

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

Leczenie dziecięcej dysforii płciowej: przegląd dowodów i najlepszych praktyk

Tłumaczenie: Magda Lewandowska & WOKiEm

Rozdział 11

Upadek zasad bezpieczeństwa w medycynie

Kiedy dzieci lub nastolatki odczuwają silny dyskomfort związany ze swoją płcią, rodzice, co zrozumiałe, martwią się i zwracają się o poradę do pediatrów lub terapeutów. Ci pierwsi klinicyści kierują ich do specjalistów, uważając, że pomoc w takich wypadkach wymaga specjalistycznej wiedzy. Zarówno rodzice, jak i klinicyści, z którymi rodzice początkowo się konsultują, prawdopodobnie oczekują, że osoby posiadające wiedzę specjalistyczną w zakresie „tożsamości płciowej” przeprowadzą kompleksową ocenę w celu wykluczenia innych, być może bardziej powszechnych przyczyn takich odczuć. Mogą oni ponadto zakładać, że blokery dojrzewania (PB), hormony płciowe (HPP) i operacje są oferowane tylko w rzadkich przypadkach, gdy mniej inwazyjne alternatywy są nieskuteczne, oraz po dokładnym rozważeniu indywidualnych potrzeb rozwojowych pacjenta, a także głębokiej niepewności wyników leczenia i ryzyka związanego z leczeniem.

W niniejszym rozdziale opisano, w jaki sposób pierwotny protokół holenderski, stanowiący podstawę pediatrycznej tranzycji medycznej (PTM), został przekształcony w Stanach Zjednoczonych w proces „kierowany przez dziecko”, w którym osobiste „cele ucieleśnienia” pacjenta stanowią podstawę do określenia „medycznej konieczności”. W sekcji 1 dokonano krytycznej oceny protokołu holenderskiego i zbadano, w jaki sposób pierwotne zasady bezpieczeństwa pediatrycznej tranzycji medycznej (PTM) zostały systematycznie zniesione w Stanach Zjednoczonych. W sekcji 2 oceniono częste twierdzenia, że medyczne interwencje związane z tożsamością płciową są „rzadkie”, kwestionując, czy ta rzekoma rzadkość rzeczywiście wskazuje na rygorystyczne standardy oceny. W sekcji 3 omówiono głęboką zmianę w celach PTM, podkreślając, jak zasadniczo zmieniła się koncepcja i rola „ewaluacji”. W sekcji 4 przedstawiono sygnalistów posiadających bezpośrednie doświadczenie w PTM, którzy podobnie

jak ich odpowiednicy w Wielkiej Brytanii[1] ujawnili praktyki, które uważali za niebezpieczne i niezgodne z ustalonymi standardami klinicznymi. Wreszcie sekcja 5 przedstawia dodatkowe dowody na przyspieszenie ścieżek prowadzących do interwencji medycznych w wiodących pediatrycznych klinikach gender w Stanach Zjednoczonych.

11.1 Protokół holenderski i rozluźnienie jego kryteriów w Stanach Zjednoczonych

Zgodnie z WPATH SOC-8, badania holenderskie związane z protokołem holenderskim dostarczają „najbardziej solidnych dowodów longitudinalnych potwierdzających korzyści płynące z medycznych i chirurgicznych terapii afirmujących tożsamość płciową w okresie dojrzewania(...)”[2]. W swoim zeznaniu przed Komisją Medyczną i Komisją Medycyny Osteopatycznej stanu Floryda Aron Janssen stwierdził, że „najlepsze dane longitudinalne dotyczące młodzieży trans pochodzą głównie z holenderskiej kliniki [(...)] Holenderski model opieki [jest] dominującym modelem opieki, na którym opiera się większość amerykańskich klinik”[3]. SOC-8 wydaje się uznawać zasady bezpieczeństwa zalecane w protokole holenderskim, kontrastując „szczegółowy, kompleksowy proces diagnostyczny” tego protokołu z leczeniem opartym na „ograniczonej ocenie lub jej braku”. Według WPATH, to drugie podejście „nie ma poparcia empirycznego i dlatego niesie ze sobą ryzyko, że decyzja o rozpoczęciu interwencji medycznej afirmującej tożsamość płciową w danym momencie może nie leżeć w długoterminowym interesie młodego pacjenta[4]”.

11.1.1 Dalsze odejście amerykańskich klinik gender od protokołu holenderskiego

W 2022 r. dziennikarze śledczy agencji Reuters przeprowadzili wywiady z „lekarzami i innym personelem 18 klinik gender w całym kraju” i stwierdzili, że „żaden z nich nie opisał czegoś podobnego do wielomiesięcznych ocen stosowanych przez [holenderskich klinicystów] w ich badaniach”. Siedem z 18 klinik stwierdziło, że nie ma oporów przed przepisaniem hormonów podczas pierwszej wizyty nastolatka, pod warunkiem, że klinicyści nie zauważą żadnych „sygnałów ostrzegawczych”[5].

Sami holenderscy klinicyści dostrzegli rozbieżności między modelem amerykańskim a swoim podejściem[6]. Zwracając uwagę na zmianę wieku, w którym pojawiają się pierwsze objawy, w stosunku pacjentów obojga płci i profil zdrowia psychicznego w populacji pediatrycznej, Annelou de Vries napisała w 2020 r., że „młodzież ta nie brała jeszcze udziału we wczesnych badaniach ewaluacji”. Rodzi to pytanie, czy pozytywne wyniki wczesnych interwencji medycznych mają również zastosowanie do nastolatków, którzy ostatnio zgłaszają się w ogromnej liczbie do placówek opieki dla osób trans, w tym tych, którzy zgłaszają się w starszym wieku, prawdopodobnie bez historii [inkongruencji płciowej] w dzieciństwie”[7]. W 2021 roku Thomas Steensma skarżył się, że „reszta świata ślepo przyjmuje nasze badania”[8]. Steensma powtórzył to stanowisko w 2023 r., wyraźnie dystansując się od dominującego w Stanach Zjednoczonych modelu opartego na życzeniach dzieci, stwierdzając: „To nie jest nasze podejście”.

Warto zauważyć, że protokół holenderski nie zalecał operacji przed osiągnięciem pełnoletności, ale zgodnie z wytycznymi WPATH, które są przestrzegane w Stanach Zjednoczonych[9], większość operacji, w tym większość operacji narządów płciowych, może być uznana za medycznie konieczne w przypadku niektórych nastolatków z DP[10]. W związku z tym nastolatki z DP poddawane są mastektomii[11] i (znacznie rzadziej) operacjom narządów płciowych[12]. W opublikowanych badaniach dotyczących mastektomii u nastoletnich dziewcząt z DP[13] niektóre uczestniczki miały zaledwie 12 lat[14].

11.2 Czy tranzycja medyczna u dzieci jest „rzadka”?

Aby wzmocnić przekonanie, że kontrola dostępu do leczenia zapewnia bezpieczeństwo pacjentów, zwolennicy PTM często twierdzą, że interwencje medyczne są „rzadko zalecane” nieletnim. Na przykład w 2022 r. prezes Amerykańskiej Akademii Pediatrii (AAP) stwierdził w artykule opublikowanym w The Wall Street Journal, że „w przypadku zdecydowanej większości dzieci” podejście „afirmujące tożsamość płciową” zaleca „przeciwieństwo” interwencji medycznych[15]. Twierdzenia te nie są poparte danymi.

W 2025 r. badanie JAMA Pediatrics oparte na danych ubezpieczeniowych wykazało, że około 0,1% amerykańskich siedemnastolatków, czyli jeden na 1000, otrzymało HPP w latach 2018–2022. Autorzy doszli do wniosku, że interwencje hormonalne są zatem „rzadkie” i potępilli „upolitycznienie opieki afirmującej tożsamość płciową dla młodzieży trans(...) napędzane narracją, że miliony dzieci stosują hormony i że tego typu opieka jest zbyt łatwo dostępna”[16].

Twierdzenia takie ignorują szereg istotnych faktów. Po pierwsze, żaden poważny krytyk lub sceptyk PTM nie twierdził, że „miliony dzieci stosują hormony”. Po drugie, to, czy częstość występowania wynosząca 1 na 1000 osób jest „rzadka”, jest kwestią subiektywną. Dla porównania, częstość występowania cukrzycy typu 2 wynosi mniej niż 1 na 1000 osób – wskaźnik ten został określony przez władze medyczne jako „wysoki”, a nawet jako „budząca niepokój epidemia”[17]. Po trzecie, nawet interwencje medyczne, które są obiektywnie „rzadkie”, mogą budzić głębokie obawy etyczne. Na przykład „tylko” około 600 spośród milionów afroamerykańskich mężczyzn zostało zrekrutowanych do wysoce nieetycznego badania nad kiłą w Tuskegee.

Centralną kwestią w debacie na temat częstotliwości interwencji medycznych, a co za tym idzie, tego, czy są one „rzadkie”, czy „dobrowolne”, jest właściwy wybór mianownika. Autorzy badania opublikowanego w czasopiśmie „JAMA” obliczyli częstość występowania, przyjmując za mianownik całkowitą populację amerykańskich nastolatków. Jednak w komunikacie prasowym towarzyszącym badaniu jeden z autorów zauważył, że dostęp do hormonów był „zaskakująco niski, biorąc pod uwagę, że ponad 3% młodzieży w wieku licealnym identyfikuje się jako trans” – pośrednio odwołując się do innego mianownika.

Innym mianownikiem, który daje jeszcze wyższą szacowaną częstotliwość, jest liczba nastolatków z rozpoznaniem DP i/lub skierowanych do kliniki gender, gdzie rzekomo przechodzą „ewaluację” w celu ustalenia czy interwencje medyczne są wskazane. Brakuje danych dotyczących odsetka poddanych medykalizacji nastolatków z rozpoznaniem DP i/lub skierowanych do kliniki gender.

Raporty poszczególnych klinik sugerują, że medykalizacja jest raczej normą niż wyjątkiem. Na przykład endokrynolog dziecięcy Daniel Shumer z Comprehensive Gender Services Program (CGSP) przy University of Michigan Health oszacował, że „65 procent” pacjentów pediatrycznych skierowanych do jego kliniki ostatecznie otrzymuje HPP. Według danych zebranych przez Jamie Reed, pracownicę socjalną w Centrum Pediatrycznym dla Osób Transpłciowych przy Szpitalu Dziecięcym im. Waszyngtona w St. Louis, w ciągu czterech lat jej pracy w klinice 67 procent pacjentów otrzymało zalecenie interwencji endokrynologicznej[18]. Wreszcie sama WPATH sugeruje, że interwencje medyczne są odpowiednie dla „większości nastolatków”, którzy o takie interwencje zabiegają. W odpowiedzi na publikację raportu Cass w Wielkiej Brytanii, WPATH wydało oświadczenie krytykujące przegląd jako „oparty na fałszywym założeniu, że niemedyczne alternatywy opieki spowodują mniej dystresu w większości nastolatków(...)”[19]

11.3 Zmiana celów i nowe znaczenie „ewaluacji”

AAP i inne amerykańskie stowarzyszenia medyczne twierdzą, że decyzje medyczne dotyczące tranżycji nieletnich są podejmowane w porozumieniu z rodzicami i dopiero po „dokładnej ocenie diagnostycznej”[20]. Zgodnie z pierwotnym protokołem holenderskim ewaluacja miała na celu przewidzenie trwałej transseksualności, a zahamowanie dojrzewania płciowego było traktowane jako część procesu diagnostycznego (kupowanie „czasu na zastanowienie się”). Natomiast model „afirmujący tożsamość płciową”, który ewoluował w Stanach Zjednoczonych, priorytetowo traktuje autonomię dzieci i nastolatków, pozwalając, aby to ich aktualne „cele ucieleśnienia” kierowały decyzjami dotyczącymi leczenia[21].

Systematyczny przegląd zaleceń dotyczących postępowania w przypadku DP u dzieci i młodzieży wykazał brak „szczegółowych wytycznych” oraz „brak konsensusu co do celu lub podejścia klinicznego”[22] ewaluacji. Zrozumienie realiów opieki klinicznej nad młodzieżą z DP w Stanach Zjednoczonych wymaga docenienia zmiany znaczenia ewaluacji, która odzwierciedla głębszą zmianę celów PTM. Zgodnie z podejściem holenderskim celem było przewidzenie trwałej „transseksualności”. Specjaliści zdrowia psychicznego mieli ustalić, czy diagnoza DP jest właściwa, a jeśli tak, to z jakim prawdopodobieństwem DP utrzyma się w wieku dorosłym. Chociaż zwolennicy tego podejścia ogólnie uważają diagnozę DP za warunek konieczny do podjęcia interwencji medycznej, istnieją znaczne rozbieżności co do tego, czy jest ona wystarczająca.

Niedawno zwolennicy wczesnej interwencji argumentowali, że „dzieci trans wiedzą, kim są”[23], a celem leczenia jest pomoc w osiągnięciu osobistych „celów ucieleśnienia” tych dzieci[24]. Jeśli samoocena nastolatka lub cele ucieleśnienia ulegną później zmianie, nie uznaje się tego za niepowodzenie leczenia, ale za część „podróży gender”[25]. W 2023 r. Jason Rafferty, główny autor oświadczenia AAP z 2018 r. pt. „Zapewnianie kompleksowej opieki i wsparcia dla dzieci i młodzieży trans i różnorodnej genderowo”, wyjaśnił, że PTM polega na „afirmowaniu i walidacji poczucia tożsamości dziecka od samego początku, do końca leczenia”. Jeśli dziecko mówi: „Jestem X”, działamy w oparciu o założenie, że to, co nam mówi, jest prawdą, że poczucie rzeczywistości dziecka i poczucie tego, kim jest, jest punktem odniesienia, który pomaga nam ukierunkować leczenie. Jeśli pacjenci później przechodzą detranżycję, nie oznacza to, że leczenie było niewłaściwe, nawet jeśli skutki interwencji są częściowo lub całkowicie nieodwracalne: „Nie są to porażki terapeutyczne, jeśli jest to afirmacyjne” – powiedział Rafferty[26].

Warto zauważyć, że bardziej ostrożne podejście, które dąży do jasności diagnostycznej i prognostycznej oraz ma na celu poprawę zdrowia psychicznego, nie znalazło potwierdzenia w dowodach naukowych. Żadne badanie nie jest w stanie wiarygodnie przewidzieć naturalnego przebiegu rozwoju tożsamości nastolatka. Brytyjski raport Cass stwierdził, że diagnoza dysforii płciowej „nie pozwala przewidzieć, czy tożsamość trans będzie się u pacjenta utrzymywać długotrwale”[27]. Klinicyści, którzy stosują wcześniejszy model zorientowany na diagnostykę, mogą postrzegać swoje podejście jako bardziej ostrożne w porównaniu z kolegami stosującymi nowszy model „afirmujący”; jednak badania nad wynikami obu podejść zostały ocenione jako niepewne.

Jednym ze wskaźników zmieniającej się definicji „ewaluacji” jest fakt, że czołowi klinicyści zajmujący się tożsamością płciową – którzy do niedawna charakteryzowali PB jako „w pełni odwracalne” i tymczasową „pauzę” mającą dać pacjentom „czas na zastanowienie się” – obecnie uznają, że leki te funkcjonują jako pierwszy krok w szerszym protokole medycznej

tranzycji i muszą być rozważane w połączeniu z hormonami płciowymi. Na przykład w opinii amicus curiae przedłożonej Sądowi Najwyższemu Stanów Zjednoczonych czołowa zwolenniczka PTM, Meredith NcNamara z Yale School of Medicine i współpracownicy krytykują systematyczne przeglądy przeprowadzone przez Uniwersytet w Yorku na zlecenie raportu Cass za to, że nie ujęły PB i HPP jako jednolity „spójny, dobrze zorganizowany standard opieki”. Według McNamara i in., jeśli, jak sugerują badania, „zdecydowana większość nastolatków z dysforią płciową, którzy otrzymują blokery dojrzewania, przechodzi na terapię hormonami płci przeciwnej”; to przejście do HPP nie wynika z tego, że PB zakłócają naturalny proces ustępowania DP, ale są wynikiem tego, „że [nastolatki] są rzeczywiście trans a ich diagnoza dysforii płciowej jest trafna”[28]. To wyjaśnienie obserwowanej wysokiej trwałości DP nie ma poparcia empirycznego ze względu na brak kontrolowanych badań prospektywnych i budzi obawy dotyczące motywowanego rozumowania. Wielu autorów opinii amicus curiae aktywnie zajmuje się praktyką PTM i w związku z tym ma intelektualny i finansowy konflikt interesów[29].

11.3.1 Niejasność SOC-8

Na pierwszy rzut oka może wydawać się, że SOC-8 WPATH zaleca ostrożne podejście do ewaluacji. Przed rozpoczęciem interwencji medycznych pracownicy służby zdrowia zajmujący się zdrowiem psychicznym powinni przeprowadzić „kompleksową ocenę biopsychospołeczną” w celu „zrozumienia mocnych stron, słabości, profilu diagnostycznego i indywidualnych potrzeb nastolatków, aby zindywidualizować ich opiekę”[30]. Jednocześnie jednak WPATH zaleca klinicystom stosowanie diagnozy „inkongruencja płciowa w okresie dojrzewania i w wieku dorosłym” zawartej w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD-11), która w przeciwieństwie do diagnozy „dysforia płciowa” zawartej w DSM-5 wymaga jedynie „wyraźnej i utrzymującej się niezgodności między płcią doświadczaną przez daną osobę a płcią przypisaną jej przy urodzeniu”. Ponieważ SOC-8 definiuje osoby trans w podobny sposób („osoby, których tożsamość płciowa i/lub ekspresja gender nie są zgodne z tym, czego zazwyczaj oczekuje się od płci przypisanej im przy urodzeniu”) i nie wprowadza żadnego znaczącego rozróżnienia między tym znaczeniem terminu „trans” a nonkonformizmem wobec ról płciowych, SOC-8 skutecznie uznaje identyfikację trans jako stan medyczny uzasadniający interwencje medyczne[31].

Powszechnie uznaje się, że istnieje fundamentalna sprzeczność między dążeniem WPATH do traktowania tożsamości trans jako normalnej i zdrowej odmiany rozwoju człowieka a twierdzeniem, że nonkonformizm wobec ról płciowych wymaga „medycznie niezbędnego” leczenia. Sprzeczność ta została wyraźnie uznana w literaturze medycznej popierającej PTM, która powstała w tym samym czasie co przygotowanie i publikacja piątej edycji DSM. Na przykład w 2013 r. Jack Drescher, wybitny klinicysta i zwolennik PTM, zwrócił uwagę na znaczną trudność w pogodzeniu „sprzecznych narracji” dotyczących „zmniejszenia stygmatyzacji (która leży u podstaw wezwania do usunięcia diagnoz dotyczących tożsamości płciowej [z DSM]) oraz utrzymania dostępu do opieki, co wymaga istnienia diagnozy w celu uzyskania niezbędnego leczenia pokrywane przez płatników zewnętrznych[32]”.

W okresie poprzedzającym publikację SOC-8, The New York Times donosił o nieporozumieniach między zwolennikami PTM dotyczących proponowanych zaleceń ewaluacji nastolatków. Jeden z klinicystów powiedział dziennikarzom Timesa, że wymaganie od kandydata do tranzycji medycznej długotrwałego DP od dzieciństwa – kluczowego elementu protokołu holenderskiego – jest „szkodliwe, destrukcyjne, obraźliwe, nieetyczne i niemoralne”. Inny opisał zalecenia dotyczące oceny jako „kompleksową inkwizycję tożsamości płciowej [nastolatka]”. Międzynarodowa Grupa ds. Zdrowia Osób Trans (International Transgender Health Group) skrytykowała projekt rozdziału wytycznych WPATH za „szkodliwe założenie, że niezbędne są

psychoregulacje” oraz „podważanie autonomii pacjenta”. Zapytany czy właściwe jest ocenianie „podstaw, na których dziecko rozwija tożsamość płciową”, lekarz Colt St. Amand, współautor SOC-8, powiedział Timesowi, że „to po prostu cuchnie jakąś starą terapią konwersyjną(...) Ludzie są tym, kim mówią, że są, mogą się rozwijać i zmieniać, i wszyscy są normalni i w porządku”. St. Amand był „mniej zainteresowany pewnością co do tożsamości, a bardziej wysłuchaniem celów ucieleśnienia pacjenta. Czy chcesz mieć głęboki głos? Czy chcesz mieć piersi? Wiesz, czego chcesz dla swojego ciała?”[33]

11.3.2 Porzucenie zasad bezpieczeństwa w SOC-8

Chociaż wytyczne WPATH niekoniecznie zniechęcają do opieki psychiatrycznej, nie wymagają jej również jako warunku wstępnego PTM. Niektórzy autorzy wytycznych sprzeciwiali się nawet minimalnym wymaganiom dotyczącym wsparcia zdrowia psychicznego, argumentując, że takie przepisy są analogiczne do „terapii konwersyjnej”[34]. Jedynym formalnym zaleceniem SOC-8 jest „kompleksowa ocena biopsychospołeczna”, chociaż WPATH podkreśla, że jego wytyczne są „elastyczne”, pozostawiając tym samym pole do znacznych różnic w praktyce klinicznej[35].

Ujawnione w 2024 r. dyskusje między członkami WPATH pokazały, w jakim stopniu praktyka członków tej organizacji nie zawsze jest zgodna z zaleceniami SOC-8. Niektórzy członkowie WPATH szczerze przyznali, że rezygnują nawet z minimalnych ocen psychologicznych i szybko przechodzą do interwencji hormonalnych. Szczera natura tych rozmów sugeruje, że nieprzestrzeganie wytycznych nie jest powodem do wstydu zawodowego i nie jest zjawiskiem odosobnionym[36]. Elastyczność, wbudowana w SOC-8 przyczyniła się do powstania znacznych rozbieżności między teoretycznymi standardami wytycznych a praktyczną rzeczywistością w warunkach klinicznych.

Ponadto elastyczność ta dała głównym promotorom PTM podstawy do argumentowania, że celem ewaluacji nie powinna być diagnoza różnicowa czy „kontrola dostępu” do opieki medycznej, ale tym celem powinno być przede wszystkim informowanie pacjentów i ich opiekunów o charakterze i skutkach interwencji medycznych. W 2020 r. podczas konferencji w Kanadzie jedna z prezentacji prezentowała dane, pokazujące, że spośród badanych pediatrycznych klinik medycyny gender połowa nie wymagała żadnej oceny zdrowia psychicznego przed rozpoczęciem interwencji hormonalnych[37]. Jak stwierdziła niedawno grupa klinicystów:

Kiedy rodzina zgłasza się do ośrodka zdrowia psychicznego z prośbą o wydanie zaświadczenia o biopsychospołecznej ocenie stanu zdrowia w celu zahamowania dojrzewania, pracę rozpoczyna się od wyjaśnienia, w języku dostosowanym do wieku pacjenta, że nie jest to ocena tego, czy „dziecko jest rzeczywiście osobą trans”, czego obawia się wielu pacjentów, ale raczej ocena mająca na celu pomóc pacjentowi zrozumieć zawłość procesu hamowania dojrzewania, tak aby mógł on podjąć najlepszą dla siebie decyzję. Głównym celem jest przekazanie informacji, przy jednoczesnym wskazaniu wszystkich potencjalnych form wsparcia (społecznego, edukacyjnego, medycznego i prawnego) związanych z tożsamością płciową[38].

Jack Turban, główny autor tego oświadczenia i dyrektor programu psychiatrii gender na Uniwersytecie Kalifornijskim w San Francisco, stwierdził, że diagnostyka różnicowa jest bezcelowa, a nawet może być szkodliwa. Kwestionuje on pogląd, że ewaluacja zdrowia psychicznego może zmniejszyć ryzyko późniejszego żalu, twierdząc, że „nie ma danych, aby(...) którekolwiek z tych ocen zmniejszyły prawdopodobieństwo takiego [wyniku]”[39]. Według Turbana dzieci i młodzież „po prostu dowiedzą się, jakich powinny udzielić odpowiedzi, a

następnie powiedzą to, co chcesz usłyszeć. W ten sposób nawiązujesz z pacjentem lub klientem relację opartą na niezgodzie”.

Robert Garofalo z Lurie Children's Hospital w Chicago zgadza się, że ewaluacja w celu określenia przyczyn poczucia wyobcowania dziecka od własnego ciała jest zbędna.

Czasami rodzice przychodzą i mówią: „Chcę się upewnić, że ta młoda osoba, moje dziecko, naprawdę jest trans(...) Czy możesz mi w tym pomóc?”. Wtedy zwracam się do dziecka i pytam: „Więc jaka jest twoja tożsamość płciowa?”. Nie ma żadnego formularza, skali ani baterii testów psychologicznych, które trzeba przeprowadzić. Naprawdę każda młoda osoba może sama odpowiedzieć na to pytanie (...) Rodzice(...) myślą, że u specjalisty przeprowadzona zostanie ewaluacja, aby pomóc określić tożsamość płciową ich dziecka, podczas gdy w rzeczywistości(...) nasza praca polega czasem po prostu na uświadomieniu im, że tożsamość płciowa każdego człowieka(...) jest w zasadzie normalna (...)

Amy Tishelman, była pracownica Gender Multispecialty Service (GeMS) w Boston Children's Hospital, w wywiadzie dla Boston Globe wyraziła niezadowolenie z nowego modelu ewaluacji. „Nigdy nie podobał mi się ten sposób charakteryzowania [PTM]. Uważam, że ocena powinna obejmować coś więcej niż tylko pytanie: ‘Czy pacjent powinien poddać się interwencji medycznej, czy nie?’”[40] Natomiast lekarz A.J. Eckert, były dyrektor medyczny Anchor Health Initiative w Connecticut, oświadczył: „Jeśli jesteś osobą trans, wierzę ci”. Według Eckerta osoby niepełnoletnie „są najlepiej przygotowane do podejmowania decyzji dotyczących [własnego] ciała”. Eckert wyjaśnił ponadto, że chociaż Anchor Health nie zapewnia interwencji medycznej przed okresem dojrzewania, terapia psychologiczna nie jest obowiązkowa, bo „bycie osobą trans nie jest patologią”[41].

11.3.3 Skrócenie czasu oceny

Erozja zasad bezpieczeństwa w praktyce medycznej w amerykańskich klinikach gender jest widoczna w znacznym skróceniu czasu ewaluacji pacjentów w renomowanych placówkach.

11.3.3.1 Szpital Dziecięcy w Bostonie

GeMS w Boston Children's Hospital jest pierwszą w kraju pediatryczną kliniką gender i cieszy się dużym uznaniem na arenie międzynarodowej. Podczas gdy w 2013 r. GeMS przeznaczało co najmniej 20 godzin na ewaluację zdrowia psychicznego każdego pacjenta, z dokumentów sądowych wynika, że do 2021 r. klinika skróciła czas tych ocen do około dwóch godzin na pacjenta[42]. Laura Edwards-Leeper, psycholog-założycielka kliniki, określiła tę zmianę jako „szokującą”. Amy Tishelman, była psycholog kliniki GeMS i twórczyni SOC-8, określiła ją jako „lekkomyślną”[43]. Tishelman zakończyła pracę w klinice w wyniku nieporozumień ze współpracownikami, które doprowadziły do sporu sądowego. Obecny ko-dyrektor Kerry McGregor bronił skrócenia czasu oceny, twierdząc, że dwugodzinne oceny zostały wprowadzone około 2017–2018 r. i były „odpowiednie” biorąc pod uwagę rosnącą liczbę pacjentów[44]. Endokrynolog i dyrektor GeMS Jeremi Carswell zauważył w 2021 r., że leki blokujące dojrzewanie były przepisywane „jak cukierki”[45].

11.3.3.2 Szpital Dziecięcy w Los Angeles

Johanna Olson-Kennedy, dyrektor medyczny Centrum Zdrowia i Rozwoju Młodzieży Trans w Szpitalu Dziecięcym w Los Angeles, przyznała, że zatwierdza niektórych nieletnich pacjentów do interwencji endokrynologicznych po „kilku godzinach” ewaluacji[46]^[47]. W grudniu 2024 r. Olson-Kennedy i zatrudniający ją szpital zostali pozwani przez byłą pacjentkę, której Olson-

Kennedy rzekomo zatwierdziła PB w wieku 12 lat po jednej konsultacji bez udziału specjalisty zdrowia psychicznego. W pozwie zarzuca się ponadto, że Olson-Kennedy poinformowała rodziców pacjentki, że bez interwencji medycznej pacjentce grozi samobójstwo, mimo że pacjentka nie miała historii zachowań lub myśli samobójczych. Następnie pacjentka została poddana terapii testosteronem w wieku 13 lat, w wieku 14 lat przeszła obustronną mastektomię, a w wieku 17 lat zalecono jej histerektomię[48].

11.3.3.3 Szpital Dziecięcy Lurie

Podczas webinarium zorganizowanego przez AMAZE, producenta kursów edukacji seksualnej dla uczniów, Robert Garofalo z Lurie Children's w Chicago wyjaśnił, w jaki sposób jego klinika postępuje z rodzicami, którzy mają wątpliwości co do bezpieczeństwa interwencji medycznych.

Większość młodych ludzi, którzy do nas przychodzą, chce dowiedzieć się, jak szybko mogą zacząć przyjmować hormony i jaki jest najbezpieczniejszy sposób, aby to zrobić(...) 80% młodych ludzi, którzy do nas przychodzą, ma często bardzo aktywistyczne nastawienie i przyprowadza rodziców na wizytę lekarską(...) Przeciwwagą dla tego są rodzice, którzy często przychodzą z pytaniami o to, jak można to zrobić bezpiecznie i czy to naprawdę właściwa decyzja; więc naprawdę trudno jest ułożyć wszystkie elementy układanki, aby zaspokoić potrzeby pacjenta, a jednocześnie przekonać rodziców(...) w taki sposób, aby nadal byli oni odpowiednio poinformowani i czuli się komfortowo z decyzjami, które mają podjąć, bo prawda jest taka, że ci młodzi ludzie potrzebują, aby ich rodzice czuli się z tym dobrze i wspierali swoje dzieci. Dlatego naszym zadaniem jako pediatrów jest zapewnienie, aby cała rodzina w pewien sposób, miejmy nadzieję, w idealnej sytuacji, posuwała się naprzód w sposób, który daje poczucie wsparcia i opieki. Zazwyczaj to młoda osoba przychodzi, dokładnie wiedząc, czego chce, a my staramy się przeprowadzić proces, który zapewni, że zostanie to zrobione bezpiecznie, a obawy rodziców zostaną uspokojone.

Garofalo wyjaśnił następnie, jak rozumie wspólne podejmowanie decyzji:

Jeśli lekarz uważa, że zna odpowiedź [na pytanie, czy interwencja medyczna jest właściwa], to nie jest dobrym lekarzem. Odpowiedź leży w młodym człowieku i jego rodzinie. Twoim zadaniem jako pracownika służby zdrowia jest pomóc pacjentowi na tej ścieżce, znaleźć odpowiedzi i rozwiązania, które będą dla pacjenta autentyczne i zdrowe[49].

11.3.3.4 Szpital Dziecięcy w Seattle

W odpowiedzi na badanie Tordoff i in. (2022) przeprowadzone w Klinice Gender w Seattle Children's Hospital[50] jeden z komentatorów zwrócił uwagę, że grupa kontrolna, która otrzymała wyłącznie psychoterapię, mogła wykazać się stosunkowo gorszym stanem zdrowia psychicznego z powodu błędu selekcji: „pacjenci z współistniejącymi problemami psychicznymi mogli być potencjalnie zniechęceni do podjęcia leczenia do czasu rozwiązania problemów współistniejących”[51]. Główna autorka Diana Tordoff odpowiedziała na ten komentarz, wskazując, że „młodzież, która zgłaszała umiarkowaną lub ciężką depresję, stany lekowe lub myśli samobójcze, nie była pozbawiona dostępu do BP/GAH [leków blokujących dojrzewanie i hormonów afirmujących tożsamość płciową], zwłaszcza że wiadomo, że rozpoczęcie stosowania BP/GAH łagodzi lub zmniejsza te objawy”. [47] Osiemnastolatkom „zapewniono opiekę w oparciu o model świadomej zgody i nie wymagano od nich poddania się ewaluacji stanu zdrowia psychicznego”. Tordoff zauważyła również, że praktyki Seattle Children's były zgodne z (ówczesnym projektem) wytycznymi SOC-8[52].

11.3.3.5 UCSF Benioff

W 2018 r. organizacja Gender Spectrum zorganizowała panel z udziałem Ilany Sherer, pediatry i klinicystki gender, oraz Diane Ehrensaft, psycholog klinicznej z UCSF Benioff i jednej z głównych twórczyń podejścia „afirmującego tożsamość płciową” w Stanach Zjednoczonych. Sherer powiedziała, że widzi „wiele, wiele dzieci”, które „nie mają dysforii [płciowej], naprawdę nie mają problemów ze zdrowiem psychicznym, więc powiedzenie im: „musisz zdobyć zaświadczenie od lekarza zdrowia psychicznego” jest dla mnie trudne”. Jednak, ponieważ do interwencji medycznej wymagane jest zaświadczenie, Sherer wyjaśniła, że „w naszych klinikach zaczęliśmy zapraszać kogoś takiego jak Diane [Ehrensaft](...) która przeprowadza krótką ewaluację, a następnie wyciąga pieczętkę – wiem, że [zwracając się do Ehrensaft] powiedziałaś, że nie używacie pieczętek, ale w moim odczuciu tak to wygląda – i wtedy możemy przejść dalej i powiedzieć: „OK, teraz możemy porozmawiać o tym, po co naprawdę tu przyszedłeś” [53]

11.3.3.6 Planned Parenthood

Specjalistyczne kliniki gender nie są jedynymi instytucjami przepisującymi nastolatkom interwencje hormonalne. Według raportu śledczego opublikowanego w 2024 r. w The Free Press, Planned Parenthood jest „wiodącym dostawcą” hormonów dla młodych ludzi w kraju. Około 40% z ponad 40 000 pacjentów, którym Planned Parenthood przepisało hormony w 2023 r., było w wieku od 18 do 22 lat. Niektóre placówki „za zgodą rodziców oferują hormony od 16 roku życia”. W ostatnich latach kliniki Planned Parenthood przyjęły politykę przyspieszonego dostępu [do tranzycji medycznej] na podstawie „świadomej zgody”. Nicole Chaisson, dyrektor medyczny Planned Parenthood North Central States, powiedziała The Free Press, że „kontrola dostępu nie jest konieczna. Ludzie są ekspertami od własnego ciała i własnej drogi i dopóki mogą podejmować decyzje, powinni być podmiotami odpowiedzialnymi za własną opiekę zdrowotną”. Chaisson stwierdziła, że nastolatki powinny „opuszczać klinikę z receptą” po jednej wizycie [54].

Jamie Reed, była managerka w pediatrycznej klinice gender na Uniwersytecie Waszyngtońskim w St. Louis, wcześniej pracowała w Planned Parenthood. Reed zeznała pod przysięgą, że jej klinika kierowała nieletnich pacjentów do Planned Parenthood, „gdy nie mieliśmy zgody opiekunów prawnych”, bo Planned Parenthood przepisywała „leki dla tych dzieci, nawet jeśli nie spełniały one” kryteriów diagnostycznych. Chociaż Planned Parenthood wymaga zgody dorosłego opiekuna na przepisanie hormonów nieletnim, Reed powiedziała, że Planned Parenthood „nie weryfikuje, kim jest osoba dorosła, która przyprowadza [nieletniego pacjenta] do placówki” [55].

11.4 Sygnał

W publicznych oświadczeniach zwolennicy i praktycy PTM rutynowo sugerują, że ewaluacja funkcjonuje jako forma kontroli dostępu do opieki medycznej, sugerując, że PB, HPP i operacje są oferowane ostrożnie i tylko pacjentom, którzy naprawdę potrzebują takich interwencji. Meredith McNamara argumentowała, że „błędym przekonaniem” jest twierdzenie, że „ujawnienie przez dziecko dysforii płciowej prowadzi do impulsywnych, nieodwracalnych decyzji” [56]. „Decyzje o tym, czy, kiedy i w jaki sposób podjąć interwencje medyczne, są raczej powolne, rygorystyczne i zindywidualizowane” [57]. W swoim zeznaniu przed Florida Boards of Medicine and Osteopathic Medicine w 2022 r. Aron Janssen, zastępca dyrektora klinicznego w Lurie's Pritzker Department of Child and Adolescent Psychiatry, przewodniczący Komitetu ds. Orientacji Seksualnej i Tożsamości Płciowej Amerykańskiej Akademii Psychiatrii Dziecięcej i Młodzieżowej, stwierdził, że leczenie poprzedza „dokładna i kompleksowa ewaluacja zdrowia

psychicznego pacjenta, w tym współwystępujących schorzeń, historii traumatycznych przeżyć, używania substancji psychoaktywnych i wielu innych czynników” [58].

W ostatnich latach jednak sygnaliści z bezpośrednim doświadczeniem pracy w klinice gender, przedstawili przekonujące dowody zaprzeczające tym twierdzeniom. Świadczenia sygnalistów były często odrzucane, ignorowane, marginalizowane lub dyskredytowane przez ich współpracowników. Kilka osób spotkało się również z represjami z powodu ujawnionych informacji.

11.4.1 Laura Edwards-Leeper i Erica Anderson

W 2021 r. Laura Edwards-Leeper, psycholog i założycielka pierwszej pediatrycznej kliniki gender w Stanach Zjednoczonych, oraz Erica Anderson [59], psycholog kliniczny i były prezes Amerykańskiego Stowarzyszenia Profesjonalistów ds. Zdrowia Osób Trans (USPATH), stali się pierwszymi znanymi sygnalistami w Stanach Zjednoczonych. W artykule opublikowanym w The Washington Post Edwards-Leeper i Anderson ostrzegli, że nastolatki są „pospiesznie kierowane” do interwencji medycznych bez wystarczającej ewaluacji psychologicznej lub rozważenia [historii/prezentacji pacjenta]. „Lawina skierowań do placówek zdrowia psychicznego i klinik gender, w połączeniu z klimatem politycznym, w którym leczenie każdego pacjenta jest traktowane jako miernik tolerancji społecznej, skłania wielu świadczeniodawców do niedbalej i niebezpiecznej opieki” – napisali [60].

Po publikacji artykułu w The Washington Post, USPATH starło się nałożyć moratorium na możliwość rozmów Andersona z dziennikarzami, podczas gdy WPATH finalizowało SOC-8. Anderson, w proteście, zrezygnował z członkostwa w organizacji [61].

W wywiadzie dla dziennikarki Abigail Shrier Anderson ostrzegł, że obecne podejście PTM wiąże się z „niechlujną pracą służby zdrowia”, która może skutkować podejmowaniem przez młodych ludzi decyzji, których później będą żałować. Marci Bowers, ginekolog i chirurg, który podobnie jak Anderson identyfikuje się jako trans, podzielił te obawy w tym samym wywiadzie. Bowers zauważył, że chociaż interwencje medyczne początkowo wydawały się obiecujące, w praktyce nie przyniosły lepszych – ani nawet równoważnych – wyników w porównaniu z wcześniejszymi metodami. Bowers wyraził szczególne zaniepokojenie długoterminowymi skutkami tych interwencji dla zdolności rozrodczych, zdrowia seksualnego i zdolności pacjentów do doświadczania intymności [62].

Pomimo krytyki dominującego obecnie podejścia „afirmującego tożsamość płciową”, Anderson i Edwards-Leeper nadal uważają, że przynajmniej niektóre dzieci i młodzież odnoszą korzyści z medycznej tranzycji. Bowers wystosował szczegółowe pismo z przeprosinami do kierownictwa WPATH [63] i pozostał w organizacji, pełniąc funkcję jej prezesa w latach 2022–2024.

11.4.2 Jamie Reed

W 2022 r. Christopher Lewis i Sarah Garwood, ówcześni ko-dyrektorzy Centrum Pediatrii Trans Uniwersytetu Waszyngtońskiego w St. Louis Children's Hospital, zeznali przed Komisją Sądownictwa Izby Reprezentantów stanu Missouri, że „interwencje medyczne są przeprowadzane przy pomocy kompleksowego i multidyscyplinarnego zespołu, który ewaluuje stan zdrowia psychicznego i wymaga zgody obojga rodziców sprawujących opiekę lub opiekunów” [64]. Rozpoczynając od bezpodstawnego stwierdzenia, że PTM „dosłownie ratuje życie” (zob. 4.3.4), Lewis, endokrynolog Centrum, podkreślił, że „w przypadku trans nastolatków w okresie dojrzewania usługi medyczne są rozpoczynane dopiero po spełnieniu surowych

kryteriów kwalifikacyjnych(...) [Obejmują one] specjalistów zdrowia psychicznego, którzy odpowiednio udokumentowali i zbadali różne aspekty tożsamości płciowej i zdrowia psychicznego, kwestie medyczne i psychospołeczne oraz zdolność do zrozumienia swoich decyzji i wyrażenia zgody”[65].

Twierdzenia te zostały później zakwestionowane przez Jamie Reeda, która przez cztery lata pracowała w Centrum jako manager odpowiedzialna za przyjmowanie i nadzór nad pacjentami. W zeznaniu złożonym pod przysięgą Reed stwierdziła, że Lewis na wczesnym etapie stwierdził, że „nie obchodzi go”, czy pacjenci spełniają kryteria dysforii płciowej. Nie było to „wymagane do przepisania hormonów”[66]. Śledztwo przeprowadzone przez The New York Times dostarczyło dodatkowych szczegółów na temat praktyk kliniki i potwierdziło większość aspektów zeznań Reed. Według dziennikarzy śledczych jedna z pacjentek, która następnie dokonała detranzycji, otrzymała receptę na testosteron po jednej wizycie, bez wcześniejszej oceny przez jakiegokolwiek specjalistę zdrowia psychicznego. Kiedy we wrześniu 2022 r. opublikowano WPATH SOC-8, Lewis wysłał SMS-a do Karen Hamon, pielęgniarki Centrum, pisząc: „W tej chwili nie mam pojęcia, jak zrealizować najbardziej rygorystyczne interpretacje SOC”[67].

Według Reed, Centrum zareagowało na pięciokrotny wzrost liczby pacjentów, oferując pracownikom służby zdrowia zajmującym się zdrowiem psychicznym wzór skierowania, które ci pracownicy mieli tylko podpisać, mając nadzieję, że przyspieszy to proces zatwierdzania terapii hormonalnych. „To wymagało tylko kliknięcia kopiuj/wklej” – zeznała Reed pod przysięgą. Reed powiedziała, że kiedy zgłosiła swoje obawy Lewisowi, „nie przejął się tym i zamierzał dystrybuować [wzór skierowania] mimo wszystko”[68].

Zaniepokojeni tym, że Centrum nie śledziło wyników leczenia pacjentów, Reed i Hamon stworzyli „listę czerwonych flag”, prywatny arkusz kalkulacyjny Excel, w którym dokumentowali przypadki pacjentów ze złożonymi zaburzeniami zdrowia psychicznego. Jak donosi Times, lista obejmowała „pacjentkę przyjmującą testosteron, która przestała brać leki na schizofrenię bez konsultacji z lekarzem, oraz innego, który miał halucynacje wzrokowe i węchowe. Inny przebywał na oddziale psychiatrycznym przez pięć miesięcy”[69]. Reed opisał również nastolatkę z „niestabilnej rodziny”, która znajdowała się w „niepewnej sytuacji życiowej i miała historię zażywania narkotyków” i w wieku 16 lat została poddana terapii hormonalnej, a następnie w wieku 18 lat poddano ją obustronnej mastektomii. Trzy miesiące później ta pacjentka żałowała operacji i poinformowała klinikę, mówiąc: „Chcę odzyskać piersi”[70]. Według Timesa pacjentka dwukrotnie kontaktowała się z chirurgiem z Washington University w sprawie pragnienia rekonstrukcji piersi, ale nie otrzymała odpowiedzi[71].

Reed wspomniała również o 17-letniej dziewczynie, której podano testosteron i która zgłosiła „krwawienie z pochwy”. Dziewczynie zalecono stosowanie grubych podpasek, aby wchłonąć krew. „W ciągu niecałej godziny przemoczyła bardzo grubą podpaskę, dzinsy i ręcznik, którym owinęła talię. Pielęgniarka w centrum kazała jej natychmiast udać się na pogotowie”. Centrum „dowiedziało się później, że dziewczyna odbyła stosunek płciowy, a ponieważ testosteron powoduje ścięczenie tkanek pochwy, doszło do rozerwania ścian pochwy. Dziewczyna została poddana operacji pod znieczuleniem ogólnym, aby naprawić uszkodzenia”[72].

Reed poinformowała, że kiedy zgłosiła lekarzom Centrum swoje obawy dotyczące nieodpowiedniej ewaluacji zdrowia psychicznego i nieprzestrzegania zasad bezpieczeństwa, jej zastrzeżenia były wielokrotnie odrzucane, a jej samej doradzono, aby „zaakceptowała sytuację lub odeszła”. Osoby, które wyrażały wątpliwości, często spotykały się z oskarżeniami o

„transfobię”[73]. Podobne zjawisko zastraszania odnotowano w Tavistock's Gender Identity Development Service w Wielkiej Brytanii[74].

Reed, która jest lesbijką, głęboko żałuje swojego zaangażowania w PTM i obecnie stała się czołową orędowniczką ograniczenia praktyk, które uważa za szkodliwe, zwłaszcza dla młodzieży z rozwijającym się pociągami do osób tej samej płci, która jest nadreprezentowana wśród pacjentów[75] [klinik gender]. Centrum zaprzestało świadczenia usług PTM po uchwaleniu ustawy senackiej nr 49 (SB 49) w stanie Missouri[76]. Lewis, endokrynolog Centrum, przyjął pracę w Kolorado, gdzie obecnie praktykuje PTM w Children's Hospital Colorado[77].

11.4.3 Tamara Pietzke

W lutym 2024 r. Tamara Pietzke, licencjonowana opiekunka socjalna i terapeutka w MultiCare Health System w Tacoma w stanie Waszyngton, ujawniła szkodliwe praktyki stosowane w środowisku klinicznym jej ośrodka[78]. Pietzke opisała pacjentów z poważnymi współistniejącymi zaburzeniami zdrowia psychicznego i skomplikowaną historią życia, którzy pomimo tych problemów zostali zakwalifikowani do interwencji hormonalnych.

Jedna z pacjentek, 13-letnia dziewczyna, miała zdiagnozowaną depresję, stany lękowe, zespół stresu pourazowego i napadowe zaburzenia agresji. W dzieciństwie doświadczyła przemocy, zaniedbania i przemocy seksualnej, a według Pietzke „horror i filmy pornograficzne(...) były jedynymi filmami dostępnymi w jej domu”. Ta pacjentka powiedziała również Pietzke, że jej matka praktykowała zoofilię. Podczas sesji terapeutycznych dziewczyna komunikowała się, pokazując Pietzke niezwykle sadystyczne i drastyczne filmy pornograficzne na swoim telefonie komórkowym. Pacjentka miała również zaburzenia ze spektrum autyzmu, co mogło przyczynić się do trudności w komunikacji. Pietzke zauważyła, że dziewczynka „cofała się w rozwoju” poprzez „oglądanie Teletubisiów i ssanie smoczka”[79]. Wobec matki pacjentki, która, obecności tej pacjentki, próbowała skrzywdzić jej siostrę, wydano zakaz zbliżania się. Dziewczynki były wychowywane przez byłego partnera matki.

Oprócz tych oczywistych sygnałów ostrzegawczych Pietzke zauważyła, że jej 13-letnia pacjentka nigdy nie prosiła o testosteron i nie wykazała zrozumienia działania tego hormonu, gdy poruszono ten temat. Niemniej jednak klinika gender w szpitalu dziecięcym Mary Bridge, należącym do MultiCare, zatwierdziła podanie testosteronu nastolatce podczas jej pierwszej wizyty. Klinika poprosiła Pietzke o podpisanie skierowania na terapię testosteronem, w którym miała wykluczyć wszelkie przeciwwskazania związane ze zdrowiem psychicznym pacjentki. Pietzke odmówiła, a sprawa została przekazana zespołowi ds. zarządzania ryzykiem szpitala. Zamiast stanąć po stronie Pietzke, zespół ds. zarządzania ryzykiem przekazał nastolatkę innemu terapeutce. Pietzke napisała do Amber Rolfe, wewnętrznej ekspertki MultiCare ds. „opieki afirmującej tożsamość płciową”, wyjaśniając swoje obawy, a nawet powołując się na sekcje 6.3 i 6.12 rozdziału poświęconego nastolatkom w WPATH SOC-8 na poparcie swojej decyzji.

Rolfe nie zgodziła się z oceną kliniczną Pietzke i cytatami z SOC-8, twierdząc, że nic w historii pacjentki, jej zachowaniu ani współistniejących diagnozach nie stanowi przeciwwskazania do leczenia hormonalnego[80]. „Nie ma ważnych, opartych na dowodach i zweryfikowanych przez ekspertów badań, które wskazywałyby, że dysforia płciowa wynika z czegoś innego niż tożsamość płciowa (w tym traumy, autyzmu, innych zaburzeń zdrowia psychicznego itp.)” – napisała Rolfe do Pietzke[81]. „W swej istocie diagnoza koncentruje się na inkongruencji tożsamości płciowej i płci przypisanej przy urodzeniu”. Rolfe zasugerowała również, aby Pietzke przeanalizowała swoje uprzedzenia i rozważyła przeniesienie klientki „do kogoś, kto czuje się

komfortowo w zapewnianiu opieki afirmującej tożsamość płciową”[82]. Pietzke wkrótce potem zrezygnowała z pracy w MultiCare i upubliczniła swoją historię.

11.4.4 Eithan Haim

Eithan Haim, chirurg związany wcześniej z Texas Children's Hospital (TCH), zdecydował się zostać sygnalistą po odkryciu, że TCH przeprowadzało zabiegi medyczne związane z tranzycją u nieletnich, pomimo ogłoszonej publicznie deklaracji zaprzestania przeprowadzania takich procedur[83]. W 2022 r., w odpowiedzi na opinię prokuratora generalnego stanu Teksas, w której określono PTM jako potencjalnie krzywdzenie dzieci, TCH ogłosiło, że wstrzyma interwencje hormonalne u młodzieży identyfikującej się jako trans[84]. Pomimo tej deklaracji Haim odkrył, że te praktyki wciąż trwają, co jego zdaniem były sprzeczne z publiczną wypowiedzią szpitala; trzy dni po publicznym oświadczeniu 11-letni pacjent otrzymał implant blokujący pokwitanie, a podobne interwencje były kontynuowane przez cały następny rok, obejmując dziesiątki innych pacjentów[85]. W maju 2023 r. Haim anonimowo przekazał dziennikarzowi Christopherowi Rufo pozbawione danych identyfikacyjnych karty szpitalne i powiązane dokumenty, co doprowadziło do publicznego ujawnienia tych informacji. Ujawnione dane sugerowały, że TCH wprowadził opinię publiczną w błąd co do wstrzymania programu PTM[86].

Haim został oskarżony o cztery przestępstwa na podstawie ustawy o ochronie danych pacjentów (HIPAA, Health Insurance Portability and Accountability Act). Prokuratorzy argumentowali, że Haim nie był upoważniony do dostępu do danych pacjentów i że zrobił to z zamiarem wyrządzenia szkody szpitalowi[87]. Zarzuty groziły karą do 10 lat pozbawienia wolności. Haim nie przyznał się do winy, zaprzeczając, że uzyskał dostęp do dokumentacji pacjentów w sposób niewłaściwy, i twierdząc, że ujawnienie informacji było działaniem sygnalisty mającym na celu ochronę dzieci, a nie działaniem mającym na celu wyrządzenie szkód.[88] Zarzuty były niezwykle, ponieważ naruszenia HIPAA są zazwyczaj rozpatrywane w postępowaniu cywilnym, a nie karnym. Decyzja o wniesieniu oskarżenia budziła podejrzenia, że działania rządu federalnego miały charakter odwetowy[89].

Akt oskarżenia Departamentu Sprawiedliwości przeciwko Haimowi musiał być wielokrotnie zmieniany po tym, jak okazało się, że rząd popełnił błąd w ocenie zaangażowania Haima w działalność TCH. Drugi akt oskarżenia musiał zostać ponownie zmieniony, bo Haim został oskarżony o czyny, które nie są przestępstwami zgodnie z prawem. Trzeci akt oskarżenia, pozbawiony większości pierwotnych zarzutów faktycznych, dotyczył nieuprawnionego dostępu do dokumentacji pacjentów z zamiarem wyrządzenia szkody lekarzom i szpitalowi, a nie pacjentom. W styczniu 2025 r., po miesiącach sporów prawnych i rosnącej krytyce opinii publicznej, która uznała postępowanie prokuratury za „wojnę prawną”, prokuratorzy federalni oddalili wszystkie zarzuty wobec Haima, wykluczając możliwość ponownego wniesienia oskarżenia, skutecznie uniewinniając go[90].

W listopadzie 2024 r. prawnicy Haima poinformowali Departament Sprawiedliwości, że główna prokurator w sprawie, Tina Ansari, oraz jej rodzina mają „znaczące powiązania finansowe i polityczne” z Texas Children's Hospital i Baylor College of Medicine, co może stanowić potencjalny konflikt interesów[91]. Wkrótce potem Ansari wycofała się z sprawy[92].

Tłumaczenie: Magda Lewandowska

[1] Barnes (2023).

- [2] WPATH odnosi się do de Vries et al. (2011) i de Vries et al. (2014), omówionych w kilku poprzednich rozdziałach.
- [3] Florida Boards of Medicine and Osteopathic Medicine Joint Rules/Legislative Committee (2022), 47:45– 48:03.
- [4] Coleman et al. (2022).
- [5] Reuters (2022).
- [6] Badanie dotyczące reakcji różnych krajów na protokół holenderski można znaleźć w publikacji Kozłowska i in. (2024).
- [7] de Vries (2020).
- [8] Where does the large increase of children come from? [Skąd bierze się tak duży wzrost liczby dzieci?] (2021)
- [9] Coleman i in. (2022).
- [10] Np. „Kluczowym wyzwaniem w opiece nad nastolatkami trans jest jakość dowodów oceniających skuteczność niezbędnych medycznie i chirurgicznych metod leczenia afirmującego tożsamość płciową” (Coleman i in., 2022).
- [11] Ghorayshi (2022); Sapir (2024).
- [12] Milrod & Karasic (2017); Terhune i in. (2022).
- [13] Ascha i in. (2022); Olson-Kennedy, Warus i in. (2018); Tang i in. (2022)
- [14] Tang i in. (2022).
- [15] Szilagyi (2022).
- [16] Hughes (2025).
- [17] Lawrence i in. (2021); Kingsbury i Greene (2025) oraz cytowane w nich artykuły badawcze.
- [18] Broyles i Trakas (b.d.).
- [19] Block (2024c). Oryginalne oświadczenie zostało później usunięte ze strony internetowej WPATH:404 Not Found | WPATH (b.d.).
- [20] U.S. vs. Skrmetti (nr 23-477), American Academy of Pediatrics oraz dodatkowe krajowe i stanowe organizacje medyczne i zajmujące się zdrowiem psychicznym, Amicus curiae (2023).
- [21] Block (2023).
- [22] Taylor i in. (2024).
- [23] Zob. przypis 34 w rozdziale 2.
- [24] Ashley i in. (2023); Boskey i in. (2025, s. 2); Brennan i in. (2025, s. 5); Mosier-Mills i in. (2024).
- [25] „Klinicyści powinni postrzegać detranzycję jako jeden z wielu możliwych etapów w procesie zmiany tożsamości płciowej pacjenta” (Ashley i in., 2025, s. 7).
- [26] Block (2023d).

- [27] Cass (2024, s. 146).
- [28] U.S. vs. Skremetti (nr 23-477), Eksperci i lekarze, Amicus curiae (2023, str. 16–17).
- [29] Główna autorka, McNamara, przedstawia się w mediach i podczas wystąpień sądowych jako osoba świadcząca usługi PTM nieletnim. Jednak w zeznaniu McNamara ujawniła, że w rzeczywistości nie stosuje PTM u nieletnich z DP. Zob. Sapir (2024b).
- [30] Coleman i in. (2022, rozdział 6).
- [31] Zob. rozdział 13; Akronim „T/GNC” [transgender/gender-nonconforming, z ang, trans i wykazujący nonkonformizm w stosunku do ról płciowych] jest powszechnie stosowany w literaturze popierającej PTM.
- [32] Drescher (2014a).
- [33] Bazelon (2022b).
- [34] Bazelon (2022a).
- [35] Coleman i in. (2022, s. S6).
- [36] Hughes (2024).
- [37] Lawson i in. (2020).
- [38] Turban i in. (2025).
- [39] GenderGP (2021).
- [40] Damiano (2024b).
- [41] Edwards-Leeper & Anderson (2021).; cytat z Eckert można znaleźć tutaj: Eckert (2020).
- [42] Tishelman vs. Bos. Children's Hosp., (Boe vs. Marshall, nr 24-2-17398-6 SEA (2024).
- [43] Ryan (2024).
- [44] Damiano (2024a)
- [45] „X/Twitter Post [Puberty Blockers like Candy]” (2022).
- [46] L.B. vs. Premiera Blue Cross, sprawa nr 23-cv-00953-TSZ (W.D. Wash.), zeznanie Olson-Kennedy, str.
- [47] Skarga, Breen vs. Olson-Kennedy, nr 24STCV32096 (2024).
- [48] Figliolia (2025).
- [49] Tordoff i in. (2022); dalsza dyskusja w sekcji 6.2.2.
- [50] Tordoff i in. (2022) [komentarz internetowy; 7 marca 2022 r.].
- [51] Tordoff i in. (2022) [komentarz internetowy; 13 marca 2022 r.].
- [52] Tordoff i in. (2022) [komentarz internetowy; 13 marca 2022 r.].
- [53] Dr Ilana Sherer, Gender Spectrum Conference: Symposium (2018).
- [54] Block (2024b).

- [55] Noe vs. Parson, nr 23AC-CC04530 (2024, s. 172).
- [56] McNamara (2024).
- [57] Drescher (2014b).
- [58] Florida Boards of Medicine and Osteopathic Medicine Joint Rules/Legislative Committee (2022), a 43:57.
- [59] Eric „Erica” Anderson jest mężczyzną podającym się za kobietę, przyp. tt.
- [60] Edwards-Leeper & Anderson (2021).
- [61] Selin Davis (2022).
- [62] Shrier (2021).
- [63] Boe vs. Marshall, nr 2:22-cv-00184: 700-5 (2024, str. 67–71).
- [64] Zeznania Christophera Lewisa i Sarah Garwood, ko-dyrektorów Centrum Pediatrii Trans Uniwersytetu Waszyngtońskiego Transgender Ctr., przed Komisją Sądownictwa stanu Missouri (2022), 9:14:55.
- [65] Zeznania Christophera Lewisa i Sarah Garwood, ko-dyrektorów Centrum Pediatrii Trans Uniwersytetu Waszyngtońskiego, przed Komisją Sądownictwa stanu Missouri (2022), 9:16:40.
- [66] Noe vs. Parson, nr 23AC-CC04530 (2024, str. 244).
- [67] Ghorayshi (2023).
- [68] Noe vs. Parson, nr 23AC-CC04530 (2024, str. 165).
- [69] Ghorayshi (2023b).
- [70] Reed (2023a).
- [71] Ghorayshi (2023).
- [72] Reed (2023a).
- [73] Reed (2023a).
- [74] Barnes (2023); Cass (2024).
- [75] Reed (2023b).
- [76] Uniwersytet Waszyngtoński (2023).
- [77] Wydział Endokrynologii (b.d.).
- [78] Pietzke (2024).
- [79] Pietzke (2024).
- [80] Sapir (2024a).
- [81] Rolfe (2023).
- [82] Rolfe (2023).

[83] Haim (2024).

[84] Campion (2022).

[85] Haim (2024).

[86] Alder (2025).

[87] Trombly (2024).

[88] Alder (2025).

[89] Trombly (2024).

[90] Komisja Sądownictwa Izby Reprezentantów (Kongres Stanów Zjednoczonych) (2025).

[91] <https://eppc.org/wp-content/uploads/2024/11/2024-11-13-Letter-re-Ansari-Conflict75.pdf>

[92] <https://www.nationalreview.com/bench-memos/terminated-doj-attorney-prosecuting-whistleblower-dreithan-haim-has-been-removed-from-case-over-conflicts-of-interest/>