

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

Projekt do konsultacji społecznych



**Stowarzyszenie
Psychologów Chrześcijańskich
2023**



wzór cytowania:

Marianowicz-Szczygieł A., Margasiński A., Smyczyńska J., Pietruszewski K., Próchniewicz J., Wozinska K., Chochel K., Białecka B., Kołodziejczyk A. i in. (2023). Standardy i wytyczne Stowarzyszenia Psychologów Chrześcijańskich w zakresie diagnozy oraz terapii dzieci i młodzieży z problemami identyfikacji płciowej. Stowarzyszenie Psychologów Chrześcijańskich, Warszawa.

Opinie na temat dokumentu

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

dr n.med. Michelle A. Cretella

Co-Chair, Adolescent Sexuality Council, Amerykańskie Kolegium Pediatrów, USA

*

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

Bryan Shen

Licencjonowany Doradca, Region Południowej i Wschodniej Azji

*

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

dr Laura Haynes, psycholog, USA

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

*

„Jaka reakcja jest najlepsza w obliczu ogromnego wzrostu liczby młodych ludzi identyfikujących się jako osoby transpłciowe i/lub wyrażających tu niepewność? Na czym polega autentyczna, całościowa opieka nad dzieckiem? W oparciu o szeroko zakrojone badania i najnowsze przeglądy dowodów z wielu krajów europejskich i stanów USA, Standardy SPCH 2023 szczegółowo odpowiadają na te pytania. Standardy stanowią doskonałe i bardzo potrzebne lekarzom i terapeutom w Polsce wytyczne, zapewniając ugruntowaną naukowo alternatywę dla modelu afirmującego i jego kompleksowe podważenie”.

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

*

„Kwestia opieki nad dziećmi i młodzieżą doświadczającymi dezorientacji płciowej jest kontrowersyjnym problemem medycznym, społecznym, politycznym i prawnym we wszystkich krajach zachodnich. Zbyt często dobra praktyka kliniczna w krajach zachodnich zostaje przejęta przez ideologie społeczne i polityczne. Stowarzyszenie Chrześcijańskich Psychologów w Polsce stworzyło rozsądny i oparty na dowodach dokument, który zawiera spójne i wszechstronne spojrzenie na antropologię, badania naukowe, podstawy praktyki klinicznej i politykę społeczną analizy, które stanowią odpowiednią podstawę dla rozsądnych standardów najlepszych praktyk w diagnostyce i terapii. Niniejszy dokument – „Standardy i wytyczne Stowarzyszenia Psychologów Chrześcijańskich w zakresie diagnozy oraz terapii dzieci i młodzieży z problemami identyfikacji płciowej” – jest fantastycznym źródłem, które określa zdroworozsądkowe i oparte na dowodach standardy opieki nad dziećmi doświadczającymi dezorientacji płciowej. To dzieło godne pochwały”.

John Steenhof

Główny Prawnik, Human Rights Law Alliance, Australia

*

„Rozpoczęcie ‘zmiany płci’ u niedojrzałych osób jest jak gra w rosyjską ruletkę z 5 kulami na 6 miejsc w lufie. To szaleństwo, które będzie miało nieodwracalne konsekwencje dla nastolatka. Ostrożność sugerowana przez Stowarzyszenie Psychologów Chrześcijańskich w Polsce jest koniecznością dla wszystkich w tej kwestii.

We Francji ideolodzy gender przejęli władzę w krajowym systemie edukacji, a stowarzyszenia feministyczne i LGBT indoktrynują dzieci i nastolatki. Zwłaszcza chłopcy są zaburzeni, a ich męskość, jako przyszłych mężczyzn dekonstruowana, niszczona [w zarodku]. Przyszłe konsekwencje są póki co nieobliczalne. Nawet władze chińskie obawiają się, że feminizacja chłopców może zagrozić ich cywilizacji.

Teoria gender to kompletny nonsens, unieważniony przez naukę oraz badania i obserwacje prowadzone od zarania dziejów. Jest to także przestępstwo, ponieważ prowadzi młodych ludzi do przekonania, że mogą wybrać płeć według własnego uznania”.

Jean-Paul Benglia

Specjalista i mówca w dziedzinie teorii gender i jej niebezpieczeństw dla dzieci i nastolatków, Francja.

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

Niech Bóg błogosławi ten ważny początek!”

Kristina Malysheva, psycholog, Ukraina

Zakres, głębia, skala i przejrzystość Standardów SPCh 2023 są oszałamiające. Skutecznie rozpakowują, wyjaśniają i łączą wiele złożonych aspektów antropologicznych, socjologicznych, prawnych, historycznych, medycznych i naukowych związanych z kwestiami tożsamości płciowej. Słusznie podnosi się tu alarm w związku z różnymi „niewiadomymi” i „niepoznawalnymi” rzekomo (obecnie) czynnikami, o których każdy transpłciowy nastolatek powinien zostać poinformowany. Wybrzmiewa tu także oczywiste współczucie dla wszystkich zaangażowanych stron, a zalecenia dotyczące dalszych działań są pozytywne i praktyczne. Choć rzecz została bardzo dokładnie zbadana i opisana przez profesjonalistów, jest dostępna dla ogółu społeczeństwa, zwłaszcza dla rodziców, których dzieci zapewniają ich, że urodzili się w „niewłaściwym ciele” i potrzebują „zmiany płci”.

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

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

Projekt do konsultacji społecznych¹

Niniejszy dokument, zwany w skrócie „Standardami SPCh 2023” powstawał wieloetapowo od początku 2023 roku. Na jego kształt złożyła się praca kilkunastu ekspertów korzystających z międzynarodowych doświadczeń klinicznych i dorobku naukowego psychologów, psychoterapeutów (w tym psychoterapeutów dzieci i młodzieży, rodziny oraz terapeutów uzależnień), seksuologów i lekarzy (o specjalnościach: medycyna rodzinna, psychiatria, endokrynologia dziecięca, ginekologia i położnictwo). To pierwsza wersja tego dokumentu, niezmiernie potrzebnego w Polsce, wypełniającego istotną lukę w literaturze przedmiotu i terapeutycznej praktyce².

¹ Dokument ma postać ukończoną i jest gotowy do wdrażania, a status "projekt do konsultacji społecznych" odnosi się do otwarcia na dyskusję społeczną, po której ukaże się zrewidowana wersja.

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

Spis treści

I. RAMY ANTROPOLOGICZNE	8
II. PODSTAWY NAUKOWE I PROFESJONALNE	8
III. PODSTAWOWE INFORMACJE, TERMINOLOGIA I RAMY ROZWOJOWE	12
IV. POLITYKA SPOŁECZNA I OGÓLNE RAMY DOTYCZĄCE POMOCY PROFESJONALNEJ	17
V. SZCZEGÓŁOWE REKOMENDACJE POSTĘPOWANIA Z DZIEĆMI I MŁODZIEŻĄ Z ZABURZENIAMI IDENTYFIKACJI PŁCIOWEJ LUB ICH PODEJRZENIEM ORAZ DOBRE PRAKTYKI W ZAKRESIE DIAGNOZY I TERAPII	21
Diagnoza wstępna	21
Ogólna ocena stanu zdrowia somatycznego	23
Diagnoza różnicowa	23
Somatyczna diagnoza różnicowa (w tym endokrynologiczna i genetyczna):	23
Psychiatryczna i psychologiczna diagnoza różnicowa	24
Seksuologiczna diagnoza różnicowa	25
Wszechstronna diagnoza psychologiczna	26
Psychoterapia	29

I. RAMY ANTROPOLOGICZNE

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

Płeć człowieka nie jest „stanem umysłu”, ale binarną rzeczywistością biologiczną, definiowaną przez zdolność do rozmnażania płciowego⁸. Każda komórka⁹ naszego organizmu jest zróżnicowana płciowo. Z tego powodu płeć biologiczna może ulegać tylko częściowej, sztucznej modyfikacji (feminizacja lub maskulinizacja wyglądu), a nie immanentnej zmianie (nie istnieje więc „zmiana płci”). Identyfikacja psychiczna czy subiektywna identyfikacja płciowa (wielowariantowa i labilna)¹⁰ nie może zmienić warstw biologicznych, ponieważ subiektywna percepcja nie ma mocy zmiany rzeczywistości („ciało to ja”)¹¹. Tak zwane osoby interseksualne, czyli cierpiące na zaburzenia rozwoju płci (*ang. disorders/differences of sex development – DSD*), nie stanowią „trzeciej płci”, gdyż nie mają innej, alternatywnej drogi rozmnażania, tak więc zaburzenie to jest odstępstwem od powszechnego wzorca.

II. PODSTAWY NAUKOWE I PROFESJONALNE

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

1. raport państwowej szwedzkiej agencji SBU z grudnia 2019 roku na zamówienie szwedzkiego rządu (SBU 2019/427)¹²,
2. niezależny brytyjski raport, tzw. *Cass review*, na zamówienie państwowej służby zdrowia w Wielkiej Brytanii – NHS England (2022)¹³,

⁸ Płeć jest jednoznacznie biologiczna, potem wtórnie psychiczna, wtórnie kulturowa, wtórnie społeczna.

⁹ Dokładnie każda „jądrzasta komórka somatyczna”, które stanowią zdecydowaną większość, jądra komórkowego pozbawione są u ludzi np. erytrocyty (krwinki czerwone).

¹⁰ Instytut „Ona i On”. *235 orientacji płciowych i seksualnych*. <http://onaion.org.pl/2020/08/18/235-orientacji-plciowych-i-seksualnych/>.

¹¹ Na przykład geny, czy morfologia układu kostnego, nie ulegają zmianie w tzw. tranzycji medycznej. Odchodzenie od rzeczywistości biologicznej doprowadza do absurdów i paradoksów, jak – przykładowo – zmieniona definicja kobiecości oparta na myśleniu życzeniowym i pozorowanej wszechmocy myślenia: „Kobieta to uniwersalny stan egzystencjalny definiowany przez podporządkowanie się czymś pragnieniom” – Andrea Long Chu, (za: Shier, A. 2023. *Nieodwracalna krzywda*. Kraków: Dystrybucja AA, s.229).

¹² Swedish Agency for Health Technology Assessment and Assessment of Social Services (20.12.2019). *Gender dysphoria in children and adolescents: an inventory of the literature. A systematic scoping review*. <https://www.sbu.se/en/publications/sbu-bereder/gender-dysphoria-in-children-and-adolescents-an-inventory-of-the-literature/>.

¹³ Cass H. (February 2022). *The Cass Review. Independent review of gender identity services for children and young people*. Interim report. <https://cass.independent-review.uk/wp-content/uploads/2022/03/Cass-Review-Interim-Report-Final-Web-Accessible.pdf>.

3. dwa raporty NICE (The National Institute for Health and Care Excellence) z Wielkiej Brytanii na zamówienie państwowej służby zdrowia w Wielkiej Brytanii – NHS England (14.10.2020)¹⁴, (21.10.2020)¹⁵,
4. International Federation of Therapeutic and Counselling Choice (9.03.2023) *Wytyczne IFTCC dla opcji fachowej pomocy w kwestiach transgenderowych*¹⁶,
5. wyrok Sądu Najwyższego w Wlk. Brytanii w sprawie Quincy Bell i Mrs A. *versus* The Tavistock and Portman NHS Foundation Trust z dn. 1.12.2020, Case No: CO/60/2020¹⁷,
6. stanowisko French National Academy of Medicine, z dn. 25.02.2022¹⁸,
7. raport i stanowisko administracji zdrowia stanu Floryda^{19 20},
8. przegląd Deficiencies in Scientific Evidence for Medical Management of Gender Dysphoria, *The Linacre Quarterly*²¹,
9. stanowisko American College of Pediatricians^{22 23},
10. przegląd literatury Society of Evidence Based of Gender Medicine (SEGM)²⁴,
11. stanowisko rządowej agencji COHERE Finland (16-06-2020)²⁵,
12. wytyczne Gender Exploratory Therapy Association (2022)²⁶,
13. wskazówki National Association of Practising Psychiatrists, Australia (18.03.2022)²⁷

¹⁴N.I.C.E. (14.10.2020). *Evidence review: Gonadotrophin releasing hormone analogues for children and adolescents with gender dysphoria.* https://cass.independent-review.uk/wp-content/uploads/2022/09/20220726_Evidence-review_GnRH-analogues_For-upload_Final.pdf.

¹⁵N.I.C.E. (21.1.2020). *Evidence review: Gender-affirming hormones for children and adolescents with gender dysphoria.* https://cass.independent-review.uk/wp-content/uploads/2022/09/20220726_Evidence-review_Gender-affirming-hormones_For-upload_Final.pdf.

¹⁶ IFTCC (9.03.2023). *IFTCC Principles for Approaches to Transgender Treatments.* <https://iftcc.org/standards/>; Tłumaczenie: <http://onaion.org.pl/2023/06/30/miedzynarodowe-wytyczne-w-kwestiach-transgenderowych/>.

¹⁷ Q. Bell i Mrs A. *versus* Tavistock and Portman NHS Foundation Trust. <https://www.judiciary.uk/wp-content/uploads/2020/12/Bell-v-Tavistock-Judgment.pdf>.

¹⁸French National Academy of Medicine (25.02.2022). *Medicine and gender transidentity in children and adolescents.* <https://www.academie-medecine.fr/la-medecine-face-a-la-transidentite-de-genre-chez-les-enfants-et-les-adolescents/?lang=en>.

¹⁹ The Florida Department of Health (20.04.2022). *Treatment of Gender Dysphoria for Children and Adolescents.* https://www.floridahealth.gov/_documents/newsroom/press-releases/2022/04/20220420-gender-dysphoria-guidance.pdf.

²⁰ Cantor J.M. (17.05.2022). Attachment D: Report submitted to the Florida Agency for Healthcare Administration. In Florida Agency for Healthcare Administration (June 2022). Florida Medicaid Generally Accepted Professional Medical Standards Determination on the Treatment of Gender Dysphoria. https://ahca.myflorida.com/content/download/4869/file/AHCA_GAPMS_June_2022_Report.pdf

²¹ Hruz P.W. (20.09.2019). Deficiencies in Scientific Evidence for Medical Management of Gender Dysphoria. *The Linacre Quarterly*.1(87).<https://doi.org/10.1177/0024363919873762>.

²² American College of Pediatricians (listopad 2018). *Gender Dysphoria in Children.* <https://acpeds.org/position-statements/gender-dysphoria-in-children>;

²³ American College of Pediatricians (marzec 2021). *Sex is a Biological Trait of Medical Significance.* <https://acpeds.org/position-statements/sex-is-a-biological-trait-of-medical-significance>.

²⁴ SEGM, *Studies*, compendium of literature to highlight our position of concern over the proliferation of hormonal and surgical 'gender-affirmative' interventions for gender dysphoric youth; <https://segm.org/studies>

²⁵Council for Choices in Health Care in Finland (16.06.2020). *Medical treatment methods for dysphoria associated with variations in gender identity in minors – recommendation.* https://palveluvalikoima.fi/documents/1237350/22895008/Summary_minors_en.pdf/aaf9a6e7-b970-9de9-165c-abadfae46f2e/Summary_minors_en.pdf.

²⁶ Gender Exploratory Therapy Association (2022). A Clinical Guide for Therapists Working with Gender-Questioning Youth Version 1. https://www.genderexploratory.com/wp-content/uploads/2022/12/GETA_ClinicalGuide_2022.pdf

14. stanowisko Norwegian Healthcare Investigation Board– UKOM z marca 2023²⁸,
15. stanowisko Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists – sierpień 2021²⁹,
16. List otwarty Genspect i 3558 rodziców do członków Amerykańskiej Akademii Pediatrów(Genspect 18.02.2022)³⁰,
17. model stosowany w Gender Identity Service w Centre w Kanadzie³¹,
18. artykuł "Freedom to think" autorstwa Marcusa Evansa (2020)³²,
19. dane z rejestrów zdrowia w Danii³³,
20. tematyczny przegląd literatury na stronie STATSFORGENDER.ORG³⁴,
21. w oparciu o publikacje polskie^{35 36 37 38 39},
22. na podstawie danych nt. detranzycji^{40 41 42 43 44 45 46 47},

²⁷ National Association of Practising Psychiatrists (18.03.2022). Managing gender dysphoria/incongruence in young people: A guide for health practitioners. <https://napp.org.au/2022/03/managing-gender-dysphoria-incongruence-in-young-people-a-guide-for-health-practitioners-2/>

²⁸ Oryginał: UKOM (9.03.2023). *Pasientsikkerhet for barn og unge med kjønnsinkongruens*. <https://ukom.no/rapporter/pasientsikkerhet-for-barn-og-unge-med-kjønnsinkongruens/sammendrag>; omówienie w języku angielskim: Block J.(23.03.2023). Norway's guidance on paediatric gender treatment is unsafe, says review. *BMJ* 2023.380:697. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.p697> <https://www.bmj.com/content/bmj/380/bmj.p697.full.pdf>.

²⁹ Position statement no. 103: *Recognising and addressing the mental health needs of people experiencing Gender Dysphoria /Gender Incongruence*. <https://www.ranzcp.org/news-policy/policy-and-advocacy/position-statements/gender-dysphoria>.

³⁰ Genspect (18.06.2022). An Open Letter to the American Academy of Pediatrics – Genspect. Tłumaczenie na stronie Instytutu „Ona i On”: <http://onaion.org.pl/list-rodzicow-dzieci-z-zaburzeniami-plci/>.

³¹ Zucker et alli.(2012). A Developmental, Biopsychosocial Model for the Treatment of Children with Gender Identity Disorder. *Journal of Homosexuality*59(3): 369–397; DOI: 10.1080/00918369.2012.653309.

³² Evans M. (2020). Freedom to think: The need for thorough assessment and treatment of gender dysphoric children. *BJPsych Bulletin*, 1-5. <https://doi.org/10.1192/bjb.2020.72> <https://www.cambridge.org/core/journals/bjpsych-bulletin/article/freedom-to-think-the-need-for-thorough-assessment-and-treatment-of-gender-dysphoric-children/F4B7F5CAFC0D0BE9FF3C7886BA6E904B>

³³ Glintborg D., Møller J.J.K., Rubin K.H., Lidegaard O., T'Sjoen G., Larsen M.L.J.O., Hilden M., & Andersen M.S. (2023). Gender-affirming treatment and mental health diagnoses in Danish transgender persons: A nationwide register-based cohort study. *European Journal of Endocrinology*, 189, 336-345. <https://doi.org/10.1093/ejendo/lvad119>; Por. Glintborg D., Rubin K., Kristensen S., Lidegaard Ø., T'Sjoen G., Hilden, M., Andersen M. (2022). Gender affirming hormonal treatment in Danish transgender persons. A nationwide register-based study. *Andrology*. 10 (3) DOI: 10.1111/andr.13181

³⁴ STATSFORGENDER.ORG, *Gender at your fingertips*.

³⁵ Kmiecik B, Sobczyk P. (red. 2021). *Między chromosomem, a paragrafem. Transseksualizm w ujęciu prawnospołeczno-medycznym*, 93–142, Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Wymiaru Sprawiedliwości.

³⁶ Fajkowska M. (2001). *Transseksualizm i rodzina: Przekaz pokoleniowy wzorów relacyjnych w rodzinach transseksualnych kobiet*. Warszawa: Wydawn. Instytutu Psychologii PAN, Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej.

³⁷ Marianowicz-Szczygieł A. (2022). Wzrost zaburzeń tożsamości płci wśród dzieci i młodzieży – dane z 10 krajów. Możliwe wyjaśnienia, wnioski dla rodziców. *Kwartalnik Naukowy Fides Et Ratio*. 49(1): 122–141. <https://doi.org/10.34766/fetr.v49i1.1060>, TEKST
ANG:<https://fidesetratio.com.pl/ojs/index.php/Fetr/article/view/1060/724> TEKST
PL: <https://www.stowarzyszeniefidesetratio.pl/fer/2022-1Szczygiel.pdf>.

³⁸ Smyczyńska J. (2023). Opieka medyczna nad dziećmi i młodzieżą z dysforią płciową i niezgodnością płciową w świetle aktualnych rekomendacji – jak realizować zasadę *primum non nocere*? *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*.3(55): 1-21. <https://www.stowarzyszeniefidesetratio.pl/fer/2023-3Smy.pdf>.

³⁹ Dora M., Grabski B., Dobroczyński B. (2021). Gender dysphoria, gender incongruence and gender nonconformity in adolescence – Changes and challenges in diagnosis. *Psychiatria Polska*, 55(1): 23–37. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/113009>

23. oraz Przeglądu 22 standardów i modeli pomocy dzieciom i młodzieży z zaburzeniami tożsamości płciowej - rekomendacji do modelu polskiego⁴⁸.

Założenia wiodących wytycznych w nurcie afirmującym (tzw. Protokół Holenderski⁴⁹, standardy WPATH– wersja 7 i 8⁵⁰, standardy towarzystw endokrynologicznych⁵¹) zostały skrytykowane nie tylko w cytowanych powyżej dokumentach, ale także w dedykowanych publikacjach^{52 53 54} – jako oparte nadowodach o niskiej lub bardzo niskiej jakości wg systemu oceniającego GRADE⁵⁵. Tego typu terapie są określane jako terapie eksperymentalne. *Summa summarum*, już w 11 krajach⁵⁶ podjęto kroki w celu wycofania się z podejścia afirmatywnego lub przejścia na pozycje bardziej wyważone i ostrożne (Szwecja, Wielka Brytania, Francja, Finlandia, Norwegia, Australia, Nowa

⁴⁰ Littman L. (2021). Individuals Treated for Gender Dysphoria with Medical and/or Surgical Transition Who Subsequently Detransitioned: A Survey of 100 Detransitioners. *Archives of Sexual Behavior*, 50(8): 3353–3369. Vol.: (0123456789)1 3; Butler C., Hutchinson A. (2020). Debate: The pressing need for research and services for gender desisters/detransitioners. *Child Adolesc Ment Health* Feb; 25(1):45-47;

⁴¹ Sakowski Ł. (5.04.2023). Moja historia cofnięcia zmiany płci. Tranzycja i detranzycja. *Łukasz Sakowski. To tylko teoria.pl*. <https://www.totylkoteoria.pl/tranzycja-detranzycja-zmiana-plci/>.

⁴² Marianowicz-Szczygieł A. (21.02.2023). Detranzycja. Oni żałują „zmiany płci”. *Afirmacja.info*. <https://afirmacja.info/2023/02/21/detranzycja-oni-zaluja-zmiany-plci/>.

⁴³ Valdes D. and MacKinnon K. (18.01.2023). Take Detransitioners Seriously. *The Atlantic*. <https://www.theatlantic.com/ideas/archive/2023/01/detransition-transgender-nonbinary-gender-affirming-care/672745/>.

⁴⁴ Heyer W. (2018). *Trans life survivors*. Walt Heyer.

⁴⁵ Heyer W. (2020). *Articles of Impeachment against Sex Change Surgery*. Walter Heyer.

⁴⁶ Afirmacja tv. (27.09.2026). *Ignorancja lekarzy i słodkie kłamstwa w sieci. Zobacz świadectwo Magdy zmanipulowanej do tranzycji*. <https://www.youtube.com/watch?v=81Js9QtIX1s>.

⁴⁷ Vandebussche E. (2021). Detransition-related needs and support: A cross-sectional online survey. *Journal of Homosexuality*, online.

<https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/00918369.2021.1919479?needAccess=true>

⁴⁸ Marianowicz-Szczygieł A. in press.

⁴⁹ de Vries A.L.C., Cohen-Kettenis P.T. (2012). Clinical Management of Gender Dysphoria in Children and Adolescents: The Dutch Approach, *Journal of Homosexuality*, 59(3), 301–320. <http://dx.doi.org/10.1080/00918369.2012.653300>; Dora M., Grabski B., Dobroczyński B. (2020). Dysforia płciowa i nonkonformizm płciowy w adolescencji – zmiany i wyzwania diagnostyczne, *Psychiatria Polska*, 162: 1–15. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/113009>.

⁵⁰ WPATH-8. Colman i in. (2022) Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8, *International Journal of Transgender Health*, 23(1):1–259; DOI:10.1080/26895269.2022.2100644; WPATH-7. WPATH (2012). Standardy opieki zdrowotnej dla osób transseksualnych, transpłciowych i różnorodnych płciowo. https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_Polish.pdf?_t=1573660119.

⁵¹ W.C. Hembree, et alii (November 2017), Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society* Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab*, 102(11):3869–3903; doi: 10.1210/jc.2017-01658.

⁵² Block J. (23.02.2023). Gender dysphoria in young people is rising—and so is professional disagreement. *BMJ* 2023, 380:382; doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.p382>;

⁵³ E. Abbruzzese, Stephen B. Levine & Julia W. Mason (2023). The Myth of “Reliable Research” in Pediatric Gender Medicine: A critical evaluation of the Dutch Studies—and research that has followed. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 49 (6): 673–699; DOI:10.1080/0092623X.2022.2150346.

⁵⁴ Biggs M. (2022). The Dutch Protocol for Juvenile Transsexuals: Origins and Evidence. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 49(4); DOI:10.1080/0092623X.2022.2121238.

⁵⁵ <https://bestpractice.bmj.com/info/toolkit/learn-ebm/what-is-grade/>.

⁵⁶ Słowo „krajów” odnosi się zarówno do zmian prawnych, reakcji agencji służby zdrowia lub dokumentów profesjonalnych, opiniotwórczych stowarzyszeń.

Zelandia, także USA⁵⁷ i Węgry⁵⁸, a ostatnio Dania⁵⁹). We Włoszech takiego podejścia domaga się Włoskie Towarzystwo Psychoanalityczne⁶⁰. W niniejszym opracowaniu opowiadamy się za podejściem holistycznym, zintegrowanym i wykorzystującym m.in. dorobek psychologii rozwojowej, psychologii osobowości, klinicznej czy rodziny, oraz metodami nieinwazyjnymi, bardziej bezpiecznymi i dobrze ugruntowanymi naukowo.

III. PODSTAWOWE INFORMACJE, TERMINOLOGIA I RAMY ROZWOJOWE

1. Zaburzenia identyfikacji płciowej połączone ze skłonnościami transseksualnymi (najczęściej na bazie dotychczasowej klasyfikacji ICD-10 diagnozowane jako *transseksualizm* lub *dysforia płciowa* w DSM-5, w ICD-11 określane jako *gender incongruence* – niezgodność płciowa – są zaburzeniami o przyczynach złożonych i wciąż poznawanych, większość danych bio-psycho-społecznych przemawia jednak za dominującą komponentą środowiskową w genezie tego zjawiska, która u poszczególnych jednostek każdorazowo będzie miała inną konfigurację. Innymi słowy, wbrew obiegowym opiniom, są to zaburzenia w większości nabyte, a nie wrodzone^{61 62 63 64 65 66 67}.

⁵⁷ Human Rights Campaign (6.01.2023). *Map: Attacks on Gender Affirming Care by State*. <https://www.hrc.org/resources/attacks-on-gender-affirming-care-by-state-map>.

⁵⁸ *Rzeczpospolita* (20.05.2020). Węgry zakazują legalnej zmiany płci. <https://www.rp.pl/spoleczenstwo/art711691-wegry-zakazuja-legalnej-zmiany-plci>.

⁵⁹ Hansen M.V., Giraldi A., Main K.M., Tingsgård J.V., Haahr M.E. (3.11.2023). *Ugeskrift for Læger*⁵⁹. Sundhedsfaglige tilbud til børn og unge med kønsuhbehag. (Opieka zdrowotna dla dzieci i młodzieży z dysforią płciową). <https://ugeskriftet.dk/videnskab/sundhedsfaglige-tilbud-til-born-og-unge-med-konsubehag>.

⁶⁰ Societa Psicoanalitica Italiana (12.01.2023). *Disforia di Genere*. Il comunicato dell'Esecutivo della SPI. <https://www.spiweb.it/la-cura/disforia-di-genere-il-comunicato-del-presidente-s-thanopulos-12-01-23/>; por. Buttons, C. (30.01.2023). Italian Psychological Association expressed “great concern” over puberty blocking drugs. *The Daily Wire*. [https://www.dailywire.com/news/italian-psychological-association-expressed-great-concern-over-puberty-blocking-](https://www.dailywire.com/news/italian-psychological-association-expressed-great-concern-over-puberty-blocking-drugs?inf_contact_key=5f4f5a2dc69a3b2e9ba1748470b5556bb7af0999dac2af6212784c39e05d2aef)

⁶¹ American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR) (2022)*. Gender dysphoria. Washington, DC: American Psychiatric Association. s. 511-520. See especially pp. 511, 517. <https://www.psychiatry.org/Psychiatrists/Practice/DSM/Educational-Resources/Assessment-Measures>

⁶² Lee P.A., Nordenström A., Houk C.P., Ahmed S.F., Auchus R., Baratz A., Dalke K.B., Liao L., Lin-Su K., Looijen-ga L.H.J., Mazur T., Meyer-Bahlburg H.F.L., Mouriquand P., Quigley C.A., Sandberg D.E., Vilain E., Witchel S., & the Global DSD Update Consortium (2016). Consensus Statement: Global disorders of sex development update since 2006: Perceptions, approach and care. *Hormone Research in Pediatrics*, 85, s.158–180. Por. s. 168. <https://doi.org/10.1159/000442975>

⁶³ 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., & Goodman, M. (2018). Mental health of transgender and gender nonconforming youth compared with their peers. *Pediatrics*, 141(5), e20173845. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-3845> Por. zwł. Tabl. 2 i 3.

⁶⁴ Bechard M., VanderLaan D.P., Wood H., Wasserman L., & Zucker K.J. (2017). Psychosocial and psychological vulnerability in adolescents with gender dysphoria: A “Proof of Principle” study. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 43(7), s. 678–688. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2016.1232325>

⁶⁵ Kozłowska K. McClure G., Chudleigh C., Maguire A., Gessler D., Scher S., Ambler G. (2021). Australian children and adolescents with gender dysphoria: Clinical presentations and challenges experienced by a

2. Działania zmierzające do zastąpienia dotychczasowego pojęcia stosowanego najczęściej w kontekście zaburzeń identyfikacji płciowej, jakim jest *transseksualizm*, i zastąpienie go w ICD-11 terminem *niezgodność płciowa (lub niekompatybilność płciowa)*, rozumiana jako nie-spójność między *płcią doświadczoną* przez daną osobę a *płcią jej przypisaną*, i umieszczanie jej w międzynarodowej klasyfikacji chorób i zaburzeń ICD-11 w kategorii *Uwarunkowania zdrowia seksualnego*⁶⁸, uważamy za podejście błędne. Redukuje ono skomplikowaną materię dysfunkcji związanych z tożsamością płciową do subiektywnych deklaracji jednostek, w gruncie rzeczy uniemożliwia diagnozę ewentualnych zaburzeń współistniejących i praktycznie pozbawia zainteresowanych prawa do publicznej opieki zdrowotnej. Jednocześnie suponuje likwidację płci biologicznej, a zastępuje je terminem *płeć przypisana* czy *płeć odczuwana*⁶⁹. Równie wadliwym jest użycie kryterium subiektywnego *dystresu*⁷⁰ w definicji pojęcia *dysforia płciowa (lub niezgodność płciowa)* w klasyfikacjach DSM-5, DSM-5-TR oraz ICD-11. Dlatego skłaniamy się do używania bardziej adekwatnego, lepiej ugruntowanego naukowo i szerszego pojęcia diagnostycznego: *zaburzenia identyfikacji płciowej* – w skrócie ZIP. **Nasza propozycja dotyczy zmiany terminologii oraz diagnostyki i terapii, nie zaś negowania samego zjawiska.** Zamiast absolutyzacji subiektywnych przekonań dzieci i młodzieży proponujemy wdrożenie myślenia przyczynowo-skutkowego, a więc zakotwiczenie terapii w szczegółowej diagnostyce somatycznej, psychiatrycznej, seksuologicznej i psychologicznej. Dotychczasowe praktyki prowadzą do jednostkowych dramatów, o czym świadczy narastająca liczba świadectw i postępowań detranzycyjnych. Wskazują one na fundamentalne błędy w postępowaniu diagnostycznym i nader lekkie epatowanie etykietą transseksualizmu przez część środowiska służby zdrowia.
3. Zaburzenia identyfikacji płciowej u dzieci i młodzieży najczęściej ustępują samoistnie w 73%–98% przypadków^{71 72} i mogą mieć charakter chwilowego poszukiwania identyfikacji.

multidisciplinary team and gender service. *Human Systems: Therapy, Culture and Attachments*, 1(1), s.70-95. <https://doi.org/10.1177/26344041211010777>

⁶⁶ Thrower E., Bretherton I., Pang K.C., Zajac J.D., & Cheung A.S. (2019). Prevalence of autism spectrum disorder and attention-deficit hyperactivity disorder amongst individuals with gender dysphoria: A systematic review. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 50, s. 695-706. <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04298-1>

⁶⁷ Przegląd badań nt. genezy w: Marianowicz-Szczygieł A. (2021). Zaburzenia tożsamości płciowej u dzieci i młodzieży – ujęcie psychologiczne. Geneza, czynniki ryzyka, rokowania, profilaktyka, (w:) B. Kmiecik, P. Sobczyk (red.), *Między chromosomem a paragrafem. Transseksualizm w ujęciu prawno-społeczno-medycznym*, 93-142, Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Wymiaru Sprawiedliwości.

⁶⁸ Przeglądarka internetowa ICD-11, kod HA61: *gender incongruance of childhood*. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fcd%2fent%2f344733949>.

⁶⁹ Instytut „Ona i On” (7.09.2023). *ICD-11 – c.d – zaangażuj się i pomóż nam zastopować groźne zmiany!* <http://onaion.org.pl/2023/09/07/20063/>.

⁷⁰ Marianowicz-Szczygieł A. (12.02.2023). Koń trojański kilku współczesnych ideologii. Ujawniamy kulisy manipulacji w diagnostyce. *Afirmacja. info*. <https://afirmacja.info/2023/02/12/ujawniamy-kulisy-manipulacji-w-diagnostyce/>.

⁷¹ A. Steensma, et alii (2011) podają uporczywość dysforii płciowej na poziomie 2%–27%, B. Wallien (2008) – 27%. Wymienione kolejno publikacje to: Steensma T.D., Biemond R., de Boer F., & Cohen-Kettenis P.T. (2011). Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow-up study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 16(4): 499–516. <https://doi.org/10.1177/1359104510378303>; B. Wallien M.S.C. (2008). *Gender Dysphoria in Children: Causes and Consequences* [Vrije Universiteit]. <https://research.vu.nl/en/publications/gender-dysphoria-in-children-causes-and-consequences>; C. Drummond K.D., Bradley S.J., Peterson-Badali M., Vanderlaan D.P. (2017). Behavior Problems and Psychiatric Di-

Wskazuje to, że wątpliwości odnośnie do identyfikacji płciowej należy rozpatrywać na tle ogólnych prawidłowości rozwojowych związanych ze sferą relacji społecznych, zmienioną gospodarką hormonalną, licznymi wahaniami nastrojów i samooceny, poszukiwaniem własnej tożsamości, rozwojem procesów myślenia i inteligencji, stopniowym kształtowaniem się moralności i krytycznego myślenia. Mózg ludzki rozwija się do 23–25 r.ż., a niektóre funkcje – o wiele dłużej.

4. Możemy obserwować nowy fenomen społeczny, mało zbadany i nieujęty w dotychczasowych klasyfikacjach i standardach diagnostyczno-terapeutycznych (a nawet negowany przez część specjalistów), jakim jest gwałtowny wzrost deklaracji transseksualnych⁷³, szczególnie wśród nastoletnich dziewcząt bez wcześniejszej historii tego typu skłonności, określane jako ROGD: *rapid onset gender dysphoria* (zespół nagłej dysforii płciowej). Dotychczasowe analizy wskazują, iż przyczyny tego zjawiska mogą być związane z wpływem kultury, mediów i mediów społecznościowych^{74 75 76 77} oraz aktywnością działaczy protransseksualnych⁷⁸. Bywa on określany jako fenomen „epidemiopodobny”⁷⁹, a nawet jako efekt jatrogenny, a także jako „zarażenie rówieśnicze” czy „społeczna epidemia”⁸⁰. Nakazuje to dodatkową ostrożność.
5. Jak wynika z wyżej wymienionych przeglądów badań, tak zwana tranzycja medyczna w modelu afirmującym gender (zwana potocznie „zmianną płci”), w tym: stosowanie blokerów dojrzewania płciowego, hormonów płci przeciwnej oraz operacji chirurgicznych, jest – zwłaszcza u dzieci i młodzieży – z wielu względów bardzo nieetyczna i ryzykowna. Nie przeszła testu systematycznych i rygorystycznych przeglądów badań, czy replikowalności badań, a leki hormonalne są stosowane niezgodnie z ustalonym wcześniej przeznaczeniem (np. kastracja farmakologiczna, leczenie przedwczesnego dojrzewania płciowego).

agnoses in Girls with Gender Identity Disorder: A Follow-Up Study, *Journal of Sex and Marital Therapy*.44(2):1–16; DOI: 10.1080/0092623X.2017.1340382.

⁷² Cantort J. (11-01-2016). Do trans- kids stay trans- when they grow up? *Sexology Today*.

http://www.sexologytoday.org/2016/01/do-trans-kids-stay-trans-when-they-grow_99.html

⁷³ Marianowicz-Szczygiel A. (2022). Rise of gender identity disorders among children and adolescents- data from 10 countries. *Kwartalnik Naukowy Fides Et Ratio*. 49(1): 122–141. <https://doi.org/10.34766/fetr.v49i1.1060>; tekst pl: <https://www.stowarzyszeniefidesetratio.pl/fer/2022-1Szczygiel.pdf>; tekst ang.: <https://fidesetratio.com.pl/ojs/index.php/FetR/article/view/1060/724>.

⁷⁴ Pang K.C., de Graaf N.M., Chew D., Hoq M., Keith D.R., Carmichael P., Steensma T.D. (2020). Association of Media Coverage of Transgender and Gender Diverse Issues With Rates of Referral of Transgender Children and Adolescents to Specialist Gender Clinics in the UK and Australia, *JAMA Network Open*.3(7):e2011161. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.11161>;

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

⁷⁵ Indremo M., Jodensvi A., Arinell H., Isaksso J., Papadopoulos F. (2022). Association of Media Coverage on Transgender Health With Referrals to Child and Adolescent Gender Identity Clinics in Sweden. *JAMA Network Open*. 5: e2146531. 10.1001/jamanetworkopen.2021.46531.

⁷⁶ Littman L. (16.04.2018). Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria, *Plos One*.14(3):e0202330. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202330>.

⁷⁷ Littman L. (2019). Correction: Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria, *PLOS ONE*.14(3): e0214157. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214157>.

⁷⁸ List otwarty GENSPECT do Amerykańskiej Akademii Pediatrów (American Academy of Pediatrics) z dnia 18 czerwca 2022. <http://onaion.org.pl/2023/05/25/list-rodzicow-dzieci-z-zaburzeniami-plci/>.

⁷⁹ French National Academy of Medicine (25.02.2022). *Medicine and gender transidentity in children and adolescents*. <https://www.academie-medecine.fr/la-medecine-face-a-la-transidentite-de-genre-chez-les-enfants-et-les-adolescents/?lang=en>.

⁸⁰ Trzy ostatnie określenia zostały użyte w pracy A.Shier (2023). *Nieodwracalna krzywda*.

Tranzycja medyczna prowadzi do bezpłodności, stwarza ryzyko zaburzeń zwłaszcza układu kostnego, zespołów zatorowo-zakrzepowych, chorób wątroby, raka i innych, prowadzi do dysfunkcji seksualnych (obniżone libido, a nawet niemożność orgazmu, bolesna atrofia pochwy połączona z suchością czy pękaniem jej ścian, powiększona nieodwracalnie pod wpływem testosteronu łechtaczka), a także powoduje nieodwracalne zgrubienie głosu, łysienie androgenowe, objawy chemicznej menopauzy u nastolatków, zatrzymanie wzrostu (do tego katalogu należy dodać ryzyko powikłań powiązanych z chirurgią czy problemy psychiczne).

Nie jest znany jej wpływ zwłaszcza na rozwój mózgu u dzieci i młodzieży, nie ma oszacowanych skutków długofalowych. Hormony płciowe wpływają na różnicowanie płciowe mózgu i uzyskanie przez niego pełnej dojrzałości, a 'plastyczność' neuronów mózgu zachowana jest co najmniej do zakończenia okresu dojrzewania płciowego⁸¹. Można zauważyć, że stosowanie hormonów płciowych w celu „zmiany płci” przed zakończeniem rozwoju mózgu niesie ze sobą istotne ryzyko utrwalenia różnicowania płciowego mózgu w kierunku niezgodnym z płcią biologiczną, nie jest to zatem neutralna „afirmacja”, tylko ingerencja w rozwój kształtującego się jeszcze mózgu. W okresie nastoletnim zauważono bowiem u dziewczynek i chłopców odmienne wzorce płciowe zachowania powiązane z rozwojem mózgu (inne tempo wzrostu mózgu, mielinizacji i stymulacji odmiennych obszarów w mózgu przez hormony płciowe przekładają się np. na odmienny tryb osiągania dojrzałości emocjonalnej, kontroli impulsów czy podatności na ryzyko)^{82 83 84}. Nie są to przy tym procesy do końca poznane.

Tak więc tranzycja medyczna, obiektywnie wieloetapowa i skomplikowana, tu jako nieprzewidywalna – jest uważana obecnie na świecie za metodę eksperymentalną⁸⁵. Społeczeństwo powinno dążyć do powstrzymywania dzieci przed tego typu ryzykownymi, impulsywnymi – a dalekosiężnymi i nieodwracalnymi – decyzjami. Obecnie coraz bardziej „dominują stanowiska profesjonalne o zabarwieniu ostrożnym, mieszanym lub holistycznym (Szwecja, Norwegia, Finlandia, Dania, Wielka Brytania, USA, Francja, Australia i Nowa Zelandia, stanowiska międzynarodowe). Już w ponad 20 stanach USA uchwalono prawo, które zabrania «neutralizacji płci» u dzieci do 18 roku życia⁸⁶[...]O krokach wstecz w zakresie polityki afirmującej gender u osób nieletnich pisały wiodące media na świecie: *Forbes*⁸⁷, *Reuters*⁸⁸, *Euronews*⁸⁹, *The Atlantic*⁹⁰, *CBN*⁹¹ czy *The Guardian*^{92 93}”.

⁸¹ Trova S., Bovetti S., Bonzano S., De Marchis S., Peretto P. (2021). Sex Steroids and the Shaping of the Peripubertal Brain: The Sexual-Dimorphic Set-Up of Adult Neurogenesis. *Int J Mol Sci.* Jul 26,22(15):7984; doi: 10.3390/ijms2215798.

⁸² Luna B. et al. (maj 2001). Maturation of Widely Distributed Brain Function Suberves Cognitive Development, *NeuroImage.* 5(13):786–93. <https://doi.org/10.1006/nimg.2000.0743>.

⁸³ Jay N. Giedd (19 maja 2015). The Amazing Teen Brain. *Scientific American.* 6 (312): 32–37. <https://doi.org/10.1038/scientificamerican0615-32>.

https://www.researchgate.net/publication/277935210_The_Amazing_Teen_Brain.

⁸⁴ Arain M. i in. (2013). Maturation of the adolescent brain. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 9:449–461; doi: 10.2147/NDT.S39776. Epub 2013 Apr 3. PMID: 23579318; PMCID: PMC3621648.

⁸⁵ Choć standardy afirmujące gender typu WPATH wbrew dowodom naukowym podtrzymują swoje odrębne zdanie.

⁸⁶ Human Rights Campaign (15.09.2023). *Map: Attacks on Gender Affirming Care by State*. <https://www.hrc.org/resources/attacks-on-gender-affirming-care-by-state-map>.

⁸⁷ Bushard B. (29.03.2023). Kentucky Becomes 12th State To Ban Gender Affirming Care After GOP Lawmakers Override Governor's Veto. *Forbes*. <https://www.forbes.com/sites/brianbushard/2023/03/29/kentucky-becomes-12th-state-to-ban-gender-affirming-care-after-gop-lawmakers-override-governors-veto/>.

⁸⁸ Respaut R., Terhune Ch., Conlin M. (22.12.2022). Why detransitioners are crucial to the science of gender care. *Reuters*. <https://www.reuters.com/investigates/special-report/usa-transyouth-outcomes/>.

6. Tak zwana tranzycja społeczna, zwłaszcza w sytuacjach publicznych (czyli nie klinicznych), dokonywana u osób wciąż rozwijających się (zmiana imion, zaimków, strojów, dostęp do pomieszczeń zarezerwowanych dla płci przeciwnej), może powodować utrwalenie zaburzeń tożsamości płci u danego dziecka i oddziałuje na osoby z otoczenia (inne dzieci, nauczyciele, rodzice, otoczenie społeczne). Takim dzieciom i młodzieży należy natomiast udzielić kompleksowej pomocy, której służy niniejszy dokument (por. także pkt IV .5.)⁹⁴.
7. Istnieje szerokie spektrum zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży wchodzących w relację krzyżową z tendencjami transseksualnymi (lęki separacyjne, zaburzenia ze spektrum autyzmu, w tym zespół Aspergera, depresja, tendencje samobójcze, zaburzenia w obrazie siebie, swojego ciała i poczuciu własnej wartości), w kontekście określonych cech środowiska rodzinnego^{95 96 97 98}. Objawy zaburzeń identyfikacji płciowej mogą być więc tylko pozorne i spowodowane czynnikami innego rodzaju. Dlatego problemów młodego człowieka związanych z tożsamością płciową nie można traktować w sposób wyizolowany, czy wyłącznie od strony społecznej.
8. Z tego samego powodu diagnoza zaburzeń identyfikacji płciowej winna być dokonywana przez szeroki, interdyscyplinarny zespół specjalistów (por. szczegółowe rekomendacje poniżej). Nigdy pojedyncze zaświadczenie od jednego specjalisty lub zaledwie kilka spotkań diagnostycznych nie powinno być wystarczającą podstawą do rozpoczynania jakiegokolwiek tranzycji, w tym zwłaszcza medycznej. Interwencje profesjonalne także powinny się odbywać w ramach wyżej wymienionego zespołu specjalistów.

⁸⁹ Min R. (17.02.2023). As Spain advances trans rights, Sweden backtracks on gender-affirming treatments for teens. *Euronews*. <https://www.euronews.com/next/2023/02/16/as-spain-advances-trans-rights-sweden-backtracks-on-gender-affirming-treatments-for-teens>.

⁹⁰ Valdes D., MacKinnon K. (18.01.2023). Take Detransitioners Seriously. *The Atlantic*. <https://www.theatlantic.com/ideas/archive/2023/01/detransition-transgender-nonbinary-gender-affirming-care/672745/>.

⁹¹ Morris A. (21.03.2022). A Tidal Wave of Transgender Regret for Hundreds of People: 'They Don't Feel Better for It' *CBN*. <https://www2.cbn.com/cbnnews/world/2019/october/a-tidal-wave-of-transgender-regret-for-hundreds-of-people-they-dont-feel-better-for-it?fbclid=IwAR0XJLnH44P6tSDZOnvUuFvAfaPJAXI0U1YmR4Be6E6mmwecMPL4-F3w2pY>.

⁹² Batty D. (30.07.2004). Sex changes are not effective, say researchers. *The Guardian*. <https://www.theguardian.com/society/2004/jul/30/health.mentalhealth>.

⁹³ Marianowicz-Szczygieł A. *Przegląd 20 standardów i modeli pomocy dzieciom i młodzieży z zaburzeniami tożsamości płciowej – rekomendacje do modelu polskiego*. in press.

⁹⁴ Olson, K., Durwood, L., Horton, R., Gallagher, N., & Devor, A. (2022). Gender identity 5 years after social transition. *Pediatrics*, special article. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35505568/>

⁹⁵ Kozłowska K., McClure G., Chudleigh C., Maguire A., Gessler D., Scher S., Ambler G. (2021). Australian children and adolescents with gender dysphoria: Clinical presentations and challenges experienced by a multidisciplinary team and gender service. *Human Systems: Therapy, Culture and Attachments*, 1(1), 70-95. <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/26344041211010777>

⁹⁶ Hisle-Gorman E., Schvey N.A., Adirim T.A., Rayne A.K., Susi A., Roberts T.A., Klein D.A. (2021). Mental healthcare utilization of transgender youth before and after affirming treatment. *Journal of Sexual Medicine*, 18, 1444–1454. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34247956/>

⁹⁷ 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., Goodman M. (2018). Mental health of transgender and gender nonconforming youth compared with their peers. *Pediatrics*, 141(5), e20173845. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-3845>

⁹⁸ Por. Glintborg, D., Møller, J.J.K., Rubin, K.H., Lidegaard, O., T'Sjoen, G., Larsen, M.L.J.O., Hilden, M., & Andersen, M.S. (2023). Gender-affirming treatment and mental health diagnoses in Danish transgender persons: A nationwide register-based cohort study. *European Journal of Endocrinology*, 189, 336-345. <https://doi.org/10.1093/ejendo/lvad119>

9. Wszelkie doniesienia świadczące o depresji czy skłonnościach samobójczych należy traktować poważnie i z uwagą, mimo że w przypadku dzieci i młodzieży, zwłaszcza będących pod wpływem aktywistów, mogą być tylko środkiem szantażu emocjonalnego lub skutkiem efektu Wertera. Została także opisana⁹⁹ wręcz indoktrynacja i coachowanie młodzieży w kłamstwie tak, aby skłonić rodzica/opiekuna prawnego do zgody na tranzycję. Nie ma danych naukowych świadczących o automatycznej, zero-jedynkowej suicydalności w przypadku zaburzeń identyfikacji płciowej lub tym bardziej świadczących o tym, że tranzycja jakoby miała chronić przed samobójstwem¹⁰⁰ –zwłaszcza że wiek młodzieńczy sam w sobie ogólnie charakteryzuje się podwyższonym ryzykiem skłonności samobójczych.
10. Ze względów medycznych, psychicznych, jak i społecznych jesteśmy przeciwni także stosowaniu przez dzieci i młodzież tzw. binderów (ściskających i kamuflujących biust)¹⁰¹ czy obwiązywania, ukrywania męskich narządów płciowych.

IV. POLITYKA SPOŁECZNA I OGÓLNE RAMY DOTYCZĄCE POMOCY PROFESJONALNEJ

1. Podstawowa zasada pomocy powinna brzmieć: *po pierwsze nie szkodzić*– korzyści powinny przeważać nad ryzykiem. Diagnostyka w przypadku zaburzeń tożsamości płci jest złożona, wieloetapowa i wielowymiarowa. Należy tu położyć nacisk na sprawdzenie wszelkich wątków, które mogłyby mieć wpływ na problemy percepcji płci.
2. Każdy pacjent i jego opiekunowie mają prawo do pełnej, wszechstronnej i rzetelnej informacji dotyczącej etiologii zaburzeń, w tym zaburzeń identyfikacji płciowej, oraz do informacji o dostępnych opcjach leczenia, w tym na temat skutków działania blokerów dojrzewania płciowego i hormonów płciowych, konsekwencji interwencji chirurgicznych i ryzyka nieodwracalnych zmian (ubezpieczanie, wycinanie zdrowych narządów, ryzyko interwencji far-

⁹⁹ Shrier A. (2023). *Nieodwracalna krzywda*. Kraków: Dystrybucja AA.

¹⁰⁰ „Ryzyko samobójstwa było znacznie wyższe niż w populacji ogólnej, ale na tym samym poziomie co ryzyko samobójstwa powszechnych zaburzeń psychicznych, takich jak depresja, choroba afektywna dwubiegunowa i autyzm. Ponieważ te zaburzenia psychiczne są tak powszechne wśród osób z niezgodnością płci, nie jest możliwe ustalenie, czy zwiększone ryzyko samobójstwa jest spowodowane niezgodnością płci *per se*, czy jest konsekwencją zaburzeń psychicznych. Nie ma też żadnych badań, które dostarczają dowodów na to, że ryzyko samobójstwa zmniejsza się w wyniku leczenia afirmującego płeć, lub że ryzyko samobójstwa wzrasta, jeśli nie zapewnia się leczenia potwierdzającego płeć”. Norweska Krajowa Komisja Śledcza ds. Usług Zdrowotnych i Opiekuńczych – UKOM (9.03.2023). *Pasientsikkerhet for barn og unge med kjønnsinkongruens* (Bezpieczeństwo pacjentów z niezgodnością płci). <https://ukom.no/rapporter/pasientsikkerhet-for-barn-og-unge-med-kjonnsinkongruens/sammendrag>, rozdz.7:26; na podstawie A. Marianowicz-Szczygieł. *Przegląd 20 standardów i modeli pomocy dzieciom i młodzieży*. in press; omówienie tej tematyki także na stronie: <https://statsforgender.org/suicide/>.

¹⁰¹ Wśród ryzyka negatywnych skutków medycznych używania binderów wymienia się: ból (klatki piersiowej, ramion, pleców), problemy z oddychaniem (jak np. spłylenie oddechu), problemy skórne (jak swędzenie, rany, otarcia), problemy neurologiczne (np. ból głowy, zawroty głowy), problemy układu kostnego i mięśni (jak np. drętwienie, zmiany w żebrach, wady postawy), przegrzanie, a nawet problemy gastryczne. Ponad 97% badanych relacjonowało co najmniej jeden z 28 negatywnych skutków ubocznych. Źródło: Gardner I., Weinand J., Corbet A., Acevedo K. (2016). Health impact of chest binding among transgender adults: a community-engaged, cross-sectional study. *Culture, Health & Sexuality*, 19, s.1-12. 10.1080/13691058.2016.1191675. DOI: 10.1080/13691058.2016.1191675

makologicznych, w tym przede wszystkim incydenty zakrzepowo-zatorowe, zwiększone ryzyko nowotworów).

3. W planowaniu pomocy należy zachować daleko idącą ostrożność, m.in. z powodu zmienności wieku rozwojowego, ale nie należy pozostawać biernym (bierność nie jest neutralna). Świadoma zgoda na tranzycję w przypadku dzieci i młodzieży jest fikcją.
4. Każdy pacjent powinien mieć prawo do psychoterapii jako podstawowej formy leczenia, niepozostawiającej trwałych i nieodwracalnych skutków somatycznych. W uzasadnionych przypadkach psychoterapia winna obejmować cały system rodzinny.
5. Niezwykła dynamika okresu dorastania, dominująco nabyta geneza oraz w większości samostne przemijanie odczuć transseksualnych – to wystarczające argumenty, aby w wymiarze życia społecznego nie wspierać tzw. tranzycji społecznej i wybieranych przez niektóre nastolatki np. wolicjonalnych form zaimkowych, zmiany imion, dostępu do przestrzeni jednopłciowych zarezerwowanych dla płci przeciwnej, itp. Osoby takie należy jednak zawsze otoczyć życzliwym wsparciem i zapewnić im opiekę psychoterapeutyczną. Zmiana imienia czy zaimków, wprowadzana przez placówki edukacyjne na wszystkich etapach kształcenia, w tym w dokumentach zawierających dane personalne czy oznaczenia płci, jest nie tylko działaniem przeciwko dobru dziecka i młodego człowieka, ale także pogwałceniem praw rodziców oraz obiektywnego porządku prawnego, naukowego i społecznego. Także wobec osób, które ukończyły 18. rok życia, pozostających w systemie edukacji, zwłaszcza jeśli nie dokonano merykalnej zmiany na gruncie prawnym, tego typu praktyki należy traktować jako naganne.
6. Słuszne propagowanie szacunku wobec innych osób, oparte na wartościach chrześcijańskich, które są nam bliskie, nie wymaga tworzenia katalogów grup wrażliwych na dyskryminację, ponieważ prowadzi to *de facto* do ich wyróżniania na tle innych grup, z reguły niewymienianych. Szacunek oraz mądra „miłość bliźniego” jest tu uniwersalnym, wystarczającym i znanym pojęciem zakotwiczonym w tradycji judeochrześcijańskiej¹⁰² – miłość empatyczna i miłosierna, ale także odważna, która potrafi w imię dobra danej osoby postawić także w razie konieczności granice. Dlatego sprzeciwiamy się wszelkim formom presji wobec dzieci i młodzieży, zwłaszcza w systemie szkolnictwa, które mogą skutkować zaburzeniem ich nieukształtowanej jeszcze tożsamości, jak: specjalne tęczowe poradnictwo, kluby, eventy typu „tęczowy piątek”, spotkania z osobami LGBT+, np. w formie żywych bibliotek¹⁰³, a tym bardziej łatwemu dostępowi do hormonów płciowych (w tym np. ich refundacji w celu tranzycji). Nawet akcje i standardy antydyskryminacyjne czy równościowe oraz powiązane z różnorodnością mają niestety często postać aktywizmu.
7. Stan wiedzy z dziedziny nie tylko psychologii rozwojowej wskazuje, że tzw. wychowanie neutralne płciowo uniemożliwia wykształcenie tożsamości płciowej zgodnej z płcią biologiczną. Dlatego stanowczo przeciwstawiamy się tego rodzaju praktykom, zwłaszcza w przypadku dzieci przedszkolnych.
8. Coraz liczniejsze przypadki detranzycji wskazują na wcześniejsze błędy proceduralne i diagnostyczne. Osoby podejmujące detranzycję powinny mieć zapewnioną opiekę endokrynologów i psychoterapeutów oraz wsparcie prawne w powrocie do płci biologicznej (jakkolwiek niektóre konsekwencje przeprowadzonych wcześniej procedur medycznych mogą być nieodwracalne). Istnieje „życie po detranzycji” i nadzieja dla takich osób.

¹⁰² Haynes L. (Sept. 16, 2019). Are Religious Californians Really Harming the Mental Health of People Who Identify as LGBTQ? <https://www.thepublicdiscourse.com/2019/09/56790/>

¹⁰³ Por. Kosciw J. G., Greytak E. A., Zongrone A. D., Clark C. M., & Truong N. L. (2018). The 2017 National School Climate Survey: The experiences of lesbian, gay, bisexual, transgender, and queer youth in our nation's schools. New York: GLSEN., p. 163, Appendix 2., <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED590243.pdf>

9. Sprzeciwiamy się wszelkim próbom izolowania rodziców od ich dzieci z zaburzeniami identyfikacji płciowej, czy ograniczania na tym tle władzy rodzicielskiej, w tym demonstrowanym w standardach WPATH (SOC-7 i SOC-8)¹⁰⁴ – standardach ignorujących dorobek naukowy, niezrzetelnych, skrajnie jednostronnych i nie stosujących wymogów myślenia przyczynowo-skutkowego. Niezbędne jest uważne dbanie o podtrzymywanie dobrych relacji dziecka z rodzicami i vice versa. Tzw. „brokatowa” lub „transgenderowa rodzina” (grupa obcych dziecku ludzi, afirmujących jego nową tożsamość płciową i twierdzących, że są dla niego obecnie przez to najbliższymi ludźmi) nie może zastąpić i nie zastąpi naturalnych więzi rodzinnych.
10. Porządek prawny powinien obejmować u osób co najmniej niepełnoletnich, a zwłaszcza w odniesieniu do osób o nieukształtowanej osobowości: zakaz tranzycji społecznej, hormonalnej, chirurgicznej i tranzycji metrykalnej¹⁰⁵, zwłaszcza kroków nieodwracalnych, zakaz powodowania niepłodności czy trwałych zniekształceń ciała¹⁰⁶, w tym szczególnie bez zgody rodziców/opiekunów prawnych. Rekomendujemy także zakaz szkodliwych działań edukacyjnych dotyczących płci i seksualności u osób będących w systemie edukacji, w tym bez zgody rodziców/opiekunów prawnych (por pkt. 11 i 14). Apelujemy także o zagwarantowanie prawnej konieczności poinformowania najbliższej rodziny o jakiegokolwiek tranzycji społecznej, medycznej czy prawnej także w przypadku osób pełnoletnich oraz o konieczności przeprowadzenia wywiadu rodzinnego z ich udziałem, w tym obowiązkowe zasięgnięcie informacji u rodziców/opiekunów prawnych o wątpliwościach medycznych, społecznych, psychicznych i moralnych (tranzycja nie jest bowiem zwykłym zabiegiem medycznym czy urzędową zmianą imienia, ale zmianą tożsamości, która dotyka także rodzinę).
11. Opowiadamy się za obowiązkowym włączeniem opinii psychologicznej w postępowaniu sądowym w tym obszarze. Przy czym zabronione powinno być, naszym zdaniem, wystawianie pojedynczych zaświadczeń kierujących na tzw. zabiegi tranzycji, w tym szczególnie przez specjalistów zatrudnionych lub współpracujących z klinikami dokonującymi tranzycji medycznej. Sam proces diagnostyczny i terapeutyczny powinien zostać, o ile to możliwe, prawnie uregulowany, np. według zaproponowanych przez nas poniżej wytycznych.

¹⁰⁴ W standardach WPATH postuluje się: „Zaangażowanie rodziców/opiekunów w diagnostykę i ocenę pacjenta, chyba że ich zaangażowanie zostanie określone jako szkodliwe dla nastolatka lub niewykonalne, i wtedy są wykluczani z podejmowania decyzji” (WPATH SOC-8:256).

¹⁰⁵ Na gruncie ogólnej wiedzy z dziedziny neurobiologii i psychologii rozwojowej (rozwój mózgu i osobowości – por. przypisy 60-62: Trova S., Bovetti S., Bonzano S., De Marchis S., Peretto P. 2021; Luna B. et al. 2001; Jay N. Giedd 2015) oraz wiedzy szczegółowej obejmującej zagadnienia powiązane z rozwojem zaburzeń tożsamości płciowej – wiekiem bardziej uzasadnionym, jeśli chodzi o granicę prawną minimalnej dopuszczalności tranzycji, jest granica 26 lat. Tego typu prawo proponują niektóre stany USA (Oklahoma, Teksas, Karolina Płd.) – por. Human Rights Campaign (6.01.2023). *Map: Attacks on Gender Affirming Care by State*. <https://www.hrc.org/resources/attacks-on-gender-affirming-care-by-state-map>. SEGM, czyli Society for Evidence-Based Gender Medicine, organizacja naukowa skupiająca ponad 100 naukowców i klinicystów z kilku krajów, także optuje tu za późną granicą wieku, wynoszącą 25 lat. Jest to zgodne z sugestiami norweskiego UKOM i brytyjskiego Cass Review (także granica 25 lat); źródła: SEGM (28.05.2021). „Gender-affirming” Hormones and Surgeries for Gender-Dysphoric US Youth. https://segm.org/ease_of_obtaining_hormones_surgeries_GD_US; UKOM (9.03.2023). *Pasientsikkerhet for barn og unge med kjønnsinkongruens* (Bezpieczeństwo pacjentów z niezgodnością płci). <https://ukom.no/rapporter/pasientsikkerhet-for-barn-og-unge-med-kjonnsinkongruens/sammendrag>; Cass, H. (luty 2022). *The Cass Review. Independent review of gender identity services for children and young people: Interim report*. <https://cass.independent-review.uk/wp-content/uploads/2022/03/Cass-Review-Interim-Report-Final-Web-Accessible.pdf>.

¹⁰⁶ Mowa o praktykach nieuzasadnionych względami medycznymi, a podejmowanych ze względów kulturowych, społecznych czy psychicznych.

12. Dostrzegamy społeczną i indywidualną, a zwłaszcza medyczną korzyść każdorazowego oznaczania w dokumentacji profesjonalnej, w tym zwłaszcza medycznej– płci biologicznej.
13. Sprzeciwiamy się genderowej „nowomowie” i inkluzywności języka, rezygnowaniu w przestrzeni publicznej ze zwrotów: „kobieta i mężczyzna”, „mama i tata”, „panie i panowie”. Sprzeciwiamy się pojęciom niemającym uzasadnienia biologicznego, jak: „osoby mięsiączkujące”, „ciężarny człowiek”, „płeć przypisana przy urodzeniu”, „ekspresje płciowe”, „różnorodność płciowa”, itp.
14. Wnosimy również o monitorowanie zmian edukacyjnych i prawnych dotyczących obszaru płci i seksualności, mających wpływ na dzieci i młodzież, w tym z terenu UE, agend ONZ, oraz przeciwdziałanie zmianom niekorzystnym (sugerujemy np. wypowiedzenie konwencji stambulskiej lub pozbawienie jej genderowego „ostrza”, rewizję lub niewprowadzanie klasyfikacji ICD-11 w Polsce, która to klasyfikacja sankcjonuje płeć uznaniową gender w miejsce płci biologicznej, a zaburzenia identyfikacji płciowej traktuje jako przejaw „zdrowia seksualnego”¹⁰⁷).
15. Naszym zdaniem, szczególnej ochronie prawnej powinno podlegać prawo pacjenta i jego rodziny do samostanowienia w zakresie wyboru i dostępu do psychoterapii. Sprzeciwiamy się nieuzasadnionym i wprowadzającym opinię publiczną w błąd zakazom psychoterapii zaburzeń płciowych i seksualnych, uderzającym w podstawowe swobody obywatelskie.
16. Sprzeciwiamy się także wszelkim próbom ograniczania wolności słowa, wolności religijnej, biznesowej czy akademickiej, powiązanych z tematyką LGBT+. Domagamy się tu poszanowania chrześcijańskiego światopoglądu, prawa do rzetelnej i merytorycznej debaty naukowej i oddzielenia sfery indywidualnej od społecznej, gdzie wymagana jest długofalowa perspektywa z priorytetem demografii, dobra wspólnego oraz dobra dziecka i jego rodziny.
17. Postulujemy kompleksowe podejście profilaktyczne w skali kraju. Wskazane byłoby objęcie rodziców, dzieci i młodzieży akcją edukacyjno-profilaktyczną, połączoną z możliwością wczesnego wykrywania problemów z identyfikacją płciową.
18. Mając na względzie możliwość realizacji wskazanych wyżej postulatów, formułujemy dezyderat właściwego, zgodnego z wiedzą włączenia tych problemów do szkolenia przed dyplomowego i podyplomowego lekarzy i innych pracowników medycznych, psychologów czy pedagogów.
19. Obszary, na które państwo ma wpływ przez swoją politykę, w przypadku zaburzeń identyfikacji płciowej i ich profilaktyki to kolejno (od najszerzych do najwęższych) w zakresie:
 - a) ogólne wsparcie rodziny w jej podstawowych funkcjach,
 - b) edukacja, informacja, ochrona prawna rodzin,
 - c) ukierunkowana profilaktyka szczegółowa,
 - d) badania przesiewowe w kierunku wczesnej diagnozy,
 - e) uregulowanie kompleksowej i holistycznej diagnozy,
 - f) zorganizowanie systematycznej psychoterapii w wyspecjalizowanych ośrodkach,
 - g) wsparcie kierunkowe.
20. Postulujemy aktualizowane, systematyczne i rygorystyczne przeglądy literatury naukowej, a także wspieranie długofalowych badań naukowych porównujących efekty tzw. czujnego oczekiwania i psychoterapii, oraz analizujących funkcjonowanie dzieci, którym psychoterapia pomogła, u których problemy utrzymują się pomimo psychoterapii, oraz grup z detranzycją.
21. Apelujemy do społeczności międzynarodowej i władz Rzeczypospolitej Polskiej o uchwalenie i stosowanie prawa chroniącego prawidłowy rozwój dzieci i młodzieży oraz o stworzenie sys-

¹⁰⁷ Instytut „Ona i On” (7.09.2023). *ICD-11 – c.d – zaangażuj się i pomóż nam zastopować groźne zmiany!*. <http://onaion.org.pl/2023/09/07/20063/>.

temu wykwalifikowanej pomocy dla dzieci z zaburzeniami identyfikacji płci, a także kształcenie kadr w tym obszarze¹⁰⁸.

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

1. Postulujemy wyszkolenie personelu i zorganizowanie sieci specjalistycznych placówek¹⁰⁹, do których byliby kierowani pacjenci z zaburzeniami identyfikacji płciowej.
2. Rekomendujemy, aby pacjentem z zaburzeniami identyfikacji płciowej zajmował się nie pojedynczy specjalista czy specjaliści, ale **interdyscyplinarny zespół**, wymieniający się informacjami i doświadczeniem (optymalnie o składzie: psycholog, psychiatra, pediatra/lekarz rodzinny, endokrynolog, ginekolog/urolog, seksuolog, pedagog, psychoterapeuta dzieci i młodzieży, psychoterapeuta rodzinny; wiodąca rola psychologa przy wsparciu medycznym). Wskazana jest także współpraca ze środowiskiem szkolnym. W razie problemów z dostępem do tego typu specjalistycznej i ustrukturyzowanej pomocy wskazana jest przynajmniej wymiana informacji pomiędzy wyżej wymienionymi specjalistami, lub – w razie ograniczeń – chociażby pomiędzy pediatrą/lekarzem rodzinnym, psychologiem, psychiatrą, endokrynologiem, urologiem/ginekologiem, ze wskazaniem na rolę koordynującą psychologa lub pediatry/lekarza rodzinnego. Bazowanie na pojedynczym zaświadczeniu, w tym bez dokonania pogłębionej diagnozy dziecka/młodego człowieka, dopuszczającym na tej podstawie tranżycję powinno być karalne.

Kolejne rekomendacje prezentujemy wg klucza problemowo-tematycznego.

Diagnoza wstępna

W przypadku podejrzenia zaburzeń identyfikacji płciowej (oznaczanych jako ZIP), po przeprowadzeniu wstępnego wywiadu z rodzicami/opiekunami i, w zależności od wieku, także z dzieckiem, należy dokonać diagnozy wstępnej, tj. sporządzić opis objawów i historii zaburzeń identyfikacji płciowej, w tym nonkonformizmu płciowego czy zachowań nietypowych dla danej płci, sprawdzić i zanotować, od kiedy te objawy występują. Pojedyncze zachowania nietypowe płciowo, np. zabawy typowe dla płci przeciwnej czy pojedyncze przebieranie się np. małego dziecka w stroje płci prze-

¹⁰⁸ Obecnie taka pomoc – ze względu na nadmierną medykalizację podejścia i brak regulacji – odbywa się zazwyczaj w klinikach medycyny estetycznej; brakuje stosownych standardów i wytycznych.

¹⁰⁹ Doświadczenia zagraniczne wskazują, że przydatny bywa podział wyspecjalizowanych placówek na poziom lokalny, regionalny i centralny. Placówki mogą mieć także charakter wyspecjalizowanych i współpracujących zespołów, a niekoniecznie ośrodków stacjonarnych. Wskazane byłoby zwłaszcza przeszkolenie lekarzy rodzinnych, pediatrów, psychologów szkolnych, pracowników poradni pedagogiczno-psychologicznych oraz kadr placówek edukacyjno-opiekuńczych, zwłaszcza ich dyrektorów.

ciwnej, nie kwalifikują się do diagnozy zaburzeń identyfikacji płciowej. Uporczywe i silne objawy, takie jak (rozdzielenie na podstawie DSM -5 i ICD-10 oraz ICD-11)¹¹⁰:

- a) silna potrzeba bycia płci przeciwnej,
- b) nieakceptowanie własnego ciała, w tym narządów płciowych i objawów dojrzewania,
- c) silna potrzeba posiadania pierwszorzędowych i/lub drugorzędowych cech płci przeciwnej,
- d) przebieranie się w ubrania płci przeciwnej,
- e) pragnienie życia i akceptacji w roli płci przeciwnej,
- f) preferencja gier, zabaw i aktywności typowych dla płci przeciwnej,
- g) lub wręcz, w przypadku młodzieży, dokonanie tranzycji społecznej (zmiana imienia, zaimków płciowych, strojów, fryzur płci przeciwnej), funkcjonowanie w rolach płciowych typowych dla płci przeciwnej w przestrzeni publicznej, w tym w Internecie,
- h) lub podjęcie kroków w kierunku tzw. tranzycji medycznej, hormonalnej lub chirurgicznej maskulinizacji/feminizacji wyglądu („neutralizacji płci”),

– które trwają *co najmniej 6 miesięcy*¹¹¹ –*uprawniają do diagnozy zaburzeń identyfikacji płciowej*. Konieczną częścią diagnozy jest diagnoza różnicowa opisana dalej. W opisie objawów należy zwrócić zwłaszcza uwagę na dwa okresy krytyczne, tj. wczesne dzieciństwo (2–4 lata) oraz wiek dojrzewania, w tym reakcję dziecka na objawy dojrzewania. W przypadku młodzieży, zwłaszcza dziewcząt, należy zwrócić uwagę i wyodrębnić zespół ROGD, czyli zespół tzw. nagłej dysforii płciowej, który charakteryzuje się brakiem historii zaburzeń tożsamości płciowej od wczesnego dzieciństwa. Warto odnotować ewentualną teatralność zachowań, która często towarzyszy zespołowi ROGD.

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

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

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

¹¹⁰Jak to już zostało zaanonsowane, stosujemy tu podejście obiektywne, oparte na faktach i rzeczywistości biologicznej, tj. przeciwstawiamy się użyciu kryterium dystresu, czyli subiektywnego dyskomfortu, jak to ma miejsce obecnie w klasyfikacjach DSM czy ICD, tj. diagnozowania dysforii płciowej, niezgodności płciowej lub niekompatybilności płciowej tylko, o ile stanowi ona dyskomfort dla pacjenta, lub tylko, gdy zaburza ona funkcjonowanie społeczne. Dlatego stosujemy szerszy termin „zaburzenia identyfikacji płciowej” (ZIP).

¹¹¹ Kryterium czasowe na podstawie DSM.

Ogólna ocena stanu zdrowia somatycznego

Kolejny etap to wstępna ocena stanu zdrowia somatycznego (wzrost, waga, etap dojrzewania somatycznego z uwzględnieniem stopnia dojrzewania w skali Tannera, obecność chorób przewlekłych, podstawowe badania laboratoryjne), w przypadku nieprawidłowości narządów płciowych dodatkowo, wg potrzeby, konsultacja ginekologiczna (dziewczynki) lub urologiczna (chłopcy). Konieczne jest określenie także stanu wiedzy i postawy pacjenta na temat dojrzewania i jego objawów. Po stwierdzeniu niedostatków czy braków w tym zakresie, specjalista udziela tu koniecznych wyjaśnień, zwłaszcza w przypadku nastawienia lękowego. Sposób przechodzenia przez dojrzewanie ma charakter diagnostyczny i prawdopodobnie wpływa na to, czy dysforia płciowa ustępuje, czy nie¹¹². Należy ocenić ponadto stan zdrowia pod kątem chorób przewlekłych i zaburzeń somatycznych, zwłaszcza powiązanych z płcią, przeprowadzić badanie organów płciowych pod kątem ewentualnych wrodzonych wad rozwojowych, wykonać podstawowe badania laboratoryjne, oznaczenie stężenia glukozy i elektrolitów w osoczu oraz badania uwzględniające potencjalne choroby tarczycy i zaburzenia wątroby. Wywiad lekarski w tym względzie powinien obejmować obecność chorób w rodzinie i ich przebieg, w tym na temat chorób nowotworowych i wątroby. Czynności te wykonuje lekarz podstawowej opieki zdrowotnej.

Diagnoza różnicowa

Następnie należy wykonać wszechstronną diagnozę różnicującą (somatyczną, psychiatryczną i seksuologiczną), której celem jest wykluczenie innych zaburzeń, powodujących objawy podobne do zaburzeń identyfikacji płciowej:

Somatyczna diagnoza różnicowa (w tym endokrynologiczna i genetyczna):

- a) konieczność wykluczenia: DSD – zaburzeń rozwoju płciowego i różnicowania płci, wnętrza, hipogonadyzmu, zespołu policystycznych jajników (PCOS), wrodzonego przerostu nadnerczy (w tym na tle niedoboru 21-hydroksylazy), zespołu niewrażliwości na androgeny, zaburzeń wzrostu, zaburzeń dojrzewania związanych z: niedowagą/otyłością, przedwczesnym izolowanym powiększeniem piersi, prawdziwym i rzekomym przedwczesnym lub opóźnionym dojrzewaniem płciowym, innych zaburzeń hormonalnych, zaburzeń porazowych,
- b) w przypadku podejrzeń zespołu Turnera czy Klinefeltera i innych zespołów genetycznych powiązanych z płcią konieczne jest wykonanie badania kariotypu, u dziewcząt z oceną markerów chromosomu Y (zakres badań do decyzji lekarza genetyka),
- c) diagnostyka endokrynologiczna:

¹¹² Steensma T.D., Boer F., Cohen-Kettenis P.T. (2011). Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow-up study, *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 4(16):499–516. <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/1359104510378303>.

- wywiad z uwzględnieniem okresu okołoporodowego (i leków przyjmowanych przez matkę w ciąży) oraz wad wrodzonych, krzywa wzrastania, początek i przebieg dojrzewania płciowego, choroby przewlekłe i stosowane leki (zwłaszcza hormonalne);
- w razie wskazań – badanie USG miednicy mniejszej (ocena macicy i jajników) u dziewcząt lub badanie USG jąder u chłopców, u obu płci badanie USG jamy brzusznej z oceną nadnerczy;
- podstawowy panel badań hormonalnych: oznaczenie stężeń gonadotropin (LH i FSH), estradiolu, testosteronu, androgenów nadnerczowych (androstendionu, DHEA-S, 17-OH-progesteronu) u obu płci (u dziewczynek miesiączkujących materiał do badania należy pobrać w 2–5 dniu cyklu miesiączkowego); u dzieci z podejrzeniem wrodzonego przerostu nadnerczy nieobjętych badaniem przesiewowym konieczna jest ocena poziomu 17-hydroksyprogesteronu, testosteronu, ACTH, kortyzolu, ARO (aktywności reninowej osocza) i aldosteronu w surowicy, ewentualnie test z ACTH.

Jeśli taki panel badań nie wykaże żadnych nieprawidłowości, nie mamy podstaw do stwierdzenia hormonalnych przyczyn zaburzeń identyfikacji płciowej. W przypadku stwierdzenia nieprawidłowości – dalsza diagnostyka powinna być prowadzona zgodnie ze standardami odnoszącymi się do konkretnych sytuacji, tj. podejrzewanych jednostek chorobowych (np. zaburzenia różnicowania płci, późno ujawniający się wrodzony przerost nadnerczy, nowotwory czynne hormonalnie, itp.).

Psychiatryczna i psychologiczna diagnoza różnicowa

Konieczność rozpoznania/lub wykluczenia:

- a) psychoz (i np. urojeń płci)¹¹³,
- b) zaburzeń afektywnych dwubiegunowych,
- c) zaburzeń dysocjacyjnych, fobii związanych z płcią,
- d) zaburzeń kompulsywnych, w tym obsesji na punkcie kastracji,
- e) PTSD związanego z traumą seksualną,
- f) niepełnosprawności intelektualnej,
- g) oznaczenia (o ile istnieje) borderline,
- h) oznaczenia (o ile istnieje) zaburzeń ze spektrum autyzmu– ASD (ważne jest zwłaszcza rozróżnienie, czy objawy są przejawem koncentracji ASD na specjalnych zainteresowaniach),
- i) zaburzeń układu nerwowego, w tym zaburzeń pourazowych, będących wynikiem np. zapalenia mózgu, wstrząsu mózgu –w razie konieczności potrzebna jest diagnostyka z użyciem badań obrazowych mózgu i OUN,
- j) innych zaburzeń osobowości i zaburzeń na tle organicznych dysfunkcji mózgu (w razie potrzeby wskazana byłaby konsultacja neurologiczna),
- k) BDD (*body dysmorphic disorder*– cielesnego zaburzenia dysmorficznego, inaczej dysmorfofobii)
- l) zespołu BIID (*body integrity identity disorder*), gdzie zdrowe osoby chcą stać się niepełnosprawne,

¹¹³ “Zidentyfikowano cztery możliwe warianty urojeń zmiany płci w schizofrenii (1) urojenia o braku przynależności do własnej płci, (2) urojenia o braku przynależności do jakiegokolwiek płci (3) urojenia o przynależności do obu płci; oraz (4) urojenia o przynależności do przeciwnej płci [9–12]”. Stusiński J., Lew-Starowicz M. (2018). Gender dysphoria symptoms in schizophrenia, *Psychiatr Pol* 52(6): s.1053–1062 <https://www.psychiatriapolska.pl/Gender-dysphoria-symptoms-in-schizophrenia,80013,0,2.html>

m) samouszkodzeń jako problemu źródłowego.

Seksuologiczna diagnoza różnicowa

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

- a) wykluczenie fetysyzmu i transwestytyzmu fetyszystycznego oraz innych zaburzeń preferencji seksualnych, gdzie przebieranie się w stroje płci przeciwnej lub akcesoria związane z płcią przeciwną (np. bielizna damska, makijaż) stanowią o podnieceniu seksualnym,
- b) wykluczenie autoginefilii (myśl, że jest się płcią przeciwną, powoduje podniecenie seksualne),
- c) wykluczenie nieakceptowanych skłonności homoseksualnych, które stanowią podstawową motywację do „neutralizacji” płci biologicznej (skłonności homoseksualne są statystycznie częściej diagnozowane w grupie osób z ZIP; tu należy zwrócić jedynie uwagę na pozorność objawów ZIP na tym tle),
- d) wykluczenie innych parafilii.

Wszechstronna diagnoza psychologiczna

Wszechstronna diagnoza psychologiczna odnosi się do obszarów powiązanych z możliwą i znaną z badań psychologicznych genezą dysfornii płciowej (a nagminnie ignorowanych)¹¹⁴ i tych obszarów, które – z punktu widzenia klinicznego – mogą być tu istotne. Diagnoza psychologiczna powinna zmierzać do ustalenia/oceny czynników *predysponujących, powodujących i utrwalających* zaburzenia identyfikacji płciowej. Celem diagnostyki psychologicznej jest zrozumienie znaczenia objawów u pacjenta, w tym w kontekście rodzinnym i społecznym, oraz szukanie odpowiedzi na podstawowe pytanie: *czy i jakie problemy psychiczne są powiązane z ZIP, a jakie są symbolicznie rozwijywane dzięki ZIP*. Adresatami diagnostyki psychologicznej jest pacjent oraz jego otoczenie (rodzice/opiekunowie prawni, inni kluczowi członkowie rodziny, należy także włączyć, o ile są dostępne, dane np. od psychologa szkolnego).

Międzynarodowa praktyka wskazuje różny tryb spotkań diagnostycznych. Wiele placówek na świecie stosuje tu następujący porządek¹¹⁵ (oprócz diagnostyki psychologicznej przy pomocy testów psychologicznych, na które są poświęcone oddzielne spotkania): co najmniej jedno wspólne wstępne spotkanie z dziećmi i rodzicami, wywiad z każdym z rodziców osobno, wywiad z dzieckiem, obserwacja dziecka (dotyczy dziecka przed okresem dojrzewania), wspólne spotkanie podsumowujące z rodzicami. Każde ze spotkań może potrwać nawet kilka godzin (liczy się więc nie tylko liczba, ale i jakość spotkań). Poszczególne obszary są potem pogłębiane diagnostycznie i odpowiednio eksplorowane podczas psychoterapii, a są to:

- a) szczegółowe zbadanie historii zaburzeń identyfikacji płciowej i nonkonformizmu płciowego pacjenta (w tym odnotowanie wydarzeń istotnych/przełomowych zdaniem pacjenta, także sygnałów odrzucenia płci pacjenta przez otoczenie – np. zmiana imienia na imię płci przeciwnej, werbalizowanie chęci, aby pacjent był płci przeciwnej, przebieranie w stroje płci przeciwnej, zanotowanie reakcji otoczenia na ZIP w percepcji pacjenta);
- b) zbadanie ogólnego stanu zdrowia psychicznego i jego historii,
- c) ocena zasobów psychicznych (prężności) i społecznego wsparcia,
- d) ocena rozwoju intelektualnego i osiągnięć szkolnych,
- e) ocena stopnia rozwoju emocjonalnego, kompetencji komunikacyjnych,

¹¹⁴ Przegląd badań dotyczących genezy w pracach: Marianowicz-Szczygieł A. (2021). Zaburzenia tożsamości płciowej u dzieci i młodzieży – ujęcie psychologiczne. Geneza, czynniki ryzyka, rokowania, profilaktyka, [w:] B. Kmiecik, P. Sobczyk (red.), *Między chromosomem a paragrafem. Transseksualizm w ujęciu prawnospołeczno-medycznym*: 93–142, Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Wymiaru Sprawiedliwości, oraz w rozdziale nt. GID (s.263–274) w pracy: Wieczorek B. (2018). *Homoseksualizm. Przegląd światowych analiz i badań. Przyczyny, objawy, terapia, aspekty społeczne*. Warszawa: Fronda. <https://xlm.pl/autorzy/beata-wieczorek>.

¹¹⁵ Szczegółowy opis przykładowego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego został zrelacjonowany w pracy: A. Marianowicz-Szczygieł. *Przegląd 20 standardów i modeli pomocy dzieciom i młodzieży z zaburzeniami tożsamości płciowej*, in press, na podstawie: Zucker i in. (2012). Metody stosowane tu wobec dzieci do 12 r.ż. mogą być w większości ekstrapolowane do dzieci starszych. Diagnostyka obejmuje 1) 30–90-min wywiad telefoniczny z rodzicami, wywiad rodzinny (3 godziny), wywiad indywidualny z każdym rodzicem z osobna (2–5 godzin na rodzica), testy psychologiczne z dzieckiem (4 godziny), wywiad indywidualny z dzieckiem (1 godzina); tab.2 podaje pełny spis stosowanych w placówce metod diagnostycznych (testów psychologicznych); źródło: Zucker i in.(2012). A Developmental, Biopsychosocial Model for the Treatment of Children with Gender Identity Disorder. *Journal of Homosexuality*.59(3): 369–397;DOI: 10.1080/00918369.2012.653309.

- f) określenie obrazu siebie (zwłaszcza dużej rozbieżności między ego realnym a idealnym), samoakceptacji, w tym swojego ciała i zmian rozwojowych w ciele,
- g) odnotowanie skłonności do „konkretnego myślenia” (myśli doświadczane jako działania fizyczne) oraz skłonności do autosugestii, silnie realistycznego i emocjonalnego przeżywania własnych myśli,
- h) stwierdzenie kłopotów z koordynacją wzrokowo-ruchową, niechęci do sportów zespołowych (szczególnie istotna w przypadku chłopców),
- i) nietypowe dla danej płci i zwłaszcza nieakceptowane w danym otoczeniu zainteresowania,
- j) obecność traum obecnie i w przeszłości, zwłaszcza związanych z płcią i seksualnością,
- k) ewentualna przemoc, w tym wykorzystanie seksualne,
- l) percepcja męskości i kobiecości (każdorazowo obu) i ich atrakcyjności/nieatrakcyjności oraz wszelkie skojarzenia „siły” i „mocy” związane z daną płcią,
- m) wywiad pod kątem uzależnień od pornografii (historia korzystania z pornografii, zwłaszcza w połączeniu z masturbacją, traumy związane z brutalną pornografią),
- n) traumatyczne kontakty z płcią własną/przeciwną, traumatyczna inicjacja seksualna, urazy seksualne (np. obserwowanie scen seksualnych, które mogło doprowadzić do odrzucenia własnej płci/seksualności),
- o) ocena wpływu rozwojowego poszukiwania tożsamości i związanego z tym testowania w zakresie płci,
- p) ocena wpływu tzw. tożsamości negatywnej na postrzeganie płci i chęci psychicznej separacji od rodziców na tym tle,
- q) wykluczenie rzekomych objawów zaburzeń identyfikacji płciowej (ZIP) na bazie obaw związanych z okresem dojrzewania oraz ewentualności nieakceptowanych skłonności homoseksualnych i „ucieczki” od nich w chęć neutralizacji płci biologicznej (eksploracja od strony psychologicznej wątków podejmowanych już podczas diagnozy różnicowej, tym razem w kontekście całościowego funkcjonowania jednostki),
- r) wykluczenie zwykłej niepewności, ciekawości, żartu, zachowań opozycyjnych, kopiowania zachowań otoczenia (typu: najbliższa koleżanka też jest „trans”),
- s) szczególny nacisk należy położyć na diagnozę spektrum autyzmu,
- t) depresyjność/suicydalność/samouszkodzenia,
- u) zaburzenia lękowe,
- v) kompulsywność,
- w) uzależnienia,
- x) zaburzenia odżywiania.

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

Nieodzownym warunkiem diagnozy psychologicznej, a następnie pomocy, powinna być ścisła współpraca z rodziną. Kolejny etap to bowiem **ocena systemu rodzinnego**– pod kątem spójności

rodziny, mechanizmów homeostatycznych, stylów wychowawczych, ról psychologicznych rozumianych jako utrwalone mechanizmy adaptacyjne, w tym pod kątem ról płciowych z uwzględnieniem przekazu międzypokoleniowego¹¹⁶ (nieświadomego wzbudzania nonkonformizmu płciowego), problemów relacyjnych między dzieckiem a rodzicami, obrazu własnego ciała u poszczególnych członków rodziny, ewentualnych uzależnień, traum, przemocy, w tym psychicznej. Konieczny jest także wywiad na temat stanu psychicznego i somatycznego rodziców (np. długotrwałe pobyty w szpitalu, choroby psychiczne, itp.), kontaktów z obojgiem rodziców (rozwód, wyjazd zagraniczny; należy zanotować natężenie kontaktów z dzieckiem). Trzeba zwrócić uwagę na istotne doświadczenia rodzinne i możliwe traumy rozwojowe u dziecka w opinii rodziców czy członków rodziny. Postulujemy także zbadanie metod kontroli wychowawczej i ewentualnych nadużyć w tym obszarze (zwłaszcza wobec nastolatka). Diagnostyczne jest odrzucenie płci danego dziecka (rodzice lub dalsza rodzina wolałyby chłopca zamiast dziewczynki lub odwrotnie, mówili o tym wprost lub w sposób mniej świadomy zachęcali do ubiorów, zachowań płci przeciwnej). Rekomendujemy zapytanie wprost rodziców o ich zdanie na temat możliwych przyczyn zachowań niezgodnych z płcią dziecka. Należy zanotować, jak zaburzenia identyfikacji płciowej były/są odbierane w rodzinie (szok, neutralność, akceptacja, itp.), jak wyglądały w praktyce reakcje i sprawdzić wpływ rodziców/członków rodziny na ewentualne podtrzymywanie objawów, w tym zanotować wszelkie sytuacje nietypowe. Konieczna jest także pomoc rodzicom w uporaniu się z bieżącymi emocjami w związku z podejrzeniem u dziecka ZIP.

W przypadku potwierdzenia rozpoznania zaburzeń identyfikacji płciowej, czyli ZIP (dysforii płciowej/transseksualizmu/bądź niezgodności płciowej lub niekompatybilności płciowej) – postulujemy konieczność poinformowania o różnych **dostępnych formach pomocy** i terapii wraz z oceną ich uzasadnienia na gruncie nauki i oceną skutków (istnieją trzy główne podejścia: ścieżka afirmująca subiektywny wybór płci gender, podejście mieszane oraz ścieżka holistyczna). Ścieżka afirmująca w ramach tzw. tranzycji medycznej nie u każdego pacjenta zresztą jest możliwa ze względu na przeciwwskazania *stricte* medyczne i ryzyko zagrożenia życia¹¹⁷. Należy zwrócić tu uwagę na brak konsensusu naukowego i społecznego i uczulić na nieuzasadnione forsowanie w przestrzeni publicznej wyłącznie podejścia afirmującego gender, opartego o standardy WPATH, czy o Protokół Holenderski – podejścia najbardziej ryzykownego, najbardziej inwazyjnego i o najsłabszej podbudowie teoretycznej i empirycznej. Warto poinformować także o trudnościach w dotarciu do rzetelnych in-

¹¹⁶ Zaburzoną płciowo dynamikę i strukturę rodziny w ujęciu międzygeneracyjnym relacjonuje w badaniach np.:

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

¹¹⁷ Przeciwwskazaniem są np. choroby wątroby, zaburzenia krzepliwości krwi, zaburzenia krążenia, w tym mózgowego, choroba wieńcowa, choroba zakrzepowo-zatorowa (VTE), zwłaszcza u osób ze stanem nadkrzepliwości, zakrzepica żył głębokich i zatorowość płucna, trombofilia, nadciśnienie tętnicze, nowotwór, zwłaszcza wrażliwy na estrogeny, otyłość, myśli samobójcze, samookaleczenia, uzależnienia, jak np. palenie papierosów, siedzący tryb życia, ciąża, bezdech, czerwienica, hypercholesterolemia, i/lub hipertriglicerydemia, hiperprolaktynemia i kamica żółciowa – wykaz na podstawie: Hembree W.C., et alii (November 2017). Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society* Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab*, 102(11):3869–3903; doi: 10.1210/jc.2017-01658, zwł. s. 3886; oraz Coleman E., i in. (2022). Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *International Journal of Transgender Health*. 23(1):1–260. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>, s. 119 oraz 254–257; Hansen M.V., Giraldo A., Main K.M., Tingsgård J.V., Haahr M.E. (3.07.2023). Ugeskrift for Læger. Sundhedsfaglige tilbud til børn og unge med kønsbehag. (Opieka zdrowotna dla dzieci i młodzieży z dysforią płciową). <https://ugeskriftet.dk/videnskab/sundhedsfaglige-tilbud-til-born-og-unge-med-konsubehag>.

formacji w przestrzeni publicznej dla osób postronnych, co może potęgować ich zagubienie. Sugerowane jest pisemne potwierdzenie zapoznania się z tymi informacjami.

Postulujemy, aby po wewnętrznym konsylium i konsultacjach zespół interdyscyplinarny przedstawił rodzinie możliwe i wskazane kompleksowe i **zindywidualizowane formy pomocy** dopasowane do danego dziecka i jego otoczenia (np. pomoc psychiatryczna, psychoterapia – grupowa, indywidualna, rodzinna, terapia przez zabawę u małych dzieci, treningi interpersonalne, interwencje środowiskowe, współpraca z personelem szkolnym, psychoterapia rodziców, skorzystanie z pomocy innych specjalistów, itp.). W miarę możliwości należy objąć pomocą cały system rodzinny. Rekomendujemy, aby proponowana terapia miała charakter kompleksowy i była nakierowana także na inne problemy towarzyszące.

Psychoterapia

W ramach terapii w pierwszej kolejności należy zająć się istniejącymi problemami zdrowia psychicznego i zaburzeniami systemu rodzinnego. Tak więc to psychoterapia¹¹⁸ powinna być co najmniej¹¹⁹ opcją pierwszego wyboru. Psychoterapia powinna być zakotwiczona w ustaleniach diagnostycznych (pomocne pytania znajdują się w pkt. dotyczących diagnostyki). Psychoterapia umożliwia także co najmniej oddalenie nieodwracalnych decyzji na czas osiągnięcia większej dojrzałości emocjonalnej, bez „skazywania” na ten czy inny wybór. Dobrym punktem wyjścia kontraktu psychoterapeutycznego jest zbadanie motywacji pacjenta w chęci bycia osobą płci przeciwnej i upewnienie się w świadomym podejmowaniu wyborów i decyzji, wgląd w osobiste motywacje dotyczące postrzegania płci i plany na przyszłość (nieneutralizowanie istniejących lęków wyobrażeniami tranzycji pomaga w spotkaniu się z samym sobą). Oferowana jest pomoc, aby dziecko „czuło się lepiej w swojej skórze”. „Celem staje się odkrywanie motywów, przekonań i zrozumienie roli dysfornii płciowej w całości ich funkcjonowania oraz spoglądanie poza zafiksowanie umysłu – na leżące pod spodem konflikty, wątpliwości i lęki – ale z empatią i zrozumieniem dla pacjenta. Równie ważne jest uczenie się wytrzymywania niepewności, wątpliwości czy zamieszania oraz realistyczna ocena tego, co jest, a co nie jest możliwe”¹²⁰. Psychoterapia może pomóc eksplorować wiele aspek-

¹¹⁸ Przegląd 19 badań dotyczących stosowania psychoterapii w przypadku ZIP podaje strona SEGM, w zakładce *Studies* (<https://segm.org/studies>).

¹¹⁹ Nieostra sugestia: „co najmniej” odwołuje się do sytuacji o różnym stopniu i jakości uregulowania prawnego. Jak to zostało uargumentowane powyżej, sprzeciwiamy się jednoznacznie tranzycji społecznej, medycznej czy prawnej u osób co najmniej niepełnoletnich, a jeszcze lepiej – do czasu ukształtowania się tożsamości i osobowości. U osób dorosłych zaburzenia tożsamości płciowej nie zmieniają swojej genezy czy charakteru, może zmienić się jedynie stopień ich utrwalenia. Tranzykcje/neutralizacje płci powodują chaos prawny, medyczny i społeczny oraz niosą ze sobą wszechstronne ryzyko medyczne.

¹²⁰ Marianowicz-Szczygieł A., *Przegląd 22 standardów i modeli pomocy dzieciom i młodzieży z zaburzeniami tożsamości płciowej - rekomendacje do modelu polskiego*, rozdział: *Terapeutyczny model M.i S.Evans*, in press: „Tożsamość transgenderowa miałaby być rodzajem obronnej fantazji przez zbudowanie iluzorycznego, idealnego ego, w które młodzi ludzie są wpychani przez trudne okoliczności i konfliktogenne relacje: trauma straszy ich katastrofą psychiczną (np. rozwód rodziców, odrzucenie przez rodzica). Wobec tego wrażliwe ego boi się rozpadnięcia się pod wpływem psychicznego bólu i budowane jest transgenderowe ego idealne. Strategia: *gdybym tylko był (chłopcem/dziewczynką), to rozwiązałyby się wszystkie moje problemy* jest obarczona zadziwiającą, 100% pewnością, która zdaniem M. Evansa powinna stanowić tu znak ostrzegawczy (i rozpoznawczy), świadczący o zaniku lub ograniczeniu myślenia krytycznego, jako objaw fantazji na jawie.

tów życia dziecka i młodej osoby, odkryć je, nadać sens i znaczenie, bywa więc nazywana psychoterapią eksploracyjną¹²¹. Pozwala zwłaszcza pochylić się nad „ucieczką” od cierpienia i życia, które boli, stanąć po stronie dziecka i udzielić tak oczekiwanego wsparcia. Lista szczegółowych obszarów terapeutycznych jest długa i powinna ulec zindywidualizowaniu.

Oprócz pogłębienia pytań diagnostycznych rekomendujemy szczegółowo zbadać: a) możliwości reaktywności objawów zaburzeń identyfikacji płci, b) obecności mechanizmów nerwicowych oraz symptomów wcześniejszych deficytów rozwojowych czy błędów wychowawczych, a także c) efektu problemów tożsamościowych związanych z okresem dojrzewania, d) efektu wpływów kulturowych. Należy tu zwrócić szczególną uwagę na:

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

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

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

Ad. d) możliwe wpływy kulturowe: efekt mierzenia się z niesłusznymi stereotypami na temat płci, zwłaszcza tymi krzywdzącymi oraz reakcja na kulturowy kryzys kobiecości, męskości, obrona przed postrzeganiem siebie jako osoby niewystarczająco doskonałej (kulturowa presja na idealne ciało, idealny styl życia).

Tym bardziej, że dzieci i młodzież z problemami transgenderowymi odznaczają się, zdaniem Evansa, ogólną podwyższoną podatnością na rozmycie granicy między marzeniami a jawą, skłonnością do fantazjowania. To stąd wynika owa fałszywa pewność, że konkretne i radykalne terapie szybko rozwiążą ich problemy, pojawia się rodzaj wszechmocny myślenia”.

¹²¹ Istnieją dwa typy terapii eksploracyjnej: GET (od ang. *Gender Exploratory Therapy*, czyli terapia eksploracyjna gender) oraz CET (od ang. *Change Exploratory Therapy*, czyli terapia eksplorująca zmianę), którą można określić jako terapię GET połączoną z otwartością na poszukiwanie akceptacji swojego ciała, zgodnie z celami klienta i jego rodziny); por. Gender Exploratory Therapy Association (2022). *A Clinical Guide for Therapists Working with Gender-Questioning Youth Version 1*, https://www.genderexploratory.com/wp-content/uploads/2022/12/GETA_ClinicalGuide_2022.pdf

Szczególnym zadaniem psychiatry w interdyscyplinarnym zespole jest bieżące wsparcie farmakologiczne, jeśli zajdzie taka potrzeba.

W procesie pomocy należy położyć nacisk na wyrównywanie **wszelkich deficytów rozwojowych**– zaproponować udział w treningach umiejętności społecznych, asertywności, komunikacji, itp. – oraz na wyrównanie **deficytów relacyjnych** czy **rodziny** (budowanie bliskich relacji wewnątrz rodziny).

Im wcześniejsze rozpoznanie ZIP, tym rośnie prawdopodobieństwo trafnej interwencji terapeutycznej.

W sytuacjach skrajnych, być może należy rozważyć **radykałną zmianę otoczenia** dziecka, w tym zwłaszcza zmianę środowiska wirtualnego. Silny ostracyzm społeczny i mechanizmy psychomanipulacji, znane z funkcjonowania sekt¹²², zostały bowiem stwierdzone (i opisane w literaturze przedmiotu) w subkulturach młodzieży, które zachęcają do tranzycji medycznej, w tym namawiają do izolowania od rodzin, rzekomo toksycznych, i zastępowania ich rodziną transgenderową, tzw. brokatową¹²³. Ważne, aby powyższa zmiana otoczenia była dla nastolatka atrakcyjna¹²⁴. W każdym jednak przypadku rodzic powinien kontrolować aktywność nastolatka w sieci (bez naruszenia prywatności) i ustalić tu odpowiednie granice i limity¹²⁵.

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

Wskazane jest, aby zespół interdyscyplinarny na bieżąco omawiał postępy i wyzwania w pomocy profesjonalnej, a co ok. kwartał powinna odbywać się bardziej szczegółowa ocena stanu pacjenta i jego rodziny. Należy stale monitorować stan zdrowia psychicznego, w tym zwłaszcza suicydalność (pytania wprost), oraz stan zdrowia somatycznego (ważnym elementem jest kontrola BMI i docelowe zapobieganie zarówno niedowadze, jak i otyłości)¹²⁶.

Istotną częścią pomocy jest ogólna **psychoprophylaktyka**– budowanie dobrych relacji z dzieckiem przez osoby znaczące, wzmocnienie poczucia własnej wartości niezwiązanego z płcią, zadbanie o satysfakcjonujące kontakty społeczne, w tym z rówieśnikami i dorosłymi obu płci, rozwój

¹²² „W transpłciowych kręgach towarzyskich, w których często udzielały się Benji i Erin, testosteron był walutą, a operacja piersi herbem” –Shrier A. (2023). *Nieodwracalna krzywda*. Kraków: Dystrybucja AA:280 i in., 140, 278.

¹²³ Shrier A. (2023):99.

¹²⁴ Abigail Shrier w ww. książce *Nieodwracalna krzywda*, (s. 315), podaje przykłady przeprowadzki, rocznego urlopu od nauki wykorzystanego na podróż dookoła świata, pracy w stadninie koni bez dostępu do Internetu. Warto rozważyć także zaangażowany wolontariat zgodny z zainteresowaniami dziecka, być może, w razie konieczności – zmianę szkoły.

¹²⁵ Cenne pomoce można znaleźć np. na stronach: rodzice.co; pytam.edu.pl; sos.pytam.edu.pl; zatroskani.pl.

¹²⁶ Zarówno niedowaga, jak i nadwaga sprzyjają negatywnemu obrazowi siebie, zwłaszcza w okresie nastoletnim, istnieją także dane określające, że owe zaburzenia są powiązane z dysforią płciową. 1)46,1% nastolatków podczas pierwszej wizyty pediatrycznej w związku z dysforią płciową miało albo nadwagę, albo otyłość. 2)50,5% badanej „młodzieży TGD” miało BMI >85%, 30,3% BMI >95%, a 3,6% niedowagę (BMI <5%). Źródła: Ad. 1.Moser C.N., Fornander M.J., Roberts C.M., Egan A.M., Robertson G. (2023). Body Mass Index Categories of Transgender and Gender Diverse Youth: Clinical Associations and Predictors. *Child Obes.* Jun 30. doi: 10.1089/chi.2023.0021. Epub ahead of print. PMID: 37389851, Ad.2.Fornander M.J., Roberts T., Egan A.M., Moser C.N. (2022). Weight Status, Medication Use, and Recreational Activities of Treatment-Naïve Transgender Youth. *Child Obes.* Jun. 18(4):228–236; doi: 10.1089/chi.2021.0155. Epub 2021 Nov 11. PMID: 34762510.

zainteresowań i trening charakteru oraz rozwój duchowy (sport, harcerstwo, duszpasterstwo, itp.). W tego typu działania należy włączyć maksymalnie szeroko otoczenie dziecka.

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

Stowarzyszenie Psychologów Chrześcijańskich, Warszawa, 30 listopad 2023