

## Raport Cass 2024 4/6

Ostateczny raport dr Hilary Cass analizujący dotychczasowe świadczenia kliniczne NHS dla dzieci i młodzieży dotkniętych dysforią płciową oraz ogólny stan tzw. pediatrycznej "medycyny gender"

Apr 18, 2024

Independent review of gender identity services for children and young people

# Understanding the patient cohort

Tłumaczenie Magda Lewandowska

Grupa tłumaczek WOKiEm

<https://wokiem.substack.com/>

## ZROZUMIENIE KOHORTY PACJENTÓW

W tej części raportu przedstawiono, co obecnie wiadomo na temat charakterystyki dzieci i młodych ludzi, którzy szukają wsparcia NHS w zakresie inkongruencji i/lub dysforii płciowej oraz rozważono, co może być przyczyną wzrostu częstości występowania oraz zmiany [demograficznej w populacji] doświadczającej tych zaburzeń.

W ramach zakresu uprawnień (Załącznik 1), Przegląd został poproszony o zbadanie "przyczyn wzrostu liczby skierowań, powodów, dla których wzrost ten dotyczył nieproporcjonalnie dziewcząt, a także implikacji tych kwestii".

[Te pytania] sięgają sedna niektórych z głównych kontrowersji w tej dziedzinie, w szczególności natury i przyczyn inkongruencji i dysforii płciowej, [które to zagadnienia] mają z kolei wpływ na [formułowanie] odpowiedniej reakcji klinicznej.

Nierozważenie przyczyny, potencjalnych wpływów i czynników przyczyniających się może prowadzić do przyjmowania spolaryzowanych stanowisk. Potrzebna jest wyważona dyskusja na temat tego, jak najlepiej zrozumieć i odpowiednio leczyć dzieci i młodzież [znajdujące się] w centrum tej debaty.

## **Wyjaśnienie 5:**

### **Inkongruencja płciowa**

Wyraźna i utrzymująca się inkongruencja między doświadczaną przez daną osobę tożsamością płciową i przypisaną płcią [czyli płcią biologiczną tej osoby, przyp. tt.] (ICD-11).

### **Tożsamość płciowa**

Klinicznie istotne cierpienie psychologiczne lub upośledzenie funkcji (DSM-5)

---

## **5. Zmiany w profilu pacjentów**

5.1 W czasie przeprowadzania Przeglądu długie listy oczekujących na dostęp do usług klinicznych były poważnym problemem dla NHS i wszystkich osób wspierających tę grupę dzieci i młodzieży. Świadczenia w zakresie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży (CAMHS) oraz usługi pediatryczne są w całej Wielkiej Brytanii są przeciążone, ale jak podkreślono w raporcie okresowym Przeglądu, dzieci i młodzież kwestionujące tożsamość płciową wydają się być nieproporcjonalnie pokrzywdzone, bo, znajdując się na liście oczekujących na świadczenia związane z tożsamością płciową, często są pomijane przez lokalne kliniki [zajmujące się ogólnym zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży].

5.2 Zrozumienie liczby skierowań nie jest wystarczającą podstawą dla NHS do planowania świadczeń związanych z tożsamością płciową dla dzieci i młodzieży. Pod tymi liczbami kryje się grupa młodych ludzi, którzy często mają szereg potrzeb i/lub powiązanych zaburzeń. Każdy projekt świadczeń musi uwzględniać holistyczne potrzeby [tej grupy], a nie tylko [ich zaburzenia związane z] tożsamością płciową.

### **Źródła informacji**

5.3 W celu zrozumienia profilu pacjentów wykorzystano kilka źródeł informacji. Obejmowały one:

- przegląd systematyczny (Taylor i in.: Charakterystyka pacjenta)
- dane z Clinical Practice Research Datalink (CPRD), bazy danych zawierającej zanonimizowane dane pacjentów z gabinetów lekarskich w całej Wielkiej Brytanii
- audyt danych dotyczących skierowań do GIDS [kliniki w Tavistock, przyp. tt.], przeprowadzony przez NHS Arden & GEM Commissioning Support Unit
- informacje od kolegów z zagranicy
- dyskusje z szeregiem pracowników klinicznych w ramach spotkań przy okrągłym stole i spotkań indywidualnych. Przedstawione punkty to te, w których perspektywa kliniczna była spójna.

5.4 W przeglądzie systematycznym (Taylor i in.: Charakterystyka pacjentów) zbadano liczbę dzieci i młodzieży w wieku do 18 lat skierowanych do specjalistycznych usług NHS w zakresie tożsamości płciowej lub endokrynologii. Celem [tego audytu] było ustalenie czy zmiany w charakterystyce populacji zgłaszane przez różne krajowe kliniki znalazły odzwierciedlenie w opublikowanych dowodach [naukowych] oraz jak populacja zmieniała się w czasie.

5.5 Łącznie 131 publikacji naukowych spełniło kryteria włączenia do przeglądu systematycznego. Obejmowały one szeroką bazę międzynarodowych [publikacji], ale pochodziły głównie z Ameryki Północnej, Europy i Australii.

5.6 Z dokumentów badawczych zostały zebrane informacje na temat danych demograficznych, tożsamości płciowej, zdrowia psychicznego, zaburzeń neurorozwojowych i niekorzystnych doświadczeń z dzieciństwa [np. utraty rodzica, przebywanie w domu opieki, molestowanie seksualne itp., przyp. tt.].

5.7 Porównywalne dane liczbowe, znalezione w różnych badaniach, zostały połączone w celu lepszego zrozumienia [populacji]. Tam, gdzie dane liczbowe nie były dostępne, autorzy opisali wyniki badań w formie narracyjnej.

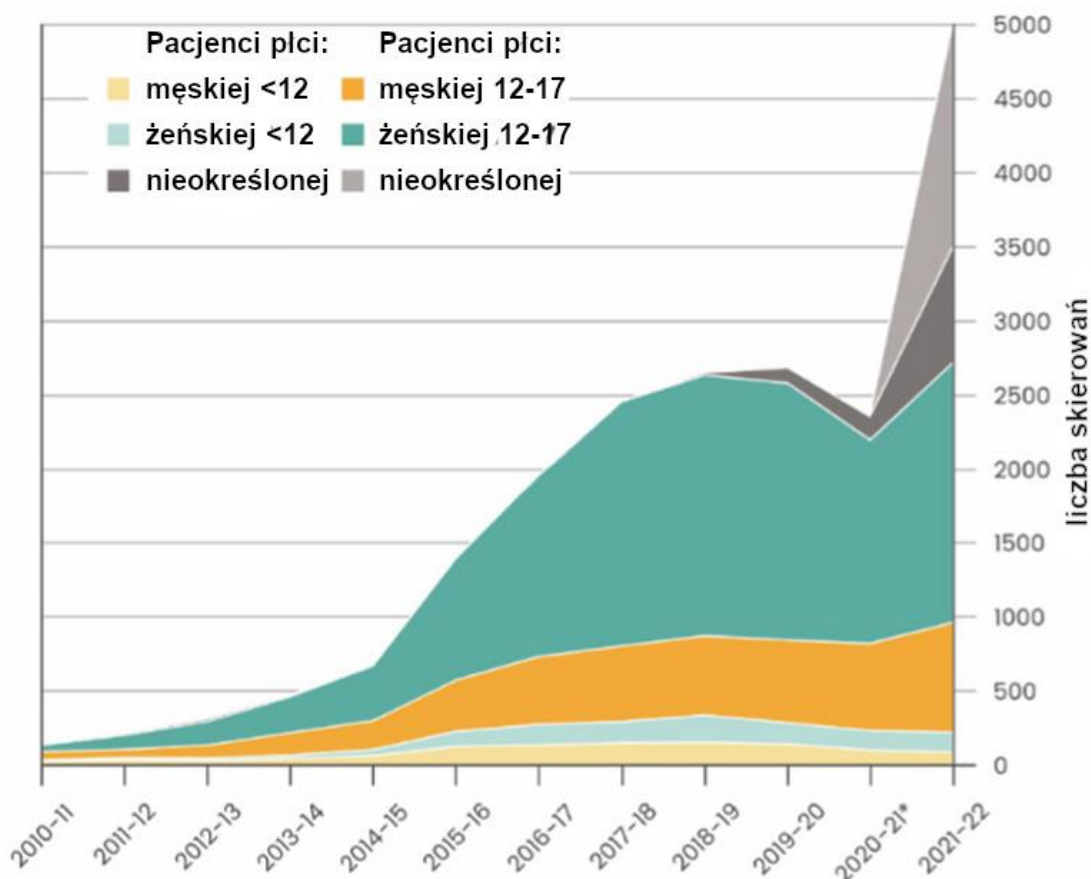
5.8 W chwili pisania Przeglądu, badanie CPRD przedstawiło wstępne wyniki dotyczące częstości występowania dysfornii płciowej, współwystępowania zaburzeń ze spektrum autyzmu (ASD), stanów lękowych i depresji. Na podstawie kodów [choroby] z [danych] podstawowej opieki zdrowotnej i opieki szpitalnej w okresie od 2009 do 2021 roku, zidentyfikowane dane dotyczące 3 782 osób z dysfornią płciową w wieku poniżej 18 lat. Pełną metodologię badania CPRD można znaleźć w Załączniku 5, podobnie jak zalety i ograniczenia tych danych. W niniejszym raporcie uwzględniono jedynie dane dotyczące zachorowalności i chorobowości, w oczekiwaniu na to, jak University of York opublikuje pełniejsze wyniki po zakończeniu badania.

## **Dane demograficzne**

### **Dane z Wielkiej Brytanii**

5.9 Od 2014 r. liczba skierowań do GIDS zaczęła rosnąć w tempie wykładniczym, przy czym większość skierowań dotyczyła dziewcząt we wczesnym wieku nastoletnim (wykres 11).

**Rysunek 11: Skierowania dzieci i młodzieży z powodu dysfornii płciowej (Wielka Brytania, GIDS), 2010/11-2021/22**



AGEM CSU: Arden & GEM Commissioning Support Unit.

\*Aktywność w zakresie kierowania do GIDS/Tavistock została znacznie ograniczona w latach 2020-2021 z powodu COVID-19.

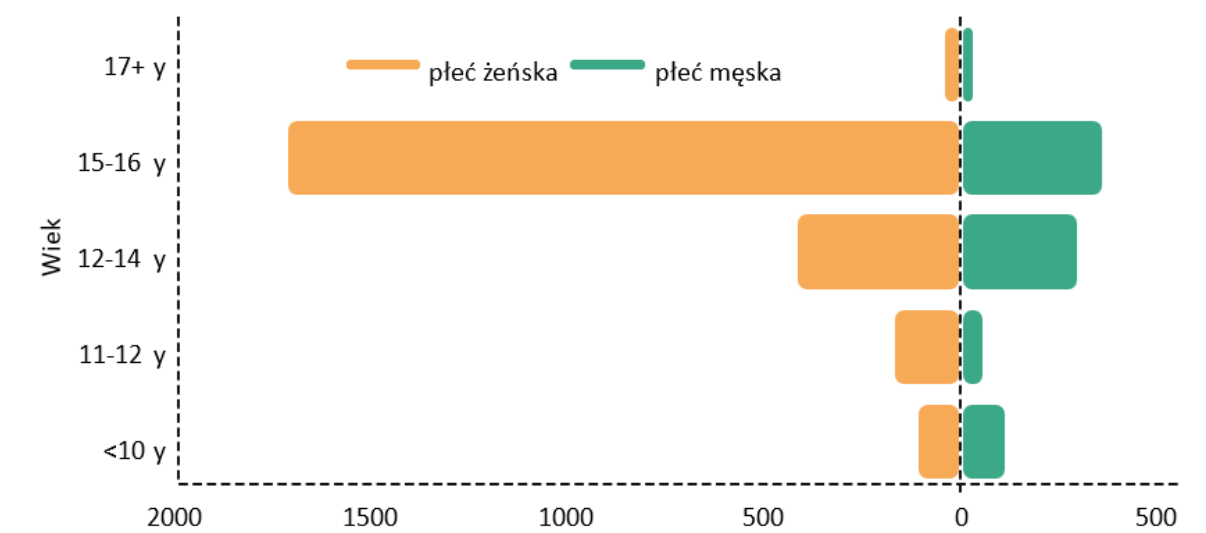
a) Począwszy od 2018-19, coraz większa liczba skierowań nie jest zgłaszana według biologicznej płci.

b) Ograniczenia danych: Od końca lipca 2021 r. AGEM CSU otrzymywało skierowania do GIDS ze źródeł innych niż NHS (GP, szkoły, władze lokalne, sektor wolontariatu). Wszystkie skierowania do GIDS z NHS trafiały bezpośrednio do Tavistock and Portman GIDS. Dane ze strony internetowej Tavistock and Portman GIDS wskazują, że w latach 2021/22 [klinika też] otrzymała ponad 3000 skierowań, a dalsze skierowania otrzymane przez AGEM CSU (około 1500 skierowań) nie zostały uwzględnione. Łącznie wskazywało to, że GIDS otrzymał łącznie około 5000 skierowań w samym 2021/22 roku. Przeglądając dane dostarczone przez GIDS w odniesieniu do liczby skierowań przekazanych do AGEM CSU w ramach przeniesienia listy oczekujących, CSU otrzymało tylko 3115 skierowań, które były "nowe". Jest to znacznie mniej niż oczekiwano, biorąc pod uwagę, że w 2021/22 otrzymano ponad 5000 skierowań. Trudno jest stwierdzić, czy podana liczba ponad 5000 skierowań w 2021/22 jest prawidłowa. Istnieje duże prawdopodobieństwo, że w latach 2021/22 doszło do podwójnego liczenia, ponieważ liczba skierowań otrzymanych przez AGEM CSU była zgłaszana do GIDS, który następnie dzielił się tymi informacjami z Care Quality Commission.

5.10 Poniższy rysunek 12 przedstawia dane dotyczące skierowań z audytu kart wypisowych pacjentów GIDS wypisanych z usługi w okresie od 1 kwietnia 2018 r. do 31 grudnia 2022 r.

(Załącznik 8). Najmłodsi pacjenci skierowani do GIDS mieli 3 lata, najstarsi 18 lat, a średnia i mediana – 14 lat. Spośród tych skierowań 73% stanowiły dziewczęta, a 27% chłopcy.

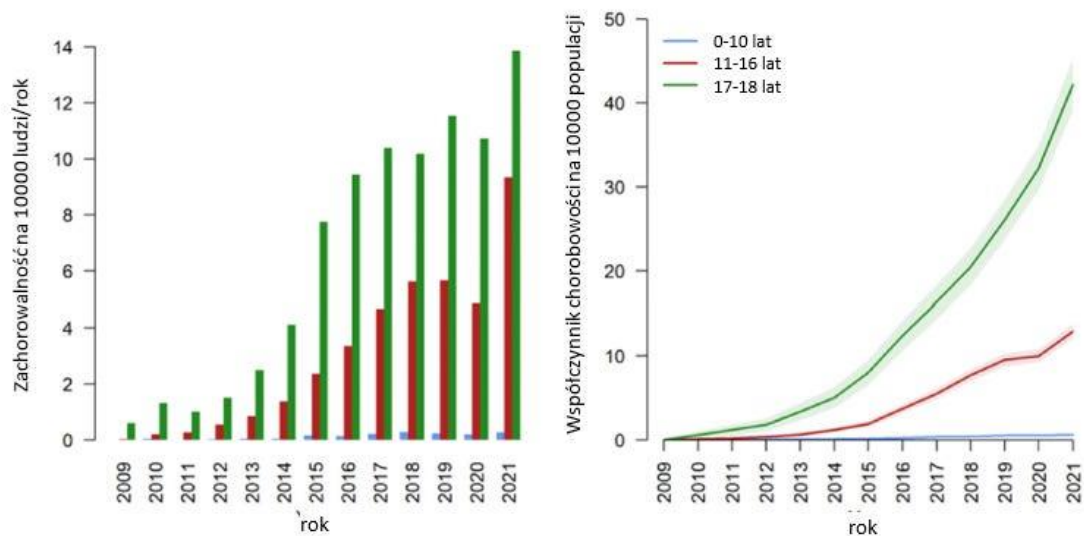
**Rysunek 12: Rozkład wieku i płci pacjentów w momencie skierowania do GIDS, od 1 kwietnia 2018 r. do 31 grudnia 2022 r.**



Źródło: Raport z audytu usługi rozwoju tożsamości płciowej, Arden & GEM

5.11 W danych uzyskanych z CPRD (rysunki 13 i 14) (załącznik 5), odnotowana częstość występowania dysforii płciowej u osób w wieku 18 lat i młodszych wzrosła ponad 100-krotnie w latach 2009-2021. Wzrost ten nastąpił w dwóch fazach: stopniowy wzrost w latach 2009-2014, a następnie przyspieszenie od 2015 roku. Wzrost w tej drugiej fazie był szybszy w przypadku dziewcząt, chociaż zapisy kliniczne nie wskazują, czy marker płci tych pacjentek uległ zmianie<sup>[1]</sup>.

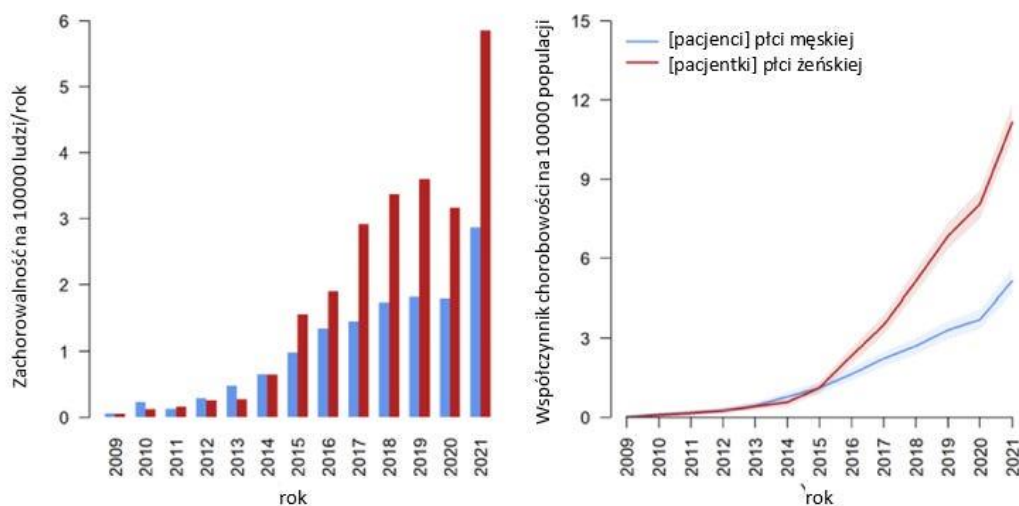
**Rysunek 13: Częstość występowania dysforii płciowej w podziale na grupy wiekowe**



Źródło: Epidemiologia i wyniki dzieci i młodzieży z dysforią płciową: Retrospektywne badanie kohortowe z wykorzystaniem elektronicznej dokumentacji podstawowej opieki zdrowotnej

Uwaga: Zacienione obszary na wykresie częstości występowania oznaczają 95% przedziały ufności.

**Rysunek 14: Częstość występowania dysforii płciowej według biologicznej płci**



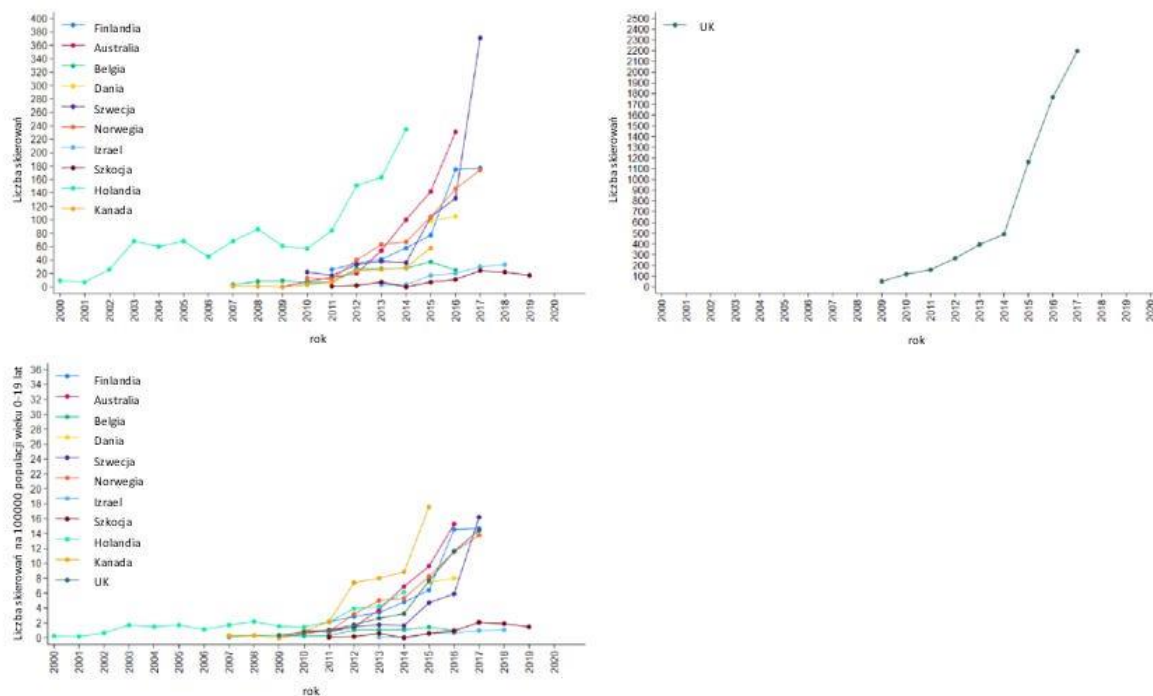
Źródło: Epidemiologia i wyniki dzieci i młodzieży z dysforią płciową: Retrospektywne badanie kohortowe z wykorzystaniem elektronicznej dokumentacji podstawowej opieki zdrowotnej

Uwaga: Zacienione obszary na wykresie częstości występowania oznaczają 95% przedziały ufności. Pacjenci mogą poprosić o zmianę zapisanej płci w dokumentacji klinicznej bez poddawania się zabiegowi zmiany płci, a CPRD zgłasza tylko ostatnią zapisaną płć.

#### Porównanie danych brytyjskich i międzynarodowych

5.12 W przeglądzie systematycznym (Taylor i in.: Charakterystyka pacjentów) udokumentowano wzrost liczby skierowań w 11 krajach. Na każdym wykresie widoczny jest gwałtowny wzrost liczby skierowań, po 5-6 latach od [początku analizy danych przedstawionych na wykresach]. Punkt zwrotny dla wzrostu liczby skierowań w Wielkiej Brytanii, podobnie jak w kilku innych krajach, miał miejsce w 2014 r. W Holandii wzrost rozpoczął się w 2001 roku, a gwałtowny wzrost wystąpił w 2011 roku

**Rysunek 15: Liczba skierowań w miarę upływu czasu, według kraju**



Źródło: Taylor et al: charakterystyka pacjentów

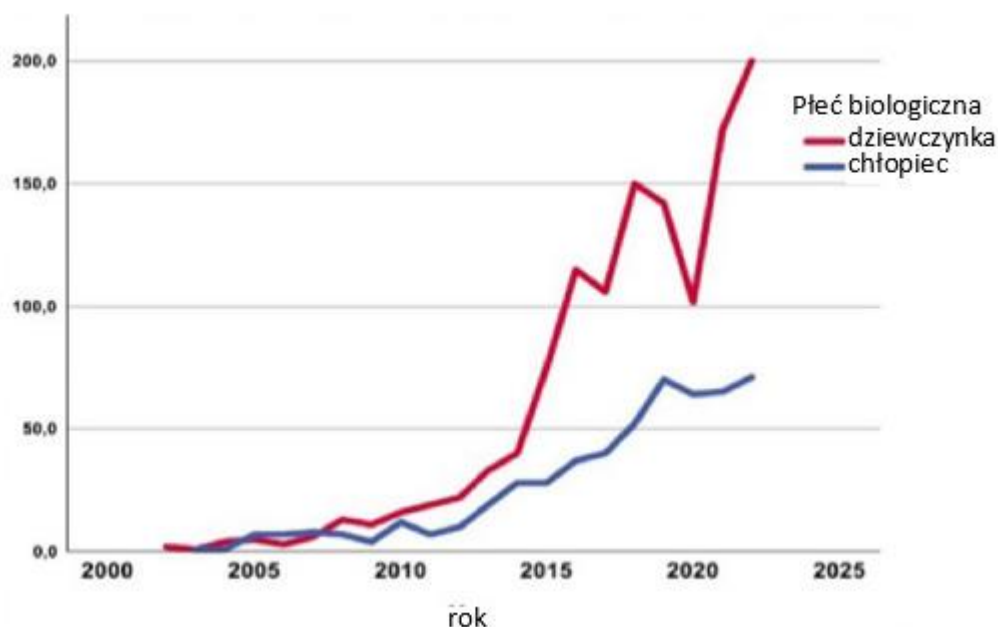
5.13 Pierwsze dwa wykresy (rysunek 15) pokazują bezwzględną liczbę skierowań, a [na tych wykresach] Wielka Brytania wydaje się być wyjątkiem ze znacznie większą liczbą skierowań [w porównaniu z innymi krajami]. Jednak trzeci wykres kontroluje na wielkości populacji w wieku 0-19 lat w każdym kraju (tj. liczby na 100 000), co sprawia, że [dane z] Wielkiej Brytanii są podobne do [danych] z innych krajów.

5.14 Podczas gdy w początkowych okresach istnienia klinik gender dla dzieci i młodzieży, większość skierowań dotyczyła dzieci przed okresem dojrzewania, w latach 2006-2013 zarówno kanadyjskie, jak i holenderskie kliniki płci zgłaszały, że skierowania nastolatków przewyższyły skierowania dzieci (Aitken i in., 2015).

5.15 Wiele krajów zgłosiło stopniową zmianę proporcji płci ze zwiększającą się [liczba skierowań] dziewcząt. Dalsze dane z Kanady i Holandii wykazały, że skierowań chłopców przed okresem dojrzewania nadal przewyższała liczba skierowań dziewczynek przed okresem dojrzewania, a proporcja płci odwracała się w okresie dojrzewania.

5.16 Wykres 16 z norweskiej krajowej kliniki gender pokazuje rozbieżność wykresów [liczby skierowań] chłopców i dziewczynek oraz przejściowy spadek [skierowań] podczas pandemii Covid-19 (Anne Waehre, komunikacja osobista, 2023).

**Rysunek 16: Skierowania do krajowej kliniki gender dla dzieci i młodzieży w Norwegii**

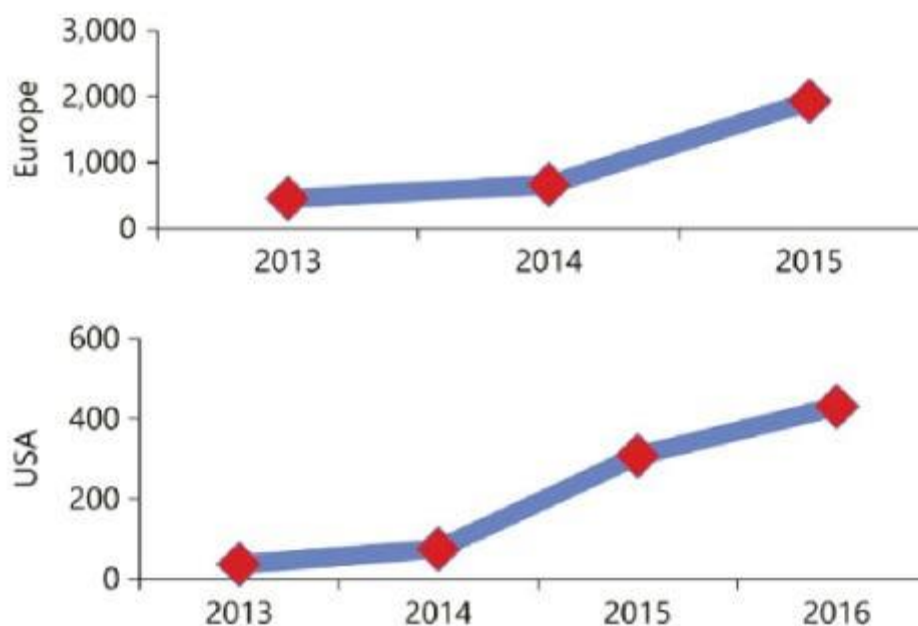


Źródło: Anne Wæhre, komunikacja osobista, 2023 r.

5.17 Liczba dzieci i młodzieży kierowanych do poradni endokrynologicznych wzrosła równolegle z liczbą skierowań do klinik gender (rysunek 17). Międzynarodowe badanie przeprowadzone przez Europejskie Towarzystwo Endokrynologii Dziecięcej i Towarzystwo Endokrynologii Dziecięcej w 2017 r. zebrало dane z poprzednich trzech lat z 25 ośrodków w Europie, USA i Ameryce Południowej (Skordis i in., 2019). Stanowi to największy pojedynczy międzynarodowy zbiór danych [dotyczących liczby] skierowań [do klinik gender]. Ponownie, [badanie to] pokazuje wzrost liczby skierowań poczynając od 2014 roku. W tej grupie 63% dziewcząt dokonywało tranzycji płciowej do płci męskiej.

**Rysunek 17: Liczba skierowań do ośrodków endokrynologicznych w Europie i USA, biorących udział w badaniu, 2013-2016**





Źródło: Skordis, N., Butler, G., de Vries, M. C., Main, K., & Hannema, S. E. (2019). ESPE and PES International Survey of Centers and Clinicians Delivering Specialist Care for Children and Adolescents with Gender Dysphoria. *Hormone Research in Paediatrics*, 90(5), 326–331. <https://doi.org/10.1159/000496115> 2019 S. Karger AG, Bazylea

### Cechy tożsamości płciowej

5.18 W przeglądzie systematycznym (Taylor i in.: Charakterystyka pacjentów) przeanalizowano cztery kluczowe cechy prezentacji [dzieci za zaburzeniami] tożsamości płciowej: tożsamość płciową, formalną diagnozę, wiek wystąpienia i tranzycję społeczną. Zgłaszanie tych cech było niespójnie udokumentowane i bardzo zmienne. Dane dotyczące odsetka dzieci i młodzieży, które przeszły tranzycję społeczną przed skierowaniem do szpitala, omówiono w części 4.

5.19 Formalna diagnoza dysforii płciowej została zgłoszona w 65 badaniach, przy czym odsetek [dzieci z formalną diagnozą] wahał się od 29% do 100%. Zmienne wskaźniki mogą wynikać z różnych kryteriów kierowania do specjalistycznych klinik zajmujących się tożsamością płciową.

5.20 W większości badań tożsamość płciowa nie była szczegółowo zgłaszana. Tam, ją zgłaszano, szacunki dotyczące tożsamości niebinarnej wahały się od 0 do 19%. Brytyjski spis powszechny, gromadzący dane na temat populacji Wielkiej Brytanii w wieku powyżej 16 lat, po raz pierwszy zapytał o tożsamość płciową w 2021 r. (Office for National Statistics, 2023a). Kwestie metodologiczne dotyczące terminologii wzbudziły obawy co do ważności niektórych danych[2] (Office for National Statistics, 2023c). Dane te są jednak interesujące w odniesieniu do młodych ludzi i dorosłych identyfikujących się jako osoby niebinarne. W grupie wiekowej od 16 do 24 lat odnotowano najwyższy odsetek osób, które identyfikowały się jako trans kobiety [czyli mężczyzn twierdzących, że są kobietami, przyp. tł.] (0,15% lub 9 000), jako trans mężczyźni [czyli kobiet twierdzących, że są mężczyznami, przyp. tł.] (0,22% lub 14 000) oraz jako osoby niebinarne [czyli osób twierdzących, że nie mają określonej płci, przyp. tł.] (0,26% lub 17 000). Odsetek osób identyfikujących się z tymi kategoriami zmniejszał się w każdej kolejnej/starszej grupie wiekowej.

5.21 Większa liczba osób, które zidentyfikowały się jako niebinarne w porównaniu z tymi, które zidentyfikowały się jako trans kobiety lub trans mężczyźni, jest ważna dla podnoszenia świadomości potrzeby rozpoznawania i zapewniania odpowiedniego wsparcia dla tej grupy, zgłaszającej się do NHS. Dane spisowe są również zgodne z co zgłaszają klinicyści: że widzą rosnącą liczbę młodych osób niebinarnych.

### **Współwystępujące zaburzenia**

5.22 Oprócz zmian w liczbie skierowań, proporcjach płci i tożsamości płciowej, personel kliniczny pracujący w GIDS i innych klinikach gender na całym świecie zgłosił zmianę w demografii pacjentów. W szczególności nastolatki wydają się mieć bardziej złożone prezentacje, z większymi potrzebami w zakresie zdrowia psychicznego i psychospołecznego, a także dodatkowymi diagnozami ASD i / lub zespołu nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi (ADHD).

5.23 W ramach Przeglądu rozmawiano z klinicystami zajmującymi się zdrowiem psychicznym dzieci i młodzieży oraz [pracującymi] w klinikach pediatrycznych. [Klinicyści ci] opisywali wzrost liczby dzieci i młodzieży zgłaszających się z kwestiami dotyczącymi tożsamości płciowej wraz z trudnościami ze zdrowiem psychicznym, co sugeruje, że młodzi ludzie szukają i uzyskują dostęp do opieki w szerszym zakresie usług NHS.

5.24 Ważnym celem niniejszego przeglądu jest znalezienie sposobów na zapewnienie, że te dzieci i młodzież są w stanie zaspokoić swoje potrzeby tak skutecznie, jak to możliwe, niezależnie od tego, [w jakiej placówce NHS] ma miejsce pierwszy kontakt, tak aby nie było potrzeby nawigacji i negocjacji skierowań do wielu [klinik].

5.25 Poważną wadą literatury było to, że śledzenie zmian w czasie było trudne ze względu na nakładające się zbiory danych i brak spójności w raportowaniu kluczowych cech populacji. Jest to poważny problem w próbie zrozumienia, w jaki sposób ewoluował wzorzec współwystępujących schorzeń, co ma kluczowe znaczenie dla zrozumienia, jakie podejścia zostały wprowadzone, aby pomóc młodym ludziom w rozwiązaniu [cierpienia psychicznego] i czy [podejścia te] przyniosły korzyści młodym ludziom.

### **Potrzeby w zakresie zdrowia psychicznego**

#### **Ogólne problemy zdrowia psychicznego**

5.26 Spośród badań zidentyfikowanych w przeglądzie systematycznym (Taylor i in.: Charakterystyka pacjentów) prawie 50% zgłosiło dane dotyczące depresji i/lub stanów lękowych, a blisko 20% zgłosiło inne zaburzenia zdrowia psychicznego. Krótko mówiąc, wskaźniki depresji, lęku i zaburzeń odżywiania były wyższe w populacji skierowanej do poradni tożsamości płciowej niż w populacji ogólnej.

5.27 Poniższa tabela zawiera syntezę/podsumowanie danych dotyczących zdrowia psychicznego [tych pacjentów], jeśli były one dostępne [w analizowanych badaniach].

5.28 Badanie porównujące populacje holenderskich i kanadyjskich klinik gender (de Vries i in., 2015) wykazało, że problemy zdrowia psychicznego występowały w tych populacjach częściej niż w populacji ogólnej, ale poziom [tych zaburzeń] był podobny do dzieci i młodzieży kierowanych do klinik zdrowia psychicznego z powodu problemów niezwiązanych z tożsamością płciową.

5.29 Kohorta z holenderskiej kliniki, w której po raz pierwszy wprowadzono protokół blokady dojrzewania (protokół holenderski), charakteryzowała się mniejszą częstością występowania powiązanych problemów [zdrowia psychicznego] w porównaniu z kohortą kanadyjską. Inne badania wykazały również niższe wskaźniki problemów zdrowia psychicznego w populacji skierowanej [do kliniki gender] w Holandii (de Vries, et al., 2011a) (tylko około 33%) w porównaniu z Finlandią i brytyjskimi klinikami gender.

5.30 W Finlandii (Kaltiala-Heino i in., 2015; Karvonen i in., 2023) ponad trzy czwarte skierowanej populacji nastolatków potrzebowało specjalistycznego wsparcia psychiatrycznego dla dzieci i młodzieży z powodu problemów innych niż dysforia płciowa, z których [to problemów] wiele było poważnych, trwających dłużej [niż dysforia płciowa] i nie było uważanych za drugorzędne w stosunku do dysforii płciowej.

5.31 W nowszym artykule z Finlandii (Kaltiala et al., 2023) zbadano, czy potrzeby w zakresie zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży kierowanych do klinik gender zmieniały się w miarę wzrostu wskaźnika skierowań. Stwierdzono, że grupa z dysforią płciową miała znacznie większe potrzeby w zakresie zdrowia psychicznego niż rówieśnicy w tym samym wieku, a osoby zgłaszające się ostatnich latach (2016-2019) miały większe potrzeby niż osoby we wcześniejszych kohortach (1996-2000). Wydaje się, że jest to jedyny artykuł, który systematycznie informował o zmianach w czasie w zakresie potrzeb związanych ze zdrowiem psychicznym.

**Tabela 2: Synteza danych dotyczących diagnoz zdrowia psychicznego w populacji skierowanej do klinik gender**

| DIAGNOZA              | KRAJE WŁĄCZONE | ZAKRES DANYCH | % SKIEROWAN DiM | 95% CI | ZAKRES (%) |
|-----------------------|----------------|---------------|-----------------|--------|------------|
| Zaburzenia odżywiania | 8              | 1998-2019     | 5               | 2-8    | 0-23       |
| Depresja              | 13             | 1980-2021     | 38              | 31-45  | 3-78       |
| Stany lękowe          | 13             | 1980-2021     | 38              | 31-46  | 8-100      |

Źródło: Taylor et al: Charakterystyka pacjentów

Uwaga: (W kraju) [z którego pochodzą dane] o populacji pacjentów może istnieć wiele raportów z badań na przestrzeni czasu. W takim przypadku wybrano dane z badania przeprowadzonego w najdłuższym okresie lub najbardziej reprezentatywnego dla populacji.

DiM: dzieci i młodzież; CI: przedział ufności [ang. confidence interval].

### **Zaburzenia psychiczne wymagające specjalistycznej opieki**

5.32 W ramach Przeglądu przeprowadzono szereg rozmów z klinicystami przyjmującymi dzieci i młodzież [dotkniętymi] zaburzeniami zwykle kierowanymi do specjalistycznych placówek, na przykład klinik specjalistycznych dla dzieci z cielesnymi zaburzeniami dysmorficznymi, specjalistycznych placówek leczenia zaburzeń odżywiania oraz placówek dla dzieci z tikami. Wspólnym czynnikiem dla wielu z tych zaburzeń jest to, że mogą one wystąpić, gdy stres lub psychologiczne cierpienie danej osoby objawia się poprzez objawy fizyczne, takie jak ból, tiki,

objawy neurologiczne lub inne problemy, które wpływają na zdolność do funkcjonowania [tej osoby].

5.33 Konsultanci i psycholodzy pracujący w tych placówkach opisywali młodych ludzi, u których te zaburzenia występowały w połączeniu z kwestionowaniem lub cierpieniem psychicznym związanym z tożsamością płciową.

5.34 Jednym z przykładów są funkcjonalne zaburzenia ruchowe, w szczególności funkcjonalne zachowania podobne do tików (FTLB) [z ang. functional tic-like behaviours, przyp. tł.]. Klasyczne tiki neurorozwojowe zwykle zaczynają się w dzieciństwie i jeśli trwają dłużej niż rok, u dziecka można zdiagnozować zespół Tourette'a; spośród [pacjentów] z zdiagnozowanym [zespołem Tourette'a] około 70-80% to chłopcy. Z kolei "FTLB zwykle występują u młodych kobiet, ze złożonymi, upośledzającymi i przypominającymi tiki wzorcami [zachowania], zwykle wywoływanymi przez ekspozycję poprzez media społecznościowe na filmy przedstawiające zachowania podobne do tików". FTLB wiążą się z wysokim poziomem depresji i stanów lękowych (Nilles i in., 2022).

5.35 Opisany przez personel kliniczny związek między FTLB a różnorodnością tożsamości płciowej jest opisany w literaturze, a jedno z badań (Martino i in., 2023) donosi, że 41% pacjentów z tikami funkcjonalnymi miało mniejszościową tożsamość płciową[3], a grupa [identyfikującą się z] mniejszościowymi tożsamościami płciowymi miała również znacznie wyższe wskaźniki lęku, depresji, fobii społecznej i lęku przed interakcjami społecznymi.

5.36 Cieleśne zaburzenie dysmorficzne (BDD) [ang. body dysmorphic disorder, przyp. tł.] jest kolejnym zaburzeniem, które, jak odnotowano, występuje coraz częściej wśród młodych ludzi. Jest to jedno z zaburzeń obsesyjno-kompulsywnych (OCD), którego cechą jest zaabsorbowanie samo-postrzeganiem ciała i kompulsywne powracanie do lub unikanie myśli, w celu radzenia sobie z cierpieniem psychicznym. Niedawne badanie z wykorzystaniem danych populacyjnych (Krebs i in., 2024) wykazało, że BDD występuje częściej u kobiet niż u mężczyzn (częstość występowania 1,8% w porównaniu z 0,3%), a najczęściej – szacuje się, u 3,4% – BDD występuje u dorastających dziewcząt. Zaburzenie to jest stosunkowo rzadkie przed okresem dojrzewania. U wielu pacjentów [dotkniętych BDD] stwierdzono spektrum autystyczne, a 80% objętych badaniem pacjentów z BDD miało myśli samobójcze.

5.37 BDD często pozostaje niezdiagnozowane lub jest błędnie zdiagnozowane - młodzi ludzie szukają pomocy w klinikach zdrowia psychicznego, bo czują, że ich obawy dotyczące wyglądu mogą zostać zignorowane. Jednakże, leczenie terapią poznawczo-behawioralną opartą na ekspozycji (CBT), czasami w połączeniu z lekami (Rautio i in., 2022), poprawia wyniki leczenia młodych ludzi, głęboko dotkniętych BDD.

5.38 Klinicyści opisali [autorom] Przeglądu, że u pacjentów z BDD intensywne skupienie na wyglądzie najczęściej dotyczy rysów twarzy, ale niektórzy [pacjenci z BDD] doświadczają cierpienia psychicznego związanego z genitaliami lub piersiami. W takiej sytuacji może być trudno określić, czy cierpienie psychiczne wynika z BDD czy z dysforii płciowej. Jednak pod koniec leczenia BDD niektórzy młodzi ludzie twierdzą, że nie odczuwają już dyskomfortu związanego ze swoją płcią, podczas gdy niektórzy [pacjenci] mogą odczuwać mniejsze cierpienie dotyczące genitaliów lub piersi, ale nadal mają wyraźną inkongruencję płciową i [decydują się] dokonać społecznej lub medycznej tranzycji płciowej.

5.39 Objawy, wywołujące cierpienie psychiczne i występujące w zaburzeniach "ciała i umysłu" [czyli psychosomatycznych, przyp. tł.], są prawdziwe i podobnie jak ból lub dyskomfort

wynikający z innych przyczyn, można im zaradzić i pomóc za pomocą interwencji psychologicznych. Bardzo ważne jest, aby młodzi ludzie kwestionujący tożsamość płciową mieli dostęp do tych opartych na dowodach metod leczenia wraz z innymi klinicznie odpowiednimi interwencjami w ramach opieki nad [ich zaburzeniami] tożsamości płciowej.

### Neuroróżnorodność

5.40 Tabela 3 przedstawia syntezę/podsumowanie danych zbiorczych dotyczących częstości występowania ASD i ADHD, jeśli [dane te] były dostępne w publikacjach uwzględnionych w przeglądzie systematycznym.

**Tabela 3: Synteza danych dotyczących neuroróżnorodności w populacji skierowanej do klinik gender**

| DIAGNOZA | KRAJE WŁĄCZONE | ZAKRES DANYCH | % SKIEROWANYCH DiM | 95% CI | ZAKRES (%) |
|----------|----------------|---------------|--------------------|--------|------------|
| ASD      | 9              | 1998-2019     | 9                  | 6-11   | 0-26       |
| ADHD     | 9              | 1998-2021     | 10                 | 7-13   | 2.5-27     |

Źródło: Taylor et al: Charakterystyka pacjentów

Uwaga: (W kraju) [z którego pochodzą dane] o populacji pacjentów może istnieć wiele raportów z badań na przestrzeni czasu. W takim przypadku wybrano dane z badania przeprowadzonego w najdłuższym okresie lub najbardziej reprezentatywnego dla populacji.

DiM: dzieci i młodzież; CI: przedział ufności [ang. confidence interval].

5.41 Niektóre badania sugerują, że, po uwzględnieniu wieku i poziomu wykształcenia, u osób trans i o zróżnicowanej tożsamości płciowej autyzm występuje od trzech do sześciu razy częściej niż u osób cis [czyli tych, którzy nie twierdzą, że są przeciwnej płci, przyp. tł.] (Warrier i in., 2020).

5.42 Ustalenia te potwierdzają klinicyści, którzy zgłaszają, że widzą nastoletnie dziewczęta, które mają dobre zdolności poznawcze i są elokwentne, ale zmagają się z tożsamością płciową, myślami samobójczymi i samookaleczeniami. U niektórych z tych młodych ludzi wspólnym mianownikiem jest niezdiagnozowany autyzm, który jest często pomijany u dorastających dziewcząt. Inni, po przeniesieniu do klinik dla dorosłych, mogą otrzymać diagnozę emocjonalnie niestabilnego zaburzenia osobowości (EUPD).

5.43 Pomimo tego, że młodzi ludzie z autyzmem często są bardzo elokwentni, inteligentni i zdolni w wielu dziedzinach, mają oni trudności z komunikacją społeczną i relacjami z rówieśnikami, co może utrudniać im poczucie akceptacji i "pasowania [do środowiska]".

5.44 Trudności z interocepcją (nadawaniem sensu temu, co dzieje się w ich ciałach) i aleksytymią (rozpoznawaniem i wyrażaniem emocji) mogą czasami utrudniać tym młodym ludziom wyrażanie tego, co czują na temat swoich wewnętrznych odczuć, tożsamości płciowej i tożsamości seksualnej.

5.45 Ponadto zaburzenia zdrowia psychicznego, w tym stany lękowe, depresja, zaburzenia odżywiania, funkcjonalne zaburzenia neurologiczne, OCD i BDD występują częściej u dzieci i młodzieży z autyzmem (González-Herrero i in., 2022; Lai i in., 2019).

5.46 Zrozumienie umysłu i ciała oraz ich integracja zależą od wieku chronologicznego dziecka/młodej osoby, poziomu rozwoju oraz obecności lub braku różnic neurorozwojowych. Czynniki te mogą oznaczać, że osoby te identyfikują i komunikują doświadczenia stresu / cierpienia psychicznego inaczej niż inne, neurotypowe osoby.

5.47 Zrozumienie [umysłu i ciała] może trwać dłużej niż w przypadku osób neurotypowych, co sprawia, że młodzi, neuro-zróżnicowani ludzie są potencjalnie bardziej wrażliwi [na zaburzenia wynikające z braku integracji ciała i umysłu] do wieku 20 lat lub dłużej, gdyż [osoby te] mają tendencję do szukania czarno-białych odpowiedzi i trudno im tolerować niepewność.

### **Niekorzystne doświadczenia w dzieciństwie**

5.48 W przeglądzie systematycznym (Taylor i in.: Charakterystyka pacjentów) podkreślono fakt, że stosunkowo niewiele badań dotyczyło niekorzystnych doświadczeń w dzieciństwie (ACE) [z ang. adverse childhood experiences, przyp. tł.], ale te [badania], które opisywały [takie doświadczenia], wykazały, że wśród dzieci i młodzieży skierowanych do klinik gender, wiele [dzieci i młodych osób] miało [takie doświadczenia] (wartości podane poniżej):

[pacjenci klinik gender z doświadczeniami]

- zaniedbania lub znęcania się (11-67%)
- przemocy fizycznej (15-20%)
- molestowania seksualnego (5-19%)
- przemocy emocjonalnej (14%)
- choroby psychicznej lub nadużywanie substancji psychoaktywnych przez matkę (53% i 49%)
- choroby psychicznej lub nadużywanie substancji psychoaktywnych przez ojca (38%)
- ekspozycji na przemoc domową (23-25%)
- śmierci lub stałej hospitalizacji rodzica (8-19%)
- utraty rodzica w wyniku porzucenia skutkującego adopcją (1-8%), [przebywania] pod opieką zastępczą (1-12%) lub w domu dziecka (0,5-5%).

5.49 Chociaż wysoka liczba ACE zgłoszonych w przeglądzie systematycznym jest godna uwagi, ponieważ stosunkowo niewiele badań udokumentowało ACE, nie jest możliwe określenie, jak liczba ta zmieniała się w czasie.

5.50 Jednakże przegląd pierwszych 124 skierowanych do GIDS przypadków (Di Ceglie et al., 2002) wykazał, że nieco ponad jedna czwarta wszystkich skierowanych [pacjentów] spędziła jakiś czas w placówce opiekuńczej, a prawie połowa doświadczyła życia tylko z jednym rodzicem. Wykazano, że 42% dzieci objętych badaniem doświadczyło utraty jednego lub obojga rodziców, głównie w wyniku separacji; 38% [pacjentów] miało [członka] rodziny z problemami ze zdrowiem fizycznym; a 38% miało [członka] rodziny z problemami zdrowia psychicznego. Przemoc fizyczna została udokumentowana w 15% przypadków.

5.51 Sugeruje to, że niezależnie od zmian demograficznych, ACE i szeroko rozumiane przeciwności losu w rodzinie są ważnymi kwestiami, których należy być świadomym przy ocenie potrzeb młodych ludzi i planowaniu dla nich wsparcia.

## **Samobójstwa i śmierć w wyniku samobójstwa**

5.52 Istnieją poważne obawy dotyczące ryzyka śmierci w wyniku samobójstwa wśród młodzieży o zróżnicowanej tożsamości płciowej i debata na temat tego, czy terapie afirmujące tożsamość płciową zmniejszają to ryzyko. W tej sekcji omówiono, co wiadomo na temat samobójstw i ryzyka samobójstwa w tej populacji, a w rozdziale 15 omówiono, co wiadomo na temat tego, czy terapie afirmujące tożsamość płciową zmniejszają to ryzyko.

5.53 Samobójstwo jest aktem dobrowolnego i celowego odebrania sobie życia, podczas gdy samobójczość obejmuje myśli samobójcze (czasami nazywane ideami samobójczymi), plany samobójcze i próby samobójcze.

5.54 Zrozumienie czynników, które mogą narazić młode osoby kwestionujące tożsamość płciową na ryzyko [samobójstwa lub samobójczości], ma kluczowe znaczenie dla samych młodych ludzi, ich rodzin i opiekującego się nimi personelu klinicznego. Aby wspierać wszystkich zaangażowanych [w terapię] i identyfikować młodych ludzi, którzy najpilniej potrzebują pomocy, niezbędne są realistyczne i praktyczne rozważanie [przedstawione] informacje, które nie wyolbrzymiają ani nie lekceważą ryzyka.

5.55 Tabela 4 zawiera syntezę/podsumowanie danych dotyczących prób samobójczych, samookaleczeń i myśli samobójczych, o ile były one dostępne. Większość badań, w których rozdzielono samookaleczenia lub myśli samobójcze według płci [pacjentów], wykazała wyższe wskaźniki u [samookaleczania i myśli samobójczych] u dziewcząt niż u chłopców.

5.56 W dużym badaniu (de Graff i in., 2020) przeanalizowano wskaźniki samobójstw w kohortach kanadyjskich, brytyjskich i holenderskich klinik gender, uwzględniając dane 2 771 młodych osób. Samobójczość oceniano za pomocą dwóch pytań ze standardowych skal. W badaniu młodzieży i ich opiekunów porównano wskaźniki samobójczości w populacji skierowanej do kliniki gender ze znormalizowanymi danymi z ogólnej populacji nastolatków i młodzieży nie identyfikującej się jako trans, skierowanej do klinik zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży.

5.57 Istniały różnice między klinikami, ale w trzech klinikach wskaźniki samobójczości wahały się od 27% do 55%. Te wskaźniki samobójczości były znacznie wyższe niż w ogólnej populacji nastolatków, ale podobne do młodzieży nieidentyfikującej się jako trans, skierowanej do klinik zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Wyższe wskaźniki samobójczości zaobserwowano u dziewcząt, podobnie jak w przypadku ogólnej populacji nastolatków.

5.58 W tym samym artykule (de Graaf i in., 2020) dokonano przeglądu 17 wcześniejszych badań, w których odnotowano wskaźniki myśli samobójczych w zakresie od 17% do 87%, a prób samobójczych w zakresie od 12% do 54%. Szeroki zakres odzwierciedla różne metodologie i populacje klinik gender.

## **Zgony w wyniku samobójstwa**

5.59 Zgony dzieci i młodzieży w wyniku samobójstwa zdarzają się stosunkowo rzadko w porównaniu z samobójstwami dorosłych. Jednak każdy przypadek jest tragicznym wydarzeniem. W Wielkiej Brytanii badana jest śmierć każdego dziecka i młodej osoby poniżej 18 roku życia, a informacje o przyczynach [śmierci] gromadzone są w krajowej bazie danych o śmiertelności dzieci (NCMD) [z ang. National Child Mortality Database, przyp. tł.].

Tabela 4: Synteza danych dotyczących prób samobójczych, samookaleczeń i myśli samobójczych w populacji skierowanej do klinik gender

| DIAGNOZA                    | KRAJE<br>WŁĄCZONE | ZAKRES DANYCH | % SKIEROWANE<br>DiM | 95% CI | ZAKRES (%) |
|-----------------------------|-------------------|---------------|---------------------|--------|------------|
| <b>Próby<br/>samobójcze</b> | 11                | 1976-2021     | 14                  | 11-17  | 9-30       |
| <b>Samookaleczenie</b>      | 11                | 1976-2021     | 29                  | 23-25  | 8-56       |
| <b>Myśli<br/>samobójcze</b> | 10                | 2002-2021     | 39                  | 30-48  | 10-87      |

Źródło: Taylor et al: Charakterystyka pacjentów

Uwaga: (W kraju) [z którego pochodzą dane] o populacji pacjentów może istnieć wiele raportów z badań na przestrzeni czasu. W takim przypadku wybrano dane z badania przeprowadzonego w najdłuższym okresie lub najbardziej reprezentatywnego dla populacji.

DiM: dzieci i młodzież; CI: przedział ufności [ang. confidence interval].

5.60 W najnowszym raporcie NCMD o samobójstwach wśród dzieci i młodzieży (NCMD, 2021) przeanalizowano zgony między 1 kwietnia 2019 r. a 31 marca 2020 r. Odnotowano 108 zgonów, które oceniono jako wysoce lub umiarkowanie prawdopodobnie spowodowane samobójstwem (około 2 zgony tygodniowo wśród osób poniżej 17 roku życia). Ogólny wskaźnik samobójstw w Anglii wyniósł 1,8 na 100 000 osób w wieku 9-17 lat.

5.61 Panel zajmujący się badaniem zgonów dzieci dokonał przeglądu 91 przypadków (NCMD, 2021). Zbadano szereg czynników środowiskowych, w tym funkcjonowanie gospodarstwa domowego (na przykład członkowie rodziny z problemami medycznymi lub zdrowia psychicznego, przemoc w rodzinie, rozwód lub separacja rodziców), potrzeby w zakresie zdrowia psychicznego, zaburzenia neurorozwojowe, orientację seksualną, tożsamość seksualną i płciową[4], bycie ofiarą znęcanie się i zaniedbania, nękanie [np. w szkole], problemy w szkole, korzystanie z mediów społecznościowych oraz używanie narkotyków lub alkoholu.

5.62 Funkcjonowanie gospodarstwa domowego okazało się najczęstszym czynnikiem - 63 (69%) zgonów, potrzeby w zakresie zdrowia psychicznego - 50 (55%), zastraszanie - 21 (23%), zaburzenia neurorozwojowe - 15 (16%), a orientacja seksualna, tożsamość seksualna i płciowa - 8 (9%).

5.63 U 81 (89%) dzieci i młodzieży [zmarłych śmiercią samobójczą] odnotowano wystąpienie więcej niż jednego czynnika, a u 51 (56%) [zaobserwowano] czynniki w pięciu lub więcej kategoriach. Ponad jedna trzecia (33, 36%) nigdy nie miała kontaktu z klinikami zdrowia psychicznego.

5.64 Innym źródłem danych w Wielkiej Brytanii jest National Confidential Inquiry into Suicide and Safety in Mental Health [NCISH, z ang. krajowe poufne śledztwo w sprawie samobójstw i bezpieczeństwa w ośrodkach zdrowia psychicznego][5] (2023). Przyjrano się w nim samobójstwom w każdym wieku pośród osób już objętych opieką placówek zdrowia psychicznego. W latach 2016-2020 w Wielkiej Brytanii doszło do samobójczych zgonów 223 pacjentów, identyfikujących się jako lesbijki, geje lub osoby biseksualne oraz 37 pacjentów, których raport określił jako "należących do grupy trans". [Raport] opisał to, wyjaśniając, że "używamy terminu "trans" jako terminu ogólnego obejmującego osoby transpłciowe, transseksualne lub niebinarne, ale przyznajemy, że terminy używane przez jednostki do opisan



własnej tożsamości mogą być dynamiczne i będziemy to monitorować w przyszłych raportach". W raporcie stwierdzono, że 13 z 37 osób miało mniej niż 25 lat. Wysoki odsetek tych osób doświadczył przemocy w dzieciństwie. Samookaleczenia i diagnoza zaburzeń osobowości były powszechne w tej grupie.

5.65 Przegląd spotkał się z The Tavistock and Portman NHS Foundation Trust w celu omówienia zgonów pacjentów (jeśli te [przyczyny] były znane), którzy zostali skierowani do, byli obecnie lub wcześniej pod opieką GIDS. Pacjenci, którzy zmarli w wyniku samobójstwa w latach 2018-2023, zostali opisani jako osoby z wieloma chorobami współistniejącymi i/lub złożoną sytuacją. Ponadto [The Tavistock and Portman NHS Foundation] Trust zaobserwował, że ryzyko samobójstwa było zwiększone w punktach tranzytacji opieki nad pacjentem; na przykład w czasie przenoszenia z kliniki dla dzieci do kliniki dla dorosłych. Młodzi ludzie [którzy zmarli śmiercią samobójczą] byli częściej płci żeńskiej, a z identyfikacją jako płci męskiej w okresie pokwitania.

5.66 Biorąc pod uwagę dane międzynarodowe, w niedawnym badaniu przeprowadzonym w Finlandii (Ruuska i in., 2024) dokonano przeglądu wszystkich nastolatków skierowanych do kliniki tożsamości płciowej w latach 1996-2019 (2 083) i porównano je z dopasowanymi wiekowo grupami kontrolnymi (16 643). W badanej populacji odnotowano 55 zgonów, z czego 20 było zgonami samobójczymi. Chociaż wskaźnik samobójstw wśród młodzieży skierowanej ze względu na [zaburzenia] tożsamości płciowej był wyższy niż w populacji ogólnej, różnica ta wyrównała się po uwzględnieniu problemów zdrowia psychicznego, wymagających specjalistycznego leczenia. Ogólnie rzecz biorąc, trudno jest wyciągnąć wiążące wnioski, gdyż bezwzględne ryzyko samobójstwa w populacji młodzieży z dysforią płciową i w populacji kontrolnej było bardzo niskie, więc liczby były na szczęście niewielkie.

5.67 Chociaż dane sugerują, że liczba zgonów w wyniku samobójstwa w tej grupie młodych ludzi jest bardzo niska, każda śmierć dziecka lub młodego człowieka jest tragedią i druzgocącą stratą. W każdym przypadku istnieje silna potrzeba zrozumienia, co się stało i dlaczego, tak aby zidentyfikowane i podjęte zostały wszystkie działania, mogące zapobiec przyszłym zgonom.

## **Zmiany w profilu pacjenta**

5.68 W przeglądzie systematycznym (Taylor i in.: Charakterystyka pacjentów) udokumentowano szybki wzrost liczby skierowań w wielu krajach i stwierdzono, że "dzieci te wykazują wyższy niż oczekiwano poziom ASD, ADHD, stanów lękowych, depresji, zaburzeń odżywiania, samobójstw, samookaleczeń i ACE. Zgoda w kwestii podstawowych danych charakteryzujących [tą grupę pacjentów], jakie należy zebrać przy skierowaniu / ocenie, pomogłoby zapewnić, że badania mierzą kluczowe wyniki i umożliwiają rozwój usług w celu zaspokojenia potrzeb tych dzieci. Kliniki muszą oceniać i reagować na wszelkie współwystępujące potrzeby i złożoność [sytuacji tych pacjentów]".

5.69 Dzisiejsza populacja różni się od tej, dla której opracowano praktykę kliniczną, z wyższym odsetkiem dziewcząt w okresie dojrzewania. [Populacja ta] jest heterogeniczną grupą o szerokim zakresie współwystępujących schorzeń, często obejmujących złożone potrzeby. Musi to znaleźć odzwierciedlenie w usługach oferowanych przez NHS.

## **6. Uwarunkowania rozwojowe dla dzieci i młodzieży**

6.1 Dwa szczególnie krytyczne okresy rozwoju to wczesne dzieciństwo i dorastanie. Bardzo ważne jest zrozumienie kilku aspektów typowego rozwoju - od tego, co dzieje się przed

urodzeniem, przez wczesne dzieciństwo, aż po okres dojrzewania, a także [ważne jest zrozumienie] zakresu wariacji w obrębie normy.

6.2 W przeciwieństwie do leczenia zaburzeń tożsamości płciowej u starszej populacji, [powyższe czynniki] mają wpływ na to, co może się wydarzyć, gdy stosowane są interwencje kliniczne oraz na różne kwestie związane z opieką związaną z tożsamością płciową u dzieci i młodzieży.

6.3 Kwestie poruszone w tej sekcji mają znaczenie dla:

- zrozumienia tego, co wiadomo na temat biologii inkongruencji płciowej.
- zrozumienia podatności na zagrożenia dla zdrowia psychicznego.
- rozważań na temat tranzycji społecznej (patrz rozdział 12).
- potencjalnego wpływu blokerów dojrzewania (patrz Rozdział 14).
- potencjalnego wpływu hormonów maskulinizujących/feminizujących (patrz Rozdział 15).
- uzyskanie [świadomej] zgody (patrz Rozdział 16).

### **Rozwój tożsamości płciowej w dzieciństwie i okresie dojrzewania**

6.4 Płeć biologiczna jest określana przez chromosomy płciowe. Mężczyźni mają chromosom X i Y (XY), a kobiety mają dwa chromosomy X (XX). We wczesnym okresie ciąży wszystkie płody mają potencjał, by rozwinąć się w osobniki płci żeńskiej lub męskiej. Gen [SRY, przyp. tł.] na chromosomie Y napędza produkcję testosteronu, który jest niezbędny do wytworzenia wewnętrznych i zewnętrznych męskich narządów płciowych. W przypadku braku testosteronu płód rozwinie żeńską anatomię.

6.5 Istnieje wiele biologicznych różnic między mężczyznami i kobietami; na przykład wzrost, siła mięśni, oczekiwana długość życia, a także podatność na niektóre choroby, takie jak rak płuca lub choroby serca. Istnieje również bardzo wiele cech występujących/podobnych u obu płci.

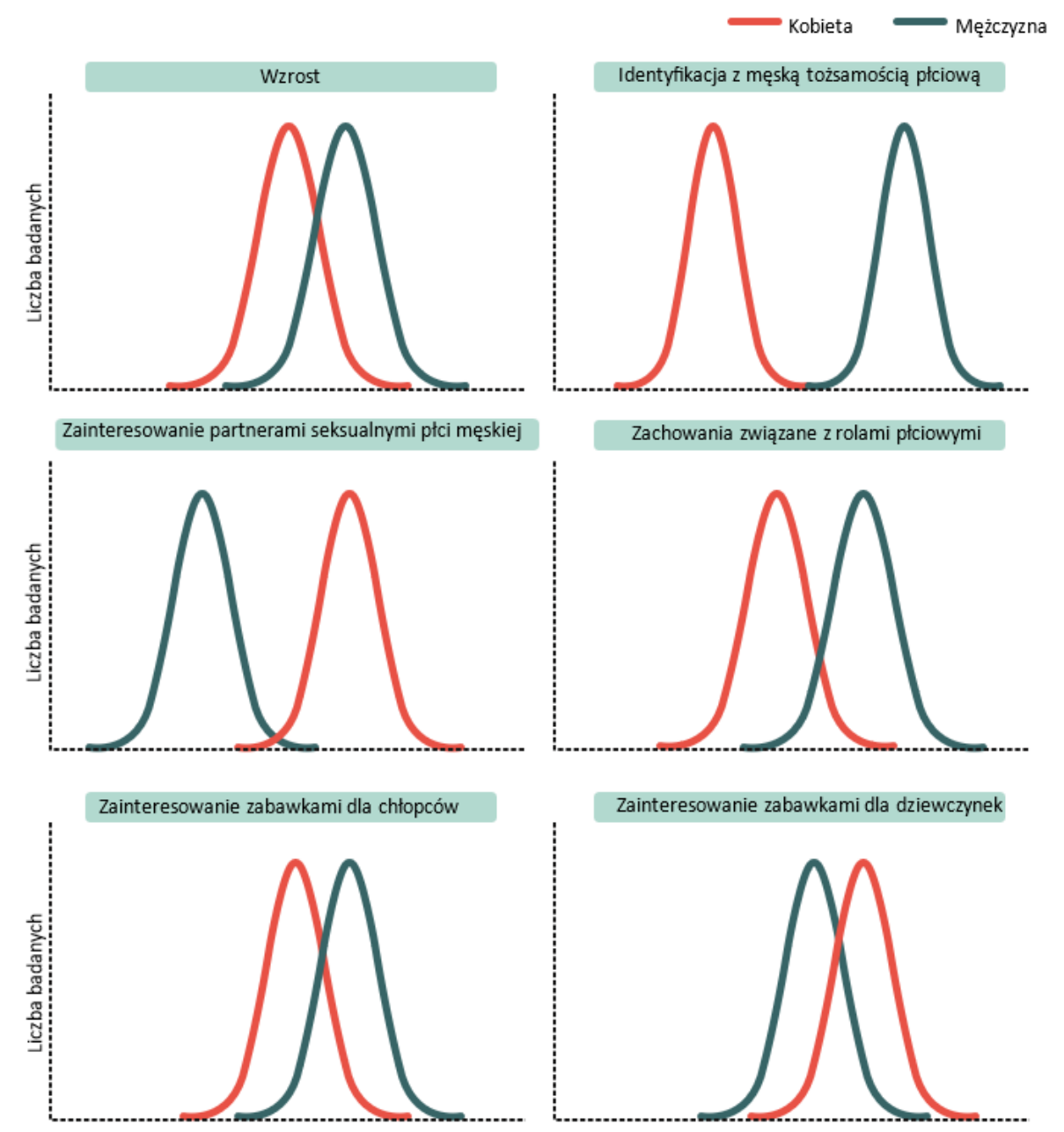
6.6 Naukowcy zidentyfikowali trzy ważne sposoby wyrażania różnic płciowych (Babu & Shah, 2021):

- zachowania związane z rolami płciowymi (są to zachowania takie jak preferencje dotyczące zabawek, zabawy, fizyczności)
- tożsamość płciowa (wrodzone poczucie przynależności i identyfikacji własnej płci jako męskiej, żeńskiej lub alternatywnej)
- w późniejszym okresie – orientacja seksualna (płeć osób, do których odczuwa się pociąg seksualny).

6.7 Uważa się, że na wszystkie te trzy czynniki mogą wpływać czynniki biologiczne i społeczne, [a zagadnienia te] stanowią rozwijający się obszar badań.

6.8 Rysunek 18 podsumowuje te charakterystyczne różnice płci u ludzi. Użycie przez autora terminów "zabawki dla chłopców" i "zabawki dla dziewczynek" może wzbudzać dyskomfort [u niektórych], ale jest to klasyfikacja stosowana w badaniach akademickich. Rysunek ilustruje również wielkość różnicy wzrostu dorosłych ludzi, w zależności od płci. Wzrost został uwzględniony, aby zapewnić zrozumiałe porównanie w celu kontekstualizacji wielkości behawioralnych/psychologicznych różnic pomiędzy płciami (Hines, 2020a).

**Rysunek 18: Ilustracja nakładania się rozkładów cech psychologicznych/zachowawczych u mężczyzn i kobiet, [który to rozkład] wykazuje duże i wiarygodne różnice między płciami**



Źródło: Zaadaptowano z Hines, M. (2020). Rozwój tożsamości płciowej człowieka. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 118, 89-96. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2020.07.018>, za zgodą Elsevier.

Uwaga: Wyższe wyniki dla zachowań związanych z rolami płciowymi reprezentują zachowania typowe dla mężczyzn. Wykres dla wzrostu został uwzględniony jako zrozumiałe porównanie.

6.9 W Wielkiej Brytanii przeciętny mężczyzna ma 175cm wzrostu, a przeciętna kobieta 162cm. Niektóre kobiety są wyższe niż niektórzy mężczyźni i jest to element normalnej zmienności. Bardzo trudno byłoby odgadnąć, czy osoba o wzroście 170cm jest mężczyzną czy kobietą na

podstawie samego wzrostu, bo [170cm] wypada on dokładnie pośrodku nakładania się [krzywych].

6.10 Społeczne oczekiwania i stereotypy wprowadziły oczekiwanie, że zachowania związane z rolami płciowymi, tożsamość płciowa i seksualność będą zgodne z biologiczną płcią [jednostki]. Ale nie zawsze tak jest. Zachowania związane z rolami płciowymi, tożsamość płciowa i seksualność mogą zmieniać się niezależnie od siebie.

6.11 Kobiety najczęściej odczuwają pociąg seksualny do partnerów płci męskiej i vice versa, ale preferencje seksualne mężczyzn i kobiet nakładają się na siebie, przy czym niektóre osoby odczuwają pociąg do osób tej samej płci, pociąg do obu płci, żadnej płci lub są bardziej płynne w swoich preferencjach seksualnych.

6.12 Poczucie tożsamości płciowej dzieci najczęściej pokrywa się z ich płcią biologiczną, ale istnieje znaczna zmienność w tempie, w jakim rozwijają stałość tożsamości płciowej i [sposobie w jaki] wyrażają swoją tożsamość płciową.

6.13 Niektóre dzieci będą wykazywać zachowania związane z rolą płciową, niezgodne z ich płcią biologiczną, ale [odczuwając] tożsamość płciową, zgodną [ze swoją płcią biologiczną]. [Te dzieci] mogą wyrosnąć na osoby heteroseksualne lub homoseksualne.

### **Rozwój zachowań związanych z rolami płciowymi**

6.14 Podobnie jak inne obszary rozwoju, tożsamość płciowa i zachowania związane z rolami płciowymi mają typowe etapy kluczowe (de Vries i in., 2013; deMayo i in., 2022).

6.15 Różnice w zachowaniach związanych z rolami płciowymi są widoczne w wieku przedszkolnym, kiedy dzieci w czasie zabawy zaczynają wykazywać stereotypowe zachowania związane z płcią. Mniej więcej w tym czasie [dzieci] wolą bawić się z rówieśnikami tej samej płci.

6.16 Wybór zabawek został szeroko zbadany. Badacze klasyfikują zabawki na te, które są zazwyczaj preferowane przez chłopców (na przykład samochody i ciężarówki) oraz te, które są zazwyczaj preferowane przez dziewczynki (na przykład lalki). Systematyczny przegląd (Davis & Hines, 2020) wykazał, że te różnice w wyborze zabawek są bardzo duże.

6.17 Podobnie jak w przypadku cech biologicznych, takich jak wzrost, zachowania związane z rolami płciowymi w dużym stopniu się pokrywają. Ta zmienność w wyrażaniu tożsamości płciowej istnieje od najmłodszych lat (niektóre dziewczęta wykazują zachowania, które są tradycyjnie postrzegane jako bardziej chłopięce, a niektórzy chłopcy wykazują zachowania, które są postrzegane jako bardziej dziewczęce).

6.18 Powszechnie przyjmuje się, że wybór zabawek i inne zachowania związane z rolami płciowymi są wyłącznie wynikiem wpływów społecznych; na przykład, że chłopcy będą dostawać do zabawy tylko ciężarówki, a dziewczynki tylko lalki. Chociaż jest to częściowo prawda, istnieją dowody na prenatalny i postnatalny wpływ hormonów na te zachowania, co zostanie omówione później.

### **Rozwój tożsamości płciowej**

6.19 W 1966 roku Kohlberg przedstawił teorię rozwoju tożsamości płciowej (Kohlberg, 1966). Teoria Kohlberga opisuje typowy rozwój dzieci, które nabywają tożsamość płciową (uświadamiając sobie, że są chłopcami lub dziewczynkami) w wieku 2-3 lat, rozumieją stabilność płci (zdając sobie sprawę, że płeć się nie zmienia) w wieku 3-4 lat i rozumieją stałość

płci (zdając sobie sprawę, że powierzchowne wskaźniki, takie jak ubrania, nie zmieniają płci) w wieku 5-6 lat.

6.20 Współczesne doświadczenia z dzieciństwa są inne niż w czasach, gdy powstały prace Kohlberga, a współczesne badania są potrzebne, aby lepiej zrozumieć i zbadać te podstawowe zasady, a także wpływ doświadczeń z wczesnego dzieciństwa na rozwój tożsamości płciowej.

### **Interakcja natury i wychowania**

6.21 Różnice płciowe w mózgu pojawiają się w drugiej połowie ciąży. Istnieją mocne dowody z badań na zwierzętach, że zmiany te są spowodowane obecnością lub brakiem testosteronu i mają długoterminowy wpływ na rozwój płciowy (Bakker, 2014).

6.22 Stwierdzono, że u ludzi wszystkie trzy cechy, wykazujące szczególnie duże różnice między płciami (dziecięce zabawy typowe dla płci, orientacja seksualna i tożsamość płciowa) są związane z wczesną ekspozycją na testosteron.

6.23 Zabawa typowa dla płci była w tym kontekście badana szerzej niż jakiegokolwiek inne ludzkie zachowanie, a co najmniej 10 niezależnych grup badaczy zgłosiło [badania opisujące] związek [preferowanego typu zabawy] z prenatalną ekspozycją na testosteron (Hines, 2015).

6.24 Wiele z tych prac opiera się na [badaniach] dzieci, które urodziły się z nietypowym poziomem hormonów płciowych. Zaburzenia te nazywane są różnicami w rozwoju płciowym (DSD) [z ang. differences in sex development, przyp. tł.], a wcześniej określane były jako interseksualność.

6.25 Najczęściej badany DSD jest wrodzony przerost nadnerczy (CAH) [z ang. congenital adrenal hyperplasia, przyp. tł.]. Z zaburzeniu tym osoby o karyotypie żeńskim (XX) mają zwykle wysoki poziom testosteronu spowodowany zmianami w ich genach. Wzrost poziomu testosteronu rozpoczyna się przed porodem i powoduje częściową maskulinizację narządów płciowych (Babu & Shah, 2021).

6.26 Dziewczynki z karyotypem żeńskim (XX) dotknięte CAH są zwykle wychowywane jako dziewczynki, gdyż mają żeńskie narządy wewnętrzne oraz zdolność reprodukcyjną, ale częściej niż inne dziewczęta wykazują chłopięce zachowania (na przykład wolą chłopięce zabawy i zabawki) oraz rzadziej bawią się w zabawy typowe dla dziewczynek. W wieku dorosłym 50-75% [tych kobiet] jest wyłącznie heteroseksualnych, podczas gdy pozostałe mają biseksualną lub homoseksualną orientację [seksualną]. Tylko u 2-5% rozwija się dysforia płciowa, która prowadzi do zmiany płci; jednak niektóre [z kobiet dotkniętych CAH] mają słabszą tożsamość kobiecą (Berenbaum & Beltz, 2011). W związku z tym wydaje się, że w CAH, podczas gdy prenatalna ekspozycja na testosteron ma silny wpływ na zachowania związane z rolami płciowymi, tożsamość płciowa jest w przeważającej mierze zgodna z płcią, [w której te dziewczynki są] wychowywane.

6.27 Podobnie osoby o męskim karyotypie (XY) z zespołem całkowitej niewrażliwości na androgeny (CAIS) [z ang. complete androgen insensitivity syndrome, przyp. tł.] mają funkcjonujące jądra, ale ich komórki nie są w stanie reagować na testosteron i [w rezultacie te osoby] wykazują typowe dla dziewcząt wzorce zabawy (Hines, 2020a).

6.28 Bardziej nieprzewidywalna sytuacja ma miejsce, gdy osoby o karyotypie męskim (XY) rodzą się z szeregiem schorzeń, w których mają normalny poziom testosteronu, ale mają bardzo zdeformowany lub nieobecny penis. Jeśli dzieci te są wychowywane jako dziewczynki,

większość z nich będzie nadal identyfikować się jako kobiety, pomimo normalnego poziomu hormonów męskich (Meyer-Bahlburg, 2005).

6.29 Istnieje wiele innych form DSD. Współcześnie praktyka [medyczna] zmieniła się w stosunku do wcześniejszego podejścia do postępowania, które polegało na wczesnej modyfikacji chirurgicznej w celu dopasowania [wyglądu narządów płciowych] do płci przypisanej przy urodzeniu danej osoby[6]. Obecnie nacisk kładzie się na ocenę biologii niemowlęcia i wykorzystanie jej do przewidywania najbardziej prawdopodobnych wyników rozwojowych, którymi można kierować przy wyborze płci, w której dziecko zostanie wychowane. Takie podejście zmniejsza prawdopodobieństwo nieodwracalnej operacji lub interwencji medycznej, zanim dana osoba będzie w stanie zrozumieć swoje ciało (i jego możliwości), a jej rozwój psychoseksualny będzie zaawansowany.

6.30 Ważnym odkryciem jest to, że niektóre zaburzenia DSD mają bardziej przewidywalne wyniki w kwestii tożsamości płciowej. W innych zaburzeniach DSD długoterminowe prognozy są mniej wiarygodne, a w tych przypadkach płeć, w której dziecko jest wychowane, wydaje się mieć najsilniejszy wpływ na tożsamość płciową w dzieciństwie i później.

6.31 Podsumowując, badania nad dziećmi z DSD sugerują, że złożona interakcja między poziomem testosteronu, zewnętrznymi narządami płciowymi, płcią, w której dziecko jest wychowane i środowiskiem społeczno-kulturowym odgrywa rolę w ostatecznej tożsamości płciowej. Jest to ważne do rozważenia przy próbie zrozumienia szeregu ścieżek, które mogą prowadzić do inkongruencji płciowej.

### **Zmiany od okresu dojrzewania do dorosłości**

6.32 Rozwój mózgu ma dwa ważne okresy - pierwszy [trwa] do trzeciego roku życia, a drugi od okresu dojrzewania do dorosłości.

6.33 Dojrzewanie to okres szybkiego rozwoju społecznego, emocjonalnego, fizycznego i poznawczego, który może być trudny dla niektórych młodych ludzi. Zmiany hormonalne w okresie dojrzewania powodują zmiany w ciele fizycznym i w mózgu, a także poważne zmiany w oczekiwaniach i wymaganiach społecznych.

6.34 Zrozumienie rozwoju mózgu i etapów dojrzewania jest niezbędne do zrozumienia, w jaki sposób tożsamość płciowa odnosi się do innych aspektów okresu dojrzewania. Jest to również ważne, aby wziąć pod uwagę [rozwój mózgu i etapy dojrzewania] w odniesieniu do postępowania [w leczeniu] inkongruencji płciowej oraz innych zaburzeń związanych z tożsamością płciową [pojawiających się] tym okresie.

### **Zmiany w mózgu w okresie dojrzewania**

6.35 Począwszy od wczesnego okresu dojrzewania, nieużywane połączenia neuronów są eliminowane, a inne, ważne połączenia stają się silniejsze i szybsze.

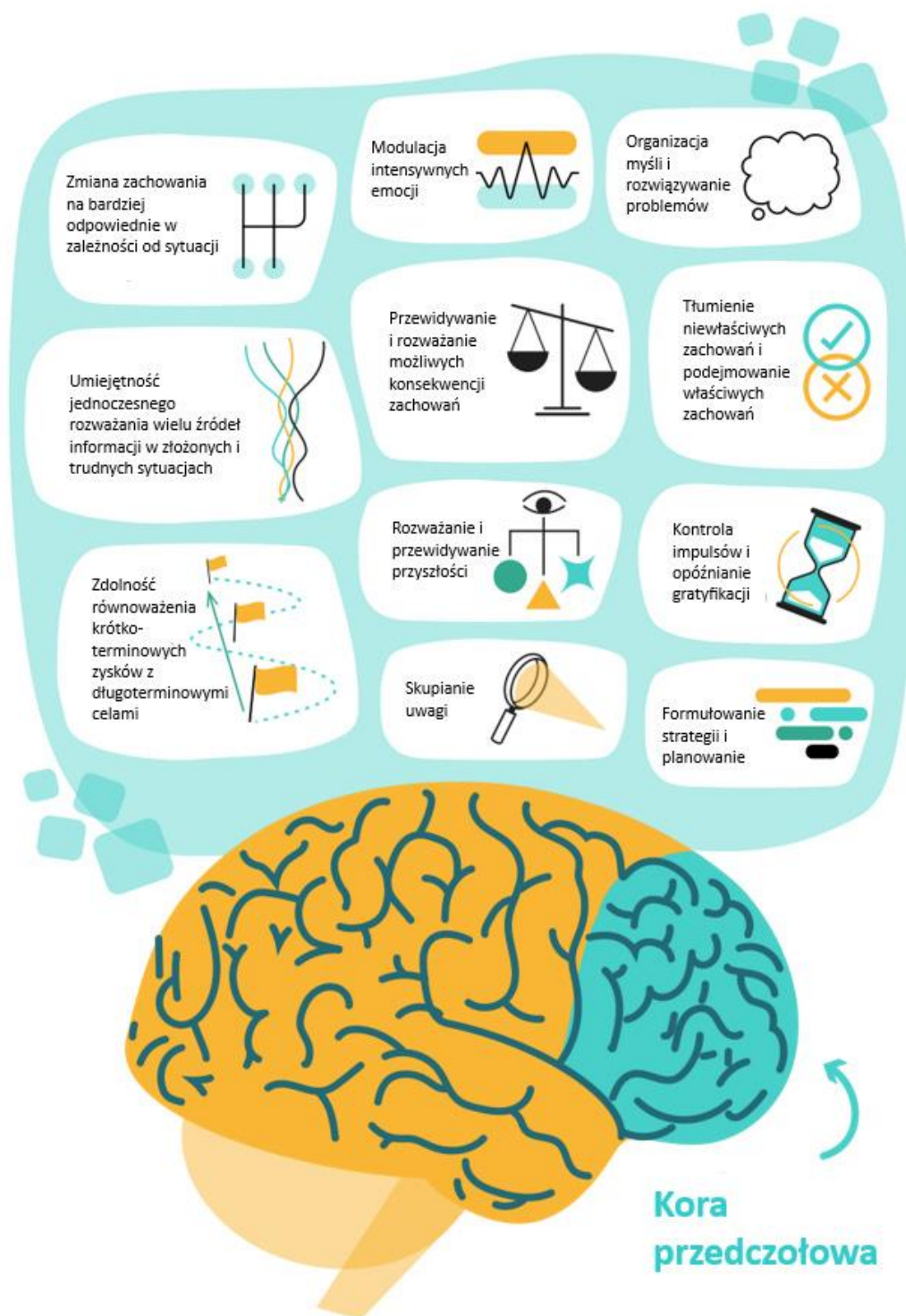
6.36 Kiedyś sądzono, że dojrzewanie mózgu kończy się w okresie dojrzewania, ale we współczesnym rozumieniu [tego zagadnienia uznaje się], że przebudowa [mózgu] trwa do połowy trzeciej dekady życia, w miarę jak różne części [mózgu] ulegają specjalizacji i wytwarzają nowe połączenia (Giedd, 2016).

6.37 Ta przebudowa mózgu nie przebiega równomiernie. Zmiany w obszarze limbicznym, który jest "zorientowany na teraźniejszość" i dotyczy podejmowania ryzyka i poszukiwania wrażeń, rozpoczynają się wraz z okresem dojrzewania; ta część mózgu staje się bardzo wrażliwa,

napędza wahania nastroju, poszukiwanie przyjemności i nowości, a także sprawia, że nastolatki są bardziej wrażliwe na odrzucenie społeczne, oraz bardziej podatne na uzależnienia i szereg problemów zdrowia psychicznego.

6.38 Kora przedczołowa "zorientowana na przyszłość" dojrzewa później, a jej rozwój trwa do trzeciej dekady życia i, jak pokazano na rysunku 19, dotyczy funkcji wykonawczych, takich jak podejmowanie złożonych decyzji, racjonalna ocena, hamowanie impulsywności, planowanie i ustalanie priorytetów.

Rysunek 19: Dojrzewanie mózgu nastolatk



Neuropsychiatric Disease & Treatment 2013;9 449-461 - Pierwotnie opublikowane przez, zaadaptowane i wykorzystane za zgodą Dove Medical Press Ltd.

6.39 Od wieku ok 15 lat, w odniesieniu do hipotetycznych sytuacji, nastolatek podejmuje podobne decyzje, jak osoba dorosła. Jednakże, chociaż nastolatki potrafią teoretycznie zrównoważyć możliwe szkody lub korzyści wynikające z różnych kierunków działania, w prawdziwym świecie mogą nadal angażować się w niebezpieczne zachowania, pomimo



zrozumienia związanego z nimi ryzyka. W związku z tym zarówno rola emocji, jak i związek między odczuwaniem a myśleniem są istotne dla sposobu podejmowania decyzji przez nastolatków (Arain i in., 2013).

### **"Mózg społeczny"**

6.40 "Mózg społeczny" to sieć obszarów mózgu zaangażowanych w rozumienie intencji, pragnień i przekonań innych ludzi. Powoli dojrzewająca kora przedczołowa jest kluczową częścią tej sieci, więc od okresu nastoletniego do dorosłości zachodzą znaczne zmiany w tych zdolnościach.

6.41 W okresie dojrzewania rówieśnicy wywierają coraz większy wpływ [na nastolatka], a rodzice coraz mniejszy. Na ocenę wartości społecznej i osobistej nastolatków duży wpływ ma to, co myślą o nich rówieśnicy. Badania wykazały, że nastolatki są nadwrażliwe na izolację społeczną – do tego stopnia, że podążanie za rówieśnikami, nawet jeśli oznacza to podejmowanie ryzyka zdrowotnego i prawnego, może być postrzegane jako racjonalny wybór, bo zmniejsza możliwość wykluczenia społecznego (Blakemore, 2018).

### **Rola hormonów płciowych w dojrzewaniu mózgu**

6.42 Istnieje coraz więcej dowodów na to, że opisane powyżej zmiany w dojrzewaniu mózgu są napędzane wspólnie przez wiek chronologiczny i hormony płciowe uwalniane w okresie dojrzewania (Goddings i in., 2019; Ravindranath i in., 2022; Sisk i Zehr, 2005). Hormony płciowe są również odpowiedzialne za zwiększenie rozbieżności w strukturze męskiego i żeńskiego mózgu (Beck i in., 2003).

6.43 Niektórzy badacze sugerują, że w okresie dojrzewania może istnieć "okres krytyczny" dla rozwoju bardziej złożonego myślenia i procesów analitycznych (Baxendale, 2024; Larsen & Luna, 2018) ale potrzebujemy więcej badań, aby to wyjaśnić.

6.44 Podsumowując, dzieciństwo, dorastanie i okres wczesnej dorosłości to dynamiczne okresy rozwojowe dla tożsamości płciowej, rozwoju poznawczego i ogólnego dojrzewania mózgu, a jednocześnie młodzi ludzie muszą funkcjonować w coraz bardziej złożonym świecie. Tak więc, rozważając sposoby w jaki u danej osoby może rozwinąć się inkongruencja płciowa i jak najlepiej temu zaradzić, należy wziąć pod uwagę, [opisane powyżej] ważne tło rozwojowe.

## **7. Dorastanie w XXI wieku**

7.1 Pokolenie to grupa ludzi, którzy urodzili się w podobnym okresie, mają podobne doświadczenia życiowe i wpływy kulturowe. Każde pokolenie napotyka nowe doświadczenia, postępy, technologie, wyzwania i stresory, które mają głęboki wpływ na zachowania, postawy i przekonania [każdego pokolenia].

7.2 Podział ludzi według roku urodzenia może wydawać się nieco uproszczony, ale jest to pomocny sposób na zrozumienie, w jaki sposób perspektywy, a także zdrowie i choroby mogą być kształtowane przez ważne wydarzenia na świecie (ostatnio pandemię Covid-19), a także warunki społeczne i gospodarcze.

7.3 Pokolenie Z to pokolenie, w którym wzrosła liczba osób szukających wsparcia od NHS w związku z tożsamością płciową, dlatego ważne jest, aby mieć pewne zrozumienie doświadczeń i wpływów [tego pokolenia].

7.4 [Pokolenie Z] definiowane jest jako osoby urodzone w latach 1995-2009 i charakteryzowane jako cyfrowi tubylcy (gdyż [członkowie tego pokolenia] posiadają biegłość w korzystaniu z

technologii i mediów społecznościowych) oraz unikalnymi cechami, takimi jak przedsiębiorczość, świadomość społeczna, pragmatyzm i różnorodność (Jayatissa, 2023).

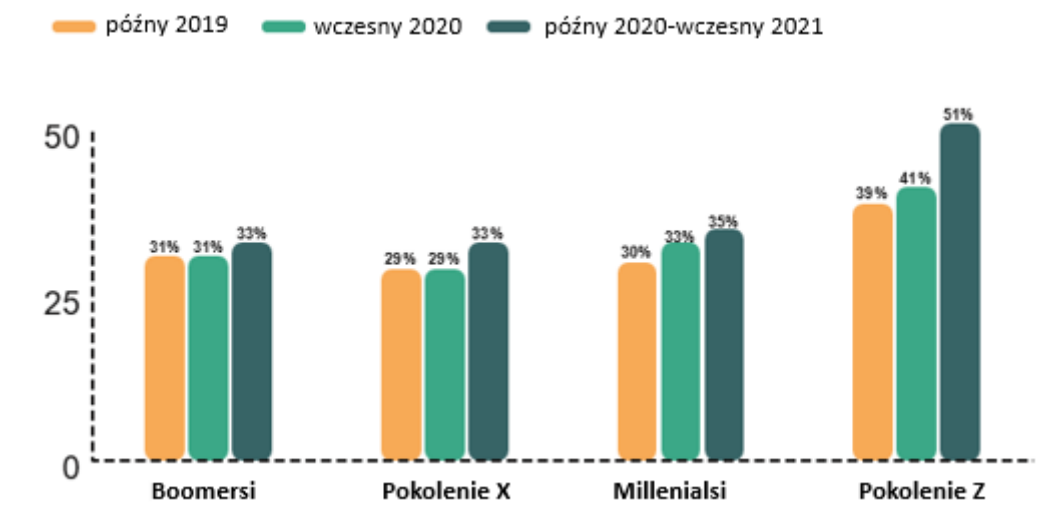
7.5 Jeśli chodzi o szerszy kontekst, pokolenie Z i pokolenie Alfa (osoby urodzone od 2010 r.) dorastały w czasie globalnej recesji, obaw związanych ze zmianami klimatu, a ostatnio pandemią Covid-19. Globalna łączność oznacza, że oprócz korzyści płynących z międzynarodowych sieci rówieśniczych, są oni znacznie bardziej narażeni na obawy związane z globalnymi zagrożeniami.

### Przekonania pokoleniowe i tożsamość płciowa

7.6 Pokolenie Z i niektórzy młodszy milenialsi (Pokolenie Y) generalnie mają inne przekonania na temat płynności i zmienności tożsamości płciowej niż starsze pokolenia. Postawy [w stosunku do tożsamości płciowej] zmieniły się w takim tempie, że w ciągu 6 miesięcy między początkiem 2020 r. a końcem 2020 r./początkiem 2021 r. dorośli z pokolenia Z, ankietowani w USA stali się pierwszym pokoleniem, w którym większość odpowiedziała negatywnie na stwierdzenie „istnieją tylko dwie płcie, męska i żeńska” (Twenge, 2023).

7.7 Istnieją również różnice pokoleniowe w liczbie młodych dorosłych zgłaszających, że ich doświadczana tożsamość płciowa nie jest zgodna z ich płcią. Na podstawie danych amerykańskiego spisu powszechnego w latach 2021-2022 5,6% dorosłych z pokolenia Z zidentyfikowało się jako osoby trans lub niebinarne, w porównaniu do 2,4% milenialsów i 1,5% pokolenia X. pokolenia X

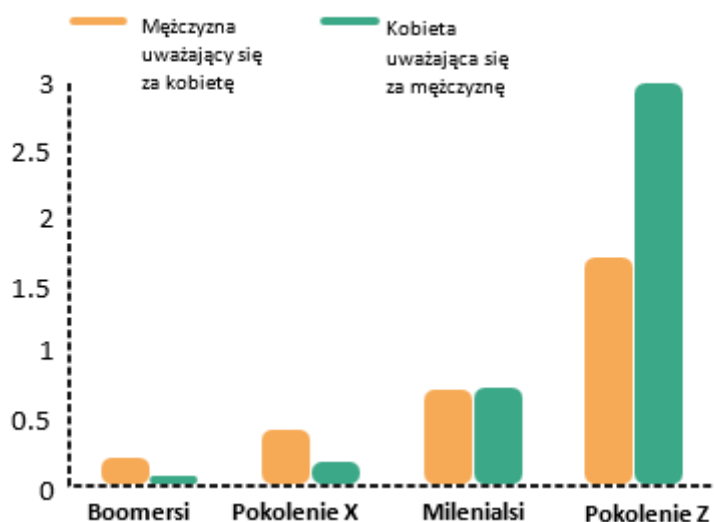
**Rysunek 20: Odsetek dorosłych Amerykanów, którzy uważają, że istnieje więcej niż dwie płci, [usystematyzowany] według pokolenia, [mierzony] w latach 2019-2021**



Źródło: Dostosowane z Twenge, J. M. (2023). Generations: The real differences between gen Z, millennials, gen X, boomers, and silents - and what they mean for America's future. Atria Books.

Uwaga: [Wykres] pokazuje odsetek osób, które nie zgadzają się ze stwierdzeniem "Istnieją tylko dwie płcie: męska i żeńska". Dane z końca 2019 r. zbierano od 18 lipca do 26 grudnia; dane z początku 2020 r. zbierano od 2 stycznia do 25 czerwca; dane z końca 2020 r. i początku 2021 r. zbierano od 2 lipca 2020 r. do 12 stycznia 2021 r.

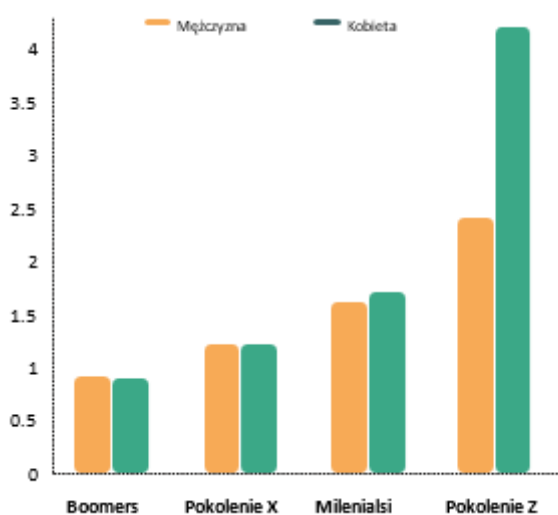
**Rysunek 21: Odsetek dorosłych Amerykanów identyfikujących się jako osoby trans, według płci i pokolenia, 2021-2022**



Źródło: Dostosowane z Twenge, J. M. (2023). Generations: The real differences between gen Z, millennials, gen X, boomers, and silents - and what they mean for America's future. Atria Books.

Uwaga: Dane zebrane między 21 lipca 2021 r. a 17 października 2022 r.

Rysunek 22: Odsetek dorosłych osób w USA identyfikujących się jako niebinarne, według płci i pokolenia, 2021-2022



Źródło: Dostosowane z Twenge, J. M. (2023). Generations: The real differences between gen Z, millennials, gen X, boomers, and silents - and what they mean for America's future. Atria Books.

Uwaga: Dane zebrane między 21 lipca 2021 r. a 17 października 2022 r.

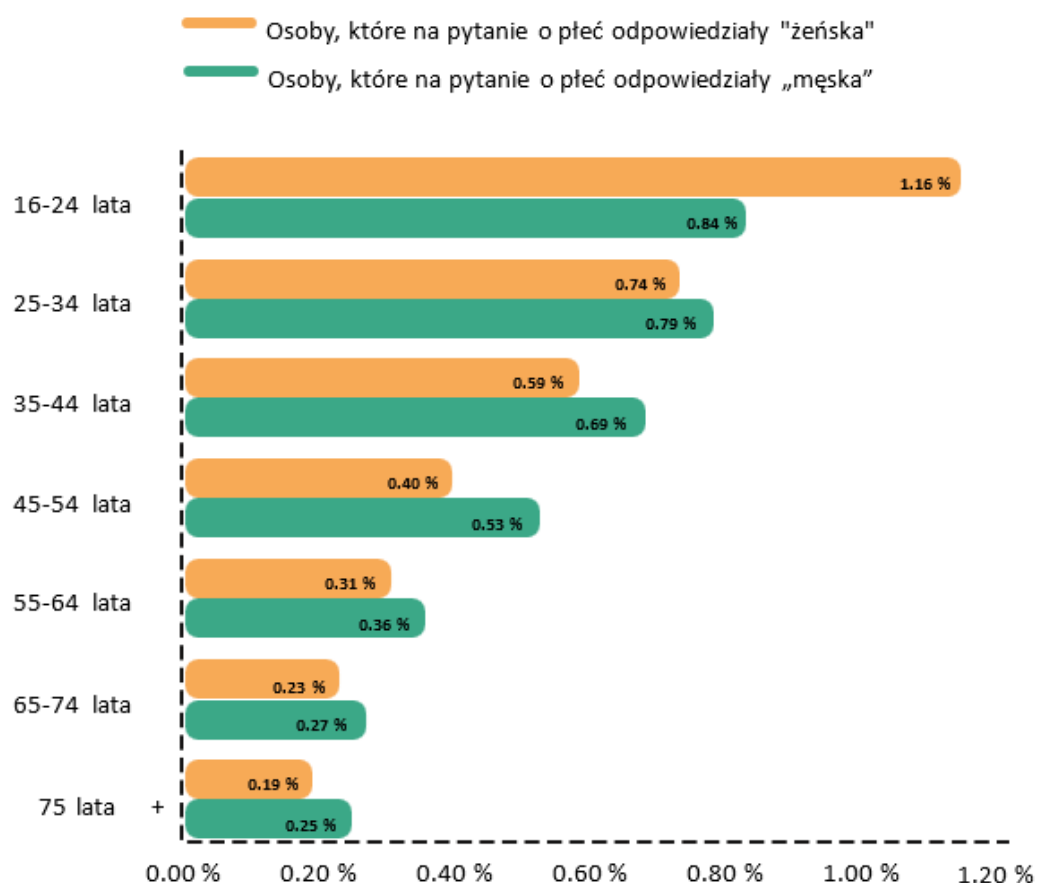
7.8 Zgodnie z innymi trendami udokumentowanymi na arenie międzynarodowej, brytyjski spis powszechny z 2022 r. (Office for National Statistics, 2023a) wykazał, że grupą o najwyższym odsetku (1,16%) osób identyfikujących się jako osoby trans (zdefiniowane jako [identyfikujące

się z] tożsamością płciową inną niż płeć biologiczna) były dziewczęta i młode kobiety w wieku 16-24 lat. Była to jedyna grupa wiekowa, w której liczba dziewcząt i kobiet identyfikujących się jako trans przewyższała liczbę chłopców i mężczyzn identyfikujących się jako trans.

7.9 Zmiany w przekonaniach odnośnie tożsamości płciowej w pokoleniu Z doprowadziły do znacznie bardziej elastycznego myślenia o tym, jak wyrażana jest tożsamość płciowa oraz do odejścia od stereotypów związanych z płcią. Młodzi ludzie z pokolenia Z, a także młodszy milenials, są znacznie bardziej otwarci na eksperymentowanie z wyrażaniem tożsamości płciowej niż poprzednie pokolenia.

7.10 Wielu z tych młodych ludzi nie będzie wymagało żadnej pomocy ze strony NHS. Mogą oni postrzegać siebie jako osoby znajdujące się w dowolnym miejscu spektrum, od niekonformistycznych w stosunku do norm płciowych do binarnych osób trans. Wielu z nich przez dłuższy okres czasu pozostanie płynna w [identyfikacji z] tożsamością płciową. Niektórzy dokonają częściowej lub pełnej tranzycji społecznej, ale nie będą szukać interwencji medycznej.

Rysunek 23: Odsetek stałych mieszkańców [Anglii i Walii] w wieku 16 lat i starszych, identyfikujących się osoby trans, według płci i wieku, Anglia i Walia, 2021 r.



Źródło: Office for National Statistics. (2023b, 25 stycznia). Tożsamość płciowa: wiek i płeć, Anglia i Walia: Spis powszechny 2021. Zawiera informacje sektora publicznego na licencji Open Government Licence v3.0.

**Stresory i krzywdy [doświadczane] online**

7.11 Pokolenie Z i Pokolenie Alfa (pokolenie urodzone od 2010 r.) dorastało z bezprecedensowym dostępem do Internetu. Niesie to ze sobą ogromne korzyści, ale także nowe zagrożenia i wyzwania. Dostęp do świata online zapewnił dzieciom i młodzieży zasoby edukacyjne, globalne informacje i metody komunikacji niedostępne dla poprzednich pokoleń, ale także naraził je na nowe niebezpieczeństwa.

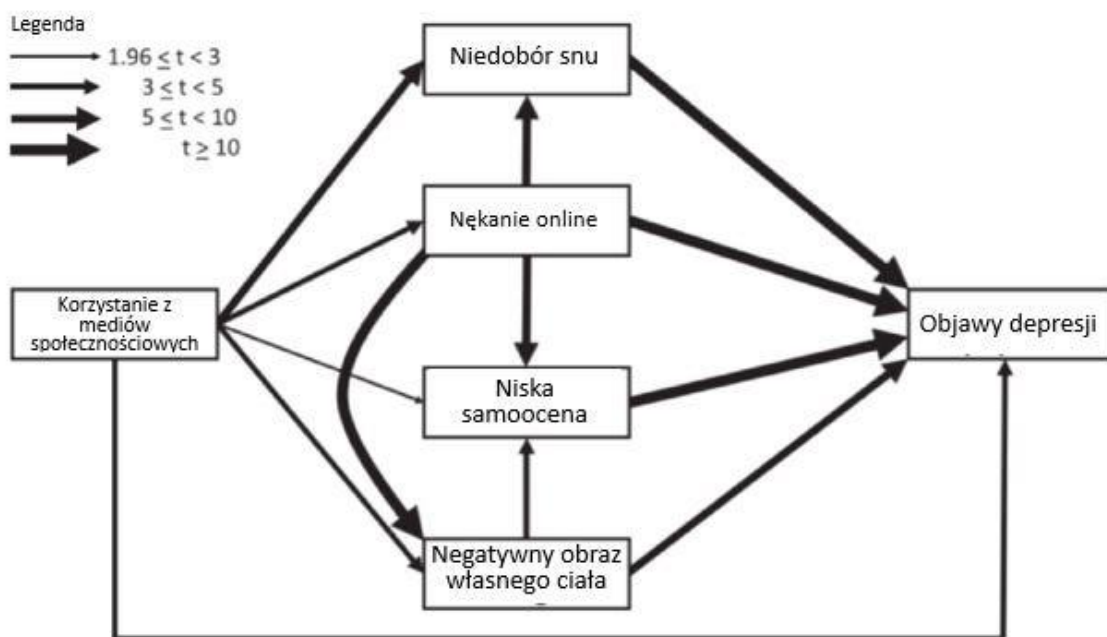
7.12 Millennium Cohort Study (MCS) to reprezentatywne dla Wielkiej Brytanii prospektywne badanie kohortowe dzieci urodzonych w 19244 rodzinach w okresie od września 2000 r. do stycznia 2002 r.

W badaniu (Kelly i in., 2018) wykorzystano dane [z MCS] do zbadania związku między korzystaniem z mediów społecznościowych a zdrowiem psychicznym 14-latków z kohorty [badanej w MCS] (10 904 osób):

- dziewczęta zgłaszały więcej godzin korzystania z mediów społecznościowych niż chłopcy; 43% dziewcząt korzystało z mediów społecznościowych przez trzy lub więcej godzin dziennie w porównaniu z 22% chłopców.
- dziewczęta częściej były zaangażowane w nękanie online jako ofiary lub sprawczynie (38,7% [dziewcząt] w porównaniu z 25,1% [chłopców]).
- dziewczęta częściej miały niską samoocenę (12,8% w porównaniu z 8,9% chłopców), były niezadowolone z masy ciała (78,2% w porównaniu z 68,3% chłopców) i były niezadowolone ze swojego wyglądu (15,4% w porównaniu z 11,8% chłopców).
- dziewczęta częściej zgłaszały mniejszą liczbę godzin snu niż chłopcy i częściej (27,6% w porównaniu z 20,2%) lub przez większość czasu doświadczaly zaburzeń snu.

7.13 Średnio dziewczęta miały wyższe nasilenie objawów depresji w porównaniu z chłopcami. Nękanie w Internecie, niska jakość i ilość snu, niska samoocena i negatywny obraz własnego ciała były silnie związane z nasileniem objawów depresji. Rysunek 24 ilustruje związek między tymi różnymi czynnikami. Grubość strzałek pokazuje siłę zależności.

Rysunek 24: Korzystanie z mediów społecznościowych i objawy depresji - podsumowanie analizy ścieżkowej



Kelly, Y., Zilanawala, A., Booker, C., & Sacker, A. (2018). Social Media Use and Adolescent Mental Health: Findings from the UK millennium cohort study. *EClinicalMedicine*, 6, 59–68. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2018.12.005> © 2018 Opublikowane przez Elsevier Ltd. na licencji Creative Commons CC-BY-NC-ND.

Uwaga: Grubość strzałki pokazuje siłę powiązań.

7.14 Gdy korzystanie z mediów społecznościowych wzrosło z 0 do 5 lub więcej godzin dziennie, nastąpił stopniowy wzrost nasilenia objawów depresji i odsetka młodych ludzi z klinicznie istotnymi objawami (Kelly i in., 2018).

7.15 Systematyczny przegląd 20 badań wykazał, że korzystanie z mediów społecznościowych wiązało się z zaburzeniami postrzegania [wyglądu] ciała i zaburzeniami odżywiania (Holland & Tiggermann, 2016). Liczne inne badania wskazują, że korzystanie ze smartfonów i mediów społecznościowych wiąże się z cierpieniem psychicznym i samobójstwami wśród młodych ludzi, zwłaszcza dziewcząt, z wyraźną zależnością pomiędzy dawką [mediów społecznościowych] i reakcją [w postaci objawów depresji] (Abi-Jaoude i in., 2020); to znaczy, im więcej godzin spędzonych online, tym większy [ich negatywny] efekt. Wpływ mediów społecznościowych na brak snu, negatywne postrzeganie ciała i cyberprzemoc są częstymi tematami w dużej części literatury.

### Dostęp do treści o charakterze jednoznacznie seksualnym

7.16 W raporcie komisarza ds. dzieci z 2023 r. (Children's Commissioner, 2023) stwierdzono, że pornografia jest tak rozpowszechniona i znormalizowana, że dzieci nie mogą jej "odrzuć". Średni wiek, w którym dzieci po raz pierwszy widzą pornografię, wynosi 13 lat, ale 10% widziało ją w wieku 9 lat, a 27% w wieku 11 lat. Pornografia, na którą są narażone [dzieci], jest często brutalna, przedstawiająca akty przymusu, poniżania lub zadawania bólu. Ekspozycja [na takie treści] w młodszym wieku miała negatywny wpływ na samoocenę.

7.17 Młodzi ludzie mogą biernie natknąć się na pornografię online, otrzymywać nagie zdjęcia od znajomych, a w wieku 16-21 lat 58% chłopców i 42% dziewcząt aktywnie poszukiwało materiałów pornograficznych.

7.18 Większość młodych ludzi w wieku 16-21 lat zakłada, że dziewczęta oczekują lub lubią seks z użyciem fizycznej przemocy. Pośród wszystkich respondentów 47% stwierdziło, że dziewczęta "oczekują", że seks będzie wiązał się z przemocą, taką jak przyduszanie lub policzkowanie, a kolejne 42% stwierdziło, że większość dziewcząt "lubi" akty przemocy seksualnej. Większy odsetek młodych ludzi stwierdził, że dziewczęta "oczekują" lub "czerpią przyjemność" z agresywnego seksu [częściej] niż chłopcy.

7.19 Kilka badań podłużnych wykazało, że konsumpcja pornografii przez nastolatków wiąże się z późniejszym większym niezadowoleniem z życia seksualnego, relacji i [własnego] ciała (Hanson, 2020).

7.20 Komentatorzy badań [naukowych] zalecają, że potrzebne są dalsze badania [związku pomiędzy] konsumpcją pornografii internetowej i dysforią płciową. Niektórzy badacze (Nadrowski, 2023) sugerują, że [terapia] eksploracyjna młodzieży kwestionującej tożsamość płciową powinna uwzględniać ich zaangażowanie w treści pornograficzne.

### **Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży**

7.21 Znaczący wzrost liczby młodych ludzi cierpiących na inkongruencję/dysfориę płciową należy rozpatrywać w kontekście złego stanu zdrowia psychicznego i zaburzeń emocjonalnych wśród szerszej populacji nastolatków, szczególnie biorąc pod uwagę wysoki wskaźnik współistniejących problemów zdrowia psychicznego i neuro różnorodności.

7.22 Na arenie międzynarodowej narastają obawy o zdrowie psychiczne pokolenia Z. Przyczyny tego są wysoce spekulatywne, chociaż toczy się debata na temat wpływu nadmiernego korzystania ze smartfonów i mediów społecznościowych, jak omówiono powyżej.

7.23 W ramach przeglądu przeprowadzono rozmowy z wieloma specjalistami w dziedzinie zdrowia psychicznego na temat zaobserwowanej przez nich rosnącej liczby przypadków zaburzeń psychicznych w populacji dzieci i młodzieży, a także dokonano przeglądu niektórych dostępnych danych z Wielkiej Brytanii.

7.24 Badania ankietowe przeprowadzone w Wielkiej Brytanii w latach 1999-2017 pokazują, że nastąpił znaczny wzrost wskaźników problemów zdrowia psychicznego w populacji dzieci i młodzieży, przy czym nasilenie stanów lękowych i depresji są najbardziej widoczne u nastoletnich dziewcząt. W 2014 r. odnotowano wyraźny wzrost liczby młodych kobiet w wieku 16-24 lat cierpiących na stany lękowe, depresję i samookaleczenia (NHS Digital, 2018).

7.25 Częstość występowania "prawdopodobnego zaburzenia zdrowia psychicznego" u dzieci w wieku 8-16 lat wzrosła z 12,5% w 2017 r. do 20,3% w 2023 r. Wśród młodzieży w wieku 17-19 lat wskaźniki wzrosły z 10,1% w 2017 r. do 23,3% w 2023 r. (NHS Digital, 2023).

7.26 [Występowanie] niektórych zaburzeń (na przykład zaburzeń odżywiania) nasiliło się bardziej niż innych, szczególnie u dziewcząt i młodych kobiet (Tabela 5).

7.27 Badania wskaźników samookaleczeń wykazały podobny wzrost. Na przykład w latach 2011-2014 odnotowano prawie 70% wzrost liczby samookaleczeń u młodych dziewcząt w wieku od 13 do 16 lat, co nie miało miejsca u chłopców ani w innych grupach wiekowych. Wskaźniki

samookaleczeń u dziewcząt w wieku od 13 do 19 lat były wyższe w porównaniu z chłopcami (Morgan i in., 2017).

7.28 Wzrost liczby zgłoszeń do klinik gender w pewnym stopniu pokrywa się z pogorszeniem stanu zdrowia psychicznego dzieci i młodzieży. Problemy ze zdrowiem psychicznym wzrosły zarówno u chłopców, jak i dziewcząt, ale były najbardziej widoczne u dziewcząt i młodych kobiet. Oprócz rosnącej częstości występowania depresji i stanów lękowych, od czasu pandemii Covid-19 wzrosła liczba przypadków zaburzeń odżywiania i samookaleczeń (Trafford i in., 2023).

Tabela 5: Odsetek dzieci i młodzieży z zaburzeniami odżywiania, według wieku i płci, 2017 i 2023 r.

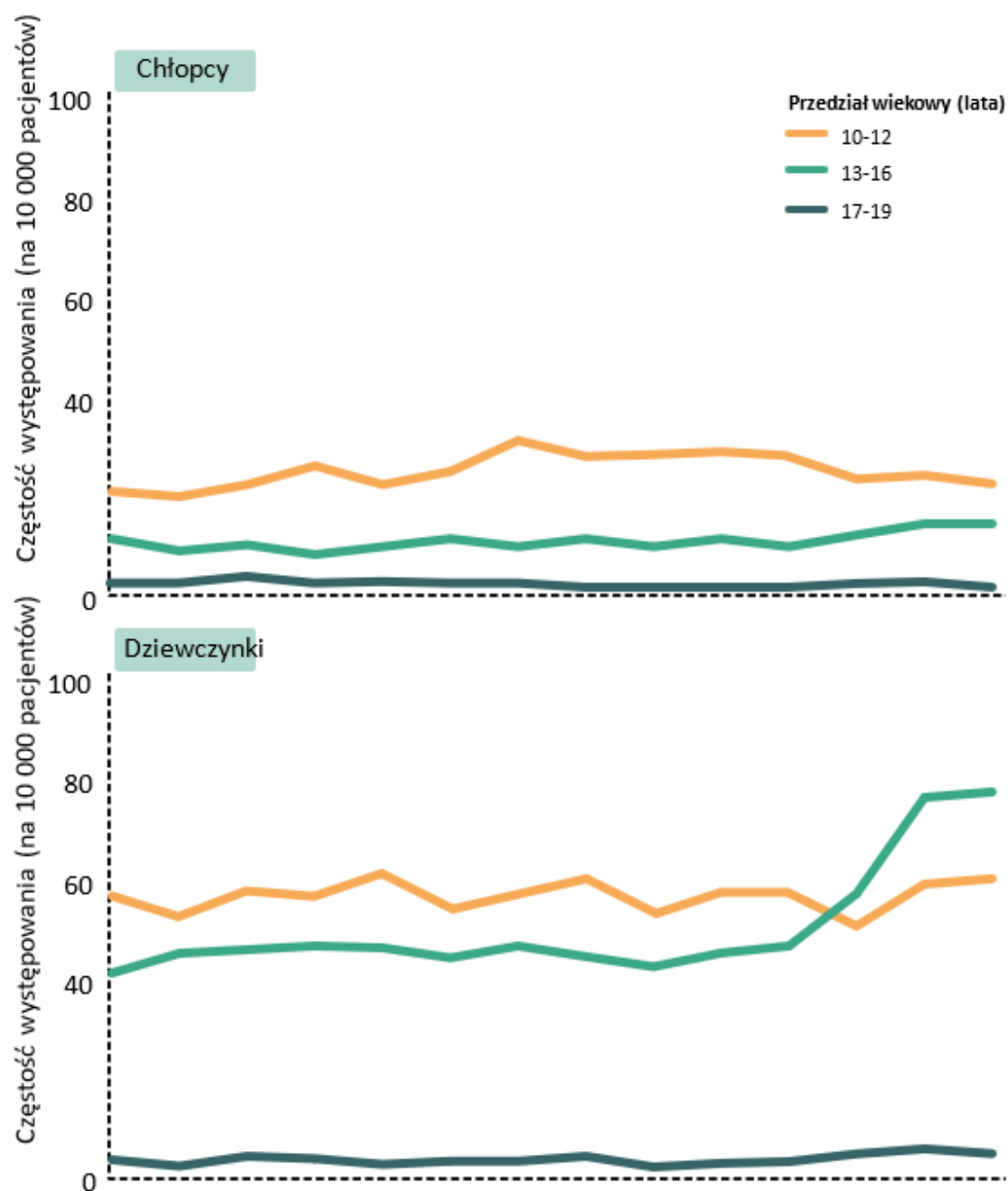
Tabela 5: Odsetek dzieci i młodzieży z zaburzeniami odżywiania, według wieku i płci, 2017 i 2023 r.

|      | 11-16 LAT |              |                    | 17-19 LAT          |                 |                         |
|------|-----------|--------------|--------------------|--------------------|-----------------|-------------------------|
|      | CHŁOPCY % | DZIEWCZĘTA % | WSZYSTKIE DZIECI % | MŁODZI MĘŻCZYŹNI % | MŁODE KOBIETY % | WSZYSCY MŁODZI LUDZIE % |
| 2017 | 0.2       | 0.9          | 0.5                | 0                  | 1.6             | 0.8                     |
| 2023 | 1.0       | 4.3          | 2.6                | 5.1                | 20.8            | 12.5                    |

Źródło: NHS Digital (2023, 21 listopada). Zdrowie psychiczne dzieci i młodzieży w Anglii, 2023 - fala 4 będąca kontynuacją badania z 2017 r.

**Rysunek 25: Trendy czasowe w rocznej częstości występowania samookaleczeń w zależności od wieku z podziałem na płeć, 2001-2014**





Źródło: Odtworzone z Morgan, C., Webb, R. T., Carr, M. J., Kontopantelis, E., Green, J., Chew-Graham, C. A., Kapur, N., & Ashcroft, D. M. (2017). Incidence, clinical management, and mortality risk following self-harm among children and adolescents: Cohort study in primary care. *BMJ*. <https://doi.org/10.1136/bmj.j4351> with permission from BMJ Publishing Group Ltd.

Uwaga: Standaryzowane według wskaźnika IMD[9] i regionu zamieszkania.

7.29 Oprócz kwestii podkreślonych powyżej, klinicyści pracujący w NHS zaobserwowali zwiększone wskaźniki niektórych bardziej specjalistycznych zaburzeń psychicznych, takich jak funkcjonalne zachowania tikowe, BDD [z ang. body dysmorphic disorder, cielesne zaburzenie dysmorficzne, przyp. tł.] i funkcjonalne zaburzenia neurologiczne. Zmiany te zaobserwowano na arenie międzynarodowej i poprzedzały one Covid-19, chociaż niektóre z nich pogorszyły się podczas pandemii.

7.30 U wielu młodych osób z dysforią płciową występują kombinacje powyższych zaburzeń. Czasami współwystępujące zaburzenia poprzedzają dysfориę płciową, a czasami manifestują się po niej. Złożona interakcja między tymi kwestiami nie jest dobrze zrozumiana.

## **8. Możliwe czynniki wpływające na zmianę profilu pacjenta**

8.1 Ponad dwie dekady temu Cohen-Kettenis i Gooren (1999) napisali: "Tożsamość płciowa dorosłych i zachowania związane z rolami płciowymi rozwijają się stopniowo przez długi czas i pod wpływem wielu współdziałających czynników, aktywnych w różnych okresach rozwojowych... Nasze zrozumienie tego procesu znacznie wzrosło, ale w [proces ten] dużej części nadal pozostaje enigmatyczny". Ten cytat wciąż jest na miejscu w 2024 roku.

8.2 W niniejszym raporcie opisano bardzo zmieniony profil [populacji] dzieci i młodzieży, które są obecnie przyjmowane w klinikach gender ramach usług NHS. Aby dowiedzieć się, jak najlepiej opiekować się [tymi pacjentami], konieczne jest lepsze zrozumienie czynników wpływających na zmianę profilu pacjentów.

8.3 Zmianę profilu (w którym większość stanowią obecnie nastoletnie dziewczęta) należy rozpatrywać w kontekście zmian w szerszej populacji omówionych w rozdziale 7.

8.4 W niniejszym rozdziale przeanalizowano dowody na istnienie czynników biologicznych w rozwoju tożsamości trans oraz omówiono bardziej dynamiczne, występujące współcześnie czynniki psychospołeczne.

### **Czynniki biologiczne**

8.5 Przez wiele stuleci osoby trans były głównie trans-kobietami [czyli mężczyznami identyfikującymi się jako kobiety], którzy często ujawniali swoją tożsamość płciową w wieku dorosłym. Niektóre dorosłe osoby trans opisują, że są świadome swojej inkongruencji i/lub dysfории płciowej od dzieciństwa.

8.6 Poszukiwanie biologicznej przyczyny inkongruencji płciowej jest ważne dla niektórych osób trans, a dla niektórych klinicystów jest postrzegane jako [argument] wzmacniający twierdzenie, że medyczne leczenie [dysfории] jest uzasadnione.

8.7 Istnieją trzy główne obszary badań związanych z czynnikami biologicznymi [dysfории płciowej]: prenatalna i/lub pokwitaniowa ekspozycja na hormony; genetyka (badania bliźniąt); i struktura mózgu (badania obrazowe).

### **Ekspozycja na hormony w okresie prenatalnym i/lub pokwitania**

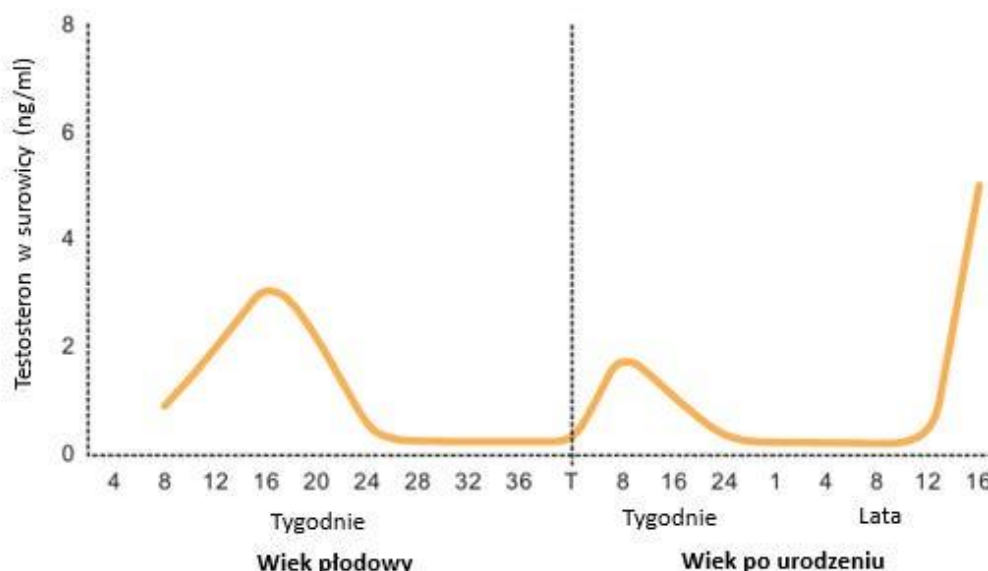
8.8 Ponieważ różnicowanie płciowe genitaliów ma miejsce w pierwszych dwóch miesiącach ciąży, ale różnicowanie płciowe mózgu rozpoczyna się dopiero w drugiej połowie ciąży, niektórzy autorzy postawili hipotezę, że te dwa procesy mogą podlegać niezależnym wpływom, co może skutkować inkongruencją płciową (Swaab & Garcia-Falgueras, 2009).

8.9 Jak wspomniano wcześniej, większość dowodów [naukowych] na wpływ hormonów prenatalnych pochodzi z badań osób z DSD. Dowody te sugerują, że hormony prenatalne mają duży wpływ na zachowania związane z rolami płciowymi, umiarkowany wpływ na orientację seksualną i niewielki wpływ na tożsamość płciową.

8.10 Drugim okresem, w którym hormony mogą potencjalnie wpływać na wyrażanie tożsamości płciowej, jest okres dojrzewania. Istnieją dowody na to, że maskulinizujące / feminizujące terapie hormonalne zmieniają strukturę mózgu (Ristori i in., 2020). Neuropsychologiczny wpływ

zatrzymania rozwoju w okresie pokwitania za pomocą blokerów pokwitania pozostaje słabo poznany (Baxendale, 2024).

Rysunek 26: Stężenie testosteronu w surowicy u mężczyzn od poczęcia do okresu dojrzewania.



Źródło: Dostosowane z Hines, M. (2020b). Neuroscience and sex/gender: Looking back and forward. The Journal of Neuroscience, 40(1), 37–43. <https://doi.org/10.1523/jneurosci.0750-19.2019> pod licencją <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

8.11 Nadal jednak nie ma jednoznacznych dowodów na to, że zmieniony poziom hormonów w okresie prenatalnym lub w okresie dojrzewania jest odpowiedzialny za rozwój inkongruencji płciowej, z wyjątkiem osób z zaburzeniami rozwojowymi, i jest to trudny obszar do przeprowadzania testów hipotez [naukowych].

### Genetyka (badania bliźniąt)

8.12 Ponieważ bliźnięta jednojajowe mają identyczne geny, jeśli pojedynczy gen jest odpowiedzialny za [daną] cechę (na przykład grupę krwi), bliźnięta zawsze będą miały tę samą cechę (oboje będą mieli tę samą grupę krwi). Bliźnięta dwujajowe są jak każde inne rodzeństwo; mają tylko około 50% wspólnych genów, więc mogą mieć różne grupy krwi. W badaniach bliźniąt porównuje się, jak często bliźnięta jednojajowe są zgodne pod względem danego zaburzenia (tj. oboje/obie mają to samo zaburzenie) w porównaniu z bliźniętami dwujajowymi. Jeśli dane zaburzenie jest silnie uwarunkowane genetycznie, bliźnięta jednojajowe będą miały wysoki poziom zgodności w porównaniu do bliźniąt dwujajowych.

8.13 Badania bliźniąt w zakresie tożsamości płciowej są skomplikowane; do niedawna większość dużych badań dotyczyła tylko [wyrażania] męskości lub kobiecości [przez parę bliźniąt] i nie obejmowała diagnozy inkongruencji lub dysforii płciowej. Nieliczne badania, które obejmowały diagnozę, opierały się głównie na raportach rodziców, nie były kontynuowane w wieku dorosłym i / lub miały małą liczebność próby. Starsze badania sugerowały, że bliźnięta

jednojałowe częściej przejawiały tę samą tożsamość płciową niż bliźnięta jednojałowe, co sugeruje pewien wpływ genetyczny (Klink & Den Heijer, 2014).

8.14 Z kolei w nowszym artykule (Karamanis i in., 2022) przeanalizowano dużą populację opartą na kartach choroby w Szwecji w latach 2001-2016 i nie znaleziono dowodów na wpływ genetyczny u osób, u których formalnie zdiagnozowano dysfориę płciową i / lub które poddano leczeniu afirmującemu tożsamość płciową. Najważniejszym odkryciem było to, że dwujajowe bliźnięta różnej płci były znacznie bardziej narażone na dysfориę płciową niż zwykłe [nie-bliźniacze] rodzeństwo (37% w porównaniu do 0,16%). Jednym z wyjaśnień jest to, że wpływy środowiskowe podczas ciąży są bardziej prawdopodobnym wyjaśnieniem rozwoju dysfории płciowej niż genetyka [dotkniętej tym zaburzeniem osoby]. Odkrycie to daje zatem większą wiarygodność wcześniej wspomnianym teoriom, dotyczącym ekspozycji na hormony płciowe w łonie matki niż czynnikom genetycznym.

### **Struktura mózgu**

8.15 Badacze badali również, czy istnieją różnice w strukturze mózgu u osób z inkongruencją płciową. Badania, dotyczące struktury mózgu, zarówno na podstawie dowodów pośmiertnych, jak i neuro-obrazowania, są złożone. Do tej pory niektóre dowody sugerowały, że mózgi kobiet trans [czyli mężczyzn uważających się za kobiety, przyp. tł.] mają pewne podobieństwa z mózgami prawdziwych kobiet [10] pod względem wielkości niektórych struktur. Jednakże, ponieważ charakterystyka męskich i żeńskich mózgów niewiele się różni/występuje wiele cech wspólnych, nie jest możliwe [na podstawie anatomii mózgu] stwierdzenie czy mózg jest męski czy żeński (Steensma i in., 2013a).

8.16 Niezależnie od problemów z określeniem, jak "męski" lub "żeński" jest mózg poza bardzo dużymi uśrednieniami w obrębie grup [np., średnio, mózgi mężczyzn są większe niż mózgi kobiet, gdyż – średnio – kobiety są mniejsze niż mężczyźni, przyp. tł.], niektóre badania sugerują, że mózgi trans kobiet, wykazujących pociąg seksualny do mężczyzn [czyli homoseksualnych mężczyzn uważających się za kobiety, przyp. tł.] wykazują zmiany w kierunku żeńskim, podczas gdy [mózgi kobiet trans], wykazujących pociąg seksualny do kobiet [czyli heteroseksualnych mężczyzn uważających się za kobiety, przyp. tł.] nie wykazują takich zmian. Tak więc, jeśli istnieją różnice, mogą być one związane raczej z seksualnością niż tożsamością płciową (Steensma i in., 2013a).

8.17 Kolejną kwestią jest to, że mózgi nie są statyczne. Na przestrzeni czasu [mózgi] zmieniają się i dostosowują w odpowiedzi na różne aktywności, takie jak nauka nowych umiejętności, medytacja, ćwiczenia lub stres. [Zjawisko to] jest znane jako plastyczność mózgu. Tak więc, nawet gdyby możliwe było wiarygodne zaobserwowanie jakichkolwiek różnic w mózgu, mogłyby one być raczej wynikiem niż przyczyną tożsamości transpłciowej.

8.18 Interpretacja badań nad mózgiem jest również problematyczna z wielu innych powodów. Na przykład większość badań:

- bada mózgi trans kobiet [czyli mężczyzn uważających się za kobiety, przyp. tł.], a nie trans mężczyzn [czyli kobiet uważających się za mężczyzn, przyp. tł.]
- są oparte na małej liczbie [pacjentów] i nie zostały wiarygodnie zreplicowane
- badały struktury mózgu po leczeniu hormonami feminizującymi (a nie przed i po leczeniu), więc zmiany mogły być spowodowane leczeniem, a nie jakimikolwiek wrodzonymi różnicami.

8.19 Ostatnio nastąpiło przejście od badań, które badają, czy mózgi osób trans są bardziej "męskie" czy "żeńskie", do prób ustalenia, czy istnieje unikalny "mózg trans" (Mueller, 2021). Aby to zbadać, badacze połączyli wyniki poprzednich badań obrazowych w jedną "mega" analizę. Badacze poinformowali, że "osoby trans nie prezentują przesunięcia w kierunku jednego z końców spektrum męsko-żeńskiego, ale wydają się mieć swój własny, unikalny fenotyp mózgu". Jednak ten rodzaj analizy często generuje fałszywie pozytywne wyniki. Biorąc pod uwagę, że jest to tak heterogeniczna populacja, byłoby to równoznaczne z sugerowaniem, że wszystkie osoby neuroróżnorodne mają ten sam unikalny mózg, co nie wydaje się być wiarygodną hipotezą.

8.20 Wraz z postępem technologii obrazowania, badania mózgu pozostaną bogatym źródłem dalszych informacji. Jednak do tej pory badaczom w tej dziedzinie nie udało się wiarygodnie zidentyfikować zmian w mózgu bezpośrednio związanych z inkongruencją płciową. Nawet jeśli byłoby to możliwe, nie dostarczyłoby to informacji na temat związku przyczynowego.

### **Podsumowanie dowodów [naukowych] opartych na biologii**

8.21 Chociaż nie ma jednoznacznych dowodów na bezpośrednią biologiczną przyczynę inkongruencji płciowej, możliwe jest, że niektóre osoby mają biologiczne predyspozycje, które mogą zwiększać prawdopodobieństwo wystąpienia inkongruencji płciowej.

8.22 Sposób w jaki wyraża się bycie człowiekiem różni się znacznie pod względem tego, w jakim stopniu przyczyniają się do tego przyczyny biologiczne, psychologiczne i społeczne (środowiskowe). Niepowiązanym, ale ilustrującym przykładem, który pomoże to wyjaśnić, jest [przykład zapadalności na raka piersi]: ludzie, którzy są nosicielami genu BRCA, mają wysokie genetyczne ryzyko zachorowania na raka piersi, podczas gdy u osób bez genu BRCA i bez historii rodzinnej czynniki takie jak palenie tytoniu, otyłość i brak ćwiczeń fizycznych odgrywają znacznie większą rolę. Innymi słowy, wynik końcowy jest taki sam, ale przyczyny są różne.

8.23 W przypadku dzieci i młodzieży z inkongruencją płciową "wrodzone" lub biologiczne czynniki mogą odgrywać rolę u niektórych osób, w sposób, który nie jest jeszcze zrozumiały, a u innych czynniki psychospołeczne, w tym doświadczenia życiowe, wpływy społeczne i kulturowe, mogą być ważniejsze. Ponieważ czynniki biologiczne nie zmieniły się w ciągu ostatnich 10 lat, konieczne jest przyjrzenie się innym możliwym przyczynom wzrostu liczby skierowań i nieproporcjonalnej reprezentacji dziewcząt i młodych kobiet [pośród osób dotkniętych inkongruencją płciową].

### **Czynniki psychospołeczne**

8.24 Istnieją różne wytłumaczenia dla wzrostu liczby dziewcząt, zgłaszających się do klinik gender we wczesnym okresie dojrzewania, często ze złożonymi objawami i/lub dodatkowymi problemami zdrowia psychicznego i/lub neuroróżnorodnością:

**Akceptacja społeczna:** [Ta hipoteza] postuluje, że większa akceptacja tożsamości płciowych trans pozwoliła młodym ludziom na łatwiejsze ujawnienie [swojej tożsamości płciowej], a zwiększona liczba [osób identyfikujących się jako trans] odzwierciedla obecnie rzeczywiste rozpowszechnienie inkongruencji płciowej w społeczeństwie.

**Zmiany w koncepcjach tożsamości płciowej i seksualności:** Mogą one obejmować zmianę w wyrażaniu seksualności i oddzielanie jej od tożsamości płciowej i szersze spektrum ekspresji (na przykład niebinarne i inne tożsamości płciowe, które są bardziej powszechnymi prezentacjami u dziewcząt/kobiet).

**Manifestacja szerszych problemów związanych ze zdrowiem psychicznym:** Na przykład, w ten sam sposób, w jaki cierpienie psychiczne może objawiać się poprzez zaburzenia odżywiania lub depresję, może również objawiać się poprzez zaburzenia tożsamości płciowej.

**Wpływ rówieśniczy i społeczno-kulturowy:** Na przykład wpływ mediów i zmieniające się postrzeganie pokoleniowe. Jest to potencjalnie najbardziej kontrowersyjne wyjaśnienie, a termin "epidemia psychologiczna" wywołuje szczególne obawy pośród niektórych członków społeczności trans.

**Dostępność leków blokujących dojrzewanie płciowe:** Zmiana trajektorii krzywej skierowań w wielu krajach zbiegła się w czasie z wdrożeniem protokołu holenderskiego, które rozpoczęło się najpierw w Holandii, a następnie zostało przyjęte w innych krajach.

8.25 Uprozczone wyjaśnienia dowolnego typu ("wszystkie osoby trans rodzą się [trans]" lub "to wszystko jest epidemia psychologiczna") nie biorą pod uwagę szerokiego zakresu wachlarza czynników, które mogą prowadzić zaburzeń tożsamości płciowej u młodych ludzi i nie doceniają doświadczeń [tych młodych ludzi].

### **Akceptacja społeczna**

8.26 Chociaż z pewnością jest tak, że istnieje znacznie większa akceptacja tożsamości trans, szczególnie w pokoleniu Z, i może to tłumaczyć pewien wzrost liczby [osób trans], nie jest to wystarczające wyjaśnienie ogólnego zjawiska. Argumenty, które obalają to wyjaśnienie obejmują:

- wykładniczy wzrost liczby w ciągu 5 lat jest znacznie szybszy niż można by się spodziewać w przypadku normalnej ewolucji akceptacji grupy mniejszościowej;
- gwałtowny wzrost liczby osób zgłaszających się do klinik gender w populacjach zachodnich;
- zmiana w częstotliwości występowania [identyfikacji trans] z [głównie] chłopców/mężczyzn na [głównie] dziewczęta/kobiety. Obecny profil osób trans jest inny niż w jakimkolwiek wcześniejszym okresie historycznym;
- ostre różnice w liczbie osób identyfikujących się jako trans i niebinarne oraz zgłaszających się do klinik gender w pokoleniu Z i młodszych milenijsów w porównaniu z osobami w wieku powyżej 25-30 lat. Można by oczekiwać, że starsze osoby dorosłe również wykażą pewne oznaki zaburzeń tożsamości płciowej, nawet jeśli nie czują się na siłach, aby to „wyjść z szafy”<sup>[11]</sup>;
- brak wyjaśnienia wzrostu liczby złożonych prezentacji.

### **Zmiany w koncepcjach tożsamości płciowej i seksualności**

8.27 Związek między seksualnością a tożsamością płciową jest złożony i sporny. Tożsamość trans nie determinuje seksualności danej osoby. Jednak w kontekście Przeglądu ważne jest, aby rozważyć związek między tożsamością seksualną a tożsamością płciową, biorąc pod uwagę, że seksualność przyczynia się do poczucia tożsamości danej osoby, a obie mogą być płynne w okresie dojrzewania.

8.28 W oryginalnym holenderskim badaniu (de Vries i in., 2011b) 89% z 70 pacjentów odczuwało pociąg do osób tej samej płci, a większość pozostałych [uczestników badania] była biseksualna. Tylko jeden pacjent był heteroseksualny.

8.29 Z kolei w szczegółowym badaniu dotyczącym młodych osób z ASD i dysforią płciową (de Vries i in., 2010) zauważono, że "podczas gdy prawie wszyscy nastolatki z GID [z ang. gender identity dysphoria - dysforia tożsamości płciowej] odczuwają pociąg seksualny do osób swojej płci biologicznej, większość dysforycznych nastolatków z ASD odczuwała pociąg seksualny do partnerów innej płci".

8.30 Publikacja serwisu GIDS w 2016 roku (Holt i in., 2016) podawała [dane] o orientacji seksualnej 57% (97) pacjentów w wieku powyżej 12 lat, dla których te informacje były dostępne. Pośród pacjentek płci żeńskiej 68% odczuwało pociąg seksualny do dziewcząt/kobiet<sup>[12]</sup>, 21% było biseksualnych, 9% [odczuwało pociąg] do chłopców/mężczyzn, a 2% było aseksualnych. Pośród pacjentów płci męskiej 42% odczuwało pociąg seksualny do chłopców/mężczyzn, 39% było biseksualnych, a 19% odczuwało pociąg [seksualny] do dziewcząt/kobiet.

8.31 Przegląd nie był w stanie uzyskać najnowszych danych dotyczących orientacji seksualnej kohorty pacjentów GIDS. Po usłyszeniu tego pytania, klinicyści GIDS udzielili niejednoznacznych odpowiedzi na temat tego, w jakim stopniu badają seksualność pacjentów korzystających z ich usług, co może odzwierciedlać różnice w praktyce.

8.32 Jeśli chodzi o narracje i historie przypadków, Przegląd otrzymał kilka raportów od rodziców dziewcząt, którzy opisywali, że ich dziecko przeszło przez okres identyfikacji trans, zanim rozpoznało, że nie ma zaburzeń tożsamości płciowej, ale odczuwa pociąg seksualny do dziewcząt/kobiet. Podobne narracje usłyszeliśmy od dorosłych osób bez zaburzeń tożsamości płciowej (niektórych homo- a niektórych heteroseksualnych) na temat wczesnych doświadczeń związanych z kwestionowaniem tożsamości płciowej.

8.33 Klinicyści i rodzice zgłaszali, że w szkole uczniowie o homoseksualnej orientacji nadal są stygmatyzowani i zastraszani, a czasami postrzegani są jako mniej ważni niż uczniowie trans. Jednakże w ramach Przeglądu wysłuchano również wielu świadectw potwierdzających, że bycie osobą o zróżnicowanej tożsamości płciowej jest trudną drogą, na której młodzi ludzie stają się ofiarami zastraszania i znęcania.

8.34 Powszechnie przyjmuje się, że ekspozycja na seksualność ma miejsce w młodszym wieku [niż niegdyś]. Wpływ tej [wczesnej ekspozycji] na to jak młodzi ludzie rozumieją swoją seksualność i/lub tożsamość płciową jest niejasny.

8.35 W niektórych bardzo religijnych kulturach bycie osobą trans jest postrzegane jako lepsze niż bycie osobą homoseksualną, ponieważ [bycie trans] postrzegane jest jako problem fizyczny, a nie psychologiczny.

8.36 W okresie dojrzewania powszechne jest odczuwanie pociągu [seksualnego] do osób tej samej płci i nieprzestrzeganie stereotypów płciowych. Nadając sens tym uczuciom, młodzi ludzie muszą teraz lawirować w coraz bardziej złożonej interakcji między płcią a tożsamością płciową.

8.37 Prawda jest taka, że każda młoda osoba będzie ulegała różnym wpływom społeczno-kulturowym, które odbiją się na rozumieniu zarówno tożsamości płciowej, jak i seksualnej, i jest to obszar, który wymaga lepszego zbadania i zrozumienia.

### **Manifestacja szerszych wyzwań związanych ze zdrowiem psychicznym**

8.38 Jak opisano wcześniej, w ciągu ostatniej dekady wzrosły wskaźniki złego stanu zdrowia psychicznego w ogólnej populacji dzieci i młodzieży, zwłaszcza dziewcząt i młodych

kobiet. Zbiega się to ze wzrostem liczby dzieci i młodzieży szukających wsparcia w klinikach gender NHS.

8.39 Populacja skierowana do poradni tożsamości płciowej charakteryzuje się wysokim wskaźnikiem diagnoz [zaburzeń] zdrowia psychicznego, neuroróżnorodności i niekorzystnych doświadczeń z dzieciństwa (ACE). Jednocześnie wydaje się, że obecnie młodzi ludzie w czasie wizyt w klinikach zdrowia psychicznego częściej wspominają o tożsamości płciowej.

8.40 Wczesne [wyniki] audytów i badań sugerują, że ACE są czynnikiem predysponującym [do zaburzeń tożsamości płciowej]. Zostało to wykazane podczas najwcześniejszego audytu usług GIDS (Di Ceglie i in., 2002) oraz w przeglądzie systematycznym (Taylor i in.: Charakterystyka pacjentów).

8.41 Niektórzy odrzucają pogląd, że tożsamość trans może być wtórna do problemów zdrowia psychicznego i zamiast tego sugerują, że zaobserwowane problemy zdrowia psychicznego są reakcją na stres mniejszościowy.

8.42 Związek ten może być złożony i dwukierunkowy - oznacza to, że u niektórych osób wcześniejsze zaburzenia psychiczne (takie jak stany lękowe, depresja, OCD, zaburzenia odżywiania) mogą powodować niepewność co do tożsamości płciowej, a tym samym przyczyniać się do zaburzeń tożsamości płciowej. W takich okolicznościach leczenie zaburzeń psychicznych i wzmocnienie poczucia własnej wartości może pomóc w rozwiązaniu niektórych kwestii związanych z tożsamością płciową. W przypadku innych osób, zaburzenia tożsamości płciowej mogą być głównym problemem, a doświadczanie tego cierpienia psychicznego może być przyczyną późniejszego złego stanu zdrowia psychicznego. Alternatywnie, oba typy zaburzeń mogą pozostawać pod wpływem/ być powiązane z innymi czynnikami, w tym [czynnikami takimi jak:] doświadczenia związane z neuroróżnorodnością i traumą.

8.43 Istnieją dobrze ugruntowane skuteczne metody leczenia wielu powszechnych zaburzeń zdrowia psychicznego. [Te metody leczenia], jeśli jest to wskazane, powinny być dostępne dla osób cierpiących na dysfориę płciową, w tym dla osób neuroróżnorodnych, które często znajdują się w niekorzystnej sytuacji, jeśli chodzi o dostęp do usług w zakresie zdrowia psychicznego.

8.44 Diagnoza i leczenie zaburzeń psychicznych u młodej osoby z inkongruencją/dysfориą płciową nie powinny stanowić przeszkody w równoległym rozważaniu i ocenie tożsamości płciowej [tej osoby].

### **Wpływy rówieśnicze i społeczno-kulturowe**

8.45 Młodzi ludzie czerpią informacje głównie online i od rówieśników, i dotyczy to wielu aspektów życia [młodych ludzi].

8.46 Dla wielu młodych ludzi, zmiany pokoleniowe w rozumieniu i przekonaniach na temat zmienności tożsamości płciowej stanowią podstawę do zrozumienia własnych doświadczeń i doświadczeń osób z otoczenia [tych młodych ludzi].

8.47 Normą jest, że wszystkie doświadczenia związane ze zdrowiem i chorobą są rozumiane poprzez normy i przekonania grupy społecznej, której dana osoba ufa. W związku z tym jest bardziej prawdopodobne, że dyskomfort cielesny, cierpienie psychiczne lub postrzegane różnice w stosunku do rówieśników mogą być interpretowane przez ten pryzmat kulturowy.

8.48 Szczególnie w rozmowach z [autorami] Przeglądu, [zwracali na to uwagę], młodzi ludzie kwestionujący tożsamość płciową i ich rodzice, [mówiąc] o przekazach online, opisujących



normalny dyskomfort nastolatków jako możliwą oznakę bycia osobą trans, a także [mówiąc] o tym, że konkretni influencerzy mieli znaczący wpływ na przekonania ich dzieci i sposób [w jaki dzieci] rozumiały swoją tożsamość płciową.

8.49 Grupy fokusowe Przeglądu z udziałem młodych ludzi o zróżnicowanej tożsamości płciowej wykazały, że "młodzi ludzie mają trudności ze znalezieniem zaufanych źródeł informacji, preferując konta w mediach społecznościowych [których treści] oparte są na własnych doświadczeniach życiowych [właścicieli tych kont], ponad [informacje podawane przez] serwisy informacyjne głównego nurtu".

„Zawsze uważam, że rozmowa z ludźmi, którzy mają doświadczenie życiowe, jest najlepsza, albo na forach, albo w miejscach takich jak Reddit, albo w mediach społecznościowych i w innych miejscach”.

„Wiele osób trans tworzy filmy na YouTube, które moim zdaniem są [głównym] źródłem informacji dla wielu osób i to głównie stamtąd czerpię informacje, a nie z profesjonalnych usług [zdrowotnych/zdrowia psychicznego]”.

Muszę poświęcać czas na analizę i ocenę informacji. Czuję, że zawsze muszę podchodzić sceptycznie do informacji, które czytam i naprawdę zastanawiać się, nad powodem publikacji [tych informacji]”.

**Grupy fokusowe  
z udziałem młodych ludzi**

### **Dostępność blokerów dojrzewania**

8.50 [Zanotowany] od 2014 roku gwałtowny wzrost liczby zgłoszeń do klinik gender NHS [w UK] oraz kilku innych krajach, zbiegł się w czasie z udostępnieniem blokerów pokwitania poza wskazaniami [stosowania tych leków] i szerszej grupie młodych ludzi. Jedynym krajem, w którym nastąpił wcześniejszy wzrost liczby skierowań, jest Holandia, gdzie opracowano protokół holenderski.

8.51 W ocenie związku [wzrostu dostępności blokerów pokwitania i wzrostu liczby zgłoszeń do klinik gender] nie jest możliwe określenie przyczynowości, ale pozostaje możliwość, że niższy próg [dostępności] medykacji miał wpływ na liczbę młodych ludzi szukających tej interwencji.

## Wnioski

8.52 Istnieje powszechna zgoda co do tego, że inkongruencja płciowa jest wynikiem złożonej interakcji między czynnikami biologicznymi, psychologicznymi i społecznymi. Uważa się, że ten "biopsychospołeczny" model przyczynowy wyjaśnia wiele aspektów ekspresji [cech] u ludzi oraz [ogólnie ludzkich] doświadczeń, w tym inteligencję, zdolności sportowe, oczekiwaną długość życia, depresję i choroby serca.

8.53 Rysunek 27 pokazuje, w jaki sposób u każdej osoby inkongruencja i/lub dysforia płciowa i może być wynikiem jednego lub dwóch czynników, albo może wynikać z szeregu czynników, które leżą u podstaw doświadczenia i poczucia siebie młodej osoby.

**Rysunek 27: Złożona interakcja między czynnikami biologicznymi, psychologicznymi i społecznymi**



Prezentacja będzie się różnić w zależności od osoby



8.54 Chociaż nie mamy ostatecznych dowodów na biologiczne przyczyny inkongruencji płciowej, może się zdarzyć, że niektórzy ludzie mają predyspozycje biologiczne. Jednak inne czynniki psychologiczne, osobiste i społeczne będą miały wpływ na to, jak tożsamość płciowa ewoluuje i jak jest wyrażana.

8.55 U starszych dzieci i we wczesnym okresie dojrzewania doświadczenia online mogą mieć wpływ na poczucie siebie i oczekiwania związane z dojrzewaniem i tożsamością płciową. Jak omówiono w odniesieniu do rozwoju nastolatków, jest to czas, w którym potrzeba dopasowania się do rówieśników jest szczególnie silne. U młodych ludzi, którzy już czują się "inni", to poczucie może być nasilone, jeśli nie pasują do modeli męskości i kobiecości, które obserwują w społeczeństwie i / lub online.

8.56 Wpływ rówieśników na tym etapie życia jest bardzo silny. Oprócz wpływu mediów społecznościowych, w ramach Przeglądu wysłuchano relacji uczennic, które po nawiązaniu w szkole intensywniej przyjaźni z innymi uczennicami kwestionującymi tożsamość płciową lub identyfikującymi się jako trans, następnie same zaczęły identyfikować się jako trans.

8.57 Normą jest, że ludzie postrzegają swoje doświadczenia związane z wydarzeniami życiowymi, zdrowiem i chorobą przez pryzmat własnej kultury i osobistych przekonań. U młodszych osób normy kulturowe [otoczenia] mogą wpływać na sposób, w jaki [osoby te] interpretują swoją tożsamość osobistą, seksualną i płciową.

8.58 Dojrzewanie jest intensywnym okresem szybkich zmian i może być trudnym procesem, w którym młode osoby, zwłaszcza dziewczęta, narażone są na problemy zdrowia psychicznego. Niepożądane zmiany i doświadczenia związane z ciałem mogą być niekomfortowe dla wszystkich młodych ludzi, ale może to być szczególnie niepokojące dla młodych, neuroróżnorodnych osób, które mogą [dodatkowo] zmagać się ze zmianami sensorycznymi.

8.59 Dane dotyczące zdrowia psychicznego młodych ludzi, korzystania z mediów społecznościowych i zwiększonego ryzyka związanego ze szkodliwymi doświadczeniami online pozwalają docenić i zrozumieć, że przechodzenie przez okres nastoletni jest coraz trudniejsze, gdyż obecne są czynniki stresogenne, z którymi nie miały do czynienia poprzednie pokolenia. Może to być czas, w którym cierpienie psychiczne może przejawiać się objawami fizycznymi, takimi jak zaburzenia odżywiania lub cielesne zaburzenia dysmorficzne. Jest prawdopodobne, że dla niektórych młodych ludzi [stres] objawia się jako zaburzenia tożsamości płciowej.

8.60 W jednym z badań wzięło udział 2772 młodych ludzi w wieku od 11 do 26 lat. Niezadowolenie z własnej płci (zdefiniowane w pytaniu "Chci(a)łbym być płci przeciwnej") było wysokie we wczesnym okresie dojrzewania, zmniejszone na początku trzeciej dekady życia i wiązało się z gorszą samoakceptacją i zdrowiem psychicznym przez cały okres rozwoju. W porównaniu z osobami, które nie były niezadowolone z własnej płci, [niezadowolenie z własnej płci] było również częściej związane z pociągami seksualnym do osób tej samej płci (Rawee i in., 2024).

8.61 Nie ma jednego wytłumaczenia dla wzrostu częstości występowania inkongruencji płciowej lub zmiany charakterystyki populacji osób kierowanych do klinik gender. Pragmatycznie rzecz biorąc, wszystkie powyższe wyjaśnienia zmian obserwowanych w tej heterogenicznej populacji, mogą być prawdziwe w większym lub mniejszym stopniu, ale dla każdej osoby będzie miała zastosowanie inna kombinacja czynników.

8.62 Praca [terapeutyczna] z młodą osobą nad rozumieniem tego złożonego, wielowarstwowego rozwoju osobistego prawdopodobnie zajmie trochę czasu, a rolą zespołu klinicznego jest pomóc [pacjentowi] w rozwiązaniu niektórych z tych złożonych kwestii, tak, aby [pacjent] mógł lepiej zrozumieć swoją tożsamość płciową i ocenić dostępne opcje.

Tłumaczenie: Magda Lewandowska

---

[1] Jak sygnalizowano wyżej nie jest rzadkością, aby, w ramach afirmacji tożsamości płciowej, kliniki gender zmieniały lub usuwały marker płci pacjenta w swoich danych, nawet w przypadku pacjentów nieletnich, którzy nie mogą dokonać tzw prawnej tranzycji, czyli zmiany markera płci w dokumentach, przyp. tł.

[2] Brytyjski spis powszechny z 2021 roku był szeroko krytykowany za pytania odnośnie tożsamości płciowej sformułowane w sposób rozumiały wyłącznie dla absolwentów gender studies. W rezultacie tak sformułowanych pytań, okazało się, że największa koncentracja kobietów (mężczyzn twierdzących, że są kobietami) jest pośród społeczności niemówiących po angielsku muzułmanów i imigrantów z Azji. Potem (w 2023r) okazało się, że Brytyjski Urząd Statystyczny został całkowicie przejęty przez ideologów gender z organizacji Stonewall, przyp. tł.

[3] Raport Cass napisany jest tzw „inkluzywnym” językiem, uznając przekonania ideologów trans, którzy twierdzą, że tożsamość płciowa i płeć występują niezależnie od siebie. „Mniejszościowa tożsamość płciowa” to tożsamość trans, niebinarna i inne, z którymi identyfikuje się mniejszość społeczeństwa, w przeciwieństwie do większościowej tożsamości „cis”, którą, według ideologów trans, posiada większość społeczeństwa, czyli ludzie, którzy nie twierdzą, że są innej płci, niż są, przyp. tł.

[4] W oryginale mowa o “sexual identity and gender identity”. Jako że sexual można przetłumaczyć jako seksualny albo płciowy, a gender jako tożsamość płciowa, płeć kulturowa, płeć albo rodzaj, zdecydowałam się na tłumaczenie „tożsamość seksualna i płciowa”, chociaż szczerze mówiąc nie jestem pewna, czym jest „sexual identity”, przyp. tł.

[5] Projekt badawczy Uniwersytetu w Manchesterze prowadzony od 1996, mający na celu poprawę bezpieczeństwa pacjentów w ośrodkach psychiatrycznych.

[6] W tym przypadku określenie „płeć przypisana przy urodzeniu” jest jak najbardziej na miejscu, gdyż w niektórych przypadkach DSD faktycznie płeć dziecka może nie być oczywista na podstawie oględzin genitaliów, jak np., w niektórych przypadkach niedoboru 5α-reduktazy [którym dotknięty jest Caster Semenya] genitalia chłopca mogą przy urodzeniu wyglądać jak genitalia dziewczynki, co jednak ulega zdecydowanej zmianie w czasie okresu dojrzewania, przyp. tł.

[7] Boomersi, pokolenie boomersów/baby boomers – pokolenie ludzi urodzonych w latach 1943-1960. Jest to pokolenie wyróżnione ze względu na dużą liczbę urodzeń po II wojnie światowej, przyp. tł.

[8] Ciche pokolenie (ang. silent generation) – pokolenie ludzi urodzonych w latach 1928-1945, przyp. tł.

[9] IMD - Index of Multiple Deprivation (wskaźnik rozmaitej deprywacji) – oficjalna miara względnej deprywacji

dla małych obszarów (lub dzielnic) w Anglii, przyp. tł.

[10] W oryginale użyto tzw. inkluzywnego języka, opisującego kobiety jako „zarejestrowane przy urodzeniu jako płci żeńskiej”, co zdaniem tłumaczki jest wybitnie nieprecyzyjnym i mylącym językiem, stąd tłumaczenie „prawdziwe kobiety”, przyp. tł.

[11] Wyjść/wyjsc z szafy to termin zaadoptowany z języka angielskiego (come out of the closet, albo po prostu come out), oznaczający publiczne ujawnienie (do niedawna) mniejszościowej orientacji seksualnej (homo- lub biseksualnej) a ostatnimi czasy również identyfikacji trans/niebinarnej/innej tzw. tożsamości queer, przyp. tł.

[12] W oryginale użyto słów females i males (samice i samce), czego, naturalnie nie da się przetłumaczyć na język polski dosłownie, stąd dziewczęta/kobiety (jako tłumaczenie „females”) i chłopcy/mężczyźni (jako tłumaczenie „males”), przyp. tł.