie opieki potwierdzającej tożsamość płciową”. [112] W planie tym uznano, że wszyscy członkowie GDG byli „boleśnie świadomi, że istnieje wiele luk w badaniach naukowych potwierdzających nasze zalecenia” i podkreślono znaczenie budowania konsensusu wśród

[110] Boe przeciwko Marshall, nr 2:22-cv-00184: 700-10 (2024, s. 65).
[111] Boe przeciwko Marshall, nr 2:22-cv-00184: 700-18 (2024, s. 5).
[112] Boe przeciwko Marshall, nr 2:22-cv-00184: 700-18 (2024, str. 6).

grupy medyczne popierające SOC-8. Coleman zauważył, że poparcie organizacji medycznych „było niezwykle silnym argumentem” w „bataliiach prawnych”:[113]

> Ponieważ toczymy tak wiele batalii prawnych dotyczących opieki zdrowotnej i praw osób transpłciowych, stwierdzenie, że SOC ma tak wiele poparcia, było niezwykle silnym argumentem. Musimy być w stanie uzyskać wsparcie tych ważnych organizacji i wiedzieć, jak dokładnie wskazać ich poparcie, w przeciwnym razie argument ten może zostać zakwestionowany w sprawach sądowych.[114]

10.4 Eliminacja minimalnego wieku

Postępowanie z zaleceniami dotyczącymi minimalnego wieku dla interwencji klinicznych u nastolatków w SOC-8 stanowi przykład tego, co dzieje się, gdy opracowywanie wytycznych jest zagrożone przez przekonania ideologiczne, konflikty interesów i lekceważenie ustalonych standardów dowodowych.

Początkowo SOC-8 zawierał minimalny wiek dla niektórych zabiegów: 14 lat dla hormonów płciowych, 15 lat dla mastektomii, 16 lat dla powiększania piersi i operacji twarzy, 17 lat dla metoidioplastyki, orchidektomii, wagoplastyki, histerektomii i przebudowy czołowo-oczodołowej oraz 18 lat dla falloplastyki. W lipcu 2022 r. WPATH znalazło się pod znaczną presją ze strony admirał Rachel Levine, zastępczyni sekretarza stanu ds. zdrowia w USA, której biuro wyraziło obawy, że podanie konkretnych, niskich limitów wiekowych spowoduje restrykcyjne działania legislacyjne. Niektórzy członkowie SOC-8 wyrazili wewnętrznie niezadowolenie z ulegania presji ze strony rządu federalnego. „Nie wiem, co sądzić o tym, że polityka Stanów Zjednoczonych dyktuje międzynarodowe profesjonalne wytyczne kliniczne, które przeszły przez Delphi” – powiedział jeden z współprzewodniczących SOC-8 ([115]). Inny narzekał, że „nie należy traktować poważnie opinii osób niebędących specjalistami medycznymi” ([116]). Pomimo tych zastrzeżeń, WPATH najwyraźniej zainwestowało w uzyskanie poparcia ze strony

---

[113] Boe przeciwko Marshall, nr 2:22-cv-00184: 560-40 (2024, str. 6-8). Warto zauważyć, że chociaż SOC-7 jest obecnie nieaktualny, to właśnie SOC-7 był odpowiedzialny za ustanowienie podejścia medycznego „potwierdzającego płeć” w Stanach Zjednoczonych i na arenie międzynarodowej. W wiadomości e-mail od głównego autora zarówno SOC-7, jak i SOC-8, Colemana, ujawniono, że pomimo powszechnego przekonania, że SOC-7 zostało poparte przez wszystkie organizacje medyczne, nigdy nie doszło do takiego poparcia. Coleman powiedział, że „nie ma pojęcia, skąd wzięła się informacja, że tak wiele organizacji medycznych... poparło SOC 7” (Boe przeciwko Marshall, nr 2:22-cv-00184: 700-3, 2024, str. 262-264).

[114] Boe przeciwko Marshallowi, nr 2:22-cv-00184: 560-40 (2024, str. 8).

[115] Boe przeciwko Marshall, nr 2:22-cv-00184: 700-15 (2024, str. 33).

[116] Boe przeciwko Marshall, nr 2:22-cv-00184: 700-15 (2024, str. 27).

Administracja Bidena skłoniła ją do obniżenia wytycznych dotyczących wieku z „zaleceń” do „sugestii”, omijając w ten sposób pierwotny proces konsensusu poprzez wprowadzenie tych zmian bez przeprowadzania nowej rundy walidacji.[117]

Kwestia minimalnego wieku powróciła, gdy Amerykańska Akademia Pediatrii (AAP) zagroziła publicznym sprzeciwem wobec SOC-8, chyba że wszystkie progi wiekowe zostaną zniesione — co jeszcze bardziej ujawniło, że ostateczna treść wytycznych została podyktowana presją polityczną, a nie dowodami naukowymi lub oceną kliniczną.[118] Pod presją i w obliczu otwartego sprzeciwu ze strony kluczowego sojusznika, przywódcy WPATH ulegli i zgodzili się na zniesienie kryteriów minimalnego wieku dla wszystkich zabiegów hormonalnych i chirurgicznych (z wyjątkiem falloplastyki). Zrobili to pomimo prywatnego uznania, że osoby z AAP, które zgłaszały to żądanie, były bardzo młode i nie miały wystarczających uprawnień ani wiedzy, aby wiarygodnie dyktować standardy kliniczne.[119]

W trakcie procesu znoszenia minimalnego wieku prezes WPATH napisał, że „rozczarowujące jest to, że polityka zawsze bierze górę nad zdrowym rozsądkiem i tym, co jest najlepsze dla pacjentów”.[120] Inny lider WPATH zwierzył się, że zniesienie minimalnego wieku „jest kompromisem między tym, co uważam za słuszne, a tym, co musimy powiedzieć”.[121] Współprzewodniczący SOC-8 Jon Arcelus powiedział, że zniesienie ograniczeń wiekowych „sprawi, że nasza metodologia stanie się żartem”.[122]

Pośpieszne zmiany wprowadzone w ciągu 11 godzin – poza jakimkolwiek formalnym lub przejrzystym procesem opracowywania wytycznych – spowodowały, że SOC-8 zostało początkowo opublikowane z zachowaniem pierwotnych zaleceń dotyczących wieku. Dopiero po publikacji WPATH pośpiesznie wydało sprostowanie w formie errata w swoim oficjalnym czasopiśmie *International Journal of Transgender Health,* po cichu usuwając ograniczenia wiekowe, aby dostosować się do wymagań politycznych, a nie dowodów klinicznych.([123]) Obecna, opublikowana wersja SOC-8 stanowi, że wszystkie

---

[117] Boe przeciwko Marshall, nr 2:22-cv-00184: 700-3 (2024, str. 292-295); Boe przeciwko Marshall, nr 2:22-cv-00184: 700-15 (2024, str. 33). Ostatnia runda przetwarzania Delphi SOC-8 miała miejsce w styczniu 2022 r. (Coleman et al., 2022, str. S251).
[118] Coleman wyjaśnia, że usunięcie danych dotyczących wieku „spowodowało, że [tj. AAP] formalnie nie sprzeciwiło się SOC. Tak, jest to informacja ściśle poufna” (Boe przeciwko Marshall, nr 2:22-cv-00184: 700-17, 2024, str. 153).
[119] Boe przeciwko Marshall, nr 2:22-cv-00184: 700-16 (2024, str. 201).
[120] Boe przeciwko Marshall, nr 2:22-cv-00184: 700-15 (2024, str. 26).
[121] Boe przeciwko Marshall, nr 2:22-cv-00184: 700-6 (2024, str. 103).
[122] Boe przeciwko Marshall, nr 2:22-cv-00184: 700-16 (2024, str. 110).
[123] Korekta (2022).

Zalecenia przeszły proces Delphi. Jednak Coleman przyznał później, że zniesienie minimalnego wieku nie przeszło przez proces Delphi. [124]

10.5 Dalsze opieranie się na SOC-8

Niepokojące jest to, że SOC-8 nadal wywiera znaczący wpływ na amerykańską służbę zdrowia. Nieprawidłowości w postępowaniu WPATH podczas opracowywania SOC-8 zostały opisane przez główne media, w tym *New York Times* [125],*Economist* [126],*Boston Globe* [127], *Fox News* [128]i *National Review* [129], a także przez *BMJ*, wiodący dziennik medyczny.[130] Pomimo tych doniesień, z wyjątkiem Amerykańskiego Towarzystwa Chirurgów Plastycznych (American Society of Plastic Surgeons) [(131)],główne amerykańskie stowarzyszenia medyczne nie wydały publicznych oświadczeń odnoszących się do kwestii poruszonych w niniejszym rozdziale.

W opinii przyjaciela sądu przedłożonej Sądowi Najwyższemu Stanów Zjednoczonych w sprawie *U.S. v. Skrmetti* [132] AAP i 21 innych organizacji medycznych opisuje SOC-8 jako „ustalone, oparte na dowodach wytyczne kliniczne". Opinia nie odnosi się do żadnych obaw ani ustaleń dotyczących opracowania wytycznych przedstawionych w niniejszym rozdziale. Podobnie grupa 11 wybitnych „specjalistów medycyny młodzieżowej, pediatrów, klinicystów, metodologów, profesorów i badaczy" — w tym specjalistów związanych z wydziałami medycznymi Uniwersytetu Harvarda, Uniwersytetu Stanforda i Uniwersytetu Pensylwanii — twierdzi w oddzielnej opinii, że SOC-8 posiada „wszystkie" cechy charakterystyczne dla wiarygodności Narodowej Akademii Medycznej([133]).

W 2022 r. Departament Sprawiedliwości Stanów Zjednoczonych (DOJ) interweniował, aby zakwestionować ustawę stanu Alabama dotyczącą ograniczeń wiekowych w *sprawie Boe przeciwko Marshallowi*, dzięki czemu zapoznał się z dokumentami WPATH, które zostały przedstawione w ramach wezwania sądowego. Niemniej jednak w sierpniu 2024 r. – dwa miesiące po ujawnieniu dokumentów – DOJ w briefie merytorycznym złożonym w *sprawie U.S. przeciwko Skrmetti* opisał WPATH jako „

---

[124] Boe przeciwko Marshall, nr 2:22-Cv-00184: 700-3 (2024, str. 294-295).
[125] Ghorayshi (2024b).
[126] The Economist (2024).
[127] Selin Davis (2024b).
[128] Joseph (2024).
[129] Whelan (2024a).
[130] Block (2024a).
[131] Sapir (2024c).
[132] Stany Zjednoczone przeciwko Skrmetti (nr 23-477), Amerykańska Akademia Pediatrii oraz dodatkowe krajowe i stanowe organizacje medyczne i zajmujące się zdrowiem psychicznym, opinia amicus curiae (2024, s. 8).
[133] Stany Zjednoczone przeciwko Skrmetti (nr 23-477), Eksperci ds. wytycznych dotyczących praktyki klinicznej, opinia amicus curiae (2024, s. 22).

wiodącego stowarzyszenia lekarzy zajmujących się leczeniem osób transpłciowych” i stwierdziło, że „wiodące organizacje medyczne i zajmujące się zdrowiem psychicznym w kraju uznają [SOC-8] za odzwierciedlenie przyjętych standardów opieki w leczeniu dysforii płciowej”.[134]

[134] Stany Zjednoczone przeciwko Skrmetti (nr 23-477), Brief dla wnioskodawcy (2024, str. 3).

Rozdział 11 Upadek zabezpieczeń medycznych

Kiedy dzieci lub nastolatki odczuwają silny dyskomfort związany ze swoją płcią, rodzice, co zrozumiałe, martwią się i zwracają się o poradę do pediatrów lub terapeutów. Ci pierwsi kierują ich do specjalistów, uważając, że wymaga to specjalistycznej wiedzy. Zarówno rodzice, jak i lekarze, z którymi początkowo się konsultują, prawdopodobnie oczekują, że osoby posiadające wiedzę specjalistyczną w zakresie „płci" przeprowadzą kompleksową ocenę, aby wykluczyć inne, być może bardziej powszechne przyczyny takich odczuć. Mogą oni ponadto zakładać, że leki blokujące dojrzewanie (PB), hormony płciowe (CSH) i operacje są oferowane tylko w rzadkich przypadkach, gdy mniej inwazyjne alternatywy są nieskuteczne, oraz po dokładnym rozważeniu indywidualnych potrzeb rozwojowych pacjenta, a także głębokiej niepewności i ryzyka związanego z leczeniem.

W niniejszym rozdziale opisano, w jaki sposób pierwotny protokół holenderski, stanowiący podstawę pediatrycznej transformacji medycznej (PMT), został przekształcony w Stanach Zjednoczonych w proces „kierowany przez dziecko", w którym osobiste „cele ucieleśnienia" pacjenta stanowią podstawę do określenia „medycznej konieczności". W sekcji 11.1 ponownie omówiono protokół holenderski (krytycznie oceniony we wcześniejszych rozdziałach) i zbadano, w jaki sposób pierwotne zabezpieczenia dotyczące praktyki pediatrycznej transformacji medycznej (PMT) zostały systematycznie zniesione w Stanach Zjednoczonych. W sekcji 11.2 oceniono częste twierdzenie, że PMT jest „rzadkością", kwestionując, czy ta rzekoma rzadkość rzeczywiście wskazuje na rygorystyczne standardy oceny. W sekcji
11.3 omawia głębszą zmianę celów PMT, podkreślając, jak zasadniczo zmieniła się koncepcja i rola „oceny". Sekcja 11.4 przedstawia osoby zgłaszające nieprawidłowości, które mają bezpośrednie doświadczenie w PMT i które, podobnie jak ich odpowiednicy w Wielkiej Brytanii [(1),]ujawniły praktyki, które uważają za niebezpieczne i niezgodne z ustalonymi standardami klinicznymi, dostarczając dodatkowych dowodów na przyspieszone ścieżki interwencji medycznych w wiodących klinikach pediatrycznych zajmujących się kwestiami płci w całych Stanach Zjednoczonych.

11.1 Protokół holenderski i złagodzenie jego kryteriów w Stanach Zjednoczonych.

Zgodnie z WPATH SOC-8, badania holenderskie związane z protokołem holenderskim dostarczają „najbardziej solidnych dowodów longitudinalnych potwierdzających korzyści płynące z zmiany płci

[1] Barnes (2023).

potwierdzając skuteczność leczenia farmakologicznego i chirurgicznego w okresie dojrzewania …”[2] Wswoim zeznaniu przed Komisją Medyczną i Komisją Medycyny Osteopatycznej stanu Floryda Aron Janssen, wiceprzewodniczący ds. klinicznych w Oddziale Psychiatrii Dziecięcej i Młodzieżowej im. Pritzkera w Lurie, pełniący również funkcję przewodniczącego Komitetu ds. Orientacji Seksualnej i Tożsamości Płciowej Amerykańskiej Akademii Psychiatrii Dziecięcej i Młodzieżowej, stwierdził, że „najlepsze dane longitudinalne, jakie posiadamy na temat młodzieży transpłciowej, pochodzą głównie z holenderskiej kliniki
… Holenderski model opieki [jest] dominującym modelem opieki, na którym opiera się większość amerykańskich klinik”.[3] SOC-8 wydaje się uznawać zabezpieczenia zalecane w protokole holenderskim, kontrastując „szczegółowy, kompleksowy proces diagnostyczny” tego protokołu z leczeniem opartym na „ograniczonej lub braku oceny”. Według WPATH to drugie podejście „nie ma poparcia empirycznego, a zatem niesie ze sobą ryzyko, że decyzja o rozpoczęciu interwencji medycznych potwierdzających płeć może nie leżeć w długoterminowym interesie młodej osoby w danym momencie”.[4]

11.1.1 Odejście amerykańskich klinik zajmujących się kwestiami płci od protokołu holenderskiego

W 2022 r. dziennikarze śledczy z agencji Reuters przeprowadzili wywiady z „lekarzami i innym personelem 18 klinik zajmujących się kwestiami płci w całym kraju” i stwierdzili, że „żaden z nich nie opisał niczego podobnego do trwających miesiące ocen [stosowanych przez holenderskich klinicystów] w swoich badaniach”. Siedem z 18 klinik stwierdziło, że nie ma nic przeciwko przepisywaniu hormonów podczas pierwszej wizyty nastolatka, pod warunkiem, że klinicyści nie zauważą żadnych „sygnałów ostrzegawczych”.[5]

Sami holenderscy klinicyści dostrzegli rozbieżności między modelem amerykańskim a swoim podejściem [6].Zwracając uwagę na zmianę wieku wystąpienia objawów, proporcji płci i profilu zdrowia psychicznego w populacji pediatrycznej, Annelou de Vries napisała w 2020 r., że „młodzież ta nie brała jeszcze udziału we wczesnych badaniach oceniających”. Rodzi to pytanie, czy pozytywne wyniki wczesnych interwencji medycznych mają również zastosowanie do nastolatków, którzy ostatnio zgłaszają się w ogromnej liczbie do placówek zajmujących się opieką nad osobami transpłciowymi, w tym

---

[2] WPATH odnosi się do de Vries et al. (2011) i de Vries et al. (2014), omówionych w kilku poprzednich rozdziałach.
[3] Florida Boards of Medicine and Osteopathic Medicine Joint Rules/Legislative Committee (2022), 47:45-48:03.
[4] Coleman i in. (2022).
[5] Terhune i in. (2022).
[6] Badania dotyczące reakcji różnych krajów na protokół holenderski można znaleźć w publikacji Kozlowska et al. (2024).

osoby, które pojawiają się w starszym wieku, prawdopodobnie bez historii [niezgodności płciowej] w dzieciństwie".(7) W 2021 r. Thomas Steensma skarżył się, że „reszta świata ślepo przyjmuje nasze badania…" (8) Steensma powtórzył to stanowisko w 2023 r., wyraźnie dystansując się od modelu opartego na dzieciach, dominującego w Stanach Zjednoczonych, stwierdzając: „To nie jest nasze podejście".

Warto zauważyć, że protokół holenderski nie zalecał operacji przed osiągnięciem pełnoletności, ale zgodnie z wytycznymi WPATH, które są stosowane w Stanach Zjednoczonych,[9] większość operacji, w tym większość operacji narządów płciowych, może być uznana za medycznie konieczną w przypadku niektórych nastolatków z GD.[10] W związku z tym nastolatki z GD poddawane są mastektomii[11] i (znacznie rzadziej) operacjom narządów płciowych.[12] W opublikowanych badaniach dotyczących mastektomii u nastoletnich kobiet z GD[13] niektóre uczestniczki miały zaledwie 12 lat.[14]

11.2 Czy pediatryczna transformacja medyczna jest „rzadkością"?

Aby wzmocnić przekonanie, że kontrola medyczna zapewnia bezpieczeństwo pacjentów, zwolennicy PMT często twierdzą, że interwencje medyczne są „rzadko przepisywane" nieletnim. Na przykład w 2022 r. prezes Amerykańskiej Akademii Pediatrii (AAP) stwierdził w artykule opublikowanym w *The Wall Street Journal*, że „w przypadku zdecydowanej większości dzieci" podejście „potwierdzające płeć" zaleca „przeciwieństwo" interwencji medycznych (15). Twierdzenia te nie znajdują potwierdzenia w danych.

W 2025 r. badanie *JAMA Pediatrics* wykorzystujące dane ubezpieczeniowe wykazało, że około 0,1% amerykańskich siedemnastolatków, czyli jeden na 1000, otrzymało CSH w latach 2018–2022. Autorzy doszli do wniosku, że interwencje hormonalne są zatem „rzadkie" i potępili „upolitycznienie opieki potwierdzającej płeć dla młodzieży transpłciowej... napędzane narracją

---

7 de Vries (2020).
8 Tetelepta (2021a). Dostępne jest angielskie tłumaczenie: Tetelepta (2021b).
9 Coleman i in. (2022).
10 Np. „Kluczowym wyzwaniem w opiece nad nastoletnimi osobami transpłciowymi jest jakość dowodów oceniających skuteczność niezbędnych z medycznego punktu widzenia *zabiegów* medycznych *i chirurgicznych* potwierdzających płeć (GAMST)" (Coleman i in., 2022, S45-S46, podkreślenie dodane).
11 Wright i in. (2023); Ghorayshi (2022); Sapir (2024c).
12 Milrod & Karasic (2017); Terhune i in. (2022).
13 Ascha i in. (2022); Olson-Kennedy, Warus i in. (2018); Tang i in. (2022).
14 Tang i in. (2022).
15 Szilagyi (2022a).

że miliony dzieci stosują hormony i że tego typu opieka jest zbyt swobodnie udzielana."[16]

Takie twierdzenia pomijają kilka istotnych faktów. Po pierwsze, żaden poważny krytyk lub sceptyk PMT nie twierdził, że „miliony dzieci stosują hormony". Po drugie, to, czy częstość występowania 1 na 1000 jest „rzadka", jest kwestią subiektywną. Dla porównania, częstość występowania cukrzycy typu 2 wynosi mniej niż 1 na 1000 – wskaźnik ten został określony przez władze medyczne jako „wysoki", a nawet jako „budząca niepokój epidemia" ([17]).Po trzecie, nawet interwencje medyczne, które są obiektywnie „rzadkie", mogą budzić głębokie obawy etyczne. Na przykład „tylko" około 600 spośród milionów afroamerykańskich mężczyzn zostało zrekrutowanych do wysoce nieetycznego badania nad kiłą w Tuskegee.

Kluczową kwestią w debacie na temat częstotliwości interwencji medycznych, a co za tym idzie, tego, czy są one „rzadkie" czy „dobrowolne", jest właściwy wybór mianownika. Autorzy badania *JAMA* obliczyli częstość występowania, przyjmując za mianownik całkowitą populację amerykańskich nastolatków. Jednak w komunikacie prasowym towarzyszącym badaniu jeden z autorów zauważył, że dostęp do hormonów był „zaskakująco niski, biorąc pod uwagę, że ponad 3% młodzieży licealnej identyfikuje się jako transpłciowa" – pośrednio odwołując się do innego mianownika.

Innym mianownikiem, który daje jeszcze wyższą szacowaną częstotliwość, jest liczba nastolatków, u których zdiagnozowano GD i/lub skierowano do kliniki zajmującej się kwestiami płciowymi, gdzie rzekomo przechodzą „ocenę" w celu ustalenia, czy wskazane są interwencje medyczne. Brakuje danych dotyczących wskaźnika medykalizacji wśród nastolatków, u których zdiagnozowano GD i/lub skierowano do kliniki zajmującej się kwestiami płciowymi.

Raporty poszczególnych klinik sugerują, że medykalizacja jest raczej normą niż wyjątkiem. Na przykład endokrynolog dziecięcy Daniel Shumer z Comprehensive Gender Services Program (CGSP) na Uniwersytecie Michigan Health oszacował, że „65 procent" pacjentów pediatrycznych skierowanych do jego kliniki ostatecznie otrzymuje CSH.[18] Według danych zebranych przez Jamiego Reeda, pracownika socjalnego w Washington University School of

---

[16] Hughes et al. (2025).
[17] Lawrence i in. (2021); Kingsbury & Greene (2025) oraz cytowane w nich artykuły naukowe.
[18] Doe przeciwko Horne, nr 4:23-cv-00185-JGZ: 265 (2025, s. 52).

Medicine Pediatric Transgender Center w St. Louis Children's Hospital, 67 procent pacjentów kliniki otrzymało zalecenia dotyczące interwencji endokrynologicznych w ciągu czterech lat jej pracy w klinice.[19] Wreszcie, sama organizacja WPATH sugeruje, że interwencje medyczne są odpowiednie dla „większości nastolatków", którzy się o nie ubiegają. W odpowiedzi na opublikowanie raportu Cass Review w Wielkiej Brytanii, WPATH wydało oświadczenie krytykujące raport jako „oparty na fałszywym założeniu, że niemedyczne alternatywy opieki spowodują mniejszy stres u większości nastolatków..." ([20])

11.3 Zmiana celów i nowe znaczenie „oceny"

AAP i inne amerykańskie stowarzyszenia medyczne twierdzą, że decyzje medyczne dotyczące transformacji płciowej nieletnich są podejmowane w porozumieniu z rodzicami i dopiero po „dokładnej ocenie diagnostycznej".[21] Zgodnie z pierwotnym protokołem holenderskim oceny miały na celu przewidzenie trwałej transseksualności, a hamowanie dojrzewania płciowego było traktowane jako część procesu diagnostycznego (zyskiwanie „czasu na zastanowienie się"). Natomiast model „potwierdzania płci", który ewoluował w Stanach Zjednoczonych, priorytetowo traktuje autonomię dzieci i młodzieży, pozwalając, aby ich aktualne „cele związane z ciałem" kierowały decyzjami dotyczącymi leczenia([22]).

Systematyczny przegląd zaleceń dotyczących postępowania w przypadku GD u dzieci i młodzieży wykazał brak „szczegółowych wytycznych" oraz „brak konsensusu co do celu lub podejścia klinicznego"[23] oceny. Zrozumienie realiów opieki klinicznej nad młodzieżą z GD w Stanach Zjednoczonych wymaga docenienia zmiany znaczenia oceny, która odzwierciedla głębszą zmianę celów PMT. Zgodnie z podejściem holenderskim celem było przewidzenie trwającego całe życie „transseksualizmu". Specjaliści ds. zdrowia psychicznego mieli ustalić, czy diagnoza GD jest właściwa, a jeśli tak, to czy prawdopodobnie utrzyma się ona w wieku dorosłym. Chociaż zwolennicy tego podejścia ogólnie uważają, że

---

[19] Broyles & Trakas (b.d.).
[20] Block (2024c). Oryginalne oświadczenie WPATH/USPATH (12 kwietnia 2024 r.) zostało usunięte ze strony internetowej WPATH (404 Not Found| WPATH, b.d.). Oświadczenie WPATH/USPATH z 12 kwietnia zostało omówione przez stację NPR WBUR (Scheimer et al., 2024). WPATH następnie zmieniło oświadczenie, usuwając cytowany fragment (patrz World Professional Association for Transgender Health & United States Professional Association for Transgender Health, 2024a; 2024b).
[21] Stany Zjednoczone przeciwko Skrmetti (nr 23-477), Amerykańska Akademia Pediatrii oraz dodatkowe krajowe i stanowe organizacje medyczne i zajmujące się zdrowiem psychicznym, opinia amicus curiae (2024).
[22] Block (2023d).
[23] Taylor, Hall, Heathcote i in. (2024b, s80).

Diagnoza GD jako warunek konieczny do podjęcia interwencji medycznej budzi znaczne kontrowersje co do tego, czy jest ona wystarczająca.

W ostatnim czasie zwolennicy wczesnej interwencji twierdzą, że „dzieci transpłciowe wiedzą, kim są” [24] i że celem leczenia jest pomoc w osiągnięciu ich osobistych „celów związanych z ucieleśnieniem” [25]. Jeśli samoocena nastolatka lub jego cele związane z ucieleśnieniem ulegną później zmianie, nie uznaje się tego za porażkę leczenia, ale za część „podróży płciowej” [26]. W 2023 r. Jason Rafferty, główny autor oświadczenia AAP z 2018 r. pt. „Zapewnienie kompleksowej opieki i wsparcia dla dzieci i nastolatków transpłciowych i o różnej tożsamości płciowej”, wyjaśnił, że PMT polega na „potwierdzaniu i walidacji poczucia tożsamości dziecka od pierwszego dnia do końca”. Jeśli dziecko mówi: „Jestem X”, działamy w oparciu o założenie, że to, co nam mówi, jest jego prawdą, że poczucie rzeczywistości dziecka i poczucie tego, kim jest, jest punktem odniesienia, wokół którego należy ukierunkować leczenie. Jeśli pacjenci później rezygnują z transformacji, nie oznacza to, że leczenie było niewłaściwe, nawet jeśli skutki interwencji są częściowo lub całkowicie nieodwracalne: „Nie są to niepowodzenia terapeutyczne, jeśli to właśnie potwierdza tożsamość pacjenta” – powiedział Rafferty [27].

Warto zauważyć, że bardziej ostrożne podejście, które dąży do jasności diagnostycznej i prognostycznej oraz ma na celu poprawę zdrowia psychicznego, okazało się niepoparte dowodami. Żadne badanie nie jest w stanie wiarygodnie przewidzieć naturalnego przebiegu rozwoju tożsamości nastolatka. W brytyjskim przeglądzie Cass Review stwierdzono, że diagnoza dysforii płciowej „nie pozwala przewidzieć, czy dana osoba będzie miała długotrwałą tożsamość transpłciową”.[28] Lekarze stosujący wcześniejszy model zorientowany na diagnostykę mogą postrzegać swoje podejście jako bardziej ostrożne w porównaniu z kolegami stosującymi nowszy model „potwierdzający”; jednak badania dotyczące wyników obu podejść zostały ocenione jako niewiarygodne.

Jednym ze wskaźników zmieniającej się definicji „oceny” jest fakt, że czołowi klinicyści zajmujący się kwestiami płci – którzy do niedawna charakteryzowali PB jako „w pełni odwracalne” i tymczasowe „przyciski pauzy” mające na celu dać pacjentom „czas na zastanowienie się” – obecnie uznają, że te

---

[24] Zob. przypis 33 w rozdziale 2.
[25] Ashley i in. (2023); Boskey i in. (2025, s. 2); Brennan i in. (2025, s. 5); Mosier-Mills i in. (2024).
[26] „Lekarze powinni postrzegać detransicję jako jeden z wielu możliwych etapów w procesie zmiany płci danej osoby” (Ashley i in., 2025, s. 7).
[27] Block (2023d).
[28] Cass (2024, s. 146).

Leki stanowią pierwszy krok w szerszym protokole medycznej transformacji i należy je rozpatrywać w połączeniu z hormonami płciowymi. Na przykład w opinii przyjaciela sądu przedłożonej Sądowi Najwyższemu Stanów Zjednoczonych czołowa zwolenniczka PMT, Meredithe NcNamara z Yale School of Medicine, wraz z współpracownikami krytykuje systematyczne przeglądy przeprowadzone przez University of York na zlecenie Cass Review za to, że nie ujęły one PB i CSH jako jednego „spójnego, dobrze zorganizowanego standardu opieki". Według McNamara i wsp., jeśli, jak sugerują badania, „zdecydowana większość nastolatków z dysforią płciową, którzy otrzymują blokery dojrzewania, przechodzi do terapii hormonami płciowymi", to nie dlatego, że PB zakłócają naturalny proces rozwiązywania GD, ale „ponieważ [nastolatki] są rzeczywiście transpłciowe i ponieważ ich diagnoza dysforii płciowej jest trafna".([29])To wyjaśnienie obserwowanej wysokiej trwałości dysforii płciowej nie ma poparcia empirycznego ze względu na brak kontrolowanych badań prospektywnych i budzi obawy dotyczące motywowanego rozumowania. Wielu autorów briefu aktywnie zajmuje się praktyką PMT i w związku z tym ma intelektualny i finansowy konflikt interesów (30).

11.3.1 Niejasność w SOC-8

Na pierwszy rzut oka WPATH SOC-8 może wydawać się zalecać ostrożne podejście do oceny. Przed podjęciem interwencji medycznej specjaliści ds. zdrowia psychicznego powinni przeprowadzić „kompleksową ocenę biopsychospołeczną" w celu „zrozumienia mocnych stron, słabości, profilu diagnostycznego i indywidualnych potrzeb nastolatka, aby zindywidualizować opiekę nad nim" [31].Jednocześnie jednak WPATH zaleca klinicystom stosowanie diagnozy „niezgodności płciowej w okresie dorastania i dorosłości" z *Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (*ICD-11), która w przeciwieństwie do diagnozy „dysforii płciowej" z DSM-5 wymaga jedynie „wyraźnej i trwałej niezgodności między płcią odczuwaną przez daną osobę a płcią przypisaną jej przy urodzeniu". Ponieważ SOC-8 definiuje transpłciowość w podobny sposób („osoby, których tożsamość płciowa i/lub płeć

[29] Stany Zjednoczone przeciwko Skrmetti (nr 23-477), Eksperci naukowi i lekarze, opinia amicus curiae (2024, str. 16-17).
[30] Główna autorka, McNamara, przedstawiała się w mediach i podczas wystąpień sądowych jako osoba świadcząca usługi PMT na rzecz nieletnich. Jednak w zeznaniu McNamara ujawniła, że w rzeczywistości nie podaje PMT nieletnim z GD. Zob. Sapir (2024b).
[31] Coleman i in. (2022, rozdział 6).

wyrażenia nie są typowe dla płci przypisanej im przy urodzeniu”) i nie wprowadza żadnego znaczącego rozróżnienia między tym znaczeniem transpłciowości a niekonformizmem płciowym, SOC-8 skutecznie uznaje identyfikację transpłciową za stan medyczny uzasadniający interwencje medyczne.[32]

Powszechnie uznaje się, że istnieje fundamentalna sprzeczność między dążeniem WPATH do traktowania tożsamości transpłciowej (niezgodności płciowej) jako normalnej i zdrowej odmiany rozwoju człowieka a twierdzeniem, że niezgodność płciowa wymaga „medycznie niezbędnego” leczenia. Sprzeczność ta została wyraźnie uznana w literaturze medycznej popierającej PMT, współczesnej przygotowaniu i publikacji piątej edycji DSM. Na przykład w 2013 r. Jack Drescher, wybitny klinicysta i zwolennik PMT, zwrócił uwagę na znaczną trudność w pogodzeniu „sprzecznych narracji” dotyczących „zmniejszenia stygmatyzacji (która leży u podstaw wezwania do usunięcia diagnoz dotyczących płci [z DSM]) i utrzymania dostępu do opieki (która wymaga istnienia diagnozy w celu uzyskania niezbędnego leczenia medycznego pokrywane przez płatników zewnętrznych)”.[33]

W okresie poprzedzającym publikację SOC-8, *The New York Times* poinformował o sporach między zwolennikami PMT dotyczących proponowanych zaleceń dotyczących oceny nastolatków. Jeden z klinicystów powiedział *Timesowi,* że wymaganie od kandydata do medycznej transformacji długotrwałej GD od dzieciństwa – kluczowego elementu protokołu holenderskiego – jest „szkodliwe, destrukcyjne, obraźliwe, nieetyczne i niemoralne”. Inny opisał zalecenia dotyczące oceny jako „kompleksowe badanie płci [nastolatka]”. Międzynarodowa Grupa ds. Zdrowia Osób Transpłciowych skrytykowała projekt rozdziału WPATH za „szkodliwe twierdzenie dotyczące psychogatekeeping” i „podważanie autonomii pacjenta”. Zapytany, czy właściwe jest ocenianie „podstawy tożsamości płciowej dziecka”, lekarz Colt St. Amand, współautor SOC-8, powiedział *Timesowi*, że „pachnie to starym rodzajem terapii konwersyjnej... Ludzie są tym, kim twierdzą, że są, mogą się rozwijać i zmieniać, a wszystko to jest normalne i w porządku”. St.
Amand był „mniej zainteresowany pewnością co do tożsamości, a bardziej zainteresowany

[32] Zob. rozdział 13; Skrót „T/GNC” [transgender and gender-nonconforming – osoby transpłciowe i nieprzystosowane płciowo] jest powszechnie stosowany w literaturze popierającej PMT.
[33] Drescher (2014, str. 11-12).

wysłuchanie celów danej osoby dotyczących wyglądu fizycznego. Czy chcesz mieć głęboki głos? Czy chcesz mieć piersi? Wiesz, czego chcesz dla swojego ciała?”[34]

11.3.2 Porzucenie wytycznych SOC-8

Chociaż wytyczne WPATH niekoniecznie zniechęcają do korzystania z opieki psychiatrycznej, nie wymagają jej również jako warunku wstępnego dla PMT. Niektórzy autorzy wytycznych sprzeciwiali się nawet minimalnym wymaganiom dotyczącym wsparcia psychiatrycznego, argumentując, że takie postanowienia są analogiczne do „terapii konwersyjnej”.[35]Jedynym formalnym zaleceniem SOC-8 jest „kompleksowa ocena biopsychospołeczna”, chociaż WPATH podkreśla, że jego wytyczne są „elastyczne”, pozostawiając tym samym miejsce na znaczne różnice w praktyce klinicznej (36).

W 2024 r. ujawnione dyskusje między członkami WPATH pokazały, w jakim stopniu praktyka członków tej organizacji nie zawsze jest zgodna z zaleceniami SOC-8. Niektórzy członkowie WPATH szczerze przyznali, że rezygnują nawet z minimalnych ocen psychologicznych i szybko przechodzą do interwencji hormonalnych.
Szczerość tych rozmów sugeruje, że nieprzestrzeganie wytycznych nie jest powodem do wstydu zawodowego i nie jest zjawiskiem odosobnionym (37).Elastyczność zawarta w SOC-8 spowodowała znaczne rozbieżności między teoretycznymi standardami wytycznych a praktyczną rzeczywistością w warunkach klinicznych.

Ponadto elastyczność ta skutecznie zapewniła liderom w dziedzinie PMT podstawę do argumentowania, że ocena nie powinna służyć do diagnostyki różnicowej lub „kontroli dostępu” do opieki medycznej, ale powinna przede wszystkim informować pacjentów i ich opiekunów o charakterze i skutkach interwencji medycznych. W 2020 r. podczas konferencji w Kanadzie poinformowano, że spośród badanych pediatrycznych klinik zajmujących się kwestiami płci połowa nie wymagała przeprowadzenia oceny zdrowia psychicznego przed rozpoczęciem interwencji hormonalnych (38).Jak stwierdziła niedawno jedna z grup klinicystów:

---

[34] Bazelon (2022b).
[35] Bazelon (2022a).
[36] Coleman i in. (2022, s. S6).
[37] Hughes (2024).
[38] Lawson i in. (2020).

> Kiedy rodzina zgłasza się do specjalisty ds. zdrowia psychicznego z prośbą o wydanie zaświadczenia o ocenie biopsychospołecznej w celu zahamowania dojrzewania, pracę rozpoczyna się od wyjaśnienia, w języku dostosowanym do poziomu rozwoju pacjenta, że nie jest to ocena tego, czy „jest on rzeczywiście osobą transpłciową", jak obawia się wielu pacjentów, ale raczej ocena mająca na celu pomóc mu zrozumieć zawiłości związane z zahamowaniem dojrzewania, tak aby mógł podjąć najlepszą dla siebie decyzję. Głównym celem jest dostarczenie informacji, przy jednoczesnym zidentyfikowaniu wszystkich potencjalnych form wsparcia (społecznego, edukacyjnego, medycznego i prawnego) związanych z płcią. ([39])

Jack Turban, główny autor niniejszego oświadczenia i dyrektor programu psychiatrii płciowej na Uniwersytecie Kalifornijskim w San Francisco, stwierdził, że diagnostyka różnicowa jest bezcelowa, a nawet może być szkodliwa. Kwestionuje on pogląd, że ocena zdrowia psychicznego może zmniejszyć ryzyko późniejszych wyrzutów sumienia, twierdząc, że „nie ma danych [sic], które wskazywałyby, że którekolwiek z tych ocen zmniejsza prawdopodobieństwo takiego [wyniku]". [40]Według Turban dzieci i młodzież „po prostu znajdą odpowiedzi, a następnie powiedzą to, co chcesz usłyszeć. W ten sposób nawiązujesz relację opartą na kłótniach z pacjentem lub klientem".

Robert Garofalo z Lurie Children's Hospital w Chicago zgadza się, że ustalanie przyczyn poczucia wyobcowania dziecka z własnego ciała poprzez ocenę jest zbędne.

> Czasami rodzice przychodzą i mówią: „Chcę się upewnić, że moje dziecko jest naprawdę transpłciowe… Czy możesz mi w tym pomóc?". Wtedy zwracam się do dziecka i pytam: „Tak, więc jaką masz tożsamość płciową?". Nie ma żadnego formularza, skali ani serii testów psychologicznych, które trzeba by wykonać. Naprawdę, każda młoda osoba może sama odpowiedzieć na to pytanie… Rodzice… myślą, że przyjdą i przeprowadzą ocenę, która pomoże określić tożsamość płciową ich dziecka, podczas gdy w rzeczywistości

[39] Turban i in. (2025, s. 12-13).
[40] GenderGP (2021).

> ... nasza praca polega czasem po prostu na uświadomieniu im, że tożsamość płciowa każdego człowieka ... jest normalną odmianą ... [41]

Amy Tishelman, była pracownica Gender Multispecialty Service w Boston Children's Hospital, wyraziła niezadowolenie z nowego modelu oceny w wywiadzie dla *The Boston Globe*. „Nigdy nie podobał mi się taki sposób charakteryzowania tego zagadnienia. Uważam, że ocena powinna obejmować coś więcej niż tylko pytanie: „Czy dana osoba powinna poddać się interwencji medycznej, czy nie?" ([42])Natomiast lekarz A.J. Eckert, były dyrektor medyczny Anchor Health Initiative w Connecticut, oświadczył: „Jeśli jesteś osobą transpłciową, wierzę ci". Według Eckerta osoby niepełnoletnie „są najlepiej przygotowane do podejmowania decyzji dotyczących [własnego] ciała". Eckert wyjaśnił ponadto, że chociaż Anchor Health nie zapewnia interwencji medycznych przed okresem dojrzewania, terapia psychologiczna nie jest obowiązkowa, ponieważ „bycie osobą transpłciową nie jest patologią"([43]).

11.3.3 Skrócenie czasu oceny

Erozja praktyk medycznych w zakresie ochrony pacjentów w amerykańskich klinikach zajmujących się kwestiami płci jest widoczna w znacznym skróceniu czasu trwania oceny pacjentów w renomowanych placówkach.

11.3.3.1 Szpital Dziecięcy w Bostonie

GeMS w Szpitalu Dziecięcym w Bostonie jest pierwszą w kraju kliniką pediatryczną zajmującą się kwestiami płci i cieszy się dużym uznaniem na arenie międzynarodowej. Podczas gdy w 2013 r. GeMS przeznaczało co najmniej 20 godzin na ocenę stanu zdrowia psychicznego każdego pacjenta, z dokumentów sądowych wynika, że do 2021 r. klinika skróciła czas trwania tych ocen do około dwóch godzin na pacjenta [44].Laura Edwards-Leeper, psycholog założycielka kliniki, określiła tę zmianę jako „szokującą". Amy Tishelman, była psycholog kliniki GeMS i twórczyni SOC-8, określiła ją jako „lekkomyślną".([45]) Kadencja Tishelman zakończyła się po sporach z kolegami, które doprowadziły do postępowania sądowego. Obecny współdyrektor Kerry McGregor bronił skrócenia czasu oceny, twierdząc, że dwugodzinne oceny zostały wprowadzone około

---

[41] Figliolia (2025).
[42] Damiano (2024b).
[43] Edwards-Leeper & Anderson (2021); cytat z Eckerta pochodzi z Eckert (2020).
[44] Alder (2024).
[45] Ryan (2024a).

2017–2018 i są „odpowiednie” biorąc pod uwagę rosnącą liczbę pacjentów.[46] Endokrynolog i dyrektor GeMS Jeremi Carswell zauważył w 2021 r., że leki blokujące dojrzewanie są przepisywane „jak cukierki”.[47]

11.3.3.2 Szpital Dziecięcy w Los Angeles

Johanna Olson-Kennedy, dyrektor medyczny Centrum Zdrowia i Rozwoju Młodzieży Transpłciowej w Szpitalu Dziecięcym w Los Angeles, przyznała, że zatwierdza niektóre z jej nieletnich pacjentów do interwencji endokrynologicznych po „kilku godzinach” oceny.[48] W grudniu 2024 r. Olson-Kennedy i szpital zostali pozwani przez byłego pacjenta, któremu Olson-Kennedy rzekomo zatwierdziła PB w wieku 12 lat po jednej konsultacji, bez udziału specjalisty ds. zdrowia psychicznego. W pozwie zarzuca się ponadto, że Olson-Kennedy poinformowała rodziców pacjenta, że bez interwencji medycznej pacjentowi grozi ryzyko samobójstwa, mimo że nie miał on wcześniej historii samobójczej. Następnie pacjentowi podano testosteron w wieku 13 lat, w wieku 14 lat przeszedł podwójną mastektomię, a w wieku 17 lat zalecono mu histerektomię. ([49])

11.3.3.3 Szpital Dziecięcy Lurie

Podczas webinarium zorganizowanego przez AMAZE, producenta treści edukacyjnych dotyczących seksu dla uczniów, Robert Garofalo z Lurie Children’s w Chicago wyjaśnił, w jaki sposób jego klinika postępuje z rodzicami, którzy mają wątpliwości co do bezpieczeństwa interwencji medycznych.

> Większość młodych ludzi, którzy przychodzą, chce dowiedzieć się, jak szybko mogą zacząć przyjmować hormony i jaki jest najbezpieczniejszy sposób, aby to zrobić... 80% młodych ludzi, którzy przychodzą, często ma bardzo aktywistyczne nastawienie i przyprowadza rodziców na wizytę lekarską... Przeciwwagą dla tego są rodzice, którzy często przychodzą z pytaniami o to, jak można to zrobić bezpiecznie, czy to naprawdę właściwa decyzja, więc naprawdę trudno jest połączyć wszystkie elementy, aby zaspokoić potrzeby pacjenta, ale także

[46] Damiano (2024a).
[47] Lindquist (2022).
[48] Zeznanie J. Olson-Kennedy w sprawie LB przeciwko Premera Blue Cross nr 2:23:Cv-00953-TSZ (2024, s. 63).
[49] Skarga, Breen przeciwko Olson-Kennedy, nr 24STCV32096 (2024).

> przekonując rodziców... w taki sposób, aby nadal zdobywali wiedzę, dzięki czemu będą czuli się komfortowo z decyzjami, które zamierzają podjąć, ponieważ prawda jest taka, że ci młodzi ludzie potrzebują, aby ich rodzice byli zdrowi i dobrze wykonywali swoją rolę, a więc naszym zadaniem jako pediatrów jest zapewnienie, aby cała rodzina w pewien sposób, miejmy nadzieję, zmierzała do idealnej sytuacji, w której czuje się wsparcie i troskę. Zazwyczaj to młoda osoba przychodzi, wiedząc dokładnie, czego chce, a my staramy się przeprowadzić ją przez ten proces, zapewniając jej bezpieczeństwo i łagodząc obawy rodziców.

Garofalo wyjaśnił swoje rozumienie wspólnego podejmowania decyzji:

> Jeśli lekarz uważa, że zna odpowiedź [na pytanie, czy interwencja medyczna jest właściwa], to jest złym lekarzem. Odpowiedź leży w młodej osobie i jej rodzinie. Twoim zadaniem jako pracownika służby zdrowia jest pomóc im w tej drodze, znaleźć odpowiedzi i rozwiązania, które będą dla nich autentyczne i zdrowe. [50]

11.3.3.4 Szpital Dziecięcy w Seattle

W odpowiedzi na badanie Tordoff i in. (2022), przeprowadzone w Seattle Children's Gender Clinic [51],jeden z komentatorów zwrócił uwagę, że grupa kontrolna, która otrzymała wyłącznie psychoterapię, mogła wykazywać stosunkowo gorszy stan zdrowia psychicznego z powodu błędu selekcji: „pacjenci z współistniejącymi problemami psychicznymi mogli być potencjalnie zniechęceni do przyjęcia leczenia, dopóki nie zajęto się ich współistniejącymi schorzeniami". [52]Główna autorka Diana Tordoff odpowiedziała na ten komentarz, wskazując, że „młodzież, która zgłaszała umiarkowaną lub ciężką depresję, lęk lub myśli samobójcze, nie była pozbawiona dostępu do PB/GAH [leków blokujących dojrzewanie i hormonów potwierdzających płeć], zwłaszcza że wiadomo, że rozpoczęcie stosowania PB/GAH poprawia lub łagodzi te objawy". (53)Osiemnastolatkom „zapewniono opiekę w oparciu o model świadomej zgody i nie byli oni

[50] Figliolia (2025).
[51] Tordoff i in. (2022); dalsza dyskusja w sekcji 6.2.2.
[52] Tordoff i in. (2022) [komentarz internetowy; 7 marca 2022 r.].
[53] Tordoff i in. (2022) [komentarz online; 13 marca 2022 r.].

wymagane do przeprowadzenia oceny stanu zdrowia psychicznego". Tordoff zauważył również, że praktyki Seattle Children's były zgodne z (ówczesnym projektem) wytycznych SOC-8.[54]

11.3.3.5 UCSF Benioff

W 2018 r. organizacja Gender Spectrum zorganizowała panel z udziałem Ilany Sherer, pediatry i klinicystki zajmującej się kwestiami płci, oraz Diane Ehrensaft, psycholog klinicznej z UCSF Benioff i jednej z głównych twórczyń podejścia „potwierdzającego płeć" w Stanach Zjednoczonych. Sherer powiedziała, że widzi „mnóstwo dzieci", które „nie mają dysforii [płciowej], naprawdę nie mają problemów ze zdrowiem psychicznym, więc powiedzenie im: »musisz zdobyć zaświadczenie od lekarza specjalisty zdrowia psychicznego« wydaje mi się trudne". Ponieważ jednak do interwencji medycznych wymagane jest zaświadczenie, Sherer wyjaśniła, że „w naszych klinikach zaczęliśmy zapraszać osoby takie jak Diane [Ehrensaft]... przeprowadza krótką ocenę i wydaje swoją opinię – wiem, że [zwracając się do Ehrensaft] powiedziałaś, że nie zatwierdzasz wszystkiego bez zastanowienia, ale w moim odczuciu tak właśnie to wygląda – dzięki czemu możemy przejść dalej i powiedzieć: „OK, teraz możemy porozmawiać o tym, po co naprawdę tu przyszedłeś" ([55]).

11.3.3.6 Planned Parenthood

Specjalistyczne kliniki zajmujące się kwestiami płci nie są jedynymi placówkami przepisującymi nastolatkom leki hormonalne. Według raportu śledczego opublikowanego w 2024 r. w *The Free Press*, Planned Parenthood jest „wiodącym dostawcą" hormonów dla młodych ludzi w kraju. Około 40% z ponad 40 000 pacjentów, którym Planned Parenthood przepisało hormony w 2023 r., było w wieku od 18 do 22 lat. Niektóre oddziały „oferują jednak hormony od 16 roku życia za zgodą rodziców". W ostatnich latach kliniki Planned Parenthood przyjęły politykę przyspieszonego dostępu w oparciu o „świadomą zgodę". Nicole Chaisson, dyrektor medyczny Planned Parenthood North Central States, powiedziała *The Free Press*, że „kontrola dostępu nie jest konieczna. Ludzie są ekspertami w zakresie własnego ciała i własnej drogi życiowej i dopóki mogą

[54] Tordoff i in. (2022) [komentarz online; 13 marca 2022 r.].
[55] Sherer (2018).

podejmować decyzje, powinni być podmiotami odpowiedzialnymi za własną opiekę zdrowotną". Chaisson stwierdziła, że nastolatki powinny „opuszczać klinikę z receptą" po jednej wizycie.[56]

Jamie Reed, były kierownik ds. przypadków w klinice pediatrycznej ds. płci na Uniwersytecie Waszyngtońskim w St. Louis, wcześniej pracował w Planned Parenthood. Reed zeznał w oświadczeniu, że klinika ds. płci w St. Louis kierowała nieletnich pacjentów do Planned Parenthood, „gdy nie mieliśmy zgody opiekunów prawnych", ponieważ Planned Parenthood otrzymywało „recepty dla tych dzieci, gdy nie spełniały one" kryteriów diagnostycznych. Chociaż Planned Parenthood wymaga zgody dorosłego opiekuna, aby przepisać hormony nieletnim, Reed powiedział, że Planned Parenthood „nie weryfikowało, kim jest osoba dorosła, która przyprowadza [nieletniego pacjenta] do budynku".([57])

11.4 Informatorzy

W publicznych wypowiedziach zwolennicy i praktycy PMT rutynowo sugerują, że ocena pełni funkcję swego rodzaju „bramki" medycznej, sugerując, że PB, CSH i operacje są oferowane ostrożnie i tylko pacjentom, którzy naprawdę potrzebują takich interwencji. Meredithe McNamara argumentowała, że „błędnym przekonaniem" jest twierdzenie, że „ujawnienie przez dziecko dysforii płciowej prowadzi do impulsywnych, nieodwracalnych decyzji". Raczej „decyzje dotyczące tego, czy, kiedy i w jaki sposób podjąć interwencje medyczne, są powolne, rygorystyczne i zindywidualizowane" ([58]). W swoim zeznaniu przed Florida Boards of Medicine and Osteopathic Medicine w 2022 r. Aron Janssen z Lurie Children's powiedział, że leczenie poprzedza „dokładna i szczegółowa ocena zdrowia psychicznego pacjenta, w tym współwystępujących schorzeń, historii traumy, używania substancji psychoaktywnych i wielu innych czynników"([59]).

W ostatnich latach jednak osoby zgłaszające nieprawidłowości, które mają bezpośrednie doświadczenie w pracy w klinikach zajmujących się kwestiami płci, przedstawiły przekonujące kontrprzykłady. Ich zeznania były często odrzucane, ignorowane, marginalizowane lub dyskredytowane przez współpracowników. Kilka osób spotkało się również z represjami z powodu ujawnionych informacji.

---

[56] Block (2024d).
[57] Noe przeciwko Parson, nr 23AC-CC04530 (2024, s. 172).
[58] McNamara (2024).
([59]) Wspólny Komitet Regulacyjny/Legislacyjny Rady Medycznej i Rady Medycyny Osteopatycznej stanu Floryda (2022), 43:57.

11.4.1 Laura Edwards-Leeper i Erica Anderson

W 2021 r. Laura Edwards-Leeper, psycholog założycielka pierwszej kliniki pediatrycznej zajmującej się kwestiami płci w Stanach Zjednoczonych, oraz Erica Anderson, psycholog kliniczny i była prezes Amerykańskiego Stowarzyszenia Zawodowego ds. Zdrowia Osób Transpłciowych (USPATH), stały się pierwszymi znanymi sygnalistkami w Stanach Zjednoczonych. W artykule opublikowanym w *The Washington Post* Edwards-Leeper i Anderson ostrzegły, że nastolatki są „pospiesznie kierowane" do interwencji medycznych bez wystarczającej oceny psychologicznej lub rozważenia. „Lawina skierowań do placówek zdrowia psychicznego i klinik medycznych zajmujących się kwestiami płci, w połączeniu z klimatem politycznym, w którym leczenie każdego pacjenta jest traktowane jako papierkiem lakmusowym społecznej tolerancji, skłania wielu świadczeniodawców do niedbałej i niebezpiecznej opieki" ([60])– napisały.

Po publikacji w *„The Washington Post*" USPATH starało się nałożyć moratorium na możliwość wypowiadania się Andersona w prasie, podczas gdy WPATH finalizowało SOC-8.
Anderson zrezygnował z członkostwa w organizacji w proteście ([61]).

W wywiadzie udzielonym dziennikarce Abigail Shrier Anderson ostrzegł, że obecne podejście PMT wiąże się z „niechlujną pracą służby zdrowia", co może skutkować podejmowaniem przez młodych ludzi decyzji, których później będą żałować. Marci Bowers, ginekolog i chirurg, która podobnie jak Anderson identyfikuje się jako osoba transpłciowa, podzieliła te obawy w tym samym wywiadzie.
Bowers zauważyła, że chociaż interwencje medyczne początkowo wydawały się obiecujące, w praktyce nie przyniosły one lepszych – ani nawet równoważnych – wyników w porównaniu z wcześniejszymi metodami. Bowers wyraziła szczególne zaniepokojenie długoterminowymi skutkami tych interwencji dla zdolności reprodukcyjnych, zdrowia seksualnego i zdolności pacjentów do doświadczania intymności [62].

Pomimo krytyki dominującego obecnie w ich dziedzinie podejścia „potwierdzającego płeć", Anderson i Edwards-Leeper nadal uważają, że przynajmniej niektóre dzieci i młodzież odnoszą korzyści z medycznej transformacji. Bowers wystosowała szczegółowe pismo z przeprosinami do WPATH

---

[60] Edwards-Leeper & Anderson (2021).
[61] Selin Davis (2022).
[62] Shrier (2021b).

kierownictwem[63] i pozostał w organizacji, pełniąc funkcję jej prezesa w latach 2022–2024.

11.4.2 Jamie Reed

W 2022 roku Christopher Lewis i Sarah Garwood, ówcześni współdyrektorzy Centrum Pediatrycznego Transpłciowości Uniwersytetu Waszyngtońskiego w Szpitalu Dziecięcym w St. Louis, zeznali przed Komisją Sądowniczą Izby Reprezentantów stanu Missouri, że „interwencje medyczne są przeprowadzane w ramach kompleksowego i multidyscyplinarnego podejścia zespołowego, które obejmuje ocenę zdrowia psychicznego i wymaga zgody wszystkich rodziców sprawujących opiekę lub opiekunów” [64]. Rozpoczynając od bezpodstawnego stwierdzenia, że PMT „dosłownie ratuje życie” (zob. 4.3.4, gdzie omówiono ryzyko samobójstwa), Lewis, endokrynolog Centrum, podkreślił, że „w przypadku transseksualnych nastolatków w okresie dojrzewania usługi medyczne są uruchamiane dopiero po spełnieniu surowych kryteriów kwalifikacyjnych... Obejmuje to specjalistów ds. zdrowia psychicznego, którzy odpowiednio udokumentowali i zbadali różne aspekty tożsamości płciowej i zdrowia psychicznego [sic], kwestie i schorzenia psychospołeczne oraz zdolność do zrozumienia swoich decyzji i wyrażenia zgody”.(65)

Twierdzenia te zostały później zakwestionowane przez Jamiego Reeda, który przez cztery lata pracował w Centrum jako kierownik ds. przypadków odpowiedzialny za przyjmowanie pacjentów i nadzór. W zeznaniach złożonych pod przysięgą Reed stwierdził, że Lewis już na wczesnym etapie wskazał, że „nie obchodzi go”, czy pacjenci spełniają kryteria dysforii płciowej. Nie było to „wymogiem koniecznym do przepisania hormonów”.(66) Dochodzenie przeprowadzone przez *The New York Times* dostarczyło dodatkowych szczegółów na temat praktyk kliniki i potwierdziło większość aspektów zeznań Reeda. Według dochodzenia jeden z pacjentów, który następnie zrezygnował z transformacji, otrzymał receptę na testosteron po jednej wizycie, bez wcześniejszej oceny przez specjalistę ds. zdrowia psychicznego. Kiedy we wrześniu 2022 r. opublikowano WPATH SOC-8, Lewis wysłał SMS-a do Karen Hamon, pielęgniarki Centrum, pisząc: „W tej chwili nie mam pojęcia, jak spełnić najbardziej rygorystyczne interpretacje SOC”.(67)

---

[63] Boe przeciwko Marshall, nr 2:22-cv-00184: 700-5 (2024, str. 67-71).
[64] Lewis & Garwood (2022, 9:14:55).
[65] Lewis & Garwood (2022, 9:16:40).
[66] Noe przeciwko Parson, nr 23AC-CC04530 (2024, str. 244).
[67] Ghorayshi (2023b).

Według Reed, Centrum zareagowało na pięciokrotny wzrost liczby pacjentów, oferując pracownikom służby zdrowia zajmującym się zdrowiem psychicznym wzór listu poparcia do podpisania, mając nadzieję, że przyspieszy to proces zatwierdzania terapii endokrynologicznych. „Wystarczyło tylko skopiować i wkleić" – zeznała Reed w oświadczeniu. Reed powiedziała, że kiedy przedstawiła swoje obawy Lewisowi, „nie przejął się tym i zamierzał i tak przekazać [list]".(68)

Zaniepokojeni tym, że Centrum nie śledziło wyników leczenia pacjentów, Reed i Hamon stworzyli „listę czerwonych flag", prywatny arkusz kalkulacyjny Excel, w którym dokumentowali przypadki pacjentów z złożonymi problemami zdrowia psychicznego. Jak donosi *Times*, lista obejmowała „pacjenta przyjmującego testosteron, który przestał brać leki na schizofrenię bez konsultacji z lekarzem, oraz innego, który miał halucynacje wzrokowe i węchowe.
Kolejny przebywał w szpitalu psychiatrycznym przez pięć miesięcy". (69) Reed opisał również nastolatkę z „niestabilnej rodziny", która znajdowała się w „niepewnej sytuacji życiowej i miała historię zażywania narkotyków" i w wieku 16 lat została poddana terapii hormonalnej, a następnie w wieku 18 lat poddana podwójnej mastektomii. Trzy miesiące później żałowała operacji i poinformowała klinikę: „Chcę odzyskać moje piersi". [70]Według *Timesa* pacjentka dwukrotnie kontaktowała się z chirurgiem z Washington University w sprawie swojego życzenia dotyczącego rekonstrukcji piersi, ale nie otrzymała odpowiedzi.(71)

Reed przypomniał sobie przypadek 17-letniej dziewczyny, której podano testosteron i która zgłosiła „krwawienie z pochwy". Dziewczynie zalecono użycie grubej podpaski, aby wchłonąć krew. „W ciągu niecałej godziny przemoczyła bardzo grubą podpaski, dżinsy i ręcznik, którym owinęła się w talii. Pielęgniarka w centrum kazała jej natychmiast udać się na pogotowie". Centrum „dowiedziało się później, że dziewczyna odbyła stosunek płciowy, a ponieważ testosteron rozrzedza tkanki pochwy, jej kanał pochwy pękł. Musiała zostać poddana sedacji i operacji, aby naprawić uszkodzenie".(72)

Reed poinformowała, że kiedy zgłosiła lekarzom centrum swoje obawy dotyczące nieodpowiedniej oceny stanu zdrowia psychicznego i zabezpieczenia, jej zastrzeżenia zostały

---

[68] Noe przeciwko Parson, nr 23AC-CC04530 (2024, s. 165).
[69] Ghorayshi (2023b).
[70] Reed (2023a).
[71] Ghorayshi (2023b).
[72] Reed (2023a).

wielokrotnie odrzucano jej wnioski i doradzano jej, aby „zaakceptowała sytuację lub odeszła". Osoby, które wyrażały wątpliwości, często spotykały się z oskarżeniami o „transfobię".[73] Podobne zjawisko zastraszania odnotowano w Gender Identity Development Service (Pracowni Rozwoju Tożsamości Płciowej) w Tavistock w Wielkiej Brytanii.[74]

Reed, która jest lesbijką, głęboko żałuje swojego dawnego zaangażowania w PMT i od tego czasu stała się czołową orędowniczką ograniczeń praktyk, które uważa za szkodliwe, zwłaszcza dla młodzieży z pojawiającym się pociągiem do osób tej samej płci, która jest nadreprezentowana wśród pacjentów [75]. Centrum zaprzestało świadczenia usług PMT po uchwaleniu ustawy senackiej nr 49 (SB 49) w stanie Missouri.[76] Lewis, endokrynolog Centrum, przyjął pracę w Kolorado, gdzie obecnie praktykuje PMT w Children's Hospital Colorado.[77]

11.4.3 Tamara Pietzke

W lutym 2024 r. Tamara Pietzke, licencjonowana pracownica socjalna i terapeutka w MultiCare Health System w Tacoma w stanie Waszyngton, ujawniła szkodliwe praktyki stosowane w jej środowisku klinicznym. [78]Pietzke opisała pacjentów z poważnymi współistniejącymi zaburzeniami zdrowia psychicznego i skomplikowaną historią życia, którzy pomimo tych słabości zostali zakwalifikowani do interwencji hormonalnych.

Jedna pacjentka, 13-letnia nastolatka, miała zdiagnozowaną depresję, lęk, zespół stresu pourazowego i sporadyczne zaburzenia wybuchowe. W dzieciństwie doświadczyła przemocy, zaniedbania i przemocy seksualnej, a według Pietzke „w jej domu dostępne były wyłącznie horrory i filmy pornograficzne". Pacjentka powiedziała również Pietzke, że jej matka praktykowała zoofilię. Podczas sesji terapeutycznych komunikowała się, pokazując Pietzke na swoim telefonie niezwykle sadystyczne i drastyczne filmy pornograficzne. Pacjentka miała również zaburzenia ze spektrum autyzmu, co mogło przyczyniać się do jej trudności w komunikacji. Pietzke zauważył, że dziewczyna „cofała się w rozwoju" poprzez „oglądanie *Teletubisiów* i ssanie smoczka".[79] Zakaz zbliżania się

---

[73] Reed (2023a).
[74] Barnes (2023); Cass (2024).
[75] Reed (2023b).
[76] Uniwersytet Waszyngtoński (2023).
[77] Uniwersytet Kolorado Anschutz Medical Campus (b.d.).
[78] Pietzke (2024a).
[79] Pietzke (2024a).

został również zastosowany wobec matki pacjentki, która wcześniej próbowała skrzywdzić siostrę dziewczynki w jej obecności. Dziewczynki były wychowywane przez byłego partnera matki.

Oprócz tych oczywistych sygnałów ostrzegawczych Pietzke zauważyła, że jej 13-letnia pacjentka nigdy nie prosiła o testosteron i nie wykazała zrozumienia działania tego hormonu, gdy poruszono ten temat. Niemniej jednak klinika ds. płci w szpitalu dziecięcym Mary Bridge, należącym do MultiCare, zatwierdziła podanie testosteronu nastolatce już podczas jej pierwszej wizyty. Klinika poprosiła Pietzke o podpisanie listu poparcia, w którym potwierdzałaby, że pacjentka nie ma żadnych przeciwwskazań związanych ze zdrowiem psychicznym. Pietzke odmówiła, a sprawa została skierowana do zespołu ds. zarządzania ryzykiem szpitala. Zamiast jednak stanąć po stronie Pietzke, zespół ds. zarządzania ryzykiem przekazał nastolatkę innemu terapeucie. Pietzke napisała do Amber Rolfe, wewnętrznej ekspertki MultiCare ds. „opieki potwierdzającej płeć", wyjaśniając swoje obawy, a nawet powołując się na sekcje 6.3 i 6.12 rozdziału dotyczącego nastolatków w WPATH SOC-8 na poparcie swojej decyzji.

Rolfe nie zgodziła się z oceną kliniczną Pietzke i cytatami z SOC-8, twierdząc, że nic w historii pacjenta, jego zachowaniu ani współistniejących diagnozach nie stanowiło przeciwwskazania do leczenia hormonalnego. [80]„Nie ma ważnych, opartych na dowodach i zweryfikowanych przez ekspertów badań, które wskazywałyby, że dysforia płciowa wynika z czegoś innego niż płeć (w tym trauma, autyzm, inne zaburzenia zdrowia psychicznego itp.)". – napisał Rolfe do Pietzke.([81]) „W swej istocie diagnoza koncentruje się na niezgodności tożsamości płciowej z płcią przypisaną przy urodzeniu". Rolfe zasugerował również Pietzke, aby przeanalizowała swoje uprzedzenia i rozważyła przeniesienie pacjentki „do kogoś, kto czuje się komfortowo w zapewnianiu opieki potwierdzającej tożsamość płciową".([82]) Pietzke wkrótce potem zrezygnowała z pracy w MultiCare i upubliczniła swoją historię.

11.4.4 Eithan Haim

Eithan Haim, chirurg wcześniej związany z Texas Children's Hospital (TCH), stał się sygnalistą po odkryciu, że TCH przeprowadzało medyczną transformację płciową.

---

[80] Sapir (2024a).
[81] Rolfe (2023).
[82] Rolfe (2023).

procedury dotyczące nieletnich, pomimo publicznego ogłoszenia zaprzestania takich procedur.[83] W 2022 r., w odpowiedzi na opinię prokuratora generalnego stanu Teksas, w której opisano PMT jako potencjalnie nadużycie, TCH ogłosiło, że wstrzyma interwencje hormonalne wobec młodzieży identyfikującej się jako transpłciowa.[84]Pomimo tej deklaracji Haim dowiedział się o trwających praktykach, które jego zdaniem były sprzeczne z tymi twierdzeniami; trzy dni po publicznym oświadczeniu 11-letni pacjent otrzymał implant blokujący dojrzewanie, a podobne interwencje były kontynuowane przez cały następny rok, obejmując dziesiątki innych pacjentów. (85) Wmaju 2023 r. Haim anonimowo przekazał dziennikarzowi Christopherowi Rufo zanonimizowane dokumenty szpitalne i powiązane dokumenty, co doprowadziło do publicznego ujawnienia sprawy. Ujawnione dane sugerowały, że TCH wprowadził opinię publiczną w błąd co do wstrzymania programu PMT.(86)

Haim został oskarżony o cztery przestępstwa na podstawie ustawy o przenośności i odpowiedzialności w ubezpieczeniach zdrowotnych (HIPAA). Prokuratorzy argumentowali, że Haim nie był upoważniony do dostępu do danych pacjentów i że zrobił to z zamiarem wyrządzenia szkody szpitalowi. [87] Zarzuty groziły karą do 10 lat pozbawienia wolności. Haim nie przyznał się do winy, zaprzeczając, że jego dostęp do dokumentacji pacjentów był nieuprawniony, i twierdząc, że ujawnienie tych informacji było działaniem mającym na celu ochronę dzieci, a nie złośliwym czynem.(88) Zarzuty były nietypowe, ponieważ naruszenia HIPAA są zazwyczaj rozpatrywane w ramach postępowania cywilnego, a nie karnego. Decyzja o wniesieniu oskarżenia karnego wzbudziła podejrzenia, że działania rządu federalnego miały charakter odwetowy.(89)

Akt oskarżenia Departamentu Sprawiedliwości przeciwko Haimowi musiał być wielokrotnie zmieniany po ujawnieniu, że rząd mylił się co do zaangażowania Haima w TCH. Drugi akt oskarżenia musiał zostać ponownie zmieniony, ponieważ Haim został oskarżony o działania, które zgodnie z prawem nie stanowią przestępstwa. Trzeci akt oskarżenia, z którego usunięto większość pierwotnych zarzutów dotyczących faktów, dotyczył nieuprawnionego dostępu do dokumentacji pacjentów z zamiarem wyrządzenia szkody lekarzom i szpitalowi, a nie pacjentom. W styczniu 2025 r.

---

[83] Haim (2024).
[84] Campion (2022).
[85] Haim (2024).
[86] Alder (2025).
[87] Trombly (2024).
[88] Alder (2025).
[89] Trombly (2024).

Po miesiącach sporów prawnych i rosnącej krytyce opinii publicznej, która uznała postępowanie prokuratury za „wojnę prawną”, prokuratorzy federalni oddalili wszystkie zarzuty wobec Haima z zastrzeżeniem, skutecznie uniewinniając go. [90]

W listopadzie 2024 r. prawnicy Haima poinformowali Departament Sprawiedliwości, że główna prokurator w tej sprawie, Tina Ansari, oraz jej rodzina mieli „znaczące powiązania finansowe i polityczne” z Texas Children’s Hospital i Baylor College of Medicine, co mogło powodować potencjalny konflikt interesów.[91] Wkrótce potem Ansari wycofała się z tej sprawy.[92]

[90] Komisja Sprawiedliwości Izby Reprezentantów (Kongres Stanów Zjednoczonych) (2025).
[91] Patrick (2024).
[92] Whelan (2024b).

Rozdział 12 Reakcja stowarzyszeń medycznych

W niniejszym rozdziale przeanalizowano, w jaki sposób, pomimo rosnącej świadomości problemów, 8. wersja *standardów opieki* (SOC-8) Światowego Stowarzyszenia Specjalistów ds. Zdrowia Osób Transpłciowych (WPATH) nadal wywiera znaczący wpływ na dziedzinę medycyny. Można to lepiej zrozumieć, analizując kluczową rolę, jaką odgrywają główne stowarzyszenia medyczne i stowarzyszenia zajmujące się zdrowiem psychicznym (MMHA) w amerykańskim systemie opieki zdrowotnej (sekcja 12.1). W sekcji
12.2 bada przyczyny, dla których MMHA nie zareagowały odpowiednio na aktualne dowody ani na poważne obawy etyczne; sekcja 12.3 stanowi podsumowanie wniosków.

12.1 Rola głównych stowarzyszeń medycznych i zajmujących się zdrowiem psychicznym

Biorąc pod uwagę zdecentralizowany i rozdrobniony charakter amerykańskiego systemu opieki zdrowotnej, stowarzyszenia MMHA odgrywają kluczową rolę w kształtowaniu wytycznych dotyczących praktyki klinicznej, polityki zdrowotnej i praktyk medycznych. Edukują one klinicystów w zakresie najnowszych badań, opracowują autorytatywne wytyczne dotyczące praktyki klinicznej, publikują recenzowane czasopisma, ułatwiają współpracę międzydyscyplinarną i angażują się w profesjonalne działania na rzecz swoich członków.
Zazwyczaj stowarzyszenia MMHA ograniczają pełne członkostwo zawodowe do praktyków aktywnie zaangażowanych w medycynę kliniczną lub dziedziny związane ze zdrowiem psychicznym i egzekwują kodeksy postępowania zawodowego, zgodnie z którymi członkowie mogą zostać ukarani lub stracić przywileje w przypadku nieprzestrzegania zasad. Stowarzyszenia MMHA czerpią swoją władzę w dużej mierze z postrzeganej przez nich zgodności z rygorystycznymi standardami zawodowymi i nauką.

Jednak pomimo swojego naukowego charakteru, MMHA nie są odporne na instytucjonalne uprzedzenia, w tym myślenie grupowe i nieproporcjonalny wpływ głośnych, wyspecjalizowanych podkomisji. Te wyspecjalizowane grupy mogą cieszyć się szerokim szacunkiem ze strony większej organizacji, zwłaszcza gdy ich inicjatywy są sformułowane w języku praw obywatelskich lub praw człowieka. W rezultacie MMHA mogą nieumyślnie stać się echokomorami, w których tłumione są głosy sprzeciwu, niekontrolowane są uprzedzenia potwierdzające, a szacunek zawodowy jest wykorzystywany. Ta dynamika instytucjonalnego przejęcia nie jest charakterystyczna wyłącznie dla MMHA: występuje ona zawsze, gdy poparcie dla określonego punktu widzenia koncentruje się w małej, zmotywowanej podgrupie, podczas gdy poglądy przeciwne są rozproszone, mniej widoczne i mniej zorganizowane. W wyniku tej dynamiki opinia publiczna może błędnie postrzegać szersze grono członków poszczególnych MMHA jako jednolicie zgodne z deklarowanym stanowiskiem

ich stowarzyszenie zawodowe. Łatwo przeoczyć fakt, że zasadniczo organizacje te działają jako stowarzyszenia branżowe, których głównym zadaniem jest ochrona autonomii i interesów zawodowych swoich członków. Chociaż poszczególni lekarze są zazwyczaj motywowani altruizmem, nie należy zakładać, że zbiorowe działania organizacji zawsze odzwierciedlają wartości lub intencje poszczególnych członków.[1]

Przykłady historyczne pokazują, że pomimo swojej kluczowej roli w ochronie interesów pacjentów, MMHA czasami sprzeciwiały się niezbędnym reformom medycznym, nawet w obliczu mocnych dowodów na ich pilną potrzebę. Na przykład Amerykańska Akademia Pediatrii (AAP) opóźniła o dwa lata uchylenie swoich wytycznych z 2000 r. odradzających wczesne podawanie orzeszków ziemnych, po tym jak pojawiły się dowody łączące tę politykę ze wzrostem częstości występowania alergii na orzeszki ziemne.[2] Podobnie organizacje zawodowe sprzeciwiały się opartym na dowodach zaleceniom ograniczenia artroskopowych operacji kolana, lobbując przeciwko reformom opieki zdrowotnej pomimo wyraźnych dowodów na ich ograniczoną skuteczność.[3] MMHA mogą utrudniać lub nawet sprzeciwiać się medycynie opartej na dowodach, gdy praktyka medyczna zagraża interesom zawodowym lub finansowym ich członków.

Przykładem polegania MMHA na WPATH są wytyczne dotyczące praktyki klinicznej Endocrine Society (ES) w leczeniu dysforii płciowej (GD). Jak omówiono w rozdziale 9, ścisła zgodność wytycznych tych grup sugeruje brak solidnych, niezależnie opracowanych ram opieki, co może ograniczać krytyczną ocenę i alternatywne perspektywy w tej dziedzinie. Warto zauważyć, że Joshua Safer, który kieruje pracami nad aktualizacją wytycznych ES w 2024 r., sam jest ściśle związany z WPATH i jest wybitnym zwolennikiem pediatrycznej transformacji medycznej (PMT).([4]) Jego rola przywódcza budzi obawy dotyczące zgodności z normami National Academy of Medicine w zakresie opracowywania wiarygodnych wytycznych, w szczególności w odniesieniu do zarządzania konfliktem interesów (patrz 10.3.1).([5])

---

[1] Omówienie tego zjawiska i jego konsekwencji dla polityki medycznej można znaleźć w pracy Patashnik et al. (2017).
[2] Zob. sekcja 1.2.2.
[3] Patashnik i in. (2017, rozdział 2).
[4] Sapir (2024d).
[5] Graham i in. (2011, s. 87).

MMHA niechętnie podchodzą do przejrzystego omówienia słabej bazy dowodowej leżącej u podstaw PMT. Na przykład podręcznik Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (APA) zatytułowany *„Gender-Affirming Psychiatric* Care" (Opieka psychiatryczna potwierdzająca tożsamość płciową)(6)spotkał się z wewnętrzną krytyką za nieuznanie debaty naukowej i zmian politycznych zachodzących na arenie międzynarodowej.[7]Petycja z ponad 7000 podpisów, w większości pochodzących od lekarzy i specjalistów ds. zdrowia psychicznego, wzywała do wycofania lub poprawienia podręcznika,[8] jednak kierownictwo APA nie udzieliło merytorycznej odpowiedzi.[9] Podobnie Amerykańska Akademia Psychiatrii Dziecięcej i Młodzieżowej (AACAP) odrzuciła wiele wniosków dotyczących ważnych dowodów i odmiennych punktów widzenia, które zostały przedłożone podczas jej konferencji.[10] AAP również wielokrotnie odmawiała przedstawiania krytycznych punktów widzenia podczas swoich wydarzeń.[11] Taki wzorzec defensywnej postawy organizacji sprzyja tworzeniu środowiska, w którym klinicyści czują się zmuszeni do autocenzury.

AAP odrzuciło wiele wewnętrznych wniosków o przeprowadzenie systematycznego przeglądu dowodów potwierdzających skuteczność PMT.[12] Chociaż kierownictwo AAP ostatecznie zgodziło się co do zasady na przeprowadzenie systematycznego przeglądu, jednocześnie potwierdziło dotychczasową politykę[13] — co eksperci medycyny opartej na dowodach naukowych skrytykowali jako metodologicznie nieuzasadnione i przedwczesne, ponieważ zakłada to wynik przeglądu mającego na celu bezstronną ocenę dowodów.[14] Do tej pory nie ma dowodów na to, że AAP rozpoczęło przegląd.

Po opublikowaniu w kwietniu 2024 r. przeglądu Cass Review zleconego przez National Health Service (NHS) kilka oddziałów American Psychological Association (APA) zakazało nawet dyskusji na ten temat na swoich profesjonalnych listach mailingowych. Kiedy psycholog z okolic San Francisco opublikował informacje o przeglądzie Cass Review na liście mailingowej Division 39 APA, moderator listy zablokował ten post, powołując się na „List z przeprosinami" z 2020 r.

---

[6] Goetz & Keuroghlian (2023).
[7] Satel (2024).
[8] Fundacja przeciwko nietolerancji i rasizmowi (2024).
[9] Posner (2024).
[10] Sibarium (2023).
[11] Shrier (2021a).
[12] Block (2023c).
[13] Wyckoff (2023). Oświadczenia dotyczące polityki AAP wygasają automatycznie po 5 latach, chyba że zostaną ponownie przyjęte, zmienione lub uchylone.
[14] Ghorayshi (2023a).

Społeczności LGBTQ+", które zabraniają „wypowiedzi krzywdzących członków społeczności LGBTQ+".
[15] Pennsylvania Psychological Association (PPA), stanowa filia APA, wysłała do wszystkich swoich członków wiadomość e-mail z informacją, że przegląd Cass „nie jest już mile widziany do dyskusji" na jej profesjonalnej liście mailingowej. PPA wyjaśniło, że przegląd „nie spełnia" „standardów zawodowych" PPA oraz że członkowie „LGBTQIA+" i ich „sojusznicy" mogą czuć się „atakowani, krzywdzone i zranieni przez powtarzające się udostępnianie tej literatury". ([16])Psycholog kliniczny, który określa się jako „liberalna feministka" i który „uczestniczył w paradach równości", powiedział BMJ, że został „upomniany" przez Illinois Psychological Association po opublikowaniu informacji o recenzji Cass Review na liście mailingowej terapeutów (17).

12.2 Czynniki przyczyniające się do lekceważenia dowodów i otwartej debaty

Hilary Cass, była prezes Royal College of Paediatrics and Child Health oraz liderka kompleksowego przeglądu usług medycyny pediatrycznej w zakresie płci w Wielkiej Brytanii, stwierdziła

stwierdziła, że amerykańscy lekarze mają „przestarzałe" podejście do medycyny pediatrycznej uwzględniającej płeć

[18] Kilka czynników może pomóc wyjaśnić niechęć amerykańskich MMHA do pełnego zaangażowania się w zmieniające się perspektywy dotyczące dowodów i etyki w tej dziedzinie praktyki.

Po pierwsze, w przypadku nietypowych lub złożonych schorzeń lekarze pierwszego kontaktu i lekarze ogólni często polegają na wiedzy specjalistów, aby podjąć właściwą decyzję kliniczną[19].Kiedy ci pierwsi zajmują również stanowiska kierownicze w organizacjach medycznych i są odpowiedzialni za kształtowanie polityki leczenia młodzieży z GD, często zwracają się do specjalistycznych komisji — takich jak komisje zajmujące się kwestiami LGBT — których członków uważają za ekspertów merytorycznych organizacji. Komisje te zazwyczaj składają się z profesjonalistów, których kariera jest ściśle związana ze wspieraniem lub przeprowadzaniem transformacji medycznej, co ogranicza ich zdolność do bezstronnej oceny dowodów ze względu na znaczące intelektualne i finansowe konflikty interesów. Chociaż poleganie na komisjach specjalistycznych

[15] Selin Davis (2024a).
[16] Ryan (2024c).
[17] Block (2024b).
[18] Ghorayshi (2024a).
[19] Tzartzas i in. (2019).

stwarza mniejsze ryzyko w dobrze ugruntowanych specjalizacjach, w których od dziesięcioleci prowadzone są intensywne badania,[20] medycyna pediatryczna związana z płcią pozostaje nową, wysoce kontrowersyjną dziedziną, charakteryzującą się ograniczoną i mało pewną bazą dowodową.

Po drugie, ujęcie PMT jako kwestii praw obywatelskich[21] mogło przyczynić się do przedwczesnego i bezkrytycznego poparcia zarówno na poziomie indywidualnym, jak i instytucjonalnym. Większość lekarzy ogólnie popiera prawa obywatelskie[(22)] .Amerykańskie komisje specjalistyczne często przedstawiają PMT jako sprawę moralnie słuszną lub postępową, co prowadzi wielu specjalistów do odruchowego przyjęcia postawy poparcia. Biorąc pod uwagę, że identyfikacja transpłciowa jest stosunkowo powszechna wśród młodzieży – szacowana na 2–5%, choć dokładne dane pozostają niepewne – wielu klinicystów i decydentów może również mieć osobiste powiązania, takie jak przyjaciele lub bliscy, którzy identyfikują się jako osoby transpłciowe. Te osobiste więzi, w połączeniu z autentyczną chęcią okazania współczucia i wsparcia, mogą w zrozumiały sposób utrudniać specjalistom krytyczną i obiektywną ocenę dowodów naukowych lub kwestii etycznych leżących u podstaw PMT.

Po trzecie, zanim słabe dowody i rosnące międzynarodowe wycofywanie się z tej praktyki stały się trudne do zignorowania, kilka głównych amerykańskich organizacji MMHA aktywnie promowało PMT i potępiało jego krytyków [(23),]W rezultacie niektóre organizacje zareagowały na międzynarodowe zmiany w sposób defensywny, a nie refleksyjny, postrzegając je jako potencjalne zagrożenie dla swojej wiarygodności instytucjonalnej.[24] Jedynym godnym uwagi wyjątkiem od tej tendencji wydaje się być Amerykańskie Towarzystwo Chirurgów Plastycznych, które po opublikowaniu

---

[20] Należy jednak zauważyć, że w odniesieniu do opracowywania wiarygodnych wytycznych dotyczących praktyki klinicznej rola klinicystów mających intelektualny konflikt interesów powinna być minimalna: zob. Graham i in. (2011); McCartney i in. (2022).

[21] W 2016 r. psycholog Diane Ehrensaft, czołowa zwolenniczka podejścia „potwierdzającego płeć", wyraźnie sformułowała swoją pracę jako „ostateczne stworzenie ruchu na rzecz praw obywatelskich" (Ehrensaft, 2016, s. 355). Niektóre wytyczne medyczne w tej dziedzinie wzywają również klinicystów do podjęcia konkretnych działań politycznych, np. oświadczenie AAP (Rafferty et al., 2018). Rada redakcyjna *The Washington Post,* uznając niepowodzenie pediatrów specjalizujących się w kwestiach płci w zakresie samoregulacji w Stanach Zjednoczonych, wezwała niedawno do „przeprowadzenia nowych badań o maksymalnej możliwej rygorystyczności, nadzorowanych przez naukowców, *którzy nie są praktykami medycyny* płciowej" (Rada redakcyjna Washington Post, 2024, podkreślenie dodane).

[22] Levine & Abbruzzese (2023).

[23] Szilagyi (2022b).

[24] Np. Endocrine Society (2024); Hoffman (2024).

Cass Review, publicznie przyjęło bardziej ostrożne stanowisko w sprawie stosowania interwencji chirurgicznych w leczeniu GD u dzieci. [25]

Eksperci zajmujący się medycyną pediatryczną w zakresie płci mają bardzo rozbieżne poglądy na temat najlepszych praktyk [26].Jednak brak konsensusu wśród specjalistów jest często pomijany, ponieważ głosy sprzeciwu rzadko są uwzględniane w komisjach specjalistycznych odpowiedzialnych za opracowywanie polityki. Badacze zajmujący się detransicją, badający wpływy społeczne leżące u podstaw zmian epidemiologicznych w objawach GD, wyrażający obawy dotyczące PMT lub opowiadający się za bardziej ostrożnym podejściem do pediatrycznej GD często spotykają się z wrogością i brakiem wsparcia ze strony głównych wydawców, towarzystw medycznych i instytucji akademickich ([27]).Organizacje opowiadające się za wyższymi standardami dowodowymi, dziennikarze relacjonujący kontrowersje oraz naukowcy piszący o kwestiach związanych z płcią i płcią kulturową również spotykają się z wrogością i próbami publicznego piętnowania.[28] Organizacje aktywistów w znacznym stopniu przyczyniły się do tej dynamiki, często atakując osoby i grupy, które kwestionują lub krytycznie analizują dominujące praktyki w medycynie płciowej. [29]

Kiedy MMHA aktualizują swoje wytyczne dotyczące leczenia i stanowiska, eksperci, którzy kwestionują dowody potwierdzające PMT, są wykluczani z procesu opracowywania wytycznych

---

[25] Amerykańskie Towarzystwo Chirurgów Plastycznych (2024).

[26] Jak stwierdzono w przeglądzie Cass Review, „klinicyści, którzy przez wiele lat pracowali w klinikach zajmujących się kwestiami płci, na podstawie swoich doświadczeń klinicznych doszli do bardzo różnych wniosków dotyczących najlepszego sposobu wspierania młodych ludzi cierpiących z powodu problemów związanych z płcią. Niektórzy uważają, że [powinni] oni mieć dostęp do ścieżki medycznej na wczesnym etapie. Inni uważają, że medykalizujemy dzieci i młodzież, których liczne inne trudności przejawiają się poprzez dezorientację płciową i trudności związane z płcią" (Cass, 2024a, s. 13). Przykłady rozbieżnych opinii klinicznych można znaleźć, porównując dwa artykuły na temat roli ocen zdrowia psychicznego: Levine (2024); Turban i in. (2025). Różne podejścia do leczenia opisano również w Levine i in. (2022a) oraz w dwóch kolejnych artykułach: Drescher (2023); Levine i in. (2022b).

[27] Przykłady można znaleźć w: Barnes (2023); Bazelon (2022a); Brown University (2019); Byrne & Gorin (2025); Edwards-Leeper & Anderson (2021); Gecsoyler (2024); Jenkins & Panozzo (2024); Keenan & Lovett (2025); LGBTQIA+ Coalition (2022); Pietzke (2024a, 2024b); Reed (2023a); Schenck (2022); Society for Evidence-Based Gender Medicine (2023d); Turley (2024).

[28] 100 sygnatariuszy (2023); GLAAD (2023a, 2023b); Hansford (2024); Hooven (2023); Singal (2023a, 2023b); Weale (2025).

[29] Oprócz powyższych przykładów, w niedawnym artykule opisano doświadczenia terapeutów uczestniczących w warsztatach szkoleniowych, podczas których przedstawiciel grupy aktywistów politycznych Southern Poverty Law Center (SPLC) mówił o działaniach mających na celu „polowanie" na terapeutów stosujących terapię eksploracyjną, aby zgłaszać skargi prowadzące do cofnięcia licencji. Inna terapeutka poinformowała, że została formalnie zbadana przez swoją uczelnię za udostępnienie informacji na temat nowych dowodów dotyczących medycyny pediatrycznej w zakresie płci z Europy, a dochodzenie to pozostaje w jej stałej dokumentacji (Jenkins & Panozzo, 2024). SPLC zdecydowało się również wykorzystać emocjonalną siłę etykiety „grupy nienawiści" w odniesieniu do kilku grup, które zaangażowały się w opartą na dowodach ocenę PMT lub opracowywanie alternatywnych podejść.

komisjach.[30] Udokumentowano próby wykluczenia odmiennych poglądów z konferencji i publikacji.[31] Ponadto pojawia się coraz więcej dowodów na autocenzurę wśród klinicystów i badaczy, spowodowaną obawami o konsekwencje zawodowe i ryzyko utraty reputacji.[32] Niektórzy zwolennicy PMT otwarcie popierają stosowanie taktyk uciszania i ataków na reputację:

> Celem aktywizmu jest czasem „uciszenie", jeśli przez to rozumie się zniszczenie wiarygodności profesjonalistów, których aktywiści uważają za niebezpiecznych [(33).]

Lata szkolenia i status społeczny sprawiają, że specjaliści medyczni są bardzo świadomi ryzyka utraty reputacji i wrażliwi na tę kwestię. Obawa przed atakami w Internecie i potępieniem społecznym ze strony profesjonalnych stowarzyszeń medycznych mogła przyczynić się do powszechnej autocenzury wśród klinicystów, odzwierciedlając podobne tendencje obserwowane w środowisku akademickim [(34).]Dynamika ta jest dodatkowo wzmacniana, gdy PMT jest przedstawiane jako kwestia praw obywatelskich lub walka z dyskryminacją i uciskiem. W tym ujęciu krytycy – nawet ci, którzy zgłaszają uzasadnione obawy – są określani przez renomowane, wpływowe źródła jako „antytrans" lub nietolerancyjni ([35]). Jak zauważyła Hilary Cass we wstępie do Cass Review

> Niewiele jest innych obszarów opieki zdrowotnej, w których specjaliści tak bardzo boją się otwarcie dyskutować o swoich poglądach, gdzie ludzie są oczerniani w mediach społecznościowych, a wyzwiska przypominają najgorsze przejawy znęcania się. To musi się skończyć. Polaryzacja i tłumienie debaty nie pomagają młodym ludziom, którzy znaleźli się w centrum burzliwej dyskusji społecznej, a w dłuższej perspektywie utrudniają również badania niezbędne do znalezienia najlepszego sposobu wspierania ich rozwoju.[36]

Amerykański system opieki zdrowotnej w dużym stopniu opiera się na MMHA w zakresie tworzenia, organizowania i rozpowszechniania wiedzy oraz moderowania dialogu naukowego za pośrednictwem czasopism i

---

[30]Marci Bowers, prezes WPATH w momencie publikacji wytycznych z 2022 r., przyznała, że „absolutnie" ważne jest, aby osoba ubiegająca się o członkostwo w komisji była „zwolennikiem" podejścia „potwierdzającego płeć". Zob. Boe przeciwko Marshall, nr 2:22-cv-00184: 564-8 (2024). Ponadto większość członków komisji opracowującej wytyczne miała konflikty interesów, które były źle zarządzane.

[31] Curlin (2024); Kaliebe & Johnson (2024); Kaltiala (2023); Mason (2021); Sapir (2025).

[32] Clark i in. (2024); Pfaus (2023).

[33] Nichols (2008).

[34] Clark i in. (2024); Curlin (2024); Pfaus (2023).

[35] Np. Endocrine Society (2024); Szilagyi (2022b).

[36] Cass (2024, s. 13).

konferencje. Niezależnie od przyczyn leżących u podstaw tego zjawiska, główne organizacje MMHA przedwcześnie wydały zalecenia oparte na działaniach rzeczniczych, bez odpowiedniego wsparcia naukowego [37]. Przyczyniło się to do pogorszenia norm otwartego badania i konstruktywnej dyskusji – norm, które są niezbędne dla wiarygodności organizacji MMHA i ich zdolności do wydawania rzetelnych, opartych na dowodach wytycznych.

12.3 Wnioski

Znaczący wpływ MMHA na opinie profesjonalistów, praktykę kliniczną i politykę zdrowotną rozciąga się szeroko na cały obszar opieki zdrowotnej. W dziedzinie pediatrycznej medycyny płciowej czołowe organizacje MMHA dostosowały swoje wytyczne kliniczne i oświadczenia dotyczące polityki do WPATH SOC-8. To poleganie na wytycznych WPATH skutecznie przeniosło do MMHA wiele niedociągnięć metodologicznych i etycznych udokumentowanych w procesie opracowywania wytycznych WPATH. W rezultacie problemy powstałe w ramach WPATH nie pozostały odizolowane, ale rozprzestrzeniły się poprzez wpływowe organizacje MMHA, przyczyniając się do szerszego osłabienia standardów klinicznych, rygoru naukowego i otwartej dyskusji akademickiej.

Obecnie MMHA wywierają znaczny wpływ na postrzeganie praktyk medycznych zarówno przez społeczeństwo, jak i środowisko zawodowe poprzez oświadczenia często cytowane w mediach. Kształtują one szersze postawy społeczne wobec medycyny w ogóle, a w szczególności wobec praktyk stosowanych w tej dziedzinie. Domniemana umowa społeczna leżąca u podstaw przywilejów samoregulacyjnych MMHA opiera się na oczekiwaniu, że organizacje te będą traktować priorytetowo najlepszy interes pacjentów i społeczeństwa. Jednak sposób, w jaki MMHA podchodzą do kwestii związanych z PMT, pokazuje, jak instytucjonalne uprzedzenia, poleganie na zewnętrznych wytycznych grup nastawionych na rzecznictwo oraz wewnętrzna dynamika polityczna mogą podważać skuteczność regulacyjną i wiarygodność naukową tych organizacji.

[37] Zob. również rozdziały 6–8.

PA RT 4

OCENA ETYCZNA

Rozdział 13 Kwestie etyczne

W niniejszym rozdziale omówiono główne kwestie etyczne związane z pediatryczną transformacją medyczną (PMT), która obejmuje stosowanie leków blokujących dojrzewanie (PB), hormonów płciowych (CSH) oraz zabiegów chirurgicznych w celu zahamowania lub zmiany rozwoju cech płciowych typowych dla danej płci i wieku u fizycznie zdrowych dzieci lub nastolatków.[1] Interwencje te są stosowane w leczeniu zaburzeń „dysforii płciowej" (GD) opisanych w *Podręczniku diagnostycznym i statystycznym* (DSM-5-TR) lub „niezgodności płciowej w okresie dojrzewania lub w wieku dorosłym" opisanych w *Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób* (ICD-11).[2] Oceniając skutki stosowania PB, CSH i zabiegów chirurgicznych, badacze zazwyczaj koncentrują się na konwencjonalnych wynikach psychiatrycznych, takich jak depresja, lęk i skłonności samobójcze; ostatnio niektórzy dodali nowe miary wyników, takie jak „dysforia klatki piersiowej", „zgodność wyglądu" i „euforia płciowa".[3]

Jednak niektórzy klinicyści-badacze podają w wątpliwość to, co nazywają „logiką poprawy", zgodnie z którą PMT jest uzasadnione tylko wtedy, gdy umożliwia „przejście od „gorszego stanu" do „lepszego stanu", prowadząc ostatecznie do ogólnej poprawy funkcjonowania i samopoczucia danej osoby" [4].Uznając, że dowody na to, że PMT ma taki efekt, są słabe, klinicyści ci twierdzą, że konwencjonalne miary wyników powinny być uzupełnione – jeśli nie zastąpione – wynikami określonymi przez pacjentów.[5] W tym samym duchu inni zwolennicy PMT twierdzą, że skupianie się na poprawie klinicznej jest „patologizowaniem" i kwestionują potrzebę jakichkolwiek wskazań klinicznych wykraczających poza „cele ucieleśnienia" nastolatka [6] lub zwykłe pragnienie interwencji [7]. Pytaniem przewodnim tego rozdziału jest to, czy zapewnienie interwencji hormonalnych lub chirurgicznych w tych zmieniających się i czasami sprzecznych celach jest zgodne z ugruntowanymi zasadami

[1] Pacjenci mogą osiągnąć 2. stopień dojrzałości płciowej według skali Tannera w wieku 8 lub 9 lat. Osoba w wieku 8 lub 9 lat jest bezsprzecznie dzieckiem. Jednakże, dla zwięzłości, w dalszej części niniejszego rozdziału w większości przypadków będziemy używać terminu „nastolatki" zamiast „dzieci i nastolatki" w odniesieniu do tej populacji pacjentów.
[2] Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (2022); Światowa Organizacja Zdrowia (2022b).
[3] Zob. odpowiednio Olson-Kennedy, Warus i in. (2018); Chen i in. (2023); Blacklock i in. (2025).
[4] Oosthoek i in. (2024, s. 10).
[5] Oosthoek i in. (2024, s. 17).
[6] Ashley (2019, s. 480-482).
[7] Chu (2024).

etyka medyczna. Pomimo wysokiej stawki – medycznej, społecznej, politycznej i prawnej – ta pilna kwestia spotkała się ze stosunkowo niewielkim zainteresowaniem bioetyków.

Po krótkiej uwadze na temat zgody (sekcja 13.1), sekcja 13.2 podsumowuje, w jaki sposób odejście środowiska medycznego od paternalizmu medycznego na rzecz wspólnego podejmowania decyzji wzmocniło ochronę pacjentów przed niepożądanymi interwencjami medycznymi poprzez mechanizm świadomej zgody. To dążenie do większego poszanowania autonomii pacjenta nie neguje jednak zawodowego i etycznego obowiązku klinicystów do ochrony i promowania zdrowia swoich pacjentów.

Sekcja 13.2.3 odnosi się do kontekstu pediatrycznego, gdzie ten ostatni obowiązek jest szczególnie rygorystyczny ze względu na szczególną wrażliwość dzieci i młodzieży, a także ich niedostatecznie rozwiniętą zdolność podejmowania decyzji. Najlepsze dostępne dowody wskazują na niekorzystny profil ryzyka i korzyści w przypadku przepisywania interwencji hormonalnych i chirurgicznych dla młodzieży z GD. Przepisywanie tych interwencji budzi również obawy związane z sprawiedliwością wobec członków tej wrażliwej medycznie i społecznie populacji.

W sekcji 13.3 przeanalizowano alternatywne uzasadnienie PMT, oparte na rzekomym prawie dostępu do zasobów medycznych niezbędnych do zaspokojenia preferencji pacjenta dotyczących modyfikacji ciała. Przejście do tego alternatywnego uzasadnienia, które nastąpiło po dziesięcioleciach niezdolności badaczy do wykazania wyraźnych korzyści medycznych, sugeruje, że zwolennicy PMT znacznie zmienili kryteria sukcesu ([8]). Następnie w rozdziale tym przechodzi się do krótkiej dyskusji na temat żalu pacjentów w sekcji 13.4, a na zakończenie przedstawia się kilka uwag na temat etyki badań naukowych w sekcji 13.5.

13.1 Zgoda

Niektóre spory w tej dziedzinie koncentrują się na kwestii, czy nastolatki mają kompetencje do podejmowania decyzji medycznych (MDC) — to znaczy, czy mogą wyrażać

[8] „Lekarze zauważyli, że nie ma uzgodnionego punktu odniesienia, na podstawie którego można by ocenić skuteczność interwencji, nie mówiąc już o społecznym konsensusie w sprawie odpowiedniej reakcji” (Cass, 2024a, załącznik 3, s. 9).

świadomej zgody lub zgody na interwencje medyczne związane z transformacją płciową. [9] Niektórzy zwolennicy tych interwencji uważają, że jest to możliwe. [10] Na poparcie tego stanowiska niektórzy wskazują na badania pokazujące, że wielu nastoletnich pacjentów ma MDC, co oceniono za pomocą ilościowego, częściowo ustrukturyzowanego narzędzia wywiadowego. [11] Zwracają również uwagę, że istnieją inne inwazyjne interwencje, które mają wpływ na życie nastolatków, na które oni sami i ich opiekunowie często i bez problemu wyrażają zgodę. Na przykład nastolatek może wyrazić zgodę na leczenie białaczki, nawet jeśli leczenie to może spowodować bezpłodność w przyszłości. Nastolatek może również wyrazić zgodę na amputację kończyny, która jest chora lub uszkodzona w stopniu uniemożliwiającym jej naprawę. Istnieje wiele podobnych sytuacji, w których nastolatek wyraża zgodę, a rodzice udzielają zgody prawnej na interwencję niezbędną do zachowania ogólnego stanu zdrowia nastolatka, ale która powoduje również przewidywalne poważne działania niepożądane.

Z drugiej strony niektórzy krytycy PMT twierdzą, że pacjenci – z których niektórzy mają zaledwie 8 lub 9 lat, gdy osiągają 2. stopień dojrzałości płciowej według skali Tannera i tym samym stają się kandydatami do PB[12] – są zbyt niedojrzali[(13)] ·aby w pełni zrozumieć wszystkie konsekwencje medycznej transformacji. Młodzi ludzie nie są w stanie rozważyć wszystkich istotnych kwestii w sposób odpowiednio uwzględniający powagę i złożoność tej decyzji. Krytycy zwracają uwagę, że nawet zwolennicy PMT uznają, iż dzieci i młodzież nie mają wystarczającej dojrzałości poznawczej i społecznej, aby dobrze rozważyć kwestię swojej przyszłej płodności[(14)] ·

Ponadto krytycy twierdzą — słusznie [15]— że osoby świadczące usługi PMT często nie informują odpowiednio pacjentów i ich opiekunów o niepewności dowodów klinicznych dotyczących korzyści medycznych oraz że wyolbrzymiają prawdopodobieństwo i skalę szkód

---

[9] „Zgoda" i „wyrażenie zgody" są tutaj terminami technicznymi. W Stanach Zjednoczonych osoby niepełnoletnie nie mogą wyrazić *prawnej zgody* na leczenie (istnieją ograniczone wyjątki, np. w przypadku osób niepełnoletnich, które uzyskały pełnoletność, lub w przypadku wąskiego zakresu interwencji, takich jak leczenie chorób przenoszonych drogą płciową). Opiekunowie prawni wyrażają zgodę prawną, podczas gdy osoby niepełnoletnie wyrażają *zgodę* lub akceptację na interwencję.

[10] Giordano i in. (2021); Mosier-Mills i in. (2024).

[11] Vrouenraets i in. (2021); zob. również Marino i in. (2024).

[12] Zob. rozdział 7.

[13] Diekema (2020).

[14] Vrouenraets i in. (2022).

[15] Zob. rozdział 11.

niemedycyzacja. [16] Wreszcie, jak zauważono w rozdziale 2, lekarze świadczący usługi PMT rutynowo używają eufemistycznego i nacechowanego moralnie języka, który może wprowadzać w błąd lub wywierać nadmierny wpływ na pacjentów i ich opiekunów. Istnieje zatem obawa, że połączenie silnej presji, braku informacji i odruchowego „potwierdzania" podważa możliwość uzyskania prawdziwie świadomej zgody lub zgody.

Świadoma zgoda ma kluczowe znaczenie, ale zanim zostanie ona nawet rozważona, interwencja musi być dopuszczalna z etycznego punktu widzenia. Na przykład, przed zapytaniem pacjentów, czy wyrażają zgodę na proponowaną interwencję, od antybiotyków po lobotomię, lekarz musi ustalić, czy interwencja ma korzystny profil ryzyka/korzyści jako leczenie schorzenia pacjenta. Tak więc, chociaż świadoma zgoda odgrywa kluczową rolę w etyce medycznej i praktyce klinicznej oraz stanowi podstawę dyskusji na temat szczególnych wyzwań związanych z podejmowaniem decyzji w pediatrii, analiza etyczna PMT zawarta w niniejszym przeglądzie koncentruje się przede wszystkim na koniecznym wcześniejszym etapie. Mianowicie: czy interwencje te mają korzystny profil ryzyka/korzyści?

13.2 Od paternalizmu do wspólnego podejmowania decyzji i opieki skoncentrowanej na pacjencie

W ciągu XXwieku postępy w naukach biomedycznych, rozbudowa systemów opieki zdrowotnej, rosnąca profesjonalizacja medycyny oraz seria skandali medycznych i przełomowych spraw sądowych doprowadziły do większej wrażliwości klinicystów i badaczy na prawa pacjentów i uczestników badań medycznych. Sędziowie, organy regulacyjne, prawodawcy i etycy wprowadzili ograniczenia dotyczące uprawnień klinicystów do narzucania pacjentom swoich wartości, preferencji i poglądów.[17] „Model paternalistyczny" w medycynie, zgodnie z którym „lekarz wie najlepiej", ustąpił miejsca bardziej egalitarnemu modelowi „wspólnego podejmowania decyzji", który kładzie nacisk na poszanowanie autonomii i autorytetu kompetentnych pacjentów i uczestników badań. Obecnie panuje powszechna zgoda co do tego, że poszanowanie autonomii pacjenta wymaga od lekarzy dostarczania pacjentom informacji dotyczących dostępnych opcji medycznych i podejmowania działań w oparciu o kompetentne

[16] Niechętni rodzice zgłaszali, że lekarze ich dzieci pytali ich, czy woleliby mieć „martwego syna czy żywą córkę". W wywiadzie dr Johanna Olson-Kennedy stwierdziła: „Często pytamy rodziców: Czy wolelibyście mieć martwego syna niż żywą córkę?" (ABC News, 2011). ([17)] Faden i in. (1986).

pacjentów wyłącznie za ich zgodą. Jak stwierdza *Kodeks Etyki Medycznej* Amerykańskiego Stowarzyszenia Medycznego, pacjenci mają prawo „podejmować decyzje dotyczące zalecanej przez lekarza opieki i oczekiwać, że decyzje te będą respektowane. Pacjent posiadający zdolność podejmowania decyzji może zaakceptować lub odmówić wykonania zalecanej interwencji medycznej” ([18]). Pacjenci są chronieni przed niechcianymi interwencjami medycznymi nie tylko przez normy zawodowe i etyczne, ale także przez prawo. Jak słynnie napisał sędzia Cardozo, „chirurg, który wykonuje operację bez zgody pacjenta, popełnia przestępstwo, za które ponosi odpowiedzialność odszkodowawczą” ([19]).

13.2.1 Szacunek dla autonomii a zasada *caveat emptor*

Co istotne, przejście od paternalizmu medycznego do wspólnego podejmowania decyzji nie zwalnia lekarzy z ich etycznego i zawodowego obowiązku ochrony i promowania zdrowia i dobrego samopoczucia swoich pacjentów. Dobroczynność „stanowi podstawę wszystkich zawodów medycznych i związanych z opieką zdrowotną oraz ich instytucjonalnych ram”.([20]) Jak wspomniano w rozdziale 1, lekarze mają od dawna obowiązki etyczne, które muszą wypełniać, aby nie wyrządzać krzywdy swoim pacjentom i promować ich zdrowie i dobrobyt: „Zdrowie i dobre samopoczucie mojego pacjenta będą dla mnie najważniejsze”.([21])

Zasada poszanowania autonomii pacjenta nie uzasadnia poddawania pacjentów zabiegom, które stwarzają niepotrzebne z medycznego punktu widzenia ryzyko szkody lub które w inny sposób nie przynoszą korzyści, nawet jeśli pacjenci preferują, proszą o takie zabiegi lub ich wymagają. Etyczna analiza PMT opublikowana przez fińskie władze ds. zdrowia zawiera zwięzłe wyjaśnienie:

> W służbie zdrowia samostanowienie przejawia się przede wszystkim jako prawo do odmowy leczenia w ramach dostępnego zakresu usług. Zasada ta musi być zrównoważona swobodą wyrażania własnej tożsamości płciowej przez poszczególne osoby.
> Niemniej jednak autonomia w opiece zdrowotnej nie oznacza nieograniczonej swobody wyboru leczenia wyłącznie na podstawie osobistych preferencji; autonomia pacjenta

---

[18] Amerykańskie Stowarzyszenie Medyczne (2016).
[19] Schloendorff przeciwko Society of New York Hospital (1914).
[20] Beauchamp & Childress (2019, s. 217)
[21] Parsa-Parsi (2017, s. 1971).

> obejmuje wybór spośród metod leczenia*, które są uzasadnione medycznie* i wchodzą w zakres uznanych opcji usługowych.[22]

Ugruntowane moralne i prawne prawo kompetentnych pacjentów do odmowy jakiejkolwiek interwencji medycznej nie pociąga za sobą prawa do poddania się interwencjom, które nie przynoszą korzyści. Komisja ds. Jakości Opieki Zdrowotnej w Ameryce przy Instytucie Medycznym ostrzega lekarzy przed podejmowaniem interwencji opartych na tym bezprawnym wniosku, stwierdzając: „Kiedy pacjent domaga się nieodpowiednich usług opieki zdrowotnej, wyzwaniem dla lekarzy jest znalezienie sposobów na złagodzenie tego konfliktu... Jeśli konfliktu nie da się rozwiązać poprzez doradztwo, lekarz powinien odmówić świadczenia usług, które nie przynoszą korzyści” ([23]).

Odmawiając wykonania niekorzystnych zabiegów, lekarze nie narzucają pacjentom niczego. Nie grożą im, nie oszukują ich ani nie wprowadzają w błąd. Nie ukrywają też istotnych informacji dotyczących ryzyka, korzyści i dostępnych alternatyw. Innymi słowy, odmowa wykonania niekorzystnych zabiegów nie oznacza działania wobec pacjentów bez ich świadomej zgody. Łączenie prawa pacjentów do odmowy interwencji medycznej lub wyboru spośród korzystnych opcji oferowanych przez lekarzy z całkowicie odrębnym „prawem” do decydowania, które zabiegi należy wykonać, przekształca etos dobroczynnego szacunku w medycynie w prymitywny etos konsumpcjonizmu medycznego, polegający na zrzeczeniu się odpowiedzialności: *caveat emptor.*

> Wykorzystywanie autonomii pacjenta do uzasadnienia zgody na jego prośby o niekorzystne usługi narusza integralność zawodową. Integralność zawodowa wymaga od lekarzy przestrzegania standardów doskonałości intelektualnej i moralnej. Lekarze osiągają doskonałość intelektualną, podporządkowując swoją ocenę kliniczną zdyscyplinowanemu, opartemu na dowodach rozumowaniu. Lekarze osiągają doskonałość moralną, chroniąc interesy pacjentów związane ze zdrowiem jako sprawę nadrzędną, zachowując

---

[22] Saarni & Uusitalo (2020, s. 41, podkreślenie dodane). Oryginalny tekst: „Itsemääräämisoikeus terveydenhuollossa toteutuu ensisijaisesti oikeutena kieltäytyä palveluvalikoimaan kuuluvista hoitotoimista. Tämä on tasapainotettava sen näkökulman kanssa, että ihmiset saavat itse vapaasti ilmaista omaa sukupuolista identiteettiään. Autonomia w opiece zdrowotnej nie oznacza jednak swobodnego prawa do wyboru zabiegów na podstawie własnych preferencji, ale pacjent może wybierać spośród usług i medycznie uzasadnionych metod leczenia”.

[23] Komisja ds. Jakości Opieki Zdrowotnej w Ameryce, Instytut Medycyny (2001, str. 77). Zob. również „Karta lekarza” wspomniana w sekcji 1.3.

> interesy systematycznie drugorzędne. Zaangażowanie w zachowanie uczciwości zawodowej wymaga od lekarzy kwestionowania wniosków o interwencje, które nie przynoszą korzyści.[24]

13.2.2 Niekrzywdzenie, dobroczynność i autonomia w pediatrii

Nie ulega więc wątpliwości, że normy medyczne wymagają od lekarzy ochrony i promowania zdrowia oraz dobrego samopoczucia swoich pacjentów. Oznacza to, że muszą oni powstrzymać się od wykonywania niekorzystnych zabiegów, nawet jeśli są one wymagane przez kompetentnych pacjentów. W dziedzinie pediatrii normy te ograniczają uprawnienia nie tylko pacjentów (którzy w każdym razie nie mają pełnej zdolności do podejmowania decyzji), ale także rodziców. Komisja ds. Bioetyki Amerykańskiej Akademii Pediatrii (AAP) ujęła to w następujący sposób:

> Pracownicy służby zdrowia zajmujący się opieką pediatryczną mają prawny i etyczny obowiązek zapewnienia standardu opieki, który odpowiada potrzebom pacjenta pediatrycznego, a niekoniecznie temu, czego pragną lub oczekują rodzice. Podejmowanie decyzji przez rodziców powinno być rozumiane przede wszystkim jako obowiązek rodziców do wspierania interesów ich dziecka i zachowania relacji rodzinnych, a nie jako skupianie się na ich prawach do wyrażania własnych, autonomicznych wyborów. Należy zauważyć, że władza rodzicielska w zakresie podejmowania decyzji medycznych dotyczących ich małoletniego dziecka lub młodego dorosłego, który nie ma zdolności do podejmowania decyzji medycznych, jest ograniczona w porównaniu z większą autonomią w podejmowaniu decyzji medycznych, jaką cieszą się kompetentni dorośli podejmujący decyzje dotyczące własnej opieki.([25])

„Ograniczenie” władzy pacjenta i rodziców wynika z najlepszego interesu medycznego dziecka:

> W pediatrii obowiązki lekarza w zakresie ochrony i promowania interesów związanych ze zdrowiem dzieci i młodzieży opierają się również na relacji powierniczej (działanie w najlepszym interesie pacjenta i podporządkowanie własnych interesów) między lekarzem a pacjentem, ale obowiązki te mogą być sprzeczne z życzeniami rodziców lub pacjenta ... [26]

---

[24] Brett & McCullough (2012, s. 149).
[25] Komisja ds. Bioetyki i in. (2016, str. e5). Raport ten, opublikowany po raz pierwszy w 2016 r., został potwierdzony przez AAP w 2023 r.
[26] Komitet ds. Bioetyki i in. (2016, s. e2).

W swoim wpływowym oświadczeniu politycznym „Zapewnienie kompleksowej opieki i wsparcia dla dzieci i młodzieży transpłciowej i o różnej tożsamości płciowej” AAP stwierdza, że w przypadku sporów między rodzicami a dziećmi lekarze powinni „zachować swoją podstawową odpowiedzialność za dobro dziecka”.[27]W związku z tym, chociaż w oświadczeniu zaleca się, aby młodzież „transpłciowa i o różnej tożsamości płciowej” miała dostęp do PMT, zalecenie to nie jest uzależnione od praw do autonomii pacjentów lub ich opiekunów (28),ale raczej od rzekomego wkładu tych interwencji w zdrowie i dobre samopoczucie pacjentów (29). Potwierdza to długoletni, konsensusowy pogląd, że podstawowym celem medycyny jest ochrona i promowanie zdrowia oraz dobrego samopoczucia pacjentów.

13.2.3 Ryzyko/korzyści w pediatrycznej transformacji medycznej

Aby wypełnić swoje obowiązki dotyczące niekrzywdzenia i dobroczynności, lekarze muszą zapewnić, w miarę możliwości, że wszelkie interwencje, które proponują pacjentom, mają korzystny profil ryzyka/korzyści w porównaniu z dostępnymi alternatywami, w tym z niepodejmowaniem żadnych działań [30].Jak opisano w rozdziale 5, systematyczne przeglądy (SR)

---

[27] Rafferty i in. (2018, s. 8).

[28] Bester (2024).

[29] Warto jednak zauważyć, że chociaż AAP i WPATH popierają PMT, nie promują one interwencji wbrew sprzeciwom pacjenta. Żadna z tych organizacji nie uważa, że pacjent z dysforią/niezgodnością płciową, który odmawia stosowania leków blokujących dojrzewanie, hormonów płciowych lub operacji, powinien być silnie zachęcany lub, w razie potrzeby, zmuszany do ich przyjęcia. To odróżnia medyczną transformację od innych interwencji, które rzekomo oferują ogromne, potencjalnie ratujące życie korzyści. W medycynie płciowej, a być może nigdzie indziej, to, czy interwencje medyczne związane z transformacją są uznawane za medycznie konieczne, wydaje się zależeć w dużej mierze od tego, czy pacjent ich pragnie. Więcej informacji na ten temat można znaleźć w rozdziale 11.

[30] Interwencja ma korzystny profil ryzyka/korzyści klinicznych, gdy oczekiwane korzyści medyczne przewyższają oczekiwane szkody medyczne. Oczekiwane korzyści i szkody są określane na podstawie ich prawdopodobieństwa i wielkości. Jest to standardowa metoda kierowania działaniami i polityką, w tym w medycynie, chociaż dokładny sposób jej realizacji może się różnić i zależy od wielu zmiennych, w tym tolerancji ryzyka, sposobu definiowania i mierzenia „korzyści” i „szkód”, sposobu przypisywania prawdopodobieństw oraz sposobu uwzględniania niepewności/nieznajomości. Oczywiście nie byłoby trudno przyjąć teorię oczekiwanej użyteczności, definiując „korzyści” i „szkody” oraz przypisując wartości odpowiednim zmiennym w sposób, który dałby wynik znacznie różniący się od negatywnego wniosku zawartego w niniejszym przeglądzie. Niemniej jednak przedstawione tutaj twierdzenia dotyczące prawdopodobieństwa i wielkości szkód i korzyści opierają się na najlepszych dostępnych dowodach. Czasami prawdopodobieństwa są znane z dużym stopniem pewności. Na przykład prawdopodobieństwo, że mastektomia doprowadzi do niemożności karmienia piersią, wynosi 1,0 lub jest zbliżone do tej wartości. Leki blokujące dojrzewanie płciowe i hormony płciowe zagrażają funkcji seksualnej, chociaż dokładna skala problemu i jego rozkład w populacji leczonych pacjentów nie są znane. W przypadku gdy dokładne lub nawet przybliżone wartości nie są dostępne z powodu braku wysokiej jakości badań, analiza zawarta w niniejszym przeglądzie opiera się na prawdopodobnych, choć przybliżonych, szacunkach. Jeśli chodzi o charakter korzyści i szkód medycznych oraz ich względną wagę, założenia robocze przeglądu są zgodne z powszechną intuicją moralną, standardową oceną medyczną ujawnioną w kryteriach diagnostycznych oraz wynikami interesującymi klinicystów i badaczy, a także prawem. Na przykład analiza wykazałaby, że niewielka poprawa objawów depresji ma znaczenie

dowody na korzyści płynące z interwencji hormonalnej lub chirurgicznej w leczeniu GD u nastolatków, stwierdzono, że dowody te mają niską lub bardzo niską pewność. Oznacza to, że rzeczywiste skutki interwencji mogą lub prawdopodobnie będą znacznie różnić się od skutków opisanych w badaniach.[31] Innymi słowy, najlepsze dostępne dowody wskazują, że nie wykazano, aby PB, CSH i chirurgia poprawiały wyniki w zakresie zdrowia psychicznego.

Jednocześnie coraz większą uwagę zwraca się na ryzyko i szkody związane z PMT, które są poparte badaniami klinicznymi lub oparte na uznanej teorii biologicznej.[32] Podczas gdy wartość lub brak wartości niektórych skutków, takich jak hirsutyzm u kobiet, może być określona przede wszystkim przez preferencje lub upodobania pacjentów, inne możliwe skutki, takie jak upośledzenie funkcji poznawczych, większa podatność na nowotwory wrażliwe na hormony, choroby serca, zmniejszona gęstość kości, zaburzenia seksualne, infekcje i bezpłodność[33] są obiektywnie szkodliwe dla zdrowia. Takie szkody medyczne lub prawdopodobne

jako korzyść, ale taka korzyść, nawet jeśli jest pewna, nie przeważa nad umiarkowanym lub nawet niskim, ale niebagatelnym ryzykiem niepłodności lub poważnych zaburzeń seksualnych, utraty zdolności do karmienia piersią lub dożywotniej zależności od leczenia, które w niniejszym przeglądzie uznano za szkody.

[31] Balshem i in. (2011).

[32] Zob. rozdział 5 i rozdział 7.

[33] Można by zaprotestować, że bezpłodność niekoniecznie jest szkodą. Jedna z wersji tego sprzeciwu głosi, że dla niektórych młodych pacjentów, być może tych, którzy bardzo wyraźnie zaznaczyli, że nie chcą i nigdy nie będą chcieli mieć genetycznie spokrewnionych dzieci, bezpłodność nie jest szkodą, ponieważ jest zgodna z wybranym przez nich planem życia. Odpowiedź na ten zarzut jest taka, że środowisko medyczne zazwyczaj nie zezwala na dobrowolną trwałą antykoncepcję (sterylizację) u dzieci lub nastolatków i zawsze poważnie traktuje ryzyko bezpłodności przy ocenie profilu ryzyka/korzyści każdej interwencji, która może mieć wpływ na zdrowie reprodukcyjne. Oznacza to, że zgodnie z ugruntowanym faktem socjologicznym bezpłodność jest uznawana przez środowisko medyczne za szkodę (Geis et al., 2024). Druga wersja tego zarzutu opiera się na twierdzeniu, że niektórzy pacjenci są gotowi zaakceptować bezpłodność jako konsekwencję medycznej transformacji, nawet jeśli nie zamierzają stać się bezpłodni. Pacjenci ci woleliby pozostać płodni, gdyby wszystkie inne czynniki pozostały niezmienione, ale ponieważ tak nie jest, akceptują interwencje, które osłabiają ich płodność. Odpowiedź na ten zarzut jest taka, że takie preferencje wskazują, iż pacjenci ci postrzegają bezpłodność jako szkodę. W tym ostatnim przypadku prawdziwym pytaniem jest, czy istnieją uzasadnione powody, aby sądzić, że korzyści płynące z interwencji medycznej przeważają nad tą szkodą, a odpowiedź na to pytanie będzie zależała od dowodów dotyczących korzyści. Wreszcie, badania sugerują, że wiele osób identyfikujących się jako transpłciowe chce mieć dzieci, a niektóre osoby, które przeszły transformację medyczną, żałują swojej decyzji o bezpłodności. Sugeruje to, że one również postrzegają bezpłodność jako szkodę, nawet jeśli nie żałują swojej transformacji. Zob. Asseler i in. (2024); Stolk i in. (2023).

ryzyko z tym związane[34] nie powinno być nakładane na dzieci lub młodzież w przypadku braku uzasadnionego oczekiwania proporcjonalnych korzyści medycznych[35].

Chociaż korzystny profil ryzyka i korzyści jest niezbędny do uzasadnienia interwencji, nie jest on wystarczający [36].Interwencja musi być korzystna nie tylko w porównaniu z brakiem działania, ale także z innymi znanymi alternatywami. W odniesieniu do PMT odpowiednią alternatywą jest połączenie interwencji psychoterapeutycznych.[37]Podobnie jak w przypadku dowodów dotyczących interwencji hormonalnych i chirurgicznych, dowody dotyczące alternatywnych metod leczenia GD są skąpe i niejednoznaczne,[38]chociaż, jak wynika z rozdziału 14, istnieją uzasadnione powody, aby sądzić, że psychoterapia może być skuteczną interwencją. Jeśli chodzi o potencjalne szkody wynikające z psychoterapii u nastolatków z GD, w systematycznym przeglądzie dowodów nie znaleziono żadnych dowodów na negatywne lub niekorzystne skutki w żadnym z badanych badań.[39]

Jednym z możliwych zarzutów jest to, że chociaż dowody potwierdzające skuteczność interwencji hormonalnych i chirurgicznych są mało lub bardzo mało pewne, nie oznacza to, że interwencje te są nieskuteczne. Z tego, co wiemy, interwencje te mogą być skuteczniejsze niż podają naukowcy. Słabości metodologiczne badań nie dowodzą nieskuteczności — wskazują jedynie, że nie możemy wyciągać zbyt wielu wniosków na temat korzystnych skutków. Te same ograniczenia dotyczą dowodów dotyczących szkód — w końcu, ponieważ nie ma dobrze zaprojektowanych randomizowanych badań kontrolowanych (RCT) dotyczących PMT, nie ma również dobrze zaprojektowanych RCT wykazujących zaburzenia seksualne, bezpłodność, utratę gęstości kości, upośledzenie funkcji poznawczych, podatność na nowotwory wrażliwe na hormony i inne potencjalne szkody. Niektórzy twierdzą, że w obliczu niepewnych dowodów zarówno na korzyści, jak i szkody, pacjenci (i ich rodziny), przy wsparciu doświadczonych klinicystów zapewniających odpowiednią opiekę kliniczną, powinni

---

[34] Szwedzka Krajowa Rada Zdrowia i Opieki Społecznej stwierdziła, że „ryzyko związane ze stosowaniem leków blokujących dojrzewanie płciowe i terapią potwierdzającą tożsamość płciową prawdopodobnie przewyższa oczekiwane korzyści płynące z tych terapii" (Socialstyrelsen, 2022a, s. 3).

[35] Słowo „nie należy" ma tutaj znaczenie moralne. Nie pociąga za sobą żadnych wniosków dotyczących tego, co prawo powinno zezwalać lub wymagać. Związek między etyką a prawem jest złożony i nie jest przedmiotem niniejszego przeglądu.

[36] Jeśli w analizie ryzyka i korzyści uwzględni się czynniki niezwiązane bezpośrednio ze zdrowiem, mogą wystąpić przypadki, w których zalecana będzie interwencja o nieznacznie mniejszej skuteczności w promowaniu zdrowia (np. gdy nieznacznie skuteczniejsze leczenie jest znacznie droższe). Oczywiście stwierdzenie, że lekarze powinni oferować bardziej korzystną interwencję, nie oznacza, że pacjenci nie mają prawa (w większości przypadków) jej odmówić.

[37] Zob. rozdział 14.

[38] Cass (2024a, s. 153-154).

[39] Heathcote i in. (2024, str. s19-s32, dodatek 2).

informacje, powinni zdecydować, jak postąpić. [40] Decyzje medyczne podejmowane w warunkach niepewności powinny być podejmowane przez osoby, które są najbardziej zainteresowane wynikiem. W pediatrii oznacza to dzieci i młodzież, wspierane (zazwyczaj) przez swoje rodziny.

Zastrzeżenie to właściwie wyraża troskę o zdrowie i dobre samopoczucie pacjenta, a także szacunek dla rozwijającej się zdolności podejmowania decyzji przez dzieci i młodzież (oraz większej zdolności ich opiekunów). Nie jest ono jednak słuszne z dwóch powodów.

Po pierwsze, ten argument nie uwzględnia wszystkich dowodów na szkodliwość tych zabiegów. Możemy być pewni w zwykłym sensie tego słowa, że te zabiegi są szkodliwe, nawet jeśli nie mamy „wysokiego stopnia pewności" w sensie technicznym, używanym w medycynie opartej na dowodach (EBM).[41] Nie potrzebujemy wyników badań RCT, żeby mieć pewność, że usunięcie piersi u nastolatki wyeliminuje lub znacznie ograniczy jej zdolność do karmienia piersią. Nie potrzebujemy również RCT, aby ustalić, że PB i CSH hamują wzrost penisa, zwiększając ryzyko związane z przyszłą operacją ([42]). Oprócz systematycznych przeglądów opublikowanych badań, podstawowa fizjologia człowieka wskazuje, że blokowanie dojrzałości płciowej w stadium 2 według skali Tannera, a następnie CSH, będzie miało negatywny wpływ na płodność. Fakt, że zwolennicy PMT zalecają konsultacje dotyczące płodności przed poddaniem się tym zabiegom, świadczy o tym, że oni również przewidują ryzyko bezpłodności i uważają je za szkodę. Inne formy dowodów, takie jak pośrednie dowody pochodzące z badań nad osobami dorosłymi, również potwierdzają, że interwencje te powodują szkody. ([43]) Wreszcie, badania nad PMT koncentrowały się głównie na potencjalnych korzyściach dla zdrowia psychicznego, poświęcając mniej uwagi potencjalnym szkodom fizycznym, co pogłębia problem stronniczości publikacji. ([44])

Po drugie, nawet jeśli przyjąć, że niepewność dowodów uniemożliwia przypisanie precyzyjnych wartości prawdopodobieństwom lub wielkościom różnych potencjalnych wyników, nie oznacza to, że lekarze są uzależnieni od swoich pacjentów w zakresie podejmowania decyzji klinicznych

---

[40] Antommaria (2024).
[41] Smith & Pell (2003)
[42] Terhune i in. (2022).
[43] Zob. rozdział 7.
[44] Zob. rozdział 6, w którym omówiono tendencyjność publikacji.

[45] Obowiązek unikania poważnych szkód uzasadnia raczej podejście ostrożnościowe, zwłaszcza w przypadku braku dowodów na proporcjonalnie poważne zagrożenie dla zdrowia pacjenta bez interwencji. W swoim przełomowym podręczniku poświęconym etyce medycznej Beauchamp i Childress piszą:

> W zależności od tego, co jest cenione, a co narażone na ryzyko, podjęcie kroków w celu uniknięcia zagrożenia, którego skutki byłyby poważne i nieodwracalne, czyli katastrofy, może być etycznie uzasadnione, a nawet obowiązkowe, nawet w przypadku braku rozstrzygających dowodów naukowych. Warunki wyzwalające te środki obejmują wiarygodne dowody potencjalnych poważnych szkód, w przypadku których nie jest możliwe odpowiednie scharakteryzowanie i oszacowanie ryzyka ze względu na niepewność naukową i niewiedzę. Proces opracowywania norm ostrożnościowych nie powinien być postrzegany jako alternatywa dla analizy ryzyka i badań naukowych. Powinien być raczej postrzegany jako sposób uzupełnienia oceny ryzyka, gdy dostępne dowody naukowe nie pozwalają na jednoznaczne scharakteryzowanie prawdopodobieństwa lub wielkości prawdopodobnych zagrożeń ([46]).

Wydaje się oczywiste, że warunki wywołujące przyjęcie podejścia ostrożnościowego do stosowania interwencji hormonalnych i chirurgicznych w leczeniu GD u dzieci zostały spełnione. Gdy do skumulowanych argumentów przemawiających za szkodliwością dodamy względy ostrożnościowe, argumenty etyczne przeciwko PMT stają się nie do podważenia.

> Znaczenie unikania szkód podkreśla fakt, że wiele metod leczenia (np. chirurgia, terapia hormonalna) może prowadzić do stosunkowo częstych i potencjalnie poważnych długoterminowych skutków ubocznych. Wymaga to szczególnie silnego uzasadnienia (tj. jasnych dowodów korzyści i kompetencji decydenta) przed zastosowaniem takich metod leczenia lub zaakceptowaniem tych zagrożeń. W praktyce fizyczna modyfikacja zdrowego ciała wiąże się zazwyczaj z potencjalnymi szkodami lub ryzykiem. Empiryczne dowody dotyczące długoterminowego stosunku korzyści do szkód wynikających z tych interwencji są często ograniczone. Innymi słowy, unikanie szkód

---

[45] Można by mieć nadzieję, że będzie to ulga dla lekarzy, a zwłaszcza pediatrów, choć niektórzy wydają się zadowoleni, pozwalając dzieciom przejąć inicjatywę. Zob. rozdział 11.
[46] Beauchamp & Childress (2019, s. 250)

> skłaniają do rozważań podobnych do tych, które wynikają z kompetencji: gdy dowody na korzyści są niepewne, ale ryzyko jest prawdopodobne, etyczny imperatyw minimalizacji szkód nabiera jeszcze większego znaczenia. [47]

Niekorzystny profil ryzyka/korzyści odróżnia PMT od wielu innych zastosowań leków i urządzeń medycznych poza wskazaniami rejestracyjnymi. Zwolennicy PMT wskazują na powszechność przepisywania leków poza wskazaniami rejestracyjnymi w pediatrii,[48] ale legalność niektórych zastosowań poza wskazaniami rejestracyjnymi nie uprawnia do przepisywania jakiegokolwiek leku jakiemukolwiek pacjentowi z jakiegokolwiek powodu. Korzystny próg ryzyka/korzyści lub, w minimalnym zakresie, próg ostrożnościowy, musi być spełniony niezależnie od tego, czy interwencja została zatwierdzona przez FDA. Stosowanie interwencji poza wskazaniami jest czasami uzasadnione na podstawie badań interwencji w innej populacji pacjentów lub w innym wskazaniu. Takie stosowanie może być uzasadnione, gdy istnieje uzasadnione oczekiwanie korzyści, gdy nie ma lepszych alternatyw i gdy rokowanie bez interwencji medycznej jest gorsze dla pacjenta niż negatywne skutki stosowania leku poza wskazaniami.

Zdecydowanie nie jest to sytuacja w przypadku PMT. Naturalny przebieg pediatrycznego GD jest słabo poznany[49] , a dziesięciolecia badań wykazały, że GD o wczesnym początku zwykle ustępuje bez interwencji medycznej[50]. Nie ma przekonujących dowodów na to, że nie będzie to miało zastosowania w przypadku objawów pojawiających się w okresie dojrzewania, a ograniczone dowody sugerują, że tak właśnie będzie.[51] W każdym razie powszechnie uznaje się, że lekarze nie są w stanie odróżnić pacjentów, u których GD będzie się utrzymywać, od tych, u których GD ustąpi.[52] Ponadto

---

[47] Saarni & Uusitalo (2020, s. 41); nasze tłumaczenie. Oryginalny tekst: „Znaczenie unikania szkód podkreśla fakt, że wiele metod leczenia może powodować dość powszechne i poważne długoterminowe szkody (np. chirurgia, leczenie hormonalne), w związku z czym podawanie leków (tj. podejmowanie tych ryzyk) musi mieć szczególnie dobre uzasadnienie (tj. dowody na korzyści oraz kompetencje decydenta). W praktyce w większości przypadków fizyczną modyfikację zdrowego ciała można uznać za wiążącą się z niekorzystnymi skutkami lub ryzykiem. Empiryczne dowody dotyczące długoterminowego stosunku korzyści do niekorzystnych skutków terapii są w wielu przypadkach niewielkie. Innymi słowy, unikanie szkód prowadzi do podobnych rozważań, jak kwestia kompetencji: jeśli dowody na korzyści są niepewne, ale szkody są prawdopodobne, znaczenie minimalizacji szkód jako zasady etycznej nabiera szczególnego znaczenia.

[48] Meng i in. (2022).

[49] Zob. rozdział 4.

[50] Ristori & Steensma (2016); Singh et al. (2021).

[51] Bachmann i in. (2024); Byrne (2024a); Rawee i in. (2024); Sun i in. (2023)

[52] „Chociaż diagnoza dysforii płciowej jest uważana za niezbędną do rozpoczęcia leczenia farmakologicznego, nie pozwala ona w sposób wiarygodny przewidzieć, czy dana młoda osoba będzie w przyszłości odczuwać długotrwałą niezgodność płciową, ani czy interwencja medyczna będzie dla niej najlepszym rozwiązaniem” (Cass, 2024a, s. 29).

istnieją obawy dotyczące roli, jaką sama medykalizacja może odgrywać w utrzymywaniu się leczonych schorzeń [53], a dostępne są mniej inwazyjne i mniej ryzykowne interwencje [54]. Wreszcie, interwencja medyczna wiąże się ze znanymi i prawdopodobnymi szkodami [55], a dziesięciolecia badań prowadzonych przez wiodące instytucje akademickie nie przyniosły wiarygodnych dowodów na korzyści medyczne [56].

13.2.4 Sprawiedliwość

Zgodnie z raportem Belmont, opublikowanym w 1978 r. w następstwie badania amerykańskiej służby zdrowia publicznego dotyczącego nieleczonej kiły w Tuskegee, „niesprawiedliwość ma miejsce, gdy bez uzasadnionej przyczyny odmawia się osobie przysługujących jej świadczeń lub nakłada się na nią nadmierne obciążenia" [57]. Chociaż raport Belmont określa zasady etyczne dotyczące badań z udziałem ludzi, zasada sprawiedliwości ma również zastosowanie w medycynie klinicznej.

Zwolennicy PMT twierdzą czasem, że nieuzasadnione jest odmawianie młodzieży z GD dostępu do PB, CSH lub operacji [58]. Powołują się oni na badania, z których wynika, że ta grupa pacjentów ma znaczne potrzeby w zakresie opieki zdrowotnej, a ponadto cierpi z powodu marginalizacji społecznej i stygmatyzacji [59]. Pacjenci ci są rzeczywiście narażeni na wiele zagrożeń i niesprawiedliwe byłoby odmawianie im bezpiecznej i skutecznej opieki medycznej. Jednak niesprawiedliwe byłoby również poddawanie ich poważnym interwencjom hormonalnym i chirurgicznym, które nie mają korzystnego profilu ryzyka/korzyści.

W rzeczywistości szczególnie niesprawiedliwe wydaje się narażanie młodzieży borykającej się ze złożonymi problemami psychiatrycznymi, neurorozwojowymi i psychospołecznymi na szkody związane z tymi interwencjami. Zasada sprawiedliwości została słusznie przywołana, ale błędnie zastosowana.

W swoim raporcie tymczasowym i końcowym Cass odnotowuje obawy zgłaszane jej przez pacjentów i rodziny dotyczące „zaciemnienia diagnostycznego".[60] Zaciemnienie diagnostyczne jest formą

W najnowszych niemieckich wytycznych klinicznych zaznaczono, że w wyniku przeprowadzonego przeglądu nie znaleziono badań, które dostarczyłyby empirycznych kryteriów pozwalających ustalić, czy GD lub niezgodność płciowa utrzymają się w okresie dojrzewania lub po nim (Niemieckie Towarzystwo Psychiatrii Dziecięcej i Młodzieżowej, Psychosomatyki i Psychoterapii (DGKJP), 2025, s. 188).

53 Jorgensen (2023a).

54 Zob. rozdział 14.

55 Zob. rozdział 7.

56 Zob. rozdział 5.

57 Krajowa Komisja ds. Ochrony Osób Uczestniczących w Badaniach Biomedycznych i Behawioralnych (2010).

58 Kimberly i in. (2018); Maung (2024).

59 Hatzenbuehler i Pachankis (2016); Rider i in. (2018).

60 Cass (2022a, s. 46; 2024b, s. 200).

błąd, który prowadzi lekarzy do błędnego przypisania objawów jednego schorzenia do innego, wcześniej zdiagnozowanego schorzenia. Może się to zdarzyć na przykład wtedy, gdy lekarze błędnie przypisują dolegliwości fizyczne pacjenta wcześniej zdiagnozowanemu schorzeniu psychicznemu, co może prowadzić do błędnej diagnozy i nieodpowiedniego leczenia.[61] Zjawisko „przesłaniania diagnozy" jest szczególnie widoczne w kontekście opieki psychiatrycznej, gdzie pacjent z problemami psychiatrycznymi, zaburzeniami neurorozwojowymi lub niepełnosprawnością intelektualną może być traktowany jednowymiarowo jako „przypadek" pewnej diagnozy psychiatrycznej, a nie holistycznie jako osoba podatna na szereg problemów zdrowotnych niezwiązanych z tą diagnozą.

W kontekście PMT istnieje obawa, że diagnoza GD może przesłaniać przyczyny cierpienia i wypierać inne potrzeby w zakresie opieki psychiatrycznej, szczególnie gdy pacjenci są kierowani do specjalistycznych klinik zajmujących się kwestiami płci. Model opieki kliniki zajmującej się kwestiami płci staje się młotkiem Maslowa, dla którego każdy problem wydaje się gwoździem. Ryzyko przyćmienia diagnozy wzrasta w takim stopniu, w jakim (1) lekarze nie zapewniają kompleksowych ocen psychiatrycznych;([62]) (2) lekarze podlegają presji ze strony kolegów, pacjentów i rodziców, aby przedwcześnie „potwierdzić" pacjentów, to znaczy przed zapewnieniem im wystarczającej ilości czasu na rozwój i dojrzewanie;[63] oraz (3) współwystępujące problemy związane ze zdrowiem psychicznym lub problematyczne zachowania są odruchowo uznawane za następstwa diagnozy GD pacjenta, spowodowane stresem mniejszościowym.[64]Zaniedbanie potrzeb w zakresie opieki psychiatrycznej członków już i tak wrażliwej populacji młodzieży borykającej się ze złożonymi problemami psychiatrycznymi, neurorozwojowymi i psychospołecznymi oznacza pozbawienie ich świadczeń, do których mają prawo, a narażenie ich na niepotrzebne z medycznego punktu widzenia ryzyko szkody oznacza nałożenie na nich nieuzasadnionego ciężaru.

Istnieją dodatkowe problemy związane ze sprawiedliwością. W porównaniu z rówieśnikami w tym samym wieku młodzież odczuwająca pociąg do osób tej samej płci jest znacznie nadreprezentowana wśród pacjentów zgłaszających się do klinik zajmujących się kwestiami płciowymi. [65]Jak zauważono w rozdziale 3, zjawisko to obserwowano od samego początku. Spośród 70 pacjentów zrekrutowanych przez de Vriesa i współpracowników w

[61] Hallyburton (2022); Jones i in. (2008); Reiss i in. (1982).
[62] Damiano (2024a).
[63] Edwards-Leeper i Anderson (2021).
[64] Artykuły twierdzące, że stres mniejszościowy wyjaśnia różne problemy zdrowotne nastolatków identyfikujących się jako transpłciowe, obejmują Delozier i in. (2020); Dolotina i Turban (2022); Hunter i in. (2021).
[65] Drescher i Yarbrough (2024); Singh i in. (2021); Wood i in. (2013).

W Holandii w latach 2000–2008 62 osoby zgłosiły, że pociąga je wyłącznie ta sama płeć, sześć osób zgłosiło, że są biseksualne, a jedna osoba zgłosiła, że pociąga ją wyłącznie płeć przeciwna.[66] Oznacza to, że pierwotna grupa pacjentów objętych holenderskim protokołem składała się prawie wyłącznie z pacjentów homoseksualnych, lesbijek i biseksualnych[67] — z których jeden zmarł w wyniku powikłań chirurgicznych po zabiegu vaginoplastyki przeprowadzonej po blokadzie dojrzewania i podaniu hormonów płciowych.[68] Doniesienia o negatywnym nastawieniu do homoseksualizmu, które może być internalizowane, nie są rzadkością w tej dziedzinie.[69] Jedno z najwcześniejszych doniesień klinicznych dotyczących transformacji płciowej nastolatków opisuje rodzinę zaniepokojoną tym, że niekonformizm płciowy ich syna był oznaką homoseksualizmu.

> Warto zauważyć, że [rodzina pacjenta] poczuła ulgę, gdy dowiedziała się, że George nie jest *homoseksualistą*. Diagnoza „transseksualizm" wyjaśniała jego kobiece zachowanie i przyniosła ulgę psychiczną, zwłaszcza rodzicom.[70]

Biorąc pod uwagę historię patologizowania i medykalizacji pociągu do osób tej samej płci przez środowisko medyczne [(71)], poważne obawy związane z kwestią sprawiedliwości budzi nadmierna reprezentacja nastolatków homoseksualnych, lesbijek i biseksualistów wśród pacjentów poddawanych niesprawdzonym interwencjom, które mają negatywny wpływ na płodność i funkcje seksualne.

13.3 Alternatywne uzasadnienia kliniczne

Badania kliniczne dotyczące pediatrycznej transformacji medycznej koncentrowały się przede wszystkim na jej wpływie na zachorowalność psychiatryczną, a w mniejszym stopniu na funkcje psychospołeczne. Oryginalne holenderskie

---

[66] de Vries et al. (2011, tabela 1). Pozostały jeden pacjent zgłosił „nie wiem jeszcze".
[67] Biggs (2023b).
[68] Biggs (2023b); de Vries i in. (2014); Negenborn i in. (2017) Bachmann i in. (2024); Sun i in. (2023).
[69] Barnes (2023); Sansfaçon i in. (2023); Littman (2021).
[70] Newman (1970). Biorąc pod uwagę raporty kliniczne dotyczące jego własnych zachowań seksualnych i pragnień, prawie pewne jest, że George był gejem.
[71] Hodge (1950); Murphy (1992); Shidlo i in. (2001). Z Hodge: „Mężczyzna w wieku 37 lat, który zgłosił się dobrowolnie, zaniepokojony swoim wyraźnym skłonnością do homoseksualizmu, która choć od okresu dojrzewania nie znalazła otwartego wyrazu, była jednak źródłem wielkiego niepokoju i nieszczęścia... Po dokładnym zbadaniu okazało się, że jest on od dawna homoseksualistą – raczej z powodu „wrodzonego" wzorca niż traumatycznego „utrwalenia poziomu" – i nie reagował na psychoterapię. Leczenie estronem spowodowało utratę popędu seksualnego, a pacjent zgłasza znaczną „ulgę psychiczną" (s. 135). Zob. również rozdział 3, w którym opisano wpływową sprawę George'a/Christine Jorgensen i następującą po niej falę lesbijek i gejów, którzy zdecydowali się na medyczną zmianę płci.

Protokół wymagał, aby pacjenci mieli „zaburzenia tożsamości płciowej” (GID), jak wówczas nazywano GD. Kryteria diagnostyczne GID i jego następcy GD w DSM-5 obejmują klinicznie istotny stres i/lub upośledzenie funkcjonalne ([72]).Chociaż kryteria diagnostyczne GD ściśle odzwierciedlają poprzednie kryteria GID, DSM-5 bardziej wyraźnie podkreśla, że tożsamość płciowa sama w sobie nie stanowi patologii. Patologiczne jest towarzyszące jej cierpienie, jeśli występuje. W związku z tym interwencje medyczne są ukierunkowane na cierpienie lub upośledzenie pacjenta, a nie na leżącą u podstaw identyfikację.

Fakt, że pacjenci muszą cierpieć na zaburzenia psychiczne, aby uzyskać dostęp do zasobów medycznych, od dawna niepokoi niektórych pacjentów i grupy wsparcia [73,74].Niektóre protokoły kliniczne wymagają od pacjentów poddania się ocenie w celu ustalenia, czy spełniają oni (*między innymi*) kryterium cierpienia lub upośledzenia – nie wystarczy, że pacjent potwierdza identyfikację z płcią przeciwną lub niezgodność. Kryteria te stanowią zatem przeszkodę ([75]) dla osób, które nie cierpią z powodu cierpienia psychicznego lub upośledzenia, ale mimo to chcą zmienić swoje ciało za pomocą środków medycznych. Aby uzyskać dostęp do pożądanych zabiegów, pacjenci ci mogą być zmuszeni do wyolbrzymiania lub udawania objawów lub też do poszukiwania lekarzy, którzy będą skłonni zatwierdzić diagnozę ([76]).

Jednym z możliwych rozwiązań tego problemu jest po prostu zniesienie wymogu postawienia diagnozy medycznej. Dzięki temu pacjenci pragnący poddać się zabiegom medycznym nie napotkaliby przeszkody w postaci oceny. Problem z tym rozwiązaniem dla grup roboczych DSM i ICD polegał na tym, że całkowite zniesienie diagnoz utrudniłoby lub uniemożliwiło refundację zabiegów medycznych. Napięcie między

---

[72] Ponieważ GID i GD są diagnozami DSM, a DSM jest podręcznikiem zaburzeń psychicznych, nie jest to zaskakujące. Ogranicza to jednak możliwości dostępne dla lekarzy-badaczy, ponieważ zwrot kosztów wymaga diagnozy DSM, tj. zaklasyfikowania pacjenta jako cierpiącego na zaburzenia psychiczne.

[73] Drescher (2017).

[74] Sprzeciw wobec medycznej „kontroli dostępu” oraz napięcia między pacjentami a lekarzami dotyczące patologizacji identyfikacji płciowej poprzedzają holenderski protokół i medykalizację zaburzeń tożsamości płciowej u dzieci o dziesiątki lat. Dorośli, pragnący hormonów i operacji, aby zaspokoić swoją tęsknotę za zmianą ciała i byciem postrzeganym jako członek płci przeciwnej, ścierali się z psychiatrami, psychologami, endokrynologami i chirurgami od początku XXwieku, kiedy to przeprowadzono pierwsze zabiegi „zmiany płci”. Konflikty między ekspertami z różnych dziedzin, z których każda walczyła o władzę nad diagnozowaniem i leczeniem, przyczyniły się do trwającej niepewności zawodowej co do podstawowych celów interwencji medycznej i odpowiedniej równowagi sił między pacjentami a lekarzami. Zob. Meyerowitz (2009); Shuster (2021).

[75] Jacobsen (2024).

[76] Opisy pacjentów udających objawy i fabrykujących historie, aby przekonać lekarzy o swojej potrzebie medycznej, można znaleźć w: Ashley (2019); Pimenoff & Pfäfflin (2011); Shuster (2021).

Zapewnienie refundacji, a tym samym dostępu, z jednej strony, oraz zaspokojenie żądań pacjentów i grup aktywistów dotyczących depatologizacji, z drugiej strony, wymagało kompromisów ze strony twórców DSM i ICD. [77]Twórcy DSM zdepatologizowali niezgodność i patologizowali cierpienie. Twórcy ICD-11 mieli więcej możliwości, ponieważ w przeciwieństwie do DSM, który poświęcony jest wyłącznie zaburzeniom psychicznym, ICD kataloguje wszystkie choroby i stany zdrowia. Po rozważeniu różnych możliwości ([78]) grupa robocza ICD-11 postanowiła przenieść diagnozę z rozdziału poświęconego zdrowiu psychicznemu, gdzie uważano, że przyczynia się ona do stygmatyzacji, do nowego rozdziału „Schorzenia związane ze zdrowiem seksualnym", gdzie będzie mniej stygmatyzująca, ale nadal przydatna do celów refundacji.

W związku z tym obecne diagnozy DSM i ICD obejmują różne ramy ukształtowane przez historyczne uwarunkowania, w tym, co najważniejsze, kwestie finansowe ([79]).Zgodnie z DSM-5 samo doświadczanie niezgodności płciowej nie jest patologiczne, natomiast związane z tym cierpienie lub upośledzenie już tak, co sprawia, że GD jest zaburzeniem psychicznym. Tymczasem zgodnie z ICD-11 niezgodność płciowa (czyli bycie osobą transpłciową zgodnie ze współczesnym rozumieniem tego, czym jest transpłciowość) sama w sobie jest patologiczna, ale nie stanowi zaburzenia zdrowia psychicznego. Diagnoza ICD-11, niezgodność płciowa w okresie dojrzewania lub w wieku dorosłym, nie zawiera wymogu cierpienia lub upośledzenia funkcjonowania w celu medykalizacji.
W związku z tym DSM-5 i ICD-11 różnią się między sobą w kwestii tego, czy interwencje hormonalne i chirurgiczne są metodami leczenia zaburzeń psychicznych, czy raczej innego rodzaju patologii, czy tożsamość transpłciowa sama w sobie jest patologiczna oraz czy pacjent musi odczuwać cierpienie psychiczne lub upośledzenie, aby otrzymać refundowaną interwencję medyczną. Pomimo tych różnic i niespójności obie diagnozy są stosowane w celu uzasadnienia i refundacji interwencji hormonalnych i chirurgicznych u nastolatków.

Bardziej liberalne podejście do medykalizacji jest bronione przez niektórych klinicystów [80],bioetyków i aktywistów [81].Na przykład bioetyk Florence Ashley twierdzi, że

---

[77] Drescher (2015).
[78] Drescher i in. (2012).
[79] Zob. Drescher (2015); Drescher & Yarbrough (2024).
[80] Zob. rozdział 11.
[81] Chu (2024).

Stosowanie interwencji hormonalnych i chirurgicznych u nastolatków jest uzasadnione zdolnością tych interwencji do zaspokojenia „celów związanych z ucieleśnieniem płci” pacjentów:

> Medyczna transformacja płciowa nastolatków ma na celu zapobieganie lub zmianę rozwoju cech płciowych w celu osiągnięcia indywidualnych celów związanych z urzeczywistnieniem płci. Biorąc pod uwagę jego cel, skuteczność medycznej transformacji płciowej nastolatków definiuje się poprzez jej zdolność do osiągnięcia pożądanych rezultatów fizjologicznych – standard ten jest bezsprzecznie spełniony. [82]

Podczas gdy protokół holenderski został opracowany w celu złagodzenia cierpienia psychicznego nastolatków i poprawy ich funkcjonowania psychospołecznego, podejście Ashley'ego rezygnuje z wymogu poprawy klinicznej – wystarczy osiągnięcie celów pacjenta związanych z urzeczywistnieniem płci. [83]W innym miejscu Ashley wyjaśnia, że niektóre osoby decydują się na interwencje hormonalne lub chirurgiczne nie dlatego, że cierpią na patologię, ale raczej dlatego, że zabiegi te mogą zapewnić im pewne pożądane doznania, takie jak „euforia płciowa” i „twórcza przemiana”. Euforia płciowa to „wyraźna radość lub satysfakcja spowodowana zgodnością tożsamości płciowej danej osoby z cechami płciowymi związanymi z płcią inną niż ta przypisana jej przy urodzeniu”([84,85]). Kreatywna transfiguracja, jak pisze Ashley, „jest trudniejsza do uchwycenia słowami. Kreatywna transfiguracja, kładąc nacisk na kreatywność i aspiracje estetyczne, postrzega ciało jako dzieło sztuki związane z płcią, które można uczynić swoim poprzez interwencje związane z transformacją” ([86]).

Ponieważ współczesna medycyna płciowa uwzględnia różnorodność „płci”, ten nowy nacisk na cele związane z ucieleśnieniem wykracza poza ramy „zmiany płci” z poprzednich dziesięcioleci, w których pacjenci płci męskiej nabywali cechy typowe dla kobiet, aby „żyć jak kobiety”, a pacjentki płci żeńskiej nabywały cechy typowe dla mężczyzn, aby „żyć jak mężczyźni”

---

[82] Ashley (2022a, s. 127).
[83] Zob. Gorin (2024). Warto zauważyć, że de Vries, główny autor dwóch przełomowych artykułów (de Vries et al 2011 i 2014), które ustanowiły protokół holenderski, ostatnio zakwestionował „logikę poprawy”, która leży u podstaw pierwotnego uzasadnienia klinicznego, i pozytywnie ocenił podejście propagowane przez Ashley (Oosthoek et al., 2024).
[84]Ashley & Ells (2018, s. 24). Definicja euforii płciowej przedstawiona przez Ashley i Ellis oznacza, że nikt, kto nie doświadcza niezgodności, nie może doświadczyć euforii płciowej. Jednak według innych autorów euforia płciowa jest „dość powszechna... zarówno wśród osób transpłciowych, jak i cis” (Kukla, 2024, s. 288).
[85] Naukowcy opracowali niedawno skalę służącą do pomiaru euforii płciowej (Blacklock i in., 2025).
[86] Ashley (2019, s. 481).

(patrz rozdział 3). Nic w nowszym podejściu „potwierdzającym płeć” nie ogranicza liczby zmian fizycznych, o których wykonanie mogą zostać poproszeni lekarze. Niektóre dziewczęta lub kobiety chcą tylko niewielkiego zarostu, podczas gdy inne pragną pełnej brody i płaskiej klatki piersiowej; niektórzy chłopcy lub mężczyźni chcą mieć bardziej miękką skórę i piersi, ale chcą zachować nienaruszony penis. Rozszerzenie oferty klinicznej odzwierciedla te rozszerzone cele dotyczące ucieleśnienia. Chirurdzy wykonują zabiegi vaginoplastyki z zachowaniem penisa dla pacjentów, którzy chcą mieć zarówno męskie, jak i żeńskie narządy płciowe, oraz oferują zabiegi „unieważnienia” dla pacjentów, którzy identyfikują się jako osoby niebinarne i nie chcą mieć żadnych zewnętrznych narządów płciowych. Istnieje co najmniej tyle kombinacji fizycznych, ile jest „tożsamości płciowych” – a nawet więcej, ponieważ prawdopodobnie każda tożsamość płciowa może być ucieleśniona na różne sposoby.([87])

Chociaż ICD-11 nie wspomina o „euforii płciowej” ani „dziełach sztuki związanych z płcią”, kryteria diagnostyczne dotyczące niezgodności płciowej w okresie dojrzewania lub w wieku dorosłym pośrednio formalizują podejście do medycznej transformacji oparte na „celach dotyczących ciała”. Diagnoza jest wyjaśniona w następujący sposób:

> Niezgodność płciowa w okresie dorastania i dorosłości charakteryzuje się wyraźną i trwałą niezgodnością między płcią odczuwaną przez daną osobę a płcią przypisaną, co często prowadzi do pragnienia „transformacji”, aby żyć i być akceptowanym jako osoba o odczuwanej płci, poprzez leczenie hormonalne, operację lub inne usługi opieki zdrowotnej, aby dostosować ciało danej osoby, w takim stopniu, w jakim jest to pożądane i możliwe, do odczuwanej płci. Diagnozy nie można postawić przed rozpoczęciem okresu dojrzewania. Same zachowania i preferencje związane z odmiennością płciową nie stanowią podstawy do postawienia diagnozy ([88]).

Według Jacka Dreschera, członka grupy roboczej Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) ds. klasyfikacji zaburzeń seksualnych i zdrowia seksualnego, której zadaniem było opracowanie zaleceń do jedenastej edycji Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD), aby zakwalifikować się do diagnozy niezgodności płciowej w okresie dojrzewania lub w wieku dorosłym, pacjent musi spełniać tylko dwa z czterech poniższych kryteriów:

---

[87] James i in. (2015).
[88] Światowa Organizacja Zdrowia (2022b).

1. Silna niechęć lub niezgodność z pierwotnymi lub wtórnymi cechami płciowymi z powodu niezgodności z odczuwaną płcią.

2. Silne pragnienie pozbycia się niektórych z tych cech płciowych z powodu niezgodności z odczuwaną płcią.

3. Silne pragnienie posiadania pierwotnych lub wtórnych cech płciowych płci odczuwanej.

4. Silne pragnienie bycia traktowanym i akceptowanym jako osoba płci odczuwanej. [89]

Trudno jest dostrzec, w jaki sposób którekolwiek z dwóch pierwszych kryteriów mogłoby zostać wykorzystane do zdiagnozowania niezgodności płciowej. ICD-11 stwierdza, że niezgodność płciowa „charakteryzuje się wyraźną i trwałą niezgodnością między płcią odczuwaną przez daną osobę a płcią przypisaną jej przy urodzeniu…”[(90),] Kryteria (1) i (2) same w sobie obejmują niezgodność, więc diagnoza, gdy spełnione są pierwsze dwa kryteria, sugeruje, że dana osoba ma niezgodność płciową, ponieważ ma postawy lub pragnienia wynikające z niezgodności (91[),]

Pomijając problem cykliczności, u nastolatka można zdiagnozować niezgodność płciową, jeśli spełnia on kryteria (3) i (4) [(92),] które sprowadzają się do posiadania pewnych silnych celów związanych z ciałem. Mężczyzna, który silnie pragnie posiadać (niektóre? wszystkie?) cechy płciowe kobiety i być traktowany lub akceptowany jako kobieta, lub kobieta, która silnie pragnie posiadać (niektóre? wszystkie?) cechy płciowe mężczyzny i być traktowana lub akceptowana jako mężczyzna, kwalifikuje się do diagnozy. Zgodnie z ICD-11 pacjent z takimi pragnieniami ma „stan związany ze zdrowiem seksualnym”, a zatem lekarze mają uzasadnienie dla przeprowadzenia interwencji hormonalnych lub chirurgicznych i uzyskania za nie refundacji.

Warto zauważyć, że ICD-11 stosuje identyczne kryteria diagnostyczne dla nastolatków i dorosłych, pomimo wyraźnych różnic w rozwoju fizjologicznym i psychologicznym

---

[89] Drescher & Yarbrough (2024, s. 2508).
[90] Światowa Organizacja Zdrowia (2022a).
[91] Problem cykliczności jest również omówiony w rozdziale 2. Nie jest również jasne, co może oznaczać stan „niezgodności” z własnymi cechami płciowymi. Być może autorzy mają na myśli, że dana osoba uważa swoje cechy płciowe za niepożądane, czyli nieprzyjemne. Ma to sens, o ile nieprzyjemność ta nie osiąga poziomu cierpienia, które przekształciłoby niezgodność płciową w coś w rodzaju dysforii płciowej, a tym samym podważyłoby uzasadnienie dla usunięcia diagnozy niezgodności płciowej z rozdziału dotyczącego zaburzeń psychicznych w ICD-11.
[92] Nie jest jasne,czy kryteria muszą być spełnione przez określony czas. ICD-11 nie określa wymogu czasowego; Drescher i Yarbrough mówią o „kilku miesiącach” (Drescher & Yarbrough, 2024, s. 2508).

między tymi populacjami a ich zdolnością do podejmowania decyzji i samoświadomości. Ani DSM-5-TR, ani ICD-11 nie wyjaśniają, dlaczego dzieci lub młodzież mogą chcieć zmienić swoje cechy płciowe lub być traktowane lub akceptowane jako osoby inne niż członkowie swojej płci, a podejścia terapeutyczne, które mogą badać możliwe wyjaśnienia wraz z pacjentami, są często określane jako „terapia konwersyjna" przez zwolenników podejścia „potwierdzającego płeć".[93] Jeśli chodzi o diagnozy DSM-5-TR i ICD-11, nie ma znaczenia, że pacjent w wieku 10, 13 lub 17 lat może chcieć zmienić swoje ciało i być postrzegany i traktowany jako osoba innej płci z wielu różnych powodów. Mogą to być: dyskomfort związany z własną homoseksualnością, historia traumy seksualnej, trudności związane z okresem dojrzewania, odrzucenie postrzeganych ról związanych z płcią i/lub współwystępujące zaburzenia psychiczne. W przypadku ICD-11 samo pragnienie wystarcza, aby uzasadnić diagnozę medyczną i, w ramach „opieki potwierdzającej płeć", skierować nastolatka na terapię PMT.

Jeśli stosowanie interwencji hormonalnych i chirurgicznych w celu zmniejszenia zachorowalności psychiatrycznej związanej z dysforią płciową nie ma korzystnego profilu ryzyka/korzyści, stosowanie tych interwencji wyłącznie w celu zaspokojenia potrzeb nastolatków dotyczących wyglądu fizycznego jest nie tylko błędem klinicznym, ale wręcz lekkomyślnością kliniczną.

13.4 Żal

Żal pacjentów zaczął być przedmiotem szczególnej uwagi w dyskusjach na temat PMT. Zwolennicy PMT twierdzą, że żal jest niezwykle rzadki [94].Niektórzy twierdzą również, że ponieważ nie wykazano, aby oceny zdrowia psychicznego zmniejszały odsetek żalu, nie powinny one być wymagane przed przepisaniem leczenia (95).Milczącym założeniem jest, że brak żalu jest oznaką korzyści medycznej lub przynajmniej braku szkody. Inni badacze wskazują, że badania nad żalem, podobnie jak większość badań nad PMT, są bardzo ograniczone i nie znamy rzeczywistej częstości występowania żalu ([96]).Zarówno zwolennicy, jak i krytycy, w sposób dorozumiany lub wyraźny, uważają kwestię żalu za kluczową dla etyki PMT.

---

[93] Ashley (2023). Zob. rozdział 14.
[94] Crabtree i in. (2024); Kidd i Sequeira (2024); McNamara i in. (2024); Turban i in. (2021).
[95] Ashley i in. (2023); Wu i Keuroghlian (2023). Zob. również rozdział 11.
[96] Cohn (2023); Jorgensen (2023b); MacKinnon, Expósito-Campos i in. (2023).

Fakt, że niektórzy pacjenci zgłaszają głębokie wyrzuty sumienia po poddaniu się inwazyjnym, zmieniającym życie zabiegom medycznym, ma oczywiście duże znaczenie. Jednak same wyrzuty sumienia (podobnie jak sama satysfakcja) nie są miarodajnym wskaźnikiem tego, czy zabieg był medycznie uzasadniony. Wyrzuty sumienia są nie tylko złożonym zjawiskiem samym w sobie [97], ale także mają niewielki związek z kwestiami etycznymi w medycynie, a w szczególności z korzyściami i szkodami. Pacjenci czasami żałują, że wyrazili zgodę na zabiegi, które w rzeczywistości były uzasadnione, to znaczy zabiegi, które w momencie ich proponowania miały korzystny profil ryzyka i korzyści. Pacjenci mogą żałować takich interwencji, ponieważ cierpią z powodu szkodliwych powikłań, które były mało prawdopodobne, ale wystąpiły w ich przypadku. Mogą też żałować interwencji z innych powodów. Na przykład kobieta może poddać się operacji kręgosłupa, dla której istnieją przekonujące dowody na korzyści netto dla jej zdrowia, a mimo to żałować operacji, ponieważ niewielka ulga w bólu wydaje jej się z perspektywy czasu nie być warta kosztów i kłopotów związanych z rekonwalescencją po operacji. Być może poprawa jej stanu zdrowia pozwoliła jej podjąć pewne działania, które ostatecznie pogorszyły jej życie, biorąc pod uwagę wszystkie okoliczności. To, że żałuje operacji, nie oznacza, że była ona nieuzasadniona z klinicznego lub etycznego punktu widzenia, ani że jej lekarz naruszył zasady etyki medycznej.

Z drugiej strony, ludzie mają niezwykłą zdolność do włączania cierpienia i straty do historii swojego życia. Mężczyzna może być sparaliżowany w wyniku operacji kręgosłupa, która nie oferowała korzystnego stosunku ryzyka do korzyści i której chirurg nigdy nie powinien był podejmować. Jednak miesiące lub lata później mężczyzna ten może stwierdzić, że nie żałuje poddania się operacji, ponieważ spowodowane nią obrażenia i osłabienie sprawiły, że skupił się bardziej na miłości i trosce swojej rodziny i przyjaciół. A może jako osoba pełnosprawna był odizolowany i samotny, ale teraz, ze względu na większą zależność fizyczną, znalazł wspierającą społeczność, w której rozwija nową tożsamość, która nadaje jego życiu strukturę i cel. A może w wyniku urazu po prostu głębiej docenił dar życia w jego kruchości. To, że mężczyzna ten nie żałuje operacji, nie oznacza, że jego decyzja o wyrażeniu zgody na nią była rozsądna, ani że chirurg miał prawo zaproponować operację.

---

[97] Landman (1987).

Konsekwencje dla PMT są złożone. Stosowanie interwencji hormonalnych lub chirurgicznych u zdrowych fizycznie nastolatków nie może być uzasadnione rzekomo niskim odsetkiem żalu. Niektórzy pacjenci, którzy doznali obiektywnych szkód zdrowotnych, a następnie zrezygnowali z transformacji, nie żałują jednak podjęcia leczenia. [98] Nie można również potępiać tych interwencji na podstawie faktu, że niektórzy nastolatkowie, którzy się im poddali, zgłaszają żal. Najważniejsze pytanie dotyczące PMT nie brzmi: „Czy pacjenci, którzy przeszli medyczną transformację, żałują swojej decyzji?". Bardziej fundamentalnym pytaniem jest: „Czy medyczna transformacja zapewnia korzyści zdrowotne proporcjonalne do szkód, jakie powoduje?". Najlepsze dostępne dowody, wraz z analizą ryzyka i korzyści oraz podejściem ostrożnościowym, etycznie odpowiednim dla pediatrii, wskazują, że odpowiedź na to ostatnie pytanie brzmi prawie na pewno „nie".

13.5 Etyka badań

Wiele przeglądów systematycznych, zleconych przez wiodące międzynarodowe organy ds. zdrowia i przeprowadzonych przez niezależnych naukowców akademickich, wykazało, że dowody potwierdzające oczekiwane korzyści płynące z PMT mają niską lub bardzo niską pewność [(99)]. Naturalną reakcją naukowców na brak dowodów o wyższej jakości jest przeprowadzenie większej liczby lepszych badań. Jednak to, czy i w jaki sposób należy przeprowadzić takie badania, jest przedmiotem poważnych kontrowersji etycznych.

Jedna z kontrowersji dotyczy RCT, „złotego standardu" badań klinicznych [100]. Niektórzy zwolennicy PMT twierdzą, że RCT dotyczące skutków PB lub CSH byłyby niewykonalne i nieetyczne.[101] Jeśli chodzi o wykonalność, ponieważ efekty interwencji PMT są tak oczywiste, nie jest możliwe zaślepienie badaczy i uczestników RCT, w którym grupa kontrolna otrzymuje wyłącznie wsparcie psychoterapeutyczne. Niektórzy obawiają się, że wielu nastolatków odmówiłoby udziału w badaniu, które nie gwarantuje im interwencji hormonalnej, lub że zrezygnowaliby z udziału, gdyby zostali przydzieleni do grupy kontrolnej. Wyzwania te mogą być trudniejsze do pokonania w obecnej sytuacji, w której nastolatki są przekonane, że interwencje hormonalne i chirurgiczne są dobrze

[98] Aby zapoznać się z prawdziwymi przykładami, zobacz Sansfaçon et al. (2023).
[99] Zob. rozdział 5.
[100] Hariton i in. (2018).
[101] Ashley i in. (2024, 407-418).

poparte dowodami, a nawet ratujące życie. [102] Jednak randomizacja nie wymaga zaślepienia, a dopóki nie zostanie przeprowadzone RCT, spekulacje na temat reakcji potencjalnych uczestników są tylko spekulacjami.

W odniesieniu do etyki badań naukowych jednym z zarzutów wobec przeprowadzania RCT jest to, że takie badania naruszałyby zasadę równowagi. W swoim podręczniku *„Principles of Biomedical Ethics”* Beauchamp i Childress wyjaśniają, że „społeczność rozsądnych lekarzy znajduje się w stanie »równowagi klinicznej«”, gdy „przed przeprowadzeniem badań nikt nie wie, czy bardziej korzystne jest znalezienie się w grupie kontrolnej, czy w grupie eksperymentalnej... [W] tym modelu żaden pacjent nie otrzyma zatem czegoś, o czym wiadomo, że jest mniej skuteczne lub wiąże się z większym ryzykiem niż dostępna alternatywa” ([103]).

Zwolennicy PMT twierdzą, że przeprowadzenie RCT PMT, w którym grupa kontrolna otrzymuje wyłącznie poradnictwo psychologiczne, naruszałoby zasadę równowagi, „biorąc pod uwagę liczne badania łączące interwencje potwierdzające tożsamość płciową nastolatków z poprawą zdrowia psychicznego” ([104]). Twierdzenie to jest jednak bezpodstawne, ponieważ błędnie przedstawia stan wiedzy naukowej. W rzeczywistości, gdyby zasada równowagi została naruszona, prawdopodobnie byłoby to w drugą stronę, biorąc pod uwagę bardziej pewne dowody szkodliwości. Ostatecznie, choć ich powody są różne, zwolennicy PMT i niektórzy jej krytycy mogą się zgodzić co do niedopuszczalności przeprowadzania RCT dotyczących interwencji hormonalnych lub chirurgicznych w przypadku pediatrycznego GD.

Nie jest jasne, czy interwencje hormonalne lub chirurgiczne w przypadku GD mogą być etycznie oferowane w ramach badania, niezależnie od jego projektu. Obecnie naukowcy w Wielkiej Brytanii planują badanie PB. W momencie pisania niniejszego przeglądu badanie nie otrzymało jeszcze oficjalnej zgody komisji etycznej, a szczegóły dotyczące projektu badania, wyników, które będą badane, kryteriów włączenia i wyłączenia itp. nie zostały opublikowane. Niektórzy krytycy PMT już zgłaszają obawy dotyczące proponowanego badania. Martwią się oni przepisywaniem PB nawet w warunkach badawczych, biorąc pod uwagę uznaną niezdolność klinicystów do rozróżnienia pacjentów, u których GD utrzyma się w wieku dorosłym, od tych, u których GD

---

[102] Clayton, A. (2023).
[103] Beauchamp & Childress (2019), s. 365; Zob. również Freedman (1987).
[104] Ashley i in. (2024, s. 408).

rozwiąże się samoistnie [105]oraz wysokie prawdopodobieństwo, że każdy pacjent, który rozpocznie PB, przejdzie do CSH i ewentualnie do operacji [106].Ponieważ większość nastolatków, którzy przyjmują PB, przechodzi do CSH, a to właśnie CSH i operacja zapewniają pożądane cechy fizyczne w PMT, nie jest jasne, czy PB są samodzielną metodą leczenia i czy powinny być badane jako takie.

Inni krytycy zwracają uwagę, że bezpieczniejsze rodzaje badań – na przykład badania nad różnymi podejściami psychoterapeutycznymi – nie zostały jeszcze zbadane w tej populacji pacjentów. Zwracają również uwagę, że amerykańskie kliniki zajmujące się kwestiami płci nie zebrały jeszcze danych longitudinalnych dotyczących obecnych pacjentów.

Należy wziąć pod uwagę również inne ważne kwestie etyczne. Kodeks norymberski jest fundamentalnym i uznanym na arenie międzynarodowej zbiorem norm regulujących badania z udziałem ludzi i zawiera następujące postanowienia:

> Eksperyment powinien być tak zaprojektowany i oparty na wynikach eksperymentów na zwierzętach oraz wiedzy na temat historii naturalnej choroby lub innego badanego problemu, aby przewidywane wyniki uzasadniały przeprowadzenie eksperymentu. [107]

Sugeruje to, że o ile PMT stwarza ryzyko, które można zbadać w badaniach na zwierzętach, badania takie powinny zostać przeprowadzone przed dalszym testowaniem tych metod leczenia na ludziach. Badania na zwierzętach mogłyby pomóc w wyjaśnieniu, w jaki sposób interwencje hormonalne wpływają na płodność, rozwój mózgu [108] rozwój kości (w tym przyszłe ryzyko złamań) oraz wyniki sercowo-naczyniowe. Badania takie mogłyby również pomóc w wyjaśnieniu, w jakim stopniu i w jakich warunkach można przywrócić płodność po jej zahamowaniu przez interwencje hormonalne.

---

[105] Feinmann (2025).
[106] Np. Brik i in. (2020); Carmichael i in. (2021); Karakılıç Özturan i in. (2023a); van der Loos, Klink i in. (2023); Wiepjes i in. (2018).
[107] BMJ (1996).
[108]Chen i współpracownicy piszą na przykład: „badania na gryzoniach pokazują, że hormony jajnikowe, działające w okresie dojrzewania, programują elastyczność poznawczą, wywierając długotrwały wpływ na równowagę pobudzająco-hamującą w korze przedczołowej... [a] testosteron, działający w okresie dojrzewania, programuje zdolność dostosowywania zachowania w zależności od doświadczeń społecznych” (Chen i in., 2020, tabela 2).

Deklaracja Helsińska Światowego Stowarzyszenia Lekarzy jest kolejnym fundamentalnym i uznanym na arenie międzynarodowej dokumentem zawierającym wytyczne dotyczące badań z udziałem ludzi. Zawiera ona następujące postanowienia:

> Wszelkie badania medyczne z udziałem ludzi muszą być poprzedzone dokładną oceną przewidywalnego ryzyka i obciążeń dla osób i grup uczestniczących w badaniach w porównaniu z przewidywalnymi korzyściami dla nich oraz dla innych osób lub grup dotkniętych badanym schorzeniem.
> Należy wdrożyć środki mające na celu zminimalizowanie ryzyka i obciążeń. Ryzyko i obciążenia muszą być stale monitorowane, oceniane i dokumentowane przez badacza.
>
> Lekarze i inni badacze nie mogą angażować się w badania z udziałem ludzi, chyba że są przekonani, że ryzyko i obciążenia zostały odpowiednio ocenione i można nimi w zadowalający sposób zarządzać. [109]

Nie jest etyczne poddawanie nastolatków zabiegom hormonalnym i chirurgicznym stosowanym w PMT, nawet w ramach badań naukowych, dopóki stan dowodów nie sugeruje korzystnego profilu ryzyka/korzyści dla badanego zabiegu, *a* naukowcy nie mają uzasadnionej pewności, że przewidywalne „ryzyko i obciążenia zostały odpowiednio ocenione i można nimi zadowalająco zarządzać". Jak wyjaśniono w niniejszym przeglądzie, stan wiedzy naukowej nie potwierdza korzystnego profilu ryzyka i korzyści, ani nie daje badaczom podstaw do przekonania, że ryzyko związane z PMT można w zadowalający sposób kontrolować.

Wreszcie, raport Belmont, zatwierdzony przez ustawę National Research Act z 1974 r. i opublikowany w 1979 r. przez Amerykańską Narodową Komisję ds. Ochrony Osób Biorących Udział w Badaniach Biomedycznych i Behawioralnych, jest przełomowym dokumentem określającym zasady etyczne, którymi należy się kierować w badaniach z udziałem ludzi w Stanach Zjednoczonych. Raport Belmont potwierdza, że badania na ludziach nie powinny być prowadzone, dopóki nie zostaną „uzasadnione na podstawie korzystnej oceny ryzyka i korzyści" uzyskanej w wyniku „systematycznej, niearbitralnej analizy ryzyka i korzyści". Dalej czytamy:

---

[109] Światowe Stowarzyszenie Lekarzy (2025).

> W związku z tym należy najpierw ustalić zasadność założeń badania, a następnie jak najdokładniej określić charakter, prawdopodobieństwo i skalę ryzyka. Należy również ustalić, czy szacunki badacza dotyczące prawdopodobieństwa wystąpienia szkód lub korzyści są uzasadnione w świetle znanych faktów lub innych dostępnych badań. [oraz] Gdy badania wiążą się ze znacznym ryzykiem poważnego uszczerbku, komisje rewizyjne powinny wyjątkowo nalegać na uzasadnienie ryzyka (zwykle biorąc pod uwagę prawdopodobieństwo korzyści dla badanego ...).([110])

Jak wykazano w niniejszym przeglądzie, założenia leżące u podstaw PMT nie zostały uznane za słuszne; charakter, prawdopodobieństwo i skala ryzyka związanego z PMT nie zostały wystarczająco jasno określone; szacunki zwolenników PMT dotyczące prawdopodobieństwa szkód i korzyści nie zostały uznane za uzasadnione w świetle znanych faktów i dostępnych badań; a ryzyko poważnego uszczerbku na zdrowiu związane z PMT nie zostało uznane za uzasadnione. Z tych powodów stosowanie PMT u nastolatków, nawet w kontekście badań naukowych, jest sprzeczne z ugruntowanymi normami etycznymi dotyczącymi badań z udziałem ludzi.

[110] Krajowa Komisja ds. Ochrony Osób Uczestniczących w Badaniach Biomedycznych i Behawioralnych (2010).

RT 5

PSYCHOTERAPIA

Rozdział 14 Psychoterapia

W niniejszym rozdziale omówiono psychoterapię (terapię rozmową) stosowaną w przypadku dysforii płciowej (GD).[1] Najpierw opisano istotne trendy w społeczeństwie ogółem oraz w środowisku medycznym, a konkretnie trendy dotyczące zdrowia psychicznego młodzieży (sekcja 14.1) oraz diagnoz i etykiet społecznych (sekcja 14.2). W sekcji 14.3 omówiono rolę oceny zdrowia psychicznego w opiece nad młodzieżą z GD. Sekcja 14.4 krótko opisuje ponowne pojawienie się psychoterapii jako podstawowej metody leczenia tej grupy pacjentów w Europie, a sekcja 14.5 omawia psychoterapię i jej konkretne zastosowanie w przypadku GD.

14.1 Zdrowie psychiczne młodzieży

Dojrzewanie to biologiczny proces rozwojowy, podczas którego dziecko staje się dorosłą osobą dojrzałą płciowo.[2] Dojrzewanie w znacznym stopniu pokrywa się z okresem dorastania, czyli okresem między dzieciństwem a dorosłością.[3] W okresie dojrzewania wahania hormonalne mogą wpływać na nastrój i zachowanie.[4] Początek dojrzewania często zbiega się z podwyższoną wrażliwością na dynamikę społeczną i obraz własnej osoby, a także ze zwiększoną podatnością na stres i niepokój. Regulacja emocjonalna może stać się wyzwaniem, ponieważ nastolatki zmagają się ze złożonością kształtowania tożsamości i relacji z rówieśnikami. Rozwój poznawczy przyspiesza, umożliwiając głębsze myślenie abstrakcyjne i autorefleksję, co może przyczyniać się do egzystencjalnych pytań i niestabilności emocjonalnej.([5]) Okres dojrzewania wiąże się również z nauką samodzielnego funkcjonowania, jako część kształtowania tożsamości i oddzielania się od rodziny pochodzenia.
W trakcie tego procesu często dochodzi do buntu i oporu wobec rodziców, innych opiekunów lub autorytetów. Nastolatki często mają trudności z długoterminowym planowaniem i są bardziej podatne na podejmowanie ryzyka, ponieważ wzrasta ich potrzeba stymulacji i przynależności, ale kora przedczołowa, odpowiedzialna za funkcje wykonawcze, wciąż dojrzewa.([6])

---

[1] Dysforia płciowa jest formalną diagnozą zawartą w piątej edycji Podręcznika diagnostycznego i statystycznego zaburzeń psychicznych (DSM-5): patrz załącznik 2. W niniejszym rozdziale i w całym przeglądzie termin „dysforia płciowa" jest używany w odniesieniu do cierpienia lub dyskomfortu związanego z płcią, a nie do formalnej diagnozy (patrz rozdział 1, uwaga 1).
[2] Zob. rozdział 7.
[3] Według Amerykańskiej Akademii Pediatrii (AAP) okres dojrzewania trwa od 12 do 21 roku życia (Hardin et al., 2017). Zob. również National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (2019, s. 22-23).
[4] Viner (2015).
[5] Np. Reena (2015); Steinberg (2005).
[6] Steinberg (2009).

14.1.1 Trendy w zakresie zdrowia psychicznego młodzieży

W 2021 roku Amerykańska Akademia Pediatrii (AAP), Amerykańska Akademia Psychiatrii Dziecięcej i Młodzieżowej (AACAP) oraz Stowarzyszenie Szpitali Dziecięcych ogłosiły „krajowy stan wyjątkowy w zakresie zdrowia psychicznego dzieci”.[7] W grudniu tego samego roku amerykański chirurg generalny admirał Vivek Murthy wydał zalecenie dotyczące ochrony zdrowia psychicznego młodzieży, podkreślając rosnącą liczbę przypadków depresji, lęku, beznadziejności i samookaleczeń wśród młodzieży — tendencje, które pogorszyły się podczas pandemii COVID-19. Komisja Lancet Psychiatry ds. zdrowia psychicznego młodzieży odnotowała podobną tendencję na całym świecie.[8]

W Stanach Zjednoczonych od 2010 r. odnotowano znaczny wzrost zachorowań na choroby psychiczne wśród nastolatków i młodych dorosłych [(9)].Dane wskazują na gwałtowny wzrost liczby zdiagnozowanych przypadków depresji i lęku; niektóre badania wskazują, że liczba ta wzrosła ponad dwukrotnie.[10] Odnotowano również wzrost częstości występowania myśli i zachowań samobójczych oraz samookaleczeń,[11] wizyt na pogotowiu i hospitalizacji z powodu samookaleczeń[12] oraz zgonów z powodu samobójstw.[13] Dzisiejsza młodzież doświadcza słabszych więzi społecznych i większego poczucia samotności. Od 2010 r. nastolatki mają mniej kontaktów społecznych w bezpośrednim kontakcie

---

[7] American Academy of Child and Adolescent Psychiatry et al. (2021).

[8] McGorry i in. (2024).

[9] Twenge (2020).

[10] Dane z dużej krajowej bazy danych wykazały, że odsetek poważnych epizodów depresji wśród nastolatków w wieku od 12 do 17 lat wzrósł o 52% w latach 2005–2017 (z 8,7% do 13,2%) oraz o 63% wśród młodych dorosłych w wieku od 18 do 25 lat w latach 2009–2017 (z 8,1% do 13,2%) (Twenge i in., 2019). Witryna internetowa „Anxious Generation”, korzystająca z danych Centrum Kontroli i Zapobiegania Chorobom (CDC), pokazuje, że w latach 2010–2022 odsetek osób cierpiących na poważne zaburzenia depresyjne wzrósł ponad dwukrotnie zarówno wśród chłopców, jak i dziewcząt, przy czym poważna depresja u chłopców wzrosła o 161%, a u dziewcząt o 145%. W tym samym okresie wzrosła liczba zachorowań na choroby psychiczne wśród studentów – o 134% w przypadku lęku i o 106% w przypadku depresji (Rausch & Haidt, 2023). Badanie kohortowe obejmujące około 1,7 miliona osób w wieku od 5 do 22 lat w południowej Kalifornii wykazało, że w latach 2017–2021 ogólna częstość występowania depresji wzrosła o około 60%, a lęku o 31% (Xiang i in., 2024). Badanie przeprowadzone w okręgu szkolnym na Środkowym Zachodzie wykazało, że w latach 2012–2018 odnotowano 29-procentowy wzrost liczby młodych ludzi, u których stwierdzono lęk w ciągu ostatniego miesiąca (Parodi i in., 2022). Zob. również Goodwin i in. (2020); Keyes i Platt (2024).

[11] Zob. raport CDC dotyczący trendów, 2013–2023 (Centers for Disease Control and Prevention, 2023).

[12] Informacje na temat wzrostu liczby hospitalizacji psychiatrycznych podczas pandemii COVID-19 można znaleźć np. w Gutiérrez-Sacristán et al. (2022). Zob. również McGorry et al. (2024).

[13] Wskaźniki samobójstw wśród dzieci i młodych dorosłych w wieku od 10 do 24 lat wzrosły o 62% od 2007 r. (6,8 na 100 000 osób) do 2021 r. (11,0 na 100 000 osób) (Curtin i in., 2023). Liczba samobójstw wśród młodzieży zaczęła rosnąć w latach 2000., a ostrzejszy trend wzrostowy rozpoczął się około 2012 r.; zob. Farah i in. (2023); Miron i in. (2019); Twenge (2020).

interakcje z rówieśnikami w porównaniu z poprzednimi pokoleniami [14]. Pogorszenie się stanu zdrowia psychicznego młodzieży nie ma jednego prostego wyjaśnienia. Badacze i teoretycy zidentyfikowali kilka potencjalnych czynników, w tym nadopiekuńcze rodzicielstwo ([15]), spadek popularności swobodnej zabawy ([16])oraz powszechność smartfonów i mediów społecznościowych ([17]).W 2023 r. chirurg generalny wydał zalecenie dotyczące mediów społecznościowych i zdrowia psychicznego młodzieży, w którym zwrócił uwagę na potencjalne zagrożenia związane z korzystaniem z mediów społecznościowych przez dzieci i młodzież ([18]).

14.2 Diagnozy i etykiety społeczne

Wzrost liczby zgłaszanych problemów związanych ze zdrowiem psychicznym może być częściowo spowodowany nadmierną diagnozą. Niektórzy twierdzą, że wzrost liczby kampanii uświadamiających na temat zdrowia psychicznego, mających na celu zmniejszenie stygmatyzacji i zwiększenie zrozumienia, mógł skłonić niektórych młodych ludzi do interpretowania normalnych zachowań i typowych wyzwań rozwojowych jako zaburzeń zdrowia psychicznego ([19]). Diagnoza zaburzeń zdrowia psychicznego może wpływać na to, jak młodzi ludzie postrzegają samych siebie, wpływać na ich wiarę w możliwość zmiany i kształtować sposób, w jaki postrzegają ich inni. Sam akt klasyfikacji schorzeń psychiatrycznych zmienia zachowanie pacjentów i lekarzy. Chociaż etykiety diagnostyczne są ważne dla badań naukowych, w których często konieczne jest kategoryzowanie ludzi lub doświadczeń, mogą one nadmiernie upraszczać

---

[14] Twenge i in. (2021); Twenge (2023). Na podstawie danych CDC nastolatki z biegiem czasu zgłaszały coraz większe poczucie bezsensowności, a także mniejszą skłonność do podejmowania ryzykownych zachowań. Obejmuje to takie zachowania, jak spożywanie narkotyków i alkoholu, ale także doświadczenia rozwojowe, takie jak praca lub nauka jazdy samochodem (Haidt, 2024).

[15] Wang i in. (2024); Winnicott (1965); Zhang i Ji (2024).

[16] Według AAP: „Dzieci muszą rozwinąć różnorodne umiejętności, aby zoptymalizować swój rozwój i radzić sobie z toksycznym stresem. Badania pokazują, że odpowiednia dla wieku zabawa z rodzicami i rówieśnikami stanowi wyjątkową okazję do rozwijania umiejętności społeczno-emocjonalnych, poznawczych, językowych i samoregulacyjnych, które budują funkcje wykonawcze i prospołeczny mózg" (Yogman i in., 2018).

[17] Wzrost wykorzystania technologii, w tym mediów społecznościowych, spowodował wyparcie innych czynności, takich jak spotkania towarzyskie, zadania szkolne, sen, sport, czytanie i inne hobby. Intensywne korzystanie ze smartfonów i mediów społecznościowych jest powszechne wśród dzisiejszych nastolatków (Rothwell, 2023; Twenge i in., 2022; Twenge i Campbell, 2019; Vogels i in., 2022) i często spotykane wśród dzieci w wieku przedszkolnym (Rideout i in., 2022). W szczególności media społecznościowe mogą powodować pogorszenie nastroju i negatywny obraz siebie u nastoletnich dziewcząt (Choukas-Bradley, 2024; Rodgers & Rousseau, 2022; Scott et al., 2023), a w niektórych przypadkach mogą odgrywać rolę etiologiczną w nasileniu objawów określonych problemów psychiatrycznych i neurologicznych (Giedinghagen, 2023; Haltigan i in., 2023; Hull i Parnes, 2021; Padín i in., 2021; Pringsheim i in., 2021; Weigle i Shafi, 2024). Media społecznościowe wprowadziły nowe zjawisko społeczno-medyczne, w ramach którego osoby mogą odnaleźć poczucie przynależności w Internecie poprzez identyfikację z chorobą lub schorzeniem, co może narazić je na ryzyko nieodpowiedniej lub niepotrzebnej opieki medycznej (Corzine & Roy, 2024). Metaanaliza, w której znaleziono powody do sceptycyzmu co do dowodów na wpływ mediów społecznościowych na zdrowie psychiczne, znajduje się w publikacji Ferguson (2025).

[18] Biuro Głównego Lekarza Kraju (2023).

[19] Foulkes & Andrews (2023).

bogactwo i złożoność ludzkich doświadczeń na rzecz znormalizowanego języka klinicznego. W pewnym stopniu wykwalifikowani klinicyści mogą zrekompensować ten redukcjonizm,[20] ale nie mogą zapobiec sytuacji, w której etykiety diagnostyczne wychodzą poza klinikę i są wykorzystywane w niezamierzony sposób w szerszej kulturze.[21]

Nadmierna diagnoza może prowadzić do nadmiernego leczenia; niepotrzebne badania, procedury lub interwencje medyczne mogą wyrządzić więcej szkody niż pożytku. Złagodzenie kryteriów diagnostycznych danego schorzenia prawdopodobnie zwiększy nadmierną diagnozę i ryzyko szkód jatrogennych, dlatego definicje powinny być formułowane w sposób odpowiedzialny:

> ··· wszelkie zmiany [w diagnozach] powinny być wprowadzane w sposób systematyczny i przejrzysty, z wyraźnym określeniem korzyści i szkód, zwłaszcza gdy prowadzą one do wzrostu częstości występowania choroby, a rozszerzenie definicji powinno wymagać dowodów na korzyści kliniczne [22].

Chociaż termin „tożsamość płciowa" był używany w latach 60. XX wieku [23], pojawił się on w *Podręczniku diagnostycznym i statystycznym zaburzeń psychicznych* dopiero w 1980 r. (wydanie trzecie, DSM-III). „Zaburzenia tożsamości płciowej" były podkategorią „zaburzeń psychoseksualnych", podzieloną dalej na „transseksualizm" (dotyczący późnej młodości i dorosłości) oraz „zaburzenia tożsamości płciowej w dzieciństwie".([24]) W DSM-IV, opublikowanym w 1994 r.([25]), termin „transseksualizm" zniknął, a „zaburzenia tożsamości płciowej" (GID), obejmujące zarówno osoby dorosłe, jak i dzieci, pojawiły się w sekcji „zaburzenia tożsamości seksualnej i płciowej". W DSM-5, opublikowanym w 2013 r.([26]), „zaburzenia tożsamości płciowej" zastąpiono „dysforią płciową" i wyodrębniono ją jako odrębną kategorię. Ta ostatnia zmiana „skupiła diagnozę na cierpieniu związanym z tożsamością płciową, którego doświadczają niektóre osoby transpłciowe (i z powodu którego mogą szukać

---

[20] Johnstone (2018).
[21] Hacking (1998); Shorter (1993). Zob. również Brossard (2019); Elliott (2000); Haslam (2016); Lindholm & Wickström (2020); Smids & Vasterman (2025).
[22] Kale i Korenstein (2018, s. 8). W dziedzinie psychiatrii nie jest niczym niezwykłym zjawisko błędnej diagnozy, nadmiernej diagnozy i nadmiernego leczenia; zob. np. Harris & Carey (2008), Havens et al. (2022) oraz Moreno et al. (2007) w celu zapoznania się z dyskusją na temat kontrowersji związanych z nadmierną diagnozą zaburzeń afektywnych dwubiegunowych u dzieci.
[23] Zob. rozdział 2.
[24] Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (1980).
[25] Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (1994).
[26] Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (2013).

psychiatryczne, medyczne i chirurgiczne) niż na samych osobach transpłciowych lub tożsamościach transpłciowych”.[27]

Celem ewolucji językowej DSM – od „transseksualizmu” przez „GID” do „GD” – było zmniejszenie stygmatyzacji. Równoległa ewolucja językowa w całym społeczeństwie spowodowała coraz częstsze stosowanie takich określeń, jak „niebinarny”, „genderqueer”, „queer”, „gender-fluid”, „two-spirit” i „transgender”.[28] Osoby identyfikujące się z tymi etykietami – w przeciwieństwie do historycznych lub współczesnych „transseksualistów”[29] – nie stanowią żadnej grupy pacjentów. „Transpłciowy”, „niebinarny” i podobne słowa nie są terminami medycznymi: odnoszą się one do zróżnicowanej grupy osób, z których wiele nie odczuwa dysforii ani nie pragnie żadnych interwencji medycznych lub chirurgicznych. Jeśli istnieje jakieś wspólne doświadczenie, to jest to „niezgodność” między „płcią odczuwaną” lub „tożsamością płciową” a „płcią przypisaną”. Jak wyjaśnia poprawiona wersja DSM-5 z 2022 r., „nie wszystkie osoby odczuwają dyskomfort z powodu tej niezgodności”.([30])

Jak omówiono w rozdziale 4, wpływy społeczne prawdopodobnie przyczyniły się do dramatycznego wzrostu liczby nastolatków zgłaszających się do klinik pediatrycznej medycyny płciowej (PGM) w ciągu ostatniej dekady [31]. Potrzeba przynależności i akceptacji nastolatków [32]może być zaspokojona przez społeczności internetowe i przestrzenie skupione wokół tożsamości. Rosnące wykorzystanie etykiet tożsamościowych, takich jak „transpłciowy” i „niebinarny” wśród nastolatków, jest ważnym tematem badań naukowych w dziedzinie nauk społecznych. W obecnym środowisku opieki zdrowotnej w Stanach Zjednoczonych tego rodzaju samookreślanie się zwiększa prawdopodobieństwo, że młoda osoba zwróci się o pomoc do kliniki zajmującej się kwestiami płciowymi

---

[27] Drescher (2017). Według systematycznego przeglądu hormonów płciowych i skutków dla zdrowia psychicznego zleconego przez Światowe Stowarzyszenie Profesjonalistów ds. Zdrowia Osób Transpłciowych (WPATH), „[zmiany diagnostyczne] wyjaśniają, że celem interwencji medycznych potwierdzających tożsamość płciową nie jest sama tożsamość płciowa danej osoby, ale raczej klinicznie istotny dyskomfort, który może towarzyszyć niezgodności między tożsamością płciową a płcią przypisaną przy urodzeniu” (Baker et al., 2021, s. 2). Kryteria diagnostyczne znajdują się w załączniku 2.

[28] Zob. James i in. (2015), a także sekcja 13.4 poprzedniego rozdziału, poświęcona „dziełom sztuki o charakterze genderowym”.

[29] Niektóre osoby, które przeszły transformację medyczną i chirurgiczną, nadal posługują się tym określeniem: np. „Uważam się bardziej za osobę transseksualną, czyli kogoś, kto chciał zmienić płeć. Zawsze chciałem być mężczyzną, identyfikuję się jako mężczyzna, tym właśnie jestem, w ogóle nie identyfikuję się jako osoba transpłciowa” (pracownik LOTL, 2014). Zob. również American Psychological Association (2023) oraz rozdział 3.

[30] Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (2022). Zob. również rozdziały 2 i 11.

[31] Zob. również omówienie szybkiego wystąpienia dysforii płciowej (ROGD) w tym samym rozdziale.

[32] Szczególnie w przypadku dziewcząt, np. Archer (2019); Prinstein i in. (2005); Rose i Rudolph (2006).

gdzie medyczna transformacja może być zalecana już podczas pierwszej wizyty (patrz rozdział 12).[33]

14.3 Kontrowersje dotyczące oceny i roli psychoterapeuty

W holenderskich badaniach, które stanowią podstawę współczesnego podejścia do pediatrycznej transformacji medycznej (PMT), psychoterapeuta odgrywał istotną rolę. Pierwotne holenderskie podejście obejmowało intensywny proces oceny.[34] Nastolatki, które rozpoczęły transformację medyczną, były zobowiązane zgodnie z protokołem do dalszego regularnego korzystania z opieki psychiatrycznej.[35]

Omawiając współczesne zastosowania PMT w Stanach Zjednoczonych, dostawcy często opisują podobne podejście: multidyscyplinarne, powolne, ostrożne i metodyczne [36].Dla dostawców usług medycznych termin „multidyscyplinarne" może kojarzyć się z długimi, intensywnymi obradami, które odbywają się podczas „posiedzeń komisji ds. nowotworów" [37]lub podczas oceny przeszczepów narządów. W oddziałach psychiatrycznych preferowane jest podejście multidyscyplinarne, angażujące na przykład personel pielęgniarski, psychologów, terapeutów zajęciowych i pracowników socjalnych.([38])

Jednak w przypadku PGM zespoły multidyscyplinarne (MDT) często nie funkcjonują zgodnie z opisanym powyżej modelem współpracy. Bardziej przypominają one typową sytuację w służbie zdrowia, w której pacjent przed zabiegiem udaje się do kardiologa w celu uzyskania zgody na operację.

---

[33] Dyskusja na temat etykiet jest również istotna w leczeniu przedpokwitaniowej grupy pacjentów z GD. Jak omówiono w rozdziale 2, stosunkowo nowa praktyka nazywania młodzieży z dysforią płciową „dziećmi transpłciowymi" może zwiększyć prawdopodobieństwo skierowania tych pacjentów na ścieżkę medyczną.

[34] Jak opisano w Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis (2006), „[W] pierwszej fazie diagnostycznej należy uzyskać informacje zarówno od nastolatka, jak i od rodziców na temat różnych aspektów ogólnego i psychoseksualnego rozwoju nastolatka, jego obecnego funkcjonowania oraz funkcjonowania rodziny. Częścią procedury jest standardowa ocena psychologiczna. Pacjent jest zawsze badany przez dwóch członków zespołu ds. płci. Jeśli diagnozę stawia psycholog dziecięcy i młodzieżowy, dziecko jest również badane przez psychiatrę dziecięcego i młodzieżowego i vice versa" (s. S132).

[35] Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis (2006). Wizyty związane ze zdrowiem psychicznym były wymagane co 3 miesiące.

[36] Np. z ABC News: „[Kellan] Baker [dyrektor wykonawczy Whitman-Walker Institute, organizacji zajmującej się badaniami nad społecznością LGBTQ i świadczeniem usług opieki zdrowotnej] powiedział, że decyzja o podjęciu leczenia potwierdzającego tożsamość płciową jest często długotrwałym procesem, w którym uczestniczą zespoły lekarzy i specjalistów ds. zdrowia psychicznego, którzy współpracują z rodzinami, aby omówić doświadczenia ich dzieci, ich potrzeby, wybory i inne kwestie...".Mówimy tu o miesiącach wizyt u specjalisty zdrowia psychicznego. Mówimy o wielu rozmowach między lekarzami, rodzicami i dziećmi" – powiedział Baker (Alfonseca & Geho, 2024).

[37] Okasako i Bernstein (2022).

[38] Russ (2021).

zabieg ortopedyczny. W niektórych modelach specjalista ds. zdrowia psychicznego (MHP) przyjmujący nieletniego z GD sporządza notatkę lub po prostu wypełnia gotowy szablon; dokument ten jest przekazywany endokrynologowi, który przepisuje leki, lub chirurgowi, który przeprowadza operację.[39] Ponadto osoby wchodzące w skład zespołów MDT mogą wszystkie stosować model opieki PMT, który priorytetowo traktuje interwencje endokrynologiczne i chirurgiczne u pacjentów, którzy tego pragną.[40] Różni się to od tradycyjnych zespołów MDT, w których różne specjalizacje podchodzą do rozwiązywania problemów z różnych perspektyw, zwiększając dokładność diagnozy i identyfikacji skutecznych metod leczenia.[41]

Model MDT w kontekście PMT spowodował znaczną niepewność co do tego, czy ostateczną odpowiedzialność za podjętą decyzję ponosi MHP, czy lekarz wykonujący zabieg medyczny (i/lub chirurgiczny). Mogło to doprowadzić do „rozproszenia odpowiedzialności", czyli zjawiska, w którym „osoby mogą osiągać gorsze wyniki w sytuacjach wspólnej odpowiedzialności" [42]. W odniesieniu do brytyjskiej służby zdrowia (NHS) raport okresowy Cass Review zapewnił pewną jasność, stwierdzając, że endokrynolog dziecięcy, jako lekarz wykonujący zabieg, powinien być odpowiedzialny za ocenę pacjenta i sformułowanie pełnej diagnozy różnicowej. Innymi słowy, zgodnie z raportem okresowym, otrzymanie pisma od terapeuty nie powinno być wystarczające do przepisania interwencji hormonalnej (43).

W Stanach Zjednoczonych nie ma takiej jasności co do tego, którzy specjaliści z zespołu MDT są ostatecznie odpowiedzialni za interwencje medyczne. Endokrynolodzy i chirurdzy mogą uważać, że medyczna konieczność jakiejkolwiek interwencji została określona przez specjalistów MHP, którzy postawili diagnozę [44]. Czy „list zatwierdzający" MHP dotyczący hormonów lub operacji

---

[39] Zob. opis uniwersyteckiej kliniki multidyscyplinarnej w Reed (2023a). Zob. opis dwugodzinnych ocen w Boston Children's Hospital w Damiano (2024a).

[40] Aby jeszcze bardziej ograniczyć potencjalną stronniczość zespołów MDT, które stosują model PMT, brytyjska służba zdrowia (NHS) wydała w 2024 r. nową politykę kliniczną dotyczącą hormonów płciowych. Wzywa ona do niezależnego nadzoru, określając, że nowe krajowe zespoły MDT muszą obejmować „lekarzy *niezaangażowanych bezpośrednio* w tworzenie indywidualnego planu opieki", którzy muszą uzgodnić „przydatność danej osoby do otrzymania [CSH]" (National Health Service England, 2024c).

[41] Morabito i in. (2024).

[42] Marcotte i in. (2020, s. 802).

[43] Cass (2022a).

[44] Zob. np. rolę endokrynologów opisaną w Karakılıç Özturan et al. (2023b). Dziedzina pediatrycznej medycyny płciowej jest pod tym względem niezwykła: „Nie jest normą, aby lekarze przepisywali silne leki osobom, zwłaszcza dzieciom, których sami nie zdiagnozowali" (Barnes, 2023, s. 337).

to, czy coś jest oficjalnym wskazaniem do leczenia, prawdopodobnie zostanie ustalone w toczących się sprawach sądowych, które młodzi ludzie wytoczyli lekarzom, którzy ich leczyli. W praktyce te pisma zatwierdzające MHP mogą służyć przede wszystkim złagodzeniu obaw etycznych lekarzy. [45]

Niektórzy wybitni zwolennicy PMT twierdzą, że dzieci i młodzież nie powinny być poddawane *żadnej* ocenie zdrowia psychicznego przed rozpoczęciem interwencji hormonalnych lub operacji.[46] Jako główny badacz finansowanego przez NIH projektu badawczego dotyczącego PMT, Johanna Olson-Kennedy, amerykańska pediatra i prezes-elekt Amerykańskiego Stowarzyszenia Profesjonalistów ds. Opieki Zdrowotnej nad Osobami Transpłciowymi (USPATH), porównała rozpoczęcie PMT do leczenia cukrzycy, twierdząc: „Nie wysyłam nikogo do terapeuty, kiedy zamierzam rozpocząć podawanie insuliny". ([47])

14.4 Psychoterapia w przypadku GD: powrót do łask w Europie

Trzy kraje europejskie – Szwecja, Finlandia i Anglia – przeprowadziły niezależne systematyczne przeglądy dowodów zlecone przez swoje organy zdrowia publicznego.[48] Wszystkie trzy kraje doszły do wniosku, że ryzyko medykalizacji może przewyższać korzyści dla dzieci i młodzieży z GD na poziomie populacji, w związku z czym znacznie ograniczyły dostęp do medycznych interwencji związanych z transformacją płciową dla nieletnich.[49] Wszystkie trzy kraje sugerują obecnie tradycyjne podejście do zdrowia psychicznego i podjęły działania mające na celu zniesienie wyjątkowego traktowania GD. Psychoterapia jest obecnie zalecaną metodą leczenia pierwszego rzutu, podobnie jak w przypadku wszystkich zaburzeń psychicznych opartych na konwencjach „konserwatywnego postępowania".([50])

Według brytyjskiej służby zdrowia (NHS):

---

[45] Levine (2024, s. 4).
[46] Jak opisano w McDeavitt (2025, s. 1298), „Argument za zniesieniem ocen zdrowia psychicznego jest często wyrażany wraz z opinią, że obecność diagnozy dysforii płciowej (lub jakiegokolwiek innego rodzaju zaburzeń psychicznych) zgodnie z DSM-5 nie powinna być wymagana, aby nastolatek mógł rozpocząć terapię PB/GAH". Zob. np. Mosier-Mills i in. (2024) oraz podobne argumenty w Ashley (2022a, 2022b, 2023).
[47] Singal (2018).
[48] Ludvigsson i in. (2023); National Institute for Health and Care Excellence (2020b, 2020a); Pasternack i in. (2019); Taylor, Mitchell, Hall, Heathcote i in. (2024); Taylor, Mitchell, Hall, Langton i in. (2024).
[49] Zob. rozdział 4.
[50] Adhiyaman i Ambalavanan (2021).

> Podstawową formą interwencji wobec dzieci i młodzieży jest wsparcie i interwencja psychospołeczna (w tym psychoedukacja) oraz psychologiczna; głównym celem jest złagodzenie cierpienia związanego z dysforią płciową oraz poprawa ogólnego funkcjonowania i samopoczucia danej osoby. [51]

Według fińskiej Rady ds. Wyboru Opieki Zdrowotnej (COHERE):

> Pierwszą linią leczenia dysforii płciowej jest wsparcie psychospołeczne oraz, w razie potrzeby, psychoterapia i leczenie ewentualnych współwystępujących zaburzeń psychicznych.[52]

Zgodnie ze szwedzkimi wytycznymi krajowymi:

> Opieka psychospołeczna nad młodymi ludźmi z dysforią płciową musi być dostosowana do potrzeb poszczególnych nastolatków. Wsparcie psychospołeczne, które pomaga nastolatkom radzić sobie z okresem dojrzewania bez stosowania leków, powinno być pierwszym wyborem przy podejmowaniu decyzji dotyczących opieki. Osobom cierpiącym na zaburzenia psychiczne należy zaoferować takie środki jak doradztwo wspierające, psychoterapia, leczenie psychiatryczne dzieci i zapobieganie samobójstwom, dostosowane do charakteru i nasilenia zaburzeń psychicznych oraz ogólnej sytuacji danej osoby.([53])

14.5 Psychoterapia i jej zastosowanie w przypadku dysforii płciowej

Psychoterapia jest najmniej inwazyjną metodą leczenia zaburzeń psychicznych, niezależnie od ich etiologii, i została uznana za międzynarodowy standard

w leczeniu szerokiego zakresu zaburzeń zdrowia psychicznego. Jednak dowody na

Psychoterapia w przypadku GD charakteryzuje się bardzo niskim poziomem pewności. Jak zauważono w rozdziale 5, istnieje wiele przyczyn braku danych, a „nie podjęto systematycznych rozważań dotyczących sposobu stosowania interwencji psychospołecznych ani badań nad ich skutecznością” ([54]).

[51] National Health Service England (2022, s. 2).
[52] Rada ds. Wyboru Opieki Zdrowotnej Finlandii (2020b, s. 5).
[53] Socialstyrelsen (2022b, s. 45).
[54] Cass (2024a, s. 155).

14.5.1 Psychoterapia w przypadku schorzeń często współwystępujących z dysforią płciową

Etiologia dysforii płciowej u młodzieży pozostaje niedostatecznie zbadana. Jednak pacjenci zgłaszający się obecnie do klinik PGM cierpią na szereg zaburzeń neurorozwojowych i zaburzeń zdrowia psychicznego, w tym współwystępującą depresję, lęk, zaburzenia odżywiania, samookaleczanie i skłonności samobójcze. [55]Niektóre badania sugerują, że w ponad 70% przypadków inne diagnozy DSM pojawiły się przed dysforią płciową.[56] Etiologicznie związek między GD a wysokim odsetkiem współwystępujących zaburzeń zdrowia psychicznego w tej populacji nie jest jasny. [57] Jak wyjaśnia psycholog Kenneth Zucker,

> może się zdarzyć, że dysforia płciowa pojawiła się jako wtórna w stosunku do innej, bardziej „pierwotnej" diagnozy zdrowia psychicznego, takiej jak zaburzenia ze spektrum autyzmu lub zaburzenia osobowości typu borderline, lub w wyniku poważnej traumy (np. wykorzystywania seksualnego). Innym wyjaśnieniem jest to, że dysforia płciowa jest z natury niepokojąca, tj. wyraźna niezgodność między odczuwaną płcią a płcią somatyczną – nawet w środowiskach psychospołecznych, które są w dużej mierze „akceptujące/wspierające" – co prowadzi do klinicznie istotnych objawów, takich jak lęk lub depresja ([58]).

Niezależnie od etiologii, psychoterapia jako skuteczna interwencja w przypadku depresji, najczęstszego zaburzenia nastroju, została dokładnie zbadana i poparta wysokiej jakości dowodami. Na przykład terapia poznawczo-behawioralna (CBT), terapia (często) oparta na podręcznikach, która pomaga pacjentom rozpoznać wzajemne relacje między

---

[55] Zob. sekcja 4.3.

[56] Becerra-Culqui i in. (2018); Kaltiala-Heino i in. (2015); Kozlowska i in. (2021).

[57] Littman (2021), w badaniu analizującym dane z ankiety internetowej przeprowadzonej na wygodnej próbie osób, które przeszły detransicję, stwierdził, że 40,6% kobiet i 25,8% mężczyzn zgłosiło, że ich „poczucie bycia osobą transpłciową było w rzeczywistości wynikiem zaburzeń zdrowia psychicznego". 44,9% kobiet i 16,1% mężczyzn stwierdziło, że „poczucie bycia osobą transpłciową było w rzeczywistości wynikiem traumy" (s. 3364). W przeglądzie Cass Review stwierdzono, że „klinicyści opisali […] jak u pacjentów z [zaburzeniami dysmorfii ciała, czyli BDD] intensywne skupienie się na wyglądzie dotyczy najczęściej rysów twarzy, ale niektórzy odczuwają dyskomfort związany z genitaliami lub piersiami. W tej sytuacji trudno jest określić, czy dyskomfort wynika z BDD, czy z dysforii płciowej. Jednak pod koniec pakietu leczenia BDD niektórzy młodzi ludzie twierdzą, że nie czują się już niekomfortowo ze swoją płcią przypisaną w akcie urodzenia, podczas gdy inni mogą odczuwać mniejszy niepokój związany z genitaliami lub piersiami, ale nadal mają wyraźną niezgodność płciową i przechodzą społeczną lub medyczną transformację płciową" (Cass, 2024a, s. 92).

[58] Zucker (2019). Oprócz tych dwóch możliwości istnieje trzecia teoria, zgodnie z którą „współwystępujące problemy ze zdrowiem psychicznym są po prostu drugorzędne w stosunku do czynników takich jak odrzucenie przez rodzinę lub ostracyzm społeczny w grupie rówieśniczej w związku z dysforią płciową" (s. 3). Ten „model stresu mniejszościowego" zostanie omówiony w dalszej części niniejszego rozdziału.

myśli, uczucia, fizjologia i zachowania, ma dowody na korzyści dla wszystkich grup wiekowych.[59] Psychoterapia psychodynamiczna (PDT) koncentruje się na interakcjach relacyjnych, roli formacyjnych wydarzeń życiowych i procesach nieświadomych, mając na celu ułatwienie wyrażania emocji i skuteczności interpersonalnej.[60] Badania wskazują, że PDT jest skuteczna u dorosłych z depresją, a istnieją również dowody na korzyści dla młodszych populacji.[61] Innym podejściem do leczenia depresji u nastolatków, którego skuteczność została potwierdzona, jest terapia rodzinna (FBT).[62]

Zaburzenia lękowe są również bardzo częste u dzieci i młodzieży. Wytyczne kliniczne AACAP zdecydowanie zalecają, aby dzieciom i młodzieży (w wieku 6-18 lat) oferować CBT w celu leczenia lęku społecznego, lęku uogólnionego, lęku separacyjnego, fobii specyficznych lub zaburzeń panicznych. [63] PDT jest mniej zbadana w przypadku lęku, ale może być również skuteczna. [64]

W przypadku skłonności samobójczych i samookaleczeń u młodzieży dowody wskazują, że skuteczna jest dialektyczna terapia behawioralna (DBT), podejście łączące CBT z uważnością i

---

[59] „Manualizowane" podejścia terapeutyczne opierają się na konkretnych, ustandaryzowanych wytycznych. Najlepiej zbadanym z nich jest CBT. W najnowszej metaanalizie CBT w leczeniu depresji, obejmującej ponad 50 000 pacjentów we wszystkich grupach wiekowych i 409 randomizowanych badań kontrolowanych (RCT), stwierdzono, że „CBT jest skuteczna w leczeniu depresji, dając umiarkowane do dużego efektu, a jej działanie jest nadal znaczące nawet po 12 miesiącach (Cuijpers et al., 2023, s. 114). Stwierdzono również, że inne formy psychoterapii przynoszą znaczące korzyści. W odniesieniu do badań skupiających się konkretnie na dzieciach i młodzieży, dowody wskazują, że CBT miała umiarkowany pozytywny wpływ na objawy depresji (Espada i in., 2023).

[60] Opland & Torrico (2025).

[61] W systematycznym przeglądzie PDT u dorosłych, w którym do oceny dowodów wykorzystano ramy GRADE, stwierdzono, że „istnieją dowody wysokiej jakości dotyczące zaburzeń depresyjnych i zaburzeń somatycznych oraz dowody umiarkowanej jakości dotyczące zaburzeń lękowych i zaburzeń osobowości, że PDT osiąga klinicznie znaczące efekty w zakresie docelowych objawów i funkcjonowania w porównaniu z grupą kontrolną i wiąże się z niskim ryzykiem szkód i rozsądnymi kosztami" (Leichsenring i in., 2023, s. 286). Midgley i in. (2021) to przegląd narracyjny badań dotyczących PDT u dzieci i młodzieży (w tym niektórych RCT), w którym stwierdzono „dowody skuteczności terapii psychodynamicznej w leczeniu szerokiego zakresu problemów związanych ze zdrowiem psychicznym u dzieci i młodzieży" (s. 1).

[62] Na przykład terapia rodzinna oparta na przywiązaniu jest opartym na dowodach naukowych podejściem do leczenia zaburzeń nastroju u nastolatków, w tym depresji, wykorzystującym połączenie oddzielnych sesji (tylko dla nastolatków i tylko dla rodziców) oraz wspólnych sesji rodzinnych (Diamond i in., 2021).

[63] Zalecenie to oparto na zleconym przez Agencję ds. Badań i Jakości Opieki Zdrowotnej (AHRQ) / Klinikę Mayo systematycznym przeglądzie i metaanalizie, która objęła 60 badań RCT i prawie 7000 pacjentów pediatrycznych. Stwierdzono umiarkowaną siłę dowodów na to, że CBT poprawia podstawowe objawy lęku i ogólne funkcjonowanie (Walter i in., 2020).

[64] Leichsenring i in. (2015); Midgley i in. (2021).

Trening umiejętności interpersonalnych [65]jest skuteczną metodą leczenia [66].Wytyczne opublikowane przez Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) w 2020 r. dostarczyły mocnych dowodów na to, że DBT wiąże się ze zmniejszeniem skłonności samobójczych (myśli samobójcze, samookaleczenia bez intencji samobójczych i próby samobójcze).[67] Inna poparta dowodami interwencja, terapia rodzinna oparta na przywiązaniu, wspiera nastolatków i rodziców w odbudowywaniu zaufania i bezpieczeństwa w ramach ich wzorców relacyjnych, stopniowo zmniejszając ryzyko samookaleczeń i skłonności samobójczych.[68]

Zaburzenia odżywiania często współwystępują z GD [69].CBT wykazało pewną skuteczność w leczeniu zaburzeń odżywiania u dorosłych [70],a CBT, DBT i terapia rodzinna lub terapia rodzinna w przypadku zaburzeń odżywiania (FT-ED) wykazały skuteczność u nastolatków.[71] Takie podejście początkowo koncentruje się na obecnym problemie, pomagając rodzicom i opiekunom skuteczniej wspierać swoje dzieci, a kwestie związane z rozwojem tożsamości są rozwiązywane w miarę poprawy stanu zdrowia. Te rodzinne metody leczenia są uważane za interwencje pierwszego rzutu w leczeniu zaburzeń odżywiania u nastolatków, zwłaszcza jadłowstrętu psychicznego i bulimii.

Niezadowolenie z wyglądu ciała, które jest powszechne w okresie dojrzewania, leczy się za pomocą specjalnych protokołów opartych na dowodach naukowych. W przypadku zaburzeń dysmorfii ciała brytyjski Narodowy Instytut Zdrowia i Doskonałości Opieki (NICE) zaleca połączenie CBT i selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI). Zaleca również, aby rodzice i opiekunowie aktywnie uczestniczyli w procesie leczenia. [72]

---

[65] DBT powstała jako metoda leczenia dorosłych z zaburzeniami osobowości typu borderline i przewlekłą skłonnością do samobójstw. Koncentruje się ona na pomocy pacjentom w osiągnięciu świadomości, skuteczności interpersonalnej, regulacji emocjonalnej i tolerancji na stres (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2020).
[66] Stoi to w bezpośredniej sprzeczności z interwencjami hormonalnymi, które *nie* wykazały skuteczności w zmniejszaniu skłonności samobójczych lub samobójstw u nieletnich z GD. Zob. sekcja 4.3.4 i rozdział 5.
[67] W wytycznych SAMHSA dowody uznano za „silne", jeśli pozytywny wpływ wykazano w co najmniej dwóch RCT (lub innych badaniach kontrolowanych). W przeglądzie dowodów uwzględniono dziewięć badań (o różnej metodologii) dotyczących DBT w leczeniu skłonności samobójczych u nastolatków; dwa z nich były RCT (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2020).
[68] Diamond i in. (2010).
[69] Z teoretycznego punktu widzenia zaburzenia odżywiania i GD zostały skonceptualizowane jako wynikające w niektórych przypadkach z podświadomego pragnienia uniknięcia rozwoju cech płciowych dorosłych, być może częściowo z powodu nieadaptacyjnych strategii radzenia sobie lub w celu uniknięcia seksualnej obiektywizacji (Nadrowski, 2023).
[70] Öst i in. (2024).
[71] Datta i in. (2023); Lock i in. (2010); Vogel i in. (2021).
[72] National Institute for Health and Care Excellence (2005).

Omawiając szerszą kwestię wysokiej częstości występowania GD u pacjentów cierpiących na zaburzenia odżywiania, zaburzenia dysmorfii ciała i funkcjonalne zachowania podobne do tików, w przeglądzie Cass Review zauważono, że „niepokojące objawy występujące w tych zaburzeniach „ciała i umysłu" są rzeczywiste i podobnie jak ból lub dyskomfort wynikający z innych przyczyn, można je leczyć i łagodzić za pomocą interwencji psychologicznych. Bardzo ważne jest, aby młodzi ludzie kwestionujący swoją tożsamość płciową mieli dostęp do tych opartych na dowodach naukowych metod leczenia".(73) W przeglądzie Cass Review zauważono również, że

> Niektóre terapie, które sprawdziły się w leczeniu powiązanych problemów zdrowia psychicznego, mają już solidne podstawy naukowe. W przypadku gdy jest oczywiste, że dzieci/młodzież borykają się z takimi problemami, powinny one otrzymać odpowiednią terapię, tak samo jak każda inna młoda osoba. [74]

14.5.2 Psychoterapia dysforii płciowej

W przeglądzie systematycznych przeglądów (rozdział 5 i załącznik 4) stwierdzono brak dowodów na skuteczność interwencji psychoterapeutycznych u młodzieży z dysforią płciową. Jak podsumowano w przeglądzie Cass Review,

> brakuje dowodów dotyczących alternatywnych metod radzenia sobie z problemami związanymi z tożsamością płciową i trudno jest uzyskać informacje na temat rutynowej praktyki klinicznej lub ścieżek opieki nad dziećmi i młodzieżą, które nie są objęte interwencjami medycznymi. Należy opracować jasną ścieżkę kliniczną dla interwencji niemedycznych, a także strategię badawczą służącą ocenie ich skuteczności.[75]

Chociaż kilka badań sugeruje, że psychoterapia GD może skutecznie rozwiązać ten problem w sposób nieinwazyjny (76), jakość dowodów jest bardzo niska (77). Jednocześnie w przeglądzie zidentyfikowano dwa przeglądy systematyczne uznane za wiarygodne (tj. o niskim ryzyku błędu systematycznego)

---

[73] Cass (2024a, s. 93)
[74] Cass (2024a, s. 155).
[75] Cass (2024a, s. 157).
[76] Churcher Clarke & Spiliadis (2019); Cohen-Kettenis & Kuiper (1984); Costa et al. (2015); Smith et al. (2001); Spiliadis (2019).
[77] Zob. rozdział 5.

i zauważyli, że „żadna z systematycznych analiz nie sugerowała, aby psychoterapia miała szkodliwy wpływ”. W jednej z analiz stwierdzono:

> Większość analiz dotyczących zdrowia psychicznego, wyników psychologicznych i/lub psychospołecznych wykazała korzyści lub brak zmian, a żadna z nich nie wskazywała na negatywne/niekorzystne skutki proponowanych interwencji. [78]

Chociaż nie ma wiarygodnych dowodów sugerujących, że psychoterapia GD jest szkodliwa, niektórzy zwolennicy PMT twierdzą, że jest to forma „terapii konwersyjnej”. Zarzut ten został omówiony w następnej sekcji; ostatnia sekcja zawiera przegląd podejść psychoterapeutycznych do GD.

14.5.2.1 Zarzut „terapii konwersyjnej”

Chociaż psychoterapia GD jest opisywana przez jej praktyków jako „neutralna” i „bezstronna” [79],niektórzy zwolennicy PMT utrzymują, że takie „eksploracyjne” podejście jest równoznaczne z praktykami konwersji [(80).]

„Terapia konwersyjna” – czasami nazywana „terapią reparatywną” – pierwotnie odnosiła się do prób zmiany orientacji seksualnej osób homoseksualnych. W 1973 r. homoseksualizm został oficjalnie zdepatologizowany przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (APA), kiedy to został wykluczony z listy zaburzeń psychicznych (poprzez usunięcie go z DSM)([81)].Podczas gdy zwolennicy PMT określają eksploracyjne podejścia psychoterapeutyczne do GD jako formę „terapii konwersyjnej”, inni twierdzą, że PMT

---

[78] Heathcote i in. (2024, s. s19).
[79] D’Angelo i in. (2021, s. 12).
[80] Np. Ashley (2022b, 2023); zob. również cytat Colta St. Amanda łączący oceny psychologiczne nieletnich ubiegających się o medyczną lub chirurgiczną zmianę płci z terapią konwersyjną w Bazelon (2022a). Turban, Beckwith i in. (2020), szeroko cytowana, recenzowana analiza danych z amerykańskiego badania Transgender Survey (USTS) z 2015 r., doszła do wniosku, że osoby, które pamiętały, że w przeszłości były narażone na „próby zmiany tożsamości płciowej”, były bardziej narażone na niedawne zaburzenia psychiczne i miały w historii życia myśli samobójcze, ale D’Angelo i in. (2021, s. 12) wskazali, że analiza ta opierała się na „uproszczonym podziale na „afirmację” i „konwersję”... Pogląd, że wszystkie interwencje terapeutyczne w przypadku GD można kategorycznie zaklasyfikować do tego uproszczonego podziału, świadczy o niezrozumieniu złożoności psychoterapii. W najlepszym przypadku ta dosadna klasyfikacja pomija szeroki zakres etycznych i istotnych form psychoterapii bez ukrytych celów, które nie pasują do takiego podziału; w najgorszym przypadku skutecznie błędnie klasyfikuje etyczne psychoterapie, które nie pasują do opisu „afirmacji”, jako terapie konwersyjne” (s. 7). Kwestie metodologiczne dotyczące samego USTS omówiono w rozdziale 4, przypis 117.
[81] Drescher (2010, s. 434); McNally (2011, s. 21-24). Pierwsze wydanie (1952) DSM klasyfikowało pociąg do osób tej samej płci jako rodzaj „socjopatycznego zaburzenia osobowości” (American Psychiatric Association, 1952, s. 38-39).

Sama zasługuje na to określenie. Ta ostatnia grupa twierdzi, że zmiana ciała danej osoby w odpowiedzi na cierpienie wynikające z internalizowanej społecznej dezaprobaty nie jest bardziej właściwa niż próba zmiany orientacji seksualnej danej osoby z podobnych powodów.[82] Publiczne i akademickie debaty na temat tego, co stanowi „konwersję" w kontekście młodzieży z GD, zostały utrudnione przez upolitycznienie tej kwestii.[83]

Krytycy psychoterapii eksploracyjnej w przypadku GD twierdzą, że terapeuci próbują „promować tożsamość płciową zgodną z płcią przypisaną danej osobie w chwili urodzenia".[84,85] Mniej teoretycznym opisem byłoby stwierdzenie, że niektórzy terapeuci próbują pomóc dzieciom i młodzieży pogodzić się z własnym ciałem.[86] Niezadowolenie z ciała płciowego lub społecznych oczekiwań związanych z płcią jest powszechne w okresie dojrzewania i w wieku młodzieńczym. Z tego i innych powodów charakteryzowanie jako „terapię konwersyjną" każdego podejścia skupionego na zmniejszeniu cierpienia nieletnich z powodu ich ciała lub roli społecznej jest problematycznym i potencjalnie szkodliwym zabiegiem retorycznym ([87]).Istnieją dowody na to, że widmo bycia

---

[82] Zob. Bannerman (2019) i Hamedani (2014). W niedawnym artykule poświęconym bioetyce stwierdzono, że „społeczeństwo, które marginalizuje młodzież nieprzystosowaną do norm płciowych, musi, w imię sprawiedliwości, zmienić swoje postępowanie. Ciężar wprowadzenia tej zmiany spoczywa na nas wszystkich. Nie powinien on spoczywać na ciałach naszej młodzieży" (Gorin, 2024, s. 43).

[83] Zwolennicy psychoterapii w przypadku dysforii płciowej zdecydowanie odrzucają określenie „terapia konwersyjna": np. „Psychoterapia wykracza poza binarny podział na afirmację i konwersję i ma na celu złagodzenie cierpienia młodzieży cierpiącej na dysforię płciową, a nie korygowanie poczucia niezgodności. Psychoterapia nie próbuje wymusić zmiany ani narzucić żadnego z góry określonego poglądu... Podstawową zasadą etyczną psychoterapii jest to, że terapeuci muszą szanować autonomię i samostanowienie pacjenta oraz powstrzymywać się od wszelkich prób wywierania na niego wpływu... Prawdziwy proces psychoterapeutyczny rozpoczyna się od pozycji niewiedzy i ma na celu otwarcie się na nowe możliwości. Wszystko inne jest nadużyciem psychoterapii" (D'Angelo, 2023, s. 3).

[84] Pełny cytat brzmi: „Praktyki konwersji transseksualnej odnoszą się do trwałych wysiłków mających na celu promowanie tożsamości płciowej zgodnej z płcią przypisaną danej osobie w chwili urodzenia i/lub zniechęcanie do zachowań związanych z płcią inną niż płeć przypisana danej osobie w chwili urodzenia" (Ashley, 2022b, s. 26). Wydaje się to szerzej charakteryzować terapię konwersyjną jako próbę zachęcania do zgodności ze stereotypami płciowymi. Jednak, jak wyjaśnia D'Angelo, „psychoterapia nie narzuca restrykcyjnych stereotypów płciowych, jak się czasem twierdzi, ale krytycznie je analizuje" (D'Angelo, 2023, s. 1). Taka analiza jest konieczna, ponieważ restrykcyjne stereotypy mogły prawdopodobnie przyczynić się do GD pacjenta.

[85] Raport Organizacji Narodów Zjednoczonych (ONZ) z 2020 r. dotyczący terapii konwersyjnej rozpoczyna się od wyjaśnienia, że „terapia konwersyjna" odnosi się do „interwencji o szerokim zakresie, które mają wspólną cechę w postaci przekonania, że orientacja seksualna lub tożsamość płciowa (SOGI) danej osoby może i powinna ulec zmianie. Praktyki te mają na celu (lub twierdzą, że mają na celu) zmianę orientacji osób homoseksualnych, lesbijek lub biseksualnych na heteroseksualną oraz zmianę tożsamości płciowej osób transpłciowych lub o różnej tożsamości płciowej na cisgenderową" (Organizacja Narodów Zjednoczonych, 2020). Zob. Lawford-Smith (2024) w celu zapoznania się z omówieniem najnowszych przepisów zakazujących „terapii konwersyjnej" w rozumieniu ONZ.

[86] Gdy uznamy, że pojęcie „tożsamości płciowej" nie zostało właściwie wyjaśnione (rozdział 2), zarzut „terapii konwersyjnej" traci sens. Jeśli tożsamość płciowa jest niejasna, równie niejasny jest cel zmiany tożsamości płciowej pacjenta.

[87] Np. D'Angelo (2023); D'Angelo i in. (2021); Edwards-Leeper i Anderson (2021); Jenkins i Panozzo (2024); McDeavitt (2025); Sinai i Sim (2024). Ponadto, jak zauważono w przeglądzie Cass Review, „Rola

etykietka „terapeuta konwersyjny” – szkodliwe oskarżenie, biorąc pod uwagę historię złego traktowania osób homoseksualnych przez tę profesję – stworzyła atmosferę niepokoju wśród specjalistów zajmujących się zdrowiem psychicznym. Terapeuci obawiają się, że brak potwierdzenia lub zalecenia interwencji medycznej dla młodzieży spełniającej kryteria kwalifikacyjne Światowego Stowarzyszenia Profesjonalistów ds. Zdrowia Osób Transpłciowych (WPATH) może zagrozić ich karierze i reputacji. [88]

Zrównanie „terapii eksploracyjnej” z „terapią konwersyjną” jest błędne z dwóch dodatkowych kluczowych powodów. Po pierwsze, terapia eksploracyjna była podstawowym i obowiązkowym elementem pierwotnego protokołu holenderskiego, który stanowi podstawę obecnego modelu PMT.([89])Po drugie, wysokiej jakości psychoterapia jest *z definicji* eksploracyjna*:* jest to „proces wspólnego podejmowania decyzji, w którym terapeuta ... prowadzi pacjenta w eksploracji jego materiału, ale nie wprowadza własnych przekonań ani pomysłów”.([90])

Połączenie psychoterapii z terapią konwersyjną zostało potępione nie tylko przez ekspertów-terapeutów, którzy kwestionują obecny nacisk na medyczną i chirurgiczną transformację młodzieży, ale także przez praktyków i badaczy z dziedziny PMT.[91]

14.5.2.2 Podejścia psychoterapeutyczne

Skuteczność psychoterapii w leczeniu szerokiego zakresu problemów związanych ze zdrowiem psychicznym, w tym tych, które często towarzyszą GD, sugeruje, że może ona być również korzystna w przypadku GD. Nacisk położony w przeglądzie Cass Review na de-wyjątkowość młodzieży z GD podkreślił obserwację, że klinicyści

---

terapie psychologiczne wspierające dzieci i młodzież z niezgodnością płciową lub cierpieniem zostały przyćmione przez niekonstruktywną, spolaryzowaną debatę na temat praktyk konwersyjnych. Terminy takie jak „podejście afirmatywne” i „eksploracyjne” zostały wykorzystane jako broń do tego stopnia, że trudno jest znaleźć jakąkolwiek neutralną terminologię” (Cass, 2024a, s. 150).

[88] Jenkins & Panozzo (2024). Jak podsumowano w McDeavitt (2025): „Niektórzy terapeuci, którzy prowadzą eksploracyjną terapię rozmową z młodzieżą [transpłciową i o różnej tożsamości płciowej], spotkali się z zarzutami dotyczącymi „terapii konwersyjnej” – zarzutami wysuwanymi nie przez pacjentów, ale przez aktywistów i kolegów. Jeden z terapeutów poinformował, że uczestniczył w warsztatach, podczas których aktywiści opisywali „polowanie” na takich terapeutów w celu wniesienia pozwów sądowych i doprowadzenia do cofnięcia licencji”.

[89] Słabe strony oryginalnych badań holenderskich omówiono w rozdziale 4.

[90] Sinai & Sim (2024, s. 148); zob. również Churcher Clarke & Spiliadis (2019).

[91] Na przykład psycholog Laura Edwards Leeper stwierdziła, że „łączenie terapii konwersyjnej z poszukiwaniem tożsamości jest prawdopodobnie największym zagrożeniem zarówno dla młodzieży cisgenderowej, jak i transpłciowej, która doświadcza trudności związanych z tożsamością płciową. Retoryka wykorzystywana do łączenia tych dwóch kwestii musi natychmiast ustać” (McDeavitt, 2025, s. 1298). Zob. również Edwards-Leeper & Anderson (2021).

> Potrzebują jedynie odpowiedniego szkolenia, wsparcia i, co najważniejsze, pewności siebie, aby wykonywać to, do czego zostali przeszkoleni, i traktować tę populację tak samo, jak każdą inną młodą osobę w trudnej sytuacji. [92]

Niestety, wysiłki mające na celu zbadanie wpływu czynników kulturowych i społecznych, traumy lub współwystępujących zaburzeń zdrowia psychicznego na GD zostały uznane za „szkodliwe".[93] W połączeniu z bardzo ostrymi oskarżeniami o „terapię konwersyjną" terapeuci mogą znajdować się pod znaczną presją, aby założyć – często bez krytycznej oceny – że problemy ze zdrowiem psychicznym współwystępujące z GD są przede wszystkim wynikiem stresu mniejszościowego.[94] Presja ta może spowodować, że klinicyści przeoczą istotną możliwość, że u niektórych pacjentów GD *wynika z* traumy, „pierwotnych" problemów ze zdrowiem psychicznym lub zaburzeń neurorozwojowych (patrz sekcja 14.1 powyżej). [W] publikacjach psychoterapeutów pracujących z tą populacją zauważono, że pacjenci z GD mogą szukać pomocy hormonalnej lub chirurgicznej w odpowiedzi na doświadczenia przemocy seksualnej, negatywne nastawienie do homoseksualizmu lub znęcanie się związane z wyrażaniem siebie, zainteresowaniami lub zachowaniami odbiegającymi od stereotypów dotyczących płci. ([95])

Jeśli te możliwości zostaną zignorowane, jako oczywiste leczenie może zostać zalecona interwencja medyczna lub chirurgiczna.[(96)] Błędne postrzeganie psychoterapii GD jako „terapii konwersyjnej" lub „niepodejmowania żadnych działań" może również przyczyniać się do efektu nocebo, zniechęcając terapeutów do świadczenia opieki, a pacjentów do angażowania się w nią.[97] W ten sposób dyskredytowanie psychoterapii ma „efekt mrożący na etykę

---

[92] Cass (2024a, s. 15).
[93] Np. Koalicja na rzecz Rozwoju i Zastosowania Nauk Psychologicznych (2021).
[94] Zastosowanie teorii stresu mniejszościowego do nierówności w zakresie zdrowia psychicznego dorosłych osób należących do mniejszości seksualnych zostało po raz pierwszy przeprowadzone przez Meyera (2003). Zgodnie z definicją Chelliah i in. (2024) „ramy stresu mniejszościowego... zostały wykorzystane do konceptualizacji relacji między... różnicami w zakresie zdrowia psychicznego a czynnikami stresogennymi związanymi z tożsamością lub statusem mniejszości". Ramy te, które (podobnie jak wszystkie inne ramy koncepcyjne) mają swoje ograniczenia (Bailey, 2020; Zucker i in., 2016), w ciągu ostatnich 5–10 lat były szeroko stosowane w literaturze dotyczącej medycyny pediatrycznej związanej z płcią (przykłady w rozdziale 13). Chociaż terapeuci powinni wyjaśniać pacjentom doświadczenia związane z prześladowaniem lub wrogością, odruchowe przyjmowanie założeń nie jest dobrą praktyką psychoterapeutyczną, zwłaszcza gdy założenia te mogą prowadzić do niewłaściwych zaleceń dotyczących leczenia.
[95] Churcher Clarke & Spiliadis (2019); D'Angelo et al. (2021); Lemma (2018); Sinai & Sim (2024); Spiliadis (2019).
[96] Np. Tordoff (2022).
[97] Clayton (2023).

gotowość psychoterapeutów do przyjmowania pacjentów z złożonymi zaburzeniami osobowości typu GD, co znacznie utrudni osobom z tym zaburzeniem dostęp do wysokiej jakości opieki psychiatrycznej."(98)

Praktyka refleksyjnych założeń jest sprzeczna z podstawowymi zasadami podejścia psychoterapeutycznego, które kładzie nacisk na ciekawość i uwzględnienie *wszystkich* czynników, które mogły przyczynić się do problemów pacjenta.[99]Jest ona również kwestionowana przez badania dotyczące zaprzestania i odwrócenia transformacji.[100]

Stephen Levine, profesor psychiatrii na Uniwersytecie Case Western Reserve, wyjaśnił, w jaki sposób podejście psychoterapeutyczne uwzględnia czynniki biologiczne, psychologiczne i społeczne w celu holistycznego ujęcia GD:

> Jeśli oceniający rozumie, że celem [oceny zdrowia psychicznego] jest identyfikacja czynników predysponujących, wywołujących i podtrzymujących tożsamość pacjenta, zostanie zbadana długa lista wpływów. Zbadane zostaną takie problemy, jak autyzm, ADHD, trudności w nawiązywaniu przyjaźni, kryzysy samotności, depresja, restrykcyjne lub nadmierne jedzenie, wykorzystywanie seksualne oraz opinie wirtualnych przyjaciół. [Terapeuta] zbada skłonności samobójcze, samookaleczanie, problemy psychiatryczne przed i po zmianie tożsamości oraz relacje z każdym z rodziców. Rodzice przedstawią historię rozwoju dziecka, począwszy od ciąży.([101])

Psychiatra i psychoanalityk Roberto D'Angelo, zwolennik psychoterapii w przypadku GD, opisuje rolę psychoterapii dla nieletnich z GD w następujący sposób:

> Psychoterapia nie narzuca restrykcyjnych stereotypów dotyczących płci, jak się czasem twierdzi, ale krytycznie je analizuje. Umożliwia młodym ludziom opracowanie kreatywnych rozwiązań ich trudności oraz promuje sprawczość i autonomię.
> Co ważne, eksploracyjny proces psychoterapeutyczny może pomóc w wyjaśnieniu, czy

---

[98] D'Angelo i in. (2021, s. 13).

(99) Jakzauważono w przeglądzie Cass, „skupianie się wyłącznie na kwestii płci rodzi problem „zacienienia diagnostycznego"... dzieci [mogą mieć] więcej niż jeden problem, ale różne służby... zajmują się każdym problemem osobno, nie biorąc pod uwagę, jak mogą one na siebie wzajemnie wpływać" (Cass, 2024a, s. 200). Zob. również omówienie zacienienia diagnostycznego w sekcji 13.2.4.

[100]Np. Littman (2021).

[101] Levine (2024, s. 775).

Dysforia płciowa jest nośnikiem innych problemów psychologicznych lub społecznych, które mogą nie być od razu widoczne. [102]

Biorąc pod uwagę, że populacja ta często charakteryzuje się złożoną historią psychospołeczną i wieloma problemami związanymi ze zdrowiem psychicznym, psychoterapia przyjmuje podejście holistyczne – zajmuje się całym spektrum problemów, a nie skupia się wyłącznie na GD. „Psychoterapia transdiagnostyczna" – czyli terapia obejmująca wiele diagnoz lub problemów – jest już standardem.[103] Chociaż istnieje wyraźna potrzeba opracowania i zbadania podejść terapeutycznych dostosowanych specjalnie do GD, skuteczna terapia nie zawsze musi koncentrować się na jednej kwestii. Psychoterapia dla nastolatków z GD jest dobrze dopasowaną interwencją, ponieważ ma na celu pomóc pacjentom w rozwijaniu samoświadomości, radzeniu sobie z wrażliwością emocjonalną i budowaniu praktycznych strategii radzenia sobie z cierpieniem.

Psychologia człowieka jest złożona, a obecność jednej diagnozy psychiatrycznej często zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia innych. Podejście psychoterapeutyczne transdiagnostyczne — mające na celu zajęcie się podstawowymi wzorcami występującymi w wielu schorzeniach — może być szczególnie skuteczne w zmniejszaniu stresu wśród młodzieży z GD, podobnie jak w innych złożonych przypadkach. Cele psychoterapii pozostają takie same, niezależnie od samoidentyfikacji młodego człowieka: złagodzenie stresu i poprawa funkcjonowania interpersonalnego i społecznego.

Tabela 14.1 poniżej przedstawia krótki przegląd metod psychoterapeutycznych, które są odpowiednie dla dzieci i młodzieży z GD.

[102] D'Angelo (2023, s. 1).
[103] Jeppesen i in. (2021).

Tabela 14.1

Rodzaj metody psychoterapeutycznej	Definicja metody	Zastosowanie w GD
Podejścia oparte na podręcznikach[104]	Podejścia te są realizowane zgodnie z instrukcjami zawartymi w podręcznikach, które zapewniają strukturę i standaryzację. Najbardziej zbadanym podejściem jest terapia poznawczo-behawioralna (CBT), która pomaga pacjentom zidentyfikować myśli, uczucia i zachowania oraz sposób, w jaki wpływają one na siebie nawzajem. Terapie oparte na podręcznikach koncentrują się na rozwijaniu umiejętności radzenia sobie i aktywizacji behawioralnej. Terapia dialektyczno-behawioralna, powszechnie stosowana w leczeniu samookaleczeń i skłonności samobójczych, wspiera techniki radzenia sobie z dystresem i skuteczność interpersonalną. Podejścia oparte na podręcznikach zazwyczaj obejmują kilka miesięcy cotygodniowych sesji indywidualnych lub grupowych, a pacjenci między sesjami wykonują zadania związane z terapią.	Podejścia oparte na podręcznikach są opartym na dowodach naukowych sposobem leczenia problemów zdrowia psychicznego, które współwystępują z GD, takich jak depresja, lęk i zaburzenia odżywiania. W przypadku GD podejścia oparte na podręcznikach mogą pomóc pacjentom w identyfikacji myśli i uczuć związanych z dyskomfortem związanym z seksem, w tym zniekształceń poznawczych. Terapeuci mogą pomóc pacjentom w rozwijaniu zdrowych umiejętności radzenia sobie z tym konkretnym rodzajem stresu i mogą zachęcać do aktywizacji behawioralnej. Na przykład aktywność fizyczna, osobiste kontakty społeczne i/lub praktyki uważności mogą z czasem zmniejszyć ruminacje, w tym ruminacje związane z dyskomfortem związanym z płcią.

[104] W badaniu Austin i in. (2018) wyniki dotyczące zdrowia psychicznego (w tym depresji) uległy poprawie dzięki CBT u 8 nastolatków, którzy identyfikowali się jako osoby transpłciowe (podgrupa badanej populacji; nie jest jasne, czy zastosowano interwencje hormonalne). Hollinsaid i in. (2020) ponownie przeanalizowali dane z czterech RCT dotyczących standardowych, opartych na podręcznikach podejść psychoterapeutycznych, koncentrując się na grupie 64 pacjentów, którzy wyrazili chęć bycia osobą płci przeciwnej (nie jest jednak jasne, ilu z nich spełniałoby kryteria GD; dodatkowo nie było informacji na temat interwencji hormonalnych). Objawy internalizacji i eksternalizacji u tych pacjentów uległy poprawie, choć wolniej niż u innych pacjentów. W badaniu Lucassen i in. (2021) wynik pomiaru depresji nie zmienił się po internetowej terapii CBT u 14 pacjentów, którzy identyfikowali się jako transpłciowi. W badaniu Silveri i in. (2021) wyniki dotyczące zdrowia psychicznego poprawiły się u 62 nastolatków, którzy identyfikowali się jako transpłciowi/o rozszerzonej tożsamości płciowej, po terapii CBT, DBT i terapii rodzinnej, zintegrowanych z dwutygodniowym programem leczenia stacjonarnego problemów psychiatrycznych. W badaniu przedstawiającym dane longitudinalne dotyczące 26 nastolatków (Bluth i in., 2023) wyniki dotyczące zdrowia psychicznego (w tym depresja i skłonności samobójcze) poprawiły się po ośmiu sesjach terapii grupowej opartej na uważności u pacjentów identyfikujących się jako transpłciowi, którzy nie byli poddawani interwencjom hormonalnym.

Rodzaj metody psychoterapeutycznej	Definicja metody	Zastosowanie w GD
Podejście psychodynamiczne[105]	Jest to podejście psychoanalityczne, które obejmuje badanie mechanizmów obronnych ego i nieświadomych motywacji. Dzięki badaniu przeniesienia pacjenci lepiej rozumieją dynamikę swoich relacji międzyludzkich. Psychoterapia psychodynamiczna zazwyczaj obejmuje sesje odbywające się co dwa tygodnie lub co tydzień i nie jest ograniczona czasowo.	Podejście to jest oparte na dowodach naukowych w przypadku zaburzeń zdrowia psychicznego współwystępujących z GD. Ponadto praca psychodynamiczna wokół tematu identyfikacji z płcią przeciwną lub cierpienia związanego z płcią może ułatwić badanie wczesnych doświadczeń pacjentów z dzieciństwa, rodziny pochodzenia, systemu przekonań/wartości oraz wzorców interpersonalnych w relacjach rodzinnych i romantycznych, a także w środowisku szkolnym/zawodowym. Podejście to może pomóc pacjentom w uzyskaniu głębszego zrozumienia ich tożsamości osobistej, w tym wszelkich czynników zewnętrznych, które mogą przyczyniać się do ich identyfikacji z płcią przeciwną i pragnienia interwencji medycznych/chirurgicznych. Pacjenci mogą uzyskać jasność co do swoich własnych pragnień lub życzeń dotyczących medycznych lub chirurgicznych interwencji związanych z transformacją płciową.
Terapia rodzinna[106]	Podejście to identyfikuje problemy dotykające pacjenta i rodzinę oraz ma na celu wzmocnienie więzi rodzinnych i poprawę umiejętności komunikacyjnych poprzez wspieranie pracy nad zerwanymi więziami, komunikacją i zrozumieniem perspektyw różnych członków rodziny. Może ono obejmować edukację rodziców i opracowanie strategii poprawy skuteczności interpersonalnej w rodzinie.	Dziecko lub nastolatek wykazujący GD może czasami powodować intensywne konflikty i stres w rodzinie. W podejściu rodzinnym doświadczony terapeuta może edukować rodziców na temat GD i promować dobre samopoczucie rodziny poprzez wzmacnianie skutecznej komunikacji i umiejętności interpersonalnych. Terapia rodzinna jest opartym na dowodach podejściem do leczenia zaburzeń odżywiania u nastolatków, w przypadku których nasilają się problemy rodzinne i fizyczne, jak w przypadku GD. Terapia rodzinna jest albo pierwszą linią interwencji, albo leczeniem z wyboru w przypadku wielu diagnoz w okresie dojrzewania.

14.5.2.3 Dowody na korzyści

Jak wspomniano wcześniej, przegląd systematycznych przeglądów przeprowadzonych na potrzeby niniejszego przeglądu wykazał, że dowody na skuteczność psychoterapii w przypadku GD (lub współwystępujących problemów ze zdrowiem psychicznym u pacjentów z GD) są bardzo mało pewne. W przypadku braku bezpośrednich dowodów na rolę psychoterapii u dzieci i nastolatków z GD, najlepsze dostępne dowody można uzyskać z solidnych dowodów potwierdzających

[105] Opisy przypadków, vignette i serie przypadków opisujące włączenie aspektów dynamicznych do pracy eksploracyjnej można znaleźć w Churcher Clarke & Spiliadis (2019); D'Angelo (2020); Spiliadis (2019). Opisy podejść dynamicznych można znaleźć w: D'Angelo (2023); Sinai & Sim (2024).
[106] Opis przypadku terapii rodzinnej nastolatka z tendencjami samobójczymi można znaleźć w publikacji Russon i in. (2022). Zob. również Silveri i in. (2021) oraz Churcher Clarke i Spiliadis (2019). Przykład psychoedukacji rodziców można znaleźć w publikacji Levine (2024).

skuteczność leczenia dzieci i nastolatków z podobnymi rodzajami zaburzeń psychicznych. Psychoterapia jest nieinwazyjną metodą interwencji, którą można stosować w różnych przypadkach. Ogólnie rzecz biorąc, poprawia ona zdrowie psychiczne i funkcjonowanie psychospołeczne, a ryzyko związane z jej stosowaniem jest niewielkie.[107] Jak zauważono w przeglądzie Cass Review,

> skupienie się na stosowaniu blokerów dojrzewania w leczeniu zaburzeń związanych z tożsamością płciową przesłoniło możliwość, że inne terapie oparte na dowodach naukowych mogą być bardziej skuteczne.[108]

[107] Zob. również Baron & Dierckxsens (2022); Clayton (2023); Levine et al. (2022b).
[108] Cass, 2024a (s. 31).

Ograniczenia, mocne strony i wnioski

Ograniczenia

Niniejszy przegląd ma pewne ograniczenia.[1]

1. Niniejszy dokument nie ma służyć jako wytyczne dotyczące praktyki klinicznej i nie ma na celu wydawania zaleceń dotyczących leczenia.[2] Przegląd został opracowany w oparciu o konkretny zestaw celów: mianowicie wyjaśnienie sytuacji dowodowej, zidentyfikowanie obszarów niepewności oraz wsparcie rozwoju modeli odpowiedzialnej opieki. W związku z tym nie jest on zgodny z formalnymi procedurami opracowywania wytycznych, takimi jak stosowanie GRADE w celu informowania o zaleceniach klinicznych. Zakres niniejszego przeglądu ogranicza się do dowodów i najlepszych praktyk w zakresie opieki nad nieletnimi.

2. W niniejszym przeglądzie nie przedstawiono żadnych konkretnych zaleceń dotyczących regulacji prawnych w zakresie medycyny. Nie zawiera on na przykład zaleceń dotyczących leczenia dzieci i młodzieży, które rozpoczęły już terapię blokerami dojrzałości płciowej lub hormonami płciowymi.

Mocne strony

Niniejszy przegląd ma również pewne mocne strony.

1. Chociaż nie jest to CPG, dokument ten dostarcza lekarzom i innym decydentom niezbędnej wiedzy na temat PGM.

    a. *Jakość dowodów*: Niniejszy przegląd opisuje bardzo niską jakość dowodów stanowiących podstawę podejść terapeutycznych w pediatrycznej medycynie płciowej (rozdział 5).

    b. *Profil ryzyka związanego z hormonami i zabiegami chirurgicznymi*: Niniejszy przegląd zawiera obszerny opis potencjalnych lub prawdopodobnych szkód związanych z niektórymi opcjami leczenia (tj. interwencjami hormonalnymi i zabiegami chirurgicznymi), z których niektóre są znaczące (rozdział 7).

---

[1] Informacje na temat mocnych stron i ograniczeń charakterystycznych dla przeglądu systematycznych przeglądów (SR) znajdują się w rozdziale 5.
[2] Nie jest to technicznie ograniczenie (ponieważ niniejszy przegląd nie ma charakteru wytycznych CPG), ale wyjaśnienie.

c. *Ocena etyczna*: Niniejszy przegląd zawiera ocenę etyczną stosowania interwencji hormonalnych i zabiegów chirurgicznych w leczeniu GD u dzieci i młodzieży. Stwierdza się w nim, że interwencje te są niezgodne z powszechnie przyjętymi zasadami etyki medycznej (rozdział 13).

d. *Rozważania dotyczące alternatywnych metod leczenia*: Jednym z głównych tematów niniejszego przeglądu jest rola psychoterapii, która została pominięta w dyskusjach na temat PGM. Niniejszy przegląd szczegółowo analizuje psychoterapię w leczeniu GD i stwierdza, że jej profil ryzyka/korzyści jest korzystny (rozdział 14).

2. Przegląd wytycznych (rozdział 9) pokazuje, że wytyczne CPG zalecające psychoterapię w przypadku GD u dzieci są wyższej jakości i są zgodne z dowodami pochodzącymi z przeglądów systematycznych PGM. Natomiast CPG zalecające podejście obejmujące standardowe stosowanie PB, CSH lub zabiegów chirurgicznych są niższej jakości, a zalecenia nie są zgodne z dowodami pochodzącymi z SR. CPG stosowane w Stanach Zjednoczonych, w szczególności WPATH, należą do tej drugiej kategorii i są nieodpowiednie do informowania o praktyce klinicznej w odniesieniu do wrażliwej i cierpiącej populacji dzieci i młodzieży. W tej dziedzinie pilnie potrzebne są wysokiej jakości CPG.
3. W niniejszym przeglądzie opisano wymuszoną izolację zawodową w dziedzinie pediatrycznej medycyny płciowej oraz intensywny i wrogi charakter debat dotyczących PGM. Zainteresowane strony powinny mieć to na uwadze, gdy przedstawiane są im twierdzenia o konsensusie medycznym wśród amerykańskich organizacji medycznych (rozdział 12).

Wnioski

> Przekazanie uprawnień środowisku medycznemu opiera się na niepisanej umowie społecznej: lekarze jako grupa zawodowa otrzymują „przywilej samoregulacji" i korzyści finansowe w zamian za oczekiwanie, że będą służyć potrzebom zdrowotnym poszczególnych pacjentów i społeczeństwa.[3]

Głównym tematem niniejszego przeglądu jest fakt, że wielu amerykańskich lekarzy i stowarzyszeń medycznych nie wywiązuje się z obowiązku priorytetowego traktowania interesów zdrowotnych młodych pacjentów. Po pierwsze,

[3] Patashnik i in. (2017, s. 10).

nastąpiło szybkie rozszerzenie i wdrożenie protokołu klinicznego, który nie miał wystarczającego uzasadnienia naukowego i etycznego. Po drugie, w obliczu przekonujących dowodów, że protokół ten nie przynosił obiecanych korzyści zdrowotnych, a inne kraje odpowiednio zmieniały swoje polityki, amerykańscy lekarze i stowarzyszenia medyczne nie zrewidowali podejścia „potwierdzającego płeć". Po trzecie, sprzeczne dowody – dowody podważające podstawowe założenia protokołu i profesjonalną reputację jego zwolenników – zostały błędnie zinterpretowane lub niewystarczająco uwzględnione. Wreszcie, odmienne poglądy zostały zmarginalizowane, a osoby, które je wyrażały, zostały zdyskredytowane.

Chociaż żaden klinicysta ani stowarzyszenie medyczne nie zamierza zawieść swoich pacjentów – zwłaszcza tych najbardziej wrażliwych – poprzednie rozdziały pokazują, że właśnie tak się stało.

ZAŁĄCZNIKI

Załącznik 1. Skróty

AACAP Amerykańska Akademia Psychiatrii Dziecięcej i Młodzieżowej
AAP Amerykańska Akademia Pediatrii
AGREE Ocena wytycznych dotyczących badań i oceny AHRQ
Agencja ds. Badań i Jakości Opieki Zdrowotnej
AMA Amerykańskie Stowarzyszenie Medyczne
AMSTAR Narzędzie pomiarowe do oceny przeglądów systematycznych
APA Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne/Amerykańskie Towarzystwo
Psychiatryczne ASDZaburzenia ze spektrum autyzmu; również ASC (stan ze spektrum autyzmu)
BDD Zaburzenia dysmorfii ciała
BMI Wskaźnik masy ciała
CBT Terapia poznawczo-behawioralna
CDC Centra Kontroli i Zapobiegania Chorobom CMS
Centra Medicare i Medicaid COHERE Rada
ds. Wyboru Opieki Zdrowotnej (Finlandia) COI Konflikt
interesów
CPG Wytyczne dotyczące praktyki klinicznej
CPP Centralne przedwczesne dojrzewanie płciowe
CSH Hormony płciowe
DBT Dialektyczna terapia behawioralna
DSD Zaburzenie (różnica) rozwoju płciowego
DSM *Podręcznik diagnostyczny i statystyczny zaburzeń psychicznych*
DSM-5-TR DSM, wydanie piąte, poprawione (najnowsza wersja, 2024) DSM-5
DSM, wydanie piąte (2013)
DSM-IV DSM, wydanie czwarte (1994)
DSM-III DSM, wydanie trzecie (1980)
EBM Medycyna oparta na
dowodach
EPC Centrum Praktyki Opartej na Dowodach Naukowych (w Johns
Hopkins) ES Towarzystwo Endokrynologiczne
FAERS System zgłaszania zdarzeń FDA ( )

FBT	Leczenie rodzinne
FDA	Agencja ds. Żywności i Leków
FM	Kobieta do mężczyzny
FP	Zachowanie płodności
FSH	Hormon folikulotropowy
FT-ED	Terapia rodzinna w przypadku zaburzeń odżywiania
GD	Dysforia płciowa (DSM-5; dawniej zaburzenie tożsamości płciowej (GID) w DSM-IV)
GDG	Grupa ds. opracowywania wytycznych
GeMS	Usługi wielospecjalistyczne dotyczące płci (w Boston Children's; dawniej Usługi zarządzania płcią Management Service)
GICE	Działania na rzecz zmiany tożsamości płciowej
GIDS	Usługi związane z rozwojem tożsamości płciowej (Wielka Brytania)
GnRHa	Agonista hormonu uwalniającego gonadotropinę
GRADE	Klasyfikacja zaleceń, ocena, rozwój i ewaluacja
HBIGDA	Międzynarodowe Stowarzyszenie Dysforii Płciowej im. Harry'ego Benjamina
HH	Hipogonadyzm hipogonadotropowy
HPG	Oś podwzgórze-przysadka-gonady
HRC	Kampania na rzecz praw człowieka
ICD-11	Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób WHO, wydanie 11. (najnowsze wersja, 2022)
IQ	Iloraz inteligencji
ITJH	*Międzynarodowy dziennik zdrowia osób transpłciowych*
JAMA	*Czasopismo Amerykańskiego Stowarzyszenia Medycznego*
JHU	Uniwersytet Johna Hopkinsa
LH	Hormon luteinizujący
MDC	Kompetencje w zakresie podejmowania decyzji medycznych
MDT	Zespoły multidyscyplinarne
MF	Zmiana płci z męskiej na żeńską
MHP	Specjalista ds. zdrowia psychicznego
MMHA	Stowarzyszenie ds. poważnych schorzeń medycznych i zdrowia psychicznego

NAM	Krajowa Akademia Medyczna
NEJM	*New England Journal of Medicine*
NGCF	Holenderska Fundacja ds. Równouprawnienia Płci
NHS	Krajowa Służba Zdrowia (Wielka Brytania)
NICE	Krajowy Instytut Zdrowia i Doskonałości Opieki (Wielka Brytania)
NIH	Narodowy Instytut Zdrowia
NLM	Narodowa Biblioteka Medyczna
NOS	Skala Newcastle-Ottawa
OCD	Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne
PBs	Blokery dojrzewania
PCOS	Zespół policystycznych jajników
PDT	Terapia psychodynamiczna
PGM	Pediatryczna medycyna płciowa
PICO	Populacja, interwencja, komparator, wynik
PMT	Przejście medyczne w pediatrii
PRISMA	Preferowane elementy raportowania w przeglądach systematycznych i metaanalizach
RCT	Randomizowane badanie kontrolowane
RoB 2	Narzędzie Cochrane do oceny ryzyka błędu systematycznego
ROBINS-I	Ryzyko błędu systematycznego w badaniach nierandomizowanych – interwencji
ROBIS	Ryzyko błędu systematycznego w przeglądach systematycznych
ROGD	Szybko pojawiająca się dysforia płciowa
RSG	Przegląd danych, statystyk i badań dotyczących płci biologicznej i płci społecznej (Wielka Brytania, 2025 r.)
SAMHSA	Administracja ds. Nadużywania Substancji i Zdrowia Psychicznego
SOC-8	*Standardy opieki zdrowotnej dla osób transpłciowych i o różnej tożsamości płciowej*, wersja 8 (najnowsza wersja, 2022 r.)
SOC-7	*Standardy opieki zdrowotnej dla osób transseksualnych, transpłciowych i osób nieprzystających do norm płciowych*, wersja 7 (2012)
SOC-6	*Standardy opieki nad osobami z zaburzeniami tożsamości płciowej*, wersja 6 (2001)
SR	Przegląd systematyczny
SRS	Operacja zmiany płci
SSRI	Selektywny inhibitor wychwytu zwrotnego serotoniny

TGD	Transpłciowość i różnorodność płciowa
UCSF	Uniwersytet Kalifornijski w San Francisco
USPATH	Amerykańskie Stowarzyszenie Specjalistów ds. Zdrowia Osób Transpłciowych
USTS	Amerykańskie badanie dotyczące osób transpłciowych
WHO	Światowa Organizacja Zdrowia
WPATH	Światowe Stowarzyszenie Specjalistów ds. Zdrowia Osób Transpłciowych

Załącznik 2. Kryteria diagnostyczne

DSM-III (1980)[1]

Kryteria diagnostyczne transseksualizmu

A. Poczucie dyskomfortu i nieadekwatności własnej płci anatomicznej.

B. Chęć pozbycia się własnych genitaliów i życia jako osoba płci przeciwnej.

C. Zaburzenie utrzymuje się nieprzerwanie (nie ogranicza się do okresów stresu) przez co najmniej dwa lata.

D. Brak fizycznej interseksualności lub nieprawidłowości genetycznych.

E. Nie jest spowodowane innym zaburzeniem psychicznym, takim jak schizofrenia.

Kryteria diagnostyczne zaburzeń tożsamości płciowej u dzieci W

przypadku kobiet:

A. Silne i uporczywe pragnienie bycia chłopcem lub uparte twierdzenie, że jest chłopcem (nie tylko pragnienie uzyskania korzyści kulturowych wynikających z bycia chłopcem).

B. Uporczywe odrzucanie kobiecych struktur anatomicznych, przejawiające się co najmniej jednym z następujących powtarzających się stwierdzeń:

(1) że wyrośnie na mężczyznę (nie tylko w sensie roli społecznej)

(2) że biologicznie nie jest w stanie zajść w ciążę

(3) że nie rozwinie piersi

(4) że nie ma pochwy

(5) że ma lub wyrośnie jej penis

C. Pojawienie się zaburzeń przed okresem dojrzewania.

W przypadku mężczyzn:

[1] Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (1980, str. 261-266).

A. Silne i uporczywe wyrażanie pragnienia bycia dziewczynką lub twierdzenie, że jest dziewczynką.

B. Albo (1), albo (2):

(1) uporczywe odrzucanie męskich struktur anatomicznych, przejawiające się co najmniej jednym z następujących powtarzających się stwierdzeń:

(a) że wyrośnie na kobietę (nie tylko w sensie roli społecznej)

(b) że jego penis lub jądra są obrzydliwe lub znikną

(c) że lepiej byłoby nie mieć penisa ani jąder

(2) zaabsorbowanie stereotypowymi czynnościami kobiecymi, przejawiające się preferowaniem przebierania się lub naśladowania kobiecego stroju lub silną chęcią uczestniczenia w zabawach i rozrywkach dziewcząt

C. Pojawienie się zaburzenia przed okresem dojrzewania.

DSM-IV (1994)[2]

Kryteria diagnostyczne zaburzenia tożsamości płciowej

A. Silna i trwała identyfikacja z płcią przeciwną (nie tylko pragnienie uzyskania korzyści kulturowych wynikających z bycia osobą płci przeciwnej). U dzieci zaburzenie to objawia się czterema (lub więcej) z poniższych symptomów:

(1) powtarzające się wyrażanie pragnienia bycia osobą płci przeciwnej lub uparte twierdzenie, że jest się osobą płci przeciwnej

(2) u chłopców preferencja przebierania się lub naśladowania kobiecego stroju; u dziewcząt uparte naleganie na noszenie wyłącznie stereotypowo męskiej odzieży

(3) silne i trwałe preferencje dotyczące ról płci przeciwnej w zabawach lub uporczywe fantazje o byciu osobą płci przeciwnej

[2] Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (1994, str. 537-538).

(4) silne pragnienie uczestniczenia w stereotypowych zabawach i rozrywkach płci przeciwnej

(5) silna preferencja dla partnerów do zabawy płci przeciwnej

U nastolatków i dorosłych zaburzenie to objawia się takimi symptomami, jak wyrażana chęć bycia osobą płci przeciwnej, częste podawanie się za osobę płci przeciwnej, chęć życia lub bycia traktowanym jako osoba płci przeciwnej lub przekonanie, że ma się typowe dla płci przeciwnej uczucia i reakcje.

B. Utrzymujący się dyskomfort związany z własną płcią lub poczucie nieadekwatności roli płciowej tej płci.

U dzieci zaburzenie objawia się jednym z następujących symptomów: u chłopców – twierdzeniem, że ich penis lub jądra są obrzydliwe lub znikną, twierdzeniem, że lepiej byłoby nie mieć penisa, niechęcią do gwałtownych zabaw oraz odrzuceniem stereotypowych zabawek, gier i zajęć dla chłopców; u dziewcząt – odrzucanie oddawania moczu w pozycji siedzącej, twierdzenie, że mają lub wyrosną im penisy, twierdzenie, że nie chcą mieć piersi ani miesiączkować, wyraźna niechęć do normatywnej kobiecej odzieży.

U nastolatków i dorosłych zaburzenie objawia się takimi symptomami, jak obsesja na punkcie pozbycia się pierwotnych i wtórnych cech płciowych (np. prośba o hormony, operację lub inne zabiegi mające na celu fizyczną zmianę cech płciowych w celu upodobnienia się do płci przeciwnej) lub przekonanie, że urodził się w niewłaściwej płci.

C. Zaburzenie to nie występuje równocześnie z fizyczną interseksualnością.

D. Zaburzenie powoduje klinicznie istotny niepokój lub upośledzenie funkcjonowania społecznego, zawodowego lub innych ważnych obszarów życia.

DSM-5 (2013)[3]

Dysforia płciowa

[3] Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (2013, str. 452-453).

Kryteria diagnostyczne

Dysforia płciowa u dzieci

A. Wyraźna niezgodność między odczuwaną/wyrażaną płcią a płcią przypisaną, trwająca co najmniej 6 miesięcy, przejawiająca się co najmniej sześcioma z poniższych objawów (z których jeden musi być kryterium A1):

1. Silne pragnienie bycia osobą płci przeciwnej lub uparte twierdzenie, że jest się osobą płci przeciwnej (lub innej płci niż przypisana).

2. U chłopców (przypisana płeć) silna preferencja dla przebierania się lub naśladowania kobiecego stroju; lub u dziewcząt (przypisana płeć) silna preferencja dla noszenia wyłącznie typowo męskiej odzieży i silny opór przed noszeniem typowo kobiecej odzieży.

3. Silna preferencja dla ról płciowych w zabawach udawanych lub fantazyjnych.

4. Silna preferencja dla zabawek, gier lub zajęć stereotypowo używanych lub uprawianych przez osobę płci przeciwnej.

5. Silna preferencja dla kolegów i koleżanek z drugiej płci.

6. U chłopców (przypisana płeć) silne odrzucenie typowo męskich zabawek, gier i zajęć oraz silne unikanie gwałtownych zabaw; lub u dziewcząt (przypisana płeć) silne odrzucenie typowo kobiecych zabawek, gier i zajęć.

7. Silna niechęć do własnej anatomii płciowej.

8. Silne pragnienie posiadania pierwotnych i/lub wtórnych cech płciowych, które odpowiadają odczuwanej płci.

B. Stan ten wiąże się z klinicznie istotnym cierpieniem lub upośledzeniem funkcjonowania społecznego, szkolnego lub w innych ważnych obszarach życia.

Dysforia płciowa u nastolatków i dorosłych

A. Wyraźna niezgodność między płcią odczuwaną/wyrażaną a płcią przypisaną, trwająca co najmniej 6 miesięcy, przejawiająca się co najmniej dwoma z poniższych objawów:

1. Wyraźna niezgodność między płcią odczuwaną/wyrażaną a pierwotnymi i/lub wtórnymi cechami płciowymi (lub u młodych nastolatków – przewidywanymi cechami płciowymi).

2. Silne pragnienie pozbycia się pierwotnych i/lub wtórnych cech płciowych z powodu wyraźnej niezgodności z odczuwaną/wyrażaną płcią (lub u młodych nastolatków pragnienie zapobieżenia rozwojowi przewidywanych wtórnych cech płciowych).

3. Silne pragnienie posiadania pierwotnych i/lub wtórnych cech płciowych drugiej płci.

4. Silne pragnienie bycia osobą płci przeciwnej (lub innej płci alternatywnej, różnej od płci przypisanej).

5. Silne pragnienie bycia traktowanym jako osoba płci przeciwnej (lub innej płci alternatywnej, odmiennej od płci przypisanej).

6. Silne przekonanie, że ma się typowe uczucia i reakcje drugiej płci (lub innej płci alternatywnej, różnej od płci przypisanej).

B. Stan ten wiąże się z klinicznie istotnym cierpieniem lub upośledzeniem funkcjonowania społecznego, zawodowego lub w innych ważnych obszarach życia.

ICD-11 (2022)[4]

Niezgodność płciowa w okresie dojrzewania lub w wieku dorosłym

[4] Światowa Organizacja Zdrowia (2022b).

Niezgodność płciowa w okresie dorastania i w wieku dorosłym charakteryzuje się wyraźną i trwałą niezgodnością między płcią odczuwaną przez daną osobę a płcią przypisaną jej przy urodzeniu, co często prowadzi do chęci „zmiany płci” w celu życia i bycia akceptowanym jako osoba o płci odczuwanej poprzez leczenie hormonalne, zabiegi chirurgiczne lub inne usługi opieki zdrowotnej, aby dostosować ciało danej osoby, w takim stopniu, w jakim jest to pożądane i możliwe, do płci odczuwanej. Diagnozy nie można postawić przed rozpoczęciem okresu dojrzewania. Same zachowania i preferencje związane z odmiennością płciową nie stanowią podstawy do postawienia diagnozy.

Niezgodność płciowa w dzieciństwie

Niezgodność płciowa w dzieciństwie charakteryzuje się wyraźną niezgodnością między płcią doświadczaną/wyrażaną przez daną osobę a płcią przypisaną jej przed okresem dojrzewania. Obejmuje ona silne pragnienie bycia osobą innej płci niż przypisana płeć biologiczna; silną niechęć dziecka do swojej anatomii płciowej lub przewidywanych drugorzędnych cech płciowych i/lub silne pragnienie posiadania pierwotnych i/lub przewidywanych drugorzędnych cech płciowych, które odpowiadają płci doświadczanej; oraz zabawy w udawanie lub fantazjowanie, zabawki, gry lub zajęcia i towarzysze zabaw, które są typowe dla płci doświadczanej, a nie przypisanej płci biologicznej. Niezgodność musi utrzymywać się przez około 2 lata. Same zachowania i preferencje związane z odmiennością płciową nie stanowią podstawy do postawienia diagnozy.

Załącznik 3. Systematyczne przeglądy i medycyna oparta na dowodach

Wyobraźmy sobie salę sądową, w której o winie lub niewinności decyduje wyłącznie policja, opierając się na swoim bogatym doświadczeniu w prowadzeniu dochodzeń kryminalnych. Ktoś może zostać skazany za morderstwo na podstawie werdyktu tych ekspertów kryminalnych, którzy widzieli już wiele morderstw i mają zdecydowaną opinię na temat osób, które najczęściej je popełniają.

Taki sąd byłby lepszy niż nic. Policja ma odpowiednią wiedzę i doświadczenie i nie opiera się wyłącznie na domysłach. Jednak byłby on znacznie gorszy od prawdziwego sądu, gdzie zeznania policji stanowią jedynie część dowodów przedstawionych sędziemu i ławie przysięgłych: uwzględnia się również zakrwawiony nóż, odciski palców, rejestry połączeń telefonicznych, zeznania naocznych świadków itp. Ponadto każdy dowód jest krytycznie badany, rozważany i porównywany. Podejście to jest bardziej naukowe. Nie wszystkie dowody są jednakowe: zeznania naocznych świadków mogą być niewiarygodne, podczas gdy prawidłowo zebrane dowody DNA są wysokiej jakości. Niezależne dowody (DNA, rejestry połączeń telefonicznych) mogą wskazywać na ten sam wniosek, co sprawia, że werdykt jest bardziej pewny. Oczywiście proces ten nie jest idealny, ale stanowi ogromną poprawę w stosunku do polegania wyłącznie na opiniach funkcjonariuszy policji.

Medycyna była kiedyś bardziej podobna do pierwszej (hipotetycznej) sali sądowej niż do drugiej:

> Praktyka kliniczna była historycznie postrzegana jako „sztuka medyczna". Opinia ekspertów, doświadczenie i autorytatywna ocena stanowiły podstawę podejmowania decyzji. Stosowanie metodologii naukowej, jak w badaniach biomedycznych, oraz analizy statystycznej, jak w epidemiologii, było rzadkością w świecie medycyny. [1]

Począwszy od lat 70. XX wieku, medycyna oparta na dowodach naukowych (EBM) podjęła próbę przeniesienia medycyny z pierwszej sali sądowej do drugiej, w kierunku większej rygorystyczności empirycznej.

EBM „to sumienne, wyraźne i rozsądne wykorzystanie aktualnych najlepszych dowodów przy podejmowaniu decyzji dotyczących opieki nad poszczególnymi pacjentami".[2] Podstawową zasadą EBM jest to, że praktyka kliniczna i wytyczne dotyczące praktyki powinny opierać się na całości dowodów,

---

[1] Sur & Dahm (2011, s. 487).
[2] Sackett i in. (1996, s. 71).

ocenionych i zsyntetyzowanych w jasny i powtarzalny sposób na podstawie literatury medycznej. EBM kontrastuje z „medycyną opartą na autorytecie", w której lekarze podejmują decyzje kliniczne w oparciu o osobiste doświadczenie i wiedzę specjalistyczną, a same wytyczne dotyczące leczenia są tworzone w procesie humorystycznie opisanym jako „GOBSAT" („good old boys sitting around a table" – starzy dobrzy kumple siedzący przy stole).[3]

Należy podkreślić, że EBM nie twierdzi, że dowody dotyczące leczenia powinny być *jedynym* czynnikiem wpływającym na decyzje medyczne. Wręcz przeciwnie. Zgodnie z przewodnikiem American Medical Association (AMA) *User's Guides to Medical Literature: Essentials of Evidence-Based Clinical Practice*:

> Same dowody nigdy nie są wystarczające do podjęcia decyzji klinicznej. Osoby podejmujące decyzje muszą zawsze rozważać korzyści i ryzyko, obciążenia oraz koszty związane z alternatywnymi strategiami postępowania, a przy tym brać pod uwagę wyjątkową sytuację, wartości i preferencje swoich pacjentów. [4]

Dowody nie są również wystarczające do podejmowania decyzji dotyczących polityki zdrowotnej, chociaż decydenci mają inne priorytety niż lekarze. Głównym przedmiotem zainteresowania lekarza jest indywidualny pacjent i jego „unikalna sytuacja"; decydenci muszą ustalać ogólne zasady i standardy, mając na uwadze zdrowie publiczne. Mogą oni brać pod uwagę opłacalność leczenia, wartości i preferencje społeczne, możliwość powszechnego oferowania leczenia, sposób sprawiedliwego rozdzielania korzyści z leczenia itp.

EBM wykorzystuje „hierarchię dowodów", często przedstawianą jako piramida z kolorowymi warstwami, jak na rysunku A.1. Ponieważ warstwy reprezentują różne rodzaje badań, hierarchia ta jest bardziej hierarchią *metod badawczych* niż hierarchią dowodów. Piramidy przedstawionej na rysunku A.1 nie należy traktować zbyt poważnie: zaproponowano wiele piramid, różniących się liczbą warstw i rodzajami oznaczeń, nie wspominając już o kolorach. [5] W rzeczywistości AMA

---

[3] Lima, Tangamornsuksan i in. (2023, s. 1).

[4] Guyatt i in. (2015, s. 10, pominięto podkreślenie). „Obciążenie [leczeniem]" oznacza „niedogodności związane z dbałością o optymalne stosowanie leczenia, jego monitorowaniem, ograniczeniami w stylu życia, jakie się z tym wiążą, oraz możliwością interakcji z innymi metodami leczenia" (s. 426). „Wartości i preferencje" odnoszą się do „zbioru celów, oczekiwań, predyspozycji i przekonań, jakie jednostki mają w odniesieniu do pewnych decyzji i ich potencjalnych skutków. Uwzględnienie wartości i preferencji pacjenta w procesie podejmowania decyzji ma kluczowe znaczenie dla medycyny opartej na dowodach naukowych" (s. 490).

[5] Blunt (2022). Inną piramidę można znaleźć w pracy Cass (2024a, s. 55).

Podręcznik użytkownika literatury medycznej nie zawiera takiej ilustracji. [6] Jednak podstawowa teza tych piramid jest słuszna: niektóre sposoby gromadzenia dowodów dotyczących skutków leczenia są lepsze od innych. Systematyczne przeglądy (SR, wyjaśnione poniżej) i metaanalizy są lepsze niż randomizowane badania kontrolowane (RCT), które są lepsze niż badania kohortowe i opisy przypadków,([7]) a opinie ekspertów plasują się na ostatnim miejscu. Konsensus medyczny oparty na opiniach ekspertów lub doświadczeniu wielokrotnie okazywał się błędny po przeprowadzeniu rygorystycznych badań eksperymentalnych. (Zob. sekcja 1.2.2.)

EBM priorytetowo traktuje wyniki badań populacyjnych, takich jak RCT i obserwacyjne badania epidemiologiczne. Może to mieć swoje wady, prowadząc czasami do niedostatecznego uwzględnienia dowodów biochemicznych lub fizjologicznych pochodzących z badań laboratoryjnych, badań na zwierzętach lub badań in vitro.[8]

W ciągu ostatnich kilku dekad EBM zostało udoskonalone i ulepszone. Niniejszy dodatek zawiera krótkie wprowadzenie do SR, metodologii systematycznego identyfikowania, syntezy i oceny najlepszych dostępnych dowodów, oraz do Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluations (GRADE), metodologii oceny jakości dowodów i określania siły zaleceń.

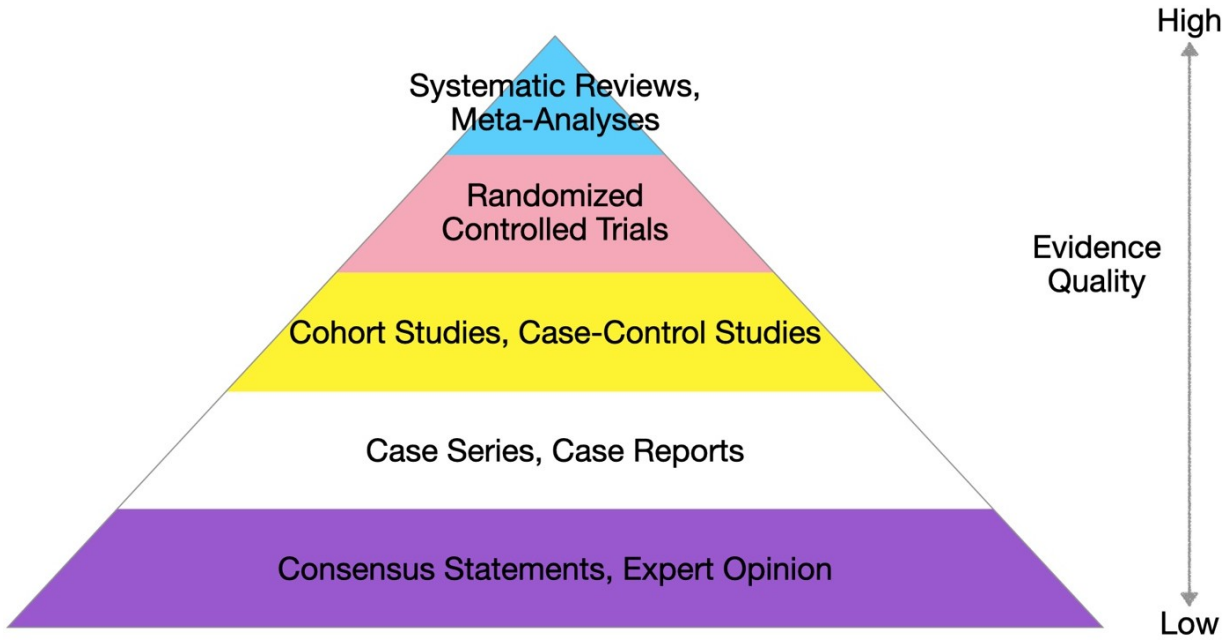
---

[6] Zob. Guyatt i in. (2015, s. 48, rys. 4-1), gdzie w niebieskim polu przedstawiono prostą trójpoziomową hierarchię dowodów.

[7] *Metaanaliza* łączy dane z odrębnych, podobnych badań i poddaje wyniki analizie statystycznej. Dwa badania mogą dotyczyć tego samego leczenia, ale w wystarczająco odmienny sposób, aby metaanaliza obu nie była możliwa. Przeglądy systematyczne mogą obejmować metaanalizy, ale nie jest to konieczne. W *randomizowanym badaniu kontrolowanym (*RCT) leczenie/brak leczenia przydziela się losowo grupie (*kohorcie)* pacjentów i obserwuje się ich przez pewien czas; grupa bez leczenia stanowi grupę *kontrolną*. Grupy kontrolne mogą otrzymywać inny rodzaj leczenia, *placebo (*nieaktywną tabletkę lub procedurę, która pozornie naśladuje leczenie) lub nie otrzymywać żadnego leczenia. W RCT *z podwójnie ślepą* próbą ani pacjenci, ani personel medyczny nie wiedzą, kto należy do grupy leczonej, a kto do grupy kontrolnej. *Badania kohortowe (*lub badania *podłużne*) obejmują grupy pacjentów w czasie, *prospektywnie (*dane gromadzone w trakcie badania) lub *retrospektywnie (*dane zostały już zebrane, np. w przeszłych dokumentacjach medycznych); nie ma randomizacji do leczenia/braku leczenia, jak w RCT. Badanie *kliniczno-kontrolne* rozpoczyna się od dwóch grup, tych, które cierpią na daną chorobę lub schorzenie (*przypadki)*, i tych, które nie cierpią (*kontrola)*, i bada je retrospektywnie. Dwa ostatnie rodzaje badań nazywane są *badaniami obserwacyjnymi,* aby odróżnić je od RCT. *Opis przypadku* opisuje leczenie i wynik leczenia pojedynczego pacjenta; *seria przypadków* to zbiór podobnych opisów przypadków.

[8] Clarke i in. (2014).

Rysunek A1.1 Przykładowa piramida EBM



1. Przeglądy systematyczne

Przeglądy systematyczne (SR) syntetyzują dowody pochodzące z wielu badań opublikowanych w literaturze medycznej i oceniają ich jakość przy użyciu standardowej i powtarzalnej metodologii. Ogólne etapy tego procesu przedstawiono poniżej:[9]

Pytania badawcze i kryteria kwalifikacyjne badania

Przeglądy systematyczne rozpoczynają się od zadania czterech pytań. Jaka jest badana populacja? Jaka jest interwencja lub leczenie? Jakie grupy są porównywane z grupą, która otrzymała leczenie? Jakie wyniki lub efekty są przedmiotem zainteresowania? Jest to model „PICO": populacja, interwencja, komparator, wynik. Kryteria kwalifikacji do badania są odpowiednio definiowane i dokumentowane.

Kompleksowe wyszukiwanie

Po zdefiniowaniu kryteriów kwalifikacyjnych badań, następnym krokiem jest ich zlokalizowanie. Prawidłowo przeprowadzone wyszukiwanie wymaga wiedzy specjalistycznej i obejmuje przeszukiwanie różnych

[9] Poniższe informacje są uproszczone; więcej szczegółów można znaleźć w publikacji Higgins et al. (2019).

bazy danych medycznych, na przykład Embase (opracowana przez wydawnictwo Elsevier) i Medline (opracowana przez amerykańską National Library of Medicine (NLM)). Wyszukiwanie mogło również obejmować rejestry badań klinicznych oraz tzw. literaturę szarą (materiały spoza publikacji naukowych, takie jak raporty i dokumenty rządowe).

Wybór badań

Następnie recenzenci przeglądają wyniki wyszukiwania, sprawdzając tytuł i streszczenie badania, a następnie jego pełny tekst, aby określić, czy badanie kwalifikuje się do uwzględnienia w przeglądzie systematycznym. Proces wyboru badań odbywa się zgodnie z wcześniej określonymi kryteriami kwalifikacyjnymi. Aby zminimalizować ryzyko stronniczości w procesie przeglądu, można zastosować niezależną podwójną weryfikację zarówno na etapie przeglądu tytułów i streszczeń, jak i na etapie przeglądu pełnych tekstów.

Ekstrakcja danych i obliczanie szacunkowego efektu

Recenzenci wyodrębniają wszystkie istotne dane z badań. Procedura jest znormalizowana, a z wszystkich badań wyodrębnia się ten sam rodzaj danych. Większość z nich znajduje się w sekcjach dotyczących metod i wyników badania (oraz w materiałach uzupełniających). W zależności od danych istnieją różne sposoby pomiaru efektu interwencji; wyodrębnione dane mogą wymagać konwersji do spójnego formatu, aby szacunki efektu leczenia zgłoszone w kwalifikujących się badaniach można było połączyć w zbiorczy szacunek efektu.

Ocena ryzyka błędu systematycznego

Błąd systematyczny to „systematyczny błąd lub odchylenie od prawdy w wynikach. Błędy systematyczne mogą prowadzić do niedoszacowania lub przeszacowania rzeczywistego efektu interwencji i mogą mieć różną wielkość: niektóre są niewielkie (i nieistotne w porównaniu z obserwowanym efektem), a inne są znaczne (tak że widoczne wyniki mogą wynikać wyłącznie z błędu systematycznego)”.[10] Dwóch lub więcej niezależnych recenzentów ocenia ryzyko błędu systematycznego w każdym badaniu, korzystając z odpowiednich narzędzi.
Jednym z głównych czynników branych pod uwagę przy wyborze narzędzia do oceny ryzyka błędu systematycznego jest rodzaj projektu badania. Na przykład wersja 2 narzędzia Cochrane Risk-of-Bias dla badań z randomizacją (RoB 2) jest zalecanym narzędziem do oceny ryzyka błędu systematycznego w badaniach z randomizacją uwzględnionych w

[10] Higgins et al. (2019, str. 177-178). Należy zauważyć, że termin „stronniczy” nie oznacza tutaj *uprzedzony*. Uczciwi i bezstronni badacze mogą przeprowadzić „stronnicze” badanie w rozumieniu niniejszego załącznika.

Cochrane Reviews, natomiast Risk Of Bias In Non-randomized Studies - of Interventions (ROBINS-I) jest zalecanym narzędziem do oceny ryzyka błędu systematycznego w badaniach nierandomizowanych.

Synteza i analiza danych

Jednym z kluczowych etapów przeglądów systematycznych jest synteza dowodów, co oznacza syntezę lub połączenie wyników różnych badań. Można przeprowadzić metaanalizę szacunków efektów, czyli strategię syntezy ilościowej, a także analizę wrażliwości (która bada, czy wyniki uległyby zmianie, gdyby przyjęto inne założenia statystyczne, gdyby wyniki zostały zdefiniowane nieco inaczej itp.). Jeśli metaanaliza nie jest możliwa, dostępne są inne sposoby syntezy wyników. Opis wyników poszczególnych badań nie jest dopuszczalny. ([11])

Ocena jakości dowodów

Jakość dowodów jest obecnie oceniana przy użyciu np. ram metodologicznych Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluations (GRADE) (wyjaśnionych w następnej sekcji).

Dyskusja i wnioski

Część dyskusyjna przeglądu systematycznego zawiera: „Podsumowanie głównych wyników (korzyści i szkody); potencjalne błędy systematyczne w procesie przeglądu; ogólną kompletność i przydatność dowodów; pewność dowodów; zgodności i rozbieżności z innymi badaniami lub przeglądami” ([12]). W części zawierającej wnioski rozważono implikacje dla praktyki klinicznej i badań naukowych.

Wysokiej jakości przeglądy systematyczne organizują informacje PICO, strategię wyszukiwania, metodologię i wyniki zgodnie z oświadczeniem Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses (PRISMA), co ułatwia kompletność, dokładność, przejrzystość,

[11] McKenzie & Brennan (2024).
[12] Higgins i in. (2019, s. 404, pominięto cudzysłowy i wielkie litery).

i powtarzalność.[13] Rejestracja protokołu przeglądu systematycznego w systemie takim jak PROSPERO zwiększa przejrzystość i wiarygodność przeglądu systematycznego.

2. GRADE

Grading of Recommendations Assessment, Development, and Evaluations (GRADE) to powszechnie stosowana struktura służąca do oceny jakości (lub „pewności") dowodów i siły zaleceń.[14] GRADE wykorzystuje cztery poziomy do klasyfikacji jakości:

> *Wys*oka: Jesteśmy bardzo pewni, że rzeczywisty efekt jest zbliżony do oszacowanego efektu.
>
> *Umiarkowana*: Jesteśmy umiarkowanie pewni szacowanego efektu: rzeczywisty efekt prawdopodobnie jest zbliżony do szacowanego efektu, ale istnieje możliwość, że różni się on znacznie.
>
> *Niska*: Nasza pewność co do oszacowanego efektu jest ograniczona: rzeczywisty efekt może znacznie różnić się od oszacowanego efektu.
>
> *Bardzo niskie*: Mamy bardzo małą pewność co do oszacowania efektu: rzeczywisty efekt prawdopodobnie znacznie różni się od oszacowanego efektu.[15]

Często pojawiają się niejasności dotyczące związku między systemem GRADE a narzędziami służącymi do oceny ryzyka błędu systematycznego w poszczególnych badaniach, takimi jak RoB 2 i ROBINS-I. Oceniając ryzyko błędu systematycznego, recenzenci oceniają poszczególne badania. Kiedy autorzy SR oceniają jakość lub pewność dowodów za pomocą GRADE, oceniają oni całość dowodów. Zadają pytanie: Jak duże zaufanie powinniśmy mieć do oszacowania efektu (np. oszacowania średniej śmiertelności, poziomu depresji, stopnia postępu choroby), biorąc pod uwagę dowody pochodzące ze wszystkich uwzględnionych badań? GRADE uwzględnia ryzyko błędu systematycznego w poszczególnych badaniach, które dały oszacowanie, ale jest to tylko jeden z pięciu czynników, które mogą obniżyć jakość dowodów. Pozostałe cztery to *niespójność (*stopień spójności wyników we wszystkich badaniach opisujących ten sam wynik);

---

[13] Page i in. (2021). Zob. również Santesso i in. (2020).

[14] Jednakże, ponieważ system GRADE „stał się coraz bardziej złożony, przez co zarówno nowi, jak i dotychczasowi użytkownicy mogą uznać go za nieporęczny", niedawno zaproponowano uproszczoną i nieznacznie zmienioną wersję „Core GRADE" (Guyatt et al., 2025).

[15] Balshem et al. (2011, tabela 2). Zob. również M. Prasad (2024, s. 2).

pośredniość (stopień przydatności dowodów w odniesieniu do danego PICO); *nieprecyzyjność* (czy próba jest zbyt mała lub przedziały ufności[16] otaczające oszacowania zbyt szerokie) oraz *stronniczość publikacji* (np. czy badania z negatywnymi wynikami nie zostały opublikowane).[17] Jakość dowodów można podwyższyć, jeśli występuje duża wielkość efektu, wyraźna zależność dawka-odpowiedź lub jeśli czynniki zakłócające mogłyby zmniejszyć obserwowany efekt, ale tego nie zrobiły.

GRADE nie tylko dostarcza wskazówek dotyczących oceny jakości dowodów, ale także wskazówek dotyczących zalecania metod leczenia. Kluczowymi czynnikami determinującymi siłę zaleceń są: równowaga między korzyściami a szkodliwością alternatywnych metod leczenia, pewność dowodów, wartości i preferencje oraz koszty i alokacja zasobów. Wartości i preferencje pacjentów są ważnym czynnikiem, zwłaszcza gdy pewność dowodów jest niska lub bardzo niska.

W systemie GRADE istnieje „wyraźne rozdzielenie procesu oceny jakości zbioru dowodów od procesu formułowania zaleceń opartych częściowo na tych ocenach. Chociaż dowody o wyższej jakości są bardziej prawdopodobne, że będą związane z silnymi zaleceniami niż dowody o niższej jakości, określony poziom jakości nie oznacza określonej siły zalecenia. Czasami dowody niskiej lub bardzo niskiej jakości mogą prowadzić do sformułowania silnego zalecenia” ([18]). Na przykład niedrogie, bezpieczne leczenie poparte dowodami niskiej jakości może prowadzić do sformułowania silnego zalecenia, jeśli potencjalne korzyści są duże i nie ma alternatywy. I odwrotnie, leczenie może być poparte dowodami wysokiej jakości, a mimo to nie być silnie zalecane, ponieważ ma skutki uboczne, których niektórzy pacjenci nie byliby skłonni zaakceptować.

Leczenie może być potencjalnie obiecujące, ale mieć szkodliwe skutki uboczne i jedynie słabe dowody na korzyści. W takich przypadkach można wydać zalecenie dotyczące „leczenia wyłącznie w ramach badań” pod następującymi warunkami:

---

[16] Przedział ufności to zakres wartości efektu, który służy do ilościowego określenia niepewności dotyczącej szacunków efektu.
[17] Higgins i in. (2019, tabela 2-1).
[18] Balshem i in. (2011, s. 402).

Nie ma wystarczających dowodów potwierdzających skuteczność interwencji, aby panel mógł zalecić jej stosowanie; dalsze badania mają duży potencjał w zakresie zmniejszenia niepewności co do skutków interwencji; dalsze badania uznaje się za opłacalne w stosunku do przewidywanych kosztów. [19]

3. Przeglądy przeglądów

Przeglądy przeglądów, czyli „przeglądy parasolowe", takie jak ten przeprowadzony w celu systematycznej oceny dowodów klinicznych dla niniejszego przeglądu, wykorzystują metodologię podobną do SR do oceny samych SR. Przeglądy wykorzystują jasne i systematyczne metody identyfikacji i analizy wielu przeglądów systematycznych, które dotyczą powiązanych zagadnień badawczych w ramach wspólnego obszaru tematycznego, w celu syntezy wyników w zakresie kluczowych rezultatów.[20] Podejście to jest szczególnie przydatne, gdy istnieje wiele przeglądów systematycznych dotyczących pokrywających się lub powiązanych zagadnień badawczych w ramach tego samego obszaru tematycznego lub gdy zainteresowane strony potrzebują syntezy na wysokim poziomie w celu podjęcia decyzji dotyczących klinicznych, politycznych lub zdrowia publicznego. Podobnie jak przeglądy systematyczne, przeglądy ogólne wykorzystują GRADE lub powiązane narzędzia oraz standardowe praktyki sprawozdawcze.

Proces przeglądu przebiega zgodnie z następującymi etapami:

1. Systematycznie wyszukuj wszystkie przeglądy systematyczne dotyczące odpowiednich zagadnień PICO.

2. Zidentyfikuj i uwzględnij kwalifikujące się przeglądy systematyczne.

3. Wyodrębnij informacje na temat szacowanych efektów leczenia i oceń ryzyko błędu systematycznego każdego przeglądu systematycznego za pomocą narzędzia takiego jak „Ryzyko błędu systematycznego w przeglądach systematycznych" (ROBIS).

4. Zbierz, przeanalizuj i przedstaw dane z uwzględnionych przeglądów systematycznych, w tym charakterystykę przeglądów systematycznych i uwzględnionych w nich badań pierwotnych; ryzyko błędu systematycznego uwzględnionych badań pierwotnych; dane dotyczące wyników; oraz pewność dowodów dla wcześniej zdefiniowanych, istotnych klinicznie wyników. W szczególności, dla każdego interesującego wyniku, recenzenci podsumowują informacje dotyczące szacunków dotyczących leczenia z przeglądów systematycznych.

[19] J. Andrews i in. (2013, s. 724).
[20] Pollock i in. (2024).

Aby ocenić pewność dowodów, recenzenci mogą zdecydować się na podsumowanie i przedstawienie oryginalnych ocen GRADE zgłoszonych przez przeglądy systematyczne w uwzględnionych przeglądach systematycznych.
Jednakże recenzenci mogą być zmuszeni do ponownej analizy danych dotyczących wyników z przeglądów systematycznych lub przeprowadzenia własnych ocen GRADE na podstawie informacji zawartych w przeglądach systematycznych, na przykład gdy przeglądy systematyczne nie zawierają oceny GRADE lub gdy istnieją rozbieżności między uwzględnionymi przeglądami systematycznymi.

Przeprowadzenie nowego przeglądu systematycznego jest preferowane w przypadku braku aktualnych przeglądów systematycznych lub gdy istniejące przeglądy systematyczne mają ograniczoną jakość; jednakże, jeśli literatura zawiera kilka aktualnych przeglądów systematycznych o wysokiej jakości, przegląd ogólny jest zatwierdzoną opcją.[21]

4. Inne rodzaje przeglądów

Nie każda publikacja medyczna zawierająca w tytule słowo „przegląd" jest przeglądem systematycznym lub przeglądem przeglądów systematycznych. Takie publikacje mogą być przydatne, ale nie są systematycznymi i powtarzalnymi syntezami dowodów. Inne rodzaje przeglądów obejmują:

Przeglądy narracyjne

Nazywany również *przeglądem literatury*, przegląd narracyjny to „artykuł przeglądowy (np. typowy rozdział książki), który nie jest sporządzany przy użyciu metod minimalizujących stronniczość (w przeciwieństwie do przeglądu systematycznego)".[22] Z tego powodu przeglądy narracyjne należy traktować z ostrożnością, chociaż mogą one być pomocne jako wprowadzenie do tematu badań.

Przeglądy zakresu

Celem przeglądu zakresu jest zbadanie dostępnych badań na określony temat. Przeglądy zakresu są systematyczne i powtarzalne, podobnie jak przeglądy systematyczne, ale zazwyczaj nie są tak rygorystyczne. Celem przeglądu zakresu jest zbadanie istniejących badań i zasugerowanie obszarów do przyszłych badań, a nie ocena dowodów dotyczących konkretnej interwencji.[23]

[21] Pollock i in. (2024).
[22] Guyatt i in. (2015, s. 461).
[23] Tricco i in. (2016).

Załącznik 4. Przegląd przeglądów systematycznych: metodologia, synteza dowodów, tabele

Niniejszy załącznik jest publikowany oddzielnie.

BIBLIOGRAFIA

100 sygnatariuszy. (5 maja 2023 r.). *List otwarty w sprawie: Archiwum Zachowań Seksualnych*. https://web.archive.org/web/20230630173254/https://asbopenletter.com

404 Nie znaleziono| WPATH. (b.d.). Pobrano 21 kwietnia 2025 r. z https://wpath.org/media/cms/Documents/Public%20Policies/2024/17.05.24%20R%20esponse%20Cass%20Review%20FINAL%20with%20ed%20note.pdf

Abbasi, K. (2024). Przegląd Cass: okazja do zjednoczenia się wokół opieki opartej na dowodach naukowych w medycynie płciowej. *BMJ*, q837.

Abbruzzese, E., Levine, S. B. i Mason, J. W. (2023). Mit „wiarygodnych badań" w pediatrycznej medycynie płciowej: krytyczna ocena badań holenderskich i późniejszych badań. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *49*(6), 673–699.

ABC News. (29 sierpnia 2011 r.). Dzieci transpłciowe są pionierami wczesnych zmian tożsamości i ciała. *ABC News*. https://abcnews.go.com/Health/transgender-kids-pioneer-early-identity-body/story?id=14404963

Achille, C., Taggart, T., Eaton, N. R., Osipoff, J., Tafuri, K., Lane, A. i Wilson, T. A. (2020). Długoterminowy wpływ interwencji endokrynologicznej potwierdzającej tożsamość płciową na zdrowie psychiczne i samopoczucie młodzieży transpłciowej: wstępne wyniki. *International Journal of Pediatric Endocrinology*, *2020*(1), 8.

ACLU. (1 kwietnia 2021 r.). *Lekarze są zgodni: opieka potwierdzająca tożsamość płciową ratuje życie*. ACLU. https://www.aclu.org/news/lgbtq-rights/doctors-agree-gender-affirming-care-is-life-saving-care

Actavis Pharma, Inc. (31 października 2018 r.). Etykieta: Zastrzyk z cypionianem testosteronu. *DailyMed*. https://dailymed.nlm.nih.gov/dailymed/drugInfo.cfm?setid=d7b57b68-dca6-4df2-b3f2-7017d7b69f17&msclkid=4ed2db18cd5411ecba911bd6e4bded62

Adhiyaman, V. i Ambalavanan, S. (10 maja 2021 r.). Leczenie zachowawcze: czy nadal stosujemy je tak, jak powinniśmy? *Opinia BMJ*. https://blogs.bmj.com/bmj/2021/05/10/conservative-management-are-we-still-practising-it-as-we-should/

Adkins, D. (13 maja 2016 r.). Carcaño przeciwko McCrory*,* nr 1:16-cv-00236.

Aetna. (2024). *Gender Affirming Surgery: Clinical Policy Bulletin*. https://web.archive.org/web/20250327185555/https://www.aetna.com/cpb/medical/data/600_699/0615.html

Afonso, J., Ramirez-Campillo, R., Clemente, F. M., Büttner, F. C. i Andrade, R. (2024). Niebezpieczeństwa związane z błędną interpretacją i niewłaściwym wykorzystaniem „stronniczości publikacji" w metaanalizach: przegląd edukacyjny metod opartych na wykresach lejkowych. *Sports Medicine*, *54*(2), 257–269.

AFP. (2025, 20 kwietnia). Brazylia zakazuje terapii hormonalnej dla nieletnich osób transpłciowych. *MSN News*. https://www.msn.com/en-in/news/other/brazil-prohibits-hormone-therapy-for-transgender-minors/ar-AA1D66l7

Agarwal, A., Hunt, B. J., Stegemann, M., Rochwerg, B., Lamontagne, F., Siemieniuk, R. A., Agoritsas, T., Askie, L., Lytvyn, L., Leo, Y.-S., Macdonald, H., Zeng, L., Alhadyan, A., Muna, A.-M., Amin, W., Da Silva, A. R. A., Aryal, D., Barragan, F. A. J., Bausch, F. J., … Vandvik, P. O. (2020). Aktualne wytyczne WHO dotyczące leków stosowanych w leczeniu COVID-19. *BMJ*, m3379.

Akobeng, A. K. (2005). Zasady medycyny opartej na dowodach naukowych. *Archives of Disease in Childhood*, *90*(8), 837–840.

Alder, S. (2024, 14 listopada). Szpital dziecięcy w Bostonie zobowiązany do zapłaty 1,9 mln dolarów w sprawie o dyskryminację. *HIPAA Journal*. https://www.hipaajournal.com/boston-childrens-hospital-1-9-million-discrimination-lawsuit/

Alder, S. (27 stycznia 2025 r.). Departament Sprawiedliwości wycofuje zarzuty wobec chirurga, który ujawnił kontynuację opieki nad osobami transpłciowymi w Texas Children's. *HIPAA Journal*. https://www.cbsnews.com/texas/news/justice-department-drops-case-texas-doctor-leaked-transgender-care-data

Alfonseca, K. i Geho, L. (9 lutego 2024 r.). Błędne przekonania dotyczące opieki nad młodzieżą transpłciową skłaniają lekarzy i badaczy do wyjaśnienia sprawy. ABC News. https://abcnews.go.com/Politics/researchers-dive-common-gender-affirming-care-youth-misconceptions/story?id=107041920

Allen, L. R., Watson, L. B., Egan, A. M. i Moser, C. N. (2019). Dobrostan i skłonności samobójcze wśród młodzieży transpłciowej po zastosowaniu hormonów potwierdzających płeć. *Praktyka kliniczna w psychologii dziecięcej*, *7*(3), 302–311.

Amerykańska Akademia Psychiatrii Dziecięcej i Młodzieżowej, Amerykańska Akademia Pediatrii i Stowarzyszenie Szpitali Dziecięcych. *(*październik 2021 r.). *Deklaracja Amerykańskiej Akademii Psychiatrii Dziecięcej i Młodzieżowej, Amerykańskiej Akademii Pediatrii oraz Stowarzyszenia Szpitali Dziecięcych.* AACAP.Org. https://www.aacap.org/App_Themes/AACAP/Docs/press/Declaration_National_C risis_Oct-2021.pdf

Amerykańska Fundacja Rady Medycyny Wewnętrznej. (2002). *Profesjonalizm medyczny w nowym tysiącleciu: Karta lekarza*. https://www.abimfoundation.org/what-we-do/physician-charter

Amerykańska Rada Pediatrii. (29 maja 2024 r.). *Certyfikacja medycyny młodzieżowej*. https://www.abp.org/content/adolescent-medicine-certification

Amerykańskie Stowarzyszenie Medyczne. (2016). *Kodeks etyki medycznej: Prawa pacjenta (Opinia 1.1.3)*. Amerykańskie Stowarzyszenie Medyczne. https://code-medical-ethics.ama-assn.org/ethics-opinions/patient-rights

Amerykańskie Stowarzyszenie Medyczne. (2021). *Promowanie równości w zakresie zdrowia: przewodnik po języku, narracji i pojęciach*. Amerykańskie Stowarzyszenie Medyczne.

Amerykańskie Stowarzyszenie Medyczne. (2022). *Rzecznictwo na rzecz społeczności LGBTQ*. https://www.ama-assn.org/delivering-care/population-care/advocating-lgbtq-community

Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne. (1952). *Podręcznik diagnostyczny i statystyczny zaburzeń psychicznych* (wydanie pierwsze). Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne.

Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne. (1968). *Podręcznik diagnostyczny i statystyczny zaburzeń psychicznych* (wydanie drugie). Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne.

Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne. (1980). *Podręcznik diagnostyczny i statystyczny zaburzeń psychicznych* (wydanie trzecie). Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne.

Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne. (1994). *Podręcznik diagnostyczny i statystyczny zaburzeń psychicznych* (wydanie czwarte). Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne.

Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne. (2013). *Podręcznik diagnostyczny i statystyczny zaburzeń psychicznych* (wydanie piąte). Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne.

Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne. (2022). *Podręcznik diagnostyczny i statystyczny zaburzeń psychicznych — poprawiona wersja tekstu* (wydanie piąte). Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne.

Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne. (18 lipca 2023 r.). List do Kongresu od 63 organizacji w sprawie opieki potwierdzającej tożsamość płciową. https://www.psychiatry.org/getattachment/2dbcc56f-7a59-4a81-9b3f-c2c8c4cffc48/APA-Group-Letter-Congressional-Leadership-Gender-Affirming-Care-07182023.pdf

Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne. (9 marca 2023 r.). *Odpowiedzi na pytania dotyczące osób transpłciowych, tożsamości płciowej i ekspresji płciowej*. https://www.apa.org/topics/lgbtq/transgender.pdf

Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne. (luty 2024a). *Płeć*. Styl APA. https://apastyle.apa.org/style-grammar-guidelines/bias-free-language/gender

Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne. (2024b). *Oświadczenie APA dotyczące potwierdzonej naukowo opieki integracyjnej dla osób transpłciowych, o różnej tożsamości płciowej i niebinarnej, zwalczania dezinformacji oraz roli praktyki psychologicznej i nauki*. https://www.apa.org/about/policy/transgender-nonbinary-inclusive-care.pdf

Amerykańskie Towarzystwo Chirurgów Plastycznych. (14 sierpnia 2024 r.). Oświadczenie ASPS dla prasy dotyczące operacji zmiany płci u nastolatków. https://www.plasticsurgery.org/for-medical-professionals/publications/psn-extra/news/asps-statement-to-press-regarding-gender-surgery-for-adolescents

Andrews, J. C., Schünemann, H. J., Oxman, A. D., Pottie, K., Meerpohl, J. J., Coello, P. A., Rind, D., Montori, V. M., Brito, J. P., Norris, S., Elbarbary, M., Post, P., Nasser, M., Shukla, V., Jaeschke, R., Brozek, J., Djulbegovic, B. i Guyatt, G. H. (2013). Wytyczne GRADE: 15. Od dowodów do zaleceń — czynniki determinujące kierunek i siłę zaleceń. *Journal of Clinical Epidemiology, 66(7*), 726–735.

Andrews, J., Guyatt, G. H., Oxman, A. D., Alderson, P., Dahm, P., Falck-Ytter, Y., Nasser, M., Meerpohl, J., Post, P. N., Kunz, R., Brozek, J., Vist, G., Rind, D., Akl, E. A. i Schünemann, H. J. (2013). Wytyczne GRADE: 14. Przejście od dowodów do zaleceń: znaczenie i prezentacja zaleceń. *Journal of Clinical Epidemiology*, *66*(7), 719–725.

Anthem. (2023). *Wytyczne kliniczne UM: Operacja potwierdzająca płeć*. https://bit.ly/4iwhUpl

Antommaria, A. H. M. (2024). Podejmowanie decyzji w przypadku nastolatków z dysforią płciową. *Perspectives in Biology and Medicine*, *67*(2), 244–260.

Appleby, L. (2024). *Przegląd samobójstw i dysforii płciowej w Tavistock and Portman NHS Foundation Trust: raport niezależny*. Departament Zdrowia i Opieki Społecznej. https://www.gov.uk/government/publications/review-of-suicides-and-gender-dysphoria-at-the-tavistock-and-portman-nhs-foundation-trust/review-of-suicides-and-gender-dysphoria-at-the-tavistock-and-portman-nhs-foundation-trust-independent-report

Archer, J. (2019). Rzeczywistość i znaczenie ewolucyjne różnic psychologicznych między płciami ludzkimi. *Biological Reviews of the Cambridge Philosophical Society*, *94*(4), 1381–1415.

Archiwum chorób dziecięcych. (9 kwietnia 2024 r.). Seria usług dotyczących tożsamości płciowej. *Czasopisma BMJ*. https://adc.bmj.com/pages/gender-identity-service-series

Arnoldussen, M., Hooijman, E. C., Kreukels, B. P. i de Vries, A. L. (2022). Związek między IQ przed leczeniem a osiągnięciami edukacyjnymi po leczeniu potwierdzającym płeć, w tym hamowaniu dojrzewania u nastolatków transpłciowych. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *27*(4), 1069–1076.

Arsenych, A. (11 kwietnia 2024 r.). Mieszkaniec Ontario wygrywa batalię prawną o publiczne finansowanie operacji potwierdzającej płeć, uznanej za „eksperymentalną". *CTV News*.

Ascha, M., Sasson, D. C., Sood, R., Cornelius, J. W., Schauer, J. M., Runge, A., Muldoon, A. L., Gangopadhyay, N., Simons, L., Chen, D., Corcoran, J. F. i Jordan, S. W. (2022). Operacja piersi i dysforia piersiowa wśród transseksualnych i niebinarnych nastolatków i młodych dorosłych. *JAMA Pediatrics, 76(*11), 1115–1122.

Ashley, F. (2019). Ograniczanie dostępu do hormonalnej terapii zastępczej dla pacjentów transpłciowych jest dehumanizujące. *Journal of Medical Ethics*, *45*(7), 480–482.

Ashley, F. (2022a). Przemiana medyczna nastolatków jest etyczna: analogia do zdrowia reprodukcyjnego. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, *32*(2), 127–171.

Ashley, F. (2022b). *Zakaz praktyk konwersji transpłciowej: analiza prawna i polityczna*. UBC Press.

Ashley, F. (2023). Analiza terapii eksploracyjnej płci. *Perspectives on Psychological Science*, *18*(2), 472–481.

Ashley, F. i Ells, C. (2018). Za pokryciem kosztów ważnych z etycznego punktu widzenia operacji kosmetycznych: operacja feminizacji twarzy dla osób transpłciowych. *American Journal of Bioethics*, *18*(12), 23–25.

Ashley, F., Parsa, N., Kus, T., Leveille, L., Schevers, K. i Rider, G. N. (2025). Ograniczanie dostępu do opieki potwierdzającej tożsamość płciową jest szkodliwe dla osób detrans. *International Journal of Transgender Health*, 1–18.

Ashley, F., Parsa, N., Kus, T. i MacKinnon, K. R. (2023). Czy ocena płci zapobiega żałobie w opiece zdrowotnej nad osobami transpłciowymi? Przegląd narracyjny. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*.

Ashley, F., Tordoff, D. M., Olson-Kennedy, J. i Restar, A. J. (2024). Randomizowane badania kontrolowane są metodologicznie nieodpowiednie w opiece zdrowotnej nad nastoletnimi osobami transpłciowymi. *International Journal of Transgender Health*, *25*(3), 407-418.

Asseler, J. D., de Nie, I., Van Rooij, F. B., Steensma, T. D., Mosterd, D., Verhoeven, M. O., Goddijn, M., Huirne, J. A. F. i van Mello, N. M. (2024). Poglądy osób transpłciowych na temat wcześniejszych decyzji dotyczących płodności i obecnej bezpłodności: badanie jakościowe. *Human Reproduction, 39(*9), 2032–2042.

Austin, A., Craig, S. L. i D'Souza, S. A. (2018). AFFIRMative cognitive behavioral Intervention for transgender youth: Preliminary effectiveness [Interwencja poznawczo-behawioralna AFFIRM dla młodzieży transpłciowej: wstępna skuteczność]. *Professional Psychology, Research and Practice*, *49*(1), 1–8.

Australian Associated Press. (28 stycznia 2025 r.). Queensland wstrzymuje przepisywanie blokerów dojrzewania i hormonów dzieciom z dysforią płciową. *The Guardian.* https://www.theguardian.com/australia-news/2025/jan/28/queensland-halts-prescription-of-puberty-blockers-and-hormones-for-children-with-gender-dysphoria

Australijska Narodowa Rada ds. Zdrowia i Badań Medycznych. (2025). *Krajowe wytyczne dotyczące praktyki klinicznej w opiece nad osobami transpłciowymi i o różnej tożsamości płciowej poniżej 18 roku życia z dysforią płciową*. https://www.nhmrc.gov.au/health-advice/guidelines-care-trans-and-gender-diverse-people

Bachmann, C. J., Golub, Y., Holstiege, J. i Hoffmann, F. (2024). Zaburzenia tożsamości płciowej wśród młodych ludzi w Niemczech: częstość występowania i trendy w latach 2013–2022. Analiza ogólnokrajowych danych dotyczących rutynowych ubezpieczeń. *Deutsches Ärzteblatt International*. https://www.aerzteblatt.de/10.3238/arztebl.m2024.0098

Bailey, J. M. (2020). Model stresu mniejszościowego zasługuje na ponowne rozważenie, a nie tylko rozszerzenie. *Archives of Sexual Behavior*, *49*(7), 2265-2268.

Bailey, J. M. i Blanchard, R. (2017). Dysforia płciowa nie jest jedną rzeczą. *4thWaveNow*. https://4thwavenow.com/2017/12/07/gender-dysphoria-is-not-one-thing/

Bailey, J. M. i Diaz, S. (2023). Dysforia płciowa o szybkim początku: raporty rodziców dotyczące 1655 potencjalnych przypadków. *Journal of Open Inquiry in Behavioral Science.* https:/doi.org/10.58408/issn.2992-9253.2023.01.01.00000012

Bailey, J. M. i Zucker, K. J. (1995). Zachowania typowe dla danej płci w dzieciństwie a orientacja seksualna: analiza koncepcyjna i przegląd ilościowy. *Developmental Psychology*, *31*(1), 43–55.

Baker, K. E., Wilson, L. M., Sharma, R., Dukhanin, V., McArthur, K. i Robinson, K. A. (2021). Hormonalna terapia zastępcza, zdrowie psychiczne i jakość życia osób transpłciowych: przegląd systematyczny. *Journal of the Endocrine Society*, *5*(4), 1–16.

Baker, K. i Restar, A. (2022). Wykorzystanie i koszty opieki potwierdzającej tożsamość płciową w populacji osób transpłciowych objętych komercyjnym ubezpieczeniem. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, *50*(3), 456–470.

Bakker, A. (2021). *Podejście holenderskie: pięćdziesiąt lat opieki zdrowotnej nad osobami transpłciowymi w Klinice Płciowej Uniwersytetu VU w Amsterdamie*. Boom.

Bakker, J. (2024). Cechy neurobiologiczne związane z tożsamością płciową: Wyniki badań neuroobrazowych przeprowadzonych w Amsterdamie na grupie dzieci i młodzieży doświadczających niezgodności płciowej. *Hormones and Behavior*, *34*, 105601.

Baldinger-Melich, P., Urquijo Castro, M. F., Seiger, R., Ruef, A., Dwyer, D. B., Kranz, G. S., Klöbl, M., Kambeitz, J., Kaufmann, U. i Windischberger, C. (2020). Płeć ma znaczenie: wielowymiarowa analiza wzorców różnic neuroanatomicznych związanych z płcią biologiczną i płcią społeczną u osób cis- i transpłciowych z wykorzystaniem strukturalnego rezonansu magnetycznego. *Kora mózgowa, 30(*3), 1345–1356.

Balshem, H., Helfand, M., Schünemann, H. J., Oxman, A. D., Kunz, R., Brozek, J., Vist, G. E., Falck-Ytter, Y., Meerpohl, J. i Norris, S. (2011). Wytyczne GRADE: 3. Ocena jakości dowodów. *Journal of Clinical Epidemiology*, *64*(4), 401–406.

Bannerman, L. (26 lipca 2019 r.). Leki blokujące dojrzewanie: „Od czterech lat utknąłem w dzieciństwie”. *The Times.* https://www.thetimes.com/uk/healthcare/article/transgender-children-puberty-blocking-drugs-for-the-past-four-years-i-ve-been-stuck-as-a-child-5s6tkh7z2

Barnes, H. (2023). *Czas na przemyślenia: kulisy upadku służby ds. płci dla dzieci w Tavistock*. Swift.

Baron, T. i Dierckxsens, G. (2022). Dwa dylematy etyki medycznej w leczeniu dysforii płciowej u młodzieży. *Journal of Medical Ethics*, *48*(9), 603-607.

Bartick, M., Dahlen, H., Gamble, J., Walker, S., Mathisen, R. i Gribble, K. (2025). Ponowne rozważenie „języka inkluzywnego": Konsekwencje dla opieki zdrowotnej i sprawiedliwości rosnącego ruchu językowego mającego na celu zajęcie się tożsamością płciową wraz z wytyczeniem dalszej drogi. *Opieka zdrowotna w zakresie seksualności i reprodukcji*, *44*, 101088.

Baxendale, S. (2024). Wpływ hamowania dojrzewania na funkcje neuropsychologiczne: przegląd. *Acta Paediatrica*, *113*(6), 1156-1167 .

Bazelon, E. (2022a, 15 czerwca). Walka o terapię płciową. *New York Times*. https://www.nytimes.com/2022/06/15/magazine/gender-therapy.html

Bazelon, E. (2022b, 15 czerwca). Granica medycyny. *New York Times*. https://www.nytimes.com/2022/06/15/briefing/transgender-care-experts-divide.html

Beauchamp, T. L. i Childress, J. F. (2019). *Zasady etyki biomedycznej* (wydanie 8.). Oxford University Press.

Becerra-Culqui, T. A., Liu, Y., Nash, R., Cromwell, L., Flanders, W. D., Getahun, D., Giammattei, S. V., Hunkeler, E. M., Lash, T. L., Millman, A., Quinn, V. P., Robinson, B., Roblin, D., Sandberg, D. E., Silverberg, M. J., Tangpricha, V. i Goodman, M. (2018). Zdrowie psychiczne młodzieży transpłciowej i nieprzystającej do norm płciowych w porównaniu z ich rówieśnikami. *Pediatrics, 141(*5), e20173845.

Becker-Hebly, I., Fahrenkrug, S., Campion, F., Richter-Appelt, H., Schulte-Markwort, M. i Barkmann, C. (2021). Zdrowie psychospołeczne nastolatków i młodych dorosłych z dysforią płciową przed i po interwencjach medycznych potwierdzających płeć: badanie opisowe przeprowadzone przez Hamburg Gender Identity Service. *European Child & Adolescent Psychiatry, 30(*11), 1755–1767.

Benjamin, H. (1966). *Zjawisko transseksualizmu*. Julian Press.

Benjamin, H. (1967a). Wprowadzenie. W: C. Jorgensen, *Christine Jorgensen: A Personal Autobiography*. Paul S. Eriksson.

Benjamin, H. (1967b). Transwestytyzm i transseksualizm u mężczyzn i kobiet. *Journal of Sex Research*, *3*(2), 107–127.

Bentler, S. E., Liu, L., Obrizan, M., Cook, E. A., Wright, K. B., Geweke, J. F., Chrischilles, E. A., Pavlik, C. E., Wallace, R. B., Ohsfeldt, R. L., Jones, M. P., Rosenthal, G. E. i Wolinsky, F. D. (2009). Konsekwencje złamania biodra: miejsce wypisu ze szpitala, zmiana stanu funkcjonalnego i śmiertelność. *American Journal of Epidemiology, 170(*10), 1290–1299.

Bester, J. C. (2024). Osoby niepełnoletnie nie mają autonomii niezbędnej do wyrażenia zgody na leczenie potwierdzające tożsamość płciową: Najważniejsze jest dobro dziecka. *Hastings Center Report*, *54*(3), 57–58.

Bhargava, A., Arnold, A. P., Bangasser, D. A., Denton, K. M., Gupta, A., Hilliard Krause, L. M., Mayer, E. A., McCarthy, M., Miller, W. L., Raznahan, A. i Verma, R. (2021). Traktowanie płci jako zmiennej biologicznej w badaniach podstawowych i klinicznych: oświadczenie naukowe Towarzystwa Endokrynologicznego. *Endocrine Reviews*, *42*(3), 219-258 .

Biggs, M. (2020). Blokery dojrzałości płciowej a skłonności samobójcze u nastolatków cierpiących na dysforię płciową. *Archives of Sexual Behavior*, *49*(7), 2227–2229.

Biggs, M. (2021). Ponowne zbadanie wpływu leczenia analogami GnRH na gęstość mineralną kości u młodych nastolatków z dysforią płciową. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*, *34(7): 937–939,*

Biggs, M. (2022). Samobójstwa wśród nastolatków transpłciowych skierowanych do kliniki w Wielkiej Brytanii. *Archives of Sexual Behavior*, *51*, 685–690.

Biggs, M. (2023a). Funkcjonowanie psychospołeczne młodzieży transpłciowej po terapii hormonalnej [list do redakcji]. *New England Journal of Medicine*, *389*(16), 1536–1537.

Biggs, M. (2023b). Holenderski protokół dla nieletnich transseksualistów: pochodzenie i dowody. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *49*(4), 348–368.

Blacklock, C. A., Tollit, M. A., Pace, C. C., Elphinstone, B., Zwickl, S., Cheung, A. S., Citron, K., Marsan, S., Zucker, N., Buzwell, S. i Pang, K. C. (2025). Skala euforii płciowej (GES): Opracowanie narzędzia do pomiaru euforii płciowej.
International Journal of Transgender Health, 1–12.
https://doi.org/10.1080/26895269.2024.2447768

Blanchard, R. (1989). Klasyfikacja i nazewnictwo dysforii płciowej u osób niehomoseksualnych. *Archiwum Zachowań Seksualnych*, *18*(4), 315–334.

Block, J. (2023a). Dysforia płciowa u młodych ludzi rośnie – podobnie jak różnice zdań wśród specjalistów. *BMJ*, *380*, 382.

Block, J. (2023b). Wytyczne Norwegii dotyczące leczenia zaburzeń tożsamości płciowej u dzieci są niebezpieczne, wynika z przeglądu. *BMJ*, str. 697.

Block, J. (2023c). Amerykańscy liderzy pediatrii popierają podejście potwierdzające płeć, jednocześnie nakazując przegląd dowodów. *BMJ*, str. 1877.

Block, J. (2023d, 11 lipca). Medycyna płciowa dla młodzieży stała się salą luster. *Boston Globe*. https://www.bostonglobe.com/2023/11/07/opinion/gender-affirming-care-trans-kids/

Block, J. (2024a). Spór dotyczący udziału Światowego Stowarzyszenia Profesjonalistów ds. Zdrowia Osób Transpłciowych w opracowaniu wytycznych WHO dotyczących zdrowia osób transpłciowych. *BMJ*, q2227.

Block, J. (2024b). Medycyna płciowa w Stanach Zjednoczonych: dlaczego przegląd Cass nie przyniósł oczekiwanych rezultatów. *BMJ*, *385*, q1141.

Block, J. (2024c, 16 kwietnia). WPATH twierdzi, że raport Cass opiera się na fałszywych przesłankach; *wpis na X/Twitterze*. https://x.com/writingblock/status/1780333432234823803

Block, J. (2024d, 24 lipca). Jak Planned Parenthood stało się jednym z największych dostawców testosteronu w kraju? *The Free Press*. https://www.thefp.com/p/how-did-planned-parenthood-become

Blunt, C. J. (2022, 12 lipca). Schemat piramidy: pochodzenie i wpływ piramid dowodowych. http://cjblunt.com/the-pyramid-schema/

Bluth, K., Lathren, C., Clepper-Faith, M., Larson, L. M., Ogunbamowo, D. O. i Pflum, S. (2023). Poprawa zdrowia psychicznego wśród nastolatków transpłciowych: wdrażanie świadomej samo-współczucia dla nastolatków. *Journal of Adolescent Research*, *38*(2), 271–302.

BMJ. (1996). Kodeks norymberski (1947). *BMJ, 313*, 1448.

Boe przeciwko Marshall, nr 2:22-Cv-00184.

Boerner, H. (1 sierpnia 2022 r.). Co naprawdę pokazują badania naukowe dotyczące opieki potwierdzającej tożsamość płciową dzieci transpłciowych. *Scientific American*. https://www.scientificamerican.com/article/what-the-science-on-gender-affirming-care-for-transgender-kids-really-shows/

Boogers, L. S., Reijtenbagh, S. J. P., Wiepjes, C. M., Van Trotsenburg, A. S. P., Den Heijer, M. i Hannema, S. E. (2024). Przebieg zmian składu ciała u nastolatków transpłciowych podczas hamowania dojrzewania i leczenia hormonami płciowymi. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 109(*8), e1593–e1601.

Boogers, L. S., Van Der Loos, M. A. T. C., Wiepjes, C. M., Van Trotsenburg, A. S. P., Den Heijer, M. i Hannema, S. E. (2023). Zależny od dawki wpływ estrogenu na gęstość mineralną kości u transseksualnych dziewcząt. *European Journal of Endocrinology, 189(*2), 290-296 .

Borah L., Zebib L., Sanders H.M., Lane M., Stroumsa D., Chung K.C. (2023). Ograniczenia państwowe i dostęp geograficzny do opieki potwierdzającej tożsamość płciową dla młodzieży transpłciowej. *JAMA, 330*(4), 375–378.

Boskey, E. R., Scheffey, K. L., Pilcher, S., Barerra, E. P., McGregor, K., Carswell, J. M., Kant, J. D. i Kremen, J. (2025). Retrospektywne badanie kohortowe dotyczące zaprzestania stosowania hormonów potwierdzających płeć przez nastolatków transpłciowych. *Journal of Adolescent Health,* S1054139X24005548.

Boyd, I., Hackett, T. i Bewley, S. (2022). Opieka nad pacjentami transpłciowymi: podejście do poprawy jakości praktyki ogólnej. *Healthcare*, *10*(1), 121.

Breehl, L. i Caban, O. (2025). Fizjologia, dojrzewanie płciowe. W: *StatPearls*. StatPearls Publishing. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK534827/

Brennan, J. M., Sinha, S., Boot-Haury, J. i Joseph, K. M. (2025). Dochodzenie do sedna sprawy: Porównawcze ryzyko medyczne i psychologiczne związane z gonadektomią u osób z i bez przedoperacyjnej oceny psychologicznej. *International Journal of Transgender Health*, 1–18. https://doi.org/10.1080/26895269.2025.2454288

Brett, A. S. i McCullough, L. B. (2012). Odpowiadanie na prośby pacjentów o niekorzystne interwencje. *JAMA*, *307*(2), 149.

Brezin, F., Busiah, K., Leroy, C., Fiot, E., Bensignor, C., Amouroux, C., Caquard, M., Cartault, A., Castets, S., Delcour, C., Devernay, M., Feigerlova, E., Hoarau, M., Lebon-Labich, B., Lambert, A.-S., Rouleau, S., Trouvin, M.-A., Vautier, V. i Martinerie, L. (2024). Leczenie endokrynologiczne nastolatków transpłciowych: konsensus ekspertów francuskiego stowarzyszenia endokrynologii i diabetologii dziecięcej. *Archives de Pédiatrie.* https://doi.org/10.1016/j.arcped.2024.08.003

Brierley, J., Larcher, V., Hadjipanayis, A. A. i Grossman, Z. (2024). Oświadczenie Europejskiej Akademii Pediatrii w sprawie postępowania klinicznego z dziećmi i nastolatkami z dysforią płciową. *Frontiers in Pediatrics*, *12*, 1298884.

Brignardello-Petersen, R., Carrasco-Labra, A. i Guyatt, G. H. (2021). Jak interpretować i stosować wytyczne lub zalecenia dotyczące praktyki klinicznej: przewodniki dla użytkowników literatury medycznej. *JAMA*, *326*(15), 1516–1523.

Brik, T., Vrouenraets, L. J. J. J., de Vries, M. C. i Hannema, S. E. (2020). Trajektorie nastolatków leczonych analogami hormonu uwalniającego gonadotropinę z powodu dysforii płciowej. *Archives of Sexual Behavior*, *49*(7), 2611–2618.

Brossard, B. (2019). Dlaczego zaburzenia psychiczne rozwijają się i zanikają: rozszerzenie teorii nisz ekologicznych. *Social Science & Medicine*, *237*, 112445.

Brouwers, M. C., Kho, M. E., Browman, G. P., Burgers, J. S., Cluzeau, F., Feder, G., Fervers, B., Graham, I. D., Grimshaw, J., Hanna, S. E., Littlejohns, P., Makarski, J., Zitzelsberger, L. oraz konsorcjum AGREE Next Steps. (2010). AGREE II: Postępy w opracowywaniu wytycznych, sprawozdawczości i ocenie w opiece zdrowotnej. *Canadian Medical Association Journal*, *182*(18), E839–E842.

Uniwersytet Browna. (19 marca 2019 r.). *Aktualizacja: Oświadczenia Uniwersytetu Browna dotyczące badań nad dysforią płciową*. https://www.brown.edu/news/2019-03-19/gender

Broyles, V. i Trakas, E. (b.d.). *Do natychmiastowej publikacji.* Kampania na rzecz praw dzieci i rodziców.

Brubaker, R. (2025). Tożsamość płciowa: kariera kategorii. *Theory and Social Inquiry*, w przygotowaniu.

Brunskell-Evans, H. i Moore, M. (red.). (2018). *Dzieci i młodzież transpłciowa: urodzeni we własnym ciele*. Cambridge Scholars Publishing.

Bullough, B., Bullough, V. L. i Elias, J. (red.). (1997). *Mieszanie płci*. Prometheus.

Bungener, Sara. L., de Vries, A. L. C., Popma, A. i Steensma, T. D. (2020). Doświadczenia seksualne młodych osób transpłciowych podczas i po terapii potwierdzającej tożsamość płciową. *Pediatria*, *146*(6), e20191411.

Bustos, V. P., Bustos, S. S., Mascaro, A., Del Corral, G., Forte, A. J., Ciudad, P., Kim, E. A., Langstein, H. N. i Manrique, O. J. (2021). Żal po operacji zmiany płci: przegląd systematyczny i metaanaliza częstości występowania. *Chirurgia plastyczna i rekonstrukcyjna – Global Open,* 9*(*3), e3477.

Butler, C. i Hutchinson, A. (2020). Debata: Pilna potrzeba badań i usług dla osób rezygnujących z zmiany płci/powracających do poprzedniej płci. *Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży*, *25*(1), 45–47.

Byrne, A. (2023a). Więcej na temat „tożsamości płciowej”. *Archiwum zachowań seksualnych*, *52*(7), 2719–2721.

Byrne, A. (2023b). Pochodzenie „tożsamości płciowej”. *Archiwum zachowań seksualnych*, *52*(7), 2709–2711.

Byrne, A. (2024a). Kolejny mit o wytrwałości? *Archiwum zachowań seksualnych*, *53*(10), 3705–3709.

Byrne, A. (2024b). *Problemy z płcią: fakty dotyczące płci, fikcje dotyczące płci*. Polity Press.

Byrne, A. i Gorin, M. (2025). Ogłuszająca cisza: Bioetyka i opieka zdrowotna potwierdzająca płeć. W: L. Krauss (red.), *Wojna z nauką*. Post Hill Press. https://philarchive.org/archive/BYRADSv3

Cambridge Health Alliance. (b.d.). *Arkusz informacyjny dotyczący blokerów dojrzewania*. https://www.challiance.org/file%20library/services%20and%20programs/primary%20care/lgbtq-plus%20living%20well/puberty-blocker-handout-eng-1.pdf

Campion, S. (5 marca 2022 r.). Szpital dziecięcy w Teksasie wstrzymuje terapię hormonalną dla dzieci transpłciowych. *ABC13 Houston*. https://abc13.com/transgender-children-mental-health-lgbtq-rights-texas-politics/11621048/

Cantor, J. M. (2020). Dzieci i młodzież transpłciowa i o różnej tożsamości płciowej: weryfikacja polityki AAP. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *46*(4), 307–313.

Cantu, A. L., Moyer, D. N., Connelly, K. J. i Holley, A. L. (2020). Zmiany w poziomie lęku i depresji od momentu przyjęcia do pierwszej wizyty kontrolnej wśród młodzieży transpłciowej w klinice endokrynologii dziecięcej. *Transgender Health*, *5*(3), 196–200.

Carande-Kulis, V. (2022). Standardy wymagane do opracowania opartych na dowodach wytycznych CDC. *MMWR Supplements*, *71*.

Komisja ds. Jakości Opieki. (2021). *Raport z kontroli usług związanych z tożsamością płciową*. https://web.archive.org/web/20250125065413/https://api.cqc.org.uk/public/v1/rep orts/6e4fbf84-909c-46d7-835c-caf304cdd485?20221129062700

Carmichael, P., Butler, G., Masic, U., Cole, T. J., De Stavola, B. L., Davidson, S., Skageberg, E. M., Khadr, S. i Viner, R. M. (2021). Krótkoterminowe wyniki tłumienia dojrzewania płciowego w wybranej grupie młodych ludzi w wieku od 12 do 15 lat z uporczywą dysforią płciową w Wielkiej Brytanii. *PLoS ONE, 16(*2), e0243894.

Cass, H. (2022a). *Niezależny przegląd usług związanych z tożsamością płciową dla dzieci i młodzieży: raport okresowy*. https://bit.ly/3GmpG84

Cass, H. (2022b, 18 sierpnia). *Wpis 8 — Poza nagłówkami*. https://bit.ly/4jIahx9

Cass, H. (2024a). *Niezależny przegląd usług związanych z tożsamością płciową dla dzieci i młodzieży: raport końcowy*. https://bit.ly/44ksM6v

Cass, H. (2024b, 16 maja). *Niezależny przegląd usług związanych z tożsamością płciową dla dzieci i młodzieży: kliniki dla dorosłych z dysforią płciową.* https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2024/08/PRN01451-letter-from-dr-cass-to-john-stewart-james-palmer-may-2024.pdf

Cauldwell, D. O. (2006). Psychopathia transexualis. W: S. Stryker & S. Whittle (red.), *The Transgender Studies Reader* (tom 1). Taylor & Francis.

Cavlan, D., Bharwani, N. i Grossman, A. (2010). Nowotwory nadnerczy wydzielające androgeny i estrogeny. *Seminars in Oncology*, *37*(6), 638–648.

Cavve, B. S., Bickendorf, X., Ball, J., Saunders, L. A., Thomas, C. S., Strauss, P., Marion, L., Siafarikas, A., Ganti, U., Wiggins, A. i Moore, J. K. (2024). Ponowna identyfikacja płci zarejestrowanej w akcie urodzenia w kohorcie zachodnioaustralijskiej kliniki pediatrycznej zajmującej się kwestiami płci. *JAMA Pediatrics*, *178*(5), 446–453.

Centrum Oceny i Badań Produktów Biologicznych (CBER) oraz Centrum Oceny i Badań Leków (CDER) (październik 2023 r.). *Ocena korzyści i ryzyka dla nowych leków i produktów biologicznych – wytyczne dla przemysłu.* Departament Zdrowia i Opieki Społecznej Stanów Zjednoczonych, Agencja ds. Żywności i Leków. https://www.fda.gov/media/152544/download

Centra Kontroli Chorób. (21 marca 2025 r.). *Przypadki i ogniska odry*. https://www.cdc.gov/measles/data-research/

Centrum Kontroli i Zapobiegania Chorobom. (2023). Monitorowanie ryzykownych zachowań młodzieży – Stany Zjednoczone, 2021 r. *Tygodniowy raport dotyczący zachorowalności i śmiertelności*, *72*(1).

Chelliah, P., Lau, M. i Kuper, L. E. (2024). Zmiany w dysforii płciowej, stresie interpersonalnym mniejszości i zdrowiu psychicznym wśród młodzieży transpłciowej po roku terapii hormonalnej. *Journal of Adolescent Health*, *74*(6), 1106–1111.

Chen, D., Berona, J., Chan, Y.-M., Ehrensaft, D., Garofalo, R., Hidalgo, M. A., Rosenthal, S. M., Tishelman, A. C. i Olson-Kennedy, J. (2023). Funkcjonowanie psychospołeczne młodzieży transpłciowej po 2 latach terapii hormonalnej. *New England Journal of Medicine, 388(*3), 240–250.

Chen, D., Berona, J. i Olson-Kennedy, J. (2023). Funkcjonowanie psychospołeczne młodzieży transpłciowej po terapii hormonalnej [odpowiedź autora na listy do redakcji]. *New England Journal of Medicine*, *389*(16), 1538–1539.

Chen, D., Simons, L., Johnson, E. K., Lockart, B. A. i Finlayson, C. (2017). Zachowanie płodności u nastolatków transpłciowych. *Journal of Adolescent Health*, *61*(1), 120–123.

Chen, D., Strang, J. F., Kolbuck, V. D., Rosenthal, S. M., Wallen, K., Waber, D. P., Steinberg, L., Sisk, C. L., Ross, J., Paus, T., Mueller, S. C., McCarthy, M. M., Micevych, P. E., Martin, C. L., Kreukels, B. P. C., Kenworthy, L., Herting, M. M., Herlitz, A., Haraldsen, I. R. J. H., … Garofalo, R. (2020). Parametr konsensusu: Metody badawcze służące do oceny wpływu hamowania dojrzewania płciowego na rozwój neurologiczny młodzieży transpłciowej. *Transgender Health,* 5*(*4), 246–257.

Cheng, P. J., Pastuszak, A. W., Myers, J. B., Goodwin, I. A. i Hotaling, J. M. (2019). Problemy związane z płodnością pacjentów transpłciowych. *Translational Andrology and Urology*, *8*(3), 209–218.

Cheung, C. R., Abbruzzese, E., Lockhart, E., Maconochie, I. K. i Kingdon, C. C. (2025). Medycyna płciowa i przegląd Cass: dlaczego medycyna i prawo nie idą w parze. *Archives of Disease in Childhood*, *110*, 251–255.

Chew, D., Anderson, J., Williams, K., May, T. i Pang, K. (2018). Leczenie hormonalne u młodych osób z dysforią płciową: przegląd systematyczny. *Pediatria*, *141*(4), e20173742.

Chiniara, L. N., Viner, C., Palmert, M. i Bonifacio, H. (2019). Perspektywy dotyczące zachowania płodności i rodzicielstwa wśród młodzieży transpłciowej i ich rodziców. *Archiwum chorób dziecięcych*, *104*(8), 739–744.

Choukas-Bradley, S. (2024). Korzystanie z mediów społecznościowych przez nastolatków a postrzeganie własnego ciała. W: *Twoje samopoczucie w świecie pełnym technologii.* MIT Press. https://wip.mitpress.mit.edu/pub/gik297kw

Christensen, J. A., Oh, J., Linder, K., Imhof, R. L., Croarkin, P. E., Bostwick, J. M. i McKean, A. J. S. (2025). Systematyczny przegląd interwencji mających na celu zmniejszenie ryzyka samobójstw wśród młodzieży transpłciowej i o różnej tożsamości płciowej. *Psychiatria dziecięca i rozwój człowieka, 56(*1), 88–100.

Chu, A. L. (11 marca 2024 r.). Wolność płciowa: moralne argumenty za umożliwieniem dzieciom transpłciowym zmiany płci. *New York Magazine*. https://nymag.com/intelligencer/article/trans-rights-biological-sex-gender-judith-butler.html

Churcher Clarke, A. i Spiliadis, A. (2019). „Taking the lid off the box": The value of extended clinical assessment for adolescents presenting with gender identity difficulties. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *24*(2), 338–352.

Ciancia, S., Dubois, V., Craen, M., Klink, D., Verroken, C., Vanderschueren, D. i Cools, M. (2024). Wpływ hamowania dojrzewania na kości, skład ciała, siłę uścisku dłoni i profil glukolipidowy u nastolatków transpłciowych we wczesnym okresie dojrzewania. *International Journal of Transgender Health*, 1-13. https://doi.org/10.1080/26895269.2024.2353224

Cigna. (2025). *Leczenie dysforii płciowej: polityka ubezpieczenia medycznego.* https://web.archive.org/web/20250331010654/https://static.cigna.com/assets/chcp/pdf/coveragePolicies/medical/mm_0266_coveragepositioncriteria_gender_reas signment_surgery.pdf

Clark, C. J., Fjeldmark, M., Lu, L., Baumeister, R. F., Ceci, S., Frey, K., Miller, G., Reilly, W., Tice, D., Von Hippel, W., Williams, W. M., Winegard, B. M. i Tetlock, P. E. (2024). Tabu i autocenzura wśród amerykańskich profesorów psychologii. *Perspektywy nauk psychicznych*, 17456916241252085.

Clarke, B., Gillies, D., Illari, P., Russo, F. i Williamson, J. (2014). Mechanizmy i hierarchia dowodów. *Topoi*, *33*(2), 339–360.

Clarke, J. (2022). Płeć przypisana przy urodzeniu. *Columbia Law Review*, *122*(7), 1821–1898.

Clayton, A. (2023). Leczenie dysforii płciowej u młodzieży potwierdzające tożsamość płciową: idealne warunki dla efektu placebo: implikacje dla badań naukowych i praktyki klinicznej. *Archives of Sexual Behavior*, 52 483–494.

Clayton, A., Malone, W. J., Clarke, P., Mason, J. i D'Angelo, R. (2021). Komentarz: Sygnał i szum – kwestionowanie korzyści płynących ze stosowania blokerów dojrzewania u młodzieży z dysforią płciową – komentarz do pracy Rew i in. (2021). *Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży,* 3*,* 259–262.

Clayton, A., Smids, J. i McDeavitt, K. (2025). List do redakcji w sprawie „Czas rozpoczęcia blokowania dojrzewania u nastolatków transpłciowych i funkcjonowanie seksualne po plastyce pochwy (van der Meulen i in., 2024)". *Journal of Sexual Medicine*, qdaf030.

Koalicja na rzecz Rozwoju i Zastosowania Nauk Psychologicznych. (26 lipca 2021 r.). *Stanowisko CAAPS w sprawie szybkiego wystąpienia dysforii płciowej (ROGD)*. https://www.caaps.co/rogd-statement

Cohen-Kettenis, P. T. i Gooren, L. J. (1999). Transseksualizm: przegląd etiologii, diagnostyki i leczenia. *Journal of Psychosomatic Research*, *46*(4), 315–333.

Cohen-Kettenis, P. T. i Kuiper, B. (1984). Transseksualizm i psychoterapia. *Tijdschrift Voor Psychotherapie.* https://www.semanticscholar.org/paper/Transexuality-and-psychotherapy-Cohen-Kettenis-Kuiper/25337c85366442c712c4c11528f7ca2925890b7e

Cohen-Kettenis, P. T, & Pfäfflin, F. (2003). *Transpłciowość i interseksualność w dzieciństwie i okresie dojrzewania: dokonywanie wyborów*. SAGE Publications, Inc.

Cohen-Kettenis, P. T., Schagen, S. E. E., Steensma, T. D., de Vries, A. L. C., & Delemarre-van de Waal, H. A. (2011). Tłumienie dojrzewania u nastolatków z dysforią płciową: 22-letnia obserwacja. *Archives of Sexual Behavior, 40,* 843–847.

Cohn, J. (2023). Wskaźnik detransicji nie jest znany. *Archiwum Zachowań Seksualnych*, *52*(5), 1937–1952.

Coleman, E. (22 lipca 2023 r.). Pomogłem w opracowaniu standardów opieki potwierdzającej tożsamość płciową. Teksas podąża w złym kierunku. *Dallas News*. https://www.dallasnews.com/opinion/commentary/2023/07/22/i-helped-write-gender-affirming-care-standards-texas-is-going-the-wrong-way/

Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., Feldman, J., Fraser, L., Green, J., Knudson, G., Meyer, W. J., Monstrey, S., Adler, R. K., Brown, G. R., Devor, A. H., Ehrbar, R., Ettner, R., Eyler, E., Garofalo, R., Karasic,
D. H., … Zucker, K. (2012). Standardy opieki zdrowotnej dla osób transseksualnych, transpłciowych i nieprzystających do norm płciowych, wersja 7. *International Journal of Transgenderism*, *13*(4), 165–232.

Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., de Vries, A. L. C., Deutsch, M. B., Ettner, R., Fraser, L., Goodman, M., Green, J., Hancock, A. B., Johnson, T. W., Karasic, D. H., Knudson, G. A., Leibowitz, S. F., Meyer-Bahlburg, H. F. L., Monstrey, S. J., Motmans, J., Nahata, L., … Arcelus, J. (2022). Standardy opieki zdrowotnej dla osób transpłciowych i o różnej tożsamości płciowej, wersja 8. *International Journal of Transgender Health, 23(*sup1), S1–S259.

Komisja ds. Bioetyki, Katz, A. L., Macauley, R. C., Mercurio, M. R., Moon, M. R., Okun, A. L., Opel, D. J. i Statter, M. B. (2016). Świadoma zgoda w podejmowaniu decyzji w praktyce pediatrycznej. *Pediatria, 138(*2), e20161484.

Komisja ds. Jakości Opieki Zdrowotnej w Ameryce, Instytut Medycyny. (2001). *Przekraczanie przepaści jakościowej: nowy system opieki zdrowotnej na XXI wiek*. National Academy Press.

Skarga, Breen przeciwko Olson-Kennedy, nr 24STCV32096 (Sąd Najwyższy Kalifornii, hrabstwo Los Angeles 5 grudnia 2024 r.).

Cornell Health. (b.d.). *CornellHealth: Świadoma zgoda na terapię hormonami maskulinizującymi*. https://health.cornell.edu/sites/health/files/docs/External%20Weblinks/Masculinizi ng-Hormones-Informed-Consent-Cornell-Health.pdf

Cornell University i What We Know Project. (2017). Co mówią badania naukowe na temat wpływu zmiany płci na samopoczucie osób transpłciowych? https://whatweknow.inequality.cornell.edu/topics/lgbt-equality/%20what-does-the-scholarly-research-say-about-the-well-being-of-transgender-people%20/

Korekta. (2022). *International Journal of Transgender Health*, 23(Suppl 1), S259–S261.

Corzine, A. i Roy, A. (2024). W czarnym lustrze: aktualne perspektywy dotyczące roli mediów społecznościowych w samodiagnozowaniu chorób psychicznych. *Discover Psychology*, *4*(1), 40.

Costa, R., Dunsford, M., Skagerberg, E., Holt, V., Carmichael, P. i Colizzi, M. (2015). Wsparcie psychologiczne, hamowanie dojrzewania płciowego i funkcjonowanie psychospołeczne u nastolatków z dysforią płciową. *Journal of Sexual Medicine*, *12*(11), 2206–2214.

Rada ds. Wyboru Opieki Zdrowotnej Finlandii. (2020a). *Alaikäisten sukupuoli-identiteetin variaatioihin liittyvän dysforian lääketieteelliset hoitomenetelmät* [Metody leczenia dysforii związanej z różnicami płciowymi u nieletnich]. palveluvalikoima.fi/documents/1237350/22895008/Alaik%C3%A4iset_suositus.p df/c987a74c-dfac-d82f-2142-684f8ddead64/Alaik%C3%A4iset_suositus.pdf?t=1592317701000

Rada ds. Wyborów w Opiece Zdrowotnej Finlandii. (2020b). *Zalecenie Rady ds. Wyborów w Opiece Zdrowotnej Finlandii (PALKO / COHERE Finlandia)* [nieoficjalne tłumaczenie poświadczone]. https://segm.org/sites/default/files/Finnish_Guidelines_2020_Minors_Unofficial% 20Translation.pdf.

Rada ds. Wyboru Opieki Zdrowotnej w Finlandii. (2020c). *Podsumowanie zalecenia COHERE Finlandia*. https://palveluvalikoima.fi/documents/1237350/22895008/Summary_minors_en.p df/aaf9a6e7-b970-9de9-165c-abedfae46f2e/Summary_minors_en.pdf

Crabtree, L., Connelly, K. J., Guerriero, J. T., Battison, E. A. J., Tiller-Ormord, J., Sutherland, S. M. i Moyer, D. N. (2024). Bardziej zniuansowana historia: pediatryczna opieka zdrowotna potwierdzająca tożsamość płciową wiąże się z satysfakcją i pewnością siebie. *Journal of Adolescent Health, 75(*5), 772–779.

Crowley, F., Mihalopoulos, M., Gaglani, S., Tewari, A. K., Tsao, C.-K., Djordjevic, M., Kyprianou, N., Purohit, R. S. i Lundon, D. J. (2023). Rak prostaty u kobiet transpłciowych: uwagi dotyczące badań przesiewowych, diagnostyki i leczenia. *British Journal of Cancer, 128(*2), 177–189.

Cuijpers, P., Miguel, C., Harrer, M., Plessen, C. Y., Ciharova, M., Ebert, D. i Karyotaki, E. (2023). Terapia poznawczo-behawioralna a warunki kontrolne, inne psychoterapie, farmakoterapie i leczenie skojarzone depresji: kompleksowa metaanaliza obejmująca 409 badań z udziałem 52 702 pacjentów. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, *22*(1), 105–115.

Curlin, F. (23 lipca 2024 r.). Medyczna transformacja płciowa a milczenie medycyny i bioetyki. *Sensible Medicine*. https://www.sensible-med.com/p/medicalized-gender-transition-and

Curridori, F. (15 maja 2024 r.). Disforia di genere, al via la commissione che detterà le nuove linee guida. *Il Giornale*. https://www.ilgiornale.it/news/interni/disforia-genere-commissione-che-detter-nuove-linee-guida-2322237.html

Curtin, S. C., Garnett, M. F. i Ahmad, F. B. (2023). *Provisional Estimates of Suicide by Demographic Characteristics: United States, 2022*. https://stacks.cdc.gov/view/cdc/135466

Cservenka, A., Stroup, M. L., Etkin, A. i Nagel, B. J. (2015). Wpływ wieku, płci i hormonów na reakcje mózgu związane z konfliktami emocjonalnymi w okresie dojrzewania. *Brain and Cognition, 99,* 135–150.

Da Silva, L. M. B., Freire, S. N. D., Moretti, E. i Barbosa, L. (2024). Dysfunkcja dna miednicy u mężczyzn transpłciowych stosujących terapię hormonalną potwierdzającą płeć: opisowe badanie przekrojowe. *International Urogynecology Journal 35*(5), 1077-1084.

Dahlen, S., Connolly, D., Arif, I., Junejo, M. H., Bewley, S. i Meads, C. (2021). Międzynarodowe wytyczne dotyczące praktyki klinicznej dla osób należących do mniejszości płciowych/osób transpłciowych: przegląd systematyczny i ocena jakości. *BMJ Open*, *11*(4), e048943.

Damiano, M. (2024a, 1 listopada). „Niektórzy nie byli zadowoleni": W Boston Children's Hospital spór o sposób badania dzieci pod kątem zmiany płci. *Boston Globe*. https://www.bostonglobe.com/2024/11/01/metro/gender-affirming-care-trans-boston-childrens-hospital/

Damiano, M. (2024b, 20 grudnia). Liderka w dziedzinie zdrowia osób transpłciowych wyjaśnia swoje obawy dotyczące tej dziedziny. *Boston Globe*. https://archive.is/HrnIK

D'Angelo, R. (2020). Kim jest Phoenix? *Journal of Medical Ethics*, *46*(11), 753–754.

D'Angelo, R. (2023). Wspieranie autonomii młodych ludzi z dysforią płciową: Psychoterapia nie jest terapią konwersyjną. *Journal of Medical Ethics*, *51*(1), 3-9.

D'Angelo, R., Syrulnik, E., Ayad, S., Marchiano, L., Kenny, D. T. i Clarke, P. (2021). Nie ma jednego rozwiązania dla wszystkich: poparcie dla psychoterapii dysforii płciowej. *Archiwum zachowań seksualnych*, *50*(1), 7–16.

Darzi, A. W. (2008). Medycyna oparta na dowodach naukowych a NHS: komentarz. *Journal of the Royal Society of Medicine*, *101*(7), 342–344.

Datta, N., Matheson, B. E., Citron, K., Van Wye, E. M. i Lock, J. D. (2023). Aktualizacja oparta na dowodach naukowych dotycząca psychospołecznych metod leczenia zaburzeń odżywiania u dzieci i młodzieży. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, *52*(2), 159–170.

Dawkins, R. (1976). *Samolubny gen* (wydanie z okazji 40. rocznicy, 2006). Oxford University Press.

de Blok, C. J. M., Wiepjes, C. M., Nota, N. M., van Engelen, K., Adank, M. A., Dreijerink, K. M. A., Barbé, E., Konings, I. R. H. M. i den Heijer, M. (2019). Ryzyko raka piersi u osób transpłciowych poddanych terapii hormonalnej: ogólnokrajowe badanie kohortowe w Holandii. *BMJ*, l1652.

de Blok, C. J., Wiepjes, C. M., van Velzen, D. M., Staphorsius, A. S., Nota, N. M., Gooren, L. J., Kreukels, B. P. i den Heijer, M. (2021). Trendy śmiertelności w ciągu pięciu dekad wśród dorosłych osób transpłciowych poddanych terapii hormonalnej: raport z amsterdamskiej kohorty osób z dysforią płciową. *The Lancet. Diabetes & Endocrinology,* 9*(*10), 663–670.

de Graaf, N. M., Giovanardi, G., Zitz, C. i Carmichael, P. (2018). Stosunek płci wśród dzieci i młodzieży skierowanych do służby zdrowia zajmującej się rozwojem tożsamości płciowej w Wielkiej Brytanii (2009–2016). *Archives of Sexual Behavior*, *47*(5), 1301–1304.

de Graaf, N. M., Steensma, T. D., Carmichael, P., VanderLaan, D. P., Aitken, M., Cohen-Kettenis, P. T. i Zucker, K. J. (2022). Skłonności samobójcze u nastolatków transpłciowych skierowanych do kliniki. *Adolescent Psychiatry*, *1*, 67-83.

de Nie, I., Asseler, J. D., Arnoldussen, M., Baas, S., de Vries, A. L. C., Huirne, J. A. F., Steensma, T. D., den Heijer, M. i van Mello, N. M. (2024). Refleksja nad znaczeniem budowania rodziny i zachowania płodności: doświadczenia osób transpłciowych związane z rozpoczęciem leczenia potwierdzającego tożsamość płciową w okresie dojrzewania.
Transgender Health, 9(4), 298-306.

de Vries, A. L. C. (2020). Wyzwania związane z wyborem odpowiedniego momentu na rozpoczęcie terapii hamującej dojrzewanie u nastolatków nieprzystających do norm płciowych. *Pediatrics*, *146*(4), e2020010611.

de Vries, A. L. C. (2022). Zapewnienie opieki nastolatkom transpłciowym, którzy jej potrzebują: odpowiedź na artykuł „Ponowne rozważenie świadomej zgody dla dzieci, nastolatków i młodych dorosłych identyfikujących się jako osoby transpłciowe”. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *49*(1), 108–114.

de Vries, A. L. C., Cohen-Kettenis, P. T. i Delemarre-van de Waal, H. (2006). Kliniczne postępowanie w przypadku dysforii płciowej u nastolatków. *International Journal of Transgenderism*, *9*(3–4), 83–94.

de Vries, A. L. C. i Cohen-Kettenis, P. T. (2012). Postępowanie kliniczne w przypadku dysforii płciowej u dzieci i młodzieży: podejście holenderskie. *Journal of Homosexuality*, *59*(3), 301–320.

de Vries, A. L. C. i Hannema, S. E. (2023). Rosnąca liczba dowodów i pozostałe pytania dotyczące opieki nad nastoletnimi osobami transpłciowymi. *New England Journal of Medicine*, *388*(3), 275–277.

de Vries, A. L. C., McGuire, J. K., Steensma, T. D., Wagenaar, E. C. F., Doreleijers, T. A. H. i Cohen-Kettenis, P. T. (2014). Wyniki psychologiczne młodych dorosłych po zahamowaniu dojrzewania i zmianie płci. *Pediatrics, 134(*4), 696–704.

de Vries, A. L. C., Noens, I. L. J., Cohen-Kettenis, P. T., van Berckelaer-Onnes, I. A. i Doreleijers, T. A. (2010). Zaburzenia ze spektrum autyzmu u dzieci i młodzieży z dysforią płciową. *Journal of Autism and Developmental Disorders, 40(*8), 930–936.

de Vries, A. L. C., Richards, C., Tishelman, A. C., Motmans, J., Hannema, S. E., Green, J. i Rosenthal, S. M. (2021). Bell przeciwko Tavistock and Portman NHS Foundation Trust [2020] EWHC 3274: Rozważanie aktualnej wiedzy i niepewności w decyzjach dotyczących leczenia związanego z płcią u nastolatków transpłciowych.
International Journal of Transgender Health, *22*(3):217–224.

de Vries, A. L. C., Steensma, T. D., Doreleijers, T. A. H. i Cohen-Kettenis, P. T. (2011). Hamowanie dojrzewania u nastolatków z zaburzeniami tożsamości płciowej: prospektywne badanie follow-up. *Journal of Sexual Medicine*, *8*(8), 2276–2283.

Delemarre-van de Waal, H. A. i Cohen-Kettenis, P. T. (2006). Postępowanie kliniczne w przypadku zaburzeń tożsamości płciowej u nastolatków: protokół dotyczący aspektów psychologicznych i endokrynologicznych. *European Journal of Endocrinology*, *155*(suppl_1), S131–S137.

Delozier, A. M., Kamody, R. C., Rodgers, S. i Chen, D. (2020). Nierówności zdrowotne wśród nastolatków transpłciowych i o rozszerzonej tożsamości płciowej: przegląd tematyczny z perspektywy stresu mniejszościowego. *Journal of Pediatric Psychology*, *45*(8), 842–847.

Departament Zdrowia i Opieki Społecznej. (29 maja 2024 r.). Nowe przepisy ograniczają przepisywanie i dostarczanie hormonów hamujących dojrzewanie dzieciom i młodzieży poniżej 18 roku życia. *GOV.UK*. https://www.gov.uk/government/news/new-restrictions-on-puberty-blockers

Zeznanie J. Olson-Kennedy w sprawie LB przeciwko Premera Blue Cross nr 2:23:Cv-00953-TSZ – 18.11.2024 r.

Derwahl, M. i Nicula, D. (2014). Estrogen i jego rola w raku tarczycy. *Endocrine-Related Cancer*, *21*(5), T273-283.

Deutsch, M. (2020a, lipiec). *Informacje na temat terapii hormonem estrogenowym | Program zdrowia potwierdzający tożsamość płciową*. https://web.archive.org/web/20250322013733/https://transcare.ucsf.edu/article/in formation-estrogen-hormone-therapy

Deutsch, M. (2020b, lipiec). *Informacje na temat terapii hormonem testosteronem | Program zdrowia potwierdzający tożsamość płciową*. https://web.archive.org/web/20250316094138/https://transcare.ucsf.edu/article/in formation-testosterone-hormone-therapy

Sprawa DH przeciwko Snyderowi: 21-15668, 07.07.2021 r., nr identyfikacyjny: 12164749, wpis do rejestru: 22.

Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A. L. V., Långström, N. i Landén, M. (2011). Długoterminowa obserwacja osób transseksualnych poddanych operacji zmiany płci: badanie kohortowe w Szwecji. *PLoS ONE*, *6*(2), e16885.

Dhejne, C., Öberg, K., Arver, S. i Landén, M. (2014). Analiza wszystkich wniosków o operację zmiany płci w Szwecji w latach 1960–2010: częstość występowania, zapadalność i żal. *Archives of Sexual Behavior*, *43*(8), 1535–1545.

Diamond, G. S, Diamond, G. M. i Levy, S. (2021). Terapia rodzinna oparta na przywiązaniu: teoria, model kliniczny, wyniki i badania procesowe. *Journal of Affective Disorders*, *294*, 286–295.

Diamond, G. S., Wintersteen, M. B., Brown, G. K., Diamond, G. M., Gallop, R., Shelef, K. i Levy, S. (2010). Terapia rodzinna oparta na przywiązaniu dla nastolatków z myślami samobójczymi: randomizowane badanie kontrolowane. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 49(*2), 122–131.

Diekema, D. S. (2020). Rozwój mózgu nastolatków a podejmowanie decyzji medycznych. *Pediatria*, *146*(Suplement 1), S18–S24.

Djulbegovic, B. i Guyatt, G. H. (2019). Dowody a konsensus w wytycznych dotyczących praktyki klinicznej. *JAMA*, *322*(8), 725.

Djulbegovic, B. i Guyatt, G. H. (2017). Postępy w medycynie opartej na dowodach naukowych: ćwierć wieku później. *The Lancet*, *390*(10092), 415–423.

Docter, R. (2013). *Stawanie się kobietą: biografia Christine Jorgensen*. Routledge. Doe przeciwko Horne, nr 4:23-cv-00185-JGZ.

Dolotina, B. i Turban, J. L. (2022). Wielotorowe, oparte na dowodach podejście do poprawy zdrowia psychicznego młodzieży transpłciowej i o różnej tożsamości płciowej. *JAMA Network Open*, *5*(2), e220926.

Donkin, A., Rodseth, R. i Giddy, J. (2025). Wezwanie SASOP do zrewidowania swojego stanowiska w sprawie opieki nad „młodzieżą transpłciową i niebinarną”. *South African Journal of Psychiatry*, *31*.

Dopp, A. R., Peipert, A., Buss, J., De Jesus-Romero, R., Palmer, K. i Lorenzo-Luaces, L. (2024). *Interwencje w przypadku dysforii płciowej i związanych z nią problemów zdrowotnych u młodzieży transpłciowej i o rozszerzonej tożsamości płciowej: systematyczny przegląd korzyści i zagrożeń dla praktyki, polityki i badań*. RAND. https://www.rand.org/pubs/research_reports/RRA3223-1.html

Drescher, J. (2010). Diagnozy queer: podobieństwa i różnice w historii homoseksualizmu, różnorodności płciowej oraz Podręczniku diagnostycznym i statystycznym. *Archives of Sexual Behavior*, *39*(2), 427–460.

Drescher, J. (2014). Kontrowersje związane z diagnozowaniem płci. *LGBT Health*, *1*(1), 10–14.

Drescher, J. (2015). Ponowne spojrzenie na diagnozy dotyczące osób queer: przeszłość i przyszłość homoseksualizmu oraz diagnoz dotyczących płci w DSM i ICD. *International Review of Psychiatry*, *27*(5), 386–395.

Drescher, J. (listopad 2017). *Diagnoza dysforii płciowej*. Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne. https://www.psychiatry.org:443/psychiatrists/diversity/education/transgender-and-gender-nonconforming-patients/gender-dysphoria-diagnosis

Drescher, J. (2023). Świadoma zgoda czy taktyka zastraszania? Odpowiedź na artykuł Levine'a i innych „Ponowne rozważenie świadomej zgody dla dzieci, nastolatków i młodych dorosłych identyfikujących się jako osoby transpłciowe”. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *49*(1):99-107.

Drescher, J., Cohen-Kettenis, P. i Winter, S. (2012). Dbanie o ciało: umiejscowienie diagnozy tożsamości płciowej w ICD-11. *International Review of Psychiatry*, *24*(6), 568–577.

Drescher, J. i Yarbrough, E. (2024). Niezgodność płciowa. W: A. Tasman, M. B. Riba, R. D. Alarcón, C. A. Alfonso, S. Kanba, D. Lecic-Tosevski, D. M. Ndetei, C. H. Ng i T. G. Schulze (red.), *Tasman’s Psychiatry*. Springer International Publishing.

Eckert, A. J. (18 grudnia 2020 r.). *WTF is Gender-Affirming Medicine?!* https://www.youtube.com/watch?v=uwBdkln-ciw

Edwards-Leeper, L. i Anderson, E. (24 listopada 2021 r.). Instytucje zajmujące się zdrowiem psychicznym zawodzą dzieci transpłciowe. *Washington Post*. https://www.washingtonpost.com/outlook/2021/11/24/trans-kids-therapy-psychologist/

Edwards-Leeper, L. i Spack, N. P. (2012). Ocena psychologiczna i leczenie medyczne młodzieży transpłciowej w ramach interdyscyplinarnej „usługi zarządzania płcią" (GeMS) w dużym centrum pediatrycznym. *Journal of Homosexuality*, *59*(3), 321–336.

Eguale, T., Buckeridge, D. L., Verma, A., Winslade, N. E., Benedetti, A., Hanley, J. A. i Tamblyn, R. (2016). Związek między stosowaniem leków poza wskazaniami a niepożądanymi zdarzeniami związanymi z lekami w populacji dorosłych. *JAMA Internal Medicine*, *176*(1), 55.

Ehrensaft, D. (2014). Odkryte w okresie przejściowym: nasze najmniejsze osoby transpłciowe. *Contemporary Psychoanalysis*, *50*(4), 571–592.

Ehrensaft. (2016). *Dziecko kreatywne płciowo*. Eksperyment.

Ehrensaft, D. (2017a). Młodzież nieprzystosowana płciowo: aktualne perspektywy. *Zdrowie, medycyna i terapia nastolatków*, *8*, 57–67.

Ehrensaft, D. (2017b, 14 lipca). Adams przeciwko Radzie Szkolnej hrabstwa St. Johns na Florydzie, nr 3:17-cv-00739-TJC-JBT. https://lambdalegal.org/wp-content/uploads/2017/07/022-3._ehrensaft_declaration_2017-07-19.pdf

Eisenberg, J., Felleman, S., Bear, B., Mercier, R., Kazak, A. E. i Schwartz, B. I. (2024). Objawy psychologiczne i korzystanie z usług przez pacjentów transpłciowych i o różnej tożsamości płciowej w okresie przedpokwitaniowym i pokwitaniowym. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology*, *37*(1), 45–50.

Eisenberg, M. E., McMorris, B. J., Rider, G. N., Gower, A. L. i Coleman, E. (2020). „Trudno jest pójść do lekarza, jeśli jest się tam nielubianym”. Wezwanie do zapewnienia opieki potwierdzającej tożsamość płciową nastolatków transpłciowych i o różnej tożsamości płciowej w Stanach Zjednoczonych. *Health & Social Care in the Community, 28(*3), 1082–1089.

Elbe, L., Meyer, S. i Caughie, P. L. (2020). *Man Into Woman: A Comparative Scholarly Edition*. Bloomsbury Academic.

Elhakeem, A., Frysz, M., Tilling, K., Tobias, J. H. i Lawlor, D. A. (2019). Związek między wiekiem dojrzewania a przyrostem masy kostnej w wieku od 10 do 25 lat. *JAMA Network Open*, *2*(8), e198918.

Elliott, C. (wrzesień 2000). Nowy sposób na szaleństwo. *The Atlantic*.

Emmanuel, M. i Bokor, B. R. (2022). Stopnie dojrzałości płciowej według *Tanner*a. W: *StatPearls*. StatPearls Publishing. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470280/

Endocrine Society. (12 czerwca 2023 r.). *AMA wzmacnia swoją politykę w zakresie ochrony dostępu do opieki potwierdzającej tożsamość płciową*. https://www.endocrine.org/news-and-advocacy/news-room/2023/ama-gender-affirming-care

Endocrine Society. (8 maja 2024 r.). *Oświadczenie Endocrine Society popierające opiekę potwierdzającą tożsamość płciową*. https://www.endocrine.org/news-and-advocacy/news-room/2024/statement-in-support-of-gender-affirming-care

Entwistle, K. (2020). Debata: Sprawdzenie rzeczywistości: Świadectwa osób, które zrezygnowały z transformacji płciowej, wymagają od nas ponownego przemyślenia kwestii dysforii płciowej. *Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży*, *26*(1), 15-16.

Ergun-Longmire, B., Vining-Maravolo, P., Graham, B. i Greydanus, D. E. (2023). Przegląd narracyjny: Wyniki leczenia przedwczesnego dojrzewania płciowego (CPP). *Medycyna pediatryczna*, *6*(11), 15–15.

Erlangsen, A., Jacobsen, A. L., Ranning, A., Delamare, A. L., Nordentoft, M. i Frisch, M. (2023). Tożsamość transpłciowa a próby samobójcze i śmiertelność w Danii. *JAMA*, *329*(24), 2145.

Escandón, J. M., Bustos, V. P., Bustos, S. S., Mascaro, A., Del Corral, G., Ciudad, P., Kim, E. A., Langstein, H. N. i Manrique, O. J. (2021). Odpowiedź: Żal po operacji zmiany płci: systematyczny przegląd i metaanaliza częstości występowania. *Chirurgia plastyczna i rekonstrukcyjna – Global Open,* 9*(*11), e3954.

Espada, J., Sánchez-López, A. i Morales, A. (2023). Skuteczność terapii psychologicznych w leczeniu depresji u dzieci i młodzieży: przegląd przeglądów. *Revista de Psicología Clínica Con Niños y Adolescentes*, *10*(1).

Eugster, E. A. (2019). Leczenie przedwczesnego dojrzewania płciowego. *Journal of the Endocrine Society*, *3*(5), 965–972.

Expósito-Campos, P. i D'Angelo, R. (2021). List do redakcji: Żal po operacji zmiany płci: przegląd systematyczny i metaanaliza częstości występowania. *Plastic and Reconstructive Surgery - Global Open*, *9*(11), e3951.

Expósito-Campos, P., Pérez-Fernández, J. I. i Salaberria, K. (2023). Empirycznie poparte pozytywne interwencje psychologiczne dla młodzieży i dorosłych transpłciowych i niebinarnych: przegląd systematyczny. *Clinical Psychology Review*, *100*, 102229.

Faden, R. R., Beauchamp, T. L. i King, N. M. P. (1986). Historia i teoria świadomej zgody. W*: Historia i teoria świadomej zgody*. Oxford University Press.

Farah, R., Rege, S. V., Cole, R. J. i Holstege, C. P. (2023). Podejrzane próby samobójcze poprzez samookaleczenie wśród osób w wieku 10–19 lat podczas pandemii COVID-19 — Stany Zjednoczone, 2020–2022. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report, 72(*16), 426–430.

Feinmann, J. (2025). Leki blokujące dojrzewanie: byli lekarze z Tavistock twierdzą, że nie skierowaliby pacjentów do udziału w badaniu NHS. *BMJ*, *388*, r504.

Fenway Health. (b.d.). *Fakty dotyczące projektów ustaw dotyczących młodzieży transpłciowej*. https://fenwayhealth.org/the-fenway-institute/health-policy/transyouthmatter/

Fenway Health. (2024a). *Świadoma zgoda na terapię hormonami feminizującymi*. https://web.archive.org/web/20240527145336/https:/fenwayhealth.org/wp-content/uploads/Consent_Form_for_Feminizing_Therapy.pdf

Fenway Health. (2024b). *Świadoma zgoda na terapię hormonami feminizującymi*. https://web.archive.org/web/20240527145318/https:/fenwayhealth.org/wp-content/uploads/Consent_Form_for_Masculinizing_Therapy.pdf

Fenway Health. (2025). *Ryzyko i korzyści związane z hamowaniem dojrzewania płciowego*. https://web.archive.org/web/20250109100916/https:/fenwayhealth.org/wp-content/uploads/Puberty-Suppression-Risks-and-Benefits-English.pdf

Ferguson, C. J. (2025). Czy eksperymenty w mediach społecznościowych dowodzą związku ze zdrowiem psychicznym: przegląd metodologiczny i metaanaliza. *Psychology of Popular Media*, *14*(2), 201–206.

Field R. I. (2008). Dlaczego regulacje dotyczące opieki zdrowotnej są tak złożone? *P & T: Czasopismo recenzowane poświęcone zarządzaniu wykazami leków refundowanych*, *33*(10), 607–608.

Figliolia, J. (2025, 18 kwietnia). Niebezpieczna i mętna logika medycyny płciowej. *City Journal*. https://www.city-journal.org/article/gender-medicine-trans-identifying-minors-wpath

Fisher, A. D., Ristori, J., Romani, A., Cassioli, E., Mazzoli, F., Cocchetti, C., Pierdominici, M., Marconi, M., Ricca, V., Maggi, M., Vignozzi, L. i Castellini, G. (2024). Powrót do przyszłości: Czy leczenie GnRHa u nastolatków transpłciowych i o różnej tożsamości płciowej jest jedynie przedłużoną fazą oceny? *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 109(*6), 1565–1579.

Wspólna komisja ds. przepisów/legislacji Rady Medycznej i Rady Medycyny Osteopatycznej stanu Floryda. (28 października 2022 r.). *Warsztaty Wspólnego Komitetu ds. Regulacji/Legislacji.* Florida Channel. https://thefloridachannel.org/videos/10-28-22-florida-boards-of-medicine-and-osteopathic-medicine-joint-rules-legislative-committee-rule-workshop/

Forcier, M., Van Schalkwyk, G. i Turban, J. (2020). *Tożsamość płciowa u dzieci: opieka potwierdzająca tożsamość płciową dla młodzieży transpłciowej i o zróżnicowanej tożsamości płciowej*. Springer.

Foulkes, L. i Andrews, J. L. (2023). Czy działania na rzecz świadomości zdrowia psychicznego przyczyniają się do wzrostu liczby zgłaszanych problemów związanych ze zdrowiem psychicznym? Wezwanie do przetestowania hipotezy inflacji częstości występowania. *New Ideas in Psychology*, *69*, 101010.

Fraser, L. (2009). Psychoterapia w *standardach opieki* Światowego Stowarzyszenia Profesjonalistów ds. Zdrowia Osób Transpłciowych: kontekst i zalecenia. *International Journal of Transgenderism*, *11*(2), 110–126.

Freedman, B. (16 lipca 1987). Równowaga i etyka badań klinicznych. *New England Journal of Medicine*, *317*, 141–145.

Futuyama, D. J. i Kirkpatrick. (2017). *Ewolucja*. Sinauer.

Gagnon, D. R., Zhang, T.-J., Brand, F. N. i Kannel, W. B. (1994). Hematokryt a ryzyko chorób sercowo-naczyniowych — badanie Framingham: 34-letnia obserwacja. *American Heart Journal*, *127*(3), 674–682.

Gawlik-Starzyk, A., Dora, M., Baran, D., Szostakiewicz, Ł., Trofimiuk-Müldner, M., Müldner-Nieckowski, Ł., Bielska-Brodziak, A., Adamczewska-Stachura, M., Antosz, A., Bajszczak, K., Barg, E., Barteczka-Eckert, B., Chodecka, A., Cichoń, L., Dobiała, E., Drosdzol-Cop, A., Fornalik, I., Holka-Pokorska, J., Iniewicz, G., … Grabski, B. (2025). Wytyczne ramowe dotyczące procesu opieki zdrowotnej nad nastoletnimi osobami transpłciowymi (T) i niebinarnymi (NB) doświadczającymi dysforii płciowej – stanowisko panelu ekspertów. *Endokrynologia Polska, 76(*1), 1–28.

Gecsoyler, S. (20 kwietnia 2024 r.). Hilary Cass ostrzegła przed zagrożeniami dla bezpieczeństwa po „nikczemnych" nadużyciach w związku z przeglądem usług NHS dotyczących płci. *The Guardian*. https://www.theguardian.com/society/2024/apr/20/doctor-hilary-cass-warned-of-threats-to-safety-after-vile-abuse-over-nhs-gender-services-review

Geis, G. M., Saunders, B. S., Hillard, P., Komitet ds. Bioetyki, Yeargin-Allsopp, M., Geis, G. M., Loeff, D. S., Michelson, K. N., Ott, M., Elster, N., Diekema, D. S., Arora, K., McGee, M., Emanuel, A., Rada ds. Dzieci Niepełnosprawnych, Noritz, G., Agrawal, R., Bell, D. S., Foster, J. E. A., … Komitet ds. Bioetyki. (2024). Badanie trwałej antykoncepcji dla dzieci, nastolatków i młodych dorosłych z zaburzeniami rozwoju intelektualnego: kwestie etyczne, prawne i medyczne: raport kliniczny. *Pediatria, 154(*5), e2024068955.

GenderGP. (2 marca 2021 r.). Ile osób rezygnuje z transformacji płciowej? Badanie rezygnacji z transformacji płciowej – Jack Turban. *GenderGP*. https://www.gendergp.com/exploring-detransition-with-dr-jack-turban/

Gender Health Training Institute. (b.d.). *Szkolenia*. https://www.genderhealthtraining.com/trainings/

Georges, E., Brown, E. C. B. i Cohen, R. S. (2024). Zakaz opieki potwierdzającej tożsamość płciową jako forma znęcania się nad dziećmi: zmiana perspektywy dyskusji. *Pediatrics*, *153*(1), e2023064292.

Niemieckie Towarzystwo Psychiatrii Dziecięcej i Młodzieżowej, Psychosomatyki i Psychoterapii (DGKJP). (2025). *Wytyczne AWMF: Niezgodność płciowa i dysforia płciowa u dzieci i młodzieży: diagnostyka i leczenie (S2k)*. Rejestr AWMF nr 028-014. Wersja 1.0. https://register.awmf.org/assets/guidelines/028-014l_S2k_Geschlechtsinkongruenz-Geschlechtsdysphorie-Kinder-Jugendliche-Diagnostik-Behandlung_2025-03_1.pdf

Getahun, D., Nash, R., Flanders, W. D., Baird, T. C., Becerra-Culqui, T. A., Cromwell, L., Hunkeler, E., Lash, T. L., Millman, A., Quinn, V. P., Robinson, B., Roblin, D., Silverberg, M. J., Safer, J., Slovis, J., Tangpricha, V. i Goodman, M. (2018).
Hormony płciowe i ostre zdarzenia sercowo-naczyniowe u osób transpłciowych: badanie kohortowe. *Annals of Internal Medicine*, *169*(4), 205.

Ghorayshi, A. (26 września 2022 r.). Coraz więcej nastolatków transpłciowych decyduje się na operację piersi. *New York Times*. https://www.nytimes.com/2022/09/26/health/top-surgery-transgender-teenagers.html

Ghorayshi, A. (3 sierpnia 2023 r.). Grupa medyczna popiera leczenie młodzieży w zakresie płci, ale wzywa do przeglądu badań. *New York Times*. https://www.nytimes.com/2023/08/03/health/aap-gender-affirming-care-evidence-review.html

Ghorayshi, A. (2023b, 23 sierpnia). Jak mała klinika zajmująca się kwestiami płci znalazła się w centrum burzy politycznej. *New York Times*. https://www.nytimes.com/2023/08/23/health/transgender-youth-st-louis-jamie-reed.html

Ghorayshi, A. (2024a, 13 maja). Hilary Cass twierdzi, że amerykańscy lekarze są „przestarzały" w kwestii medycyny płciowej młodzieży. *New York Times*. https://www.nytimes.com/2024/05/13/health/hilary-cass-transgender-youth-puberty-blockers.html

Ghorayshi, A. (2024b, 25 czerwca). Dokumenty pokazują, że urzędnicy Bidena naciskali na zniesienie ograniczeń wiekowych dotyczących operacji transpłciowych. *New York Times*. https://www.nytimes.com/2024/06/25/health/transgender-minors-surgeries.html

Ghorayshi, A. (2024c, 24 października). Badania amerykańskie dotyczące blokerów dojrzewania nie zostały opublikowane z powodów politycznych, twierdzi lekarz. *New York Times*. https://www.nytimes.com/2024/10/23/science/puberty-blockers-olson-kennedy.html

Giedinghagen, A. (2023). TikTok i (gdzie) wszystkie systemy działają: Choroby wywołane przez media społecznościowe i zespół Munchausena w Internecie jako modele wyjaśniające nieprawidłowe zachowania związane z mediami społecznościowymi. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *28*(1), 270–278.

Gill-Peterson, J. (2018). *Historie dzieci transpłciowych*. University of Minnesota Press.

Giordano, S., Garland, F. i Holm, S. (2021). Dysforia płciowa u nastolatków: czy nastolatki lub rodzice mogą wyrazić ważną zgodę na stosowanie leków blokujących dojrzewanie? *Journal of Medical Ethics*, *47*, 324–328.

GLAAD. (2023a, 14 lutego). (Aktualizacja) Ponad 180 dziennikarzy i współpracowników New York Timesa potępia stronnicze relacje na temat osób transpłciowych we wspólnym liście, a ponad 100 organizacji i znanych osobistości przyłącza się do tego apelu, powołując się na nieścisłe i krzywdzące relacje na temat osób transpłciowych w New York Timesie. https://glaad.org/releases/new-york-times-contributors-call-out-biased-coverage-of-transgender-people-in-joint-letter

GLAAD. (2023b, 21 kwietnia). *Jesse Singal*. Projekt odpowiedzialności GLAAD. https://glaad.org/gap/jesse-singal/

Glintborg, D., Christensen, L. L. i Andersen, M. S. (2024). Opieka zdrowotna dla osób transpłciowych: wyniki metaboliczne i ryzyko sercowo-naczyniowe. *Diabetologia*, *67*(11), 2393–2403.

Goetz, T. G. i Keuroghlian, A. S. (2023). *Opieka psychiatryczna potwierdzająca tożsamość płciową*. Wydawnictwo Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego.

Gomez-Lumbreras, A. i Villa-Zapata, L. (2024). Badanie bezpieczeństwa terapii hormonalnych potwierdzających płeć: badanie obserwacyjne dotyczące niepożądanych zdarzeń związanych ze stosowaniem leków z wykorzystaniem bazy danych systemu zgłaszania zdarzeń niepożądanych Agencji ds. Żywności i Leków. *Annals of Pharmacotherapy*, 10600280241231612.

Gonnabathula, K. P. i Yakubu, M. A. (2023). Wpływ hormonów płciowych na funkcje poznawcze i leczenie: przegląd. *International Journal of Medical, Pharmacy and Drug Research, 7*(3), 9–15.

Goodwin, R. D., Weinberger, A. H., Kim, J. H., Wu, M. i Galea, S. (2020). Trendy w zakresie lęku wśród dorosłych w Stanach Zjednoczonych w latach 2008–2018: gwałtowny wzrost wśród młodych dorosłych. *Journal of Psychiatric Research*, *130*, 441–446.

Gorin, M. (2024). Jaki jest cel pediatrycznej opieki „potwierdzającej płeć”? *Raport Centrum Hastings*, *54*(3), 35–50.

Rząd Alberty. (31 października 2024 r.). *Promowanie polityki wspierającej system opieki zdrowotnej*. https://www.alberta.ca/advancing-policies-to-support-the-health-care-system#:~:text=The%20prohibition%20on%20regulated%20health%20professio nals%20prescribing%20hormone%20therapies%20to,into%20effect%20in%20ea rly%202025.

Graham, R., Mancher, M., Miller Wolman, D., Greenfield, S. i Steinberg, E. (red.). (2011). *Clinical Practice Guidelines We Can Trust*. National Academies Press. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK209539/

Green, A. E., DeChants, J. P., Price, M. N. i Davis, C. K. (2022). Związek między terapią hormonalną potwierdzającą tożsamość płciową a depresją, myślami samobójczymi i próbami samobójczymi wśród młodzieży transpłciowej i niebinarnej. *Journal of Adolescent Health*, *70*(4), 643–649.

Green, R. (1966). Transseksualizm: aspekty mitologiczne, historyczne i międzykulturowe. W: H. Benjamin, *The Transsexual Phenomenon*. Julian Press.

Green, R., Roberts, C. W., Williams, K., Goodman, M. i Mixon, A. (1987). Specyficzne zachowania międzypłciowe w okresie dorastania a późniejsza orientacja homoseksualna. *British Journal of Psychiatry*, *151*, 84–88.

Greenson, R. R. (1964). O homoseksualizmie i tożsamości płciowej. *International Journal of Psycho-Analysis*, *45*, 217–219.

Gregory, A. (27 listopada 2021 r.). Rząd holenderski „szczerze przeprasza” za ustawę o uznaniu płci, która wymagała sterylizacji w celu uzyskania prawnego uznania. *The Independent*. https://www.independent.co.uk/news/world/europe/dutch-transgender-sterilisation-law-apology-b1965384.html

Gribble, K. (2025). Dezaktywizacja języka w badaniach i opiece zdrowotnej kobiet: historia marginalizacji nauki, imperializmu kulturowego i nadużywania władzy. W: L. Krauss (red.), *Wojna z nauką*. Post Hill Press.

Grimstad, F. W., Knoll, M. M. i Jacobson, J. D. (2021). Stosowanie oxandrolonu u młodzieży transpłciowej płci męskiej wydaje się zwiększać wzrost w wieku dorosłym: wstępne dowody. *LGBT Health*, *8*(4), 300–306.

Grynberg, M., Fanchin, R., Dubost, G., Colau, J.-C., Brémont-Weil, C., Frydman, R. i Ayoubi, J.-M. (2010). Histologia dróg rodnych i tkanki piersi po długotrwałym podawaniu testosteronu w populacji transseksualistów płci żeńskiej do męskiej. *Reproductive BioMedicine Online*, *20*(4), 553–558.

Gutiérrez-Sacristán, A., Serret-Larmande, A., Hutch, M. R., Sáez, C., Aronow, B. J., Bhatnagar, S., Bonzel, C.-L., Cai, T., Devkota, B., Hanauer, D. A., Loh, N. H. W., Luo, Y., Moal, B., Ahooyi, T. M., Njoroge, W. F. M., Omenn, G. S., Sanchez-Pinto, L. N., South, A. M., Sperotto, F., … Zucco, C. (2022). Hospitalizacje związane ze stanami zdrowia psychicznego wśród nastolatków w Stanach Zjednoczonych i Francji podczas pandemii COVID-19. *JAMA Network Open*, *5*(12), e2246548.

Guyatt, G. H. (2010). Drażliwy problem wytycznych i konfliktu interesów: potencjalne rozwiązanie. *Annals of Internal Medicine*, *152*(11), 738.

Guyatt, G. H., Cairns, J., Churchill, D., Cook, D., Haynes, B., Hirsh, J., Irvine, J., Levine, M., Levine, M. i Nishikawa, J. (1992). Medycyna oparta na dowodach naukowych: nowe podejście do nauczania praktyki medycznej. *JAMA, 268(*17), 2420–2425.

Guyatt, G. H., Oxman, A. D., Kunz, R., Brozek, J., Alonso-Coello, P., Rind, D., Devereaux, P. J., Montori, V. M., Freyschuss, B., Vist, G., Jaeschke, R., Williams, J. W., Murad, M. H., Sinclair, D., Falck-Ytter, Y., Meerpohl, J., Whittington, C., Thorlund, K., Andrews, J. i Schünemann, H. J. (2011). Wytyczne GRADE: 6. Ocena jakości dowodów — nieprecyzyjność. *Journal of Clinical Epidemiology, 64(*12), 1283–1293.

Guyatt, G. H., Oxman, A. D., Kunz, R., Woodcock, J., Brozek, J., Helfand, M., Alonso-Coello, P., Falck-Ytter, Y., Jaeschke, R., Vist, G., Akl, E. A., Post, P. N., Norris, S., Meerpohl, J., Shukla, V. K., Nasser, M. i Schünemann, H. J. (2011). Wytyczne GRADE: 8. Ocena jakości dowodów — pośredniość. *Journal of Clinical Epidemiology, 64(*12), 1303–1310.

Guyatt, G. H., Oxman, A. D., Kunz, R., Woodcock, J., Brozek, J., Helfand, M., Alonso-Coello, P., Glasziou, P., Jaeschke, R., Akl, E. A., Norris, S., Vist, G., Dahm, P., Shukla, V. K., Higgins, J., Falck-Ytter, Y. i Schünemann, H. J. (2011). Wytyczne GRADE: 7. Ocena jakości dowodów — niespójność. *Journal of Clinical Epidemiology, 64(*12), 1294–1302.

Guyatt, G. H., Oxman, A. D., Montori, V., Vist, G., Kunz, R., Brozek, J., Alonso-Coello, P., Djulbegovic, B., Atkins, D., Falck-Ytter, Y., Williams, J. W., Meerpohl, J., Norris, S. L., Akl, E. A. i Schünemann, H. J. (2011). Wytyczne GRADE: 5. Ocena jakości dowodów — stronniczość publikacji. *Journal of Clinical Epidemiology*, *64*(12), 1277–1282.

Guyatt, G. H., Oxman, A. D., Sultan, S., Glasziou, P., Akl, E. A., Alonso-Coello, P., Atkins, D., Kunz, R., Brozek, J., Montori, V., Jaeschke, R., Rind, D., Dahm, P., Meerpohl, J., Vist, G., Berliner, E., Norris, S., Falck-Ytter, Y., Murad, M. H. i Schünemann, H. J. (2011). Wytyczne GRADE: 9. Podnoszenie jakości dowodów. *Journal of Clinical Epidemiology, 64(*12), 1311–1316.

Guyatt, G. H., Oxman, A. D., Vist, G. E., Kunz, R., Falck-Ytter, Y., Alonso-Coello, P. i Schünemann, H. J. (2008). GRADE: Wyłaniający się konsensus w sprawie oceny jakości dowodów i siły zaleceń. *BMJ, 336(*7650), 924–926.

Guyatt, G. H., Oxman, A. D., Vist, G., Kunz, R., Brozek, J., Alonso-Coello, P., Montori, V., Akl, E. A., Djulbegovic, B. i Falck-Ytter, Y. (2011). Wytyczne GRADE: 4. Ocena jakości dowodów — ograniczenia badania (ryzyko błędu systematycznego). *Journal of Clinical Epidemiology*, *64*(4), 407–415.

Guyatt, G. H., Haynes, R. B., Jaeschke, R. Z., Cook, D. J., Green, L., Naylor, C. D., Wilson, M. C., Richardson, W. S., Grupa robocza ds. medycyny opartej na dowodach naukowych oraz Grupa robocza ds. medycyny opartej na dowodach naukowych. (2000). Przewodniki użytkownika po literaturze medycznej: XXV. Medycyna oparta na dowodach naukowych: Zasady stosowania przewodników użytkownika w opiece nad pacjentem. *JAMA, 284(*10), 1290–1296.

Guyatt, G. H., Hultcrantz, M., Agoritsas, T., Iorio, A., Vandvik, P. O. i Montori, V. M. (2025). Dlaczego potrzebny jest Core GRADE: Wprowadzenie do nowej serii w *BMJ*. *BMJ*, *389*, e081902.

Guyatt, G. H., Oxman, A. D., Kunz, R., Falck-Ytter, Y., Vist, G. E., Liberati, A. i Schünemann, H. J. (2008). Od dowodów do zaleceń. *BMJ (wydanie poświęcone badaniom klinicznym), 336(*7652), 1049–1051.

Guyatt, G. H., Rennie, D., Meade, M. i Cook, D. (red.). (2015). *Przewodnik użytkownika po literaturze medycznej: Podstawy praktyki klinicznej opartej na dowodach naukowych* (wydanie trzecie). McGraw-Hill Education.

Hacking, I. (1998). *Szaleni podróżnicy: refleksje na temat rzeczywistości przejściowych chorób psychicznych*. University of Virginia Press.

Haidt, J. (2024). *Pokolenie niespokojne: jak wielka przemiana dzieciństwa powoduje epidemię chorób psychicznych*. Penguin Press.

Haig, D. (2023). O pochodzeniu tożsamości płciowej. *Archives of Sexual Behavior*, *52*(7), 2717–2718.

Haim, E. (12 stycznia 2024 r.). Nie na mojej zmianie: informator ds. „opieki potwierdzającej tożsamość płciową" zabiera głos. *City Journal*. https://www.city-journal.org/article/a-whistleblower-on-gender-affirming-care-speaks-out

Hall, R. C. W., Hall, R. C. W. i Chapman, M. J. (2005). Powikłania psychiatryczne związane z nadużywaniem sterydów anabolicznych. *Psychosomatics*, *46*(4), 285–290.

Hall, R., Taylor, J., Hewitt, C. E., Heathcote, C., Jarvis, S. W., Langton, T. i Fraser, L. (2024). Wpływ transformacji społecznej w odniesieniu do płci na dzieci i młodzież: przegląd systematyczny. *Archives of Disease in Childhood*, *109*(Suppl 2), s12-s18.

Hallyburton, A. (2022). Diagnostic overshadowing: An evolutionary concept analysis on the misattribution of physical symptoms to pre-existing psychological illnesses. *International Journal of Mental Health Nursing*, *31*(6), 1360–1372.

Haltigan, J. D., Pringsheim, T. M. i Rajkumar, G. (2023). Media społecznościowe jako inkubator psychopatologii osobowości i zachowań: autentyczność objawów i zaburzeń czy psychosomatyczna zaraźliwość społeczna? *Comprehensive Psychiatry*, *121*, 152362.

Hamburger, C. (1953). Pragnienie zmiany płci na podstawie osobistych listów od 465 mężczyzn i kobiet. *Acta Endocrinologica*, *14*(4), 361–375.

Hamburger, C., Copenhagen, G. K., Sturup, Herstedvester i Dahl-Iversen. (1953). Transwestytyzm: Leczenie hormonalne, psychiatryczne i chirurgiczne. *Journal of the American Medical Association*, *152*(5), 391.

Hamedani, A. (3 listopada 2014 r.). Osoby homoseksualne zmuszane do zmiany płci. *BBC News*. https://www.bbc.com/news/magazine-29832690

Hannema, S. E., Busiah, K., Butler, G., Claahsen-van De Grinten, H. L., Cools, M., Gawlik-Starzyk, A. M., Klink, D., Main, K. M., Martinerie, L., Richter-Unruh, A., Skordis, N. i De Vries, M. C. (2024). Leczenie endokrynologiczne nastolatków transpłciowych i o różnej tożsamości płciowej: opinia ekspertów grupy roboczej ESPE ds. niezgodności płciowej oraz głównej grupy tematycznej Endo-ERN ds. rozwoju i dojrzewania płciowego. *Badania hormonalne w pediatrii,* 1–41. https://doi.org/10.1159/000542904

Hansen, M. V., Giraldi, A., Main, K. M., Tingsgård, J. V. i Ewers, M. (2023). Sundhedsfaglige tilbud til børn og unge med kønsubehag [Usługi opieki zdrowotnej dla dzieci i młodzieży z dysforią płciową]. *Ugeskrift for Laeger*, *185*(77), V11220740.

Hansford, A. (10 czerwca 2024 r.). Dwie organizacje antytranspłciowe uznane przez organizację charytatywną zajmującą się prawami obywatelskimi za „grupy szerzące nienawiść”. *Pink News*. https://www.thepinknews.com/2024/06/10/anti-trans-organisations-hate-groups-southern-poverty-law-center/

Hardin, A. P., Hackell, J. M., Komitet ds. Praktyki i Medycyny Ambulatoryjnej, Simon, G. R., Boudreau, A. D. A., Baker, C. N., Barden, G. A., III, Meade, K. E., Moore, S. B. i Richerson, J. (2017). Granica wieku w pediatrii. *Pediatria*, *140*(3), e20172151.

Hare, D. L. (2023). Funkcjonowanie psychospołeczne młodzieży transpłciowej po terapii hormonalnej [list do redakcji]. *New England Journal of Medicine*, *389*(16), 1537.

Harmon, A. (4 grudnia 2024 r.). Od 2021 r. 26 stanów wprowadziło ograniczenia dotyczące zabiegów zmiany płci u nieletnich. *New York Times*. https://www.nytimes.com/2024/12/04/us/gender-transition-bans-states.html

Hariton, E. i Locascio, J. J. (2018). Randomizowane badania kontrolowane – złoty standard badań nad skutecznością. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *125*(13), 1716.

Harris, G. i Carey, B. (8 czerwca 2008 r.). Naukowcy nie ujawniają pełnych wynagrodzeń za leki. *New York Times*. https://www.nytimes.com/2008/06/08/us/08conflict.html

Harris, R. M., Kolaitis, I. N. i Frader, J. E. (2020). Kwestie etyczne związane z zachowaniem płodności młodzieży transpłciowej. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, *37*(10), 2453–2462.

Międzynarodowe Stowarzyszenie Dysforii Płciowej im. Harry'ego Benjamina. (12 lutego 1979 r.). *Standardy opieki: hormonalna i chirurgiczna zmiana płci u osób z dysforią płciową,* wersja 1.

Międzynarodowe Stowarzyszenie Dysforii Płciowej im. Harry'ego Benjamina. (Luty 2001). *Standardy opieki nad osobami z zaburzeniami tożsamości płciowej,* wersja szósta. https://www.cpath.ca/wp-content/uploads/2009/12/WPATHsocv6.pdf

Harvard Medical School. (b.d.). *Doskonalenie opieki zdrowotnej nad osobami transpłciowymi: kurs dla całego zespołu opieki*. https://cmecatalog.hms.harvard.edu/advancing-excellence-transgender-health

Haslam, N. (2016). Efekty pętli i rozszerzająca się koncepcja zaburzeń psychicznych. *Journal of Psychopathology*, *22*(1), 4–9.

Hatzenbuehler, M. L. i Pachankis, J. E. (2016). Stygmatyzacja i stres mniejszości jako społeczne determinanty zdrowia wśród młodzieży lesbijskiej, gejowskiej, biseksualnej i transpłciowej: dowody badawcze i implikacje kliniczne. *Pediatric Clinics*, *63*(6), 985–997.

Havelock Ellis, H. (1937). *Studies in the Psychology of Sex* (tom 2). Random House.

Havens, J. F., Marr, M. C. i Hirsch, E. (2022). Artykuł redakcyjny: Od choroby afektywnej dwubiegunowej do zaburzeń regulacji nastroju: Wyzwania związane ze specyfiką diagnostyki i leczenia młodzieży po traumatycznych przeżyciach. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *61*(3), 364–365.

Zdrowie i opieka społeczna. (19 lutego 2025 r.). *Definicje oparte na płci*. https://womenshealth.gov/article/sex-based-definitions

Rada Zdrowia Holandii. (13 maja 2024 r.). Adviesaanvraag minister voor Medische Zorg over transgenderzorg [Wniosek o poradę ministra ds. opieki medycznej w sprawie opieki nad osobami transpłciowymi]. https://www.gezondheidsraad.nl/documenten/adviesaanvragen/2024/05/13/adviesaanvraag-minister-voor-mz-over-transgenderzorg

Heathcote, C., Taylor, J., Hall, R., Jarvis, S. W., Langton, T., Hewitt, C. E. i Fraser, L. (2024). Interwencje wsparcia psychospołecznego dla dzieci i młodzieży doświadczających dysforii płciowej lub niezgodności płciowej: przegląd systematyczny. *Archives of Disease in Childhood*, *109*, s19–s32.

Heino, E., Fröjd, S., Marttunen, M. i Kaltiala, R. (2023). Tożsamość transpłciowa wiąże się z poważnymi myślami samobójczymi wśród fińskich nastolatków. *Międzynarodowe czasopismo poświęcone medycynie i zdrowiu nastolatków*, *35*(1), 101–108.

Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P., Delemarre-van de Waal, H. A., Gooren, L. J., Meyer, W. J., Spack, N. P., Tangpricha, V. i Montori, V. M. (2009). Leczenie endokrynologiczne osób transseksualnych: wytyczne kliniczne Towarzystwa Endokrynologicznego. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 94(*9), 3132–3154.

Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L., Hannema, S. E., Meyer, W. J., Murad, M. H., Rosenthal, S. M., Safer, J. D., Tangpricha, V. i T'Sjoen, G. G. (2017). Leczenie endokrynologiczne osób z dysforią płciową/niezgodnością płciową: wytyczne kliniczne Towarzystwa Endokrynologicznego. *Endocrine Practice, 23(*12), 1437–1437.

Herdt, G. (1996). *Trzecia płeć, trzecia tożsamość płciowa: poza dymorfizmem płciowym w kulturze i historii*. Zone Books.

Hertoft, P. i Sørensen, T. (1979). Transseksualizm: kilka uwag opartych na doświadczeniach klinicznych. W: R. Porter i J. Whelan (red.), *Ciba Foundation Symposium 62 – Sex, Hormones and Behaviour*. Wiley.

Hidalgo, M. A., Chen, D., Tishelman, A. C., Olson-Kennedy, J., Chan, Y.-M., Garofalo, R., Petras, H., Rosenthal, S. M. i Ehrensaft, D. (2024). Różnorodność płciowa w dzieciństwie a zdrowie psychiczne: protokół długoterminowego projektu obserwacyjnego Gender Journey Project. *JMIR Research Protocols, 13,* e55558.

Hidalgo, M. A., Ehrensaft, D., Tishelman, A. C., Clark, L. F., Garofalo, R., Rosenthal, S. M., Spack, N. P. i Olson, J. (2013). Model afirmacji płci: co wiemy i czego chcemy się dowiedzieć. *Human Development, 56(*5), 285–290.

Higgins, J. P. T., Chandler, J., Cumpston, J., Li, T., Page, M. J. i Welch, V. A. (red.). (2019). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions (*2. wyd.). John Wiley & Sons Ltd. https://training.cochrane.org/handbook/current

Higgins, J., Thomas, J., Higgins, J., Cumpston, M., Li, T., Page, M. i Welch, V. (red.). (2024). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*, wersja 6.5. Cochrane. https://training.cochrane.org/handbook/current/chapter-01

Hisle-Gorman, E., Schvey, N. A., Adirim, T. A., Rayne, A. K., Susi, A., Roberts, T. A. i Klein, D. A. (2021). Korzystanie z opieki psychiatrycznej przez młodzież transpłciową przed i po leczeniu potwierdzającym. *Journal of Sexual Medicine*, *18*(8), 1444-1454.

Hodge, R. S. (1950). Medyczno-prawne aspekty leczenia przestępców seksualnych, wraz z omówieniem metody leczenia za pomocą ekstraktów gruczołowych. *Medico-Legal Journal*, *18*(4), 130–144.

Hoffman, B. D. (23 maja 2024 r.). Odnośnie „Rosnącej przepaści w medycynie płciowej młodzieży”. *New York Times*. https://www.nytimes.com/2024/05/23/opinion/biden-trump-polls.html

Hoffmann-Eßer, W., Siering, U., Neugebauer, E. A. M., Brockhaus, A. C., McGauran, N. i Eikermann, M. (2018). Ocena wytycznych za pomocą AGREE II: ankieta internetowa dotycząca potencjalnego wpływu pozycji AGREE II na ogólną ocenę jakości wytycznych i zalecenia dotyczące ich stosowania. *BMC Health Services Research, 18(*1), 143.

Hollinsaid, N. L., Weisz, J. R., Chorpita, B. F., Skov, H. E. i Price, M. A. (2020). Skuteczność i akceptowalność terapii opartych na dowodach naukowych w przypadku młodzieży należącej do mniejszości płciowych w czterech randomizowanych badaniach kontrolowanych. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *88*(12), 1053–1064.

Hooven, C. K. (2023). Wolność akademicka to sprawiedliwość społeczna: płeć, gender i kultura odrzucenia na kampusie. *Archiwum Zachowań Seksualnych*, *52*(1), 35–41.

Komisja Sądownicza Izby Reprezentantów (Kongres Stanów Zjednoczonych). (9 kwietnia 2025 r.). *Ogłoszenie o przesłuchaniu: „Zakończenie wojny prawnej przeciwko sygnalistom, którzy chronią dzieci”.* https://judiciary.house.gov/committee-activity/hearings/ending-lawfare-against-whistleblowers-who-protect-children-0

Hughes, L. D., King, W. M., Gamarel, K. E., Geronimus, A. T., Panagiotou, O. A. i Hughto, J. M. W. (2022). Różnice w śmiertelności z wszystkich przyczyn wśród osób transpłciowych i niebędących transpłciowymi objętych prywatnym ubezpieczeniem. *Demography, 59(*3), 1023–1043.

Hughes, M. (2024). Akta WPATH. *Postęp środowiskowy*. https://environmentalprogress.org/s/WPATH-Report-and-Files111.pdf

Hughes L. D., Charlton B. M., Berzansky I., Corman J. D. (2025). Leki potwierdzające tożsamość płciową wśród nastolatków transpłciowych w Stanach Zjednoczonych, 2018-2022. *JAMA Pediatrics*, *179*(3), 342–344.

Hull, M. i Parnes, M. (2021). Tiki i TikTok: Funkcjonalne tiki rozprzestrzeniające się w mediach społecznościowych. *Movement Disorders Clinical Practice*, *8*(8), 1248–1252.

Kampania na rzecz praw człowieka. (b.d.). *Mapa: Ataki na opiekę potwierdzającą tożsamość płciową według stanu*. https://www.hrc.org/resources/attacks-on-gender-affirming-care-by-state-map

Hunter, J., Butler, C. i Cooper, K. (2021). Stres związany z mniejszością płciową u nastolatków i młodych ludzi transpłciowych i o różnej tożsamości płciowej. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, *26*(4), 1182–1195.

Hutchinson, A., Midgen, M. i Spiliadis, A. (2020). Na rzecz badań nad dysforią płciową o szybkim początku. *Archiwum zachowań seksualnych*, *49*(1), 79–80.

Szkoła Medyczna Icahn na Mt. Sinai. (b.d.-a). *Program stypendialny Mount Sinai Transgender Surgical Fellowship*. https://icahn.mssm.edu/education/residencies-fellowships/list/transgender-surgical-fellowship

Szkoła Medyczna Icahn przy Mt. Sinai. (b.d.-b). *Stypendium z zakresu psychiatrii transpłciowej w szpitalu Mount Sinai*. https://icahn.mssm.edu/education/residencies-fellowships/list/transgender-psychiatry-fellowship

Irwig, M. S. (2018). Zdrowie układu sercowo-naczyniowego u osób transpłciowych. *Recenzje zaburzeń endokrynologicznych i metabolicznych*, *19*(3), 243–251.

Irwig, M. S. (2022). Detransicje wśród osób transpłciowych i o różnej tożsamości płciowej – zjawisko coraz częstsze i coraz bardziej złożone. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *107*(10), e4261-e4262.

Włoska Narodowa Komisja Bioetyki. (22 listopada 2024 r.). Risposta al quesito del Ministero della Salute sull'utilizzo della triptorelina nel caso di diagnosi di „disforia di genere" [Zastosowanie tryptoreliny w leczeniu zaburzeń dojrzewania]. https://bioetica.governo.it/media/ymhlpqt4/abstract-triptorelina.pdf

Jackson, D. (2023). Wyniki związane z samobójstwami po leczeniu potwierdzającym tożsamość płciową: przegląd. *Cureus*, *15*(3), e36425.

Jackson, S. S., Brown, J., Pfeiffer, R. M., Shrewsbury, D., O'Callaghan, S., Berner, A. M., Gadalla, S. M. i Shiels, M. S. (2023). Analiza śmiertelności wśród osób transpłciowych i o różnej tożsamości płciowej w Anglii. *JAMA Network Open,* 6*(*1), e2253687.

Jacobsen, K. (2024). Priorytetowa rola autonomii osób transpłciowych nad autorytetem medycznym w opiece potwierdzającej tożsamość płciową: rola ryzyka i niepewności. *Biuletyn stosowanych badań nad transpłciowością*, *2*(1–2), 1–19.

Jacoby, S. (25 lutego 2022 r.). Czym jest opieka potwierdzająca tożsamość płciową? Wyjaśnia admirał Rachel Levine. *Today*. https://www.today.com/health/health/gender-affirming-care-admiral-rachel-levine-rcna17677

James, S. E., Herman, J. L., Rankin, S., Keisling, M., Mottet, L. i Anafi, M. (2015). *Raport z badania* dotyczącego *osób transpłciowych w Stanach Zjednoczonych w 2015 r.* Krajowe Centrum Równości Osób Transpłciowych. https://transequality.org/sites/default/files/docs/usts/USTS-Full-Report-Dec17.pdf

Janssen, D. F. (2023). Kto wynalazł tożsamość płciową? *Archiwum zachowań seksualnych*, *52*, 2713-2716.

Jarin, J., Pine-Twaddell, E., Trotman, G., Stevens, J., Conard, L. A., Tefera, E. i Gomez-Lobo, V. (2017). Hormony płciowe i parametry metaboliczne u nastolatków z dysforią płciową. *Pediatria*, *139*(5), e20163173.

Jedrzejewski, B. Y., Marsiglio, M. C., Guerriero, J., Penkin, A., OHSU Transgender Health Program „Regret and Request for Reversal" workgroup, & Berli, J. U. (2023). „Żal po operacji potwierdzającej płeć – multidyscyplinarne podejście do wieloaspektowych doświadczeń pacjentów". *Chirurgia plastyczna i rekonstrukcyjna, 152(*1), 206-214.

Jenkins, P. i Panozzo, D. (2024). „Etyczna opieka w tajemnicy": dane jakościowe z międzynarodowej ankiety przeprowadzonej wśród terapeutów eksploracyjnych pracujących z klientami kwestionującymi swoją tożsamość płciową. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *50*(5), 557–582.

Jensen, R. K., Jensen, J. K., Simons, L. K., Chen, D., Rosoklija, I. i Finlayson, C. A. (2019). Wpływ równoczesnego leczenia agonistami hormonu uwalniającego gonadotropinę na dawkę i skutki uboczne terapii hormonalnej potwierdzającej płeć u nastoletnich pacjentów transpłciowych. *Transgender Health,* 4*(*1), 300–303.

Jeppesen, P., Wolf, R. T., Nielsen, S. M., Christensen, R., Plessen, K. J., Bilenberg, N., Thomsen, P. H., Thastum, M., Neumer, S.-P., Puggaard, L. B., Agner Pedersen, M. M., Pagsberg, A. K., Silverman, W. K. i Correll, C. U. (2021). Skuteczność transdiagnostycznej psychoterapii poznawczo-behawioralnej w porównaniu ze standardowym postępowaniem w przypadku młodzieży z powszechnymi problemami zdrowia psychicznego: randomizowane badanie kliniczne. *JAMA Psychiatry*, *78*(3), 250.

Johns, M. M., Lowry, R., Andrzejewski, J., Barrios, L. C., Demissie, Z., McManus, T., Rasberry, C. N., Robin, L. i Underwood, J. M. (2019). Tożsamość transpłciowa a doświadczenia związane z przemocą, używaniem substancji psychoaktywnych, ryzykiem samobójstwa i ryzykownymi zachowaniami seksualnymi wśród uczniów szkół średnich – 19 stanów i duże miejskie okręgi szkolne, 2017 r. *MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report, 68(*3), 67–71.

Johnstone, L. (2018). Formułowanie psychologiczne jako alternatywa dla diagnozy psychiatrycznej. *Journal of Humanistic Psychology*, *58*(1), 30–46.

Jones, S., Howard, L. i Thornicroft, G. (2008). „Diagnostic overshadowing": gorsza opieka zdrowotna dla osób z chorobami psychicznymi. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *118*, 169–171.

Jorgensen, C. (1967). *Christine Jorgensen: A Personal Autobiography*. Paul S. Eriksson.

Jorgensen, S. C. J. (2023a). Szkody jatrogenne w medycynie płciowej. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *49*(8), 939-944.

Jorgensen, S. C. J. (2023b). Żal związany z transformacją i powrót do poprzedniej płci: znaczenie i niepewność. *Archives of Sexual Behavior*, *52*, 2173–2184

Jorgensen, S. C. J. (2023c). Funkcjonowanie psychospołeczne młodzieży transpłciowej po terapii hormonalnej [list do redakcji]. *New England Journal of Medicine*, *389*(16), 1537–1538.

Jorgensen, S. C. J., Hunter, P. K., Regenstreif, L., Sinai, J. i Malone, W. J. (2022). Leki blokujące dojrzewanie płciowe u młodzieży z dysforią płciową: brak solidnych podstaw naukowych. *Journal of the American College of Clinical Pharmacy*, *1005–1007*(9), 3.

Jorgensen, S. i Masson, C. (18 maja 2024 r.). Leki blokujące dojrzewanie płciowe stosowane w przypadku dysforii płciowej a zasada otwartej przyszłości. *Impact Ethics*. https://impactethics.ca/2024/05/18/puberty-blockers-for-gender-dysphoria-and-the-open-future-principle/

Joseph, J. (26 czerwca 2024 r.). Urzędnicy Bidena naciskali na zniesienie ograniczeń wiekowych dotyczących operacji zmiany płci u nieletnich: Raport. *Fox News*. https://www.foxnews.com/politics/biden-officials-pushed-drop-age-limit-trans-surgeries-minors-report

Joseph, T., Ting, J. i Butler, G. (2019). Wpływ leczenia analogami GnRH na gęstość mineralną kości u młodych nastolatków z dysforią płciową: wyniki badań przeprowadzonych na dużej grupie pacjentów w całym kraju. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*, *32*(10), 1077–1081.

Joyce, H. (2021). *Trans: When Ideology Meets Reality*. Oneworld.

Kaiser Permanente. (2023). *UR 65 Procedury potwierdzające tożsamość płciową Kryteria medycznej konieczności*. https://web.archive.org/web/20250116062211/https://healthy.kaiserpermanente.org/content/dam/kporg/final/documents/health-plan-documents/coverage-information/clinical-review-gender-affirming-procedures-nw.pdf

Kale, M. S. i Korenstein, D. (2018). Nadmierna diagnoza w podstawowej opiece zdrowotnej: zdefiniowanie problemu i znalezienie rozwiązań. *BMJ*, *362*.

Kaliebe, K. i Johnson, N. (7 maja 2024 r.). Ekskluzywne: Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne odrzuca opartą na dowodach prezentację dotyczącą medycyny płciowej. *Restore Childhood*. https://restorechildhood.substack.com/p/exclusive-the-american-psychiatric

Kaltiala, R. (30 października 2023 r.). Opieka potwierdzająca tożsamość płciową jest niebezpieczna: wiem to, ponieważ pomagałem ją wprowadzać. *The Free Press*. https://www.thefp.com/p/gender-affirming-care-dangerous-finland-doctor

Kaltiala, R., Heino, E., Työläjärvi, M. i Suomalainen, L. (2020). Rozwój nastolatków i funkcjonowanie psychospołeczne po rozpoczęciu terapii hormonami płciowymi w przypadku dysforii płciowej. *Nordic Journal of Psychiatry*, *74*(3), 213–219.

Kaltiala, R., Holttinen, T. i Tuisku, K. (2023). Czy potrzeby psychiatryczne osób ubiegających się o zmianę płci zmieniły się wraz ze wzrostem ich liczby? Badanie rejestrowe w Finlandii. *European Psychiatry*, *66*(1), e93.

Kaltiala-Heino, R., Bergman, H., Työläjärvi, M. i Frisen, L. (2018). Dysforia płciowa w okresie dojrzewania: aktualne perspektywy. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, *9*, 31–41.

Kaltiala-Heino, R. i Lindberg, N. (2019). Tożsamość płciowa w populacji nastolatków: kwestie metodologiczne i częstość występowania w różnych grupach wiekowych. *European Psychiatry*, *55*, 61–66.

Kaltiala-Heino, R., Sumia, M., Työläjärvi, M. i Lindberg, N. (2015). Dwa lata świadczenia usług w zakresie tożsamości płciowej dla nieletnich: nadmierna reprezentacja dziewcząt urodzonych jako kobiety z poważnymi problemami w rozwoju młodzieżowym. *Psychiatria dziecięca i młodzieżowa oraz zdrowie psychiczne*, *9*(1), 9.

Karakılıç Özturan, E., Öztürk, A. P., Baş, F., Erdoğdu, A. B., Kaptan, S., Kardelen, A. D., Poyrazoğlu, Ş., Yıldız, M., Direk, N., Yüksel, Ş. i Darendeliler, F. (2023a). Podejście endokrynologiczne do nastolatków z dysforią płciową: doświadczenia oddziału endokrynologii dziecięcej w ośrodku trzeciego stopnia referencyjności w Turcji. *Journal of Clinical Research in Pediatric Endocrinology*, *15*(3), 276–284.

Karakılıç Özturan, E., Öztürk, A. P., Baş, F., Erdoğdu, A. B., Kaptan, S., Kardelen Al, A. D., Poyrazoğlu, Ş., Yıldız, M., Direk, N., Yüksel, Ş. i Darendeliler, F. (2023b). W odpowiedzi na: „List do: Endokrynologiczne podejście do nastolatków z dysforią płciową: doświadczenia oddziału endokrynologii dziecięcej w ośrodku trzeciego stopnia referencyjności w Turcji". *Journal of Clinical Research in Pediatric Endocrinology, 15(*4), 451–452.

Karalexi, M. A., Georgakis, M. K., Dimitriou, N. G., Vichos, T., Katsimpris, A., Petridou, E. Th. i Papadopoulos, F. C. (2020). Leczenie hormonalne potwierdzające tożsamość płciową a funkcje poznawcze u młodych osób transpłciowych: przegląd systematyczny i metaanaliza. *Psychoneuroendocrinology*, *119*, 104721.

Kates, G. (2001). *Monsieur d'Eon Is a Woman: A Tale of Political Intrigue and Sexual Masquerade*. Johns Hopkins University Press.

Keenan, A. i Lovett, R. (24 lutego 2025 r.). Co najmniej dwie osoby powiązane z Uniwersytetem Nowojorskim zaangażowane w organizacje promujące praktyki antytranspłciowe. *Washington Square News*. https://nyunews.com/features/news/2025/02/24/affiliates-tied-to-anti-trans-practices/

Kepp, K. P., Aavitsland, P., Ballin, M., Balloux, F., Baral, S., Bardosh, K., Bauchner, H., Bendavid, E., Bhopal, R., Blumstein, D. T., Boffetta, P., Bourgeois, F., Brufsky, A., Collignon, P. J., Cripps, S., Cristea, I. A., Curtis, N., Djulbegovic, B., Faude, O.,
… Ioannidis, J. P. A. (2024). Panel stacking is a threat to consensus statement validity. *Journal of Clinical Epidemiology*, *173*, 111428.

Keyes, K. M. i Platt, J. M. (2024). Roczny przegląd badań: Płeć biologiczna, płeć społeczna i zaburzenia internalizacyjne wśród nastolatków w XXI wieku – trendy, przyczyny, konsekwencje. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, and Allied Disciplines*, *65*(4), 384–407.

Khatchadourian, K., Amed, S. i Metzger, D. L. (2014). Postępowanie kliniczne w przypadku młodzieży z dysforią płciową w Vancouver. *Journal of Pediatrics*, *164*(4), 906–911.

Kidd, K. M. i Sequeira, G. M. (2024). Błędne informacje dotyczące zaprzestania leczenia i żalu wśród nastolatków otrzymujących opiekę potwierdzającą tożsamość płciową. *Journal of Adolescent Health, 75*(5), 698–699.

Kimberly, L. L., Folkers, K. M., Friesen, P., Sultan, D., Quinn, G. P., Bateman-House, A., Parent, B., Konnoth, C., Janssen, A., Shah, L. D., Bluebond-Langner, R. i Salas-Humara, C. (2018). Kwestie etyczne w opiece nad młodzieżą potwierdzającej tożsamość płciową. *Pediatria*, *142*(6), e20181537.

Kingsbury, I. i Greene, J. (styczeń 2025). Podwójne standardy w opiece potwierdzającej tożsamość płciową. *City Journal*. https://www.city-journal.org/article/gender-affirming-care-type-2-diabetes-crisis

Klaver, M., De Mutsert, R., Van Der Loos, M. A. T. C., Wiepjes, C. M., Twisk, J. W. R., Den Heijer, M., Rotteveel, J. i Klink, D. T. (2020). Leczenie hormonalne a profil ryzyka sercowo-naczyniowego u nastolatków transpłciowych. *Pediatrics, 145(*3), e20190741.

Klaver, M., de Mutsert, R., Wiepjes, C. M., Twisk, J. W. R., den Heijer, M., Rotteveel, J. i Klink, D. T. (2018). Wczesna terapia hormonalna wpływa na skład ciała i sylwetkę młodych nastolatków transpłciowych. *Journal of Sexual Medicine, 15(*2), 251–260.

Klink, D., Caris, M., Heijboer, A., van Trotsenburg, M. i Rotteveel, J. (2015). Masa kostna u młodych dorosłych po leczeniu analogami hormonu uwalniającego gonadotropinę i leczeniu hormonami płciowymi u nastolatków z dysforią płciową. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 100(*2), E270–E275.

Klipstein, S., Fallat, M. E., Savelli, S., Komitet Bioetyki, Sekcja Hematologii/Onkologii i Sekcja Chirurgii. (2020). Zachowanie płodności u dzieci i młodzieży chorych na nowotwory: kwestie medyczne i etyczne. *Pediatrics*, *145*(3), e20193994.

Korte, A., Goecker, D., Krude, H., Lehmkuhl, U., Grüters-Kieslich, A. i Beier, K. M. (2008). Zaburzenia tożsamości płciowej w dzieciństwie i okresie dojrzewania. *Deutsches Ärzteblatt International*, *105*(48), 834–841.

Kota, A. S. i Ejaz, S. (2023). Przedwczesne dojrzewanie płciowe. W: *StatPearls*. StatPearls Publishing. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544313/

Kozlowska, K., Ambler, G. R., Dechêne, S., Almaraz Almaraz, M. C., Eliacheff, C., Entwistle, K., Esteva de Antonio, I., Gómez Gil, E., Hofman, P., Hunter, P., Kaltiala, R., Koener, B., Landén, M., Ledrait, A., Maguire, A. M., Masson, C., O'Malley, S., Raven, M., Ryan, H., … Scher, S. (2024). Ewolucja krajowych wytycznych dotyczących leczenia dzieci i młodzieży z dysforią płciową: perspektywy międzynarodowe. *Human Systems,* 5*(*2), 89-152.

Kozlowska, K., Chudleigh, C., McClure, G., Maguire, A. M. i Ambler, G. R. (2021). Wzorce przywiązania u dzieci i młodzieży z dysforią płciową. *Frontiers in Psychology*, *11*, 582688.

Kreukels, B. P. C., Köhler, B., Nordenström, A., Roehle, R., Thyen, U., Bouvattier, C., de Vries, A. L. C., Cohen-Kettenis, P. T., Köhler, B., Cohen-Kettenis, P., de Vries, A., Arlt, W., Wiesemann, C., Slowikowska-Hilczer, J., de la Perriere, A. B., Sultan, C., Paris, F., Bouvattier, C., Thyen, U., … Szarras-Czapnik, M. (2018). Dysforia płciowa i zmiana płci w zaburzeniach rozwoju płciowego/stanach interseksualnych: Wyniki badania DSD-LIFE. *Journal of Sexual Medicine, 15(*5), 777–785.

Kuiper, B. i Cohen-Kettenis, P. (1988). Operacja zmiany płci: badanie 141 holenderskich transseksualistów. *Archives of Sexual Behavior*, *17*(5), 439–457.

Kukla, Q. R. (2024). Zdrowie, elitarne podejście i pułapki rozszerzonej koncepcji zdrowia. W: M. Schermer & N. Binney (red.), *Pragmatyczne podejście do konceptualizacji zdrowia i choroby*. Springer International Publishing.

Kulatunga Moruzi, C. i Lawler, J. (2024). Słabości pamięci: implikacje dla terapeutów leczących młodzież z dysforią płciową. *Journal of Sex &Marital Therapy*, *51*(1), 110–125.

Kulatunga-Moruzi, C. (2023). Badania i analizy przeprowadzone przez Turban i in. nie obalają teorii o szybkim wystąpieniu dysforii płciowej. *Journal of Adolescent Health*, *73*(6), 1162.

Kuohung, W. i Hornstein, M. D. (31 maja 2024 r.). Niepłodność kobiet: przyczyny. *UpToDate*. https://www.uptodate.com/contents/female-infertility-causes

Kuper, L. E., Stewart, S., Preston, S., Lau, M. i Lopez, X. (2020). Niezadowolenie z wyglądu ciała i skutki dla zdrowia psychicznego młodzieży stosującej terapię hormonalną potwierdzającą tożsamość płciową.
Pediatria, *145*(4), e20193006.

Laidlaw, M. K. i Jorgensen, S. (2024). Badanie bezpieczeństwa hormonalnych terapii potwierdzających tożsamość płciową: badanie obserwacyjne dotyczące niepożądanych zdarzeń związanych ze stosowaniem leków z wykorzystaniem bazy danych systemu zgłaszania zdarzeń niepożądanych Agencji ds. Żywności i Leków. *Annals of Pharmacotherapy*, 10600280241278913.

Laidlaw, M. K., Lahl, J. i Thompson, A. (2025). Zachowanie płodności: czy istnieje model dla młodzieży z dysforią płciową? *Frontiers in Endocrinology*, *16*, 1386716.

Laidlaw, M. K., Van Meter, Q. L., Hruz, P. W., Van Mol, A. i Malone, W. J. (2019). List do redakcji: „Leczenie endokrynologiczne osób z dysforią płciową/niezgodnością płciową: wytyczne kliniczne Towarzystwa Endokrynologicznego". *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism,* 104(3), 686–687.

Laidlaw, M. K., Van Mol, A., Van Meter, Q. i Hansen, J. E. (2021). List do redakcji od Laidlaw i in.: „Erytrocytoza w dużej grupie mężczyzn transpłciowych stosujących testosteron: długoterminowe badanie follow-up dotyczące częstości występowania, czynników determinujących i lat ekspozycji". *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism,* dgab514.

Landman, J. (1987). Żal: analiza teoretyczna i koncepcyjna. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, *17*(2), 135–160.

Lane, B. (2024, 24 listopada). Brak hormonów w chilijskiej kasie państwowej. https://www.genderclinicnews.com/p/no-hormones-on-chiles-public-purse

Lavender, R., Shaw, S., Maninger, J.-K., Butler, G., Carruthers, P., Carmichael, P. i Masic, U. (2023). Wpływ terapii hormonalnej na funkcjonowanie psychospołeczne młodych osób o różnej tożsamości płciowej. *LGBT Health*, *10*(5), 382–390.

Lawford-Smith, H. (2024). Terapia konwersyjna orientacji seksualnej i tożsamości płciowej: czyli kto umieścił „GI” w „SOGI”? *Journal of Open Inquiry in Behavioral Science*. https:/doi.org/10.58408/issn.2992-9253.2024.02.01.0001

Lawrence, J. M., Divers, J., Isom, S., Saydah, S., Imperatore, G., Pihoker, C., Marcovina, S. M., Mayer-Davis, E. J., Hamman, R. F., Dolan, L., Dabelea, D., Pettitt, D. J., Liese, A. D. i SEARCH for Diabetes in Youth Study Group. (2021). Trendy w częstości występowania cukrzycy typu 1 i typu 2 u dzieci i młodzieży w Stanach Zjednoczonych w latach 2001–2017. *JAMA, 326(*8), 717.

Lawson, M. L., Gotovac, S., Couch, B., Gale, L., Vandermorris, A., Ghosh, S. i Bauer, G. R. (2024). Ścieżki opieki nad młodzieżą zgłaszającą się na pierwszą wizytę hormonalną w kanadyjskich klinikach medycznych zajmujących się potwierdzaniem tożsamości płciowej: analiza przekrojowa z badania Trans Youth CAN! *Journal of Adolescent Health*, *74*(1), 140–147.

Lawson, ML., Couch, R., Gale, L., Ghosh, S., Gotovac, S., Vandermorris, A., Bauer, GR., w imieniu zespołu badawczego Trans Youth CAN! (16 listopada 2020 r.). WPATH 2022: Ścieżki opieki nad młodzieżą transpłciową korzystającą z opieki medycznej potwierdzającej tożsamość płciową w Kanadzie: Nowe badania przeprowadzone przez Trans Youth CAN! https://transyouthcan.ca/results/wpath-2020-5/

Lee, J. Y. i Rosenthal, S. M. (2023). Opieka potwierdzająca tożsamość płciową młodzieży transpłciowej i o różnej tożsamości płciowej: aktualne koncepcje. *Annual Review of Medicine*, *74*(1), 107-116.

Lee, W. G., Butler, G., Carmichael, P., Rashid, T., Yasmin, E., Morley, R., Barrett, J., Christopher, N. i Sangster, P. (2023). Urologiczne i ginekologiczne aspekty stosowania analogów hormonu uwalniającego gonadotropinę u nastolatków transpłciowych i niebinarnych: przegląd narracyjny. *European Urology Focus,* 9*(*1), 35–41.

Leichsenring, F., Abbass, A., Heim, N., Keefe, J. R., Kisely, S., Luyten, P., Rabung, S. i Steinert, C. (2023). Status psychoterapii psychodynamicznej jako empirycznie potwierdzonej metody leczenia powszechnych zaburzeń psychicznych – przegląd ogólny oparty na zaktualizowanych kryteriach. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA), 22(*2), 286–304.

Leichsenring, F., Luyten, P., Hilsenroth, M. J., Abbass, A., Barber, J. P., Keefe, J. R., Leweke, F., Rabung, S. i Steinert, C. (2015). Terapia psychodynamiczna spotyka się z medycyną opartą na dowodach: przegląd systematyczny z wykorzystaniem zaktualizowanych kryteriów. *The Lancet Psychiatry,* 2*(7*), 648–660.

Lemma, A. (2018). Tożsamości przejściowe: kilka psychoanalitycznych refleksji na temat tożsamości transpłciowych. *International Journal of Psychoanalysis*, *99*(5), 1089–1106.

Levin, R. N., Erickson-Schroth, L., Mak, K. i Edmiston, E. K. (2023). Badania biologiczne tożsamości transpłciowej: przegląd krytyczny. *Journal of Gay & Lesbian Mental Health*, *27*(3), 254–283.

Levine, R. (30 kwietnia 2022 r.). Jedna osoba dorosła, która zapewnia wsparcie. *Speaking While Female*. https://speakingwhilefemale.co/health-levine/

Levine, S. B. (2024). Jaki jest cel wstępnej oceny psychiatrycznej nieletnich z dysforią płciową. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 50(6), 773–786.

Levine, S. B. i Abbruzzese, E. (2023). Aktualne obawy dotyczące terapii potwierdzającej tożsamość płciową u nastolatków. *Current Sexual Health Reports*, *15*(2), 113–123.

Levine, S. B., Abbruzzese, E. i Mason, J. W. (2022a). Ponowne rozważenie świadomej zgody dla dzieci, nastolatków i młodych dorosłych identyfikujących się jako osoby transpłciowe. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *48*(7), 706–727.

Levine, S. B., Abbruzzese, E. i Mason, J. W. (2022b). Co robimy tym dzieciom? Odpowiedź na komentarze Dreschera, Claytona i Balona dotyczące Levine et al., 2022. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *49*(1), 115–125.

Levine, S. B., Brown, G. R., Coleman, E., Cohen-Kettenis, P. T., Van Maasdam, J., Pfafflin, F. i Schaefer, L. C. (15 czerwca 1998 r.). *Standardy opieki w przypadku zaburzeń tożsamości płciowej*, wersja piąta. HBIGDA/WPATH.

Lewis, C. i Garwood, S. (21 kwietnia 2022 r.). Zeznania Christophera Lewisa i Sarah Garwood, współdyrektorów Centrum Pediatrycznego Transpłciowości Uniwersytetu Waszyngtońskiego, przed Komisją Sądowniczą stanu Missouri. https://bit.ly/44bS06U

Koalicja LGBTQIA+. (23 marca 2022 r.). *List dr Levine'a do Koalicji LGBTQIA+*. https://www.documentcloud.org/documents/21560985-lgbtqia-coalition-dr-levine-letter/

Li, A. (2023). Harry Benjamin i narodziny medycyny transpłciowej. *Canadian Medical Association Journal*, *195*(48), E1665–E1667.

Lima, J. P., Mirza, R. D. i Guyatt, G. H. (2023). Jak rozpoznać wiarygodne wytyczne dotyczące praktyki klinicznej. *Journal of Anesthesia, Analgesia and Critical Care*, *3*(1), 9.

Lima, J. P., Tangamornsuksan, W. i Guyatt, G. H. (2023). Wiarygodne wytyczne oparte na dowodach naukowych a niewiarygodne wytyczne: wykrywanie różnic. *Family Medicine and Community Health*, *11*(4), e002437.

Lin, L. H., Hernandez, A., Marcus, A., Deng, F.-M. i Adler, E. (2022). Wyniki badań histologicznych tkanek ginekologicznych osób transpłciowych płci męskiej poddanych operacji potwierdzającej płeć. *Archiwum Patologii i Medycyny Laboratoryjnej*, *146*(6), 742–748.

Lindholm, S. K. i Wickström, A. (2020). „Efekty pętli" związane ze zdrowiem psychicznym młodych ludzi: Jak młodzi ludzie zmieniają znaczenie pojęć psychiatrycznych. *Global Studies of Childhood*, *10*(1), 26–38.

Lindquist, S. (10 października 2022 r.). Blokery dojrzewania jak cukierki; *wpis na X/Twitterze*. https://x.com/SpencerLndqst/status/1579559359792971776

Littman, L. (2018). Szybko pojawiająca się dysforia płciowa u nastolatków i młodych dorosłych: badanie oparte na relacjach rodziców. *PLOS ONE*, *13*(8), e0202330.

Littman, L. (2021). 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, *50*(8), 3353–3369.

Littman, L., O'Malley, S., Kerschner, H. i Bailey, J. M. (2024). Powrót do poprzedniej tożsamości płciowej i zaprzestanie praktyk wśród młodych dorosłych, którzy wcześniej identyfikowali się jako osoby transpłciowe. *Archives of Sexual Behavior*, *53*, 57–76.

Lock, J., Le Grange, D., Agras, W. S., Moye, A., Bryson, S. W. i Jo, B. (2010). Randomizowane badanie kliniczne porównujące terapię rodzinną z terapią indywidualną ukierunkowaną na młodzież cierpiącą na jadłowstręt psychiczny. *Archives of General Psychiatry*, *67*(10), 1025.

Loke, Y. K., Price, D., Herxheimer, A. i Cochrane Adverse Effects Methods Group. (2007). Systematyczne przeglądy działań niepożądanych: ramy ustrukturyzowanego podejścia. *BMC Medical Research Methodology*, *7*(1), 32.

López de Lara, D., Pérez Rodríguez, O., Cuellar Flores, I., Pedreira Masa, J. L., Campos-Muñoz, L., Cuesta Hernández, M. i Ramos Amador, J. T. (2020). Ocena psychospołeczna nastolatków transpłciowych. *Anales de Pediatría*, *93*(1), 41–48.

Pracownicy LOTL. (7 stycznia 2014 r.). Wywiad na wyłączność z Buckiem Angelem. *LOTL*. https://www.lotl.com/identity/transgender/exclusive-interview-with-buck-angel/

Lucassen, M. F., Stasiak, K., Fleming, T., Frampton, C., Perry, Y., Shepherd, M. i Merry, S. N. (2021). Komputerowa terapia poznawczo-behawioralna dla nastolatków należących do mniejszości płciowych: Analiza rzeczywistego wdrożenia programu SPARX w Nowej Zelandii. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 55(*9), 874–882.

Ludvigsson, J. F., Adolfsson, J., Höistad, M., Rydelius, P.-A., Kriström, B. i Landén, M. (2023). Systematyczny przegląd terapii hormonalnej dzieci z dysforią płciową i zalecenia dotyczące badań. *Acta Paediatrica, 112(*11), 2279–2292.

Luo, X., Liang, Y., Hou, L., Wu, W., Ying, Y. i Ye, F. (2021). Długoterminowa skuteczność i bezpieczeństwo leczenia analogami hormonu uwalniającego gonadotropinę u dzieci z idiopatycznym przedwczesnym dojrzewaniem płciowym: przegląd systematyczny i metaanaliza. *Clinical Endocrinology, 94(*5), 786–796.

MacKinnon, K. R., Expósito-Campos, P. i Gould, W. A. (2023). Detransicja wymaga dalszego zrozumienia, a nie kontrowersji. *BMJ*, e073584.

MacKinnon, K. R., Gould, W. A., Enxuga, G., Kia, H., Abramovich, A., Lam, J. S. H. i Ross, L. E. (2023). Badanie doświadczeń związanych z opieką nad osobami transpłciowymi oraz perspektyw osób, które przerwały proces transformacji lub powróciły do poprzedniej płci w Kanadzie. *PLOS ONE, 18(*11), e0293868.

MacKinnon, K. R., Kia, H., Salway, T., Ashley, F., Lacombe-Duncan, A., Abramovich, A., Enxuga, G. i Ross, L. E. (2022). Doświadczenia związane z opieką zdrowotną pacjentów, którzy przerwali lub cofnęli wcześniejsze leczenie potwierdzające płeć. *JAMA Network Open,* 5*(*7), e2224717.

Macoveanu, J., Henningsson, S., Pinborg, A., Jensen, P., Knudsen, G. M., Frokjaer, V. G. i Siebner, H. R. (2016). Manipulacja hormonami płciowymi zmniejsza reakcję mózgu na nagrody. *Neuropsychopharmacology, 41(*4), 1057–1065.

Madsen, M. C., van Dijk, D., Wiepjes, C. M., Conemans, E. B., Thijs, A. i den Heijer, M. (2021). Erytrocytoza w dużej grupie mężczyzn transpłciowych stosujących testosteron: długoterminowe badanie dotyczące częstości występowania, czynników determinujących i lat ekspozycji. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *106*(6), 1710–1717.

Makary, M. (2024). *Ślepe punkty: kiedy medycyna popełnia błędy i co to oznacza dla naszego zdrowia*. Bloomsbury Publishing.

Malpas, J., Pellicane, M. J. i Glaeser, E. (2022). Interwencje rodzinne wobec młodzieży transpłciowej i o rozszerzonej tożsamości płciowej: przegląd systematyczny i zalecenia dotyczące najlepszych praktyk. *Transgender Health*, *7*(1), 7–29.

Maraka, S., Singh Ospina, N., Rodriguez-Gutierrez, R., Davidge-Pitts, C. J., Nippoldt, T. B., Prokop, L. J. i Murad, M. H. (2017). Sterydy płciowe a wyniki sercowo-naczyniowe u osób transpłciowych: przegląd systematyczny i metaanaliza.
Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, *102*(11), 3914–3923.
https://doi.org/10.1210/jc.2017-01643

Marchiano, L. (2017). Epidemia: O nastolatkach transpłciowych i epidemiach psychicznych. *Psychological Perspectives*, *60*(3), 345–366.

Marconi, E., Monti, L., Marfoli, A., Kotzalidis, G. D., Janiri, D., Cianfriglia, C., Moriconi, F., Costa, S., Veredice, C., Sani, G. i Chieffo, D. P. R. (2023). Systematyczny przegląd dysforii płciowej u nastolatków i młodych dorosłych: skupienie się na myślach i zachowaniach samobójczych oraz samookaleczających. *Psychiatria dziecięca i młodzieżowa oraz zdrowie psychiczne, 17(*1), 110.

Marcotte, L. M., Krimmel-Morrison, J. i Liao, J. M. (2020). Jak zapobiegać osłabianiu opieki opartej na wartościach przez rozmywanie odpowiedzialności. *AMA Journal of Ethics*, *22*(9), E802-807.

Margolis, S. (2018). Medycyna oparta na dowodach naukowych. *Australian Journal for General Practitioners*, *47*, 325–325.

Marino, L. G., Boguszewski, K. E., Stephens, H. F. i Taylor, J. F. (2024). Zdolność do wyrażenia zgody: przegląd zakresu zdolności młodzieży do podejmowania decyzji dotyczących opieki potwierdzającej tożsamość płciową. *BMC Medical Ethics*, *25*(108), 1–11.

Marins, L. R., Rosito, T. E., Kliemann, L. M., Capp, E. i Corleta, H. V. E. (2024). Terapia hormonalna potwierdzająca płeć i płodność kobiet transpłciowych: histologiczne czynniki prognostyczne obecności komórek rozrodczych. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO Ginekologia i położnictwo*, *46*, e-rbgo33.

Mason, J. (3 sierpnia 2021 r.). Szanowny przedstawiciel krajowej konferencji AAP 2021. *Towarzystwo Medycyny Płciowej Opartej na Dowodach Naukowych*. https://segm.org/sites/default/files/AAP%20NCE%202021.pdf

Matoso, A., Khandakar, B., Yuan, S., Wu, T., Wang, L. J., Lombardo, K. A., Mangray, S., Mannan, A. A. S. R. i Yakirevich, E. (2018). Spektrum wyników badań próbek pobranych podczas orchidektomii u osób poddających się operacji zmiany płci. *Human Pathology, 76,* 91–99.

Maung, H. H. (2024). Leczenie hormonalne potwierdzające płeć u nastolatków transpłciowych: analiza czterech zasad. *Journal of Bioethical Inquiry*, *21*(2), 345–363.

Mayo-Wilson, E., Qureshi, R. i Li, T. (2023). Przeprowadzenie oddzielnych przeglądów korzyści i szkód może poprawić jakość przeglądów systematycznych i metaanaliz. *Systematic Reviews*, *12*, 67.

McCartney, C. R., Corrigan, M. D., Drake, M. T., El-Hajj Fuleihan, G., Korytkowski, M. T., Lash, R. W., Lieb, D. C., McCall, A. L., Muniyappa, R., Piggott, T., Santesso, N., Schünemann, H. J., Wiercioch, W., McDonnell, M. E. i Murad, M. H. (2022). Zwiększenie wiarygodności wytycznych dotyczących praktyki klinicznej Endocrine Society. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *107*(8), 2129–2138.

McDeavitt, K. (2025). Kwestie cytowania w oświadczeniu Amerykańskiej Akademii Pediatrii dotyczącym dzieci i młodzieży transpłciowej i o różnej tożsamości płciowej (Rafferty, 2018). *Archives of Sexual Behavior*. https://doi.org/10.1007/s10508-025-03106-5

McDeavitt, K., Cohn, J. i Levine, S. B. (2025). Krytyka przeglądu Cass: weryfikacja faktów w recenzowanych publikacjach i literaturze szarej. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *51*(2), 175–199.

McGorry, P. D., Mei, C., Dalal, N., Alvarez-Jimenez, M., Blakemore, S.-J., Browne, V., Dooley, B., Hickie, I. B., Jones, P. B., McDaid, D., Mihalopoulos, C., Wood, S. J., El Azzouzi, F. A., Fazio, J., Gow, E., Hanjabam, S., Hayes, A., Morris, A., Pang, E., … Killackey, E. (2024). Komisja Lancet Psychiatry ds. zdrowia psychicznego młodzieży. *The Lancet Psychiatry, 11(*9), 731–774.

McGregor, K., McKenna, J. L., Williams, C. R., Barrera, E. P. i Boskey, E. R. (2024). Związek blokady dojrzewania w stadium 2/3 według skali Tannera z korzyściami psychospołecznymi u młodzieży transpłciowej i o różnej tożsamości płciowej podczas oceny gotowości hormonalnej. *Journal of Adolescent Health*, *74*(4), 801-807.

McKenzie, J. E. i Brennan, S. E. (2024). Rozdział 12: Synteza i prezentacja wyników przy użyciu innych metod [ostatnia aktualizacja: październik 2019 r.]. W: *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*, wersja 6.5. Cochrane. www.training.cochrane.org/handbook

McNally, R. J. (2011). *Czym jest choroba psychiczna?* Harvard University Press.

McNamara, M. (7 marca 2024 r.). Ogromne nieporozumienie dotyczące opieki potwierdzającej tożsamość płciową dzieci transpłciowych. *Boston Globe*. https://www.bostonglobe.com/2024/03/07/opinion/transgender-youth-medical-treatment-misconceptions/

McNamara, M., Baker, K., Connelly, K., Janssen, A., Olson-Kennedy, J., Pang, K. C., Scheim, A., Turban, J. i Alstott, A. (2024). *Oparta na dowodach krytyka „The Cass Review" dotycząca opieki potwierdzającej tożsamość płciową dla nastolatków cierpiących na dysforię płciową.* https://law.yale.edu/sites/default/files/documents/integrity-project_cass-response.pdf

McPherson, S. i Freedman, D. E. P. (2023). Skutki psychologiczne u 12–15-latków z dysforią płciową poddanych terapii hamującej dojrzewanie płciowe w Wielkiej Brytanii: ocena wiarygodnych i istotnych klinicznie zmian. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *50*(3), 315-325.

Meadow, T. (2018). *Trans Kids: Being Gendered in the Twenty-First Century*. University of California Press.

Meng, M., Zhou, Q., Lei, W., Tian, M., Wang, P., Liu, Y., Sun, Y., Chen, Y. i Li, Q. (2022). Zalecenia dotyczące stosowania leków poza wskazaniami w wytycznych pediatrycznych. *Frontiers in Pharmacology*, *13*, 892574.

Meyer, I. H. (2003). Uprzedzenia, stres społeczny i zdrowie psychiczne w populacjach lesbijek, gejów i osób biseksualnych: kwestie koncepcyjne i dowody badawcze. *Psychological Bulletin, 129*(5), 674–697.

Meyerowitz, J. J. (2009). *Jak zmieniła się płeć: historia transseksualizmu w Stanach Zjednoczonych*. Harvard University Press.

Midgley, N., Mortimer, R., Cirasola, A., Batra, P. i Kennedy, E. (2021). Dowody naukowe na poparcie psychoterapii psychodynamicznej dzieci i młodzieży: synteza narracyjna. *Frontiers in Psychology*, *12*, 1188.

Millington, K., Finlayson, C., Olson-Kennedy, J., Garofalo, R., Rosenthal, S. M. i Chan, Y.-M. (2021). Związek cholesterolu lipoprotein o wysokiej gęstości z leczeniem steroidami płciowymi u młodzieży transpłciowej i o różnej tożsamości płciowej. *JAMA Pediatrics*, *175*(5), 520.

Milrod, C. i Karasic, D. H. (2017). Wiek to tylko liczba: doświadczenia i podejście chirurgów zrzeszonych w WPATH do zabiegów plastyki pochwy u transseksualnych kobiet poniżej 18 roku życia w Stanach Zjednoczonych. *Journal of Sexual Medicine*, *14*(4), 624–634.

Miron, O., Yu, K.-H., Wilf-Miron, R. i Kohane, I. S. (2019). Wskaźniki samobójstw wśród nastolatków i młodych dorosłych w Stanach Zjednoczonych w latach 2000-2017. *JAMA*, *321*(23), 2362–2364.

Miroshnychenko, A., Ibrahim, S., Roldan, Y., Kulatunga-Moruzi, C., Montante, S., Couban, R., Guyatt, G. i Brignardello-Petersen, R. (2025). Terapia hormonalna potwierdzająca tożsamość płciową u osób z dysforią płciową w wieku poniżej 26 lat: przegląd systematyczny i metaanaliza. *Archives of Disease in Childhood.* https://doi.org/10.1136/archdischild-2024-327921

Miroshnychenko, A., Roldan, Y., Ibrahim, S., Kulatunga-Moruzi, C., Montante, S., Couban, R., Guyatt, G. i Brignardello-Petersen, R. (2025). Środki blokujące dojrzewanie płciowe stosowane w leczeniu dysforii płciowej u młodzieży: przegląd systematyczny i metaanaliza. *Archives of Disease in Childhood.* https://doi.org/10.1136/archdischild-2024-327909

Miroshnychenko, A., Roldan, Y. M., Ibrahim, S., Kulatunga-Moruzi, C., Dahlin, K., Montante, S., Couban, R., Guyatt, G. i Brignardello-Petersen, R. (2024). Mastektomia u osób z dysforią płciową w wieku poniżej 26 lat: przegląd systematyczny i metaanaliza. *Chirurgia plastyczna i rekonstrukcyjna.* https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000011734

Mittal, P. K., Little, B., Harri, P. A., Miller, F. H., Alexander, L. F., Kalb, B., Camacho, J. C., Master, V., Hartman, M. i Moreno, C. C. (2017). Rola obrazowania w ocenie niepłodności męskiej. *RadioGraphics, 37(*3), 837–854.

Money, J. (1955). Hermafrodytyzm, płeć i przedwczesne dojrzewanie w hiperadrenokortycyzmie: wyniki badań psychologicznych. *Biuletyn Szpitala Johns Hopkins*, *96*(6), 253–264.

Morabito, A., Mercadante, E., Muto, P., Manzo, A., Palumbo, G., Sforza, V., Montanino, A., Sandomenico, C., Costanzo, R., Esposito, G., Totaro, G., De Cecio, R., Picone, C., Porto, A., Normanno, N., Capasso, A., Pinto, M., Tracey, M., Caropreso, G. i Pascarella, G. (2024). Poprawa jakości opieki nad pacjentami z rakiem płuc: kluczowe czynniki skutecznej pracy zespołu multidyscyplinarnego. *Exploration of Targeted Anti-Tumor Therapy*, *5*(2), 260–277.

Morandini, J. S., Kelly, A., De Graaf, N. M., Malouf, P., Guerin, E., Dar-Nimrod, I. i Carmichael, P. (2023). Czy społeczna transformacja płciowa ma związek ze stanem zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży z dysforią płciową? *Archives of Sexual Behavior, 52(*3), 1045–1060.

Moreno, C., Laje, G., Blanco, C., Jiang, H., Schmidt, A. B. i Olfson, M. (2007). Krajowe trendy w diagnostyce i leczeniu ambulatoryjnym zaburzeń afektywnych dwubiegunowych u młodzieży. *Archiwum Psychiatrii Ogólnej*, *64*(9), 1032.

Mosier-Mills, A., Kim, H.-H. i Keuroghlian, A. S. (2024). Usuwanie barier i poszanowanie autonomii: Nowe podejście do ocen specjalistów ds. zdrowia psychicznego w opiece medycznej nad nastolatkami potwierdzającą tożsamość płciową. *Harvard Review of Psychiatry*, *32*(3), 96–100.

Murphy, T. F. (1992). Zmiana orientacji seksualnej: techniki i uzasadnienia. *Journal of Sex Research*, *29*(4), 501–523.

Nadrowski, K. (2023). Nowa ucieczka od kobiecości? Znaczenie pracy nad doświadczeniami związanymi z ekspozycją na treści pornograficzne u dziewcząt dotkniętych dysforią płciową. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *50*(3), 293-302.

Nahata, L., Tishelman, A. C., Caltabellotta, N. M. i Quinn, G. P. (2017). Niskie wykorzystanie metod zachowania płodności wśród młodzieży transpłciowej. *Journal of Adolescent Health*, *61*(1), 40–44.

Narayan, S. K., Hontscharuk, R., Danker, S., Guerriero, J., Carter, A., Blasdel, G., Bluebond-Langner, R., Ettner, R., Radix, A., Schechter, L. i Berli, J. U. (2021). Kierowanie rozmową — rodzaje żalu po operacji potwierdzającej płeć i związane z nimi etiologie. *Annals of Translational Medicine,* 9*(*7), 605–605.

Krajowe Stowarzyszenie Pracowników Socjalnych. (b.d.). *Obalanie mitów na temat opieki potwierdzającej płeć*. Pobrano 27 marca 2025 r. z https://bit.ly/4jFHfhx

Krajowa Komisja ds. Ochrony Osób Uczestniczących w Badaniach Biomedycznych i Behawioralnych. (2010). Dodatek E: Raport Belmont: Zasady etyczne i wytyczne dotyczące ochrony osób uczestniczących w badaniach naukowych. W: V. Mihajlovic-Madzarevic, *Przygotowanie do audytu badań klinicznych*. Wiley.

Krajowa Służba Zdrowia Anglii. (20 października 2022 r.). *Tymczasowa specyfikacja usług: Usługi specjalistyczne dla dzieci i młodzieży z dysforią płciową (dostawcy fazy 1)*. NHS England. https://www.engage.england.nhs.uk/specialised-commissioning/gender-dysphoria-services/user_uploads/b1937_i-specialist-service-for-children-and-young-people-with-gender-dysphoria-phase-1-providers-201022-1.pdf

National Health Service England (2023). *Hormony hamujące dojrzewanie (PSH) dla dzieci i młodzieży z niezgodnością płciową/dysforią.* NHS England. https://www.engage.england.nhs.uk/consultation/puberty-suppressing-hormones/user_uploads/engagement-report-interim-policy-on-puberty-suppressing-hormones-for-gender-incongruence-or-dysphoria.pdf

National Health Service England. (2024a). *Usługi związane z tożsamością płciową dla dzieci i młodzieży: wdrażanie zaleceń raportu Cass Review*. NHS England. https://www.england.nhs.uk/long-read/children-and-young-peoples-gender-services-implementing-the-cass-review-recommendations/

National Health Service England. (2024b, 6 sierpnia). *Przegląd klinik NHS zajmujących się dysforią płciową u osób dorosłych.* NHS England. https://www.england.nhs.uk/long-read/review-of-nhs-adult-gender-dysphoria-clinics/

Krajowa Służba Zdrowia w Anglii. (2024c). *Przepisywanie hormonów potwierdzających płeć (hormonów maskulinizujących lub feminizujących) w ramach usług związanych z płcią dla dzieci i młodzieży.* NHS England. https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2024/03/clinical-commissioning-policy-prescribing-of-gender-affirming-hormones.pdf

Krajowy Instytut Zdrowia i Doskonałości Opieki. (29 listopada 2005 r.). *Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne i zaburzenia dysmorfii ciała: leczenie (wytyczne kliniczne).* Narodowy Instytut Zdrowia i Doskonałości Opieki. https://www.nice.org.uk/guidance/cg31/chapter/Recommendations#steps-3-to-5-treatment-options-for-people-with-ocd-or-bdd

Narodowy Instytut Zdrowia i Doskonałości Opieki. (2020a). *Przegląd dowodów: Hormony potwierdzające płeć dla dzieci i młodzieży z dysforią płciową*. Krajowy Instytut Zdrowia i Opieki Medycznej. https://cass.independent-review.uk/wp-content/uploads/2022/09/20220726_Evidence-review_Gender-affirming-hormones_For-upload_Final.pdf

Narodowy Instytut Zdrowia i Doskonałości Opieki. (2020b). *Przegląd dowodów: analogi hormonu uwalniającego gonadotropinę dla dzieci i młodzieży z dysforią płciową*. Narodowy Instytut Zdrowia i Doskonałości Opieki. https://cass.independent-review.uk/wp-content/uploads/2022/09/20220726_Evidence-review_GnRH-analogues_For-upload_Final.pdf

Krajowy Instytut Badań nad Zdrowiem i Opieką Zdrowotną. (2024). *PATHWAYS: Hamowanie dojrzewania płciowego i przejściowa opieka zdrowotna z adaptacyjnymi usługami dla młodzieży*. https://fundingawards.nihr.ac.uk/award/NIHR167530

Navabi, B., Tang, K., Khatchadourian, K. i Lawson, M. L. (2021). Hamowanie dojrzewania płciowego, masa kostna i skład ciała u młodzieży z dysforią płciową. *Pediatrics*, 148(4), e2020039339.

Negenborn, V. L., van der Sluis, W. B., Meijerink, W. J. H. J. i Bouman, M.-B. (2017). Śmiertelne martwicze zapalenie tkanki łącznej wywołane przez E. coli wytwarzającą ESBL po laparoskopowej plastyce pochwy. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology, 30,* e19–e21.

Newman, L. E. (1970). Transseksualizm w okresie dojrzewania: problemy związane z oceną i leczeniem. *Archiwum Psychiatrii Ogólnej*, *23*(2), 112–121.

Nichols, M. (2008). Dreger o kontrowersjach związanych z Bailey: Zagubieni w dramacie, tracąc z oczu szerszą perspektywę. *Archiwum Zachowań Seksualnych*, *37*(3), 476–480.

Nienaber, C. S. i Van Der Walt, D. (1991). Prawdziwe idiopatyczne przedwczesne dojrzewanie płciowe u dziecka w wieku sześciu miesięcy; opis przypadku. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, *38*(3), 243–245.

Noe przeciwko Parson, nr 23AC-CC04530 (Mo. Cir. Ct., Cole Cnty. 11 lipca 2024 r.).

Nota, N. M., Wiepjes, C. M., de Blok, C. J. M., Gooren, L. J. G., Kreukels, B. P. C. i den Heijer, M. (2019). Występowanie ostrych zdarzeń sercowo-naczyniowych u osób transpłciowych poddanych terapii hormonalnej: wyniki dużego badania kohortowego. *Circulation*, *139*(11), 1461–1462.

Notini, L., Earp, B. D., Gillam, L., McDougall, R. J., Savulescu, J., Telfer, M. i Pang, K. C. (2020). Forever young? The ethics of ongoing puberty suppression for non-binary adults. *Journal of Medical Ethics*, *46*(11), 743-752.

Biuro Głównego Lekarza Kraju. (2023). *Media społecznościowe a zdrowie psychiczne młodzieży: zalecenia Głównego Lekarza Kraju Stanów Zjednoczonych*. Departament Zdrowia i Opieki Społecznej Stanów Zjednoczonych. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK594761/

Szkoła Medyczna OHSU, Wydział Chirurgii. (b.d.). *Stypendium z zakresu zaawansowanej chirurgii płciowej*. https://www.ohsu.edu/school-of-medicine/surgery/advanced-gender-surgery-fellowship

Okasako, J. i Bernstein, C. (2022). Wielodyscyplinarne komisje ds. nowotworów i kierowanie opieką nad pacjentem: rola AP. *Journal of the Advanced Practitioner in Oncology*, *13*(3), 227–230.

Olson, K. R., Durwood, L., DeMeules, M. i McLaughlin, K. A. (2016). Zdrowie psychiczne dzieci transpłciowych, które otrzymują wsparcie w zakresie swojej tożsamości. *Pediatrics*, *137*(3), e20153223.

Olson, K. R., Durwood, L., Horton, R., Gallagher, N. M. i Devor, A. (2022). Tożsamość płciowa 5 lat po transformacji społecznej. *Pediatria*, *150*(2), e2021056082.

Olson-Kennedy, J. (23 września 2019 r.). Georgulas przeciwko Younger*,* nr DF-15-09887-S.

Olson-Kennedy, J. (11 września 2022 r.). Dekker przeciwko Marstiller*,* nr 4:22-cv-00325-RH-MAF.

Olson-Kennedy, J., Chan, Y.-M., Rosenthal, S., Hidalgo, M. A., Chen, D., Clark, L., Ehrensaft, D., Tishelman, A. i Garofalo, R. (2019). Tworzenie sieci badań nad młodzieżą transpłciową: wspólne przedsięwzięcie badawcze. *Transgender Health,* 4*(*1), 304–312.

Olson-Kennedy, J., Okonta, V., Clark, L. F. i Belzer, M. (2018). Fizjologiczna reakcja na hormony potwierdzające płeć wśród młodzieży transpłciowej. *Journal of Adolescent Health*, *62*(4), 397–401.

Olson-Kennedy, J., Wang, L., Wong, C. F., Chen, D., Ehrensaft, D., Hidalgo, M. A., Tishelman, A. C., Chan, Y.-M., Garofalo, R., Radix, A. E. i Rosenthal, S. M. (2025). Zdrowie emocjonalne młodzieży transpłciowej 24 miesiące po rozpoczęciu terapii hormonami potwierdzającymi płeć. *Journal of Adolescent Health,* S1054139X24005664.

Olson-Kennedy, J., Warus, J., Okonta, V., Belzer, M. i Clark, L. F. (2018). Rekonstrukcja klatki piersiowej i dysforia piersi u nieletnich i młodych dorosłych transpłciowych: porównanie grup przedoperacyjnych i pooperacyjnych. *JAMA Pediatrics*, *172*(5), 431.

Oosthoek, E. D., Stanwich, S., Gerritse, K., Doyle, D. M. i De Vries, A. L. C. (2024). Leczenie potwierdzające tożsamość płciową u nastolatków: krytyczna refleksja na temat „skutecznych" wyników leczenia. *BMC Medical Ethics*, *25*(1), 154.

OPA: Biuro ds. Ludności, H. (b.d.). *Opieka potwierdzająca tożsamość płciową a młodzi ludzie*. https://opa.hhs.gov/sites/default/files/2022-03/gender-affirming-care-young-people-march-2022.pdf

Fundacja przeciwko nietolerancji i rasizmowi. (styczeń 2024). List otwarty do Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego. https://www.fairforall.org/open-letters/open-letter-apa/

Opland, C. i Torrico, T. J. (2025). Terapia psychodynamiczna. W: *StatPearls*. Wydawnictwo StatPearls. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK606117/

Departament Usług Konsumenckich i Biznesowych stanu Oregon. (19 listopada 2024 r.). *Zasada leczenia potwierdzającego tożsamość płciową z 2025 r.* [Zawiadomienie o proponowanym wprowadzeniu zasady]. https://dfr.oregon.gov/laws-rules/Documents/Proposed/20241104-gender-affirming-treatment.pdf

Departament Usług Konsumenckich i Biznesowych stanu Oregon. (2024b, 23 grudnia). *Zasada dotycząca leczenia potwierdzającego tożsamość płciową z 2025 r.* https://dfr.oregon.gov/laws-rules/Documents/id41-2024_rule-order.pdf

Öst, L.-G., Brattmyr, M., Finnes, A., Ghaderi, A., Havnen, A., Hedman-Lagerlöf, M., Parling, T., Welch, E. i Wergeland, G. J. (2024). Terapia poznawczo-behawioralna zaburzeń odżywiania u dorosłych w rutynowej opiece klinicznej: przegląd systematyczny i metaanaliza. *International Journal of Eating Disorders, 57(*2), 249–264.

Padín, P. F., González-Rodríguez, R., Verde-Diego, C. i Vázquez-Pérez, R. (2021). Media społecznościowe a psychopatologia zaburzeń odżywiania: przegląd systematyczny. *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace*, *15*(3).

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., … Moher, D. (2021). Oświadczenie PRISMA 2020: zaktualizowane wytyczne dotyczące raportowania przeglądów systematycznych. *BMJ, 372,* n71.

Pang, K. C., Notini, L., McDougall, R., Gillam, L., Savulescu, J., Wilkinson, D., Clark, B. A., Olson-Kennedy, J., Telfer, M. M. i Lantos, J. D. (2020). Długotrwałe hamowanie dojrzewania u nastolatka niebinarnej płci. *Pediatrics, 145(*2), e20191606.

Pang, K. C., Peri, A. J. S., Chung, H. E., Telfer, M., Elder, C. V., Grover, S. i Jayasinghe, Y. (2020). Wskaźniki stosowania metod zachowania płodności wśród nastolatków transpłciowych. *JAMA Pediatrics*, *174*(9), 890.

Papkoor, J., Wotton, C., Schmierer, K., Giovannoni, G. i Goldacre, M. (2016). Zaburzenia tożsamości płciowej a ryzyko stwardnienia rozsianego: ogólnokrajowe badanie oparte na połączeniu danych. *Stwardnienie rozsiane*, *22*(13), 1759-1762.

Parker, G. A. (2011). Pochodzenie i utrzymanie dwóch płci (anizogamia) oraz wielkość gamet w wyniku konkurencji gamet. W: T. Togashi & P. A. Cox (red.), *Ewolucja anizogamii: fundamentalne zjawisko leżące u podstaw selekcji płciowej*. Cambridge University Press.

Parodi, K. B., Holt, M. K., Green, J. G., Porche, M. V., Koenig, B. i Xuan, Z. (2022). Trendy czasowe i różnice w poziomie lęku wśród nastolatków w latach 2012–2018. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *57*(1), 127–137.

Parsa-Parsi, R. W. (2017). Zmieniona deklaracja genewska: współczesna przysięga lekarza. *JAMA*, *318*(20), 1971–1972.

Pasternack, I., Söderström, I., Saijonkari, M. i Mäkelä, M. (2019). Lääketieteelliset menetelmät sukupuolivariaatioihin liittyvän dysforian hoidossa: Systemaattinen katsaus [Podejścia medyczne w leczeniu dysforii płciowej: przegląd systematyczny]. Summaryx Oy.

Patashnik, E. M., Gerber, A. S. i Dowling, C. M. (2017). *Niezdrowa polityka: walka o medycynę opartą na dowodach naukowych*. Princeton University Press.

Patrick, R. (13 listopada 2024 r.). Re: Stany Zjednoczone Ameryki przeciwko Eithanowi Haimowi, nr 24-CR-00298. https://eppc.org/wp-content/uploads/2024/11/2024-11-13-Letter-re-Ansari-Conflict75.pdf

Pedersen-Bjergaar, K. (1964). Christian Hamburger z okazji swoich sześćdziesiątych urodzin. *European Journal of Endocrinology*, *45*(4 Supplement), S3–S7.

Peled, I. (2016). *Męskość i trzecia płeć: pochodzenie i natura zinstytucjonalizowanej odmienności płciowej w starożytnym Bliskim Wschodzie*. Ugarit-Verlag.

Pettit, M. (2013). Stawanie się gruczołowym: endokrynologia, kultura masowa i życie eksperymentalne w okresie międzywojennym. *The American Historical Review*, *118*(4), 1052–1076.

Pfaus, J. G. (2023). Rak kultury odrzucenia: Rozpowszechnianie „poprawnych” ideologii naukowych w środowisku akademickim Ameryki Północnej. *Archives of Sexual Behavior*, *52*(1), 43–47.

Pietzke, T. (2024a, 5 lutego). Kazano mi zatwierdzać wszystkie zmiany płci u nastolatków. Odmówiłem. *The Free Press*. https://www.thefp.com/p/i-refused-to-approve-all-teen-gender-transitions

Pietzke, T. (2024b, 15 lutego). „Zostałem zwolniony po zgłoszeniu nieprawidłowości”. *The Free Press*. https://www.thefp.com/p/i-was-fired-after-blowing-the-whistle

Pillerová, M., Borbélyová, V., Pastorek, M., Riljak, V., Hodosy, J., Frick, K. M. i Tóthová, L. (2022). Molekularne działanie hormonów płciowych w mózgu i ich potencjalne zastosowanie w leczeniu zaburzeń lękowych. *Frontiers in Psychiatry, 13*, 972158.

Pimenoff, V. i Pfäfflin, F. (2011). Transseksualizm: wyniki leczenia pacjentów zgodnych i niezgodnych. *International Journal of Transgenderism*, *13*(1), 37–44.

Pol, H. E. H., Cohen-Kettenis, P. T., Van Haren, N. E. M., Peper, J. S., Brans, R. G. H., Cahn, W., Schnack, H. G., Gooren, L. J. G., & Kahn, R. S. (2006). Zmiana płci zmienia mózg: wpływ testosteronu i estrogenu na strukturę mózgu dorosłego człowieka. *European Journal of Endocrinology, 155(*suppl_1), S107–S114.

Pollock, M., Fernandes, R. M., Becker, L. A., Pieper, D. i Hartling, L. (2024). Rozdział V: Przegląd przeglądów [ostatnia aktualizacja: sierpień 2023 r.]. W: *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions*, wersja 6.5. Cochrane. www.training.cochrane.org/handbook

Posner, G. (17 kwietnia 2024 r.). Aktywista „niebinarny, neurodivergentny” nakazuje psychiatrom promowanie operacji „potwierdzających płeć” zamiast terapii. *New York Post*. https://nypost.com/2024/04/17/opinion/non-binary-activist-teddy-goetz-ordering-psychiatrists-to-push-gender-affirming-surgery-over-therapy/

Komisja Praktyczna Amerykańskiego Towarzystwa Medycyny Reprodukcyjnej. (2019). Zachowanie płodności u pacjentów poddawanych terapii gonadotoksycznej lub gonadektomii: opinia komisji. *Fertility and Sterility*, *112*(6), 1022–1033.

Prasad, M. (2024). Wprowadzenie do narzędzia GRADE służącego do oceny pewności dowodów i zaleceń. *Epidemiologia kliniczna i zdrowie globalne*, *25*, 101484.

Prasad, V. K. i Cifu, A. S. (2019). *Koniec z odwracaniem decyzji medycznych: poprawa wyników leczenia, ratowanie życia*. Johns Hopkins University Press.

Pringsheim, T., Ganos, C., McGuire, J. F., Hedderly, T., Woods, D., Gilbert, D. L., Piacentini, J., Dale, R. C. i Martino, D. (2021). Szybko pojawiające się zachowania przypominające tiki u młodych kobiet podczas pandemii COVID-19. *Zaburzenia ruchowe, 36(*12), 2707–2713.

Prinstein, M. J., Borelli, J. L., Cheah, C. S. L., Simon, V. A. i Aikins, J. W. (2005). Wrażliwość nastoletnich dziewcząt na objawy depresji: badanie podłużne dotyczące poszukiwania wsparcia i relacji z rówieśnikami. *Journal of Abnormal Psychology*, *114*(4), 676–688.

Qureshi, R., Mayo-Wilson, E. i Li, T. (2022). Szkody w przeglądach systematycznych, artykuł 1: Wprowadzenie do badań nad szkodami. *Journal of Clinical Epidemiology*, *143*, 186–196.

Radix, A. (b.d.). *Aktualizacja standardów opieki, wersja 8* [Prezentacja]. Centrum Zdrowia Społecznego Callen-Lorde.

Rafferty, J., Komitet AAP ds. Psychospołecznych Aspektów Zdrowia Dziecka i Rodziny, Komitet AAP ds. Okresu Dorastania oraz Sekcja AAP ds. Zdrowia i Dobrostanu Osób Lesbijskich, Gejowskich, Biseksualnych i Transpłciowych. (2018). Zapewnienie kompleksowej opieki i wsparcia dla dzieci i młodzieży transpłciowej i o różnej tożsamości płciowej. *Pediatrics*, *142*(4), e20182162.

Ramos, G. G. F., Mengai, A. C. S., Daltro, C. A. T., Cutrim, P. T., Zlotnik, E. i Beck, A. P. A. (2021). Przegląd systematyczny: Hamowanie dojrzewania za pomocą analogów GnRH u nastolatków z niezgodnością płciową. *Journal of Endocrinological Investigation*, *44*(6), 1151–1158.

Rausch, Z. i Haidt, J. (29 marca 2023 r.). Epidemia chorób psychicznych wśród nastolatków ma charakter międzynarodowy: Anglosfera. *After Babel*. https://jonathanhaidt.substack.com/p/international-mental-illness-part-one

Rawee, P., Rosmalen, J. G. M., Kalverdijk, L. i Burke, S. M. (2024). Rozwój niezadowolenia z płci w okresie dojrzewania i wczesnej dorosłości. *Archives of Sexual Behavior*, 53(5), 1813-1825.

Reed, J. (2023a, 9 lutego). Myślałem, że ratuję dzieci transpłciowe. Teraz ujawniam prawdę. *The Free Press*. https://www.thefp.com/p/i-thought-i-was-saving-trans-kids

Reed, J. (2023b, 23 grudnia). Jamie Reed: Odwaga, by przyznać się do błędu. *The Free Press*. https://www.thefp.com/p/whistleblower-jamie-reed-courage-admit-wrong

Reena, M. (2015). Zmiany psychologiczne w okresie dojrzewania – nastoletnie uczennice. *Universal Journal of Psychology*, *3*(3), 65–68.

Reiss, S., Levitan, G. W. i Szyszko, J. (1982). Zaburzenia emocjonalne i upośledzenie umysłowe: diagnostyczne zacienienie. *American Journal of Mental Deficiency*, *86*(6), 567–574.

Respaut, R. i Terhune, C. (6 października 2022 r.). Wzrost liczby dzieci poszukujących pomocy w zakresie tożsamości płciowej. *Reuters Investigates*. https://www.reuters.com/investigates/special-report/usa-transyouth-data/

Respaut, R., Terhune, C. i Conlin, M. (22 grudnia 2022 r.). Dlaczego osoby, które zrezygnowały z transformacji płciowej, mają kluczowe znaczenie dla nauki o opiece związanej z płcią. *Reuters Investigates*. https://www.reuters.com/investigates/special-report/usa-transyouth-outcomes/

Rew, L., Young, C. C., Monge, M. i Bogucka, R. (2021). Przegląd: Leki blokujące dojrzewanie dla młodzieży transpłciowej i o różnej tożsamości płciowej – krytyczny przegląd literatury. *Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży*, *26*(1), 3–14.

Rideout, V., Peebles, A., Mann, S. i Robb, M. (2022). Spis powszechny Common Sense: Korzystanie z mediów przez nastolatków i młodzież, 2021. *Common Sense*. https://www.commonsensemedia.org/sites/default/files/research/report/8-18-census-integrated-report-final-web_0.pdf

Rider, G. N., McMorris, B. J., Gower, A. L., Coleman, E. i Eisenberg, M. E. (2018). Health and care utilization of transgender and gender nonconforming youth: A population-based study. *Pediatrics*, *141*(3), e20171683.

Ristori, J. i Steensma, T. D. (2016). Dysforia płciowa w dzieciństwie. *International Review of Psychiatry*, *28*(1), 13–20.

Riva-Morales, I. D. L., Gama, A., Zhou, R., Choy, B., Isaila, B., Nezami, B. G., Brannigan, R., Bowen, D. i Yang, X. (2025). Analiza kliniczno-patologiczna i ocena patologii cyfrowej próbek po orchidektomii w chirurgii potwierdzającej tożsamość płciową. *Pathology - Research and Practice, 269,* 155914.

Roberts, C. M., Klein, D. A., Adirim, T. A., Schvey, N. A. i Hisle-Gorman, E. (2022). Kontynuacja terapii hormonami potwierdzającymi płeć u nastolatków i dorosłych osób transpłciowych. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism*, *107*(9), e3937-e3943.

Robinson, K., Sharma, R., Baker, K. E., Dukhanin, V. i Wilson, L. M. (2019). *Skutki operacji potwierdzających płeć w leczeniu dysforii płciowej u osób transpłciowych.* https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?ID=CRD42019135075

Robinson, K., Sharma, R., Wilson, L. i Baker, K. (2019). *Interwencje dotyczące mowy, głosu i komunikacji u osób transpłciowych*. https://www.crd.york.ac.uk/prospero/display_record.php?ID=CRD42019124845

Rodgers, R. F. i Rousseau, A. (2022). Media społecznościowe a obraz własnego ciała: modulowanie wpływu tożsamości społecznej i cech użytkowników. *Body Image*, *41*, 284–291.

Rohayem, J., Alexander, E. C., Heger, S., Nordenström, A. i Howard, S. R. (2024). Mini-puberty, physiological and disordered: Consequences, and potential for therapeutic replacement. *Endocrine Reviews*, *45*(4), 460–492.

Rolfe, A. (2023). *RE: Pytanie klienta* [Prywatna wiadomość e-mail]. https://media4.manhattan-institute.org/wp-content/uploads/sites/5/Amber-Rolfe-e-mail-11_9.pdf

Rose, A. J. i Rudolph, K. D. (2006). Przegląd różnic płciowych w procesach relacji rówieśniczych: potencjalne kompromisy w rozwoju emocjonalnym i behawioralnym dziewcząt i chłopców. *Psychological Bulletin*, *132*(1), 98–131.

Rosenthal, S. M. (2021a). Wyzwania związane z opieką nad młodzieżą transpłciową i o różnej tożsamości płciowej: punkt widzenia endokrynologa. *Nature Reviews Endocrinology*, *17*(10), 581–591.

Rosenthal, S. M. (2021b). Zakres ubezpieczenia i kwestie związane z kodowaniem w hormonalnej terapii potwierdzającej tożsamość płciową nastolatków i młodych dorosłych. Prezentacja PPT.

Rosenthal, S. M., Hembree, W. C., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L., Hannema, S. E., Meyer, W. J., Murad, M. H., Safer, J. D., Tangpricha, V. i T'Sjoen, G. G. (2019). Odpowiedź na list do redakcji: „Leczenie endokrynologiczne osób z dysforią płciową/niezgodnością płciową: wytyczne kliniczne Towarzystwa Endokrynologicznego". *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, 104(*11), 5102–5103.

Rothblatt, M. (1995). *Apartheid płci: Manifest o wolności płci*. Crown Publishers.

Rothwell, J. (2023). *Rodzicielstwo łagodzi problemy związane ze zdrowiem psychicznym związane z mediami społecznościowymi.* https://ifstudies.org/ifs-admin/resources/briefs/ifs-gallup-parentingsocialmediascreentime-october2023-1.pdf

Roy, M. K., Bothwell, S., Kelsey, M. M., Ma, N. S., Moreau, K. L., Nadeau, K. J., Rothman, M. S. i Nokoff, N. J. (2024). Gęstość kości u młodzieży transpłciowej stosującej terapię hormonalną potwierdzającą płeć. *Journal of the Endocrine Society,* 8*(*5), bvae045.

Russ, M. J. (2021). Spotkanie multidyscyplinarnego zespołu szpitalnego oddziału psychiatrycznego: model dla obecnej praktyki. *Journal of Psychiatric Practice*, *27*(2), 101.

Russell, I., Pearson, B. i Masic, U. (2021). Badanie podłużne cech związanych ze spektrum autyzmu u nastolatków o różnej tożsamości płciowej, skierowanych do kliniki i korzystających z leczenia hamującego dojrzewanie. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *51*(6), 2068-2076.

Russon, J., Smithee, L., Simpson, S., Levy, S. i Diamond, G. S. (2022). Demonstracja terapii rodzinnej opartej na przywiązaniu dla młodzieży transpłciowej i o różnej tożsamości płciowej z myślami i zachowaniami samobójczymi: studium przypadku. *Family Process*, *61*(1), 230–245.

Ruuska, S.-M., Tuisku, K., Holttinen, T. i Kaltiala, R. (2024). Śmiertelność z wszystkich przyczyn i śmiertelność z powodu samobójstw wśród nastolatków i młodych dorosłych, którzy skontaktowali się ze specjalistycznymi służbami ds. tożsamości płciowej w Finlandii w latach 1996–2019: badanie rejestrowe. *BMJ Mental Health*, *27*(1), e300940.

Ryan, B. (2024a, 31 października). „Szokujące" i „lekkomyślne": czołowa klinika zajmująca się kwestiami płci ocenia dzieci pod kątem zabiegów medycznych zmieniających płeć w zaledwie 2 godziny, ujawnia pozew. *New York Sun.* https://www.nysun.com/article/shocking-and-reckless-top-gender-clinic-assesses-children-for-gender-altering-medical-treatments-in-just-2-hours-lawsuit-lays-bare

Ryan, B. (2024b, 6 grudnia). Wielka Brytania wyda 13,9 mln dolarów na badania nad blokerami dojrzewania – ale w jakim celu? *Hazard Ratio*. https://benryan.substack.com/p/the-uk-will-spend-139-million-on

Ryan, B. (2024c, 19 lipca). Stowarzyszenie Psychologiczne Pensylwanii zakazuje wszelkich wzmianek na swojej profesjonalnej liście mailingowej o brytyjskim przeglądzie Cass Review dotyczącym pediatrycznej medycyny płciowej, wskazując zamiast tego na wytyczne WPATH. *Hazard Ratio*. https://benryan.substack.com/p/pennsylvania-psychological-association

Ryan, B. (2025, 12 marca). PRZECIEK: Filmy szkoleniowe dotyczące opieki nad osobami transpłciowymi autorstwa znanego lekarza z kliniki zajmującej się kwestiami płci, część 1. *Hazard Ratio*. https://benryan.substack.com/p/leaked-trans-care-training-videos

Saarni, S. i Uusitalo, S. (2020). *Sukupuolen variaatioihin liittyvän dysforian lääketieteelliset hoidot: Analyysi eettisistä kysymyksistä*. Palveluvalikoimaneuvoston (COHERE). https://d2htbfmhc6rwjj.cloudfront.net/attachments/5/d/4/a3921a09947e6845d806 a3d990c66.pdf

Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B. i Richardson, W. S. (1996). Medycyna oparta na dowodach naukowych: czym jest, a czym nie jest. *BMJ*, *312*(7023), 71–72.

Safer, J. D. i Tangpricha, V. (2019). Opieka nad pacjentem transpłciowym. *Annals of Internal Medicine*, *171*(1), ITC1–ITC16.

Sandhu, S., Liu, M. i Keuroghlian, A. S. (2025). Przyszłość polityki zdrowotnej Stanów Zjednoczonych wobec mniejszości seksualnych i płciowych. *JAMA Internal Medicine*, *185*(4), 364-365.

Sansfaçon, A. P., Gelly, M. A., Gravel, R., Medico, D., Baril, A., Susset, F. i Paradis, A. (2023). Zróżnicowane spojrzenie na procesy transformacji i detransformacji płciowej wśród młodzieży. *Infant and Child Development*, *32*, e2402.

Santesso, N., Glenton, C., Dahm, P., Garner, P., Akl, E. A., Alper, B., Brignardello-Petersen, R., Carrasco-Labra, A., De Beer, H. i Hultcrantz, M. (2020). Wytyczne GRADE 26: Informacyjne oświadczenia służące przekazaniu wyników systematycznych przeglądów interwencji. *Journal of Clinical Epidemiology, 119,* 126–135.

Sapir, L. (2024a, 16 lutego). Co się wydarzyło w MultiCare? *City Journal*. https://www.city-journal.org/article/what-happened-at-multicare

Sapir, L. (2024b, 2 sierpnia). Zeznania Meredithe McNamara. *City Journal*. https://www.city-journal.org/article/the-deposition-of-meredithe-mcnamara

Sapir, L. (2024c, 12 sierpnia). Koniec konsensusu. *City Journal*. https://www.city-journal.org/article/a-consensus-no-longer

Sapir, L. (2024d, 17 lutego). Stacking the deck. *City Journal*. https://www.city-journal.org/article/stacking-the-deck-for-gender-affirming-care

Sapir, L. (2025, 24 lutego). The corruption of *The New England Journal of Medicine*. *City Journal*. https://www.city-journal.org/article/new-england-journal-of-medicine-transgender-activists

Satel, S. (13 lutego 2024 r.). Podręcznikowy przykład szaleństwa medycyny sprawiedliwości społecznej. *Washington Monthly*. http://washingtonmonthly.com/2024/02/13/gender-affirming-care-a-textbook-case-of-social-justice-run-amok/

Schagen, S. E. E., Wouters, F. M., Cohen-Kettenis, P. T., Gooren, L. J. i Hannema, S. E. (2020). Rozwój kości u nastolatków transpłciowych leczonych analogami GnRH i hormonami potwierdzającymi płeć. *Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, *105*(12), e4252-e4263.

Scheimer, D., Chakrabarti, M., Skoog, T. (8 maja 2024 r.). Autor „Cass Review": Zaleca się większą „ostrożność" w przypadku opieki potwierdzającej płeć u młodzieży. *On Point.* https://www.wbur.org/onpoint/2024/05/08/hilary-cass-review-caution-nhs-gender-affirming-care-youth

Schenck, K. (28 marca 2022 r.). Organizacje LGBTQ+ z Ohio wzywają do zerwania kontaktów z psychiatrą, którego słowa są wykorzystywane do odmawiania praw osobom transpłciowym. *The Buckeye Flame*. https://thebuckeyeflame.com/2022/03/28/open-letter-levine/

Schloendorff przeciwko Society of New York Hospital, nr 211 N.Y. 125, 105 N.E. 92 (1914).

Schneider, M. S., Bockting, W. O., Ehrbar, R. D., Lawrence, A. A., Rachlin, K. i Zucker, K. J. (2009). *Raport grupy zadaniowej ds. tożsamości płciowej i różnic płciowych*. Amerykańskie Towarzystwo Psychologiczne.

Scott, G. (20 marca 2025 r.). Zakaz zmiany płci dzieci w dokumentacji medycznej NHS. *The Times*. https://www.thetimes.com/article/7d6b8257-9da6-404d-888b-4b46 cc9262

Scott, G. G., Pinkosova, Z., Jardine, E. i Hand, C. J. (2023). „Thinstagram": Treść obrazu i zadowolenie obserwatora z własnego ciała wpływają na czas i miejsce ruchów gałek ocznych podczas oglądania zdjęć na Instagramie. *Computers in Human Behavior*, *138*, 107464.

Szpital Dziecięcy w Seattle (b.d.). *Klinika płci: edukacja i zasoby dla pracowników służby zdrowia*. https://www.seattlechildrens.org/clinics/gender-clinic/education-resources-healthcare-professionals/

Seiger, R., Hahn, A., Hummer, A., Kranz, G. S., Ganger, S., Woletz, M., Kraus, C., Sladky, R., Kautzky, A., Kasper, S., Windischberger, C. i Lanzenberger, R. (2016). Zmiany w istocie szarej podkorowej u osób transpłciowych po długotrwałym podawaniu hormonów płciowych. *Psychoneuroendokrynologia, 74,* 371–379.

Selin Davis, L. (6 stycznia 2022 r.). Pionierka ruchu transpłciowego wyjaśnia powody swojej rezygnacji z członkostwa w amerykańskim stowarzyszeniu zawodowym zajmującym się zdrowiem osób transpłciowych. *Quillette*. https://quillette.com/2022/01/06/a-transgender-pioneer-explains-why-she-stepped-down-from-uspath-and-wpath/

Selin Davis, L (11 października 2024a). Grupy medyczne cenzurują Cass Review. *Broadview.* https://www.broadview.news/p/medical-groups-are-censoring-the

Selin Davis, L. (2024b, 3 grudnia). Kwestionowanie prawne zakazów dotyczących opieki zdrowotnej dla młodzieży w stanach republikańskich ujawniło próbę zatuszowania sprawy. *Boston Globe*. https://www.bostonglobe.com/2024/12/04/opinion/youth-gender-medicine-wpath-soc-8/

Sharma, R., Robinson, K., Wilson, L. M. i Baker, K. E. (2018). *Skutki terapii hormonalnej u osób transpłciowych (PROSPERO 2018)*. https://www.crd.york.ac.uk/PROSPERO/view/CRD42018115379

Shaw, D., Manara, A. i Dalle Ave, A. L. (2022). Etyka semantyki w medycynie. *Journal of Medical Ethics*, *48*(12), 1026–1031.

Sherer, I. (2018). *Konferencja Gender Spectrum: Sympozjum*. https://www.youtube.com/shorts/n8E4sidarKQ

Shidlo, Ariel., Schroeder, M., & Drescher, J. (2001). Terapia konwersji seksualnej: perspektywy etyczne, kliniczne i badawcze. W: *Terapia konwersji seksualnej: perspektywy etyczne, kliniczne i badawcze*. Haworth Medical Press.

Shorter, E. (1993). *Od paraliżu do zmęczenia: historia chorób psychosomatycznych w epoce nowożytnej*. Free Press.

Shrier, A. (2020). *Nieodwracalne szkody: moda na transpłciowość uwodząca nasze córki*. Regnery Publishing.

Shrier, A. (2021a, 9 sierpnia). Stowarzyszenie pediatryczne tłumi debatę na temat dysforii płciowej. *Wall Street Journal*. https://www.wsj.com/opinion/pediatric-association-gender-dysphoria-children-transgender-cancel-culture-11628540553

Shrier, A. (2021b, 4 października). Najlepsi lekarze zajmujący się osobami transpłciowymi demaskują „niechlujną” opiekę. *The Free Press*. https://www.thefp.com/p/top-trans-doctors-blow-the-whistle

Shuster, S. M. (2021). *Trans Medicine: The Emergence and Practice of Treating Gender*. New York University Press.

Sibarium, A. (11 sierpnia 2023 r.). Popierają zmianę płci u dzieci, ale z pewnymi zabezpieczeniami. Czołowa grupa psychiatrów dziecięcych nie pozwala im zabierać głosu podczas corocznej konferencji. *Washington Free Beacon*. https://freebeacon.com/campus/they-support-sex-changes-for-children-with-safeguards-a-top-child-psychiatry-group-wont-let-them-speak-at-its-annual-conference/

Silver Hill Hospital/World Professional Association for Transgender Health. (b.d.). *Najlepsze praktyki w zakresie zdrowia osób transpłciowych: oparta na dowodach medycznej i psychicznej opieki zdrowotnej.* https://silverhillhospital.org/wp-content/uploads/2018/07/GEI-Course-Silver-Hill-August-2-2.pdf

Silver, C., Calvey, R., Martin, A. i Butterworth, J. (2025). W kierunku najlepszych praktyk w opiece zdrowotnej nad pacjentami transpłciowymi: poprawa jakości w praktyce ogólnej w Wielkiej Brytanii. *Opieka zdrowotna*, *13*(4), 353.

Silveri, M. M., Schuttenberg, E. M., Schmandt, K., Stein, E. R., Rieselbach, M. M., Sternberg, A., Cohen-Gilbert, J. E., Katz-Wise, S. L., Blackford, J. U., Potter, A. S., Potter, M. P., Sarvey, D. B., McWhinnie, C. M., Feinberg, J. E. i Boger, K. D. (2021). Wyniki kliniczne po ostrym leczeniu psychiatrycznym w warunkach szpitalnych u nastolatków transpłciowych i o różnej tożsamości płciowej. *JAMA Network Open,* 4*(*6), e2113637–e2113637.

Sinai, J. (2022). Obecny model opieki potwierdzającej tożsamość płciową w Kolumbii Brytyjskiej jest niepotwierdzony i przestarzały. *BCMJ*, *64*(3), 106.

Sinai, J. i Sim, P. (2024). Psychodynamiczna psychoterapia dysforii płciowej nie jest terapią konwersyjną. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *33*(2), 145-153.

Singal, J. (lipiec/sierpień 2018). Kiedy dzieci mówią, że są transpłciowe. *The Atlantic*. https://www.theatlantic.com/magazine/archive/2018/07/when-a-child-says-shes-trans/561749/

Singal, J. (2022a, 6 kwietnia). Naukowcy odkryli, że leki blokujące dojrzewanie i hormony nie poprawiają zdrowia psychicznego dzieci transpłciowych w ich klinice. Następnie opublikowali badanie, w którym twierdzili coś przeciwnego (aktualizacja). *Singal-Minded*. https://jessesingal.substack.com/p/researchers-found-puberty-blockers

Singal, J. (2022b, 21 września). Uniwersytet Waszyngtoński naraża dzieci transpłciowe na niebezpieczeństwo, zniekształcając badania dotyczące samobójstw. *Singal-Minded*. https://jessesingal.substack.com/p/the-university-of-washington-is-putting

Singal, J. (2023a, 25 kwietnia). O Alejandrze Caraballo kontra Benjaminie Ryanie kontra Stevenie Thrasherze. *Singal-Minded*. https://jessesingal.substack.com/p/on-alejandra-caraballo-vs-benjamin

Singal, J. (21 listopada 2023 r.). Gniew kryjący się za Transgender Map. *UnHerd*. https://unherd.com/2023/11/the-rage-behind-transgender-map/

Singh, D., Bradley, S. J. i Zucker, K. J. (2021). Badanie uzupełniające dotyczące chłopców z zaburzeniami tożsamości płciowej. *Frontiers in Psychiatry*, *12*, 632784.

Singh-Ospina, N., Maraka, S., Rodriguez-Gutierrez, R., Davidge-Pitts, C., Nippoldt, T. B., Prokop, L. J. i Murad, M. H. (2017). Wpływ steroidów płciowych na zdrowie kości osób transpłciowych: przegląd systematyczny i metaanaliza. *Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism, 102(*11), 3904–3913.

Skauen, J. E., Pallesen, S., Bjørnebekk, A., Chegeni, R., Syvertsen, A., Petróczi, A. i Sagoe, D. (2023). Częstość występowania i korelaty zależności od androgenów: metaanaliza, analiza metaregresji i synteza jakościowa. *Current Opinion in Endocrinology, Diabetes, and Obesity, 30(*6), 309–323.

Smids, J. i Vasterman, P. (2025). Od transseksualności do różnorodności płciowej: teoria pętli Hackinga jako wyjaśnienie gwałtownego wzrostu liczby nastolatków poszukujących opieki medycznej potwierdzającej tożsamość płciową. *Filosofie & Praktijk*, *46*(1), 42–68.

Smith, C. M. (2005). Pochodzenie i zastosowania *Primum non nocere* – Przede wszystkim nie szkodzić! *Journal of Clinical Pharmacology*, *45*(4), 371–377.

Smith, G. C. S. i Pell, J. P. (2003). Wykorzystanie spadochronów w celu zapobiegania zgonom i poważnym urazom związanym z wyzwaniami grawitacyjnymi: systematyczny przegląd randomizowanych badań kontrolowanych. *BMJ*, *327*, 1459–1461.

Smith, Y. L. S., Van Goozen, S. H. M. i Cohen-Kettenis, P. T. (2001). Nastolatki z zaburzeniami tożsamości płciowej, które zostały zakwalifikowane lub odrzucone do operacji zmiany płci: prospektywne badanie follow-up. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, *40*(4), 472–481.

Smith, Y. L. S., Van Goozen, S. H. M., Kuiper, A. J. i Cohen-Kettenis, P. T. (2005). Zmiana płci: wyniki i czynniki prognostyczne leczenia transseksualistów w wieku młodzieżowym i dorosłym. *Psychological Medicine*, *35*(1), 89–99.

Socialstyrelsen. (2020). *Ewolucja diagnozy dysforii płciowej: częstość występowania, współwystępujące diagnozy psychiatryczne i śmiertelność z powodu samobójstw* [nieoficjalne tłumaczenie]. https://www.transgendertrend.com/wp-content/uploads/2020/11/English-NBHW-report-002.pdf

Socialstyrelsen. (2022a). *Opieka nad dziećmi i młodzieżą z dysforią płciową: podsumowanie krajowych wytycznych.* https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2023-1-8330.pdf

Socialstyrelsen. (2022b). *Opieka nad dziećmi i młodzieżą z dysforią płciową* [nieoficjalne tłumaczenie certyfikowane z Boe przeciwko Marshall, nr 2:22-cv-00184: 559-5 (2024)]. https://storage.courtlistener.com/recap/gov.uscourts.almd.77755/gov.uscourts.al md.77755.559.5.pdf

Socialstyrelsen. (2022c). *Vård av barn och ungdomar med könsdysfori: Nationellt kunskapsstöd med rekommendationer till profession och beslutsfattare [*Opieka nad dziećmi i młodzieżą z dysforią płciową]. https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2022-12-8302.pdf

Towarzystwo Medycyny Płciowej Opartej na Dowodach Naukowych. (2 lipca 2021 r.). Rok od zerwania przez Finlandię ze standardami opieki WPATH. *Spotlight*. https://segm.org/Finland_deviates_from_WPATH_prioritizing_psychotherapy_no_surgery_for_minors

Towarzystwo Medycyny Płciowej Opartej na Dowodach Naukowych (2022a, 3 marca). Narodowa Akademia Medyczna we Francji zaleca ostrożność w przypadku zmiany płci u dzieci. *Komunikat prasowy.* https://segm.org/France-cautions-regarding-puberty-blockers-and-cross-sex-hormones-for-youth

Towarzystwo Medycyny Płciowej Opartej na Dowodach Naukowych (2022b, 6 maja). Wczesna zmiana płci społecznej u dzieci wiąże się z wysokim odsetkiem tożsamości transpłciowej we wczesnym okresie dojrzewania. *Towarzystwo Medycyny Płciowej Opartej na Dowodach Naukowych*. https://segm.org/early-social-gender-transition-persistence

Stowarzyszenie Medycyny Płciowej Opartej na Dowodach Naukowych. (2023a, 9 lipca). Tożsamość transpłciowa a próby samobójcze i śmiertelność w Danii. *Spotlight*. https://segm.org/transgender_suicide_mortailty_Denmark

Stowarzyszenie Medycyny Płciowej Opartej na Dowodach Naukowych. (2023b, 17 sierpnia). Dania znacznie ogranicza zmiany płci u młodzieży. *Stowarzyszenie Medycyny Płciowej Opartej na Dowodach Naukowych*. https://segm.org/Denmark-sharply-restricts-youth-gender-transitions

Towarzystwo Medycyny Płciowej Opartej na Dowodach Naukowych. (2023c, 19 listopada). Holenderska debata z 2023 r. na temat zmian płci u młodzieży. *Spotlight*. https://segm.org/Dutch-protocol-debate-Netherlands

Towarzystwo Medycyny Płciowej Opartej na Dowodach Naukowych. (2023d, 10 czerwca). Springer wycofa kluczowy artykuł w odpowiedzi na żądania aktywistów. *Spotlight*. https://segm.org/retraction-of-key-publication-in-response-to-activist-pressures

Towarzystwo Medycyny Płciowej Opartej na Dowodach Naukowych. (2024a, 23 lutego). Śmiertelność samobójcza wśród nastolatków i młodych dorosłych z dysforią płciową w Finlandii. *Towarzystwo Medycyny Płciowej Opartej na Dowodach Naukowych*. https://segm.org/Suicide-Gender-Dysphoric-Adolescent-Young-Adult-Finland-2024

Towarzystwo Medycyny Płciowej Opartej na Dowodach Naukowych. (2024b, 11 lipca). WPATH wpływa na osłabienie wytycznych WHO dotyczących osób transpłciowych. *Spotlight*. https://segm.org/wpath-evidence-manipulation-risks-discrediting-WHO-transgender-guidelines

Stowarzyszenie Medycyny Płciowej Opartej na Dowodach Naukowych. (2024c, 19 lipca). Diagnoza dysforii płciowej u młodych ludzi charakteryzuje się „niską stabilnością diagnostyczną" – wynika z nowych badań przeprowadzonych w Niemczech. *Spotlight*. https://segm.org/gender-dysphoria-diagnosis-desistance-germany

Towarzystwo Medycyny Płciowej Opartej na Dowodach Naukowych. (2024d, 19 grudnia). Włochy dołączają do grona krajów zalecających ograniczenia stosowania leków blokujących dojrzewanie w przypadku dysforii płciowej. *Towarzystwo Medycyny Płciowej Opartej na Dowodach Naukowych*. https://segm.org/Italy-Puberty-Blockers-Therapy-Bioethics

Towarzystwo Medycyny Płciowej Opartej na Dowodach Naukowych. (2025, 26 marca). Niemieckie wytyczne z 2025 r. dotyczące diagnozowania i leczenia niezgodności płciowej i dysforii płciowej u dzieci i młodzieży. *Towarzystwo Medycyny Płciowej Opartej na Dowodach Naukowych*. https://segm.org/German-guidelines-gender-dysphoria-youth-2025.

Spencer, B. (2 kwietnia 2025 r.). NHS zamienia leki zmieniające płeć na „holistyczną" opiekę. *The Sunday Times*. https://archive.ph/4KeSU

Spiliadis, A. (2019). W kierunku modelu eksploracyjnego płci: spowolnienie, otwarcie i badanie rozwoju tożsamości. *Metalogos Systemic Therapy Journal*, *35*(1), 1–9.

Stanford Medicine Children's Health. (b.d.). *Klinika płci dziecięcej i młodzieżowej*. https://www.stanfordchildrens.org/en/services/gender.html

Staphorsius, A. S., Kreukels, B. P., Cohen-Kettenis, P. T., Veltman, D. J., Burke, S. M., Schagen, S. E., Wouters, F. M., Delemarre-van de Waal, H. A. i Bakker, J. (2015). Tłumienie dojrzewania płciowego a funkcje wykonawcze: badanie fMRI u nastolatków z dysforią płciową. *Psychoneuroendokrynologia, 56,* 190–199.

Steensma, T. D., van der Ende, J., Verhulst, F. C. i Cohen-Kettenis, P. T. (2013). Różnice płciowe w dzieciństwie a orientacja seksualna w wieku dorosłym: badanie prospektywne. *Journal of Sexual Medicine*, *10*(11), 2723–2733.

Steensma, T. D., Cohen-Kettenis, P. T. i Zucker, K. J. (2018). Dowody na zmianę stosunku płci wśród dzieci skierowanych do leczenia z powodu dysforii płciowej: dane z Centrum Ekspertyzy ds. Dysforii Płciowej w Amsterdamie (1988–2016). *Journal of Sex & Marital Therapy, 44(7*), 713–715.

Steinberg, L. (2005). Rozwój poznawczy i afektywny w okresie dojrzewania. *Trends in Cognitive Sciences*, *9*(2), 69–74.

Steinberg, L. (2009). Rozwój nastolatków a wymiar sprawiedliwości wobec nieletnich. *Annual Review of Clinical Psychology*, *5*(1), 459–485.

Steinmetz, K. (19 maja 2014 r.). Punkt zwrotny dla osób transpłciowych. *Time*. https://time.com/135480/transgender-tipping-point/

Stoffers, I. E., de Vries, M. C. i Hannema, S. E. (2019). Zmiany fizyczne, parametry laboratoryjne i gęstość mineralna kości podczas leczenia testosteronem u nastolatków z dysforią płciową. *Journal of Sexual Medicine*, *16*(9), 1459–1468.

Stolk, T. H. R., Asseler, J. D., Huirne, J. A. F., van den Boogaard, E. i van Mello, N. M. (2023). Pragnienie posiadania dzieci i zachowanie płodności u osób transpłciowych i o różnej tożsamości płciowej: przegląd systematyczny. *Best Practice and Research Clinical Obstetrics and Gynaecology, 87,* 102312.

Stoller, R. J. (1964). Wkład w badania nad tożsamością płciową. *International Journal of Psycho-Analysis*, *45*(2–3), 220–226.

Strang, J. F., Chen, D., Nelson, E., Leibowitz, S. F., Nahata, L., Anthony, L. G., Song, A., Grannis, C., Graham, E., Henise, S., Vilain, E., Sadikova, E., Freeman, A., Pugliese, C., Khawaja, A., Maisashvili, T., Mancilla, M. i Kenworthy, L. (2022). Funkcjonowanie wykonawcze młodzieży transpłciowej: związki z objawami lęku, zaburzeniami ze spektrum autyzmu i statusem leczenia potwierdzającego tożsamość płciową. *Psychiatria dziecięca i rozwój człowieka*, *53*(6), 1252–1265.

Strang, J. F., Meagher, H., Kenworthy, L., de Vries, A. L. C., Menvielle, E., Leibowitz, S., Janssen, A., Cohen-Kettenis, P., Shumer, D. E., Edwards-Leeper, L., Pleak, R. R., Spack, N., Karasic, D. H., Schreier, H., Balleur, A., Tishelman, A., Ehrensaft, D., Rodnan, L., Kuschner, E. S., … Anthony, L. G. (2018). Wstępne wytyczne kliniczne dotyczące współwystępowania zaburzeń ze spektrum autyzmu i dysforii płciowej lub niezgodności płciowej u nastolatków. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 47(*1), 105–115.

Strauss, P., Ball, J., Bonney, S., Costanza, M., Cavve, B. S., Hird, K., Saunders, L. A., Bickendorf, X., Thomas, C. S., Mahfouda, S., Fitzgerald, M., Moore, J. K. i Lin, A. (2024). Krytyczna dyskusja na temat pediatrycznych pomiarów płci w celu wyjaśnienia użyteczności i celu „pomiaru” płci. *International Journal of Transgender Health*. https://doi.org/10.1080/26895269.2024.2375409

Stringer, K. (31 marca 2023 r.). Korzyści płynące z opieki potwierdzającej płeć. *Blog SPH*. https://sph.washington.edu/news-events/sph-blog/benefits-gender-affirming-care

Stroumsa, D. i Kirkland, A. R. (2020). Ubezpieczenie zdrowotne i opieka dla osób transpłciowych: zagrożenia i możliwości. *New England Journal of Medicine*, *383*(25), 2397–2399.

Stryker, S. (2000). Wprowadzenie. W: C. Jorgensen, *Christine Jorgensen: A Personal Autobiography*. Cleis Press.

Suarez N. A., Trujillo L., McKinnon I. I. i in. (2024). Różnice w przywiązaniu do szkoły, niestabilnych warunkach mieszkaniowych, doświadczeniach związanych z przemocą, zdrowiu psychicznym oraz myślach i zachowaniach samobójczych wśród uczniów szkół średnich transpłciowych i cispłciowych — Badanie zachowań ryzykownych młodzieży, Stany Zjednoczone, 2023. *MMWR*, *73*(Suppl-4), 50–58.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2020). *Leczenie myśli samobójczych, samookaleczeń i prób samobójczych wśród młodzieży*. https://library.samhsa.gov/sites/default/files/pep20-06-01-002.pdf

Sugy, P. (12 grudnia 2024 r.). La Haute Autorité de santé veut un accès gratuit à la transition de genre pour tous, à partir de 16 ans. *Le Figaro*. https://www.lefigaro.fr/actualite-france/la-haute-autorite-de-sante-veut-un-acces-gratuit-a-la-transition-de-genre-pour-tous-a-partir-de-16-ans-20241212

Sullivan, A. (2025). *Przegląd danych, statystyk i badań dotyczących płci biologicznej i społecznej*. Instytut Badań Społecznych, UCL.

Sun, C.-F., Xie, H., Metsutnan, V., Draeger, J. H., Lin, Y., Hankey, M. S. i Kablinger, A. S. (2023). Średni wiek diagnozy dysforii płciowej maleje. *Psychiatria ogólna*, *36*(3), e100972.

Sur, R. L. i Dahm, P. (2011). Historia medycyny opartej na dowodach naukowych. *Indian Journal of Urology*, *27*(4), 487–489.

Szilagyi, M. (2022a, 21 sierpnia). Akademia pediatrii odpowiada na temat leczenia transpłciowości u dzieci. *Wall Street Journal*. https://www.wsj.com/articles/trans-gender-pediatric-aap-kids-children-care-surgery-affirm-treatment-11660942086

Szilagyi, Moira. (2022b, 10 sierpnia). Dlaczego bronimy dzieci i nastolatków transpłciowych. *Blog AAP Voices*. https://www.aap.org/en/news-room/aap-voices/why-we-stand-up-for-transgender-children-and-teens/

Szwedzka Agencja ds. Oceny Technologii Medycznych i Usług Społecznych. (2022). Hormonbehandling vid könsdysfori - barn och unga En systematisk översikt och utvärdering av medicinska aspekter [Terapia hormonalna w przypadku dysforii płciowej – dzieci i młodzież. Systematyczny przegląd i ocena aspektów medycznych]. https://www.sbu.se/contentassets/ea4e698fa0c4449aaae964c5197cf940/hormonbehandling-vid-konsdysfori_barn-och-unga.pdf

Tang, A., Hojilla, J. C., Jackson, J. E., Rothenberg, K. A., Gologorsky, R. C., Stram, D. A., Mooney, C. M., Hernandez, S. L. i Yokoo, K. M. (2022). Trendy w zakresie mastektomii potwierdzającej płeć i wyniki operacji u nastolatków. *Annals of Plastic Surgery, 88,* 7.

Tanner, J. M. (1962). *Wzrost w okresie dojrzewania: ogólne rozważania na temat wpływu czynników dziedzicznych i środowiskowych na wzrost i dojrzewanie od urodzenia do osiągnięcia dojrzałości* (wydanie drugie). Blackwell Scientific.

Taylor, J., Hall, R., Heathcote, C., Hewitt, C. E., Langton, T. i Fraser, L. (2024a). Wytyczne kliniczne dotyczące dzieci i młodzieży doświadczających dysforii płciowej lub niezgodności płciowej: systematyczny przegląd jakości wytycznych (część 1). *Archives of Disease in Childhood*, *109*(Suppl 2), s65-s72.

Taylor, J., Hall, R., Heathcote, C., Hewitt, C. E., Langton, T. i Fraser, L. (2024b). Wytyczne kliniczne dotyczące dzieci i młodzieży doświadczających dysforii płciowej lub niezgodności płciowej: systematyczny przegląd zaleceń (część 2). *Archives of Disease in Childhood*, *109*(Suppl 2), s73-s82.

Taylor, J., Hall, R., Langton, T., Fraser, L. i Hewitt, C. E. (2024a). Ścieżki opieki nad dziećmi i młodzieżą skierowanymi do specjalistycznych placówek zajmujących się kwestiami płci: przegląd systematyczny. *Archives of Disease in Childhood*, *109*(Suppl 2), s57-s64.

Taylor, J., Hall, R., Langton, T., Fraser, L. i Hewitt, C. E. (2024b). Charakterystyka dzieci i młodzieży kierowanych do specjalistycznych placówek zajmujących się kwestiami płci: przegląd systematyczny. *Archives of Disease in Childhood*, *109*(Suppl 2), s3-s11.

Taylor, J., Mitchell, A., Hall, R., Heathcote, C., Langton, T., Fraser, L. i Hewitt, C. E. (2024). Interwencje mające na celu zahamowanie dojrzewania u nastolatków doświadczających dysforii płciowej lub niezgodności płciowej: przegląd systematyczny. *Archiwum Chorób Dziecięcych, 109(*Suppl 2), s33-s47.

Taylor, J., Mitchell, A., Hall, R., Langton, T., Fraser, L. i Hewitt, C. E. (2024). Interwencje hormonalne mające na celu maskulinizację i feminizację nastolatków doświadczających dysforii płciowej lub niezgodności płciowej: przegląd systematyczny. *Archives of Disease in Childhood*, *109*(Suppl 2), s48-s56.

Tetelepta, B. (2021a, 27 lutego). Dringend meer onderzoek nodig naar transgenderzorg aan jongeren: „Waar komt de grote stroom kinderen vandaan?" [Pilnie potrzebne są dalsze badania nad opieką nad osobami transpłciowymi w wieku młodzieżowym: „Skąd bierze się tak duży napływ dzieci?"]. *Algemeen Dagblad*. https://www.ad.nl/nijmegen/dringend-meer-onderzoek-nodig-naar-transgenderzorg-aan-jongeren-waar-komt-de-grote-stroom-kinderen-vandaan~aec79d00/

Tetelepta, B. (2021b, 27 lutego). Pilnie potrzebne są dalsze badania nad opieką nad osobami transpłciowymi w wieku młodzieżowym: „Skąd bierze się tak duży wzrost liczby dzieci?" [nieoficjalne tłumaczenie]. *Voorzij voor Vrouwen.* https://www.voorzij.nl/more-research-is-urgently-needed-into-transgender-care-for-young-people-where-does-the-large-increase-of-children-come-from/

Temple Newhook, J., Pyne, J., Winters, K., Feder, S., Holmes, C., Tosh, J., Sinnott, M.-L., Jamieson, A. i Pickett, S. (2018). Krytyczny komentarz na temat badań uzupełniających i teorii „rezygnacji" dotyczących dzieci transpłciowych i nieprzystających do norm płciowych. *International Journal of Transgenderism, 19(*2), 212–224.

Terhune, C., Respaut, R. i Conlin, M. (6 października 2022 r.). Wraz ze wzrostem liczby dzieci transpłciowych poszukujących pomocy medycznej rodziny stają przed wieloma niewiadomymi. *Reuters Investigates*. https://www.reuters.com/investigates/special-report/usa-transyouth-care/

The Economist. (27 czerwca 2024 r.). Badania nad medycyną transpłciową zostały zmanipulowane. *The Economist*. https://www.economist.com/united-states/2024/06/27/research-into-trans-medicine-has-been-manipulated

The Lancet. (luty 2025). Informacje dla autorów. *The Lancet*. https://www.thelancet.com/pb-assets/Lancet/authors/tl-info-for-authors-1740074875577.pdf

The Lancet Child & Adolescent Health. (2021). Wadliwy program dla młodzieży transpłciowej. *The Lancet Child & Adolescent Health*, *5*(6), 385.

Thompson, L., Sarovic, D., Wilson, P., Irwin, L., Visnitchi, D., Sämfjord, A. i Gillberg, C. (2023). Systematyczny przegląd literatury dotyczącej dysforii płciowej u nastolatków według standardów PRISMA:
3) Leczenie. *PLOS Global Public Health*, *3*(8), e0001478.

Thompson, L., Sarovic, D., Wilson, P., Sämfjord, A. i Gillberg, C. (2022a). Systematyczny przegląd literatury dotyczącej dysforii płciowej u nastolatków według PRISMA: 1) Epidemiologia. *PLOS Global Public Health*, *2*(3), e0000245.

Thompson, L., Sarovic, D., Wilson, P., Sämfjord, A. i Gillberg, C. (2022b). Systematyczny przegląd literatury dotyczącej dysforii płciowej u nastolatków według PRISMA: 2) Zdrowie psychiczne. *PLOS Global Public Health*, *2*(5), e0000426.

Toland, M. K., Bonasia, K., Bentz, J., DelBaugh, R. M., Vitale, E. J., Scudder, P. N. i Damiano, E. A. (2023). Histopatologia macicy i jajników po podaniu testosteronu w celu potwierdzenia tożsamości płciowej: przegląd systematyczny. *Transgender Health*, trgh.2022.0207.

Tordoff, D. M. (2022). Odpowiedź autora na komentarz „Na wybór kohort wpływają te same czynniki, co mierzone zmienne wynikowe”. *JAMA Network Open*. https://jamanetwork.com/journals/jamanetworkopen/fullarticle/2789423

Tordoff, D. M., Lunn, M. R., Chen, B., Flentje, A., Dastur, Z., Lubensky, M. E., Capriotti, M. i Obedin-Maliver, J. (2023). Stosowanie testosteronu a funkcje seksualne wśród mężczyzn transpłciowych i osób o różnej tożsamości płciowej, którym przypisano płeć żeńską w chwili urodzenia. *American Journal of Obstetrics and Gynecology, 229(*6), 669.e1-669.e17.

Tordoff, D. M., Wanta, J. W., Collin, A., Stepney, C., Inwards-Breland, D. J. i Ahrens, K. (2022). Wyniki dotyczące zdrowia psychicznego młodzieży transpłciowej i niebinarnej otrzymującej opiekę potwierdzającą tożsamość płciową. *JAMA Network Open*, *5*(2), e220978.

Transparency Podcast. (b.d.). *Seria specjalna — Krajowy szczyt poświęcony zdrowiu osób transpłciowych — odc. 2 — dr Karasic* [Transmisja]. Pobrano 4 czerwca 2023 r. z https://www.youtube.com/watch?v=FVj6fPhjxT4

Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K., Colquhoun, H., Kastner, M., Levac, D., Ng, C., Sharpe, J. P., Wilson, K., Kenny, M., Warren, R., Wilson, C., Stelfox, H. T. i Straus, S. E. (2016). Przegląd zakresu badań dotyczących przeprowadzania i raportowania przeglądów zakresu badań. *BMC Medical Research Methodology*, *16*(1), 15.

Trombly, M. (4 grudnia 2024 r.). Sędzia federalny odrzuca nakaz milczenia wobec lekarza z Dallas oskarżonego o zabranie danych pacjentów dotyczących opieki nad osobami transpłciowymi. *Houston Landing*. https://houstonlanding.org/federal-judge-refuses-gag-order-on-dallas-doctor-accused-of-taking-patient-data-on-trans-care

Turban, J. L. (6 lutego 2020 r.). Czego Południowa Dakota nie rozumie w kwestii dzieci transpłciowych. *New York Times*. https://www.nytimes.com/2020/02/06/opinion/transgender-children-medical-bills.html

Turban, J. L. (2018). Potencjalnie odwracalne deficyty społeczne wśród młodzieży transpłciowej. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, *48*(12), 4007–4009.

Turban, J. L. (2024). *Wolni, by być sobą: zrozumieć dzieci i tożsamość płciową*. Atria Books.

Turban, J. L., Beckwith, N., Reisner, S. L. i Keuroghlian, A. S. (2020). Związek między wspomnianą ekspozycją na działania mające na celu zmianę tożsamości płciowej a stresem psychicznym i próbami samobójczymi wśród dorosłych osób transpłciowych. *JAMA Psychiatry*, *77*(1), 68.

Turban, J. L., Brady, C. i Olson-Kennedy, J. (2022). Zrozumienie i wsparcie pacjentów z dynamicznym pragnieniem interwencji medycznych potwierdzających tożsamość płciową. *JAMA Network Open*, *5*(7), e2224722.

Turban, J. L., Dolotina, B., King, D. i Keuroghlian, A. S. (2022). Stosunek płci przypisanej przy urodzeniu wśród nastolatków transpłciowych i o różnej tożsamości płciowej w Stanach Zjednoczonych. *Pediatrics*, *150*(3), e2022056567.

Turban, J. L. i Ehrensaft, D. (2018). Przegląd badań: Tożsamość płciowa młodzieży: paradygmaty leczenia i kontrowersje. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *59*(12), 1228–1243.

Turban, J. L., King, D., Carswell, J. M. i Keuroghlian, A. S. (2020). Hamowanie dojrzewania u młodzieży transpłciowej a ryzyko myśli samobójczych. *Pediatrics*, *145*(2), e20191725.

Turban, J. L., Loo, S. S., Almazan, A. N. i Keuroghlian, A. S. (2021). Czynniki prowadzące do „detransicji” wśród osób transpłciowych i o różnej tożsamości płciowej w Stanach Zjednoczonych: analiza metod mieszanych. *LGBT Health*, *8*(4), 273–280.

Turban, J. L., Thornton, J. i Ehrensaft, D. (2025). Ocena biopsychospołeczna w przypadku hamowania dojrzewania w leczeniu dysforii płciowej u nastolatków. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *64*(1), 12–16.

Turley, J. (13 września 2024 r.). Sąd apelacyjny szóstego okręgu orzekł na korzyść profesora w sprawie przeciwko Uniwersytetowi Louisville dotyczącej wolności słowa. https://jonathanturley.org/2024/09/13/sixth-circuit-hands-down-major-free-speech-win-for-professor-against-the-university-of-louisville/

Twenge, J. M. (2020). Wzrost liczby przypadków depresji, samookaleczeń i samobójstw wśród nastolatków w Stanach Zjednoczonych po 2012 r. oraz powiązania z korzystaniem z technologii: możliwe mechanizmy. *Psychiatric Research and Clinical Practice*, *2*(1), 19–25.

Twenge, J. M. (2023). *Pokolenia: rzeczywiste różnice między pokoleniem Z, milenialsami, pokoleniem X, pokoleniem wyżu demograficznego i pokoleniem cichym – oraz ich znaczenie dla przyszłości Ameryki*. Atria Books.

Twenge, J. M. i Campbell, W. K. (2019). Korzystanie z mediów wiąże się z niższym poziomem dobrostanu psychicznego: dowody z trzech zestawów danych. *Psychiatric Quarterly*, *90*(2), 311–331.

Twenge, J. M., Cooper, A. B., Joiner, T. E., Duffy, M. E. i Binau, S. G. (2019). Wskaźniki zaburzeń nastroju i wyniki związane z samobójstwami w podziale na wiek, okres i kohortę w reprezentatywnym dla całego kraju zbiorze danych, 2005–2017. *Journal of Abnormal Psychology, 128(*3), 185–199.

Twenge, J. M., Haidt, J., Blake, A. B., McAllister, C., Lemon, H. i Le Roy, A. (2021). Wzrost samotności wśród nastolatków na całym świecie. *Journal of Adolescence*, *93*, 257–269.

Twenge, J. M., Haidt, J., Lozano, J. i Cummins, K. M. (2022). Analiza krzywej specyfikacji pokazuje, że korzystanie z mediów społecznościowych wiąże się ze słabym zdrowiem psychicznym, zwłaszcza wśród dziewcząt. *Acta Psychologica*, *224*.

Tzartzas, K., Oberhauser, P.-N., Marion-Veyron, R., Bourquin, C., Senn, N. i Stiefel, F. (2019). Lekarze pierwszego kontaktu kierujący pacjentów do specjalistów w ramach opieki zdrowotnej trzeciego stopnia: badanie jakościowe. *BMC Family Practice*, *20*(1), 165.

Organizacja Narodów Zjednoczonych. (1 maja 2020 r.). *Raport na temat terapii konwersyjnej*. https://www.ohchr.org/en/calls-for-input/report-conversion-therapy

Uniwersytet Kolorado Anschutz Medical Campus. (b.d.). *Sekcja Wydziału Endokrynologii*. https://medschool.cuanschutz.edu/pediatrics/sections/endocrinology/endo-faculty

Sprawa U.S. przeciwko Skrmetti (nr 23-477), *Amerykańska Akademia Pediatrii oraz dodatkowe krajowe i stanowe organizacje medyczne i zajmujące się zdrowiem psychicznym*, opinia amicus curiae (Sąd Najwyższy Stanów Zjednoczonych, 3 września 2024 r.). http://www.supremecourt.gov/DocketPDF/23/23-477/323964/20240903155151548_23-477%20tsac%20Brief%20of%20Amici%20Curiae%20AAP%20et%20al..pdf

U.S. v. Skrmetti (nr 23-477), *Brief for the Petitioner* (Sąd Najwyższy Stanów Zjednoczonych, 24 czerwca 2023 r.). https://www.supremecourt.gov/DocketPDF/23/23-477/323551/20240827210326240_23-477tsUnitedStates.pdf

U.S. v. Skrmetti (nr 23-477), *Eksperci ds. wytycznych dotyczących praktyki klinicznej*, opinia amicus curiae (Sąd Najwyższy Stanów Zjednoczonych, 3 września 2024 r.). https://www.supremecourt.gov/DocketPDF/23/23-477/323982/20240903164457972_23-477_Amicus%20Brief.pdf

U.S. v. Skrmetti (nr 23-477), *Eksperci naukowi i lekarze*, opinia amicus curiae (Sąd Najwyższy Stanów Zjednoczonych, 3 września 2024 r.). https://www.supremecourt.gov/DocketPDF/23/23-477/323851/20240904161709482_23-477%20Amicus%20Brief.pdf

Van Cauwenberg, G., Dhondt, K. i Motmans, J. (2021). Dziesięć lat doświadczeń w doradztwie młodzieży o różnej tożsamości płciowej we Flandrii w Belgii. Przegląd kliniczny. *International Journal of Impotence Research*, *33*(7), 671–678.

van de Grift, T. C., van Gelder, Z. J., Mullender, M. G., Steensma, T. D., de Vries, A. L. C. i Bouman, M.-B. (2020). Terminy hamowania dojrzewania płciowego i opcje chirurgiczne dla młodzieży transpłciowej. *Pediatrics*, *146*(5), e20193653.

van der Loos, M. A. T. C., Hannema, S. E., Klink, D. T., den Heijer, M. i Wiepjes, C. M. (2022). Kontynuacja terapii hormonami potwierdzającymi tożsamość płciową u osób transpłciowych rozpoczynających hamowanie dojrzewania w okresie dorastania: badanie kohortowe w Holandii. *The Lancet. Zdrowie dzieci i młodzieży,* S2352-4642(22)00254-1.

van der Loos, M. A. T. C., Klink, D. T., Hannema, S. E., Bruinsma, S., Steensma, T. D., Kreukels, B. P. C., Cohen-Kettenis, P. T., de Vries, A. L. C., den Heijer, M., & Wiepjes, C. M. (2023). Dzieci i młodzież w amsterdamskiej kohorcie osób z dysforią płciową: trendy w diagnostyce i leczeniu w ciągu pierwszych 20 lat stosowania holenderskiego protokołu. *Journal of Sexual Medicine,* qdac029.

van der Loos, M. A. T. C., Vlot, M. C., Klink, D. T., Hannema, S. E., Den Heijer, M., & Wiepjes, C. M. (2023). Gęstość mineralna kości u nastolatków transpłciowych leczonych środkami hamującymi dojrzewanie płciowe, a następnie hormonami potwierdzającymi płeć. *JAMA Pediatrics, 177(*12), 1332.

van der Meulen, I. S., Bungener, S. L., van der Miesen, A. I. R., Hannema, S. E., Kreukels, B. P. C., Steensma, T. D., Bouman, M.-B. i de Vries, A. L. C. (2025). Czas rozpoczęcia hamowania dojrzewania u nastolatków transpłciowych a funkcjonowanie seksualne po operacji plastycznej pochwy. *Journal of Sexual Medicine, 22(*1), 196–204.

Vandenbussche, E. (2022). Potrzeby i wsparcie związane z detransycją: przekrojowe badanie internetowe. *Journal of Homosexuality*, *69*(9), 1602–1620.

Vasey, P. L. (11 maja 2022 r.). Przestańcie narzucać zachodnie tożsamości LGBTQ+ kulturom nie-zachodnim. To kolonializm płciowy. *Newsweek*. https://www.newsweek.com/stop-imposing-western-lgbtq-identities-non-western-cultures-its-gender-colonialism-opinion-1705785

Vasey, P. L. i VanderLaan, D. P. (2014). Rozwój badań nad ewolucją męskiej androfilia. *Canadian Journal of Human Sexuality*, *23*, 137–147.

Viner, R. (2015). Dojrzewanie, mózg i zdrowie psychiczne w okresie dorastania. W: J.-P. Bourguignon, J.-C. Carel i Y. Christen (red.), *Brain Crosstalk in Puberty and Adolescence* (tom 13). Springer International Publishing.

Vlot, M. C., Klink, D. T., den Heijer, M., Blankenstein, M. A., Rotteveel, J. i Heijboer, A. C. (2017). Wpływ supresji dojrzewania płciowego i terapii hormonalnej krzyżowej na markery obrotu kostnego i pozorną gęstość mineralną kości (BMAD) u nastolatków transpłciowych. *Bone*, *95*, 11–19.

Vogel, E. N., Singh, S. i Accurso, E. C. (2021). Systematyczny przegląd terapii poznawczo-behawioralnej i dialektycznej terapii behawioralnej w leczeniu zaburzeń odżywiania u nastolatków. *Journal of Eating Disorders*, *9*(1), 131.

Vogels, E., Risa, G.-W. i Massarat, N. (2022). *Nastolatki, media społecznościowe i technologia 2022*. Centrum Pew. https://www.pewresearch.org/internet/2022/08/10/teens-social-media-and-technology-2022/

Vrouenraets, L. J. J. J., de Vries, A. L. C., Arnoldussen, M., Hannema, S. E., Lindauer, R. J. L., de Vries, M. C. i Hein, I. M. (2022). Kompetencje w zakresie podejmowania decyzji medycznych dotyczących hamowania dojrzewania: postrzeganie przez nastolatków transpłciowych, ich rodziców i lekarzy. *European Child & Adolescent Psychiatry*, *32*(11), 2343–2361.

Vrouenraets, L. J. J. J., de Vries, A. L. C., de Vries, M. C., van der Miesen, A. I. R. i Hein, I. M. (2021). Ocena kompetencji w zakresie podejmowania decyzji medycznych u młodzieży transpłciowej. *Pediatrics*, *148*(6), e2020049643.

Wagner, S., Panagiotakopoulos, L., Nash, R., Bradlyn, A., Getahun, D., Lash, T. L., Roblin, D., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., Vupputuri, S., & Goodman, M. (2021). Postęp dysforii płciowej u dzieci i młodzieży: badanie podłużne. *Pediatria,* e2020027722.

Walter, H. J., Bukstein, O. G., Abright, A. R., Keable, H., Ramtekkar, U., Ripperger-Suhler, J. i Rockhill, C. (2020). Wytyczne dotyczące praktyki klinicznej w zakresie oceny i leczenia dzieci i młodzieży z zaburzeniami lękowymi. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 59(*10), 1107–1124.

Wang, D., Wang, R., Yu, P., Meng, X. i Hu, Y. (2024). Związek między nadopiekuńczością rodziców a lękiem u nastolatków: pośrednicząca rola unikania poznawczego. *International Journal of Mental Health Promotion*, *26*(8).

Rada redakcyjna Washington Post. (15 grudnia 2024 r.). Poszukaj prawdziwych odpowiedzi na temat medycyny płciowej młodzieży w nauce, a nie w prawie. *Washington Post*. https://www.washingtonpost.com/opinions/2024/12/15/skrmetti-case-youth-transition-trans-supreme-court/

Departament Więziennictwa stanu Waszyngton. (2025). *Specjalista medyczny ds. potwierdzania płci – lekarz 3*. https://www.governmentjobs.com/careers/washington/doc/jobs/4774718/gender-affirming-medical-specialist-physician-3-hq

Uniwersytet Waszyngtoński. (11 września 2023 r.). Oświadczenie dotyczące Centrum Transpłciowości Uniwersytetu Waszyngtońskiego. *Newsroom*. https://source.washu.edu/2023/09/statement-on-washington-university-transgender-center/

Weale, S. (26 marca 2025 r.). Uniwersytet Sussex ukarany grzywną w wysokości 585 000 funtów za nieprzestrzeganie zasady wolności słowa. *The Guardian*. https://www.theguardian.com/education/2025/mar/26/university-of-sussex-fined-freedom-of-speech-investigation-kathleen-stock

Weigle, P. E. i Shafi, R. M. A. (2024). Media społecznościowe a zdrowie psychiczne młodzieży. *Current Psychiatry Reports*, *26*(1), 1–8.

Weiner, S. (10 lipca 2018 r.). Poważna prawda o przysiędze lekarskiej. *AAMC News*. https://www.aamc.org/news/solemn-truth-about-medical-oaths

Whelan, E. (16 października 2024a). Eunuchowie WPATH. *National Review*. https://www.nationalreview.com/bench-memos/wpaths-eunuchs/

Whelan, E. (22 listopada 2024 r.). „Zwolniony”: prokurator Departamentu Sprawiedliwości prowadzący sprawę przeciwko informatorowi dr Eithanowi Haimowi został odsunięty od sprawy z powodu konfliktu interesów. *National Review*. https://www.nationalreview.com/bench-memos/terminated-doj-attorney-prosecuting-whistleblower-dr-eithan-haim-has-been-removed-from-case-over-conflicts-of-interest/.

White, A. A., Lin, A., Bickendorf, X., Cavve, B. S., Moore, J. K., Siafarikas, A., Strickland, D. H. i Leffler, J. (2022). Potencjalne skutki immunologiczne terapii hormonalnej potwierdzającej tożsamość płciową u osób transpłciowych – niezbadany obszar badań. *Therapeutic Advances in Endocrinology and Metabolism*, *13*, 20420188221139612.

Whiting, P., Savović, J., Higgins, J. P. T., Caldwell, D. M., Reeves, B. C., Shea, B., Davies, P., Kleijnen, J. i Churchill, R. (2016). ROBIS: Opracowano nowe narzędzie do oceny ryzyka błędu systematycznego w przeglądach systematycznych. *Journal of Clinical Epidemiology, 69,* 225–234.

Wiepjes, C. M., den Heijer, M., Bremmer, M. A., Nota, N. M., Blok, C. J. M., Coumou, B. J. G. i Steensma, T. D. (2020). Trendy w ryzyku samobójstw wśród osób transpłciowych: wyniki badania kohortowego dotyczącego dysforii płciowej w Amsterdamie (1972–2017). *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *141*(6), 486–491.

Wiepjes, C. M., Nota, N. M., de Blok, C. J. M., Klaver, M., de Vries, A. L. C., Wensing-Kruger, S. A., de Jongh, R. T., Bouman, M.-B., Steensma, T. D., Cohen-Kettenis, P., Gooren, L. J. G., Kreukels, B. P. C. i den Heijer, M. (2018). Badanie kohortowe dotyczące dysforii płciowej w Amsterdamie (1972–2015): trendy w zakresie występowania, leczenia i żalu. *Journal of Sexual Medicine, 15(*4), 582–590.

Williams Institute. (kwiecień 2024 r.). *Wpływ ustawodawstwa antytranspłciowego z 2024 r. na młodzież*. Williams Institute, UCLA School of Law. https://williamsinstitute.law.ucla.edu/publications/2024-anti-trans-legislation/

Wilson, L. M., Baker, K. E., Sharma, R., Dukhanin, V., McArthur, K. i Robinson, K. A. (2020). Wpływ antyandrogenów na poziom prolaktyny u kobiet transpłciowych stosujących terapię estrogenową: przegląd systematyczny. *International Journal of Transgender Health*, *21*(4), 391–402.

Winnicott, D. W. (1965). *Procesy dojrzewania i środowisko sprzyjające: badania nad teorią rozwoju emocjonalnego*. International Universities Press.

Wittlin, N. M., Gallagher, N. M., Atwood, S. i Olson, K. R. (2025). Zdrowie psychiczne podczas transformacji medycznej w próbie amerykańskiej i kanadyjskiej młodzieży transpłciowej, która wcześnie przeszła transformację społeczną. *Journal of Adolescent Health*, *76*(2), 228–237.

Wood, H., Sasaki, S., Bradley, S. J., Singh, D., Fantus, S., Owen-Anderson, A., Di Giacomo, A., Bain, J. i Zucker, K. J. (2013). Wzorce kierowania dzieci i młodzieży do poradni ds. tożsamości płciowej (1976–2011): wiek, stosunek płci i orientacja seksualna. *Journal of Sex & Marital Therapy, 39(*1), 1–6.

Światowa Organizacja Zdrowia. (2014). *Podręcznik WHO dotyczący opracowywania wytycznych* (wydanie drugie). https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/145714/9789241548960_eng.pdf

Światowa Organizacja Zdrowia. (2022a). *Niezgodność płciowa i zdrowie osób transpłciowych w ICD*. https://www.who.int/standards/classifications/frequently-asked-questions/gender-incongruence-and-transgender-health-in-the-icd

Światowa Organizacja Zdrowia. (2022b). *ICD-11*. https://icd.who.int/en/

Światowe Stowarzyszenie Lekarzy (2025). Deklaracja Helsińska Światowego Stowarzyszenia Lekarzy: Zasady etyczne dotyczące badań medycznych z udziałem ludzi. *JAMA*, *333*(1):71-74.

Światowe Stowarzyszenie Profesjonalistów ds. Zdrowia Osób Transpłciowych. (b.d.). *GEI Global Impact*. https://wpath.org/gei/gei-global-impact/

Światowe Stowarzyszenie Profesjonalistów ds. Zdrowia Osób Transpłciowych i Amerykańskie Stowarzyszenie Profesjonalistów ds. Zdrowia Osób Transpłciowych. (2024a, 12 kwietnia). *Komentarz WPATH i USPATH do przeglądu Cass.* https://wpath.org/media/cms/Documents/Public%20Policies/2024/17.05.24%20Response%20Cass%20Review%2 INAL%20with%20ed%20note.pdf?_t=1716075965 [Link nieaktywny].

Światowe Stowarzyszenie Profesjonalistów ds. Zdrowia Osób Transpłciowych i Amerykańskie Stowarzyszenie Profesjonalistów ds. Zdrowia Osób Transpłciowych. (2024b, 17 maja). *Komentarz WPATH i USPATH do przeglądu Cass*. https://wpath.org/wp-content/uploads/2024/11/17.05.24-Response-Cass-Review-FINAL-with-ed-note.pdf

Wright J. D., Chen L., Suzuki Y, Matsuo K., Hershman D. L. (2023). Krajowe szacunki dotyczące operacji potwierdzających płeć w Stanach Zjednoczonych. *JAMA Network Open*, *6*(8), e2330348.

Wu, C. A. i Keuroghlian, A. S. (2023). Wyjście poza psychiatryczną kontrolę dostępu do operacji potwierdzających płeć. *JAMA Surgery*, *158*(3), 231.

Wyckoff, A. S. (4 sierpnia 2023 r.). AAP potwierdza politykę opieki potwierdzającej tożsamość płciową i zatwierdza systematyczny przegląd dowodów w celu aktualizacji wytycznych. *AAP News*. https://publications.aap.org/aapnews/news/25340/AAP-reaffirms-gender-affirming-care-policy

Xiang, A. H., Martinez, M. P., Chow, T., Carter, S. A., Negriff, S., Velasquez, B., Spitzer, J., Zuberbuhler, J. C., Zucker, A. i Kumar, S. (2024). Depresja i lęk wśród dzieci i młodych dorosłych w Stanach Zjednoczonych. *JAMA Network Open, 7(*10), e2436906.

Xu, R., Diamond, D. A., Borer, J. G., Estrada, C., Yu, R., Anderson, W. J. i Vargas, S. O. (2022). Metaplazja prostaty pochwy u osób transpłciowych płci męskiej. *World Journal of Urology*, *40*(3), 849–855.

Yogman, M., Garner, A., Hutchinson, J., Hirsh-Pasek, K., Golinkoff, R. M., Komitet ds. Psychologicznych Aspektów Zdrowia Dziecka i Rodziny oraz Rada ds. Komunikacji i Mediów (2018). Siła zabawy: rola pediatrii w poprawie rozwoju małych dzieci. *Pediatria*, *142*(3), e20182058.

Yoon, D. Y. i Kim, J. H. (2016). 11-miesięczna dziewczynka z przedwczesnym dojrzewaniem płciowym spowodowanym hamartoma podwzgórza. *Annals of Pediatric Endocrinology & Metabolism*, *21*(4), 235.

Zeng, L., Helsingen, L. M., Bretthauer, M., Agoritsas, T., Vandvik, P. O., Mustafa, R. A., Busse, J., Siemieniuk, R. A. C., Lytvyn, L., Li, S.-A., Yang, M., Yan, L., Zhang, L., Brignardello-Petersen, R. i Guyatt, G. H. (2023). Nowa struktura uwzględniająca wartości i preferencje pacjentów przy formułowaniu zaleceń wytycznych: ankiety panelu wytycznych. *Journal of Clinical Epidemiology, 161,* 164–172.

Zepf, F., Buchmann, J., Flechtner, H., Banaschewski, T., Fleischhacker, C., Golub, Y., Häßler, F., Hohmann, S., Huss, M., Kratz, O., Brunner, R., Siniatchkin, M., Roessner, V., Bachmann, C. i Banaschewski, T. (12 maja 2024 r.). Gemeinsame Kommentierung des aktuellen Entwurfs der neuen S2k-Leitlinie „Geschlechtsinkongruenz und Geschlechtsdysphorie im Kindes- und Jugendalter" [Wspólny komentarz do aktualnego projektu nowych wytycznych S2k „Niezgodność płciowa i dysforia płciowa w dzieciństwie i okresie dojrzewania"]. https://www.zi-mannheim.de/fileadmin/user_upload/downloads/forschung/KJP_downloads/Gemeinsame_Kommentierung_Leitlinienentwurf_S2k-240521.pdf

Zepf, F., König, L., Kaiser, A., Ligges, C., Ligges, M., Roessner, V., Banaschewski, T. i Holtmann, M. (2024). Beyond NICE: Aktualisierte systematische übersicht zur evidenzlage der pubertätsblockade und hormongabe bei minderjährigen mit geschlechtsdysphorie. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie,* 1422-4917/a000972.

Zhang, Q. i Ji, W. (2024). Nadopiekuńczość rodziców a depresja, lęk i objawy internalizacji u potomstwa: metaanaliza. *Development and Psychopathology*, *36*(3), 1307–1322.

Zhang, Q., Rechler, W., Bradlyn, A., Flanders, W. D., Getahun, D., Lash, T. L., McCracken, C., Nash, R., Panagiotakopoulos, L., Roblin, D., Sandberg, D. E., Silverberg, M. J., Tangpricha, V., Vupputuri, S. i Goodman, M. (2021). Zmiany w liczebności i składzie demograficznym populacji osób transpłciowych i niebinarnych płciowo korzystających z opieki w zintegrowanych systemach opieki zdrowotnej. *Endocrine Practice, 27(*5), 390–395.

Zhang, Y., Alonso-Coello, P., Guyatt, G. H., Yepes-Nuñez, J. J., Akl, E. A., Hazlewood, G., Pardo-Hernandez, H., Etxeandia-Ikobaltzeta, I., Qaseem, A., Williams, J. W., Tugwell, P., Flottorp, S., Chang, Y., Zhang, Y., Mustafa, R. A., Rojas, M. X. i Schünemann, H. J. (2019). Wytyczne GRADE: 19. Ocena pewności dowodów w zakresie znaczenia wyników lub wartości i preferencji — ryzyko błędu systematycznego i pośredniości. *Journal of Clinical Epidemiology, 111,* 94–104.

Zhang, Y., Coello, P. A., Brożek, J., Wiercioch, W., Etxeandia-Ikobaltzeta, I., Akl, E. A., Meerpohl, J. J., Alhazzani, W., Carrasco-Labra, A., Morgan, R. L., Mustafa, R. A., Riva, J. J., Moore, A., Yepes-Nuñez, J. J., Cuello-Garcia, C., AlRayees, Z., Manja, V., Falavigna, M., Neumann, I., … Schünemann, H. J. (2017). Wykorzystanie wartości i preferencji pacjentów do określenia znaczenia wyników zdrowotnych w opracowywaniu wytycznych praktycznych zgodnie z podejściem GRADE. *Wyniki dotyczące zdrowia i jakości życia, 15(*1), 52.

Zhang, Y., Coello, P. A., Guyatt, G. H., Yepes-Nuñez, J. J., Akl, E. A., Hazlewood, G., Pardo-Hernandez, H., Etxeandia-Ikobaltzeta, I., Qaseem, A., Williams, J. W., Tugwell, P., Flottorp, S., Chang, Y., Zhang, Y., Mustafa, R. A., Rojas, M. X., Xie, F. i Schünemann, H. J. (2019). Wytyczne GRADE: 20. Ocena pewności dowodów dotyczących znaczenia wyników lub wartości i preferencji — niespójność, nieprecyzyjność i inne dziedziny. *Journal of Clinical Epidemiology, 111,* 83–93.

Zhu, J. i Chan, Y.-M. (2015). Problemy z płodnością u pacjentów z opóźnionym dojrzewaniem spowodowanym hipogonadotropią. *Endocrinology and Metabolism Clinics of North America*, *44*(4), 821–834.

Zubiaurre-Elorza, L., Junque, C., Gómez-Gil, E. i Guillamon, A. (2014). Wpływ leczenia hormonami płciowymi na grubość kory mózgowej u osób transseksualnych. *Journal of Sexual Medicine*, *11*(5), 1248–1261.

Zucker, K. J. (2005). Zaburzenia tożsamości płciowej u dzieci i młodzieży. *Roczny przegląd psychologii klinicznej*, *1*, 467–492.

Zucker, K. J. (2018). Mit wytrwałości: Odpowiedź na „Krytyczny komentarz na temat badań uzupełniających i teorii „rezygnacji" dotyczących dzieci transpłciowych i nieprzystających do norm płciowych" autorstwa Temple Newhook i in. (2018). *Międzynarodowy dziennik transpłciowości*, *19*(2), 231–245.

Zucker, K. J. (2019). Nastolatki z dysforią płciową: refleksje na temat niektórych współczesnych zagadnień klinicznych i badawczych. *Archiwum zachowań seksualnych*, *48*(7), 1983–1992.

Zucker, K. J., Lawrence, A. A. i Kreukels, B. P. C. (2016). Dysforia płciowa u osób dorosłych. *Annual Review of Clinical Psychology*, *12*, 217–247.

Zwickl, S., Burchill, L., Wong, A. F. Q., Leemaqz, S. Y., Cook, T., Angus, L. M., Eshin, K., Elder, C. V., Grover, S. R., Zajac, J. D. i Cheung, A. S. (2023). Ból miednicy u osób transpłciowych stosujących terapię testosteronem. *Zdrowie osób LGBT, 10(*3), 179–190.