

Opieka medyczna nad dziećmi i młodzieżą z dysforią płciową i niezgodnością płciową w świetle aktualnych rekomendacji – jak realizować zasadę *primum non nocere*?

Medical care for children and adolescents with gender dysphoria and gender inconsistency in the light of current recommendations – how to implement the *primum non nocere* principle?

Joanna Smyczyńska^a

^a Dr hab. n. med. Joanna Smyczyńska, prof. uczelni, <https://orcid.org/0000-0002-2147-9503>,
Klinika Pediatrii, Diabetologii, Endokrynologii i Nefrologii, Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Abstrakt: Identyfikacja płciowa jest jednym z istotnych aspektów funkcjonowania człowieka. Rozpoznanie dysforii, czy niezgodności płciowej dotyczy osób, u których nie stwierdza się wad rozwojowych narządów płciowych ani zaburzeń sekrecji hormonów płciowych, a problemem jest brak akceptacji funkcjonowania we własnym ciele i pragnienie stania się osobą płci przeciwnej. Zjawisko to coraz częściej obserwowane jest u dzieci i młodzieży. W ostatnich latach obserwuje się tendencję do coraz wcześniejszego stosowania u małoletnich z dysforią płciową lub niezgodnością płci blokerów dojrzewania płciowego i steroidów płciowych w celu zahamowania rozwoju cech płciowych w kierunku zgodnym z własną płcią (określaną mianem płci przypisanej przy urodzeniu), a uzyskania upodobnienia się do płci przeciwnej, tj. zgodnie z identyfikacją płciową. Wykonuje się ponadto zabiegi chirurgiczne polegające na usunięciu gonad i zmianie wyglądu narządów płciowych (i/lub piersi) w oczekiwanym kierunku (zabiegi te są dozwolone u osób dorosłych, chociaż nie brak zwolenników ich wykonywania u młodzieży). Terapie te zostały określone jako „afirmujące płęć”, w przeciwieństwie do terapii „konwersyjnych”, czyli oddziaływań mających na celu przywrócenie akceptacji własnej płci. W piśmiennictwie podkreślany jest brak dowodów odnośnie skuteczności i bezpieczeństwa tych procedur, pozwalających na jednoznaczne rekomendowanie ich stosowania u dzieci i młodzieży, a także możliwy związek wzrostu częstości zaburzeń identyfikacji płci z wpływem grup rówieśniczych a w szczególności mediów tworzących klimat afirmacji transseksualizmu (i niebinarnej identyfikacji płciowej), w związku z czym niektóre kraje (np. Szwecja) zaostrzają przepisy prawne w tym zakresie. Najpoważniejszą długotrwałą konsekwencją terapii afirmujących płęć jest bezpłodność. Niniejsza praca ma na celu przybliżenie tej problematyki w oparciu o aktualne piśmiennictwo medyczne. Niezwykle istotne zagadnienia bioetyczne i prawne zostaną jedynie zasygnalizowane, chociaż niewątpliwie wymagają one szczególnej uwagi i odrębnych opracowań.

Słowa kluczowe: identyfikacja płciowa, dysforia płciowa, niezgodność płci, terapia afirmująca płęć, dzieci i młodzież

Abstract: Gender identity is one of the essential aspects of human functioning. The diagnosis of gender dysphoria or gender incongruence applies to people who do not have any developmental defects of the genital organs or sex hormone secretion disorders, while the problem is the lack of acceptance of functioning in their own body and the desire to become a person of the opposite sex. This phenomenon is increasingly observed in children and adolescents. In recent years there has been a trend towards earlier use of puberty blockers and sex steroids in minors with gender dysphoria or gender inconsistency in order to inhibit the development of sexual characteristics in the direction of their own sex (referred to as the sex assigned at birth) and to mimic them to the opposite sex, i.e. according to their gender identification. In addition, surgical procedures are performed to remove the gonads and change the appearance of the genitals (and/or breast) in the desired direction (these procedures are allowed in adults, although there are many advocates of performing them in adolescents). Such therapies have been described as “gender-affirming”, as opposed to “conversion” therapies, i.e. interventions aimed at restoring the acceptance of one’s own sex. The literature emphasizes the lack of evidence regarding the effectiveness and safety of these procedures, allowing for an unequivocal recommendation of their application in children and adolescents, as well as the possible relationship between the increase in the frequency of gender identity disorders and the influence of peer groups, in particular the media creating a climate of affirmation of transsexualism (and non-binary gender identification). Therefore some countries (e.g. Sweden) have tightened their legal regulations in this area. The most serious long-term consequence of gender-affirming therapies is infertility. This paper aims to present these problems based on current medical literature. Extremely important bioethical and legal aspect of these issues will only be indicated, although they undoubtedly require special attention and separate studies.

Keywords: gender identity, gender dysphoria, gender incongruence, gender-affirming therapy, children and adolescents

Wstęp

Identyfikacja płciowa jest jednym z istotnych aspektów funkcjonowania człowieka. Rozpoznanie dysforii, czy niezgodności płciowej dotyczy osób, u których nie stwierdza się wad rozwojowych narządów płciowych ani zaburzeń sekrecji hormonów płciowych, a problemem jest brak akceptacji funkcjonowania we własnym (składniad fizycznie zdrowym) ciele. Przyczyny występowania różnic (niezgodności) pomiędzy płcią fenotypową (odpowiadającą wyglądowi narządów płciowych, określaną w aktualnym piśmiennictwie jako płeć przypisana przy urodzeniu) a identyfikacją płciową są złożone i nie w pełni poznane. Postulowane mechanizmy obejmują odrębności kształtowania „płci mózgu” w kierunku innym niż płeć gonadalna (np. polimorfizmy genów kodujących receptory hormonów płciowych i białka niezbędne dla prawidłowego działania hormonów płciowych, zjawiska epigenetyczne, działanie nadmiaru androgenów w życiu płodowym). Zagadnienia te – z podaniem szczegółowego piśmiennictwa źródłowego – były przedmiotem odrębnego opracowania, opublikowanego na łamach Kwartalnika „Fides et Ratio” (Smyczyńska, 2020) oraz rozdziałów w książce „Między chromosomem a paragrafem” (Smyczyńska 2,021; Zazula, 2021).

W ostatnich latach wzrasta częstość rozpoznawania dysforii / niezgodności płciowej, zwłaszcza wśród osób młodych (szczególnie dramatyczny jest wzrost odsetka nastoletnich dziewcząt deklarujących męską identyfikację płciową i potrzebę tranzycji, tj. upodobnienia się do płci męskiej i funkcjonowania jako osoby płci męskiej), co budzi podejrzenie wpływu dodatkowych czynników (np. kulturowych) na wybór transseksualnej identyfikacji płciowej (zjawisko to nie doczekało się jeszcze pełnego wyjaśnienia). Jednocześnie w społeczeństwie, głównie poprzez działania mediów i portali społecznościowych, buduje się klimat akceptacji czy wręcz afirmacji dowolnego kształtowania identyfikacji płciowej (płci społeczno-kulturowej), także niebinarnej i nieokreślonej. Idące w tym kierunku zmiany objęły również mianownictwo stosowane w klasyfikacjach i publikacjach medycznych, co niestety przekłada się na stosowanie mniej precyzyjnych określeń w odniesieniu do istoty opisywanych zaburzeń i rzeczywistego charakteru podejmowanych procedur medycznych.

Obok niewątpliwie korzystnych aspektów tych przemian (zaprzestanie dyskryminacji bądź stygmatyzacji osób ze względu na ich identyfikację i orientację seksualną) wydaje się istotne zwrócenie uwagi na fakt, że w rzeczywistości nie ma możliwości zmiany płci genetycznej (informacji genetycznej zakodowanej w każdej komórce ciała ludzkiego) i płci gonadalnej (możliwe jest pozbawienie człowieka jąder lub jajników, ale nie ich zmiana na gonady będące atrybutem płci przeciwnej), a interwencje dotyczące wyglądu narządów płciowych mogą przynieść dobry efekt, ale często bez uzyskania ich pełnej funkcjonalności i za cenę dość wysokiego odsetka powikłań. Świadomość tych ograniczeń ma istotne znaczenie w przypadku podejmowania decyzji o przeprowadzeniu nieodwracalnych procedur chirurgicznych bądź stosowaniu preparatów hormonalnych. W odniesieniu do dzieci i nastolatków należy mieć na uwadze ryzyko wynikające z niepełnej świadomości konsekwencji poszczególnych interwencji medycznych oraz możliwość zmiany postrzegania tych konsekwencji w kolejnych okresach życia.

Aspekty medyczne dotyczące problematyki niezgodności i dysforii płciowej (określanej też mianem transseksualizmu) zostaną przedstawione w kolejnych częściach artykułu, ze szczególnym uwzględnieniem osób małoletnich. Niezmiernie istotne kwestie prawne i bioetyczne będą uwzględnione jedynie w zakresie niezbędnym dla omówienia zagadnień medycznych. Również kwestie dotyczące zaburzeń rozwoju płci (chorób genetycznych, wad rozwojowych i chorób endokrynologicznych wpływających na kształtowanie się narządów płciowych w życiu płodowym) nie będą uwzględnione, ponieważ zaburzenia te stanowią one odrębne jednostki chorobowe i wymagają odrębnego postępowania diagnostyczno-terapeutycznego.

1. Definicje, nazewnictwo i klasyfikacje zaburzeń

Istnieją różne klasyfikacje zaburzeń związanych z różnicami między płcią przypisaną przy urodzeniu (tj. ustaloną po urodzeniu na podstawie wyglądu

zewnątrznych narządów płciowych) a tożsamością płciową. Co więcej, nomenklatura stosowana w kolejnych wersjach tych klasyfikacji ewoluowała w czasie.

W Polsce, jak dotychczas, należy posługiwać się Międzynarodową Klasyfikacją Chorób w wersji 10 (ICD-10), opublikowaną przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) w 1992 r., z ostatnią aktualizacją w 2019 r., jednak wersja 11 tej klasyfikacji (ICD-11) została opublikowana w 2018 roku i zapowiadane jest jej wdrożenie w ciągu najbliższych kilku lat.

W ICD-10 znajduje się blok rozpoznawczy (Rozdział V) „Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych” (F60-F69), który obejmuje podrozdziały dotyczące tożsamości płciowej i orientacji seksualnej (zob. Tabela 1). Znajomość definicji i opisów zawartych w tej klasyfikacji wydaje się istotna.

Tabela 1. Zaburzenia tożsamości płciowej, preferencji seksualnych i orientacji seksualnej według klasyfikacji WHO ICD-10¹

Zaburzenia identyfikacji płciowej (F64)	Zaburzenia psychologiczne i zaburzenia zachowania związane z rozwojem i orientacją seksualną (F66)*
Transseksualizm (F64.0)	Zaburzenia dojrzewania seksualnego (F66.0)
Transwestytyzm o typie podwójnej roli (F64.1)	Orientacja seksualna egodystoniczna (F66.1)
Zaburzenia identyfikacji płciowej w dzieciństwie (F64.2)	Inne zaburzenia rozwoju psychoseksualnego (F66.8)
Inne zaburzenia identyfikacji płciowej (F64.8)	Zaburzenia rozwoju psychoseksualnego, nieokreślone (F66.9)
Zaburzenia identyfikacji płciowej, nieokreślone (F64.9)	

* Orientacja seksualna jako taka nie powinna być uznawana za zaburzenie

Transseksualizm (ICD-10, F64.0) definiowany jest się jako „pragnienie życia i bycia akceptowanym jako przedstawiciel płci przeciwnej” uczuciem niezadowolenia i potrzebą „poddania się leczeniu hormonalnemu czy operacyjnemu, by własne ciało uczynić możliwie najbardziej podobnym do ciała płci preferowanej”.

Zaburzenia tożsamości płciowej w dzieciństwie (ICD-10, F64.2) znajdują się w bloku zaburzeń rozpoznawanych u dorosłych, związanych z objawami, które „rozpoczynają się zazwyczaj we wczesnym dzieciństwie (zawsze przed pokwitaniem)”, z „uporczywym głębokim niezadowoleniem z własnej płci” i „chęcią posiadania cech płci przeciwnej”, z zastrzeżeniem, że zaburzenia tożsamości płciowej u osób na początku lub podczas pokwitania powinny być klasyfikowane do kategorii F66².

Zaburzenia dojrzewania seksualnego (ICD-10, F66.2) rozpoznaje się w sytuacji, gdy „pacjent cierpi z powodu niepewności dotyczącej własnej identyfikacji, czy orientacji seksualnej, co powoduje lęk lub depresję”, dotyczy to „osób, które mają trudność co do określenia orientacji seksualnej osób, które „zauważyły zmianę swojej orientacji”.

W ICD-11 terminy „Zaburzenia tożsamości płciowej” i „transseksualizm” zostały zastąpione przez „niezgodność płci”. Diagnoza ta nie jest umieszczona w rozdziale 06 „Zaburzenia psychiczne, behawioralne i neurorozwojowe” (odpowiednik Rozdziału V w ICD-10), ale w nowym rozdziale 17 „Warunki związane ze zdrowiem seksualnym” (HA00-HA8Z). Według ICD-11 z niezgodnością płciową powiązane są następujące szczegółowe diagnozy (kody):

- **“Niezdolność płci w okresie dorastania i dorosłości”** (ICD-11, H60), zdefiniowana jako „wyraźna i uporczywa niezgodność między doświadczaną przez jednostkę płcią a płcią przypisaną”, z „pragnieniem ‘tranzycji’, aby żyć i być akceptowanym jako osoba doświadczanej płci”
- **“Niezdolność płci w dzieciństwie”** (ICD-11, H61), związana z „wyraźną niezgodnością między doświadczaną/wyrażaną płcią jednostki a płcią przypisaną u dzieci przed okresem dojrzewania” z „silnym pragnieniem bycia inną płcią niż przypisana płeć”, która „powinna utrzymywać się przez około 2 lata”
- **“Niezdolność płci, nieokreślona”** (ICD-11, HA6Z), opisana jako kategoria “rezydualna”.

1 <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F60-F69>

Z kolei, termin „zaburzenia” sugerujący rodzaj patologii dotyczącej identyfikacji płciowej został w ICD-11 zastąpiony bardziej neutralnym określeniem „niezgodność”. Niemniej jednak ICD-11 nadal jest klasyfikacją „dla statystyki przyczyn zgonów i zachorowalności”.

W rekomendacjach „Światowego Stowarzyszenia Specjalistów do Spraw Osób Transpłciowych” (World Professional Association for Transgender Health, WPATH) (Coleman, Radix, Bouman, Brown, de Vries i in., 2022) używany jest termin **różnorodność płciowa**, a osoby takie nadal określa się jako **transpłciowe**. W zaleceniach podkreślone jest i nie powinno się tego kwestionować, że osoby transpłciowe należy traktować z poszanowaniem ich godności. Ponadto podobna terminologia powinna być stosowana w normach medycznych i dokumentach prawnych. Najprawdopodobniej terminologia ta będzie również ewoluować w przyszłości (Coleman i in., 2022).

Mianownictwo dotyczące omawianych zagadnień uległo również istotnej ewolucji w kolejnych wydaniach klasyfikacji „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders” (DSM) [w języku polskim klasyfikacja ta została wydana jako „Kryteria Diagnostyczne Zaburzeń Psychiczych”], opracowanej przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (APA). W DSM IV (2000) użyto terminu „zaburzenia identyfikacji płciowej”, z podtypami opartymi na orientacji seksualnej. W wersji 5 (DSM-5), opublikowanej w 2013 r., termin ten został zastąpiony terminem „dysforia płciowa” bez wyodrębnionych wcześniej podtypów związanych z orientacją seksualną. Zamiast tego dodano odrębne kryteria dla dzieci oraz dla dorosłych i młodzieży. Dysforia płciowa nie została przy tym usunięta z klasyfikacji zaburzeń psychicznych. Poza jasno zdefiniowanymi kryteriami dysforii płciowej, DSM-5 (APA, 2013) zawiera dodatkowe uszczegółowienie, czy ten stan występuje przy zaburzeniach rozwoju płci, czy też ma charakter post-tranzycyjnej (tj. dysforii płciowej występującej u osoby, która przeszła tranzycję i żyje w pożądanej płci).

Ostatnia wersja (rewizja) tekstu DSM z 2022 r. (DSM-5-TR) wprowadziła dalsze aktualizacje w celu używania języka „wrażliwego kulturowo”. Niestety,

Tabela 2. Aktualizacje terminologii związanej z dysforią płciową w „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders”, wydanie piąte, rewizja tekstu (DSM-5-TR), Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (2022)

DSM-5	DSM-5-TR
Osoba urodzona jako chłopiec	Osoba z przypisaną przy urodzeniu płcią męską
Osoba urodzona jako dziewczynka	Osoba z przypisaną przy urodzeniu płcią żeńską
Procedury medyczna „korygujące płeć” (ang. cross-sex)	Procedury medyczne afirmujące płeć
Leczenie hormonalne „korygujące płeć” (ang. cross-sex)	Leczenie hormonalne afirmujące płeć
Płeć pożądana	Płeć doświadczania
Zaburzenia rozwoju płci	Różnice rozwoju płci

ta generalnie pozytywna tendencja do powstrzymywania się od określeń, które w jakimkolwiek stopniu można by uznać za pejoratywne, prowadzi niekiedy do stosowania mniej precyzyjnej terminologii (zob. Tabela 2).

W odniesieniu do tych zmian należy wspomnieć, że termin „płeć przypisana” jest w rzeczywistości równoznaczny z płcią somatyczną, gonadalną i genetyczną, z wyjątkiem stosunkowo rzadkich przypadków zaburzeń rozwoju płci (DSD), które klasyfikowane są oddzielnie jako „Wrodzone wady rozwojowe narządów płciowych” w ICD-10, natomiast „Strukturalne anomalie rozwojowe męskiego układu płciowego” lub „Strukturalne anomalie rozwojowe żeńskiego układu płciowego” w ICD-11. Zmiana nomenklatury zmieniająca nazewnictwo z „zaburzeń” na „różnice” rozwoju płci (DSD) nie powinna przesłaniać faktu, że kategoria ta obejmuje szereg wad rozwojowych i chorób gruczołów dokrewnych, które wymagają diagnostyki i leczenia. Konieczność ta wydaje się oczywista w przypadku zaburzeń, ale niekoniecznie w przypadku różnic. Należy również przypomnieć, że DSD dotyczy atypowych genitaliów lub rozbieżności między płcią genotypową a fenotypową (van Bever, Brüggewirth, Wolffenbuttel, Dessens, Groenenberg i in., 2020).

Afirmacja (potwierdzenie) płci odnosi się do potwierdzania ientyfikacji płciowej osób transpłciowych w różnych aspektach życia (np. medycznych,

behawioralnych, społecznych lub prawnych) i obejmuje między innymi opiekę medyczną związaną z tranzycją (Coleman i wsp. 2022; Reisner, Poteat, Keatley, Cabral, Motopeng i wsp. 2016). Oznacza to, że afirmacja odnosi się *de facto* do interwencji wzmacniających tożsamość płciową odpowiadającą płci przeciwnej (cross-sex).

Osoby, których identyfikacja płciowa jest zgodna z płcią przypisaną (genitalną) określane są jako cispłciowe, natomiast osoby, których identyfikacja płciowa jest niezgodna z płcią przypisaną (genitalną) – jako transpłciowe. Przydatne jest również rozróżnienie między osobami z dokonującymi tranzycji z mężczyzny na kobietę (M/K) i z kobiety na mężczyznę (K/M), określanymi w starszym piśmiennictwie jako trans-kobiety i trans-mężczyźni. Nomenklatura ta jest przydatna do opisanie różnic między tymi grupami i specyficznych dla płci interwencji medycznych związanych z płcią. Ponadto niektóre osoby mogą określać się jako ambiwalentne pod względem płci lub niebinarne.

2. Częstość występowania transpłciowości

Ze względu na różne definicje stosowane przez autorów i różne metody szacowania, istnieją istotne różnice w raportowanej częstości występowania transpłciowości i dysforii płciowej. Trudno jest też jednoznacznie porównać dane z poszczególnych badań.

W dużej administracyjnej bazie danych, obejmującej 74 miliony dorosłych Amerykanów zarejestrowanych w planach komercyjnych opieki zdrowotnej, ogólna częstość występowania różnorodności płci wynosiła 0,03%, z tendencją do częstszego ujawniania się w młodszych grupach wiekowych (Jasuja, de Groot, Quinn, Ameli, Hughto i in., 2020). Aż u 43% transpłciowych osób dorosłych M/K i 45% K/M w tym badaniu zdiagnozowano depresję, jednak nie wyjaśniono, czy istnieje związek między częstością występowania depresji a wcześniejszymi interwencjami medycznymi afirmującymi płeć. W dorosłej populacji USA częstość deklarowania statusu transpłciowego szacuje się na 0,5% (Crissman,

Berger, Graham i Dalton, 2017). Również w Szwecji 0,5% ankietowanych osób dorosłych zadeklarowało chęć stosowania hormonów płciowych lub zabiegów operacyjnych, przy czym odsetek osób, które czuły się lub chciały być postrzegane jako osoba innej płci był wyższy (Åhs, Dhejne, Magnusson, Dal, Lundin i in., 2018). W badaniach z użyciem 5-stopniowej skali Likerta odsetek pacjentów transpłciowych M/K wynosił 1,1% w Holandii i 0,7% w Belgii, podczas gdy K/M odpowiednio 0,8% i 0,6%, przy relatywnie wyższym odsetku tych, którzy deklarowali ambiwalencję płciową (van Caenegem, Wierckx, Elaut, Buysse, Dewaele i in., 2015; Kuyper i Wijnen, 2014). W Kanadzie odsetek osób transpłciowych lub niebinarnych wśród populacji w wieku co najmniej 15 lat wynosił 0,33% i wahał się od 0,12% w najstarszej grupie wiekowej do 0,79% w najmłodszej (Statistics Canada, 2022).

Oceniono, że ogólnie odsetek osób dorosłych o tożsamości transpłciowej waha się od 0,02-0,08% w bazach danych systemu ochrony zdrowia do 0,3-0,5% w badaniach ankietowych. Ponadto w badaniach ankietowych przeprowadzonych wśród dzieci i młodzieży tożsamość transpłciową szacuje się na 1,2-1,7%, podczas gdy niezgodność lub ambiwalencję płciową zgłosiło 2,5-8,4% respondentów (Coleman i in., 2022). Zaobserwowane w cytowanym badaniu różnice wiekowe i tendencje czasowe w odsetku osób M/K i K/M w młodszych grupach wiekowych nie wydają się potwierdzać trwałego charakteru dysforii płciowej u dzieci i młodzieży na poziomie populacji. Co więcej, w badaniach ankietowych podobny lub nawet wyższy odsetek nastolatków deklarujących niepewność swojej płci niż transpłciowych, np. 1,6% vs. 1,8% w badaniu Johns, Lowry, Andrzejewski, Barrios, Demissie i in. (2019), podczas gdy odpowiednio 2,5% vs. 1,2% w badaniu Eisenberga, Gowera, McMorrisa, Ridera, Shea i Coleman (2017).

W badaniu podsumowującym 20 lat stosowania Protokołu Holenderskiego na Uniwersytecie Vrije w Amsterdamie (van der Loos, Klink, Hannema, Bruinsma, Steensma i in., 2023) zaobserwowano gwałtowny, kilkukrotny wzrost liczby pacjentów „z przypisaną przy urodzeniu płcią żeńską” w wieku powyżej 10 lat obserwowano w latach 2012-2017, przy niewielkim wzroście liczby pacjentów „z przypię-

saną przy urodzeniu płcią męską” w tej samej grupie wiekowej i stosunkowo niewielkim wzroście liczby dzieci poniżej 1 roku życia. Bardzo podobne są obserwacje autorów szwedzkich (Friesen, Söder i Rydelius, 2017) oraz Brytyjskich (Butler, De Graaf, Wren i Carmichael, 2018). Występowanie tego zjawiska w różnych krajach zostało ostatnio szczegółowo opisane przez Marianowicz-Szczygieł (2022).

Możliwym wyjaśnieniem zwiększonej liczby nastolatków z niezgodnością płciową są: większy dostęp do informacji na temat problematyki płci (w internecie i mediach społecznościowych), spadek stygmatyzacji wraz ze wzrostem akceptacji społecznej, lepszy dostęp do usług medycznych i rosnące zainteresowanie mediów problematyką transpłciowości (Indremo, Jodensvi, Arinell, Isaksson i Papadopoulos, 2022). Na poparcie tej ostatniej okoliczności autorzy wskazali na istnienie korelacji między wzrostem zainteresowania dysforią płciową w wyszukiwarce Google-trends po wydarzeniach medialnych dotyczących transpłciowości w 2019 r.

Wydaje się, że przyczyn takiego stanu rzeczy nie można upatrywać wyłącznie w częstszym występowaniu rzeczywistej i trwałej niezgodności płciowej (nasilającej się w ciągu kilku lat u jednej płci i tylko u nastolatków), ale tendencja ta może odzwierciedlać obecne (i być może czasowe) trendy pojawiające się wśród młodzieży.

Co ciekawe, w poprzedniej 7. wersji Standardów Opieki WPATH (Coleman, Bockting, Botzer, Cohen-Kettenis, DeCuypere i in., 2012) znajduje się stwierdzenie, że dysforia płciowa utrzymuje się do dorosłości tylko u 2-4% dziewcząt i 1-2% chłopców. Dane te nie są jednak przywoływane w nowszych badaniach (być może dlatego, że nie są zgodne z obecnymi trendami w podejściu „afirmującym płeć” do nieletnich).

Omawiane kwestie należy wziąć pod uwagę przed podjęciem jakichkolwiek nieodwracalnych lub potencjalnie szkodliwych zabiegów medycznych, gdyż wskazują one na poważne wątpliwości co do prawdziwych przyczyn odczuwania dysforii związanej z płcią oraz realnej potrzeby nieodwracalnych interwencji afirmujących płeć u nieletnich.

3. Dostępne dowody i zalecenia

W ostatnich latach pojawiły się liczne zalecenia dotyczące problematyki dysforii płciowej i/lub transseksualizmu, opracowane przez różne gremia. Niektóre z nich są sygnowane przez towarzystwa naukowe i organizacje, podczas gdy inne stanowią raczej przedstawienie poglądów ich autorów. Najważniejsze i najbardziej aktualne z nich omówiono w dalszych częściach manuskryptu. Autorzy poszczególnych wytycznych wskazują na ich ograniczenia związane z brakiem danych długofalowych, co powoduje konieczność oparcia się głównie na opiniach ekspertów. Ponadto treść różnych wytycznych różni się w pewnym stopniu i jest zmienna w kolejnych wersjach tych samych zaleceń.

Polskie Towarzystwo Endokrynologiczne opublikowało zalecenia dotyczące diagnostyki i terapii transseksualizmu kilkanaście lat temu (Mędraś i Józków, 2010). Polskie Towarzystwo Seksuologiczne wydało zalecenia dotyczące opieki nad zdrowiem osób transpłciowych (Grabski, Rachoń, Czernikiewicz, Dulko, Jakima i in., 2020), ale dotyczą one jedynie osób dorosłych, bez odniesienia do osób małoletnich. Ostatnio zagadnienie transseksualizmu, z uwzględnieniem odrębności dotyczących osób małoletnich, zostało omówione w podręczniku „Andrologia” (Robacha, 2021) w rozdziale „Zaburzenia płci psychicznej”.

4. Rozpoznanie dysforii płciowej u młodzieży

Obecnie uważa się, że zaburzenia tożsamości płciowej (określane również jako dysforia płciowa lub niezgodność płciowa) należy definiować jako silną i trwałą identyfikację międzypłciową, która wiąże się z niezwykłym cierpieniem związanym z życiem w „niezgodnej” płci (Vita, Settineri, Liotta, Benvenga i Trimarchi, 2018).

Według DSM-5-TR (Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne 2022) rozpoznanie dysforii płciowej u młodzieży wymaga spełnienia następujących kryteriów:

- A. wyraźna niezgodność między doświadczaną/ wyrażaną płcią a pierwszorzędowymi i/lub drugorzędowymi cechami płciowymi (także przewidywanymi drugorzędowymi cechami płciowymi u młodych nastolatków), utrzymująca się przez co najmniej 6 miesięcy
- B. cierpienie lub zaburzenie w różnych sferach (społecznej, zawodowej lub innych) o nasileniu istotnym klinicznie.

Przy takiej interpretacji sama niezgodność płci nie spełnia kryteriów diagnostycznych dysfornii płciowej. Jednak w ICD-11 (WHO, 2018) pozostawiono jedynie termin „niezgodność płci”, co pozwala na postawienie diagnozy nawet wtedy, gdy niezgodność ta nie jest przyczyną cierpienia lub upośledzenia funkcjonowania. Takie podejście pozwala na zakwalifikowanie do leczenia również osób, które nie cierpią, a nawet nie odczuwają dyskomfortu – tylko dlatego, że zgłaszają chęć tranzycji.

5. Możliwe interwencje

Według Dory, Grabskiego i Dobroczyńskiego (2021) istnieją trzy główne podejścia terapeutyczne do dzieci i młodzieży z dysforią płciową:

- redukcja doświadczania dysfornii płciowej poprzez wzmocnienie identyfikacji z przypisaną płcią (tj. z płcią „urodzeniową”),
- wspieranie naturalnego rozwoju identyfikacji płciowej w dzieciństwie,
- wczesna afirmacja identyfikacji płciowej dziecka.

Autorzy tego stosunkowo niedawnego badania stwierdzili, że literatura dotycząca poszczególnych podejść jest ograniczona, a każda opcja jest przedmiotem krytyki ze strony zwolenników innych podejść.

Główne zmiany wprowadzone w ostatnich latach idą w kierunku procedur afirmujących płeć i wspierających poszukiwanie tożsamości płciowej, a przeciw wzmocnianiu zgodnej z nią identyfikacji płciowej zgodnej z płcią przypisaną przy urodzeniu. Podstawowy zakres interwencji obejmuje stosowanie hormonów, zabiegi chirurgiczne oraz psychoterapię.

5.1. Stosowanie hormonów

5.1.1. Fizjologia rozwoju płciowego

Początek dojrzewania płciowego związany jest z aktywacją pulsacyjnego wydzielania gonadoliberyny (GnRH) w podwzgórzu. GnRH stymuluje syntezę gonadotropin – hormonu luteinizującego (LH) i hormonu folikulotropowego (FSH) – w przysadce. Gonadotropiny indukują wydzielanie steroidów płciowych z gonad (estrogeny i progesteron w jajnikach, natomiast testosteron w jądrach) i są ważne dla owulacji i spermatogenezy. Estrogeny indukują rozwój drugorzędowych cech płciowych kobiet; zmienność pulsacyjnego wydzielania gonadotropin jest niezbędna do cyklicznych zmian wydzielania estradiolu i progesteronu, które są kluczowe dla prawidłowego przebiegu cyklu miesięczkowego. Testosteron indukuje rozwój drugorzędowych cech płciowych męskich (wirylicację) i ma pewne działanie anaboliczne. Steroidy płciowe hamują wydzielanie gonadotropin w mechanizmie ujemnego sprzężenia zwrotnego. Opis ten jest oczywiście bardzo uproszczony, ale może stanowić podstawę do zrozumienia mechanizmów działania poszczególnych interwencji.

5.1.2. Supresja dojrzewania płciowego

Blokowanie dojrzewania uzyskuje się poprzez stosowanie agonistów GnRH o przedłużonym uwalnianiu, czyli syntetycznych peptydów, które wiążą się z receptorami GnRH w przysadce, co powoduje, że staje się ona niewrażliwa na pulsy endogennej GnRH, przez co dochodzi do zahamowania wydzielania gonadotropin przez przysadkę, a w konsekwencji – także steroidów płciowych przez gonady. Preparaty te określane są mianem blokerów dojrzewania płciowego. Takie interwencje hamują postęp dojrzewania bez wpływu na rozwój cech płciowych w kierunku typowym dla płci przeciwnej. Wydaje się, że działanie blokerów dojrzewania jest odwracalne, jednak istnieją uzasadnione obawy dotyczące przyszłego ryzyka osteoporozy i złamań kości, możliwego wpływu na wzrost końcowy i przyrost tkanki tłuszczowej, przy jednoczesnym zmniejszeniu beztłuszczowej masy ciała. Badania długoterminowe są dostępne dla

dzieci z przedwczesnym dojrzewaniem, ale nie dla młodzieży transpłciowej (Salas-Humara, Sequeira, Rossi i Dhar, 2019). Zalecając podawanie blokerów dojrzewania, autorzy cytowanych wytycznych wskazują, że analogi GnRH mają pozytywny wpływ na problemy psychiczne i emocjonalne, ale nie na poprawę dysfonii płciowej.

W Polsce długo działające analogi GnRH są dopuszczone do leczenia centralnego (GnRH-zależnego) przedwczesnego dojrzewania płciowego oraz wybranych form wczesnego dojrzewania płciowego u dzieci. U osób dorosłych analogi GnRH stosuje się u mężczyzn z rakiem gruczołu krokowego w celu zahamowania wydzielania androgenów oraz u kobiet z endometriozą, mięśniakami macicy lub zaburzeniami owulacji. Zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego terapia osób transpłciowych nie jest wymieniona wśród wskazań do stosowania analogów GnRH we wszystkich grupach wiekowych. W Stanach Zjednoczonych analogi GnRH nie są również zatwierdzone przez Agencję ds. Żywności i Leków (Food and Drug Administration, FDA) do stosowania u młodzieży transpłciowej (Salas-Humara i in., 2019).

5.1.3. Leczenie hormonalne stosowane w celu afirmacji płci (*cross-sex*)

Termin ten odnosi się do stosowania estrogenów u transpłciowych M/K i testosteronu u transpłciowych K/M.

Estrogeny stosuje się w celu uzyskania rozwoju drugorzędowych cech płciowych żeńskich u osób z genetyczną i fenotypową płcią męską (osób z przypisaną przy urodzeniu płcią męską). Ze względu na ryzyko zdarzeń zakrzepowo-zatorowych sugeruje się preferowanie 17 β -estradiolu zamiast etynyloestradiolu oraz wybór drogi podania unikającej metabolizmu pierwszego przejścia przez wątrobę, najlepiej przezskórnie (jednak bez wystarczającego uzasadnienia dla tego zalecenia dla osób transpłciowych M/K w opublikowanych badaniach) (Salas-Humara i in., 2019). Stopniowe zwiększanie dawek estrogenów jest wskazane ze względu na ich potencjalny wpływ na wzrost końcowy, ponieważ wyższe dawki lub ich szybka eskalacja mogą spowodować obniżenie

wzrostu końcowego (możne to być oczekiwane u pacjentki M/K, ale jest to całkowicie nieodwracalne). Przed podaniem estrogenów należy zebrać wywiad dotyczący pacjenta i rodzinny oraz omówić inne czynniki ryzyka choroby zakrzepowo-zatorowej (otyłość i palenie tytoniu). Istnieją również pewne obawy związane z niejednoznacznymi danymi dotyczącymi ryzyka hiperprolaktynemii i hipertrójglicydemii podczas stosowania estrogenów (Salas-Humara i in., 2019). Efekty podawania estrogenów mogą rozwijać się w ciągu kilku lat, np. maksymalny rozwój piersi spodziewany jest po 2 latach. Pacjent powinien być w stanie zrozumieć zarówno możliwe działania niepożądane, jak i nieodwracalność skutków terapii estrogenowej. Podczas feminizującej terapii hormonalnej odnotowano zmniejszenie objawów depresji, brakuje jednak badań prospektywnych w tym aspekcie (Salas-Humara i in., 2019). Potencjalne skutki uboczne obejmują wzrost tkanki tłuszczowej i BMI, który zaobserwowano u osób dorosłych, bez takiego efektu w jednym opublikowanym badaniu dotyczącym młodzieży transpłciowej (Jarin, Pine-Twaddell, Trotman, Stevens, Conard i in., 2017). Salas-Humara i in. (2019) stwierdzili, że dane dotyczące ciśnienia tętniczego krwi u dorosłych transpłciowych M/K są niejednoznaczne, podczas gdy u nastolatków są ograniczone do jednego badania z 6-miesięczną obserwacją (Jarin i in., 2017). W odniesieniu do ryzyka wystąpienia nowotworu złośliwego u pacjentów M/K, Salas Humara i in. (2019) wskazali na niewystarczające dowody, aby wyciągnąć wnioski dotyczące raka piersi i raka prostaty, jednak bez danych na temat zwiększonego ryzyka tych nowotworów. Innym skutkiem podwyższonego poziomu estrogenów może być hiperprolaktynemia i rozwój guzów przysadki (*prolactinoma*), jednak ryzyko ich wystąpienia u młodzieży M/K stosującej terapię estrogenową nie zostało ostatecznie ocenione (Jarin i in. 2017). Międzynarodowe Towarzystwo Endokrynologiczne (Endocrine Society), skupiające członków z ponad 100 państw, zaleca monitorowanie stężenia prolaktyny u takich pacjentów i wdrażanie odpowiedniego postępowania w przypadku hiperprolaktynemii (Hembree, W.C., Cohen-Kettenis, P.T., Gooren, L., Hannema, SE, Meyer i in., 2017).

Same estrogeny nie zawsze w pełni hamują produkcję testosteronu u osób transpłciowych M/K, z tego względu są one powszechnie przepisywane razem z blokerami GnRH lub antyandrogenami (spironolakton, octan cyproteronu) (Coleman i in., 2022). Jednak brak danych na temat stosowania spironolaktonu w monoterapii uniemożliwia ocenę efektów tego leku u transpłciowych pacjentów M/K, podczas gdy dyskutowane jest ryzyko zdrowotne stosowania octanu cyproteronu, co wymaga randomizowanych protokołów z lekami antyandrogenowymi (Glintborg, T'Sjoen, Ravn i Andersen 2021; Hembree i in. 2017; Salas-Humara i in., 2019). Istnieje wyraźna rekomendacja Towarzystwa Endokrynologicznego (Hembree et al. 2017) przeciwko stosowaniu progesteronu u transpłciowych M/K ze względu na zwiększone ryzyko raka piersi i chorób układu krążenia, jednak dowody pochodzą z badania kobiet po menopauzie (Chlebowski, Manson, Anderson, Cauley, Aragaki i in., 2013), a nie u nastolatków transpłciowych. Podobne jest stanowisko Glintborga i in. (2021).

W Polsce, zgodnie z charakterystyką dostępnych produktów leczniczych zawierających estradiol (Estrofem, System 50), wskazania do jego podawania w monoterapii obejmują jedynie niedobór estrogenów u kobiet po menopauzie i po histerektomii, które nie wymagają standardowej hormonalnej terapii zastępczej estrogenami i progesteronem. Niedawno ukazało się opracowanie Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (2023) potwierdzające zasadność stosowania u osób transseksualnych (M/F) cyproteronu i estradiolu, opierające się na wynikach badań z zastosowaniem tych leków u transpłciowych osób dorosłych lub w wieku powyżej 16 roku życia. Estrogeny stosuje się również u dziewcząt z hipogonadyzmem w początkowej fazie substytucji steroidów płciowych (Nordenström, Ahmed, van den Akker, Blair, Bonomi i in., 2022).

Testosteron stosowany jest ze względu na działanie antyestrogenowe, wirylizujące i anaboliczne, które umożliwia promowanie rozwoju drugorzędowych cech płciowych męskich u genetycznych i fenotypowych osób płci żeńskiej (osób z przypisaną przy urodzeniu płcią żeńską). Należą do nich: zmiana głosu (nieodwracalna po 6 miesiącach kuracji), owłosienie

skóry (nieodwracalne po 1 roku) mogące wiązać się z łysieniem androgenowym, możliwy wzrost ostatecznej wysokości ciała (zależny od wielu czynników i bez pewności co do jej poprawy), wywołanie braku miesiączki i zmian sylwetki ciała (które mogą być w pewnym stopniu nieodwracalne). Efektem wysokiego poziomu testosteronu u kobiet jest również powiększenie (przerost) lechtaczki, zmiany atroficzne nabłonka pochwy oraz pojawienie się lub nasilenie zmian trądzikowych. W przypadku osób K/M omawiane skutki stosowania testosteronu mogą być przynajmniej częściowo akceptowane, a nawet wręcz oczekiwane, natomiast poważnym problemem jest ich nieodwracalny charakter w przypadku błędne, czyj pochopnie postawionej diagnozy transseksualizmu u dziewczynki z przejściowymi zaburzeniami identyfikacji płciowej, która będzie chciała powrócić do funkcjonowania jak osoba płci żeńskiej.

Jeśli chodzi o skutki zdrowotne podawania testosteronu młodzieży transpłciowej, pojawiają się doniesienia o zmniejszeniu wskaźników depresji i lęku, ale także o nasileniu złości, zwłaszcza w początkowej fazie leczenia (Salas-Humara i in., 2019). Zgodnie z cytowanym stanowiskiem nie ma ogólnych przeciwwskazań do podawania testosteronu, jakkolwiek ci sami autorzy nie są do końca konsekwentni zwracając uwagę na obawy związane z powikłaniami terapii testosteronem rozpoczętej w okresie dojrzewania, w odniesieniu do możliwości zwiększonego ryzyka nadciśnienia tętniczego, chorób układu sercowo-naczyniowego, choroby zakrzepowo-zatorowej, polycytemii oraz nowotworów. Pacjenci powinni być świadomi ryzyka zachorowania na raka piersi, macicy i jajnika, jeśli te narządy pozostawiono (Salas-Humara i in., 2019).

Należy pamiętać, że w Polsce jedynym zatwierdzonym wskazaniem do podawania testosteronu jest hipogonadyzm męski, w tym opóźnione dojrzewanie płciowe u chłopców (dopuszczone stosowanie powyżej 15 roku życia). Jednak ze względu na charakterystyki produktów leczniczych nie zaleca się stosowania poszczególnych leków domięśniowych (np. *Testosteronum prolongatum*) lub na skórę (np. *Androtop*) przed ukończeniem 18. roku życia, ponieważ ich bezpieczeństwo i skuteczność u dzieci i młodzieży nie zostały ustalone. Podobnie produkty zawierające

testosteron są zatwierdzone przez amerykańską FDA tylko dla mężczyzn z niedoborem testosteronu, tj. z niezdolnością jąder do produkcji testosteronu z powodu powiązanych schorzeń (np. wady genetyczne, chemioterapia, niewydolność podwzgórza lub przysadki). Zgodnie z Komunikatem Bezpieczeństwa FDA (U.S. FDA, 2014) terapia testosteronem okazała się być związana ze zwiększonym ryzykiem incydentów sercowo-naczyniowych (zawałów serca i udarów, a nawet śmierci), jednak wymagane są dalsze badania kliniczne, aby ocenić rzeczywistą skalę takiego ryzyka. Charakterystyka preparatów testosteronu stosowanych w Polsce wymieniają jako przeciwwskazania do stosowania testosteronu raka piersi, raka gruczołu krokowego (rozpoznanego lub podejrzanego), łagodny przerost gruczołu krokowego, zespół nerczycowy i nowotwory wątroby oraz zalecają ostrożność u pacjentów z niewydolnością serca, nerek lub wątroby, padaczką, migreną, a także u osób otyłych z przewlekłymi chorobami układu oddechowego.

Inną interwencją u nastolatków K/M może być czasowe (odwracalne) zahamowanie miesiączki, uzyskiwane poprzez podanie doustnych środków antykoncepcyjnych (lub zastosowanie innych metod antykoncepcji), progesteronu lub blokerów dojrzewania (Coleman i in., 2022; Roden, 2023). Co ciekawe, istnieją również dowody na to, że niektóre pacjentki mogą nie chcieć terapii testosteronem, a potrzebują jedynie odpowiedniej bielizny menstruacyjnej (tj. specjalnej, dopasowanej do indywidualnych potrzeb bielizny o zwiększonej chłonności, nie wymagającej stosowania jednorazowych produktów do higieny menstruacyjnej, zapewniającej większą swobodę podczas krwawienia, zwiększającej poczucie bezpieczeństwa i zachowanie dyskrecji) oraz poprawy higieny (Coleman i wsp. 2022; Roden, 2023). W zaleceniach WPATH znajduje się również ważna sugestia, aby stosować wyłącznie agonistów GnRH, bez steroidów płciowych u pacjentów, którzy nie są pewni, czy pragną stosowania hormonów steroidowych (Coleman i in., 2022).

Według niedawnego raportu Gawlik, Antosz, Kasparka, Nowak i Grabskiego (2022) w Polsce ponad 90% pacjentek transpłciowych nie rozpoczęło leczenia hormonalnego przed ukończeniem 18.

roku życia, a najczęściej stosowanymi lekami były testosteron lub estradiol oraz cyproteron, podczas gdy nie raportowano stosowania blokerów dojrzewania

5.2. Interwencje chirurgiczne afirmujące płć (cross-sex)

5.2.1. Gonadektomia i histerektomia

Zabiegi te polegają w istocie na nieodwracalnym usunięciu zdrowych gonad (jajników lub jąder), czyniąc osobę poddaną tej procedurze definitywnie bezpłodną. Niemniej jednak osoby, które zdecydują się na gonadektomię jako jeden z etapów terapii afirmującej płć, mogą w przyszłości chcieć mieć biologiczne potomstwo (Rodriguez-Wallberg, Obedin-Maliver, Taylor, Van Mello, Tillemann i Nahata, 2023), nawet jeśli zaprzeczają takiej potrzebie, gdy są jeszcze dziećmi lub nastolatkami.

Technicznie możliwe i zalecane jest zachowanie tkanki jajnika lub jąder, lub dojrzałych gamet (oocytów lub plemników), co określa się mianem „zachowania płodności” (Coleman i in., 2022; Rodriguez-Wallberg i in., 2023; Salas-Humara i in., 2019; Wang, Hengel, Ren, Tong i Bach, 2020). Ponieważ zarówno afirmująca płć terapia hormonalna, jak i przede wszystkim zabiegi chirurgiczne wykonywane u osób transpłciowych mają nieodwracalny negatywny wpływ na płodność, jedyną szansą na posiadanie biologicznego potomstwa jest zamrażanie tkanek gonad lub gamet (określane jako „zachowanie płodności”) (Wang i in., 2020). Zaleca się przeprowadzenie takich procedur przed rozpoczęciem stosowania hormonów. Jednak kriokonserwacja dojrzałych gamet wymaga odpowiedniego etapu dojrzewania, co może być ograniczeniem w przypadku młodzieży, tym bardziej, że rozpoczęcie interwencji hormonalnych jest zalecane już we wczesnym okresie dojrzewania (2, stadium wg Tannera).

Obecnie jedyną możliwością dla dzieci w wieku przedpokwitaniowym jest przechowywanie tkanki jajnika lub jądra do autotransplantacji (tj. w celu ponownego wszczepienia gonad usuniętych wcześniej podczas zabiegu „afirmacji płci”), ponieważ nie ma techniki o udowodnionej skuteczności, która umożliwiałaby wykorzystanie do zapłodnienia in

vitro oocytów lub plemników pobranych z jajników lub jąder poddanych kriokonserwacji przed okresem dojrzewania płciowego (Coleman i in., 2022; Rodriguez-Wallberg i in., 2023). Co więcej, istnieją tylko pojedyncze doniesienia o przypadkach ponownego przeszczepienia tkanki jajnika dotyczące nastolatków we wczesnym okresie dojrzewania, podczas gdy w literaturze nie ma opisów ponownego przeszczepienia tkanki jąder u ludzi (Rodriguez-Wallberg i in., 2023); obecne dowody na możliwość ponownego przeszczepienia tkanki jąder pobranej w okresie przedpokwitaniowym pochodzą wyłącznie z badań na zwierzętach (Wang i in. 2020). Postuluje się omawianie z pacjentami możliwości kriokonserwacji tkanek gonad, pomimo świadomości braku danych na temat rzeczywistych możliwości ich wykorzystania w przyszłości (Rodriguez-Wallberg i in., 2023). W tym miejscu należy również wskazać, że „zachowana płodność” związana z kriokonserwacją gamet ogranicza się do zabiegów zapłodnienia pozaustrojowego, natomiast nie pozwala na naturalną prokreację tj. zapłodnienie podczas stosunku płciowego. Stosowana powszechnie procedura usunięcia macicy z przydatkami drogą laparotomii lub laparoskopii, wykonywana u transpłciowych K/M, uniemożliwia im w przyszłości zajście w ciążę.

Wydaje się, że szczegóły tych ograniczeń nie są powszechnie znane nawet wśród osób zainteresowanych zmianą płci i nie są brane pod uwagę przez gremia proponujące terapie hormonalne u coraz młodszych dzieci, u których stosowanie metod zachowania płodności dostępnych dla dorosłych i nastolatków po okresie dojrzewania może być niemożliwe. Istotne jest również rozważenie wieku, w którym małoletni jest w pełni zdolny do oceny długofalowych skutków takich interwencji oraz prawa rodziców/opiekunów do wyrażenia zgody na wykonanie nieodwracalnych zabiegów mogących skutkować bezpłodnością, nawet jeśli małoletni jest w pełni przekonany o słuszności swojej decyzji (i znajduje afirmatywne wsparcie ze strony specjalistów).

5.2.2. Chirurgia narządów płciowych

U osób transpłciowych M/K operacja zmiany płci polega na usunięciu prącia (zwykle wraz z jądrami) i wytworzeniu *neovaginy*, tj. struktury mającej przypominać pochwę, najczęściej z wykorzystaniem skóry prącia i moszny, ale możliwe jest wykorzystanie płatów skóry i błon śluzowych z innych okolic. Nie jest możliwe wytworzenie czy odtworzenie nabłonka pochwy oraz jej fizjologicznego nawilżenia, a mnogość technik operacyjnych wskazuje, że żadna z nich nie jest optymalna. Pooperacyjnie takie osoby często wymagają kalibracji (poszerzenia) nowo utworzonej pochwy celem umożliwienia odbicia stosunku płciowego. Istnieje również ryzyko wystąpienia przetoki odbytniczko-pochwowej (Calebunders, Brondeel, D'Arpa, Hoebeke i Monstrey, 2017; Salas-Humara i in., 2019).

U osób transpłciowych K/M operacja rekonstrukcji narządów płciowych obejmuje falloplastykę (zabieg polegający na wytworzeniu struktury mającej przypominać kształtem prącie z tkanek pobranych w innych rejonach ciała) i metoidoplastykę (bardziej ograniczony zabieg z wykorzystaniem jedynie tkanek okolicy narządów płciowych) różniące się szczegółami technicznymi wykonywanych zabiegów oraz uzyskiwanymi efektami – falloplastyka wiąże się z większą długością *neophallusa* (nowo wytworzonej struktury mającej przypominać prącie), natomiast metoidoplastyka pozwala na lepsze doznania erogenne (Robinson, Blasdel, Cohen, Zhao i Bluebond-Langner, 2021); szczegółowy opis tych operacji wykracza poza zakres niniejszego artykułu.

Autorzy cytowanej pracy podają wysoki odsetek powikłań, w tym 40% ryzyko wystąpienia przetok cewkowo-skórnych, zwężeń cewki moczowej (ponad 30%) i prawie 20% ryzyko pogorszenia stanu zdrowia psychicznego. To ostatnie stwierdzenie należy traktować jako poważne ostrzeżenie, gdyż u osób z dysforią płciową nie występuje wcześniej choroba somatyczna gonad ani narządów płciowych, a celem interwencji jest poprawa zdrowia psychicznego. Według niedawnej publikacji (Gottlieb i Cripps, 2023) nie określono żadnego standardu opieki w odniesieniu do rekonstrukcji prącia. Nie ma również zgody co do stosowania protez prącia, które według jednych

autorów (Colebunders i in., (2017) nie mają żadnej funkcjonalności, natomiast według innych autorów (Barnard, Cakir, Ralphi i Yafi, 2021) wskazania do operacji protezowania prącia mogą być poszerzone i obejmować osoby transpłciowe.

Pomimo przytoczonych wcześniej obaw dotyczących potencjalnego zwiększonego ryzyka nowotworów jajników i macicy u osób K/M stosujących preparaty testosteronu, u których te narządy pozostawiono (Salas-Humara i in., 2019), aktualnie nie jest rekomendowana ovariectomia (chirurgiczne usunięcie jajników) i histerektomia (wycięcie macicy), ponieważ nie ma wystarczających dowodów (brak danych prospektywnych), aby takie zabiegi powinny być wykonywane dla zmniejszenia ryzyka raka jajnika i *endometrium*, pacjentom K/M powinny być natomiast oferowane badania przesiewowe w kierunku raka szyjki macicy (Coleman i in., 2022). Zalecenia takie zmniejszają zakres zabiegów okaleczających, jakim poddawane są osoby K/M, z drugiej strony należy mieć na uwadze możliwość niedoszacowania ryzyka onkologicznego.

5.2.3. Chirurgia klatki piersiowej

Termin ten odnosi się do usunięcia gruczołów piersiowych (mastektomii) u osób transpłciowych K/M oraz powiększenia piersi u osób M/K.

Zgodnie z najnowszymi zaleceniami mastektomia jest dozwolona u nieletnich poniżej 18. roku życia, jeśli jest to zalecane przez lekarzy psychiatrów, a sama terapia testosteronem nie zapewnia wystarczającej redukcji rozmiaru piersi (Salas-Humara i in., 2019). Należy zauważyć, że istnieją jedynie ograniczone dane, że takie nieodwracalne usunięcie gruczołów sutkowych poprawia jakość życia osób z dysforią płciową (Alcon, Kennedy, Wang, Piper, Loeliger i in., 2021; Poudrier, Nolan, Cook, Saia, Motosko i in., 2019; Salas-Humara i in., 2019), niemniej wyniki satysfakcji pacjentów są generalnie pozytywne (Day, Klit, Lang, Mejdahl i Holmgaard, 2023). W tym ostatnim badaniu Day i in. (2023) odsetek odpowiedzi wyniósł aż 93%, podczas gdy w badaniu Alcon i in. (2021) było to tylko 43% (22 z 51 pacjentek K/M ukończyło dedykowane badanie jakości życia „Gender Quality of Life” 1 rok po mastektomii).

U osób M/K zaleca się chirurgiczne powiększenie piersi (implantami lub przeszczepem tłuszczu) po co najmniej 12 miesiącach stosowania hormonów feminizujących. Ryzyko raka piersi u transpłciowych osób M/K przyjmujących estradiol po operacji powiększenia piersi nie zostało dotychczas ocenione (Salas-Humara i in., 2019). Pomimo tego, że – w przeciwieństwie do mastektomii – powiększenie piersi może być odwracalne (poprzez ponowną operację), Towarzystwo Endokrynologiczne wymaga ukończenia 18. roku życia dla wyrażenia zgody na powiększenie piersi (Hembree i in., 2017).

5.2.4. Inne procedury

Możliwe są również drobne interwencje, które nie wpływają na funkcje hormonalne i płodność, jak maskulinizacja lub feminizacja twarzy czy operacja głosu (Pasternak i Francis, 2019; Salas-Humara i in., 2019). Proponowane są również różne interwencje niemedyczne, takie jak owijanie klatki piersiowej lub „podwijanie” narządów płciowych, jednak zwraca się uwagę na ich potencjalne negatywne skutki zdrowotne (zwłaszcza w odniesieniu do wzrostu temperatury moszny, który może wpływać na spermatogenezę i płodność) (Coleman i in., 2022). Wydaje się dość zastanawiające, że ci sami autorzy dopuścili orchidektomię (usunięcie jąder) jako jedną z metod terapii afirmującej płeć.

5.3. Interwencje psychologiczne i psychosocjalne

Wydaje się, że interwencje psychologiczne powinny odgrywać kluczową rolę w postępowaniu z osobami małoletnimi z dysforią płciową. Niestety, w bardzo niedawnym przeglądzie systematycznym Lehmann i Leavey’ego (2023), dotyczącym interwencji psychologicznych i psychosocjalnych dla nieletnich zróżnicowanych pod względem płci i ich rodzin, tylko cztery artykuły opublikowane w latach 2001-2021 spełniały kryteria włączenia, a głównym wnioskiem z tego badania jest istnienie potrzeby dalszych badań w tym zakresie.

Z drugiej strony w standardach WPATH SOC-8 (Coleman i in., 2022) nie ma akceptacji dla terapii naprawczych i konwersyjnych podejmowanych w celu zmiany tożsamości płciowej lub ekspresji płciowej osoby, ze względu na ich nieskuteczność i zwiększone ryzyko pogorszenia zdrowia psychicznego. Autorzy podkreślili, że „podejmowane *a priori* próby zmiany tożsamości osoby są klinicznie i etycznie nieuzasadnione” (Coleman i in. 2022, S53). W podobnym tonie wypowiedzieli się Turban, Beckwith, Reisner i Keuroghlian (2020) odnośnie psychoterapii, która powinna być jedynie afirmująca płeć, a nie skupiać się na odzyskaniu identyfikacji z płcią przypisaną przy urodzeniu. W innej części rekomendacji WPATH znajduje się stwierdzenie wspierające interwencje psychologiczne jako skuteczne narzędzia, które mogą być pomocne w „poznawaniu tożsamości płciowej i jej wyrażaniu, wzmacnianiu samoakceptacji i nadziei” (Coleman i in., 2022, S175), powołaniem na się pracę Matsuno i Israel (2018).

Takie podejście można rozważać w odniesieniu do osób o wyraźnie określonej tożsamości płciowej, przy czym – jak wynika z cytowanych wcześniej doniesień o częstości występowania niezgodności płciowej – duży odsetek młodzieży jest ambiwalentny, niebinarny lub poszukujący swojej tożsamości. Wątpliwe wydaje się zalecenie, aby w takich przypadkach oferować jedynie rozwiązania dotyczące zmiany płci. Nie ulega wątpliwości, że wszelkie działania muszą być podejmowane z poszanowaniem godności i tożsamości człowieka.

Amerykańska Akademia Psychiatrii Dzieci i Młodzieży (2018) w Deklaracji Polityki dotyczącej terapii konwersyjnej stwierdziła, że interwencje mające na celu promowanie określonej płci i/lub orientacji seksualnej mogą być szkodliwe i nie mają naukowej wiarygodności. Autorzy zaproponowali wdrożenie terapii ukierunkowanej na eksplorację różnych aspektów tożsamości, aby pomóc młodzieży ją zrozumieć, bez z góry określonego wyniku. Za uzasadnione uznali jednak jedynie interwencje medyczne afirmujące płeć (tj. ukierunkowane na tranzycję), a nie terapie konwersyjne (tj. ukierunkowane na odzyskanie tożsamości zgodnej z płcią biologiczną). Należy zauważyć, że *de facto* terminem „afirmacja” określa się w tym kontekście interwencje powodujące istotne i często

nieodwracalne zmiany w funkcjonowaniu organizmu, podczas gdy „konwersja” odnosi się do prób odzyskania integralności płciowej bez nieodwracalnych interwencji w integralność somatyczną.

Istnieją również inne poglądy dotyczące psychoterapii osób z niezgodnością płciową. Metodologia cytowanego wcześniej badania Turbana i in. (2020) została skrytykowana przez innych badaczy (D’Angelo, Syrulnik, Ayad, Marchian, Kenny’ i Clarke, 2021). Ci ostatni autorzy podkreślili również potrzebę jak najmniej inwazyjnych opcji leczenia, jak terapie psychologiczne koncentrujące się na łagodzeniu dysforii płciowej, przed przystąpieniem do nieodwracalnych interwencji medycznych.

6. Wiek pacjenta w momencie interwencji, aspekty prawne i świadoma zgoda

Zgodnie z najnowszymi zaleceniami (Coleman i in., 2022) rozpoznanie niezgodności płci powinno być ustalane zgodnie z klasyfikacją ICD-11 (WHO, 2018) lub inną taksonomią (w Polsce obecnie obowiązującą wersją jest ICD-10). Różnice pomiędzy poszczególnymi klasyfikacjami zostały opisane w dedykowanej części manuskryptu.

Nie ma zgody na interwencje medyczne u dzieci z dysforią płciową przed okresem dojrzewania (Salas-Humara i in., 2019). Endocrine Society (Hembree i in., 2017) wydało rekomendację przeciwko stosowaniu blokerów dojrzewania przed rozpoczęciem okresu pokwitania. Pacjenci powinni być ocenieni przez doświadczonych specjalistów w zakresie zdrowia psychicznego i zapewniani, że ich tożsamość płciowa jest akceptowana.

Interwencje medyczne oferowane osobom transpłciowym obejmują hamowanie dojrzewania, terapie hormonalne oraz zabiegi chirurgiczne, które należy dobierać indywidualnie, zgodnie z potrzebami i pragnieniami pacjenta (Coleman i in., 2022). Zgodnie z protokołem holenderskim (van der Loos i in., 2023) hamowanie dojrzewania można zastosować u dzieci w wieku co najmniej 12 lat, w 2 lub wyższym stadium rozwoju piersi lub genitaliów według Tannera (tj. po rozpoczęciu dojrzewania).

Stosowanie hormonów afirmujących płeć do indukcji dojrzewania płciowego (testosteronu u młodzieży K/M, a estrogenów u młodzieży M/K) można rozpocząć w wieku co najmniej 15-16 lat. Takie procedury są zgodne z wytycznymi Endocrine Society (Hembree i in., 2017). Po co najmniej 1 roku stosowania hormonów osoby takie „kwalifikują się do operacji potwierdzającej płeć”, po której muszą nadal stosować hormony (van der Loos i in., 2023); niestety autorzy nie powołali się na ani jedną pozycję piśmiennictwa na poparcie swojego stanowiska w tym aspekcie. W przedstawionym protokole wprowadzili dodatkowy wymóg co najmniej rocznej obserwacji w celu oceny diagnostycznej przed zastosowaniem blokerów dojrzewania.

Kryteria włączenia terapii hormonalnej młodzieży, podane przez Endocrine Society (Hembree i wsp. 2017) oraz WPATH (Coleman i wsp. 2022), obejmują:

- dysfориę płciową rozpoznaną przez specjalistę zdrowia psychicznego,
- zdolność nastolatka do wyrażenia świadomej zgody na proponowane interwencje (jeżeli małoletni nie osiągnął wieku wymaganego do uzyskania prawnej zgody lekarskiej, zgodę należy uzyskać od rodziców).

Należy omówić ryzyko i skutki uboczne leczenia, w tym potencjalne upośledzenie płodności (niepłodność) oraz możliwości zabezpieczenia płodności przed podaniem hormonów płciowych. Ta ostatnia kwestia ma szczególne znaczenie u osób poddawanych gonadektomii, która zasadniczo nie jest akceptowana u nieletnich.

Blokery dojrzewania płciowego stosuje się do hamowania dojrzewania od początku rozwoju piersi lub powiększenia jąder w celu opóźnienia rozwoju potencjalnie nieodwracalnych drugorzędowych cech płciowych (np. rozwój piersi, zmiana głosu) i uzyskania braku miesiączki. Wskazaniem do takiej interwencji jest rozpoznana przez psychiatrę dysforia płci, nasilająca się od początku okresu dojrzewania. Według WPATH (Coleman i in., 2022), zgodnie z Protokołem Holenderskim (van der Loos i in., 2023), terapię należy rozpocząć w 2. stadium Tannera,

jednak blokery dojrzewania można włączyć do terapii także w późniejszych etapach dojrzewania rozwoju wraz z hormonami afirmującymi płeć (estrogeny, testosteron), co pozwala na stosowanie mniejszych dawek steroidów płciowych. Blokowanie dojrzewania płciowego zostało uznane za odwracalne, ale brak jest długoterminowych badań dotyczących ryzyka z tym związanego, a także konsensusu co do czasu trwania takiego leczenia, z wyjątkiem zalecenia jego przerwania po gonadektomii (Salas-Humara i in., 2019).

Należy w tym miejscu przypomnieć, że w Polsce stosowanie analogów GnRH u nieletnich osób transpłciowych jest terapią off-label. Co więcej, pomimo nacisku na stosowanie blokerów dojrzewania, nie ma pewności, czy takie leczenie nie wzmacnia doświadczanej dysforii, ze względu na brak danych potwierdzających brak wpływu takiego leczenia na identyfikację płciową (Robacha, 2021). Wątpliwości związane ze stosowaniem blokerów dojrzewania płciowego u nieletnich zostały również omówione w pracy Poleszak, Szabata, Szabat, Wójcik, Boreńskiego i in. (2019). To samo zastrzeżenie wydaje się odnosić jeszcze bardziej do wczesnego stosowania sterydów płciowych do afirmacji (trans)płciowej.

Jeszcze dalej idące obawy dotyczące stosowania blokerów dojrzewania przedstawili Richards, Maxwell i McCune (2019), którzy wskazali na utratę pozytywnego wpływu steroidów płciowych na utrwalenie identyfikacji płciowej, zagrażającą dojrzewaniu mózgu nastolatka oraz ograniczone doświadczenie w odniesieniu do przyczyn szybkiego wzrostu zachorowalności na dysfориę płciową, a także do profilu bezpieczeństwa supresji skądinąd prawidłowego dojrzewania płciowego. Istnieje również obawa, że stosowanie blokerów dojrzewania może być czynnikiem utrudniającym identyfikację nastolatków z własną płcią.

Dawniej inicjację hormonów afirmujących płeć zalecano nie wcześniej niż w wieku 16 lat, jednak ostatnie wytyczne Endocrine Society są w tym aspekcie bardziej „elastyczne” (Hembree i in., 2017).

Autorzy amerykańscy (Salas-Humara i in., 2019) są świadomi zagrożeń związanych z terapią hormonalną steroidami płciowymi, takich jak żylna choroba zakrzepowo-zatorowa czy choroby układu krążenia, a także zwiększonego ryzyka depresji i lęku, a nawet samobójstwa (przy czym cel terapii afirmują-

cych płęć definiowany jest przez nich w tym samym dokumencie jako poprawa zdrowia psychicznego i ratowanie życia), dlatego proponują „rozważenie przeprowadzenia z pacjentem i/lub opiekunami analizy ryzyka i korzyści z interwencji medycznych, które mogą nasilać podstawowe ryzyko wystąpienia niektórych działań niepożądanych”.

W zaleceniach WPATH SOC-8 (Coleman i in., 2022) istnieje wyraźna rekomendacja, aby transpłciowe lub zróżnicowane pod względem płci nastolatki były informowane o skutkach interwencji medycznych afirmujących płęć na zdolności rozrodcze, zwłaszcza o ryzyku utraty płodności. Autorzy ci zwracają również uwagę, że przyszłe potrzeby małoletnich w zakresie posiadania biologicznego potomstwa mogą zmieniać się w czasie. Co więcej, podkreślają, że jak dotąd dostępne są jedynie wstępne badania dotyczące oceny decyzji podejmowanych w młodości przez osoby transpłciowe (bez podania odpowiednich cytatów, a opierając się na dowodach z badań nad osobami, które przeżyły choroby nowotworowe w dzieciństwie, podczas gdy jest w rzeczywistości zupełnie odmienna grupa).

Przed podjęciem interwencji afirmujących płęć należy zastanowić się nad możliwym wpływem rówieśników i mediów społecznościowych na postrzeganie przez młodzież własnej płci i związane z tym potrzeby terapeutyczne. Rodzice lub opiekunowie mogą dostarczyć ważnych informacji, zwłaszcza dotyczących nagłej zmiany tożsamości płciowej, związanych z określonymi sytuacjami (Coleman i in., 2022).

Jak wspomniano wcześniej, Endocrine Society zaleca, aby nie dokonywać interwencji chirurgicznych do 18. roku życia (Hembree i in., 2017). Istnieją jednak również sugestie, że niektóre procedury (np. maskulinizacja klatki piersiowej) mogą być dopuszczalne w młodszy wieku (Salas-Humara i in., 2019). Termin „maskulinizacja klatki piersiowej” należy tu rozumieć jako mastektomię (chirurgiczne usunięcie gruczołów piersiowych).

Na ogół wymagane jest również udokumentowanie co najmniej 12-miesięcznego stosowania hormonów afirmujących płęć przed interwencjami chirurgicznymi z powodu dysforii płciowej oraz omówienie z pacjentami odległych wyników takich

zabiegów (Hembree i in., 2017; Salas-Humara i in., 2019), jednak WPATH wymaga jedynie 6-miesięcznego okresu leczenia hormonalnego przed wykonaniem gonadektomii lub „afirmującej płęć” operacji narządów płciowych (Coleman i in., 2022).

W odniesieniu do wieku, w którym pacjent byłby w stanie wyrazić świadomą zgodę, należy wziąć pod uwagę zarówno wiek świadomej zgody prawnej, jak i wystarczającą sprawność umysłową pacjenta (Coleman i in., 2022; Hembree i in., 2017; Salas-Humara i in., 2019). Lekarze różnych specjalności oraz inni profesjonaliści zajmujący się młodzieżą transpłciową powinni być świadomi obowiązujących regulacji prawnych, w szczególności dotyczących nieletnich.

Coleman i in. (2022) stwierdzili, że u części osób młodych doświadczenie różnorodności płciowej może nie skutkować ani dążeniem do wcielenia się w osobę płci przeciwnej niż przypisana przy urodzeniu, ani koniecznością interwencji medycznych. Ponadto zauważyli oni, że wszelkie decyzje o podjęciu interwencji afirmujących płęć bez szczegółowej i multidyscyplinarnej diagnostyki mogą wiązać się z ryzykiem decyzji nieoptymalnych z punktu widzenia najlepszego długoterminowego interesu młodych osób. W cytowanej pracy zwrócono również uwagę na pozytywny wpływ akceptacji i afirmacji na poprawę zdrowia psychicznego (niezależnie od tego, czy podjęto interwencje medyczne).

Pomimo ukazywania się kolejnych rekomendacji, w przypadku dzieci i młodych nastolatków z dysforią płciową nadal nierozwiązane pozostają podstawowe dylematy bioetyczne: pierwszy – dotyczący wyboru sposobu postępowania („ważna obserwacja” niosąca ze sobą ryzyko nasilenia dysforii, czy „afirmacja płci” ze wszystkimi jej konsekwencjami medycznymi) oraz drugi – dotyczący rozbieżności pomiędzy wymogiem uzyskania świadomej zgody pacjenta na nieodwracalne interwencje medyczne związane z potencjalną utratą płodności a zaleceniem wdrażania tych procedur z początkiem okresu dojrzewania płciowego (co zazwyczaj ma miejsce przed osiągnięciem wieku pozwalającego na rozeznanie konsekwencji podejmowanych decyzji i wymaganego dla prawnej zdolności do udzielenia świadomej zgody na zabiegi medyczne) (Baron i Dierckxsens, 2022).

Ostatnim problemem dotyczącym postępowania z pacjentami z dysforią płciową jest niepewność co długoterminowych skutków podejmowanych działań. Potrzebę dalszych badań oceniających wpływ podawania hormonów afirmujących płęć na zdrowie fizyczne i psychiczne pacjentów transpłciowych podkreślają nawet zwolennicy tych terapii (Coleman i in., 2022; Salas-Humara i in., 2019). W niedawno opublikowanym artykule Conflitti, Spaziani, Pallotti, Tarsitano, Di Nisio i in. (2023) zwrócili uwagę na ryzyko niezadowolenia z rezultatów leczenia hormonalnego i operacji potwierdzających płęć oraz żalu z powodu ich przeprowadzenia, zwłaszcza w kontekście utraconej płodności.

Po okresie rozszerzania wskazań do leczenia afirmującego płęć i tendencji do jego rozpoczynania w coraz młodszym wieku, w ostatnich latach pojawiły się przeciwne trendy, i to w krajach, w których do tej pory dozwolone było dość szerokie stosowanie interwencji medycznych. W Szwecji Krajowa Rada ds. Zdrowia i Opieki Społecznej (Socialstyrelsen, 2022), centralny organ krajowy ds. usług społecznych i zdrowotnych podlegający Ministerstwu Zdrowia i Spraw Socjalnych, stwierdziła, że ryzyko związane z blokerami dojrzewania i hormonami „potwierdzającymi” płęć „przeważa obecnie nad możliwymi korzyściami” dla nieletnich oraz, że „leczenie powinno być oferowane tylko w wyjątkowych przypadkach”, pomimo wcześniejszej zgody na tego typu interwencje w 2015 r. Za zmianą podejścia przemawiają trzy okoliczności: utrzymujący się brak dowodów naukowych dotyczących zarówno skuteczności, jak i bezpieczeństwa kuracji hormonalnych oferowanych młodzieży z niezgodnością płciową, nowa wiedza na temat zjawiska detranzycji młodych dorosłych, którzy przeszli terapię afirmującą płęć (Littman, 2021) oraz niewyjaśniony wzrost liczby nastolatków (zwłaszcza zarejestrowanych jako dziewczęta) poszukujących opieki z powodu niezgodności płciowej. Co więcej, władze szwedzkie (Socialstyrelsen, 2022) rekomendują stosowanie się do zaleceń psychiatrów sprzed ponad 20 lat: Cohen-Kettenis i van Goozen (1997) oraz Smith, van Goozen i Cohen-Kettenis (2001). Podobne tendencje w innych krajach opisano w niedawnym artykule (Black, 2023).

W tym miejscu warto jeszcze raz przypomnieć, że jedynym celem terapii afirmatywnych jest poprawa zdrowia psychicznego poprzez zmianę fenotypu (długorzędkowych i trzeciorzędkowych cech płciowych). Terapie hormonalne i nieodwracalne interwencje chirurgiczne podejmowane są u osób z prawidłową budową i funkcją narządów płciowych i gonad, a przywrócenie stanu sprzed ich przeprowadzenia jest niezwykle trudne, a w większości przypadków wręcz niemożliwe.

W odniesieniu do dzieci i młodzieży z dysforią lub niezgodnością płci wydaje się też być niedostatecznie brany pod uwagę aspekt szeroko rozumianego niezadowolenia z ciała, które może pojawiać się z różnych przyczyn. W populacji ogólnej niezadowolenie z ciała może być związane z problemami natury psychologicznej (nastój depresyjny, zaburzenia odżywienia, niska samoocena). Udokumentowano, że wśród dzieci z niezgodnością płciową większe niezadowolenie z ciała związane z wyglądem okolic płciowych korelowało z problemami psychologicznymi (Verveen, van der Miesen, de Graaf, Kreukels, de Vries, A i Steensma, 2023).

7. Szczególne problemy w opiece nad dziećmi i młodzieżą z dysforią płciową

Terapia „afirmująca płęć” jest stosowana u osób z dysforią płciową, tj. odczuwających dyskomfort związany z własnymi cechami płciowymi, u których płęć metrykalna, gonadalna i fenotypowa są zgodne i nie stwierdza się choroby somatycznej dotyczącej gruczołów i narządów płciowych. Interwencje hormonalne, a zwłaszcza zabiegi chirurgiczne o nieodwracalnym charakterze wiążą się z pozbawieniem pacjenta prawidłowych gonad (jajników, jąder) i/lub narządów płciowych, co może mieć dalece negatywny wpływ na stan psychiczny w przypadku chęci powrotu do pierwotnej płci lub nawet tylko stwierdzenia, że zmiana płci nie spełniła oczekiwań dotyczących rozwiązania problemów natury psychicznej, a dodatkowo miała negatywne konsekwencje dla zdrowia prokreacyjnego. Biorąc pod uwagę możliwą labilność psychiczną nastolatków, także w zakresie

Tabela 3. Powikłania terapii hormonalnych i zabiegów chirurgicznych „afirmujących płeć”

Osoby K/M	Osoby M/K
Terapie hormonalne	
Blokery dojrzewania płciowego	
Blokowanie prawidłowo przebiegającego dojrzewania płciowego u somatycznie zdrowych osób Zwolnienie tempa wzrastania (zmniejszenie pokwitaniowego skoku wzrostowego) Niekorzystny wpływ na gęstość mineralną kośćca i skład ciała	
Pierwotny lub wtórny brak miesiączki Słaby rozwój lub zanik gruczołów piersiowych	Zahamowanie rozwoju jąder Upośledzenie sekrecji testosteronu Zahamowanie spermatogenezy
Steroidy płciowe	
Testosteron	Estrogeny
Zazwyczaj przyspieszenie tempa wzrastania, ale możliwe skrócenie okresu wzrastania przy wczesnym podaniu wysokich dawek testosteronu (niższy wzrost końcowy)	Skrócenie okresu wzrastania przy wczesnym podaniu wysokich dawek estrogenów (niższy wzrost końcowy)
Przerost łechtaczki Atrofia nabłonka pochwy Nasilenie trądziku Łysienie androgenowe Obniżenie głosu Zmiany sylwetki ciała	Hipogonadyzm hipogonadotropowy (niedobór testosteronu) Hiperprolaktynemia Ginekomastia Eunuchoidalna sylwetka Przyrost tkanki tłuszczowej
Zwiększone ryzyko chorób zakrzepowo-zatorowych / chorób układu sercowo-naczyniowego	
Potencjalnie zwiększone ryzyko raka piersi, raka macicy i raka jajnika	Potencjalnie zwiększone ryzyko raka piersi i raka prostaty
Zabiegi chirurgiczne	
Wycięcie jajników	Wycięcie jąder
Trwała i nieodwracalna bezpłodność (możliwości kriokonserwacji ograniczone do dojrzałych gonad) Trwały i nieodwracalny niedobór estrogenów	Trwała i nieodwracalna bezpłodność (możliwości kriokonserwacji ograniczone do dojrzałych gonad i plemników) Trwały i nieodwracalny niedobór testosteronu
Wycięcie macicy	Usunięcie prącia
Utrata możliwości zajścia w ciążę (za wyjątkiem przeszczepu macicy dawczyni)	Trwała zmiana wyglądu i utrata funkcji zewnętrznych narządów płciowych męskich
Zabiegi „rekonstrukcyjne” narządów płciowych	
Przetoki cewkowo-skinne i zwężenia cewki moczowej	Przetoki odbytniczo-pochwowe

własnej identyfikacji płciowej, konieczna wydaje się daleko idąca ostrożność w podejmowaniu tego typu procedur medycznych u osób małoletnich.

Stwierdzenie to wydaje się szczególnie istotne w kontekście dramatycznie rosnącej liczby nastolatków (zwłaszcza dziewcząt) deklarujących niezgodność płciową. Istnieją dowody na to, że wyjaśnienie tego trendu powinno uwzględniać wpływ mediów i kultury (Marianowicz-Szczygieł, 2022). Jak udokumentowano w niedawnym badaniu, w Polsce młode osoby transpłciowe czerpią informacje o terapii hormonalnej lub zabiegach chirurgicznych głównie z Internetu (Gawlik i in, 2022). Związek między występowaniem dysforii a funkcjonowaniem w gru-

pie rówieśniczej, w której znajdują się inne osoby identyfikujące się jako transpłciowe potwierdziło też badanie ankietowe dotyczące amerykańskich nastolatków (Littman, 2018).

Młodzi ludzie wpisujący hasło „transzycja” mogą trafić w pierwszej kolejności np. do portalu. TRANZYCYJA.PL, gdzie znajdą informacje wskazujące jednoznacznie, że „po uzgodnieniu płci w toku transzycji medycznej i/lub społecznej niezgodność płciowa ulega wyleczeniu”, co może zachęcać do podejmowania takich działań bez uświadomienia ich rzeczywistych konsekwencji. W tej sytuacji konieczne jest dostarczenie wszystkim osobom z problemem niezgodności płciowej rzetelnych informacji o moż-

liwościach i ograniczeniach współczesnej medycyny we wszystkich aspektach terapii, jeszcze przed jej rozpoczęciem.

Pomijając skądinąd bardzo istotne aspekty prawne, bioetyczne i religijne (wykraczające poza zakres opracowania) związane z podejmowaniem nieodwracalnych interwencji medycznych u osób z dysforią płciową oraz pobieraniem i zamrażaniem tkanek gonad lub gamet w celu uzyskania w przyszłości biologicznego potomstwa na drodze technik wspomaganego rozrodu, a biorąc pod uwagę jedynie ograniczenia „techniczne” na obecnym etapie rozwoju medycyny, należy podkreślić, że w przypadku dzieci i młodzieży (zwłaszcza w początkowych stadiach dojrzewania płciowego) zachowanie płodności i zdrowia prokreacyjnego wymaga co najmniej odroczenia w czasie (a w miarę możliwości uniknięcia) stosowania terapii hormonalnych oraz zabiegów chirurgicznych, w szczególności polegających na usunięciu gonad i narządów płciowych.

Podsumowanie

Osoby z problemami z kręgu dysforii płciowej i niezgodności płci wymagają w każdym przypadku indywidualnego (spersonalizowanego) postępowania, z zachowaniem poszanowania ich godności i sposobu odczuwania własnej płci. Udzielenie rzeczywistej pomocy takim osobom wymaga wszechstronnej wiedzy fachowej (a zatem powinno być realizowane w zespole wielospecjalistycznym) oraz świadomości nie tylko możliwości, ale przede wszystkim ograniczeń oferowanych terapii i nieodwracalnego charakteru niektórych interwencji medycznych. Ma to szczególne znaczenie w odniesieniu do dzieci i młodzieży, u których przed podjęciem leczenia trzeba z jednej strony wykluczyć wady rozwojowe, zaburzenia genetyczne i hormonalne, a z drugiej – mieć na uwadze poszukiwanie własnej tożsamości płciowej, przejściowe identyfikowanie się z płcią odmienną od własnej płci biologicznej w okresie dojrzewania płciowego, czy wreszcie wpływ grupy rówieśniczej i/lub mediów społecznościowych. Wydaje się, że skala potencjalnych i udokumentowanych powikłań terapii hormonalnych i interwencji chirurgicznych (p.

Tabela 3) oferowanych pacjentom w celu „afirmacji płci” uzasadnia odroczenie ich przeprowadzania do okresu po uzyskaniu pełnoletniości, kiedy możliwe jest szczegółowe omówienie ich rzeczywistego charakteru oraz uzyskanie w pełni świadomej zgody. Takie podejście może zarazem uchronić osoby małoletnie przed konsekwencjami podejmowanych procedur medycznych, których nie były one w pełni świadome, nawet, jeśli sądziły, że zrozumiały otrzymane informacje, a dodatkowo posiadają „wiedzę” od rówieśników czy ze stron internetowych prowadzonych przez propagatorów „tranzycji”.

Podstawowym warunkiem podejmowania jakichkolwiek interwencji medycznych powinno być omówienie z pacjentem i rodzicami konsekwencji stosowania preparatów hormonalnych, także tych odległych i niedostatecznie oszacowanych, z uwzględnieniem bezpłodności oraz aspektów onkologicznych. Nie wolno odstępować od wykluczenia innych przyczyn braku akceptacji własnej płci, co wiąże się z koniecznością przeprowadzenia rzetelnej i pogłębionej oceny psychologicznej, czy nawet psychiatrycznej. Pacjenci z problemami w sferze identyfikacji płciowej powinni otrzymać odpowiednią pomoc psychologiczną, z pełnym poszanowaniem ich godności i zrozumieniem przeżywanego przez nich cierpienia. Niezbędna jest przy tym indywidualizacja i optymalizacja postępowania w każdym przypadku. Należy mieć na uwadze edukację w zakresie postępowania z dziećmi i młodzieżą z dysforią płciową personelu placówek medycznych i oświatowych (lekarze rodzinni i pediatrzy, nauczyciele, pedagodzy i psycholodzy szkolni, katecheci). Brak wiedzy merytorycznej, czy opieranie się na informacjach medialnych mogą przynieść wiele szkody, a z kolei brak empatii może prowadzić do utraty zaufania i tak już poranionego młodego człowieka. Z drugiej strony nie wolno unikać precyzyjnego przedstawienia osobie małoletniej rzeczywistego charakteru działań medycznych, które mają być wobec niej podejmowane. Należy zastanowić się nad używaną terminologią, gdzie *de facto* okaleczające zabiegi i stosowanie leków prowadzących do istotnych, a niekiedy nieodwracalnych zmian w funkcjonowaniu organizmu, w tym bezpłodności, określane są eufemistycznie jako „afirmujące”. Dodatkowo brak jest w społeczeństwie rzetelnej wiedzy

o skali przejściowych zaburzeń tożsamości płciowej wśród dzieci i młodzieży, przy czym takie informacje nie są przekazywane przez zwolenników wczesnego podejmowania tzw. „terapii afirmujących”.

W systemowym podejściu do trudności przeżywanych przez dzieci i młodzież z problemami z kręgu dysforii płciowej pomocne byłoby z pewnością wypracowanie krajowych standardów opieki psychologicznej i medycznej w oparciu o udokumentowaną wiedzę, ze szczególnym uwzględnieniem odrębności poszczególnych etapów rozwoju (dzieciństwo, okres nastoletni, osoby dorosłe) oraz powikłań lub braku dostatecznych dowodów bezpieczeństwa procedur medycznych proponowanych przez niektóre gremia uważające się za ekspertów w omawianej dziedzinie. Poprawa sytuacji w zakresie opieki nad dziećmi i młodzieżą z zaburzeniami z kręgu dysforii płciowej

i niezgodności płciowej wymaga z pewnością merytorycznej dyskusji nad omawianymi zagadnieniami, zarówno w gronie autorytetów naukowych i osób sprawujących bezpośrednio opiekę nad dziećmi i młodzieżą, jak i odpowiednich działań legislacyjnych i organizacyjnych, z uwzględnieniem przede wszystkim ochrony małoletnich przed zbyt łatwym podejmowaniem wobec nich nieodwracalnych lub potencjalnie nieodwracalnych interwencji medycznych, czy też procedur o nie w pełni udokumentowanym bezpieczeństwie i skuteczności. Wydaje się, że należy wykorzystać doświadczenia nie tylko krajów rozwijających terapie „afirmujące płeć”, ale także – a może nawet przede wszystkim – krajów i zespołów ekspertów, które wycofują się z przyzwolenia na przeprowadzanie takich procedur na rzecz postępowania bardziej zachowawczego i opieki psychologicznej.

Bibliografia

- Agencja Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji, Wydział Oceny Technologii Medycznych, (2023). *Cyproteron i estradiol we wskazaniu: Transseksualizm (ICD10: F64.0)*. (From:) https://bipold.aotm.gov.pl/assets/files/off/2023/RPT/OT.422.1.9-10.2023_cyproteron_estradiol_07042023.pdf (access: 09.07.2023).
- Åhs, J.W., Dhejne, C., Magnusson, C., Dal, H., Lundin, A., et al. (2018). Proportion of adults in the general population of Stockholm County who want gender-affirming medical treatment. *PLoS One*, 13(10), e0204606. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0204606>
- Alcon, A., Kennedy, A., Wang, E., Piper, M., Loeliger, K., et al. (2021). Quantifying the Psychosocial Benefits of Masculinizing Mastectomy in Trans Male Patients with Patient-Reported Outcomes: The University of California, San Francisco, Gender Quality of Life Survey. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 147(5), 731e-740e. <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000007883>
- American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, (2018). Policy Statement. *Conversion Therapy*. (From:) https://www.aacap.org/AACAP/Policy_Statements/2018/Conversion_Therapy.aspx (access: 09.07.2023).
- American Psychiatric Association, (2006). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th ed., Text Revision). *The American Journal of Psychiatry*, 152(8). <https://doi.org/10.1176/ajp.152.8.1228>
- American Psychiatric Association, (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://psynet.apa.org/doi/10.1176/appi.books.9780890425596>
- American Psychiatric Association, (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.) <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Barnard, J.T., Cakir, O.O., Ralph, D., Yafi, F.A. (2021). Technological Advances in Penile Implant Surgery. *The Journal of Sexual Medicine*, 18(7), 1158–1166. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2021.04.011>
- Baron, T., Dierckxsens, G. (2022) 'Two dilemmas for medical ethics in the treatment of gender dysphoria in youth. *Journal of Medical Ethics*, 48(9), 603–607. <https://doi.org/10.1136/medethics-2021-107260>
- van Bever, Y., Brüggewirth, H.T., Wolffenbuttel, K.P., Desens, A.B., Groenenberg, I.A.L., et al. (2020). Under-reported aspects of diagnosis and treatment addressed in the Dutch-Flemish guideline for comprehensive diagnostics in disorders/differences of sex development. *Journal of Medical Genetics*, 57(9), 581–589. <https://doi.org/10.1136/jmedgenet-2019-106354>
- Black, J. (2023). Gender dysphoria in young people is rising – and so is professional disagreement. *British Medical Journal*, 380–382. <https://doi.org/10.1136/bmj.p382>
- Butler, G., De Graaf, N., Wren, B., Carmichael, P. (2018). 'Assessment and support of children and adolescents with gender dysphoria, *Archives of Disease in Childhood*, 103(7), 631–636. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2018-314992>
- van Caenegem, E., Wierckx, K., Elaut, E., Buysse, A., Dewaele, A., et al. (2015). Prevalence of Gender Nonconformity in Flanders, Belgium. *Archives of Sexual Behavior*, 44(5), 1281–1287. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0452-6>
- Charakterystyka produktu leczniczego "Androtop". (From:) <https://rejestrymedyczne.ezdrowie.gov.pl/api/rpl/medicinal-products/35836/characteristic> (access: 09.07.2023).
- Charakterystyka produktu leczniczego "Testosteronum prolongatum". (From:) <https://rejestrymedyczne.ezdrowie.gov.pl/api/rpl/medicinal-products/19508/characteristic> (access: 09.07.2023).
- Chlebowski, R.T., Manson, J.E., Anderson, G.L., Cauley, J.A., Aragaki, A.K., et al. (2013). Estrogen plus progestin and breast cancer incidence and mortality in the Women's Health Initiative Observational Study. *Journal of the National Cancer Institute*, 105(8), <https://doi.org/10.1093/jnci/djt043>

- Cohen-Kettenis, P.T., van Goozen, S.H. (1997). Sex reassignment of adolescent transsexuals: a follow-up study. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(2), 263-271.
- Colebunders, B., Brondeel, S., D'Arpa, S., Hoebeke, P., Monstrey, S. (2017). An Update on the Surgical Treatment for Transgender Patients. *Sexual Medicine Reviews*, 5(1), 103-109. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2016.08.001>
- Coleman, E., Bockting, W., Botzer, M., Cohen-Kettenis, P., DeCuypere, G., et al. (2012). Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7. *International Journal of Transgenderism*, 13(4), 165-232. <https://doi.org/10.1080/15532739.2011.700873>
- Coleman, E., Radix, A.E., Bouman, W.P., Brown, G.R., de Vries, A.L. C., et al. (2022). Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *International Journal of Transgender Health*, 23(S1), S1-S259. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>
- Conflitti, A.C., Spaziani, M., Pallotti, F., Tarsitano, M.G., Di Nisio, A., Paoli, D., Lombardo, F. (2023). Update on bioethical, medical and fertility issues in gender incongruence during transition age. *Journal of Endocrinological Investigation*, Apr 18 (ahead of print). <https://doi.org/10.1007/s40618-023-02077-5>
- Crissman, H.P., Berger, M.B., Graham, L.F., Dalton, V.K. (2017). Transgender demographics: A household probability sample of US adults, 2014. *American Journal of Public Health*, 107(2), 213-215. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2016.303571>
- D'Angelo, R., Sylunik, E., Ayad, S., Marchiano, L., Kenny, D.T., Clarke, P. (2021). One Size Does Not Fit All: In Support of Psychotherapy for Gender Dysphoria. *Archives of Sexual Behavior*, 50(1), 7-16. <https://doi.org/10.1007/s10508-020-01844-2>
- Day, D.-L., Klit, A., Lang, C.L., Mejdahl, M.K., Holmgaard, R. (2023). High Self-Reported Satisfaction After Top Surgery in Gender-Affirming Surgery: A Single-Center Study. *Transgender Health*, 8(2), 124-129. <https://doi.org/10.1089/trgh.2021.0091>
- 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>
- Eisenberg, M.E., Gower, A.L., McMorris, B.J., Rider, G.N., Shea, G., Coleman, E. (2017). Risk and Protective Factors in the Lives of Transgender/Gender Nonconforming Adolescents. *The Journal of Adolescent Health*, 61(4), 521-526. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.04.014>
- Friesen, L., Söder, O., Rydelius, P. (2017). Kraftig ökning av könsdysfori bland barn och unga. *Läkartidningen*, 114, 1-5. (From: <https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/artiklar-1/klinisk-oversikt/2017/02/kraftig-okning-av-konsdysfori-bland-barn-och-unga> (access: 09.07.2023)).
- Gawlik, A., Antosz, A., Kasperek, K., Nowak, Z., Grabski, B. (2022). Gender confirmation hormonal treatment use in young Polish transgender binary and non-binary persons. *Endokrynologia Polska*, 73(6), 922-927. <https://doi.org/10.5603/EP.a2022.0088>
- Glntborg, D., T'Sjoen, G., Ravn, P. and Andersen, M.S. (2021). Management of Endocrine Disease: Optimal feminizing hormone treatment in transgender people. *European Journal of Endocrinology*, 185(2), R49-R63. <https://doi.org/10.1530/EJE-21-0059>
- Gottlieb, L. and Cripps, C. (2023) 'An update on gender-affirming phallus construction using the radial forearm free-flap.', *Neurology and Urodynamics*, 42(5), 963-972. <https://doi.org/10.1002/nau.25103>
- Grabski, B., Rachóń, D., Czernikiewicz, W., Dulko, S., Jakima, S., et al. (2020). Zalecenia Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego dotyczące opieki nad zdrowiem dorosłych osób transpłciowych–stanowisko panelu ekspertów. *Psychiatria Polska*, 187, 1-8. <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/125785>
- Hembree, W.C., Cohen-Kettenis, P.T., Gooren, L., Hannema, S.E., Meyer, W.J., et al. (2017) Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric / Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline, *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 102(11), 3869-3903. <https://doi.org/10.1210/jc.2017-01658>
- Indremo, M., Jodensvi, A.C., Arinell, H., Isaksson, J., Papadopoulos, F.C. (2022). Association of Media Coverage on Transgender Health With Referrals to Child and Adolescent Gender Identity Clinics in Sweden. *JAMA Network Open*, 5(2), e2146531. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.46531>
- Jarin, J., Pine-Twaddell, E., Trotman, G., Stevens, J., Conard, L.A., Tefera, E., Gomez-Lobo, V. (2017). Cross-Sex Hormones and Metabolic Parameters in Adolescents With Gender Dysphoria. *Pediatrics*, 139(5). <https://doi.org/10.1542/peds.2016-3173>
- Jasuja, G.K., de Groot, A., Quinn, E.K., Ameli, O., Hughto, J.M.W., et al. (2020). Beyond Gender Identity Disorder Diagnoses Codes: An Examination of Additional Methods to Identify Transgender Individuals in Administrative Databases. *Medical Care*, 58(10), 903-911. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001362>
- Johns, M.M., Lowry, R., Andrzejewski, J., Barrios, L.C., Demissie, Z., McManus, T., Rasberry, C.N., Robin, L., Underwood, J.M. (2019). Transgender Identity and Experiences of Violence Victimization, Substance Use, Suicide Risk, and Sexual Risk Behaviors Among High School Students—19 States and Large Urban School Districts, 2017. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 68(3), 67-71. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6803a3>
- Kuyper, L., Wijzen, C. (2014). Gender identities and gender dysphoria in the Netherlands. *Archives of Sexual Behavior*, 43(2), 377-385. <https://doi.org/10.1007/s10508-013-0140-y>
- Lehmann, K., Leavey, G. (2023). Systematic review: Psychological/psychosocial interventions for the families of gender diverse youth under 18 years old. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 28(3), 1160-1174. <https://doi.org/10.1177/13591045231169093>
- Littman, L. (2018). Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. *PLoS One*, 13(8), e0202330. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202330>
- 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), 353-3369. <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02163>
- van der Loos, M.A. T.C., Klink, D.T., Hannema, S.E., Bruinsma, S., Steensma, T.D., et al. (2023). Children and adolescents in the Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria: trends in diagnostic- and treatment trajectories during the first 20 years of the Dutch Protocol. *The Journal of Sexual Medicine*, 20(3), 398-409. <https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdac029>
- 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>

- Matsuno, E., Israel, T. (2018). Psychological interventions promoting resilience among transgender individuals: Transgender resilience intervention model (TRIM). *The Counseling Psychologist*, 46(5), 632–655. <https://doi.org/10.1177/0011000018787261>
- Medycyna praktyczna. Indeks leków. Estradiol. (From:) <https://indeks.mp.pl/leki/desc.php?id=256> (access: 09.07.2023).
- Mędraś, M., Józków, P. (2010). Transseksualizm — aspekty diagnostyczne i terapeutyczne. *Endokrynologia Polska*, 61, 412–416.
- Nordenström, A., Ahmed, S.F., van den Akker, E., Blair, J., Bonomi, M., et al. (2022). Pubertal induction and transition to adult sex hormone replacement in patients with congenital pituitary or gonadal reproductive hormone deficiency: an Endo-ERN clinical practice guideline. *European Journal of Endocrinology*, 186(6), G9–G49. <https://doi.org/10.1530/EJE-22-0073>
- Pasternak, K., Francis, D.O. (2019). An update on treatment of voice-gender incongruence by otolaryngologists and speech-language pathologists. *Current Opinion in Otolaryngology & Head and Neck Surgery*, 27(6), 475–481. <https://doi.org/10.1097/moo.0000000000000582>
- Poleszak, J., Szabat, P., Szabat, M., Wójcik, M., Boreński, G., Janowska, M., Karakuła, H. (2019). Suppression of puberty with GnRH analogues in adolescents with Gender Dysphoria. *Journal of Education, Health and Sport*, 9(9), 378–385.
- Poudrier, G., Nolan, I.T., Cook, T.E., Saia, W., Motosko, C.C., et al. (2019). Assessing Quality of Life and Patient-Reported Satisfaction with Masculinizing Top Surgery: A Mixed-Methods Descriptive Survey Study. *Plastic and Reconstructive Surgery*, 143(1), 272–279. <https://doi.org/10.1097/PRS.0000000000000513>
- Reisner, S.L., Poteat, T., Keatley, J., Cabral, M., Mothopeng, T., Dunham, E., Holland, C.E., Max, R., Baral, S.D. (2016). Global health burden and needs of transgender populations: a review. *Lancet*, 388(10042), 412–436. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)00684-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)00684-X)
- Richards, C., Maxwell, J., McCune, N. (2019). Use of puberty blockers for gender dysphoria: A momentous step in the dark. *Archives of Disease in Childhood*, 104(6), 611–612. <https://doi.org/10.1136/archdischild-2018-315881>
- Robacha, A. (2021). Zaburzenia płci psychicznej. (W:) J. Słowińska-Hilczner (red.), *Andrologia. Zdrowie mężczyzny od fizjologii do patologii*, 103–119, Warszawa: PZW.
- Robinson, I.S., Blasdel, G., Cohen, O., Zhao, L.C., Bluebond-Langner, R. (2021). Surgical Outcomes Following Gender Affirming Penile Reconstruction: Patient-Reported Outcomes From a Multi-Center, International Survey of 129 Transmasculine Patients. *The Journal of Sexual Medicine*, 18(4), 800–811. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2021.01.183>
- Roden, R.C. (2023). Reversible interventions for menstrual management in adolescents and young adults with gender incongruence. *Therapeutic Advances in Reproductive Health*, 17, 26334941231158252. <https://doi.org/10.1177/26334941231158251>
- Rodriguez-Wallberg, K., Obedin-Maliver, J., Taylor, B., Van Mello, N., Tilleman, K., Nahata, L. (2023). 'Reproductive health in transgender and gender diverse individuals: A narrative review to guide clinical care and international guidelines. *International Journal of Transgender Health*, 24(1), 7–25. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2035883>
- Salas-Humara, C., Sequeira, G.M., Rossi, W. and Dhar, C.P. (2019). Gender affirming medical care of transgender youth, *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 49(9). <https://doi.org/10.1016/j.cppeds.2019.100683>
- Smoczyńska, J. (2020). Okres prekonceptyjny i ciąża jako czas troski o zdrowie prokreacyjne potomstwa – znaczenie mechanizmów epigenetycznych. *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, 43(3), 223–237. <https://doi.org/10.34766/fetr.v43i3.307>
- Smoczyńska, J. (2021). Aspekty endokrynologiczne diagnostyki i terapii osób transseksualnych. (W:) B. Kmiecik (red.), *Między chromosomem a paragrafem*, 13–35, Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Wymiaru Sprawiedliwości.
- Smith, Y.L., van Goozen, S.H., Cohen-Kettenis, P.T. (2001). Adolescents with gender identity disorder who were accepted or rejected for sex reassignment surgery: a prospective follow-up study. *Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(4), 472–81.
- Socialstyrelsen: National Board of Health and Welfare (2022). *Care of children and adolescents with gender dysphoria. Report 2022-3-7799*. (From:) <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2022-3-7799.pdf> (access: 09.07.2022).
- Statistics Canada, (2022). *Canada is the first country to provide census data on transgender and non-binary people*. (From:) <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/daily-quotidien/220427/dq220427b-eng.pdf?st=I3VW0jgh> (access: 10.07.2023).
- TRANZYCYJA.PL Aktualności (2022) Co oznaczają zmiany w klasyfikowaniu transpłciowości w ICD-11? (From:) <https://tranzycja.pl/aktualnosci/zmiany-w-klasyfikacji-icd11/> (access: 10.07.2023).
- Turban, J.L., Beckwith, N., Reisner, S.L., Keuroghlian, A.S. (2020). Association between recalled exposure to gender identity conversion efforts and psychological distress and suicide attempts among transgender adults. *JAMA Psychiatry*, 77(1), 68–76. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.2285>
- U.S. Food and Drug Administration (2014). *FDA evaluating risk of stroke, heart attack and death with FDA-approved testosterone products. Safety Announcement* [01-31-2014].
- Verveen, A., van der Miesen, A.I. R., de Graaf, N.M., Kreukels, B.P. C., de Vries, A.L. C., Steensma, T.D. (2023). Body Image in Adolescents with Gender Incongruence and Its Association with Psychological Functioning. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(4). <https://doi.org/10.3390/ijerph20043349>
- Vita, R., Settineri, S., Liotta, M., Benvenga, S., Trimarchi, F. (2018). Changes in hormonal and metabolic parameters in transgender subjects on cross-sex hormone therapy: A cohort study. *Maturitas*, 107, 92–96. <https://doi.org/10.1016/j.maturitas.2017.10.012>
- Wang, B., Hengel, R., Ren, R., Tong, S. and Bach, P.V. (2020). Fertility considerations in transgender patients. *Current Opinion in Urology*, 30(3), 349–354. <https://doi.org/10.1097/MOU.0000000000000748>
- World Health Organization, (2018). *International Classification of Diseases 11th Revision*. (From:) <https://icd.who.int/en> (access: 09.07.2023).
- World Health Organization, (2019). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision (ICD-10)-WHO Version for 2019-covid-expanded* (From:) <https://icd.who.int/browse10/2019/en#/F60-F69> (access: 09.07.2023).
- Zazula, M. (2021). Transseksualizm i geny. (W:) B. Kmiecik (red.), *Między chromosomem a paragrafem*, 37–60, Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Wymiaru Sprawiedliwości.