

The Department of Health and Human Services – HHS

Departament Zdrowia i Opieki Społecznej

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 12

Reakcja stowarzyszeń medycznych

W niniejszym rozdziale przeanalizowano, w jaki sposób, pomimo rosnącej świadomości problemów, 8. wersja Standardów Opieki (SOC-8) nadal wywiera znaczący wpływ na środowisko medyczne. Można to lepiej zrozumieć, analizując kluczową rolę, jaką odgrywają główne stowarzyszenia medyczne i stowarzyszenia zajmujące się zdrowiem psychicznym (SMZZD) w amerykańskim systemie opieki zdrowotnej (sekcja 1). W sekcji 12.22 omówiono powody, dla których SMZZP nie zareagowały odpowiednio na aktualne dowody naukowe ani na poważne obawy etyczne; sekcja 12.3 zawiera podsumowanie wniosków.

12.1 Rola głównych stowarzyszeń medycznych i stowarzyszeń zajmujących się zdrowiem psychicznym

Biorąc pod uwagę zdecentralizowany i rozdrobniony charakter amerykańskiego systemu opieki zdrowotnej, SMZZP odgrywają kluczową rolę w kształtowaniu wytycznych dotyczących praktyki klinicznej, polityki zdrowotnej i praktyk medycznych. Kształcą one klinicystów w zakresie najnowszych badań, opracowują autorytatywne wytyczne dotyczące praktyki klinicznej, publikują recenzowane czasopisma, ułatwiają współpracę interdyscyplinarną i angażują się w profesjonalną działalność rzeczniczą w imieniu swoich członków. Zazwyczaj SMZZP ograniczają pełne członkostwo zawodowe do praktyków aktywnie zaangażowanych w medycynę kliniczną lub dyscypliny związane ze zdrowiem psychicznym i egzekwują kodeksy postępowania zawodowego, zgodnie z którymi członkowie mogą zostać ukarani lub pozbawieni przywilejów w przypadku nieprzestrzegania zasad. SMZZP czerpią swoją władzę w dużej mierze z postrzeganej zgodności z rygorystycznymi standardami zawodowymi i wiedzą naukową.

Jednak pomimo swojego naukowego charakteru, SMZZP nie są odporne na instytucjonalne problemy, w tym myślenie grupowe i nieproporcjonalny wpływ głośnych, wyspecjalizowanych podkomisji. Te wyspecjalizowane grupy mogą cieszyć się szerokim szacunkiem ze strony całej organizacji, zwłaszcza gdy ich inicjatywy są sformułowane w języku praw obywatelskich lub praw człowieka. W rezultacie SMZZP mogą nieumyślnie stać się bańkami informacyjnymi, w których tłumione są głosy sprzeciwu, błędy poznawcze pozostają nieskorygowane, a szacunek zawodowy jest eksploatowany dla celów organizacji. Ta dynamika przejmowania kontroli nad instytucjami nie jest charakterystyczna wyłącznie dla SMZZP: występuje zawsze, gdy poparcie dla określonego punktu widzenia jest skoncentrowane w małej, zmotywowanej podgrupie, podczas gdy przeciwne poglądy są rozproszone, mniej zauważalne i mniej zorganizowane. W wyniku tej dynamiki opinia publiczna może błędnie postrzegać ogół członków poszczególnych SMZZP jako jednomyślnie popierających stanowisko swojego stowarzyszenia zawodowego. Łatwo przeoczyć fakt, że zasadniczo organizacje te działają jako stowarzyszenia branżowe, których głównym zadaniem jest ochrona autonomii i interesów zawodowych swoich członków. Chociaż poszczególni klinicyści są zazwyczaj motywowani altruizmem, nie należy zakładać, że zbiorowe działania organizacji zawsze odzwierciedlają wartości lub intencje poszczególnych członków[1].

Przykłady historyczne pokazują, że pomimo kluczowej roli w ochronie interesów pacjentów, SMZZP czasami opierały się niezbędnym reformom medycznym, nawet w obliczu przekonujących dowodów na pilną potrzebę takich reform. Na przykład Amerykańska Akademia Pediatrii (AAP) opóźniła o dwa lata uchylene wytycznych z 2000 r. odradzających wczesne podawanie orzeszków ziemnych dzieciom po pojawieniu się dowodów łączących tę praktykę ze wzrostem częstości występowania alergii na orzeszki ziemne[2]. Podobnie organizacje zawodowe sprzeciwiały się opartym na dowodach zaleceniom dotyczącym ograniczenia artroskopowych operacji kolana, lobbując przeciwko reformom opieki zdrowotnej, pomimo wyraźnych dowodów na ograniczoną skuteczność tych zabiegów[3]. Kiedy praktyka medyczna zagraża interesom zawodowym lub finansowym ich członków, SMZZP mogą utrudniać wdrożenie zasad medycyny opartej na dowodach naukowych, lub nawet postępować wbrew tym zasadom.

To, jak SMZZP polegały na Światowym Stowarzyszeniu Zawodowym na rzecz Zdrowia Osób Trans (WPATH) ilustrują wytyczne praktyki klinicznej (WPK) Towarzystwa Endokrynologicznego (ES) dotyczące leczenia dysforii płciowej (DP). Jak omówiono w rozdziale 9, ściśle dostosowanie wytycznych tych grup sugeruje brak solidnych, niezależnie opracowanych ram opieki, co może ograniczać krytyczną ocenę i alternatywne perspektywy w tej dziedzinie. Warto zauważyć, że Joshua Safer, który kierował pracami nad aktualizacją wytycznych ES w 2024 r., jest sam ściśle związany z WPATH i jest zagorzałym zwolennikiem pediatrycznej tranzycji medycznej (PTM)[4]. Jego wiodąca rola budzi obawy co do zgodności z normami Narodowej Akademii Medycznej dotyczącymi opracowywania wiarygodnych wytycznych, w szczególności w odniesieniu do zarządzania konfliktem interesów (zob. 10.3.1)[5].

SMZZP niechętnie odnoszą się w sposób przejrzysty do słabych dowodów naukowych leżących u podstaw PTM. Na przykład wytyczne Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (APA) dotyczące psychiatrycznej opieki afirmującej tożsamość płciową (POATP)[6] spotkały się z wewnętrzną krytyką, związaną z ignorowaniem debaty naukowej i zmian podejścia klinicznego, zachodzących na arenie międzynarodowej[7]. Petycja podpisana przez ponad 7000 osób, w tym wielu lekarzy i specjalistów zdrowia psychicznego, wzywała do wycofania lub korekty wytycznych POATP[8], jednak kierownictwo APA nie udzieliło merytorycznej odpowiedzi. Zamiast tego APA potwierdziło swoje zaangażowanie w realizację istniejących zaleceń, nie odnosząc się

do krytycznych uwag[9]. Podobnie Amerykańska Akademia Psychiatrii Dziecięcej i Młodzieżowej (AACAP) odrzuciła wiele propozycji dotyczących ważnych dowodów i odmiennych punktów widzenia, które zostały przedstawione podczas konferencji tej organizacji[10]. AAP również wielokrotnie odmawiała przedstawienia krytycznych opinii podczas organizowanych przez tę organizację sympozjów[11]. Taki wzorzec defensywnej postawy organizacji sprzyja tworzeniu środowiska, w którym klinicyści czują się zmuszeni do autocenzury.

AAP odrzuciło wiele wewnętrznych wniosków o przeprowadzenie systematycznego przeglądu dowodów naukowych uzasadniających tranzycję medyczną u dzieci (PTM)[12]. Chociaż kierownictwo AAP ostatecznie zgodziło się na przeprowadzenie systematycznego przeglądu, jednocześnie potwierdziło dotychczasowe podejście[13] – co eksperci medycyny opartej na dowodach naukowych skrytykowali jako metodologicznie nieuzasadnione i przedwcześnie, ponieważ zakładało to z góry wynik przeglądu systematycznego, który miał bezstronnie ocenić dowody naukowe.[14] Do tej pory nie ma dowodów na to, że AAP rozpoczęło przeprowadzanie przeglądu systematycznego.

Po opublikowaniu w kwietniu 2024 r. raportu Cass, zleconego przez National Health Service (NHS), kilka podmiotów stowarzyszonych z American Psychological Association (APA) zakazało nawet dyskusji na ten temat na swoich profesjonalnych listach mailingowych. Kiedy psycholog z okolic San Francisco opublikował informacje o raporcie Cass na liście mailingowej *Division 39 APA*, moderator listy zablokował ten wpis, powołując się na „List z przeprosinami dla społeczności LGBTQ+” z 2020 r., który zakazuje „wypowiedzi krzywdzących członków społeczności LGBTQ+”[15]. Pennsylvania Psychological Association (PPA), stanowa organizacja stowarzyszona z APA, wysłała do wszystkich swoich członków wiadomość e-mail z informacją, że przegląd Cass „nie jest już mile widziany w dyskusji” na profesjonalnej liście mailingowej tej organizacji. PPA wyjaśniło, że przegląd „nie spełnia” „standardów zawodowych” PPA oraz że członkowie społeczności LGBTQIA+ i ich „sojusznicy” mogą czuć się „atakowani, krzywdzeni i zranieni przez wielokrotne udostępnianie tej publikacji”[16]. Psycholog kliniczny, która określa się jako „liberalna feministka” i która „uczestniczyła w paradach równości”, powiedziała BMJ, że została „upomniana” przez Illinois Psychological Association po opublikowaniu informacji o przeglądzie Cass na liście mailingowej terapeutów[17].

12.2 Czynniki przyczyniające się do ignorowania dowodów naukowych i zaprzestania otwartej debaty

Hilary Cass, była prezes Royal College of Paediatrics and Child Health, która prowadziła kompleksowy przegląd usług pediatrycznej medycyny gender w Wielkiej Brytanii, stwierdziła, że amerykańscy lekarze mają „przestarzałe” podejście do pediatrycznej medycyny gender.[18] Kilka czynników może pomóc wyjaśnić niechęć amerykańskich stowarzyszeń medycznych do pełnego zaangażowania się w zmianę perspektywy dotyczącej dowodów naukowych i etyki w tej dziedzinie praktyki.

Po pierwsze, w leczeniu nietypowych lub złożonych schorzeń lekarze pierwszego kontaktu i klinicyści ogólni często polegają na wiedzy specjalistów, którzy pomagają im w podejmowaniu decyzji klinicznych[19]. Gdy ci pierwsi zajmują również stanowiska kierownicze w organizacjach medycznych i są odpowiedzialni za kształtowanie polityki leczenia młodzieży z DP, często zwracają się do wyspecjalizowanych komisji – takich jak komisje zajmujące się kwestiami LGBT – które uważane są za ekspertów merytorycznych organizacji. Komisje te zazwyczaj składają się z profesjonalistów, których kariera jest ściśle związana ze wspieraniem lub przeprowadzaniem tranzykcji medycznej, co ogranicza ich zdolność do bezstronnej oceny dowodów ze względu na

istotny intelektualny i finansowy konflikt interesów. Podczas gdy poleganie na komisjach specjalistycznych wiąże się z mniejszym ryzykiem w przypadku ugruntowanych specjalizacji, w których od dziesięcioleci prowadzone są intensywne badania[20], pediatria medycyna gender pozostaje nową, wysoce kontrowersyjną dziedziną charakteryzującą się ograniczoną i mało pewną bazą dowodową.

Po drugie, ujęcie PTM jako kwestii praw obywatelskich[21] mogło przyczynić się do przedwczesnego i bezkrytycznego poparcia zarówno na poziomie indywidualnym, jak i instytucjonalnym. Większość pracowników służby zdrowia szeroko popiera prawa obywatelskie[22]. Amerykańskie komisje specjalistyczne często przedstawiają PTM w ujęciu moralnym lub jako formę postępu, co prowadzi wielu specjalistów do odruchowego przyjęcia stanowiska popierającego tę terapię. Biorąc pod uwagę, że identyfikacja trans jest stosunkowo powszechna wśród młodzieży – szacowana na 2–5%, choć dokładne dane pozostają niepewne – wielu klinicystów i decydentów może mieć również osobiste powiązania, takie jak przyjaciele lub bliscy, którzy identyfikują się jako trans. Te osobiste więzi, w połączeniu z autentyczną chęcią okazania współczucia i wsparcia, mogą w zrozumiały sposób utrudniać profesjonalistom krytyczną i obiektywną ocenę bazy dowodowej lub względów etycznych leżących u podstaw PTM.

Po trzecie, zanim słabe dowody i rosnąca międzynarodowa rezygnacja z tej praktyki stały się trudne do zignorowania, kilka głównych amerykańskich stowarzyszeń medycznych aktywnie promowało PTM i potępiało krytyków tej interwencji[23]. W rezultacie niektóre organizacje zareagowały na międzynarodowe zmiany w sposób defensywny, a nie refleksyjny, postrzegając je jako potencjalne zagrożenie dla swojej wiarygodności instytucjonalnej[24]. Jedynym godnym uwagi wyjątkiem od tej reguły wydaje się Amerykańska Akademia Chirurgów Plastycznych, która po opublikowaniu raportu Cass Review publicznie przyjęła bardziej ostrożne stanowisko w sprawie stosowania interwencji chirurgicznych w leczeniu DP u dzieci[25].

Eksperti w dziedzinie pediatrii medycyny gender mają bardzo rozbieżne poglądy na temat najlepszych praktyk[26]. Brak konsensusu wśród specjalistów jest jednak często pomijany, ponieważ głosy sprzeciwu rzadko są uwzględniane w pracach komisji specjalistycznych odpowiedzialnych za opracowywanie protokołów. Badacze zajmujący się detranzycją, wpływem społecznym na zmiany epidemiologiczne DP, wyrażający obawy dotyczące PTM lub opowiadający się za bardziej ostrożnym podejściem do leczenia pediatrii DP często spotykają się z wrogością i brakiem wsparcia ze strony głównych wydawców, stowarzyszeń medycznych i instytucji akademickich[27]. Organizacje opowiadające się za wyższymi standardami dowodowymi, dziennikarze relacjonujący kontrowersje oraz naukowcy piszący o kwestiach związanych z płcią biologiczną i tożsamością płciową również spotykają się z wrogością i próbami publicznej stygmatyzacji[28]. Organizacje aktywistów w znacznym stopniu przyczyniły się do tej dynamiki, często atakując osoby i grupy, które kwestionują lub krytycznie analizują dominujące praktyki w medycynie płciowej[29].

Kiedy stowarzyszenia medyczne aktualizują wytyczne dotyczące leczenia i oświadczenia, eksperci kwestionujący dowody przemawiające za PTM są wykluczani z komisji opracowujących wytyczne[30]. Udokumentowano próby wykluczenia odmiennych poglądów z konferencji i publikacji[31]. Ponadto pojawia się coraz więcej dowodów na autocenzurę wśród klinicystów i badaczy, spowodowaną obawami o konsekwencje zawodowe i ryzyko utraty reputacji[32]. Niektórzy zwolennicy PTM otwarcie popierają stosowanie taktyk uciszania i ataków na reputację:

Celem aktywizmu jest czasem „uciszenie”, jeśli przez to rozumie się zniszczenie wiarygodności profesjonalistów, których aktywiści uważają za niebezpiecznych[33].

Lata szkolenia i status społeczny sprawiają, że pracownicy służby zdrowia są bardzo świadomi ryzyka utraty reputacji i są wrażliwi na tę kwestię. Strach przed atakami w Internecie i ostracyzmem ze strony profesjonalnych stowarzyszeń medycznych mógł przyczynić się do powszechnej autocenzury wśród klinicystów, odzwierciedlając podobne tendencje obserwowane w środowisku akademickim[34]. Dynamika ta jest dodatkowo wzmacniana, gdy PTM jest przedstawiana jako kwestia praw obywatelskich lub jako walka z dyskryminacją i uciskiem. W tym ujęciu krytycy – nawet ci, którzy zgłaszają obawy oparte na dowodach – są określani jako „anty-trans” lub nietolerancyjni przez renomowane, wpływowe źródła[35]. Jak zauważyła Hilary Cass we wstępie do Cass Review,

Niewiele jest innych obszarów opieki zdrowotnej, w których specjaliści tak boją się otwarcie wyrażać swoje poglądy, gdzie ludzie są oczerniani w mediach społecznościowych, a wyzwiska przypominają najgorsze przejawy znęcania się. To musi się skończyć. Polaryzacja i tłumienie debaty nie pomagają młodym ludziom, którzy znaleźli się w samym środku burzliwej dyskusji społecznej, a w dłuższej perspektywie utrudnią również badania niezbędne do znalezienia najlepszego sposobu wsparcia rozwoju tych młodych ludzi[36].

Amerykański system opieki zdrowotnej w dużym stopniu opiera się na stowarzyszeniach medycznych, które tworzą, organizują i rozpowszechniają wiedzę oraz arbitralnie oceniają dialog naukowy za pośrednictwem czasopism i konferencji. Niezależnie od przyczyn leżących u podstaw tego zjawiska, główne stowarzyszenia medyczne przedwcześnie wydały zalecenia oparte na argumentach propagandowych, bez odpowiedniego wsparcia naukowego[37]. Przyczyniło się to do degradacji norm otwartych i konstruktywnej dyskusji – norm niezbędnych dla wiarygodności stowarzyszeń medycznych i ich zdolności do wydawania wiarygodnych, opartych na dowodach wytycznych.

12.3 Wnioski

Znaczący wpływ SMZZP na opinie profesjonalistów, praktykę kliniczną i politykę zdrowotną rozciąga się na cały sektor opieki zdrowotnej. W dziedzinie pediatricznej medycyny gender główna SMZZP dostosowały swoje wytyczne kliniczne i oświadczenia dotyczące protokołów do SOC-8 WPATH. To poleganie na wytycznych WPATH skutecznie przeniosło do SMZZP wiele metodologicznych i etycznych niedociągnięć udokumentowanych w procesie opracowywania wytycznych WPATH. W rezultacie problemy powstałe w WPATH nie pozostały odosobnione, ale rozprzestrzeniły się poprzez wpływowe SMZZP, przyczyniając się do szerszej erozji standardów klinicznych, rygoru naukowego i otwartej dyskusji akademickiej.

Obecnie SMZZP wywierają znaczny wpływ na postrzeganie praktyk medycznych zarówno przez opinię publiczną, jak i środowisko zawodowe poprzez oświadczenia często cytowane w mediach. Kształtują one szersze postawy społeczne wobec medycyny w ogóle, a w szczególności praktyk stosowanych w tej dziedzinie. Domniemana umowa społeczna leżąca u podstaw przywilejów samoregulacyjnych SMZZP opiera się na oczekiwaniu, że organizacje te będą priorytetowo traktować dobro pacjentów i społeczeństwa. Jednak sposób, w jaki SMZZP radzą sobie z kwestiami związanymi z PTM, pokazuje, jak instytucjonalne uprzedzenia, poleganie na wytycznych zewnętrznych grup aktywistycznych oraz wewnętrzna dynamika polityczna mogą podważać skuteczność regulacyjną i wiarygodność naukową tych organizacji.

Tłumaczenie: Magda Lewandowska

[1] Omówienie tego zjawiska i jego konsekwencji dla praktyki medycznej można znaleźć w Patashnik et al. (2017).

[2] Zob. sekcja 1.2.2.

[3] Patashnik i in. (2017, rozdział 2).

[4] Sapir (2024).

[5] Graham i in. (2011, s. 87).

[6] Goetz i in. (2023).

[7] Satel (2024).

[8] List otwarty do Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego (2024).

[9] APA Adopts Groundbreaking Policy (2024).

[10] Sibarium (2023).

[11] Shrier (2021a).

[12] Block (2023b).

[13] Wyckoff (2023). Oświadczenia polityki AAP wygasają automatycznie po 5 latach, chyba że zostaną ponownie przyjęte, zmienione lub uchylone.

[14] Ghorayshi (2023a).

[15] Davis (2023).

[16] Ryan (2024).

[17] Block (2024).

[18] Ghorayshi (2024a).

[19] Tzartzas et al. (2019).

[20] Należy jednak zauważyć, że w odniesieniu do opracowywania wiarygodnych wytycznych dotyczących praktyki klinicznej rola klinicystów mających intelektualny konflikt interesów powinna być minimalna: zob. Graham et al. (2011); McCartney et al. (2022b).

[21] W 2016 r. psycholog Diane Ehrensaft, czołowa zwolenniczka podejścia afirmującego tożsamość płciową, wyraźnie określiła swoją pracę jako „ostateczne stworzenie ruchu na rzecz praw obywatelskich” (Ehrensaft, 2016, s. 355). Niektóre wytyczne medyczne w tej dziedzinie wzywają również klinicystów do konkretnych działań politycznych, np. oświadczenie AAP (Rafferty i in. (2018). Redakcja Washington Post, uznając niezdolność pediatrycznych specjalistów gender w Stanach Zjednoczonych do samoregulacji, wezwała ostatnio do „przeprowadzenia nowych badań o maksymalnej możliwej rygorystyczności, nadzorowanych przez naukowców, którzy **nie są praktykami medycyny gender**” (Washington Post Editorial Board (2024), podkreślenie dodane).

[22] Levine & Abbruzzese (2023).

[23] Szilagyi (b.d.).

[24] Np. Endocrine Society (2024); Hoffman (2024).

[25] American Society of Plastic Surgeons (2024).

[26] Jak stwierdzono w raporcie Cass Review, "klinicyści, którzy spędzili wiele lat pracując w klinikach gender, wyciągnęli z doświadczeń klinicznych bardzo różne wnioski na temat najlepszego sposobu wspierania młodych ludzi, dotkniętych dysforią płciową. Niektórzy uważają, że ci młodzi ludzie [powinni] uzyskać dostęp do ścieżki medycznej na wczesnym etapie. Inni uważają, że medykalizujemy dzieci i młodzież, u których wiele innych trudności przejawia się poprzez dezorientację genderową i zaburzenia związane z tożsamością płciową" (Cass, 2024a, s. 13). Przykłady rozbieżnych opinii klinicznych można znaleźć, porównując dwa artykuły na temat roli ocen zdrowia psychicznego: Levine (2024); Turban i in. (2025). Różnice w podejściu do leczenia opisano również w Levine i in. (2022a) oraz w dwóch kolejnych artykułach: Drescher (2022); Levine i in. (2022b).

[27] Przykłady można znaleźć w: Barnes (2023); Bazelon (2022a); Brown University (2019); Byrne & Gorin (2025); Edwards-Leeper & Anderson (2021); Gecsoyler (2024); Jenkins & Panozzo (2024); Keenan & Lovett (2025); LGBTQIA+ Coalition (2022); Pietzke (2024); Reed (2023a); Schenck (2022); Society for Evidence-Based Gender Medicine (2023d); Turley (2024); Tyni i in. (2024); Weiss (2025).

[28] GLAAD (2023a), (2023b); Hansford (2024); Hooven (2023); Singal (2023a, 2023b); Weale (2025).

[29] Oprócz powyższych przykładów, w niedawnym artykule opisano doświadczenia terapeutów uczestniczących w warsztatach szkoleniowych, podczas których przedstawicielka grupy aktywistów politycznych Southern Poverty Law Center (SPLC) opowiadała o działaniach mających na celu „polowanie” na terapeutów stosujących terapię eksploracyjną, aby zgłaszać skargi prowadzące do odebrania im prawa wykonywania zawodu. Inna terapeutka poinformowała, że została formalnie objęta dochodzeniem przez swoją uczelnię za udostępnienie informacji na temat nowych dowodów z europejskiej pediatricznej medycyny gender, a dochodzenie to pozostaje w jej aktach Jenkins & Panozzo (2024). SPLC zdecydowało się również wykorzystać emocjonalną siłę etykiety „grupy nienawiści” wobec kilku grup, które zaangażowały się w opartą na dowodach ocenę opieki afirmującej tożsamość płciową lub opracowanie alternatywnych podejść.

[30] Marci Bowers [mężczyzna podający się za kobietę, przyp. tł.], prezes WPATH w momencie publikacji wytycznych z 2022 r., przyznał, że „absolutnie” ważne jest, aby przy wyborze członków komisji pod uwagę brały były wyłącznie „zwolennicy” opieki afirmującej tożsamość płciową Boe vs. Marshall, nr 2:22-cv-00184: 564-8 (2024). Ponadto większość członków komisji opracowującej wytyczne miała konflikty interesów, które były źle zarządzane.

[31] Curlin (2024); Kaliebe & Johnson (2024); Kaltiala (2023); Mason (2021); Sapir (2025).

[32] Clark et al. (2024); Pfaus (2023).

[33] Nichols (2008).

[34] Clark i in. (2024); Curlin (2024); Pfaus (2023).

[35] Np. Endocrine Society (2024); Szilagyi (2022).

[36] Cass (2024, s. 13).

[37] Zob. również rozdziały 6–8.