

## **Treatment for Pediatric Gender Dysphoria: Review of Evidence and Best Practices**

### **Leczenie dziecięcej dysforii płciowej: przegląd dowodów i najlepszych praktyk**

#### **Rozdział 1**

##### **Wprowadzenie**

Obecnie szacuje się, że 3,3% nastolatków w Stanach Zjednoczonych identyfikuje się jako trans, a dodatkowe 2,2% zastanawia się, czy może być trans. Wielu z nich poddano terapii hormonalnej lub chirurgicznej w celu złagodzenia dystresu związanego z tą identyfikacją. Badanie opublikowane w 2023 r. w Journal of the American Medical Association wykazało, że w latach 2016–2020 3215 pacjentów w wieku od 12 do 18 lat poddało się związanym z tożsamością trans chirurgicznym „zabiegom na piersiach lub klatce piersiowej”[1]. Bardziej aktualne badania wykazały, że około 0,1% amerykańskich siedemnastolatków, czyli jeden na 1000, otrzymywało hormony płciowe w latach 2018–2022[2]. Szacunkowe badania ilościowe klinik oferujących pediatryczne interwencje związane z tranzycją płciową wykazały, że w marcu 2023 r. w Stanach Zjednoczonych działało co najmniej 271 takich placówek[3].

W niniejszym przeglądzie oceniono istniejącą literaturę dotyczącą najlepszych praktyk w zakresie promowania zdrowia dzieci i młodzieży z dysforią płciową (DP; poważnym dystresem związanym z własnym ciałem i oczekiwaniami społecznymi związanymi z płcią[4]) lub łagodniejszymi formami takiego dystresu. Leczenie DP u dorosłych jest odrębnym tematem i nie jest objęte niniejszym przeglądem.

W Stanach Zjednoczonych wiele instytucji stosuje wytyczne Światowego Stowarzyszenia Zawodowego na rzecz Zdrowia Osób Trans (WPATH) oraz Towarzystwa Endokrynologicznego (ES) dotyczące leczenia dzieci i młodzieży z dysforią płciową. Podejście to jest zwykle nazywane „opieką afirmującą tożsamość płciową. Diane Ehrensaft, dyrektor ds. zdrowia psychicznego w Centrum Zdrowia Psychicznego Dzieci i Młodzieży, jest czołową zwolenniczką tego podejścia. Jak wyjaśnia Ehrensaft,

[opieka afirmująca tożsamość płciową] jest definiowana jako metoda opieki terapeutycznej, która obejmuje umożliwienie dzieciom samodzielnej reprezentacji własnego doświadczenia tożsamości płciowej i jej ekspresji oraz zapewnienie im wsparcia w rozwoju w kierunku autentycznej tożsamości płciowej, niezależnie od wieku. Interwencje obejmują tranzycję społeczną z jednej tożsamości płciowej do drugiej i/lub ewolucję przejawów i prezentacji nonkonformizm w stosunku do ról płciowych, a także późniejsze interwencje medyczne afirmujące tożsamość płciową (leki blokujące dojrzewanie, hormony płciowe, operacje)[5].

Niniejszy przegląd jest potrzebny, gdyż – jak zostanie to szczegółowo opisane w kolejnych rozdziałach – nacisk na medykację sprawia, że dziedzina pediatricznej medycyny gender (PMG) jest bardzo kontrowersyjna. Wytyczne WPATH i ES zalecają rozpoczęcie stosowania blokerów dojrzewania (leków hamujących rozwój płciowy) przy pierwszych oznakach dojrzewania (tj. w fazie 2 według skali Tannera), które może rozpocząć się już w wieku 8 lat u dziewcząt i 9 lat u chłopców. Zgodnie z tymi wytycznymi[6], po pewnym czasie [od podania blokerów pokwitania] rozpoczyna się podawanie hormonów przeciwnej płci (HPP; estrogen dla chłopców i testosteron dla dziewcząt); niektórym nastolatkom zaleca się również operacje (np. usunięcie piersi u dziewcząt)[7]. Wszystkie te interwencje wiążą się ze znacznym ryzykiem, a większość z nich powoduje nieodwracalne skutki fizyczne lub fizjologiczne (na przykład w przypadku rozpoczęcia leczenia farmakologicznego)[8].

Czy BP [bloker pokwitania], HPP i operacje stanowią najlepszą praktykę dla tej populacji? Wytyczne i zasady ogłoszone przez profesjonalne stowarzyszenia medyczne w Stanach Zjednoczonych różnią się od niektórych wytycznych europejskich, które zalecają psychoterapię, a nie hormony lub operacje, dla dzieci i nastolatków z DP. Niniejszy przegląd został zatem napisany w kontekście intensywnych sporów międzynarodowego środowiska medycznego. Liczba młodych osób z DP gwałtownie wzrosła, a wielu z tych młodych ludzi dzieje się krzywda, podobnie jak ich rodzinom. Kwestia tego, jak najlepiej pomóc tym pacjentom, zależy od kompleksowej oceny dowodów naukowych dotyczących różnych metod leczenia, a także od względów etycznych. Jednym z celów niniejszego przeglądu jest uwzględnienie zasad etycznych w ocenie dowodów naukowych. Chociaż potrzeba szacunku i współczucia jest bliska wszystkim rozsądnym Amerykanom, inwazyjne leczenie, które ma konsekwencje na całe życie, zasługuje na najwyższy poziom bezstronnej analizy[9].

Opis diagnostyczny DP uległ zmianie od czasu pojawienia się tego zaburzenia w trzecim wydaniu (1980 r.) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM), podobnie jak zmieniła się terminologia używana w opisie tego zaburzenia. Jedną rzecz jednak pozostała niezmienna. DSM-III jasno stwierdzało, że „zaburzenie tożsamości płciowej w dzieciństwie” nie jest „jedynie odrzuceniem stereotypowych zachowań związanych z rolą płciową, jak na przykład »bycie chłopczycą« u dziewcząt lub »bycie dziewczynką« u chłopców”[10]; obecna wersja DSM podobnie podkreśla, że „diagnoza nie ma na celu jedynie opisanie nonkonformizmu w stosunku do stereotypowych zachowań związanych z rolami płciowymi (np. „chłopczyca” u dziewcząt, „dziewczyca” u chłopców, sporadyczne przebijanie się za osobę płci przeciwnej u dorosłych mężczyzn)”[11]. Nonkonformizm w stosunku do stereotypowych ról płciowych jest stary jak świat i występuje w pewnym stopniu w każdej znanej kulturze[12]. Ta cecha ludzkiego doświadczenia nie jest patologiczna i nie wymaga leczenia. To, co może wymagać leczenia to cierpienie doświadczane przez tych, którzy czują się wyalienowani od płci swojego ciała.

PMG to złożony temat. Niniejszy przegląd obejmie zatem dość szczegółową historię i ewolucję tej dziedziny, od początków medycznego podejścia w Holandii (rozdział 3)[13] do obecnych praktyk terapeutycznych w Stanach Zjednoczonych i innych krajach (rozdział 4, rozdział 9). W przeglądzie opisano międzynarodową tendencję do odejścia od obecnego podejścia „afirmującego tożsamość płciową” oraz przeanalizowano przyczyny tego zjawiska.

W niniejszym przeglądzie stwierdzono, że praktyka kliniczna w tej dziedzinie medycyny ma charakter wyjątkowy i budzi niepokój (rozdział 11). Szczególnie problematyczne są wpływowe wytyczne dotyczące PMG stosowane w Stanach Zjednoczonych. Zostały one opracowane w sposób sprzeczny z najlepszymi praktykami w zakresie opracowywania wytycznych (rozdział 9, rozdział 10). Niniejszy przegląd znalazł również dowody na skrajną toksyczność i polaryzację w

tej dziedzinie medycyny. („Niewiele jest innych obszarów opieki zdrowotnej, w których specjaliści tak bardzo boją się otwarcie wyrażać swoje poglądy... gdzie wyzwiska [wobec tych, którzy mają odmienną opinię] przypominają najgorsze przejawy znęcania się”[14]). Ponadto w niniejszym przeglądzie opisano nieadekwatną reakcję zawodowych stowarzyszeń medycznych i stowarzyszeń zajmujących się zdrowiem psychicznym na nowe dowody i kontrowersje (rozdział 12).

W sekcji 1.1 niniejszego rozdziału podkreślono wyjątkowy charakter PMG. W sekcji 1.2 nakreślono rolę medycyny opartej na dowodach naukowych ([z ang. evidence-based medicine, przyp. tł.] EBM) w niniejszym przeglądzie; sekcja 1.3 robi to samo w odniesieniu do etyki medycznej.

## **1.1 Wyjątkowość**

Dziedzina PMG jest wyjątkowa ze względu na występowanie kilku charakterystycznych cech.

Po pierwsze, kryteria diagnostyczne DP opierają się wyłącznie na subiektywnych opisach i obserwacjach behawioralnych pacjentów bez obiektywnej fizycznej patologii; nie istnieją weryfikowalne markery fizjologiczne lub biochemiczne – takie jak zmiany w badaniach obrazowych, laboratoryjnych lub klinicznych – potwierdzające diagnozę DP[15].

Po drugie, naturalny przebieg choroby – tj. to, co dzieje się, gdy choroba pozostaje nieleczona – u znacznej liczby dotkniętych nią młodych osób (zob. rozdział 4) wydaje się zmierzać ku wyleczeniu bez interwencji medycznej i/lub społecznej w postaci tranzycji płciowej. Chociaż u niektórych nastolatków dotkniętych tym zaburzeniem DP utrzymuje się w wieku dorosłym, przegląd Cass, zlecony przez angielską służbę zdrowia (NHS), wykazał, że chociaż „diagnoza dysforii płciowej była podstawą do rozpoczęcia leczenia medycznego... nie oznacza to, że leczonego pacjenta tożsamość trans pozostanie długotrwała”[16].

Po trzecie, leczenie zalecane w podejściu medycznym jest inwazyjne, zazwyczaj nieodwracalne, a jego rzekome korzyści opierają się na dowodach niskiej jakości. Oprócz bezpłodności i upośledzenia funkcji seksualnych, przewidywane szkody obejmują niekorzystny wpływ na zdrowie kośćca, układ sercowo-naczyniowy oraz możliwe negatywne skutki dla rozwoju mózgu (zob. rozdział 7).

Żadna z tych cech, rozpatrywana osobno, nie jest wyjątkowa w medycynie. Prawie wszystkie diagnozy dotyczące zdrowia psychicznego i niektóre diagnozy dotyczące zdrowia fizycznego są stawiane na podstawie objawów zgłaszanych przez pacjenta i obserwacji zachowania. Istnieją również inne schorzenia pediatryczne, takie jak łagodne infekcje ucha i angina, które ustępują samoistnie, ale są leczone w celu zmniejszenia dyskomfortu, przyspieszenia powrotu do zdrowia lub zapobiegania powikłaniom. Wreszcie, istnieją przypadki, w których pacjentom proponuje się leczenie, nawet jeśli korzyści z tego leczenia są głęboko niepewne, a szkody są oczekiwanym następstwem tego leczenia. Na przykład, kraniotomie wykonywane są w celu usunięcia niektórych nowotworów złośliwych mózgu, mimo że zabiegi te wiążą się z wysokim ryzykiem trwałych skutków ubocznych, a ogólne rokowania pozostają złe nawet po leczeniu. W takich przypadkach jednak alternatywą dla interwencji jest znaczne skrócenie oczekiwanej długości życia.

Czy podstawowym celem leczenia jest leczenie dysforii płciowej, stanu opisanego w DSM, katalogu zaburzeń psychicznych? Czy też celem jest leczenie typowych chorób współistniejących, takich jak depresja, lęk i myśli samobójcze? A może chodzi o pomoc osobom w realizacji ich „celów ucieleśnienia” (tj. pragnienia osiągnięcia konkretnych celów kosmetycznych)? Podawane uzasadnienia tych interwencji zmieniały się z biegiem czasu, po dziesięcioleciach badań, które nie dostarczyły wiarygodnych dowodów na ich skuteczność (patrz rozdział 5). Ta niejasność co do podstawowych celów leczenia jest kolejnym czynnikiem, który sprawia, że PMG jest wyjątkowa. Natomiast istnieje szeroki konsensus co do celu interwencji medycznej w przypadku takich schorzeń, jak zapalenie wyrostka robaczkowego, cukrzyca czy ciężka depresja.

## 1.2 Dowody naukowe

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

W przypadku inwazyjnych metod leczenia DP medyczne instytucje regulacyjne w Stanach Zjednoczonych wydały oświadczenia wskazujące, że kwestia ta została rozstrzygnięta. Według Amerykańskiego Stowarzyszenia Medycznego (AMA):

Poprawa dostępu do opieki afirmującej tożsamość płciową jest ważnym środkiem poprawy stanu zdrowia populacji osób trans. Korzystanie z opieki afirmującej tożsamość płciową wiąże się ze znacznym spadkiem liczby prób samobójczych, zmniejszeniem częstości występowania depresji i stanów lękowych, zmniejszeniem używania substancji psychoaktywnych, poprawą przestrzegania zaleceń dotyczących przyjmowania leków przeciwko HIV oraz zmniejszeniem częstości szkodliwego samoleczenia hormonami[17].

W 2022 r. ówczesny zastępca sekretarza ds. zdrowia w Departamencie Zdrowia i Służb Społecznych USA, admirał Rachel Levine, wyraził jeszcze bardziej jednoznaczne poparcie [PMG]:

Opieka afirmująca tożsamość płciową jest opieką medyczną. Jest opieką zdrowotną w zakresie zdrowia psychicznego. Jest opieką zapobiegającą samobójstwom. Poprawia jakość życia i ratuje życie. Opiera się na dziesięcioleciach badań. Jest uznaną praktyką medyczną[18].

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

Jest to obszar, w którym dowody są niezwykle słabe, a wyniki badań są wyolbrzymiane lub błędnie interpretowane przez wszystkie strony debaty w celu poparcia własnego punktu widzenia. Fakty są takie, że nie mamy dobrej jakości dowodów na długoterminowe skutki interwencji mających na celu łagodzenie dystresu związanego z tożsamością płciową[19].

To, czy podejście popierane przez AMA opiera się na odpowiednich dowodach, jest przedmiotem intensywnych kontrowersji. Znacznie mniej kontrowersji budzi najlepszy model oceny skuteczności terapii. Model ten to EBM [medycyna oparta na dowodach naukowych, przyp. tł.], przyjęty w niniejszym przeglądzie.

### **1.2.1 Medycyna oparta na dowodach naukowych [EBM]**

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

Medycyna oparta na dowodach naukowych zmniejsza wartość intuicji, indywidualnego doświadczenia klinicznego i uzasadnienia patofizjologicznego jako wystarczających podstaw do podejmowania decyzji klinicznych, a podkreśla znaczenie analizy dowodów pochodzących z badań klinicznych. Medycyna oparta na dowodach naukowych wymaga od lekarza nowych umiejętności, w tym skutecznego wyszukiwania literatury i stosowania formalnych zasad oceny dowodów w literaturze klinicznej[20].

EBM uznaje za szczególnie ważne starannie kontrolowane badania kliniczne, a także „przeglądy systematyczne” (PS), metodyczne syntezy i oceny wszystkich dostępnych istotnych dowodów naukowych. Zaproponowano różne „hierarchie dowodów”, na których szczycie znajdują się PS, a na samym dole opinie indywidualnych klinicystów, które choć zazwyczaj są cenne, nie zawsze pozostają obiektywne. EBM została powszechnie zaakceptowana przez medyczne instytucje regulacyjne na całym świecie[21].

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

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

Należy pamiętać, że ocena dowodów skuteczności leczenia nie determinuje sama w sobie, czy leczenie powinno być stosowane. PS lub inne źródła wysokiej jakości dowodów nie są sztywnymi formułami służącymi do podejmowania decyzji medycznych; są one raczej niezbędnymi elementami procesu decyzyjnego. Zasada ta jest wyraźnie uznawana w podstawach EBM. Dowody medyczne nie są wystarczające do uzasadnienia zaleceń lub decyzji klinicznych; kluczową rolę odgrywają również inne czynniki, takie jak wartości i preferencje pacjenta[22]. Jednak, jak podkreślono poniżej, preferencje te nie mają pierwszeństwa przed obowiązkami etycznymi i zawodowymi lekarzy.

### **1.2.2 Lekcje historii**

Nieuzasadniony sceptycyzm wobec wiedzy medycznej może prowadzić do wyrządzenia krzywdy pacjentowi, a nawet do jego śmierci[23]. Z drugiej strony, chociaż lekarze często są w stanie dokonać niezwykłych cudów, nie są oni odporni na ludzkie błędy lub stronniczość. Nawet przy

najlepszych intencjach lekarze nie są nieomylni. Nawet konsensus profesjonalnych stowarzyszeń medycznych może czasami być błędny.

Dobrym przykładem może być alergia na orzeszki ziemne. W 2000 r. Amerykańska Akademia Pediatrii (AAP) zaleciła, aby niemowlęta uznane za „wysokiego ryzyka” unikały orzeszków ziemnych, a matki karmiące piersią postępowały tak samo. W praktyce wytyczne te zostały powszechnie zinterpretowane jako zalecenie, aby wszystkie niemowlęta unikały orzeszków ziemnych, co miało być środkiem ostrożności [zapobiegającym rozwojowi alergii na orzeszki ziemne]. Przypadki alergii na orzeszki ziemne gwałtownie wzrosły, a w 2017 r. AAP zmieniła zdanie, zalecając wczesne wprowadzenie orzeszków ziemnych do diety niemowląt z grupy najwyższego ryzyka[24].

To tylko jeden z wielu przykładów[25]. Błędy medyczne są bardziej powszechne niż zdaje sobie sprawę wielu Amerykanów. Konsensus nie gwarantuje słuszności – wręcz przeciwnie, czasem może utrzymywać błędy. Nie należy również zakładać, że wszystkie zalecenia dotyczące leczenia są motywowane altruizmem, co dobitnie pokazał kryzys związany z nadmiernym przepisywaniem opioidów. Nie oznacza to, że konsensus medyczny jest z natury niewiarygodny, ale raczej, że należy przyjmować go krytyczną analizą, a nie bezkrytyczną akceptacją. Lekarze i badacze Vinay Prasad i Adam Cifu zwięźle ujęli to w następujący sposób:

Oczekujemy, że terapia medyczna będzie się zmieniać i ewoluować wraz z upływem czasu. Dobre metody leczenia zastąpią złe, a te z kolei zostaną zastąpione przez jeszcze lepsze. Antybiotyki zastąpiły arszenik, a znieczulenie zastąpiło drewno ściskane między zębami. Ostatnimi czasy jednak zmiany [w terapii medycznej] następowały w zaskakujący sposób. Śledząc wiadomości na temat badań przesiewowych w kierunku raka prostaty, mammografii dla kobiet w wieku czterdziestu lat, hormonalnej terapii zastępczej, leków obniżających poziom cholesterolu i stentów stosowanych w chorobie wieńcowej, można pomyśleć, że lekarze nie mają pojęcia, co robią. Te powszechne praktyki nie zostały zastąpione lepszymi terapiami; te praktyki okazały się nieskuteczne. W niektórych przypadkach przyniosły więcej szkody niż pożytku. Można mieć obawy, że niektóre praktyki medyczne są tylko chwilową modą. Niekiedy tak właśnie jest[26].

### 1.3 Etyka

Znalezienie bezpiecznych i skutecznych metod leczenia to tylko część misji medycyny. Kwestie etyczne – oraz poruszane przez etykę złożone problemy teoretyczne – są nierozdzielalnym elementem podejmowania decyzji klinicznych. Co zrobić, jeśli leczenie jest skuteczne, ale pacjent go odmawia przyjęcia tego leczenia? W którym momencie przed rozpoczęciem leczenia konieczne jest udzielenie świadomej zgody przez pacjenta? Czy w pewnych sytuacjach lekarze mają prawo okłamywać pacjentów? Jaka jest różnica między zabiegami kosmetycznymi a zabiegami łagodzącymi problem medyczny? Co powinniśmy zrobić, gdy klinicyści nie zgadzają się z pacjentami pediatrycznymi lub ich rodzicami co do najlepszego sposobu postępowania medycznego? Te i wiele podobnych pytań jest przedmiotem dyscypliny akademickiej znanej jako etyka medyczna[27].

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

umiejętnościami i osądem, ale nigdy nie będę ich krzywdził[28] To zobowiązanie położyło podwaliny pod zasadę medyczną *primum non nocere*: Po pierwsze, nie szkodzić[29]. Wraz z obowiązkiem nieczynienia krzywdy (unikanie wyrządzania szkody), obowiązek czynienia dobra (promowanie dobrostanu pacjenta) „stanowi podstawę wszystkich zawodów medycznych i związanych z opieką zdrowotną oraz ich ram instytucjonalnych”[30]. Obowiązki te są wciąż uznawane przez profesjonalne stowarzyszenia medyczne. Na przykład Deklaracja Genewska Światowego Stowarzyszenia Lekarzy, opublikowana po raz pierwszy w 1948 r. i ostatnio zmieniona w 2017 r., wymaga od lekarzy poszanowania „autonomii i godności” pacjentów, ale uznaje nadrzędność zasady nieczynienia krzywdy i obowiązku czynienia dobra: „Zdrowie i dobrostan mojego pacjenta będą dla mnie najważniejsze”[31].

Co ważne, to, że pacjent pragnie określonego sposobu leczenia nie jest ważniejsze niż obowiązki lekarza dotyczące nieczynienia krzywdy i obowiązku czynienia. W 2002 r. Rada Amerykańskiej Fundacji Medycyny Wewnętrznej, Amerykańskie Kolegium Lekarzy i Europejska Federacja Medycyny Wewnętrznej sformułowały tę kwestię w „Karcie lekarza”. Pośród trzech „podstawowych zasad” karty znajduje się „zasada autonomii pacjenta”, zdefiniowana w następujący sposób:

Lekarze muszą szanować autonomię pacjenta. Lekarze muszą być szczerzy wobec swoich pacjentów i umożliwiać im podejmowanie świadomych decyzji dotyczących leczenia. Decyzje pacjentów dotyczące opieki muszą być nadrzędne, o ile są zgodne z etyką zawodową i nie prowadzą do oczekiwania nieodpowiedniej opieki[32].

Jednym z głównych pytań, na które niniejszy przegląd próbuje odpowiedzieć, jest to, czy tranzycja medyczna u dzieci – a w szczególności stosowanie interwencji hormonalnych lub chirurgicznych u dzieci i młodzieży – jest zgodna z powszechnie przyjętymi zasadami etyki medycznej. Kwestia ta została omówiona w rozdziale 13. Inne podejście do leczenia – psychoterapia (terapia rozmową) – zostało omówione w rozdziale 1

Innowacyjność i elastyczność amerykańskiego systemu opieki zdrowotnej budzą zazdrość całego świata. Jednak w służbie zdrowia nie da się uniknąć błędów. Miarą jakości systemu opieki zdrowotnej nie jest jego zdolność do unikania błędów, ale sposób reagowania na błędy, gdy takowe się pojawiają.

Tłumaczenie: Magda Lewandowska

[1] Wright et al. (2023)

[2] Hughes (2025)

[3] Borah i in. (2023). Niektóre z tych klinik zostały zamknięte w wyniku wprowadzenia stanowych przepisów dotyczących ograniczeń wiekowych.

[4] Jak stwierdzono w raporcie Amerykańskiego Towarzystwa Psychologicznego, cytując Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne, dysforia płciowa to „awersja do niektórych lub wszystkich cech fizycznych lub ról społecznych, które kojarzą się z własną płcią biologiczną” (Schneider i in., 2009, s. 28). Jak wyjaśniono w Zucker et al. (2016), „dysforia płciowa” jest „terminem technicznym” odnoszącym się do objawów dystresu, ale jest również, zgodnie z piątą edycją Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (2013), „terminem

diagnostycznym” (s. 218). Dysforia płciowa jest formalną diagnozą w aktualnej (zrewidowanej) wersji DSM-5, DSM-5-TR (APA, 2022). Odpowiednie kryteria diagnostyczne dla dzieci, młodzieży i dorosłych zawarte w DSM-III, IV i 5 oraz w aktualnej Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-11) znajdują się w załączniku 2 do niniejszego przeglądu. Termin „dysforia płciowa” jest używany w niniejszym przeglądzie w odniesieniu do dystresu lub dyskomfortu związanego z płcią, chyba że z kontekstu jasno wynika, że przedmiotem dyskusji jest formalna diagnoza.

[5] Ehrensaft (2017, s. 62). Podejście afirmujące tożsamość płciową można stosować również w przypadku osób dorosłych; niniejszy przegląd koncentruje się wyłącznie na przypadkach pediatrycznych

[6] Coleman i in. (2022); Hembree i in. (2017).

[7] Najnowsza wersja wytycznych WPATH dotyczących praktyki klinicznej nie zawiera zaleceń dotyczących ograniczeń wiekowych dla zabiegów chirurgicznych, z wyjątkiem 18 lat w przypadku falloplastyki (konstrukcji neofallusa u kobiet przy użyciu skóry pobranej z ramienia lub nogi pacjentki).

[8] Zob. rozdział 7.

[9] W brytyjskim raporcie Cass wskazano, że chociaż niektóre kontrowersje dotyczące pediatrycznej medycyny gender są postrzegane przede wszystkim z punktu widzenia politycznego/społecznego, wytyczne dotyczące opieki zdrowotnej powinny „opierać się na dowodach naukowych” (Cass, 2024a, s. 20).

[10] Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (1980, s. 264).

[11] Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (2013, s. 458).

[12] Zob. rozdział 3, przypis 1.

[13] Ogólny paradygmat leczenia blokerami dojrzewania, hormonami płci przeciwnej i operacjami chirurgicznymi powstał w Holandii w latach 90. XX wieku jako eksperymentalny protokół badawczy. Protokół ten oparty był na jednym niewielkim badaniu, które rzekomo wykazało znaczące korzyści dla zdrowia psychicznego, a następnie został szybko włączony do standardowej praktyki na całym świecie. Jak opisano w raporcie Cass, „model afirmatywny” to „model opieki zdrowotnej dotyczącej tożsamości płciowej, który powstał w Stanach Zjednoczonych i który afirmuje subiektywne doświadczenie tożsamości płciowej u młodych osób, pozostając otwartym na płynność... Podejście to jest stosowane w niektórych kluczowych klinikach dla dzieci i młodzieży w całym zachodnim świecie” (Cass, 2022a, s. 78).

[14] Cass (2024a, s. 13).

[15] Laidlaw et al. (2019). To samo dotyczy diagnozy ICD „inkongruencji płciowej”: dyskusja na ten temat znajduje się w sekcji 13.4.

[16] Cass (2024a, s. 146).

[17] American Medical Association (2022).

[18] Levine (2022).

[19] Cass (2024a, s. 13).

[20] Guyatt i in. (1992, s. 2420). Zob. również Akobeng (2005).

- [21] Np. Darzi (2008); Margolis (2018); Carande-Kulis (2022).
- [22] Djulbegovic & Guyatt (2017, s. 416); zob. również Guyatt i in. (2000).
- [23] Centers for Disease Control (2025).
- [24] Makary (2024, rozdział 1).
- [25] Oprócz Makary'ego (cytowanego powyżej) zob. Prasad i Cifu (2019, rozdziały 1, 2) oraz Patashnik i in. (2017, rozdział 2).
- [26] Prasad i Cifu (2019, s. 11).
- [27] Alternatywna nazwa to etyka biomedyczna. Bioetyka to szersza dziedzina obejmująca kwestie etyczne w naukach przyrodniczych wykraczające poza opiekę zdrowotną. Chociaż etyka medyczna jest dyscypliną akademicką, etycy medyczni często pracują w klinikach i szpitalach, wspierając pacjentów i ich rodziny oraz pomagając klinicyście w opracowywaniu protokołów leczenia
- [28] Beauchamp i Childress (2019, s. 155). Obecnie studenci ostatniego roku medycyny składają różne przysięgi, czasem sami pisząc ich słowa (Weiner, 2018).
- [29] To łacińskie wyrażenie nie pochodzi z czasów starożytnych: mogło zostać stworzone przez XVII-wiecznego angielskiego lekarza Thomasa Sydenhama (1624-1689), zwanego „angielskim Hipokratesem” (Smith, 2005).
- [30] Beauchamp & Childress (2019, s. 155).
- [31] Parsa-Parsi (2017, s. 1971).
- [32] American Board of Internal Medicine Foundation (2002, podkreślenie dodane).