

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

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

#### **Rozdział 4**

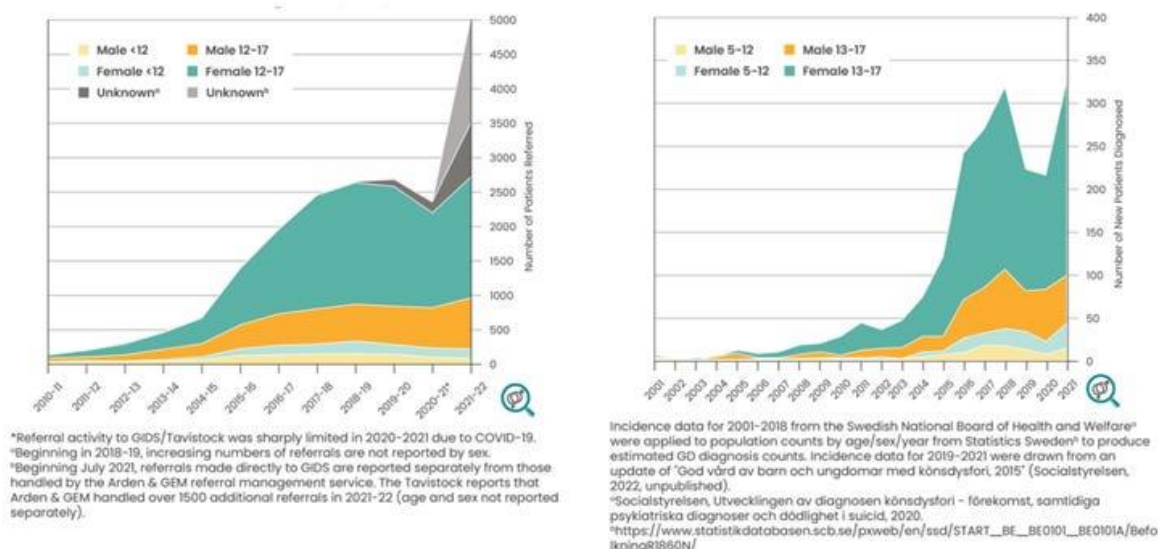
#### **Międzynarodowe odejście od modelu „afirmującej tożsamość płciową”**

Od czasu opublikowania protokołu holenderskiego w 2006 r. praktyka „opieki afirmującej tożsamość płciową” (lub „opieki afirmującej”) szybko się rozprzestrzeniła. Obecnie obserwujemy globalne odwrócenie tej tendencji. W kilku krajach medyczne instytucje regulacyjne ograniczyły hormonalne i chirurgiczne interwencje wobec nieletnich. W sekcji 4.1 przedstawiono krótki przegląd rozwoju pediatrycznej tranzycji medycznej (PTM) jako podstawowego leczenia dysforii płciowej (DP) u dzieci i młodzieży. W sekcji 4.2 podsumowano obecnie wprowadzane w coraz większej liczbie krajów zmiany w podejściu do leczenia. W sekcji 4.3 przeanalizowano przyczyny tych zmian.

##### **4.1 Powstanie modelu opieki afirmacyjnej**

Po opublikowaniu protokołu holenderskiego w 2006 r. [1] blokery dojrzłości płciowej (PB) i hormony płciowe (HPP) zostały włączone do wytycznych klinicznych Endocrine Society z 2009 r. (CPG) [2], w których zalecono stosowanie interwencji hormonalnych u niektórych pacjentów pediatrycznych z DP. Podejście to zostało również zalecone w wytycznych Światowego Stowarzyszenia Zawodowego na rzecz Zdrowia Osób Trans w 2012 r. [3] Co istotne, podejście to było zalecane przed opublikowaniem w 2014 r. ostatecznej analizy wyników psychologicznych pierwotnej holenderskiej kohorty [4] – i kilka lat przed pojawieniem się w 2019 i 2020 r. pierwszych systematycznych przeglądów dowodów naukowych, zleconych przez publiczne instytucje regulacyjne [5]. W tym samym okresie gwałtownie wzrosła liczba dzieci i nastolatków zgłaszających objawy DP i szukających pomocy medycznej – tendencja ta stała się powszechna w krajach zachodnich. Jednocześnie znacznie zmienił się profil epidemiologiczny pacjentów: podczas gdy wcześniejsze kohorty składały się głównie z chłopców w wieku przed-pokwitaniowym, w ostatnich latach dominują nastolatki płci żeńskiej (patrz rysunek 4.1 poniżej).

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



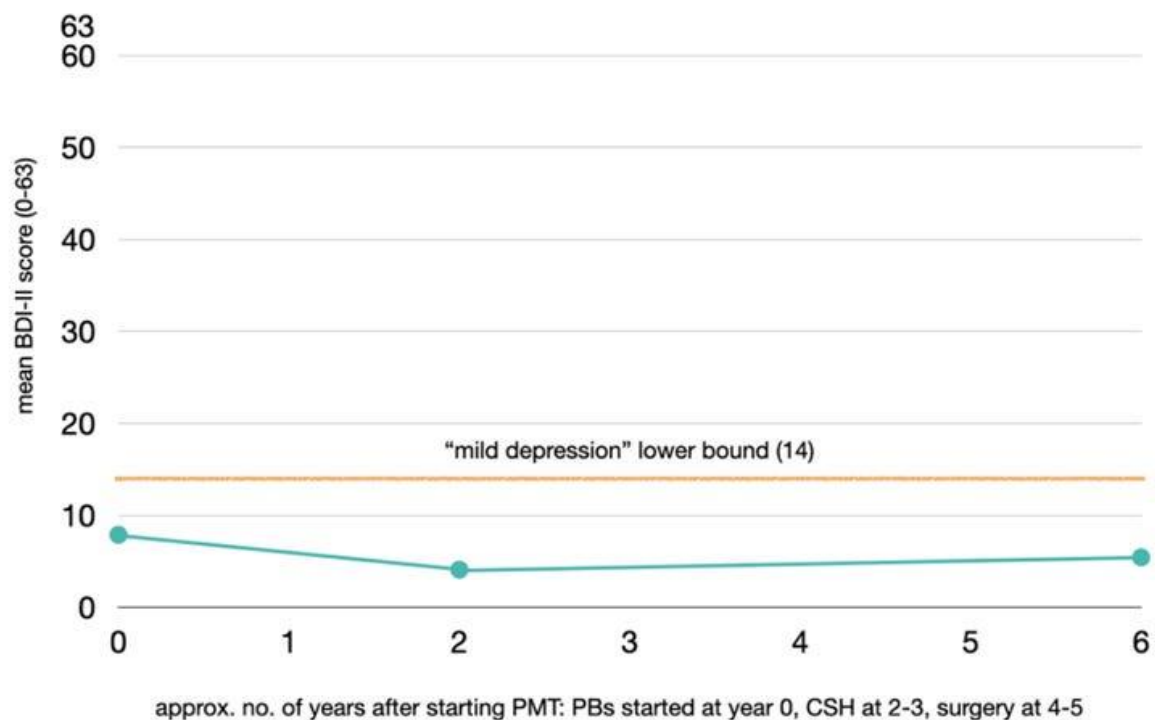
Naukowe podstawy szybkiego rozwoju PTM zostały w dużej mierze oparte na dwóch holenderskich badaniach opublikowanych w 2011 i 2014 r.<sup>[7]</sup>, w których obserwowano tę samą grupę pacjentów. Pierwsze badanie, które skupiało się na stosowaniu BP<sup>[8]</sup> przedstawiało wyniki psychologiczne 70 nastolatków, którzy ukończyli fazę BP i rozpoczynali HPP. Wyniki sugerowały niewielką poprawę niektórych wskaźników zdrowia psychicznego po leczeniu BP, ale co istotne, nie odnotowano poprawy samej DP, ocenianej za pomocą nowo opracowanej skali dysforii płciowej z Utrechtu (UGDS).

Przez ponad dekadę wiele błędów metodologicznych badania pozostawało w dużej mierze niezauważonych. Jednym z ograniczeń badania był retrospektywny, nierandomizowany wybór 70 osób z większej grupy 111 osób „z zamiarem leczenia”.

Proces selekcji nieumyślnie spowodował, że próba była stronnica na korzyść przypadków o najlepszych rokowaniach, ograniczając tym samym możliwość uogólnienia wyników badania<sup>[9]</sup>.

W 2014 roku opublikowano badanie uzupełniające, w którym oceniono funkcjonowanie uczestników po HPP i operacji<sup>[10]</sup>. Wielkość próby została jeszcze bardziej zmniejszona do zaledwie 55 uczestników, a krytyczne wskaźniki zdrowia psychicznego – takie jak depresja, lęk i ogólne funkcjonowanie – oceniono u zaledwie 32 uczestników. Ponadto, chociaż stopień zgłoszonej poprawy osiągnął istotność statystyczną, znaczenie kliniczne było ograniczone (patrz wyniki na skali depresji przedstawione na wykresie 4.2: pomarańczowa linia wskazuje próg „łagodnej depresji”, przy czym 63 to maksymalny wynik; średnie wyniki pozostawały poniżej progu łagodnej depresji na początku badania i przez cały okres leczenia).

Wykres 4.2: Wyniki w skali depresji w kohorcie holenderskiej<sup>[11]</sup>



Zwracając uwagę na wysoki poziom funkcjonowania kohorty nastolatków/młodych dorosłych pod koniec badania, autorzy doszli do wniosku, że protokół holenderski zapewnił pacjentom „możliwość rozwoju do dobrze funkcjonujących dorosłych”[12]. W badaniu nie uwzględniono faktu, że uczestnicy już na początku badania charakteryzowali się wysokim poziomem funkcjonowania – porównywalnym do rówieśników z Holandii bez DP[13]. Było to prawdopodobnie spowodowane, przynajmniej częściowo, rygorystycznymi kryteriami selekcji zastosowanymi w pierwotnym protokole holenderskim.

Ponadto w badaniu nie uwzględniono ani nie wzięto pod uwagę potencjalnych wskaźników szkodliwości. Jeden uczestnik zmarł z powodu powikłań pooperacyjnych związanych z wczesnym zahamowaniem dojrzewania płciowego[14], u co najmniej trzech zdiagnozowano niekontrolowaną cukrzycę lub chorobliwą otyłość podczas przyjmowania hormonów, a co najmniej jeden uczestnik przerwał leczenie.

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

Zachęcenie przekonaniem o skuteczności protokołu holenderskiego i jego głównej przesłanki – polegania na PB – rosnąca dostępność usług PTM spotkała się z gwałtownym wzrostem popytu: „najpierw stopniowo, a potem nagle”[20]. Do 2015 r. prawie wszystkie kraje europejskie zgłaszały dramatyczny wzrost liczby młodzieży z dysforią płciową, odwiedzających kliniki

pediatrycznej medycyny gender (PMG) w celu uzyskania pomocy hormonalnej – trend, którego przyczyny pozostają przedmiotem trwającej debaty. Poparcie dla PTM zostało dodatkowo umocnione przez opublikowanie w 2017 r. wytycznych Endocrine Society (ES)[21], których współautorką była psycholog Peggy Cohen-Kettenis – pionierka oryginalnego holenderskiego protokołu – która jako pierwsza wprowadziła zalecenia dotyczące PTM do wytycznych ES z 2009 r., a następnie potwierdziła te zalecenia w wytycznych Światowego Stowarzyszenia Zawodowego na rzecz Zdrowia Osób Trans (WPATH) Standarty Opieki 7 z 2012 r.[22].

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

#### **4.2 Zmiany w praktyce międzynarodowej**

Począwszy od 2020 r., PTM zaczęły podlegać coraz większej kontroli ze strony publicznych instytucji regulacyjnych na całym świecie, co doprowadziło do znacznych zmian protokołów klinicznych w coraz większej liczbie krajów. Najbardziej wpływowym przedsięwzięciem do tej pory był przegląd Cass – czteroletnia niezależna ocena PMG, opublikowana w kwietniu 2024 r.[26] Wyniki przeglądu Cass doprowadziły do zamknięcia brytyjskiej kliniki PMG, Gender Identity Development Service (GIDS), która w 2021 r. otrzymała ocenę „niewystarczającą” od Care Quality Commission[27] [brytyjski SANEPID, przyp. tł.] Cass Review zaleciła restrukturyzację modelu świadczenia opieki – odejście od scentralizowanego modelu opieki „kliniki gender” na rzecz bardziej holistycznego podejścia, skupiającego się na wsparciu psychospołecznym, które ma być świadczone przez regionalne ośrodki. Wnioski raportu Cass skłoniły również Wielką Brytanię do zakazania stosowania PB poza badaniami klinicznymi[28] oraz do znacznego ograniczenia HPP[29]. Choć HPP jest nadal oficjalnie dostępną metodą leczenia, National Health Service (NHS) ujawniło niedawno, że od czasu opublikowania raportu Cass Review żadna osoba niepełnoletnia nie została uznana za kwalifikującą się do HPP zgodnie z zaktualizowanymi wytycznymi[30]. W Wielkiej Brytanii osoby niepełnoletnie nigdy nie poddano operacjom związanym z leczeniem DP w ramach NHS.

Finlandia była pierwszym krajem, który ograniczył PTM, wydając w 2020 r. zrewidowane wytyczne krajowe[31]. W 2022 r. szwedzka Krajowa Rada Zdrowia i Opieki Społecznej stwierdziła, że w przypadku większości młodych ludzi potencjalne szkody wynikające z interwencji hormonalnych przewyższają korzyści, a następnie ograniczyła zarówno interwencje hormonalne, jak i stosowanie HPP do badań naukowych lub wyjątkowych przypadków[32]. W 2023 r. Dania poszła w ślady Szwecji, ograniczając stosowanie interwencji endokrynologicznej u nieletnich[33], a norweska agencja zdrowia publicznego (Norwegian Healthcare Investigation Board) zaleciła, aby PB i HPP traktować jako terapie eksperymentalne[34]. Ostatnio interwencje hormonalne zostały ograniczone w Brazylii[35], Chile[36], prowincji Alberta w Kanadzie[37] oraz stanie Queensland w Australii[38].

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

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

#### 4.2.1 Raport Cass i jego odbiór

Raport Cass wywarł głęboki wpływ na międzynarodowe debaty. Zlecony przez NHS England przegląd Cass ocenił bezpieczeństwo, skuteczność i świadczenie usług PMG dla dzieci i młodzieży. Przeprowadzony w ciągu czterech lat pod kierownictwem Hilary Cass, pediatry i byłej prezes Royal College of Paediatrics and Child Health, przegląd zaangażował szerokie grono zainteresowanych stron i opierał się na przeglądach systemowych przeprowadzonych przez National Institute for Health and Care Excellence (NICE)[48] oraz Uniwersytetu w York[49], a także na dodatkowych badaniach. W przeglądzie Cass stwierdzono istotne ograniczenia w bazie dowodów dotyczących PB i HPP i zalecono, aby, do czasu uzyskania dalszych danych, PB były oferowane wyłącznie w kontekście badawczym[50]. W przeglądzie podkreślono znaczenie multidyscyplinarnego, uwzględniającego rozwój dziecka modelu opieki nad młodzieżą z DP, który priorytetowo traktuje wsparcie psychologiczne i opracowanie „jasnej ścieżki klinicznej ... dla interwencji niemedyceńskich”[51].

Ostatnie krytyczne uwagi dotyczące przeglądu Cass – w szczególności twierdzenia, że nie spełnia on standardów zaleceń klinicznych – odzwierciedlają niezrozumienie celu i zakresu przeglądu Cass. Przegląd Cass nie był wytycznymi klinicznymi, lecz „niezależnym przeglądem”. Jest to specyficzny dla Wielkiej Brytanii proces przeprowadzania oceny na poziomie odbiorcy usług, mający na celu zebranie informacji w celu tworzenia protokołów, a nie narzucenie decyzji klinicznych. Procesy takie są uruchamiane, gdy w danej dziedzinie opieki klinicznej zaczynają występować praktyki zagrażające jakości opieki i bezpieczeństwu pacjentów[52].

Krytyka przeglądu Cass wydaje się wynikać głównie z działań amerykańskiej grupy zmotywowanych zwolenników dalszej legalności PTM[53]. Krytyka ta jest pełna przeinaczeń raportu Cass i zawiera wiele błędów merytorycznych[54]. W Wielkiej Brytanii raport Cass został powszechnie przyjęty jako dokument podstawowy dla dostosowania pediatrycznej medycyny gender (PMG) do zasad medycyny opartej na dowodach (EBM) i ochrony zdrowia dzieci[55].

Został on przyjęty z zadowoleniem przez obie główne partie polityczne w Wielkiej Brytanii a NHS w pełni zaakceptował ten raport i rozpoczął jego wdrażanie, które jest już w toku[56].

#### **4.3 Powody zmiany międzynarodowego podejścia**

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

Globalne odwrócenie tendencji w kierunku PTM można przypisać sześciu głównym czynnikom: znaczącej zmianie populacji pacjentów; niepewności co do naturalnego przebiegu i rokowań w przypadku DP; rosnącej świadomości ryzyka związanego z interwencjami medycznymi; dokładniejszemu zrozumieniu ryzyka samobójstwa; załamaniu się pierwotnych przesłanek leczenia; oraz słabej bazie dowodowej. W poniższych podrozdziałach (1–6) omówiono kolejno każdy z tych czynników.

##### **4.3.1 Zmiany w populacji pacjentów**

Populacja młodych ludzi, dla których pierwotnie opracowano protokół holenderski, znacznie różni się od populacji zgłaszającej się obecnie do placówek opieki zdrowotnej.

###### **4.3.1.1 Zmiany epidemiologiczne**

W ciągu ostatniej dekady populacja zgłaszająca się do klinik PMG zmieniła się w dwóch kluczowych aspektach: nastąpił gwałtowny wzrost liczby pacjentów oraz znacząca zmiana struktury demograficznej. Zanim interwencje hormonalne stały się powszechnie dostępne, skierowania pediatryczne do leczenia DP były stosunkowo rzadkie[57], a większość pacjentów stanowili chłopcy w wieku przed-pokwitaniowym z wczesnym wystąpieniem DP[58]. W ciągu ostatniej dekady wzrost liczby pacjentów opisywano jako wykładniczy[59], a tendencję tę napędzały przede wszystkim nastolatki płci żeńskiej, które zazwyczaj nie miały historii DP w dzieciństwie[60].

###### **4.3.1.2 Choroby psychiczne i zaburzenia neurorozwojowe**

Obecna populacja pacjentów charakteryzuje się wysokim odsetkiem (w stosunku do ogółu populacji) współwystępujących problemów zdrowia psychicznego, w tym depresji, lęków, skłonności samobójczych, samookaleczeń i zaburzeń odżywiania, a także wykazuje zaburzenia neurorozwojowe, takie jak zaburzenia ze spektrum autyzmu (ASD)[61]. Co ważne, badania oparte na kartach pacjentów przeprowadzone w Finlandii, która posiada krajowe bazy danych, wykazały, że 75% pacjentów zgłaszających się do klinik PMG w połowie 2010 r. miało poważne problemy ze zdrowiem psychicznym, które wydawały się poprzedzać pojawienie się DP[62]. Wysoki odsetek współwystępujących chorób psychicznych odnotowano w Stanach Zjednoczonych i innych krajach[63].

Od pewnego czasu uznaje się wysoką częstość występowania ASD wśród młodzieży zgłaszającej się z DP[64]. W brytyjskiej klinice około 35% pacjentów miało współwystępujące umiarkowane lub ciężkie cechy autyzmu (w porównaniu z <2% ogółu populacji)[65]. Choć niektórzy badacze postulują, że trudności społeczne u młodzieży z tymi współwystępującymi

zaburzeniami mogą nie wynikać z ASD, ale z GD i mogą ulec złagodzeniu poprzez ukierunkowane leczenie tego zaburzenia[66], dotychczasowe ograniczone badania nie potwierdzają tej hipotezy[67]. W 2018 r., uznając kliniczną prezentację współwystępujących cech DP i ASD, badacze opublikowali wstępne wytyczne dla tej konkretnej populacji dzieci i młodzieży[68], zalecając, aby „ze względu na różnice w komunikacji społecznej, zdolność do refleksji i elastyczności myślenia... w przypadkach, w których podejrzewa się lub zdiagnozowano [ASD], należy rozważyć wydłużenie okresu diagnostycznego”[69].

#### **4.3.1.3 Tożsamość niebinarna**

W pierwotnych badaniach holenderskich nie badano pacjentów o tożsamości niebinarnej; pacjenci tacy nie zostali uznani za odpowiednich kandydatów do medycznej tranzycji[70]. Jednak obecnie tożsamość niebinarna występuje niezwykle często we współczesnych warunkach klinicznych i badanych populacjach. Na przykład w projekcie badawczym z 2021 r. finansowanym przez Trevor Project 63% spośród 11 914 respondentów ankiety identyfikowało się jako osoby niebinarne[71]. W badaniu młodzieży, która przeszła mastektomię, 11% identyfikowało się jako osoby niebinarne lub „inne”[72]. Stwarza to nowy zestaw wyzwań etycznych, ponieważ pacjenci pragną interwencji, które nigdy wcześniej nie były rozważane, w tym utrzymywania się w stanie zahamowania dojrzewania przez dłuższy czas, aby umożliwić zachowanie niejednoznacznego płciowo wyglądu. Ryzyko związane z takimi interwencjami może być znaczne[73].

#### **4.3.1.4 Wpływ społeczny**

Rola wpływu społecznego jest prawdopodobnym czynnikiem tych zmian epidemiologicznych. W 2018 r. lekarz i badacz Lisa Littman wprowadziła do literatury naukowej termin „rapid onset gender dysphoria” (ROGD, dysforia płciowa o ostrym przebiegu), opisując obraz kliniczny „dysforii płciowej rozpoczynającej się w okresie dojrzewania lub później, w której rozwój dysforii płciowej obserwuje się nagle w okresie dojrzewania lub po nim u nastolatków lub młodych dorosłych, którzy nie spełniali kryteriów dysforii płciowej w dzieciństwie”[74]. Zjawisko to opisano w badaniach przeprowadzonych w Wielkiej Brytanii[75], Holandii[76], Finlandii[77] i Kanadzie[78]. Użyto również innych terminów, np. „dysforia płciowa pojawiająca się w okresie dojrzewania”, „historie [identyfikacji] trans, pojawiające się po okresie dojrzewania”[79], aby opisać dysfориę płciową pojawiającą się w okresie dojrzewania, która dotyka w nieproporcjonalnie dużym stopniu nastolatki płci żeńskiej.

Badania nad detranzycją i doświadczaniem żalu po tranzycji (detrantzycja oznacza zaprzestanie lub odwrócenie tranzycji po poddaniu się interwencji medycznej i/lub chirurgicznej; może pokrywać się z żalem, ale nie jest z nim tożsama) sugerują, że wpływ społeczny lub presja społeczna odegrały rolę w przejściowej identyfikacji trans niektórych pacjentów[80]. Obawy dotyczące możliwej roli wpływu społecznego leżącego u podstaw zmian epidemiologicznych w prezentacjach zostały wyrażone w innych publikacjach[81], w tym przez niektórych zwolenników PTM[82]. Wytyczne WPATH zauważają, że „podatność na wpływ społeczny wpływający na tożsamość płciową może być ważnym czynnikiem różnicującym, który należy wziąć pod uwagę” w przypadku niektórych nastolatków; wytyczne uznają również „sytuacje, w których młoda osoba doświadcza bardzo niedawnej lub nagłej samoświadomości różnorodności płciowej i domaga się odpowiedniej interwencji medycznej lub gdy istnieje obawa o możliwy nadmierny wpływ rówieśników i mediów społecznościowych na aktualną koncepcję tożsamości płciowej młodej osoby”[83].

#### **4.3.2 Niejasny naturalny przebieg i niepewność odnośnie rokowania**

Przed upowszechnieniem się interwencji hormonalnych większość przypadków DP w dzieciństwie ustępowała naturalnie do końca okresu dojrzewania, a większość pacjentów w wieku dorosłym miała orientację homoseksualną[84]. Protokół holenderski opracowano w oparciu o założeniu, że tylko DP utrzymująca się w okresie dojrzewania może być trwała[85]. W miarę jak skierowania zaczęły dotyczyć pacjentów z zaburzeniami pojawiającymi się w okresie dojrzewania, założenie dotyczące trwałości zostało uogólnione na wszystkie przypadki DP u nastolatków, niezależnie od tego, czy nasiliły się one w okresie dojrzewania, czy pojawiały się po raz pierwszy w tym okresie. Przekonanie, że każda DP w okresie dojrzewania jest prawdopodobnie trwała i wymaga leczenia, pozostaje „kluczowym uzasadnieniem interwencji medycznej” u nastolatków[86].

#### **4.3.2.1 Nowe dowody dotyczące naturalnego przebiegu dysforii płciowej**

Ostatnie bardziej dogłębne badania literatury podają w wątpliwość założenia dotyczące trwałości DP u nastolatków[87]. Chociaż naturalny przebieg DP – tj. przebieg tego zaburzenia bez interwencji medycznej – jest obecnie niemożliwy do zmierzenia ze względu na szeroką dostępność interwencji, nowe dowody sugerują, że DP charakteryzuje się niską stabilnością diagnostyczną. Na przykład niemiecka analiza longitudinalna bazy danych roszczeń ubezpieczeniowych wykazała, że ponad 70% nastoletnich dziewcząt w wieku 15–19 lat nie miało już tej diagnozy pięć lat później[88]. Inne niedawne badanie przeprowadzone w Holandii wykazało, że „niezadowolenie z płci” stopniowo maleje po dwudziestym roku życia[89].

#### **4.3.2.2 Wątpliwości dotyczące rozwoju tożsamości**

Istnieją poważne obawy, że „hamowanie dojrzewania płciowego może zmienić przebieg rozwoju tożsamości płciowej, zasadniczo „blokując” tożsamość płciową, która, bez tej interwencji, mogłaby zbiec się z płcią biologiczną w naturalnym przebiegu dojrzewania[90]”. Obawy te nie są nowe. Niektórzy wcześnie krytycy holenderskiego podejścia wskazywali, że rozpoczęcie interwencji hormonalnych we wczesnej lub środkowej fazie dojrzewania „może wpłynąć na dalszy rozwój tożsamości płciowej lub nawet wywołać jatrogenne utrzymywanie się [DP]”[91]. W 2024 r. Europejska Akademia Pediatrii ostrzegła, że blokowanie dojrzewania może podważyć długoterminową autonomię poprzez stworzenie zależności od ścieżki, która prowadzi do stosowania hormonów płciowych i operacji zmiany płci[92]. Kilka badań sugeruje, że odsetek osób kontynuujących leczenie po PB przekracza 90%[93]. Postrzeganie PB uległo zmianie – z odwracalnej „pauzy” PB zaczęły być postrzegane jako coś w rodzaju „pedału gazu”, który przyspiesza tranzycję medyczną. Tranzycja społeczna w dzieciństwie może mieć podobne skutki, a niektóre badania niskiej jakości sugerują, że większość dzieci, które przechodzą tranzycję społeczną[94] przed okresem dojrzewania, przechodzi następnie do interwencji medycznych[95]. Pacjenci ci „prawdopodobnie będą nalegać na przyjmowanie środków blokujących pokwitanie lub hormonów”[96]. Tranzycja przed okresem dojrzewania nie była zalecana w pierwotnym podejściu holenderskim (badacze faktycznie odradzali takie postępowanie)[97], ale pierwotnie promowali ją amerykańscy klinicyści[98].

Obecnie u niektórych pacjentów, w tym w Holandii[99], zaleca się tranzycję społeczną przed okresem dojrzewania. Nie ma jednak wiarygodnych metod pozwalających odróżnić pacjentów, u których wystąpi długotrwała DP[100]. Rośną wątpliwości związane ze stosowaniem nieodwracalnych metod leczenia, które mogą prowadzić do trwałej zależności od leków w przypadku schorzenia, które w wielu przypadkach może ustąpić samoistnie.

#### **4.3.3 Wątpliwości dotyczące ryzyka i szkód związanych z leczeniem**

Rośnie świadomość ryzyka i potencjalnych szkód związanych z PTM[101]. Wyrażono obawy dotyczące nieznanych lub potencjalnie szkodliwych skutków hamowania normalnego przebiegu dojrzewania dla zdrowia fizycznego i psychicznego nastolatków, zwłaszcza w odniesieniu do mineralizacji kości i rozwoju mózgu[102]. Interwencje hormonalne mogą prowadzić do bezpłodności i zaburzeń funkcji seksualnych, a w niektórych przypadkach, jeśli pacjent decyduje się na zabiegi chirurgiczne narządów płciowych, do bardziej ryzykownych operacji[103]. Same zabiegi chirurgiczne niosą ze sobą ryzyko powikłań.

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

#### **4.3.4 Bardziej właściwe rozumienie samobójstw**

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

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

Ponadto dowody na to, czy PTM zmniejsza skłonności samobójcze u nastolatków – takie jak zgłaszana przez badanych częstość występowania myśli samobójczych lub korzystanie z opieki zdrowotnej w związku z samookaleczeniami lub próbami samobójczymi – są niespójne[113]. Jeśli skupimy się na zapobieganiu śmiertelności samobójczej, nie ma dowodów na skuteczność interwencji hormonalnych. Duże badanie oparte na kartach pacjentów, przeprowadzone w Finlandii wykazało, że ogólna śmiertelność samobójcza wśród pacjentów z DP była rzadka, a po uwzględnieniu współwystępujących zaburzeń zdrowia psychicznego wskaźnik ten nie różnił się od wskaźnika dla ogółu populacji. Autorzy badania stwierdzili, że interwencje hormonalne nie wydają się mieć wpływu na ryzyko samobójstwa[114].

W przeglądzie systematycznym dotyczącym zapobiegania samobójstwom wśród młodzieży z DP jakość dowodów oceniono jako niską[115], a w przeglądzie systemowym WPATH dotyczącym wyników leczenia zaburzeń zdrowia psychicznego, który skupiał się na populacji dorosłych, stwierdzono, że „nie można wyciągnąć wniosków na temat wpływu terapii hormonalnej na zgony

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

Wyniki te zostały również potwierdzone w raporcie Appleby’ego, zleconym przez rząd Wielkiej Brytanii, w którym przeanalizowano samobójstwa wśród młodych ludzi z DP. W raporcie ostro skrytykowano sposób, w jaki samobójstwa i DP są omawiane w mediach społecznościowych, określając ten sposób omawiania jako nieczuły, niepokojący, niebezpieczny i naruszający ustalone wytyczne dotyczące bezpiecznego informowania o samobójstwach. Appleby podkreślił, że wiele publicznych twierdzeń dotyczących samobójstw nie spełnia podstawowych standardów dowodów statystycznych. W raporcie wezwano również do odejścia od postrzegania PB jako podstawowego wskaźnika opieki wspierającej, ostrzegając, że takie wąskie podejście nadmiernie upraszcza złożone potrzeby kliniczne[118] pacjentów z DP.

#### **4.3.5 Upadek klinicznego uzasadnienia dla PTM**

Pierwotnym uzasadnieniem przepisywania PB, zgodnie z holenderskim protokołem, było zapewnienie nastolatkom „czasu na zastanowienie się” poprzez wstrzymanie dojrzewania, umożliwiając im w ten sposób eksplorację tożsamości bez dodatkowego stresu związanego z rozwojem fizycznym[119]. Dane sugerują jednak, że nastolatki, które rozpoczynają PB, przechodzą następnie do HPP[120]. Oznacza to, że PB mogą nie funkcjonować jako neutralna interwencja, ale raczej jako pierwszy krok na drodze do tranzycji medycznej. Skłoniło to wielu ekspertów do porzucenia uzasadnienia „czasu na przemyślenie”, a ta zmiana znalazła odzwierciedlenie w najnowszych wytycznych WPATH i oświadczeniach profesjonalistów[121]. Obecnie uznaje się, że PB i HPP stanowią jedną ścieżkę leczenia[122]. Biorąc pod uwagę profil ryzyka PB przedstawiony w rozdziale 7 oraz możliwość, że ich stosowanie może prowadzić do uzależnienia od leków przez całe życie, co wiąże się z dodatkowym długoterminowym ryzykiem, ich rola w obecnym paradygmacie leczenia jest niejasna. U pacjentów płci męskiej supresję testosteronu można osiągnąć za pomocą antyandrogenów w połączeniu z estrogenem w celu feminizacji. U pacjentek sam testosteron skutecznie hamuje estrogeny, wywołując jednocześnie maskulinizację. Dlatego też, jeśli PB nie są stosowane w celu zapewnienia czasu na zastanowienie się, ich uzasadnienie w tym kontekście pozostaje niejasne[123].

#### **4.3.6 Brak wiarygodnych dowodów na korzyści**

Pierwotnym zamiarem stosowania interwencji hormonalnych w pediatrii była poprawa zdrowia psychicznego[124] poprzez zapobieganie rozwojowi płciowemu i wywołanie rozwoju cech fizycznych typowych dla płci przeciwnej. Podejście to opierało się na hipotezie, że uniknięcie „niekorzystnego wyglądu fizycznego”[125] „poprawi zdolność do „passingu” jako osoba przeciwnej płci”[126]. Chociaż interwencje te zmieniają wygląd fizyczny, przeglądy systematyczne nie znalazły wiarygodnych dowodów na to, że prowadzą one do znaczącej poprawy zdrowia psychicznego[127]. Wiele przeglądów systematycznych stwierdza, że dowody potwierdzające korzyści płynące z interwencji w okresie tranzycji u dzieci – od PB po HPP i operacji – są „bardzo mało pewne”. Oznacza to, że wyniki badań wskazujących na poprawę zdrowia psychicznego[128] nie są uznawane za wiarygodne. Natomiast wszystkie interwencje medyczne niosą ze sobą potencjalne szkody.

Ostatecznie interwencje medyczne powinny być stosowane wtedy, gdy korzyści wyraźnie przewyższają ryzyko. Wszystkie publiczne instytucje regulacyjne, które przeprowadziły

systematyczny przegląd dowodów, stwierdziły, że profil korzyści i ryzyka PTM jest albo nieznany, albo niekorzystny.

Tłumaczenie: Magda Lewandowska

---

[1] Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis (2006). Wyniki leczenia pierwszej grupy pacjentów zgodnie z protokołem opublikowano w 2011 i 2014 r. (de Vries i in., 2011, 2014).

[2] Hembree i in. (2009).

[3] Wytyczne z 2012 r. były siódmymi wytycznymi tej organizacji (Coleman i in., 2012). Piąte i szóste

wytyczne, opublikowane w 1998 i 2001 r., krótko wspominały o potencjalnym zastosowaniu „agonistów LHRH” (Levine i in., 1998; Meyer i in., 2001), ale zastosowanie PB jako centralnego elementu leczenia nastolatków pojawiło się dopiero w siódmej wersji.

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

[5] Ludvigsson i in. (2023); Miroshnychenko, Ibrahim i in. (2025); Miroshnychenko, Roldan i in. (2025); National Institute for Health and Care Excellence (2020); National Institute for Health and Care Excellence (2020); Pasternack i in. (2019); Taylor, Mitchell, Hall, Heathcote i in. (2024); Taylor, Mitchell, Hall, Langton i in. (2024); Zepf, König i in. (2024).

[6] Źródło: Society for Evidence-Based Gender Medicine (SEGM).

[7] de Vries i in. (2011, 2014).

[8] 8 de Vries i in. (2011).

[9] Kryteria włączenia do badania określały kwalifikowalność do analizy skutków stosowania blokerów dojrzewania (BP) na podstawie daty rozpoczęcia kolejnej fazy – HPP. Podejście to wprowadziło znaczne odchylenie, wykluczając od samego początku wszystkich badanych, którzy przerwali leczenie, co spowodowało niedostateczną reprezentację przypadków złożonych psychologicznie, które pozostawały w fazie „diagnostycznej” BP przez dłuższy czas, oraz przesunięcie w górę wieku badanych, których wyniki zostały uwzględnione w ostatecznej analizie. Ponieważ kwalifikowalność zależała od rozpoczęcia HPP w wieku 16 lat, uwzględniono tylko badanych, którzy osiągnęli ten wiek – co potencjalnie wyjaśnia, dlaczego średni wiek rozpoczęcia stosowania PB w badaniu wynosił 15 lat, mimo że protokół zalecał rozpoczęcie około 12 roku życia (Abbruzzese i in., 2023). 10 de Vries i in. (2014).

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

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

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

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

[14] de Vries et al. (2014) zauważyli, że „1 trans kobieta zmarła po zabiegu plastyki pochwy z powodu pooperacyjnego martwiczego zapalenia powięzi” (s. 697). Analiza oryginalnych

holenderskich artykułów przeprowadzona w 2023 r. wykazała, że badacze „nie wspomnieli o tym, że śmierć ta była konsekwencją zahamowania dojrzewania: penis pacjenta, któremu uniemożliwiono normalny rozwój, był zbyt mały do przeprowadzenia standardowej waginoplastyki, więc podjęto próbę operacji z wykorzystaniem części jelita, która uległa zakażeniu” (Biggs, 2023b, s. 8). Zob. również Negenborn i in. (2017).

[15] Odwrócenie skali DP po operacji [biologicznym kobietom dano formularz przeznaczony dla mężczyzn, a mężczyznom dla kobiet, przyp. tt.] mogło całkowicie unieważnić kluczowy wniosek badania dotyczący ustąpienia DP po leczeniu (Abbruzzese i in., 2023). Warto zauważyć, że w innym badaniu klinicznym w tej dziedzinie (López de Lara i in., 2020) również zamieniono skalę DP i obrazu ciała.

[16] Jeden z autorów oryginalnych holenderskich badań zauważył w 2022 r., że artykuły te „nadal są wykorzystywane jako główny dowód na konieczność wczesnej interwencji medycznej, w tym stosowania leków blokujących dojrzewanie u młodzieży trans” (de Vries, 2022, s. 109). W końcowym raporcie Cass opisano, że zamiast zwykłej, powolnej ewolucji praktyki klinicznej trwającej „wiele lat przed włączeniem zdecydowanie pozytywnych wyników badań (...) w dziedzinie pediatrycznej medycyny gender nastąpiło odwrotne zjawisko. Na podstawie jednego holenderskiego badania (...) praktyka ta szybko rozprzestrzeniła się na inne kraje...” (Cass, 2024a, s. 13).

[17] Carmichael i in. (2021).

[18] Zob. rozdział 6.

[19] Ghorayshi (2024).

[20] Abbruzzese i in. (2023, s. 12).

[21] Hembree i in. (2017).

[22] Coleman i in. (2012); Hembree i in. (2009).

[23] Kaltiala i in. (2020); Kaltiala-Heino i in. (2015).

[24] Rada ds. Wyboru Opieki Zdrowotnej w Finlandii (2020).

[25] Pasternack i in. (2019).

[26] Cass (2024a). [Polskie [tłumaczenie dostępne tu](#), przyp. tt.]

[27] Care Quality Commission (2021).

[28] Department of Health and Social Care (2024).

[29] National Health Service England (2024c).

[30] Spencer (2025)

[31] Rada ds. Wyboru w Opiece Zdrowotnej Finlandii (2020). Zob. również Society for Evidence-Based Gender Medicine (2021).

[32] Socialstyrelsen [Szwedzka Krajowa Rada Zdrowia i Opieki Społecznej] (2022b).

[33] Hansen i in. (2023). Zob. również Society for Evidence-Based Gender Medicine (2023b).

- [34] Block (2023b).
- [35] AFP (2025).
- [36] Lane (2024).
- [37] Rząd Alberty (2024).
- [38] Australian Associated Press (2025).
- [39] Australijska Rada ds. Zdrowia i Badań Medycznych (2025).
- [40] Włoska Krajowa Komisja Bioetyki (2024). Zob. również Society for Evidence-Based Gender Medicine (2024b).
- [41] Curridori (2024).
- [42] Sugy (2024).
- [43] Society for Evidence-Based Gender Medicine (2022)
- [44] Niemieckie Towarzystwo Psychiatrii Dziecięcej i Młodzieżowej, Psychosomatyki i Psychoterapii (DGKJP) (2025).
- [45] Zepf, Buchmann i in. (2024).
- [46] Society for Evidence-Based Gender Medicine (2023c).
- [47] Rada Zdrowia Holandii (2024).
- [48] Narodowy Instytut Zdrowia i Doskonałości Klinicznej (2020a, 2020b).
- [49] Hall i in. (2024); Heathcote i in. (2024); Taylor, Hall, Heathcote i in. (2024a, 2024b); Taylor, Hall, Langton i in. (2024a, 2024b); Taylor, Mitchell, Hall, Heathcote i in. (2024); Taylor, Mitchell, Hall, Langton i in. (2024).
- [50] Cass (2024a, s. 132).
- [51] Cass (2024a, s. 157).
- [52] Cheung i in. (2024).
- [53] Spośród nich największy wpływ miała biała księga McNamara i in. (2024), opracowana przez Yale Integrity Project.
- [54] Cheung i in. (2024); McDeavitt i in. (2025).
- [55] Abbasi (2024).
- [56] National Health Service England (2024).
- [57] Na przykład klinika GIDS w Wielkiej Brytanii przyjęła łącznie 12 pacjentów w 1994 r. i 24 w 1996 r.; od momentu otwarcia w 1989 r. do 2000 r. przyjęła łącznie 150 pacjentów (Barnes, 2023, s. 15-16).
- [58] Steensma i in. (2018).
- [59] Np. Coleman i in. (2022, s. S9, S43); Baker i Restar (2022); de Vries i in. (2021); Olson-Kennedy i in. (2018). Wykres przedstawiony w McDeavitt et al. (2025) pokazuje, że tempo

wzrostu liczby skierowań do kliniki w Wielkiej Brytanii (na przykład) jest zbliżone do wykładniczego. Badanie przeprowadzone przez agencję Reuters nie wykazało wykładniczego wzrostu, ale stwierdziło, że liczba skierowań do klinik PMG gwałtownie wzrosła w Stanach Zjednoczonych (Respaut, Terhune i Conlin, 2022).

[60] Zob. Kaltiala-Heino i in. (2015, 2018); Taylor i in. (2024b); Thompson i in. (2022); Wagner i in. (2021); Wood i in. (2013); Zhang i in. (2021). W jednym z badań w tej dziedzinie stwierdzono, że nie odnotowano nieproporcjonalnego wzrostu liczby nastoletnich kobiet (Turban i in., 2022). Wynik ten oparto jednak na badaniu, w którym „nie było pewności czy uczniowie trans odpowiadali na pytanie dotyczące płci zgodnie ze swoją płcią biologiczną, czy tożsamością płciową” (Johns i in., 2019).

[61] Zob. Becerra-Culqui i in. (2018); Kaltiala-Heino i in. (2015), (2018); Kozłowska i in. (2021); Taylor, Hall, Langton, Fraser i in. (2024); Thompson i in. (2022b).

[62] Kaltiala-Heino i in. (2015).

[63] Np. Becerra-Culqui i in. (2018); Kozłowska i in. (2021).

[64] Np. de Vries i in. (2010); Strang i in. (2018).

[65] Barnes (2023, s. 156).

[66] Np. Ehrensaft (2016); Edwards-Leeper i Spack (2012); J. L. Turban (2018).

[67] Russell i in. (2021).

[68] Strang i in. (2018).

[69] Zob. opis w Russell i in. (2021). W przeciwieństwie do holenderskich wytycznych z 2018 r., które zalecały większą ostrożność w przypadku pacjentów z współwystępującym ASD, czołowi specjaliści w Stanach Zjednoczonych skrytykowali rodziców, którzy niechętnie wyrażają zgodę na PTM dla swoich autystycznych dzieci. Zaproponowali oni, aby klinicyści „polegali na rysunkach” w przypadku niewerbalnych nastolatków z ciężkim autyzmem, którzy potrafią rysować (Transparency Podcast). Zob. również: relacja terapeutki Tamary Pietzke (Pietzke, 2024).

[70] de Vries i in. (2006, s. 88): „Nastolatkom, których pragnienie zmiany płci wydaje się wynikać z czynników innych niż prawdziwa i całkowita tożsamość płci przeciwnej, najlepiej służą interwencje psychologiczne”.

[71] Green i in. (2021).

[72] Ascha i in. (2022).

[73] W 2020 r. badacze opublikowali opis przypadku, w którym klinicyści rozważali możliwość utrzymania „agenderowego” pacjenta z niską gęstością kości na PB przez co najmniej siedem lat w celu afirmacji tej tożsamości (Pang et al., 2020). Współczesne wytyczne WPATH zniósł bariery w dostępie do interwencji hormonalnych i operacji dla nieletnich o tożsamości niebinarnej i innych tożsamościach.

[74] Littman (2018, s. 2). W badaniu tym przebadano 256 rodziców nastolatków z DP i stwierdzono, że w około połowie przypadków szybki początek DP wydawał się zbiegać w czasie z pojawieniem się podobnego dystresu w grupach przyjaciół dzieci oraz ze wzrostem korzystania z mediów społecznościowych/Internetu. (Termin „dysforia płciowa o ostrym przebiegu” pojawił się po raz pierwszy w pracy naukowej rok wcześniej, w streszczeniu plakatu Littman,

opublikowanym w czasopiśmie *Journal of Adolescent Health*). Warto zauważyć, że to samo zjawisko opisała również Marchiano (2017).

[75] de Graaf i in. (2018); Hutchinson i in. (2020).

[76] de Vries (2020).

[77] Kaltiala-Heino i in. (2018); Kaltiala-Heino i Lindberg (2019).

[78] Zucker (2019).

[79] Kaltiala-Heino i Lindberg (2019); de Vries (2020).

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

[81] Bailey i Diaz (2023); Wood i in. (2013).

[82] Edwards-Leeper i Anderson (2021); Shrier (2021).

[83] Coleman i in. (2022, s. S45, S58).

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

[85] Np. Cohen-Kettenis i Pfäfflin (2003); de Vries i in. (2006); de Vries i Cohen-Kettenis (2012a); de Vries i in. (2014).

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

[87] Byrne (2024).

[88] Bachmann i in. (2024) przeprowadzili badanie roszczeń ubezpieczeniowych, analizując Międzynarodową Klasyfikację Chorób, wersja dziesiąta (ICD-10), kod F64 („Zaburzenia tożsamości płciowej”), który był kodem rozliczeniowym stosowanym w Niemczech w okresie objętym badaniem (Society for Evidence-Based Gender Medicine, 2024). Niedawna analiza danych dotyczących roszczeń i dokumentacji medycznej przeprowadzona przez BMJ wykazała, że w przypadku niektórych grup, w tym młodych ludzi, „DP nie jest diagnozą stałą” (Sun i in., 2023).

[89] Rawee i in. (2024, s. 1813). „Niezadowolenie z płci” zdefiniowano na podstawie zgody z punktem

110 w kwestionariuszu Youth Self Report/Adult Self Report (YSR/ASR) „Pragnienie bycia osobą płci przeciwnej”. Choć punkt 110 nie jest synonimem diagnozy DP, jest często stosowany jako przybliżony wskaźnik diagnozy klinicznej, ponieważ odzwierciedla podstawowe kryterium pragnienia bycia osobą płci przeciwnej. Zob. Zucker (2005).

[90] Jorgensen i in. (2022, s. 1005). Zob. również raport Cass: „Blokowanie [pokwitania] oznacza, że młodzi ludzie muszą rozumieć swoją tożsamość i seksualność wyłącznie na podstawie dyskomfortu związanego z pokwitaniem i poczucia tożsamości płciowej, które rozwinęło się na wczesnym etapie procesu dojrzewania. W związku z tym nie ma możliwości stwierdzenia, czy normalny przebieg tożsamości seksualnej i płciowej może ulec trwałej zmianie” (Cass, 2024a, s. 178).

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

[92] Brierley i in. (2024).

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

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

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

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

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

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

[99] Bazelon (2022).

[100] Cass (2024a, s. 22, 134, podkreślenie dodane). „... klinicyści powiedzieli nam, **że nie są w stanie z całą pewnością określić**, które dzieci i nastolatki będą miały trwałą tożsamość trans (...) Wielu klinicystów, zarówno w kraju, jak i za granicą, [przyznało], **że nie ma żadnego**

**niezawodnego sposobu**, aby **dokładnie przewidzieć**, które młode osoby mogą odnieść korzyści z medycznej tranzycji, a które z alternatywnych ścieżek lub interwencji”.

[101] Szczegółowe omówienie znajduje się w rozdziale 7.

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

[103] Zob. np. Lee i in. (2023).

[104] Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis (2006, s. S132). „Można sobie wyobrazić, że obniżenie granicy wieku zwiększa liczbę” wyników fałszywie dodatnich”.

[105] Np. Entwistle (2020); Littman (2021); MacKinnon i in. (2023); Roberts i in. (2022).

[106] Według dochodzenia przeprowadzonego przez agencję Reuters, pacjentka w wieku 16 lat powiedziała w klinice gender, że jest „pewna swojej tożsamości (...) Myślałam, że nic nie zmieni mojego zdania”. Po rozpoczęciu HPP jej stan zdrowia psychicznego pogorszył się, miała kilka prób samobójczych i była kilkakrotnie hospitalizowana w szpitalu psychiatrycznym. W wieku 20 lat dokonała detranzycji i identyfikuje się jako lesbijka: „Szkoda, że lekarze nie powiedzieli mi: „To normalne, że czujesz się odłączona od swojego ciała. To normalne, że lubisz dziewczyny. To normalne, że nie identyfikujesz się z płcią przypisaną ci przy urodzeniu” (Respaut i in., 2022). Przegląd roli Keiry Bell, pacjentki, która zrezygnowała z tranzycji, w zwróceniu uwagi organów regulacyjnych na pediatryczną medycynę gender w Wielkiej Brytanii, można znaleźć w Cass (2024a, s. 78–80).

[107] Np. ACLU (2021); Boerner (2022, aktualizacja z 31.03.2025); Georges i in. (2024); Lee i Rosenthal (2023); Sandhu i in. (2025); Szilagyi, Moira (2022); The Lancet Child & Adolescent Health (2021). Zob. również sekcja 1.2.

[108] W 2011 r. Johanna Olson-Kennedy, pediatra i liderka w dziedzinie pediatrycznej medycyny gender, powiedziała ABC News: „Często pytamy rodziców, czy woleliby mieć martwego syna niż żywą córkę?” (ABC News, 2011). Zob. również Singal (2018).

[109] Np. Clayton (2023); Levine i in. (2022).

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

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

[112] Socialstyrelsen (2020c); zob. również Ruuska i in. (2024). Ponadto de Graaf i in. (2020) stwierdzili, że nastolatki z DP lub identyfikujące się jako trans miały podobne wyniki w samoocenie skłonności samobójczych jak nastolatki z grupy porównawczej bez DP, które były objęte specjalistyczną opieką psychiatryczną z powodu innych diagnoz psychiatrycznych.

[113] W badaniach na małą i średnią skalę odnotowano poprawę wyników samooceny związanych z tendencjami samobójczymi (Achille i in., 2020; Allen i in., 2019) lub spadek wykorzystania opieki zdrowotnej w związku z zachowaniami samobójczymi lub samookalającymi (Kaltiala i in., 2020; Khatchadourian i in., 2014); inne większe badania wykazały wzrost odsetka pacjentów z myślami/zachowaniami samobójczymi po rozpoczęciu stosowania PB/HPP (Kuper i in., 2020) oraz wzrost korzystania z opieki zdrowotnej w związku z zachowaniami samobójczymi (Hisle-Gorman i in., 2021). Porównanie przed i po przeprowadzone przez Kuper i in. jest obciążone błędem wynikającym z nierównych okresów, w których mierzono zachowania samobójcze.

[114] Ruuska i in. (2024).

[115] Christensen i in. (2025). Podobne wyniki odnotowano również w niedawnym przeglądzie narracyjnym poświęconym osobom dorosłym (Jackson, 2023). W odniesieniu do operacji chirurgicznych dowody są ograniczone. W niedawnym systematycznym przeglądzie mastektomii u młodych kobiet stwierdzono bardzo niską pewność dowodów dotyczących wpływu na zgony samobójcze (Miroshnychenko i in., 2024).

[116] Baker i in. (2021, s. 12). W innym, nowszym przeglądzie systematycznym również stwierdzono bardzo niską pewność dowodów dotyczących wpływu HPP na zgony samobójcze (Miroshnychenko, Ibrahim i in., 2025).

[117] Cass (2024a, s. 33). Przykładem często cytowanego dowodu (np. American Psychological Association, 2024; The Lancet Child & Adolescent Health, 2021, poprzez odniesienie do Rew et al., 2021; Turban, 2020) na poparcie tej sugestii jest Turban et al. (2020), przekrojowa analiza danych z ankiety internetowej, w której stwierdzono, że respondenci, którzy mieli dostęp do PB, mieli niższy poziom myśli samobójczych w ciągu całego życia w porównaniu z osobami, które chciały mieć dostęp do PB, ale go nie miały. Ankieta internetowa, przeprowadzona w 2015 r. w Stanach Zjednoczonych (USTS) (James i in., 2015), miała wiele słabych punktów metodologicznych. Na przykład badana grupa nie była wybrana losowo, prawdopodobnie niereprezentatywna dla dorosłych osób trans w Stanach Zjednoczonych, a respondenci mogli pomylić PB z HPP (Biggs, 2020; Clayton i in., 2021). Ponadto badanie opierało się na retrospektywnych wspomnieniach dzieciństwa i okresu dojrzewania, zgłaszanych przez dorosłych respondentów z a takie wspomnienia „podlegają konfabulacji, modyfikacji, stronniczości i po prostu zapominaniu”; na przykład „31% respondentów przypomniało sobie, że zdało sobie sprawę z bycia osobą transpłciową w wieku 5 lat, w tym niektórzy, którzy przypomnieli sobie, że byli osobami transpłciowymi w wieku 1 i 2 lat – na długo przed pojawieniem się wspomnień autobiograficznych” (Kulatunga Moruzi & Lawler, 2024, s. 11, 4). Badanie Turban i in. zostało również skrytykowane za nieprawidłowe założenie, że PB dla DP były dostępne w Stanach Zjednoczonych od 1998 r., a także wskazano, że w analizie wielowymiarowej nie stwierdzono statystycznie istotnych różnic między grupami w pięciu innych miernikach skłonności samobójczych, w tym historii prób samobójczych (Biggs, 2020; Clayton i in., 2021).

[118] Appleby (2024).

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

[120] Brik i in. (2020); Carmichael i in. (2021); Karakılıç Özturan i in. (2023); van der Loos i in. (2023); Wiepjes i in. (2018).

[121] Chociaż wytyczne WPATH z 2012 r. stwierdzały (zgodnie z oryginalnymi badaniami holenderskimi), że PB „dadzą nastolatkom więcej czasu na zgłębianie nonkonformizmu w stosunku do ról płciowych i innych kwestii rozwojowych” (zob. Coleman i in., 2012, s. 177), to uzasadnienie kliniczne nie pojawia się w najnowszej wersji wytycznych tej organizacji, Coleman i in. (2022). W niedawnym artykule autorstwa czołowych ekspertów w tej dziedzinie, poświęconym kwalifikowalności i ocenie pacjentów zainteresowanych PB, nie wspomniano o uzasadnieniu dotyczącym „czasu na zastanowienie się” (Turban i in., 2024). Zob. również biegłego sądowego, uznającego, że PB i HPP nie powinny być traktowane jako odrębne ścieżki leczenia, bo stanowią one „kontinuum opieki”, a „zdecydowana większość nastolatków z

dysforią płciową, którzy otrzymują blokery dojrzewania, przechodzi do terapii hormonami przeciwnej płci” (U.S. v. Skrametti (nr 23-477), Eksperti i lekarze, opinia amicus curiae, 2023).

[122] Istnieją wyjątki od tego rozumienia; niektóre prace badawcze i organizacje nadal twierdzą, że PB dają czas na zastanowienie się (np. Fisher et al., 2024; U.S. v. Skrametti (nr 23-477), American Academy of Pediatrics oraz dodatkowe krajowe i stanowe organizacje medyczne i zajmujące się zdrowiem psychicznym, opinia amicus curiae, 2023, s. 13).

[123] W raporcie Cass stwierdzono, że chociaż mogą istnieć „bardzo wąskie wskazania do stosowania blokerów dojrzewania u pacjentów o przypisanej płci męskiej, jako początek medycznej ścieżki tranzycji w celu zatrzymania nieodwracalnych zmian dojrzewania”, nie ma innych rozsądnych, sprawdzonych uzasadnień dla stosowania PB, a w szczególności nie ma wskazań do stosowania PB u pacjentek płci żeńskiej (Cass, 2024a, s. 180). Eksperti zakwestionowali „uzasadnienie pozbawiania nastolatków hormonów płciowych przez lata w okresie dojrzewania i ryzykowanie negatywnych efektów na rozwój kośćca i mózgu” (Ryan, 2024).

[124] Badacze byli pierwotnie zmotywowani do rozpoczęcia interwencji hormonalnych u dzieci i nastolatków, bo martwili się złym stanem zdrowia psychicznego dorosłych pacjentów i mieli nadzieję złagodzić ten problem, zapobiegając rozwojowi cech płciowych, które były dla tych dorosłych stresujące (omówione bardziej szczegółowo w rozdziale 3).

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

[126] Costa et al. (2015).

[127] Innym pierwotnym uzasadnieniem klinicznym było zmniejszenie potrzeby przyszłych operacji. W jednym badaniu stwierdzono, że pacjentki, które rozpoczęły PB we wczesnym okresie dojrzewania, rzadziej poddawały się mastektomii niż pacjentki, które rozpoczęły PB później, co sugeruje, że względny brak tkanki piersiowej wykluczał konieczność mastektomii. Jednak w badaniu tym stwierdzono również znacznie zwiększone prawdopodobieństwo wykonania waginoplastyki jelitowej u pacjentów płci męskiej, którzy otrzymali PB we wczesnym okresie dojrzewania (van de Grift i in., 2020). Jedno badanie dotyczące mastektomii u nastolatków sugerowało, że dysforia związana z klatką piersiową nasilała się po zastosowaniu testosteronu (Olson-Kennedy, Warus i in., 2018). Teoretycznie nasilenie dysforii związanej z klatką piersiową może prowadzić do podjęcia decyzji o mastektomii. W literaturze dotyczącej osób dorosłych odnotowano przypadki kobiet, które poddały się histerektomii z powodu bólu miednicy spowodowanego atrofią narządów rozrodczych (np. Zwickl i in., 2023).

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