

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 14

Psychoterapia

W niniejszym rozdziale omówiono psychoterapię (terapię rozmową) stosowaną w przypadku dysforii płciowej (DP)[\[1\]](#). Najpierw opisano istotne trendy w całym społeczeństwie oraz w środowisku medycznym, a w szczególności trendy dotyczące zdrowia psychicznego młodzieży (sekcja 14.1) oraz diagnostyki i etykiet społecznych (sekcja 14.2). W sekcji 14.3 omówiono rolę oceny zdrowia psychicznego w opiece nad młodzieżą z DP. W sekcji 14.4 pokrótce opisano ponowne pojawienie się psychoterapii jako podstawowej metody leczenia tej populacji pacjentów w Europie, a w sekcji 14.5 omówiono psychoterapię i jej konkretne zastosowanie w przypadku DP.

14.1 Zdrowie psychiczne młodzieży

Dojrzewanie to biologiczny proces rozwojowy, podczas którego dziecko staje się dojrzałą seksualnie osobą dorosłą[\[2\]](#). Dojrzewanie w znacznym stopniu pokrywa się z okresem dojrzewania, czyli okresem między dzieciństwem a dorosłością[\[3\]](#). W okresie dojrzewania wahania hormonalne mogą wpływać na nastrój i zachowanie[\[4\]](#). Początek dojrzewania często zbiega się z zwiększoną wrażliwością na dynamikę społeczną i na samo-postrzeganie, a także z rosnącą podatnością na stres i stany lękowe. Regulacja emocjonalna może stać się trudna, ponieważ nastolatki zmagają się ze złożonym procesem kształtowania tożsamości i relacji z rówieśnikami. Nasilony jest rozwój poznawczy, umożliwiający głębsze myślenie abstrakcyjne i autorefleksję, co może przyczyniać się do pojawienia się pytań egzystencjalnych i niestabilności emocjonalnej[\[5\]](#). Okres dojrzewania wiąże się również z nauką samodzielnego funkcjonowania, co jest częścią procesu kształtowania tożsamości i indywidualizacji od rodziny/pochodzenia. W trakcie tego procesu często dochodzi do buntu i oporu wobec rodziców i innych opiekunów lub

autorytetów. Nastolatki często mają trudności z długofalowym planowaniem i są bardziej skłonne do podejmowania ryzyka, ponieważ wzrasta ich potrzeba stymulacji i przynależności, ale kora przedczołowa, odpowiedzialna za funkcje wykonawcze, wciąż dojrzewa[6].

14.1.1 Trendy w zakresie zdrowia psychicznego młodzieży

W 2021 r. Amerykańska Akademia Pediatrii (AAP), Amerykańska Akademia Psychiatrii Dziecięcej i Młodzieżowej (AACAP) oraz Stowarzyszenie Szpitali Dziecięcych ogłosiły „stan wyjątkowy dla zdrowia psychicznego dzieci”[7]. W grudniu tego samego roku amerykański chirurg generalny admirał Vivek Murthy wydał zalecenie dotyczące ochrony zdrowia psychicznego młodzieży, w którym zwrócono uwagę na rosnącą liczbę przypadków depresji, lęku, braku nadziei i samookaleczeń wśród młodzieży – tendencje, które pogłębiły się podczas pandemii COVID-19. Komisja ds. zdrowia psychicznego młodzieży czasopisma „The Lancet Psychiatry” odnotowała podobną tendencję na całym świecie[8].

W Stanach Zjednoczonych od 2010 r. obserwuje się znaczny wzrost zachorowań na choroby psychiczne wśród nastolatków i młodych dorosłych[9]. Dane wskazują na gwałtowny wzrost liczby zdiagnozowanych przypadków depresji i lęku; niektóre badania wskazują, że wskaźniki te wzrosły ponad dwukrotnie[10]. Odnotowano również wzrost liczby przypadków myśli i zachowań samobójczych oraz samookaleczeń[11], wizyt na pogotowiu i hospitalizacji z powodu samookaleczeń[12], a także zgonów w wyniku samobójstwa[13]. Dzisiejsza młodzież doświadcza słabszych więzi społecznych i większego poczucia samotności. Od 2010 r. nastolatki mają mniej osobistych kontaktów i społecznych interakcji z rówieśnikami w porównaniu z poprzednimi pokoleniami[14]. Pogorszenie stanu zdrowia psychicznego młodzieży nie ma jednego prostego wyjaśnienia. Badacze i teoretycy zidentyfikowali kilka potencjalnych czynników, w tym nadopiekuńcze rodzicielstwo[15], ograniczenie swobodnej zabawy[16], oraz wszechobecność smartfonów i mediów społecznościowych[17]. W 2023 r. chirurg generalny opublikował zalecenie dotyczące mediów społecznościowych i zdrowia psychicznego młodzieży, w którym zwrócił uwagę na potencjalne zagrożenia związane z korzystaniem z mediów społecznościowych przez dzieci i młodzież[18].

14.2 Diagnozy i etykiety społeczne

Wzrost liczby zgłaszanych problemów zdrowia psychicznego można częściowo przypisać nadrozpoznawalności. Niektórzy twierdzą, że wzrost liczby kampanii uświadamiających zagadnienia zdrowia psychicznego, mających na celu zmniejszenie stygmatyzacji i zwiększenie zrozumienia, mógł spowodować, że niektórzy młodzi ludzie zaczęli interpretować normalne zachowania i typowe wyzwania rozwojowe jako zaburzenia zdrowia psychicznego[19]. Diagnoza zaburzeń zdrowia psychicznego może wpływać na to, jak młodzi ludzie postrzegają samych siebie, wpływać na ich wiarę w możliwość zmiany i kształtować sposób, w jaki postrzegają ich inni. Sam akt klasyfikacji schorzeń psychiatrycznych zmienia zachowanie pacjentów i klinicystów. Chociaż etykiety diagnostyczne są ważne dla badań naukowych, gdzie kategoryzowanie ludzi lub doświadczeń jest często konieczne, mogą one nadmiernie upraszczać bogactwo i złożoność ludzkich doświadczeń na rzecz znormalizowanego języka klinicznego. W pewnym stopniu wykwalifikowani klinicyści mogą zrekompensować ten redukcjonizm[20], ale nie mogą zapobiec przedostawaniu się etykiet diagnostycznych poza kliniki i wykorzystywaniu ich w niezamierzony sposób w szerszej kulturze[21].

Nadrozpoznawalność może prowadzić do nadmiernego leczenia; niepotrzebne badania, zabiegi lub interwencje medyczne mogą wyrządzić więcej szkody niż pożytku. Złagodzenie kryteriów diagnostycznych danego schorzenia prawdopodobnie nasili zjawisko nadrozpoznawalności i

ryzyko szkód jatrogennych, dlatego definicje powinny być formułowane w sposób odpowiedzialny:

... wszelkie zmiany [w diagnozach] powinny być wprowadzane w sposób systematyczny i przejrzysty, z wyraźnym określeniem korzyści i szkód, zwłaszcza gdy prowadzą one do wzrostu częstości występowania choroby, a rozszerzenie definicji powinno wymagać dowodów korzyści klinicznych[22].

Chociaż termin „tożsamość płciowa” był używany w latach 60[23], nie pojawił się w Diagnostycznym i statystycznym podręczniku zaburzeń psychicznych aż do 1980 r. (wydanie trzecie, DSM-III). „Zaburzenia tożsamości płciowej” były podkategorią „zaburzeń psychoseksualnych”, podzieloną dalej na „transseksualizm” (u starszych nastolatków i dorosłych) oraz „zaburzenia tożsamości płciowej w dzieciństwie”[24]. W DSM-IV, opublikowanym w 1994 r.[25], „transseksualizm” zniknął, a „zaburzenia tożsamości płciowej” (GID, [z ang. gender identity disorder, przyp. tł.]), obejmujące zarówno dorosłych, jak i dzieci, pojawiły się w kategorii „zaburzenia tożsamości seksualnej i płciowej”. W DSM-5, opublikowanym w 2013 r.[26], „zaburzenia tożsamości płciowej” zastąpiono „dysforią płciową” i wyodrębniono ją jako odrębną kategorię. Ta ostatnia zmiana „skupiła diagnozę na dystresie związanym z tożsamością płciową, którego doświadczają niektóre osoby trans (i z powodu, którego mogą szukać pomocy psychiatrycznej, medycznej i chirurgicznej), a nie na samych osobach trans lub tożsamościach trans”[27].

Celem ewolucji językowej DSM – od „transseksualizmu” przez „GID” do „DP” – było zmniejszenie stygmatyzacji. Równoległa ewolucja językowa w całym społeczeństwie spowodowała coraz powszechniejsze stosowanie takich etykiet jak „niebinarny”, „genderqueer”, „queer”, „gender-fluid”, „two-spirit” i „trans”[28]. Osoby identyfikujące się z tymi etykietami – w przeciwieństwie do historycznych lub współczesnych „transseksualistów”[29] – nie są grupą pacjentów w żadnym znaczeniu tego określenia. „Trans”, „niebinarny” i podobne słowa nie są terminami medycznymi: odnoszą się do zróżnicowanej grupy osób, z których wiele nie odczuwa dysforii ani nie pragnie żadnych interwencji medycznych lub chirurgicznych. Jeśli istnieje jakieś wspólne doświadczenie, to jest to „inkongruencja” między „doświadczaną tożsamością płciową” lub „tożsamością płciową” a „przypisaną płcią”. Jak wyjaśnia zrewidowana wersja DSM-5 z 2022 r., „nie wszyscy doświadczają dystresu z powodu inkongruencji”[30].

Jak omówiono w rozdziale 4, wpływy społeczne prawdopodobnie przyczyniły się do dramatycznego wzrostu liczby nastolatków zgłaszających się do klinik pediatrycznej medycyny gender (PMG) w ciągu ostatniej dekady.[31] Potrzebę przynależności i akceptacji nastolatków[32] mogą zaspokoić społeczności internetowe i przestrzenie skupione wokół tożsamości. Coraz częstsze stosowanie etykiet tożsamościowych, takich jak „trans” i „niebinarny”, wśród nastolatków jest ważnym tematem badań nauk społecznych. W obecnym środowisku opieki zdrowotnej w Stanach Zjednoczonych tego rodzaju samookreślanie zwiększa prawdopodobieństwo, że młoda osoba zwróci się o pomoc do kliniki gender, gdzie już podczas pierwszej wizyty może zostać zalecona tranzycja medyczna (zob. rozdział 12)[33].

14.3 Kontrowersje dotyczące ewaluacji i roli psychoterapeuty

W holenderskich badaniach, które stanowią podstawę współczesnego podejścia do pediatrycznej tranzycji medycznej (PTM), psychoterapeuta odgrywał istotną rolę. Pierwotne holenderskie podejście obejmowało intensywny proces ewaluacji[34]. Nastolatki, które rozpoczęły tranzycję medyczną, były zgodnie z protokołem zobowiązane do dalszego regularnego korzystania z opieki psychiatrycznej[35].

Omawiając współczesne zastosowania PTM w Stanach Zjednoczonych, świadczeniodawcy często opisują podobne podejście: multidyscyplinarne, powolne, ostrożne i metodyczne[36]. Dla świadczeniodawców termin „multidyscyplinarne” może kojarzyć się z długimi, intensywnymi obradami, które odbywają się na „komisjach onkologicznych”[37] lub podczas oceny przeszczepów narządów. W oddziałach psychiatrycznych preferowane jest podejście wielodyscyplinarne, angażujące na przykład personel pielęgniarstwa, psychologów, terapeutów zajęciowych i pracowników socjalnych[38].

Jednak w PMG zespoły multidyscyplinarne (ZMD) często nie funkcjonują zgodnie z opisanym powyżej modelem współpracy. Bardziej przypominają one typową sytuację w służbie zdrowia, w której pacjent przed zabiegiem ortopedycznym zgłasza się do kardiologa w celu uzyskania zgody na zabieg. W niektórych modelach pracownik służby zdrowia zajmujący się zdrowiem psychicznym (MHP, [z ang. mental health professional, przyp. tł.]), który przyjmuje małoletniego z DP, sporządza notatkę lub po prostu wypełnia wcześniej przygotowany formularz, który następnie przekazuje endokrynologowi, który przepisuje leki, lub chirurgowi, który przeprowadza operację[39]. Ponadto wszystkie osoby wchodzące w skład ZMD mogą stosować model opieki PTM, który priorytetowo traktuje interwencje endokrynologiczne i chirurgiczne u pacjentów, którzy pragną tych interwencji[40]. Różni się to od tradycyjnych zespołów ZMD, w których różne specjalizacje podchodzą do rozwiązywania problemów z różnych perspektyw, zwiększając dokładność diagnozy i identyfikacji skutecznych metod leczenia[41].

Model ZMD w kontekście PTM spowodował znaczną niepewność co do tego, czy ostateczna odpowiedzialność za decyzję spoczywa na MHP, czy na lekarzu przeprowadzającym interwencje medyczne (i/lub chirurgiczne). Mogło to spowodować „rozproszenie odpowiedzialności”, czyli zjawisko, w którym „pacjenci mogą osiągać gorsze wyniki w sytuacji wspólnej odpowiedzialności”[42]. W odniesieniu do brytyjskiej służby zdrowia (NHS) w tymczasowym raporcie Cass wyjaśniono, że pediatra endokrynolog, jako lekarz przeprowadzający interwencję, powinien być odpowiedzialny za ewaluację pacjenta i sformułowanie pełnej diagnozy różnicowej. Innymi słowy, zgodnie z raportem tymczasowym, otrzymanie skierowania od terapeuty nie powinno być wystarczające do zalecenia interwencji hormonalnej[43].

W Stanach Zjednoczonych nie ma jasności co do tego, którzy specjaliści ZMD ponoszą ostateczną odpowiedzialność za interwencje medyczne. Endokrynolodzy i chirurdzy mogą uważać, że medyczna konieczność jakiegokolwiek interwencji została ustalona przez MHP, który postawił diagnozę[44]. To, czy „skierowanie od terapeuty” na podanie hormonów lub przeprowadzenie operacji przez MHP stanowi formalne wskazanie do leczenia, zostanie prawdopodobnie ustalone w toczących się postępowaniach sądowych wszczętych przez młodych ludzi przeciwko klinicyście, którzy ich leczą. W praktyce skierowania od MHP mogą służyć przede wszystkim ukojeniu dylematów etycznych lekarzy[45].

Niektórzy najbardziej znani zwolennicy PTM twierdzą, że dzieci i młodzież nie powinny być poddawane żadnej ewaluacji zdrowia psychicznego przed rozpoczęciem interwencji hormonalnych lub operacji[46]. Jako główny badacz finansowanych przez NIH badań nad PTM, Johanna Olson-Kennedy, amerykańska pediatra i prezes-elekt amerykańskiego Stowarzyszenia Pediatrii Trans (USPATH), porównała rozpoczęcie PTM do leczenia cukrzycy, twierdząc: „Nie wysyłam nikogo do terapeuty, kiedy zamierzam rozpocząć podawanie insuliny”[47].

14.4 Psychoterapia w leczeniu DP: powrót do niej w Europie

Trzy kraje europejskie – Szwecja, Finlandia i Anglia – przeprowadziły niezależne systematyczne przeglądy dowodów naukowych na zlecenie publicznych instytucji regulacyjnych[48]. Wszystkie

trzy stwierdziły, że ryzyko medykalizacji może przewyższać korzyści dla dzieci i młodzieży z DP na poziomie populacji, a następnie znacznie ograniczyły dostęp do medycznych interwencji związanych z tranżycją płciową dla nieletnich[49]. Wszystkie trzy kraje sugerują obecnie tradycyjne podejście do zdrowia psychicznego i podjęły wysiłki w celu zniesienia wyjątkowego statusu DP. Psychoterapia jest obecnie zalecaną metodą leczenia pierwszego rzutu, podobnie jak w przypadku wszystkich zaburzeń psychicznych, w oparciu o konwencję „konserwatywnego postępowania”[50].

Według brytyjskiej służby zdrowia (NHS):

Pierwszą linią leczenia dysforii płciowej jest wsparcie psychospołeczne oraz w razie potrzeby, psychoterapia i leczenie ewentualnych współwystępujących zaburzeń psychicznych[51].

Według fińskiej Rady ds. Wyboru Opieki Zdrowotnej (COHERE):

Pierwszą interwencją w przypadku dzieci i młodzieży (...) jest wsparcie psychospołeczne (w tym psychoedukacja) oraz wsparcie i interwencja psychologiczna; głównym celem jest złagodzenie dystresu związanego z dysforią płciową oraz promowanie ogólnego funkcjonowania i dobrostanu pacjenta[52].

Zgodnie ze szwedzkimi wytycznymi:

Opieka psychospołeczna nad młodymi ludźmi z dysforią płciową musi być dostosowana do potrzeb poszczególnych nastolatków. Pierwszą opcją przy wyborze środków opieki powinno być wsparcie psychospołeczne, które pomaga nastolatkom radzić sobie z dojrzewaniem bez stosowania leków. Osobom cierpiącym na problemy zdrowia psychicznego należy zaoferować środki takie jak wsparcie psychologiczne, psychoterapia, leczenie psychiatryczne dzieci i młodzieży oraz profilaktyka samobójstw, dostosowane do charakteru i nasilenia problemów zdrowia psychicznego oraz ogólnej sytuacji pacjenta[53].

14.5 Psychoterapia i jej zastosowanie w dysforii płciowej

Psychoterapia jest najmniej inwazyjną metodą interwencji w przypadku zaburzeń psychicznych, niezależnie od ich etiologii i została uznana za międzynarodowy standard opieki w przypadku szerokiego zakresu diagnoz dotyczących zdrowia psychicznego. Jednak dowody na skuteczność psychoterapii w przypadku DP są bardzo niepewne. Jak zauważono w rozdziale 5, istnieje wiele przyczyn braku danych, a „nie podjęto systematycznych rozważań na temat tego, w jaki sposób należy stosować interwencje psychospołeczne ani badań nad ich skutecznością”[54].

14.5.1 Psychoterapia w zaburzeniach często współwystępujących z dysforią płciową

Etiologia DP u młodzieży pozostaje niedostatecznie zbadana. Jednak pacjenci zgłaszający się obecnie do klinik PMG cierpią na szereg zaburzeń neurorozwojowych i zaburzeń zdrowia psychicznego, w tym współwystępującą depresję, lęki, zaburzenia odżywiania, samookaleczanie i skłonności samobójcze[55]. Niektóre badania sugerują, że w ponad 70% przypadków przed rozwojem DP pacjent otrzymał inne diagnozy psychiatryczne[56]. Etiologiczny związek między DP a wysokim odsetkiem współwystępujących zaburzeń zdrowia psychicznego w tej populacji nie jest jasny[57]. Jak wyjaśnia psycholog Kenneth Zucker,

możliwe jest, że dysforia płciowa pojawia się jako wtórna w stosunku do innej, bardziej „pierwotnej” diagnozy zdrowia psychicznego, takiej jak zaburzenia ze spektrum autyzmu lub zaburzenia osobowości typu borderline, lub w wyniku poważnej traumy (np. molestowania seksualnego). Innym wyjaśnieniem jest to, że dysforia płciowa ze swojej natury wywołuje

dystres, tj. wyraźna inkongruencja między odczuwaną tożsamością płciową a płcią somatyczną – nawet w środowiskach psychospołecznych, które są w dużej mierze „afirmujące/wspierające” – co prowadzi do klinicznie istotnych objawów, takich jak lęk lub depresja[58].

Niezależnie od etiologii, psychoterapia jako skuteczna interwencja w przypadku depresji, najczęstszego zaburzenia nastroju, została dokładnie zbadana i poparta wysokiej jakości dowodami. Na przykład terapia poznawczo-behawioralna (CBT, [z ang. cognitive-behavioural therapy, przyp. tł.], terapia (często) ustandaryzowana, która pomaga pacjentom rozpoznać wzajemne relacje między myślami, uczuciami, fizjologią i zachowaniami, ma potwierdzone korzyści w różnych grupach wiekowych[59]. Psychoterapia psychodynamiczna (PDT, [z ang. psychodynamic psychotherapy, przyp. tł.]) koncentruje się na interakcjach relacyjnych, roli formacyjnych wydarzeń życiowych i procesach nieświadomych, mając na celu ułatwienie ekspresji emocjonalnej i skuteczności interpersonalnej[60]. Badania wskazują, że PDT jest skuteczna u dorosłych z depresją, a istnieją również dowody na jej skuteczność w przypadku młodszych populacji[61]. Innym podejściem do depresji u nastolatków, którego skuteczność została potwierdzona, jest terapia rodzinna (FBT, [z ang. family-based therapy, przyp. tł.])[62].

Zaburzenia lękowe są również bardzo powszechne u dzieci i młodzieży. Wytyczne kliniczne AACAP zdecydowanie zalecają, aby dzieciom i młodzieży (w wieku 6–18 lat) oferowano CBT w celu leczenia lęku społecznego, lęku uogólnionego, lęku separacyjnego, fobii specyficznych lub zaburzeń panicznych[63]. PDT jest mniej zbadana w przypadku stanów lękowych, ale może być również skuteczna[64].

W przypadku skłonności samobójczych i samookaleczeń u nastolatków dowody wskazują, że skuteczna[65] jest dialektyczna terapia behawioralna (DBT, [z ang. dialectical behavioral therapy, przyp. tł.]), która łączy CBT z uważnością i trening umiejętności interpersonalnych[66]. Wytyczne opublikowane przez Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA, [Urząd ds. Nadużywania Substancji Odurzających i Zdrowia Psychicznego, przyp. tł.]) w 2020 r. wykazały dobrej jakości dowody na to, że DBT wiąże się ze zmniejszeniem skłonności samobójczych (myśli samobójcze, samookaleczenia bez intencji samobójczych i próby samobójcze)[67]. Inna poparta dowodami interwencja, terapia rodzinna oparta na przywiązaniu, wspiera nastolatków i rodziców w odbudowywaniu zaufania i poczucia bezpieczeństwa w relacjach, stopniowo zmniejszając ryzyko samookaleczeń i samobójstw[68].

Zaburzenia odżywiania często współwystępują z DP[69]. CBT wykazała pewną skuteczność w leczeniu zaburzeń odżywiania u dorosłych[70], a CBT, DBT oraz leczenie rodzinne lub terapia rodzinna w leczeniu zaburzeń odżywiania (FT-ED, [z ang. family-based treatment in eating disorders, przyp. tł.]) wykazały skuteczność u nastolatków[71]. Takie podejścia początkowo koncentrują się na problemie, pomagając rodzicom i opiekunom skuteczniej wspierać swoje dzieci, a kwestie związane z rozwojem tożsamości są rozwiązywane w miarę poprawy stanu pacjenta. Te rodzinne metody leczenia są uważane za interwencje pierwszego rzutu w leczeniu zaburzeń odżywiania u nastolatków, zwłaszcza anoreksji i bulimii.

Niezadowolenie z wyglądu ciała, które często występuje w okresie dojrzewania, leczy się za pomocą specjalnych protokołów opartych na dowodach naukowych. W przypadku cielesnych zaburzeń dysmorficznych brytyjski Narodowy Instytut Zdrowia i Doskonałości Klinicznej (NICE) zaleca połączenie CBT i selektywnych inhibitorów wychwyty zwrotnego serotoniny (SSRI). Zaleca również, aby rodzice i opiekunowie aktywnie uczestniczyli w procesie leczenia[72].

Omawiając szerszą kwestię wysokiej częstości występowania DP u pacjentów z zaburzeniami odżywiania, cielesnymi zaburzeniami dysmorficznymi i funkcjonalnymi zachowaniami

podobnymi do tików, w raporcie Cass zauważono, że „niepokojące objawy występujące w tych zaburzeniach „ciała i umysłu” są rzeczywiste i podobnie jak ból lub dyskomfort wynikający z innych przyczyn, można je leczyć i łagodzić za pomocą interwencji psychologicznych. Bardzo ważne jest, aby młodzi ludzie kwestionujący swoją tożsamość płciową mieli dostęp do tych opartych na dowodach naukowych metod leczenia”[73]. W raporcie Cass zauważono również, że

Niektóre terapie, które sprawdziły się w leczeniu powiązanych problemów zdrowia psychicznego, mają już solidne podstawy naukowe. W przypadkach, gdy jasne jest, że dzieci/młodzi ludzie mają takie problemy, powinni oni otrzymać odpowiednią terapię, tak samo jak każda inna młoda osoba[74].

14.5.2 Psychoterapia dysforii płciowej

Przegląd systematycznych przeglądów (rozdział 5 i załącznik 4) wykazał brak dowodów na skuteczność interwencji psychoterapeutycznych u młodzieży z DP. Jak podsumowano w raporcie Cass, brakuje dowodów na skuteczność alternatywnych metod leczenia zaburzeń związanych z tożsamością płciową i trudno jest uzyskać informacje na temat rutynowej praktyki klinicznej lub ścieżek opieki nad dziećmi i młodzieżą, którym nie zalecono interwencji medycznych. Należy opracować jasną ścieżkę kliniczną dla interwencji niemedycznych, a także strategię badawczą służącą ocenie ich skuteczności[75].

Chociaż kilka badań sugeruje, że psychoterapia w przypadku DP może skutecznie rozwiązać ten problem w sposób nieinwazyjny[76], jakość dowodów jest bardzo niska[77]. Jednocześnie w przeglądzie zidentyfikowano dwa przeglądy systematyczne uznane za wiarygodne (tj. o niskim ryzyku błędu systematycznego) i zauważono, że „żaden z przeglądów systematycznych nie sugerował, że psychoterapia powoduje szkody”. W jednym z przeglądów systematycznych stwierdzono:

Większość analiz dotyczących zdrowia psychicznego, wyników psychologicznych i/lub psychospołecznych wykazała korzyści lub brak zmian, a żadna nie wskazała na negatywne/niepożądane skutki zastosowanych interwencji[78].

Chociaż nie ma wiarygodnych dowodów sugerujących, że psychoterapia w przypadku DP jest szkodliwa, niektórzy zwolennicy PTM twierdzą, że jest to forma „terapii konwersyjnej”. Zarzut ten został omówiony w następnej sekcji; w ostatniej sekcji przedstawiono psychoterapeutyczne podejścia do DP.

14.5.2.1 Zarzut „terapii konwersyjnej”

Chociaż psychoterapia GD jest opisywana przez jej praktyków jako „neutralna” i „bezsronna”[79], niektórzy zwolennicy PTM utrzymują, że takie „eksploracyjne” podejście jest równoznaczne z praktykami konwersyjnymi[80].

„Terapia konwersyjna” – czasami nazywana „terapią reparatywną” – pierwotnie odnosiła się do wysiłków zmierzających do zmiany orientacji seksualnej osób homoseksualnych. W 1973 roku homoseksualizm został oficjalnie wyłączony z listy zaburzeń psychicznych przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (American Psychiatric Association, APA) poprzez usunięcie go z klasyfikacji zaburzeń psychicznych (z DSM)[81]. Podczas gdy zwolennicy PTM określają eksploracyjne podejście psychoterapeutyczne do GD jako formę „terapii konwersyjnej”, inni twierdzą, że PTM sama w sobie zasługuje na to określenie. Ta ostatnia grupa twierdzi, że zmiana ciała pacjenta w odpowiedzi na dystres wynikający z internalizacji społecznej dezaprobaty nie

jest bardziej właściwa niż próba zmiany orientacji seksualnej z podobnych powodów[82]. Publiczne i akademickie debaty na temat tego, co stanowi „konwersję” w kontekście młodzieży z DP, zostały utrudnione przez upolitycznienie tej kwestii[83].

Krytycy psychoterapii eksploracyjnej w przypadku DP twierdzą, że terapeuci próbują „promować tożsamość płciową zgodną z płcią przypisaną danej osobie w chwili urodzenia”[84]^[85]. Mniej teoretycznym opisem byłoby stwierdzenie, że niektórzy terapeuci próbują pomóc dzieciom i nastolatkom pogodzić się z własnym ciałem[86]. Dyskomfort związany z płcią ciała lub społecznymi oczekiwaniami dotyczącymi płci jest powszechny w okresie dojrzewania. Z tego i innych powodów charakteryzowanie jako „terapię konwersyjną” wszelkich podejść skupionych na zmniejszeniu cielesnego dyskomfortu nieletnich lub dyskomfortu związanego z rolą społeczną jest problematycznym i potencjalnie szkodliwym zabiegiem retorycznym[87]. Istnieją dowody na to, że perspektywa bycia określonym jako „terapeuta konwersyjny” – co jest krzywdzącym oskarżeniem, biorąc pod uwagę historię złego traktowania osób homoseksualnych przez tę profesję – wywołało atmosferę niepokoju wśród specjalistów zdrowia psychicznego. Terapeuci obawiają się, że brak afirmacji lub niezalecenie interwencji medycznej młodzieży spełniającej kryteria kwalifikacyjne Światowego Stowarzyszenia Zawodowego na rzecz Zdrowia Osób Trans (WPATH) może zagrozić ich własnej karierze i reputacji[88].

Ponadto równanie „terapii eksploracyjnej” z „terapią konwersyjną” jest błędne z dwóch kluczowych powodów. Po pierwsze, terapia eksploracyjna była podstawowym i obowiązkowym elementem pierwotnego protokołu holenderskiego, który stanowi podstawę obecnego modelu PTM[89]. Po drugie, wysokiej jakości psychoterapia jest z definicji eksploracyjna: jest to „proces wspólnego podejmowania decyzji, w którym terapeuta (...) prowadzi pacjenta w eksploracji jego problemów, ale nie wprowadza własnych przekonań ani pomysłów”[90].

Łączenie psychoterapii z terapią konwersyjną zostało potępione nie tylko przez doświadczonych terapeutów, którzy kwestionują obecny nacisk na tranzycję medyczną i chirurgiczną młodzieży[91], ale także przez praktyków i badaczy z dziedziny PTM[92].

14.5.2.2 Podejścia psychoterapeutyczne

Skuteczność psychoterapii w leczeniu szerokiego zakresu problemów zdrowia psychicznego, w tym tych, które często występują wraz z DP, sugeruje, że może ona być również korzystna w leczeniu z DP. W raporcie Cass podkreślono, że należy przestać traktować młodzież z DP jako wyjątkową grupę, co potwierdza obserwację, że klinicyści potrzebują jedynie odpowiedniego szkolenia, wsparcia i, co najważniejsze, pewności siebie, aby robić to, do czego zostali przeszkoleni, i traktować tę populację tak samo, jak każdą inną młodą osobę w trudnej sytuacji[93].

Niestety, wysiłki zmierzające do zbadania wpływu czynników kulturowych i społecznych, traumy lub współwystępujących zaburzeń zdrowia psychicznego na DP zostały zdyskredytowane jako „szkodliwe”[94]. W połączeniu z bardzo emocjonalnymi oskarżeniami o „terapię konwersyjną” terapeuci mogą znajdować się pod znaczną presją, aby przyjąć – często bez krytycznej oceny – że problemy zdrowia psychicznego współwystępujące z DP są przede wszystkim wynikiem stresu mniejszościowego[95]. Presja ta może spowodować, że klinicyści przeoczą istotną możliwość, że u niektórych pacjentów DP wynika z traumy, „pierwotnych” problemów zdrowia psychicznego lub zaburzeń neurorozwojowych (patrz sekcja 14.1 powyżej). W publikacjach psychoterapeutów pracujących z tą populacją zauważono, że pacjenci z DP mogą szukać pomocy hormonalnej lub chirurgicznej w odpowiedzi na doświadczenia przemocy seksualnej,

negatywne nastawienie do homoseksualizmu lub prześladowanie związane z auto-ekspresją, zainteresowaniami lub zachowaniami odbiegającymi od stereotypów płciowych[96].

Jeśli możliwości te zostaną zignorowane jako oczywiste leczenie może zostać zalecona interwencja medyczna lub chirurgiczna[97]. Błędne scharakteryzowanie psychoterapii GD jako „terapii konwersyjnej” lub „nierobienia niczego” może również przyczynić się do efektu nocebo, zniechęcając terapeutów do udzielania pomocy, a pacjentów do korzystania z niej[98]. W ten sposób dyskredytowanie psychoterapii ma „efekt mrozący na gotowość etycznych psychoterapeutów do podejmowania się leczenia złożonych przypadków DP, co znacznie utrudni osobom z DP dostęp do wysokiej jakości opieki psychiatrycznej”.[99]

Praktyka automatycznych założeń jest sprzeczna z podstawowymi zasadami podejścia psychoterapeutycznego, które kładzie nacisk na ciekawość i uwzględnienie wszystkich czynników, które mogły przyczynić się do problemów pacjenta[100]. Jest ona również kwestionowana przez badania nad naturalnym rozwiązaniem DP i detranzycji[101].

Stephen Levine, profesor psychiatrii na Uniwersytecie Case Western Reserve, wyjaśnił, w jaki sposób podejście psychoterapeutyczne uwzględnia czynniki biologiczne, psychologiczne i społeczne w celu holistycznego sformułowania DP:

[Jeśli] oceniający rozumie, że [ocena zdrowia psychicznego] skupia się na identyfikacji czynników predysponujących, wywołujących i podtrzymujących tożsamość pacjenta, zostanie zbadana długa lista czynników wpływających. Zbadane zostaną takie problemy, jak autyzm, ADHD, trudności w nawiązywaniu przyjaźni, kryzys samotności, depresja, restrykcyjne lub nadmierne jedzenie, molestowanie seksualne oraz opinie wirtualnych przyjaciół. [Terapeuta] zbada skłonności samobójcze, samookaleczenia, problemy psychiatryczne przed i po zmianie tożsamości oraz relacje z każdym z rodziców. Rodzice przedstawia historię rozwoju dziecka, poczynwszy od ciąży.[102]

Psychiatra i psychoanalityk Roberto D'Angelo, zwolennik psychoterapii w przypadku DP, opisuje rolę psychoterapii u nieletnich z DP w następujący sposób:

Psychoterapia nie narzuca restrykcyjnych stereotypów dotyczących płci, jak się czasem twierdzi, ale poddaje je krytycznej analizie. Umożliwia młodym ludziom opracowanie kreatywnych rozwiązań problemów oraz promuje sprawczość i autonomię. Co ważne, eksploracyjny proces psychoterapeutyczny może pomóc w wyjaśnieniu, czy dysforia płciowa jest nośnikiem innych problemów psychologicznych lub społecznych, które mogą nie być od razu widoczne[103].

Biorąc pod uwagę, że populacja ta często ma złożoną historię psychospołeczną i wiele problemów związanych ze zdrowiem psychicznym, psychoterapia przyjmuje podejście holistyczne – zajmuje się całym zakresem problemów, a nie skupia się wyłącznie na DP. „Psychoterapia transdiagnostyczna” – czyli terapia obejmująca wiele diagnoz lub problemów – jest już standardem[104]. Chociaż istnieje wyraźna potrzeba opracowania i zbadania podejść terapeutycznych dostosowanych specjalnie do DP, skuteczna terapia nie zawsze musi koncentrować się na jednej kwestii. Psychoterapia dla nastolatków z DP jest odpowiednią formą interwencji, ponieważ ma na celu pomóc pacjentom w zrozumieniu siebie, zmierzeniu się z wrażliwością emocjonalną i opracowaniu praktycznych strategii radzenia sobie z dystresem.

Psychologia człowieka jest złożona, a obecność jednej diagnozy psychiatrycznej często zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia innych. Transdiagnostyczne podejście psychoterapeutyczne — mające na celu zajęcie się podstawowymi wzorcami występującymi w wielu schorzeniach —

może być szczególnie skuteczne w zmniejszaniu dystresu młodzieży z GD, podobnie jak w innych złożonych przypadkach. Cele psychoterapii pozostają takie same, niezależnie od samoidentyfikacji młodego człowieka: złagodzenie cierpienia i poprawa funkcjonowania interpersonalnego i społecznego.

Tabela 14.1 poniżej przedstawia krótki przegląd metod psychoterapeutycznych, które są odpowiednie dla dzieci i młodzieży z GD.

Rodzaj psychoterapii	Definicja metody	Zastosowanie w przypadku DP
Ustrukturyzowane podejścia	Podejścia te są realizowane zgodnie z ustandaryzowanymi instrukcjami, które zapewniają strukturę i standaryzację. Najczęściej badanym podejściem jest terapia poznawczo-behawioralna (CBT), która pomaga pacjentom zidentyfikować myśli, uczucia i zachowania oraz sposób, w jaki wpływają one na siebie nawzajem. Ustrukturyzowane terapie koncentrują się na rozwoju umiejętności radzenia sobie i aktywizacji behawioralnej. Terapia dialektyczno-behawioralna, powszechnie stosowana w leczeniu samookaleczeń i skłonności samobójczych, sprzyja rozwijaniu technik radzenia sobie z dystresem i skuteczności interpersonalnej. Ustrukturyzowane podejścia zazwyczaj obejmują kilka miesięcy cotygodniowych sesji indywidualnych lub grupowych, a pacjenci między sesjami wykonują zadania związane z terapią.	Ustrukturyzowane podejścia są opartymi na dowodach metodami leczenia problemów zdrowia psychicznego współwystępujących z GD, takich jak depresja, lęk i zaburzenia odżywiania. W przypadku DP ustrukturyzowane podejścia mogą pomóc pacjentom w identyfikacji myśli i uczuć związanych z dystresem <u>odnośnie płci</u>, w tym zniekształceń poznawczych. Terapeuci mogą pomóc pacjentom w rozwijaniu zdrowych umiejętności radzenia sobie z tym szczególnym rodzajem dyskomfortu i zachęcać ich do aktywizacji behawioralnej. Na przykład aktywność fizyczna, osobiste kontakty społeczne i/lub praktyki uważności mogą z czasem zmniejszyć ruminacje, w tym ruminacje dotyczące dyskomfortu związanego z płcią.
Podejście psychodynamiczne	Jest to podejście psychoanalityczne, które obejmuje badanie mechanizmów obronnych ego i nieświadomych motywacji. Dzięki badaniu przeniesienia pacjenci lepiej rozumieją dynamikę swoich relacji międzyludzkich. Psychoterapia psychodynamiczna zazwyczaj obejmuje sesje odbywające się co dwa tygodnie lub co tydzień i nie jest ograniczona czasowo.	Podejście to jest oparte na dowodach naukowych w przypadku zaburzeń zdrowia psychicznego współwystępujących z DP. Ponadto praca psychodynamiczna wokół tematu identyfikacji płciowej lub dyskomfortu związanego z płcią może ułatwić badanie wczesnych doświadczeń pacjentów, rodziny, pochodzenia, systemu przekonań/wartości oraz wzorców interpersonalnych w relacjach rodzinnych i romantycznych, a także w środowisku szkolnym/zawodowym. Podejście to może pomóc pacjentom w uzyskaniu głębszego zrozumienia własnej tożsamości, w tym wszelkich czynników zewnętrznych, które mogą przyczyniać się do rozwoju tożsamości płciowej i pragnienia interwencji medycznej/chirurgicznej. Pacjenci mogą uzyskać jasność co do swoich własnych pragnień lub życzeń dotyczących medycznych lub chirurgicznych interwencji związanych z tranżycją.
Terapia rodzinna	Podejście to identyfikuje problemy dotyczące pacjenta i rodzinę oraz ma na celu wzmocnienie więzi rodzinnych i poprawę umiejętności komunikacyjnych poprzez wspieranie pracy nad odbudowaniem zerwanych więzi, komunikacją i zrozumieniem perspektyw różnych członków rodziny. Może ono obejmować edukację rodziców i opracowanie strategii poprawy skuteczności interpersonalnej w rodzinie.	Dziecko lub nastolatek wykazujący DP może czasami powodować intensywne konflikty i trudności w rodzinie. W podejściu rodzinnym terapeuta posiadający odpowiednią wiedzę może edukować rodziców na temat DP i promować dobrostan rodziny poprzez wzmacnianie skutecznej komunikacji i umiejętności interpersonalnych. Terapia rodzinna jest opartym na dowodach podejściem do leczenia zaburzeń odżywiania u nastolatków, w przypadku których występuje nasilony stres rodzinny i stres związany z ciałem, tak jak w przypadku DP. Terapia rodzinna jest interwencją pierwszego rzutu lub leczeniem z wyboru w przypadku wielu diagnoz w okresie dojrzewania.

Przypisy: Ustrukturyzowane podejścia[\[105\]](#), Podejście psychodynamiczne[\[106\]](#), Terapia rodzinna[\[107\]](#)

Podejście to identyfikuje problemy dotyczące pacjenta i rodzinę oraz ma na celu wzmocnienie więzi rodzinnych i poprawę umiejętności komunikacyjnych poprzez wspieranie pracy nad odbudowaniem zerwanych więzi, komunikacją i zrozumieniem perspektyw różnych członków rodziny. Może ono obejmować edukację rodziców i opracowanie strategii poprawy skuteczności interpersonalnej w rodzinie.

Dziecko lub nastolatek wykazujący DP może czasami powodować intensywne konflikty i trudności w rodzinie. W podejściu rodzinnym terapeuta posiadający odpowiednią wiedzę może edukować rodziców na temat DP i promować dobrostan rodziny poprzez wzmacnianie skutecznej komunikacji i umiejętności interpersonalnych. Terapia rodzinna jest opartym na dowodach podejściem do leczenia zaburzeń odżywiania u nastolatków, w przypadku których występuje nasilony stres rodzinny i stres związany z ciałem, tak jak w przypadku DP. Terapia rodzinna jest interwencją pierwszego rzutu lub leczeniem z wyboru w przypadku wielu diagnoz w okresie dojrzewania.

Dowody na korzyści

Jak wspomniano wcześniej, przegląd systematycznych przeglądów przeprowadzonych na potrzeby niniejszego przeglądu wykazał, że dowody na skuteczność psychoterapii w przypadku DP (lub współwystępujących problemów zdrowia psychicznego u pacjentów z DP) są o małej pewności. W przypadku braku bezpośrednich dowodów na rolę psychoterapii u dzieci i młodzieży z DP najlepsze dostępne dowody można uzyskać z solidnych dowodów potwierdzających skuteczność leczenia dzieci i młodzieży z podobnymi rodzajami dystresu psychicznego. Psychoterapia jest nieinwazyjną interwencją, którą można stosować transdiagnostycznie. Ogólnie rzecz biorąc, poprawia ona zdrowie psychiczne i funkcjonowanie psychospołeczne, a ryzyko związane z jej zastosowaniem jest niewielkie[\[108\]](#)^[109]. Jak zauważono w raporcie Cass,

skupienie się na stosowaniu leków blokujących dojrzewanie w leczeniu zaburzeń związanych z tożsamością płciową przesłoniło możliwość zastosowania innych, opartych na dowodach metod leczenia, które mogą być bardziej skuteczne[\[110\]](#).

Ograniczenia, mocne strony i wnioski

Ograniczenia

Niniejszy przegląd ma pewne ograniczenia[\[111\]](#).

1. Niniejszy dokument nie ma na celu służyć jako wytyczne praktyki klinicznej i nie ma na celu wydawać zaleceń dotyczących leczenia[\[112\]](#). Przegląd został opracowany w oparciu o wyraźne cele: wyjaśnienie stanu dowodów naukowych, zidentyfikowanie obszarów niepewności oraz wsparcie rozwoju modeli opieki opartej na odpowiedzialności klinicysty. W związku z tym nie jest on zgodny z formalnymi procedurami opracowywania wytycznych, takimi jak stosowanie GRADE w celu sformułowania zaleceń klinicznych.

2. Zakres niniejszego przeglądu ogranicza się do dowodów i najlepszych praktyk w zakresie opieki nad małoletnimi.

3. Niniejszy przegląd nie zawiera żadnych konkretnych zaleceń dotyczących regulacji medycyny. Nie zawiera na przykład zaleceń dotyczących protokołów w zakresie leczenia dzieci i młodzieży, które rozpoczęły już stosowanie leków blokujących dojrzewanie lub hormonów płciowych.

Mocne strony

Niniejszy przegląd ma również pewne mocne strony:

1. Chociaż nie jest to WPK, dokument ten dostarcza klinicystom i innym decydom niezbędnej wiedzy na temat pediatrycznej medycyny gender.

a. **Jakość dowodów:** Niniejszy przegląd opisuje bardzo niską jakość dowodów stanowiących podstawę podejść terapeutycznych w pediatrycznej medycynie gender (rozdział 5).

b. **Profil ryzyka hormonów i operacji:** Niniejszy przegląd zawiera obszerny opis potencjalnych lub prawdopodobnych szkód związanych z niektórymi opcjami leczenia (tj. interwencjami hormonalnymi i operacjami), z których niektóre są znaczące (rozdział 7).

c. **Ocena etyczna:** Niniejszy przegląd zawiera ocenę etyczną stosowania interwencji hormonalnych i operacji w leczeniu DP u dzieci i młodzieży. Stwierdza się w nim, że interwencje te są niezgodne z powszechnie przyjętymi zasadami etyki medycznej (rozdział 13).

d. **Rozważenie alternatywnych metod leczenia:** Jednym z głównych tematów niniejszego przeglądu jest rola psychoterapii, która została pominięta w dyskusjach na temat PMG. W niniejszym przeglądzie szczegółowo przeanalizowano psychoterapię w przypadku DP i stwierdzono, że jej profil ryzyka i korzyści jest korzystny (rozdział 14).

2. Przegląd wytycznych (rozdział 9) pokazuje, że wytyczne WPK zalecające psychoterapię w przypadku DP u dzieci są wyższej jakości i są zgodne z dowodami pochodzącymi z przeglądów systematycznych pediatrycznej medycyny gender. Natomiast WPK zalecające podejście obejmujące standardowe stosowanie PB, HPP lub zabiegi chirurgiczne są niższej jakości, a zalecenia nie są zgodne z dowodami pochodzącymi z przeglądów systematycznych. WPK stosowane w Stanach Zjednoczonych, w szczególności WPATH, należą do tej drugiej kategorii i są nieodpowiednie do informowania praktyki klinicznej w odniesieniu do wrażliwej i doświadczającej dystresu populacji dzieci i młodzieży. W tej dziedzinie pilnie potrzebne są wysokiej jakości WPK.

3. Niniejszy przegląd opisuje wymuszoną izolację zawodową w dziedzinie pediatrycznej medycyny gender oraz intensywny i wrogi charakter debat dotyczących tej dziedziny. Zainteresowane strony powinny mieć to na uwadze, gdy pojawiają się twierdzenia o konsensusie medycznym wśród amerykańskich organizacji medycznych (rozdział 12).

Wnioski

Przekazanie uprawnień zawodowych lekarzom opiera się na niepisanej umowie społecznej: lekarze jako grupa zawodowa otrzymują „przywilej samoregulacji” i wynagrodzenie finansowe w zamian za oczekiwanie, że będą służyć zdrowiu poszczególnych pacjentów i społeczeństwa^[113].

Głównym tematem niniejszego przeglądu jest to, że wielu amerykańskich lekarzy i stowarzyszeń medycznych nie wywiązało się z obowiązku priorytetowego traktowania interesów zdrowotnych młodych pacjentów. Po pierwsze nastąpiło szybkie rozpowszechnienie i wdrożenie protokołu klinicznego, który nie miał wystarczającego uzasadnienia naukowego i etycznego. Po drugie, w

obliczu przekonujących dowodów, że protokół ten nie przynosił obiecanych korzyści zdrowotnych, a inne kraje odpowiednio zmieniały swoje praktyki, amerykańscy lekarze i stowarzyszenia medyczne nie zrewidowali podejścia „afirmującego tożsamość płciową”. Po trzecie, sprzeczne dowody – dowody podważające podstawowe założenia protokołu i pozycję zawodową jego zwolenników – zostały błędnie zinterpretowane lub niedostatecznie uwzględnione. Wreszcie, odmienne poglądy zostały zmarginalizowane, a osoby, które je wyrażały, zostały zdyskredytowane.

Chociaż żaden klinicysta ani stowarzyszenie medyczne nie ma zamiaru zawieść swoich pacjentów – zwłaszcza tych najbardziej bezbronnych – powyższe rozdziały pokazują, że właśnie tak się stało.

Tłumaczenie: Magda Lewandowska

[1] Dysforia płciowa jest formalną diagnozą zawartą w piątej edycji Podręcznika diagnostycznego i statystycznego zaburzeń psychicznych (DSM-5): zob. załącznik 2. W niniejszym rozdziale i w całym przeglądzie termin „dysforia płciowa” odnosi się do dystresu lub dyskomfortu związanego z płcią, a nie do formalnej diagnozy (zob. rozdział 1, przypis 1).

[2] Zob. rozdział 7.

[3] Według Amerykańskiej Akademii Pediatrii (AAP) okres dojrzewania trwa od 12 do 21 roku życia (Hardin et al., 2017). Zob. również National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine (2019, s. 22–23).

[4] Viner (2015).

[5] Np. Reena (2015); Steinberg (2005).

[6] Steinberg (2009).

[7] American Academy of Child and Adolescent Psychiatry et al. (2021).

[8] McGorry et al. (2024).

[9] Twenge (2020).

[10] Dane z dużej krajowej bazy danych wykazały, że odsetek poważnych epizodów depresji wśród nastolatków w wieku od 12 do 17 lat wzrósł o 52% w latach 2005–2017 (z 8,7% do 13,2%), a wśród młodych dorosłych w wieku od 18 do 25 lat wzrósł o 63% w latach 2009–2017 (z 8,1% do 13,2%) (Twenge i in., 2019). Witryna internetowa „Anxious Generation”, korzystając z danych Centrum Kontroli i Zapobiegania Chorobom (CDC), pokazuje, że w latach 2010–2022 odsetek przypadków poważnych zaburzeń depresyjnych wzrósł ponad dwukrotnie zarówno wśród chłopców, jak i dziewcząt, przy czym poważna depresja u chłopców wzrosła o 161%, a u dziewcząt o 145%. W tym samym okresie wzrosła liczba zachorowań na choroby psychiczne wśród uczniów – o 134% w przypadku zaburzeń lękowych i o 106% w przypadku depresji (Rausch & Haidt, 2023). Badanie kohortowe obejmujące około 1,7 miliona osób w wieku od 5 do 22 lat w południowej Kalifornii wykazało, że w latach 2017–2021 ogólna częstość występowania depresji wzrosła o około 60%, a stanów lękowych o 31% (Xiang i in., 2024). Badanie przeprowadzone w okręgu szkolnym na Środkowym Zachodzie wykazało, że w latach 2012–2018 odnotowano 29% wzrost liczby młodych osób, u których stwierdzono lęk w ciągu ostatniego miesiąca (Parodi i in., 2022). Zob. również Goodwin i in. (2020); Keyes i Platt (2024).

[11] Zob. raport CDC dotyczący trendów na lata 2013–2023 (Centers for Disease Control and Prevention, 2023).

[12] Informacje na temat wzrostu liczby hospitalizacji psychiatrycznych podczas pandemii COVID-19 można znaleźć np. w Gutiérrez-Sacristán et al. (2022). Zob. również McGorry et al. (2024).

[13] Wskaźniki samobójstw wśród dzieci i młodych dorosłych w wieku od 10 do 24 lat wzrosły o 62% od 2007 r. (6,8 na 100 000 osób) do 2021 r. (11,0 na 100 000 osób) (Curtin i in., 2023). Samobójstwa wśród młodzieży zaczęły rosnać w pierwszej dekadzie XXI wieku, a ostrzejszy trend wzrostowy rozpoczął się około 2012 r.; zob. Farah i in. (2023); Miron i in. (2019); Twenge (2020).

[14] Twenge i in. (2021); Twenge i in. (2023). Na podstawie danych CDC nastolatki z biegiem czasu zgłaszają coraz większe poczucie braku sensu, a także mniejszą skłonność do podejmowania ryzykownych zachowań. Obejmuje to takie zachowania, jak spożywanie narkotyków i alkoholu, ale także doświadczenia rozwojowe, takie jak praca lub nauka prowadzenia samochodu (Haidt, 2024).

[15] Wang i in. (2024); Winnicott (1965); Zhang i Ji (2024).

[16] 16 Według AAP: „Dzieci muszą rozwijać różnorodne umiejętności, aby zoptymalizować swój rozwój i radzić sobie z toksycznymi efektami stresu. Badania pokazują, że odpowiednia dla wieku zabawa z rodzicami i rówieśnikami stanowi wyjątkową okazję do rozwijania umiejętności społeczno-emocjonalnych, poznawczych, językowych i samoregulacyjnych, które budują funkcje wykonawcze i prospołeczne w mózgu” (Yogman i in., 2018).

[17] Zwiększone wykorzystanie technologii, w tym mediów społecznościowych, spowodowało wyparcie innych form aktywności, takich jak kontakty towarzyskie, nauka, sen, sport, czytanie i inne hobby. Intensywne korzystanie ze smartfonów i mediów społecznościowych jest powszechne wśród nastolatków (Rothwell, 2023; Twenge i in., 2022; Twenge i Campbell, 2019; Vogels i in., 2022) i często spotykane wśród dzieci w wieku przedszkolnym (Rideout i in., 2022). W szczególności media społecznościowe mogą powodować pogorszenie nastroju i negatywny obraz siebie u nastoletnich dziewcząt (Choukas-Bradley, 2024; Rodgers i Rousseau, 2022; Scott i in., 2023), a w niektórych przypadkach mogą odgrywać rolę etiologiczną w nasileniu określonych problemów psychiatrycznych i neurologicznych (Giedinghagen, 2023; Haltigan i in., 2023; Hull i Parnes, 2021; Padín i in., 202; Pringsheim i in., 2021; Weigle i Shafi, 2024). Media społecznościowe wprowadziły nowe zjawisko społeczno-medyczne, w którym poczucie przynależności może być znajdowane w Internecie poprzez identyfikację z chorobą lub schorzeniem, co może zwiększać ryzyko nieodpowiedniej lub niepotrzebnej opieki medycznej (Corzine i Roy, 2024). Metaanaliza, w której wskazano powody sceptycyzmu wobec dowodów na wpływ mediów społecznościowych na zdrowie psychiczne, znajduje się w publikacji Fergusona (2025).

[18] Office of the Surgeon General [Biuro Chirurga Generalnego] (2023).

[19] Foulkes & Andrews (2023).

[20] Johnstone (2018).

[21] Hacking (1998); Shorter (1993). Zob. również Brossard (2019); Elliott (2000); Haslam (2016); Lindholm & Wickström (2020); Smids & Vasterman (2025).

[22] Kale i Korenstein (2018, s. 8). Zjawiska błędnych diagnoz, nadrozpoznowalności i nadmiernego leczenia nie są obce psychiatrii; zob. np. Harris i Benedict (2008), Havens i in. (2022) oraz Moreno i in. (2007) w celu zapoznania się z dyskusją na temat kontrowersji związanych z nadrozpoznowalnością zaburzeń afektywnych dwubiegunowych u dzieci.

[23] Zob. rozdział 2.

[24] Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (1980).

[25] Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (1994).

[26] Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (2013).

[27] Drescher (2017). Zgodnie z systematycznym przeglądem hormonów płciowych i skutków dla zdrowia psychicznego zleconym przez Światowe Stowarzyszenie Zawodowe na rzecz Zdrowia Osób Trans (WPATH), „[zmiany diagnostyczne] wyjaśniają, że celem interwencji medycznych afirmujących tożsamość płciową nie jest sama tożsamość płciowa pacjenta, ale raczej klinicznie istotny dystres, który może towarzyszyć niezgodności tożsamości płciowej z płcią przypisaną przy urodzeniu” (Baker i in., 2021, s. 2). Kryteria diagnostyczne znajdują się w załączniku 2.

[28] Zob. James i in. (2015), a także sekcja 13.4 poprzedniego rozdziału poświęcona „dzieciom sztuki nacechowanym płciowo”.

[29] Niektóre osoby, które przeszły tranzycję medyczną i chirurgiczną, nadal posługują się tą etykietą: np. "Uważam się bardziej za osobę transseksualną, która chciała zmienić płeć. Zawsze chciałem być mężczyzną, identyfikuję się jako mężczyzna, tym właśnie jestem, w ogóle nie identyfikuję się jako osoba transpłciowa" (pracownik LOTL, 2014). Zob. również American Psychological Association (2023) oraz rozdział 3.

[30] American Psychiatric Association (2022). Zob. również rozdziały 2 i 11.

[31] Zob. również omówienie dysforii płciowej o ostrym przebiegu (ROGD) w tym samym rozdziale.

[32] Szczególnie u dziewcząt, np. Archer (2019); Prinstein i in. (2005); Rose i Rudolph (2006).

[33] Dyskusja na temat etykiet jest również istotna dla leczenia przedpokwitaniowej grupy pacjentów z DP. Jak omówiono w rozdziale 2, stosunkowo nowa praktyka nazywania młodzieży z dysforią płciową „dziećmi trans” może zwiększyć prawdopodobieństwo skierowania tych pacjentów na ścieżkę medyczną.

[34] Jak opisano w Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis (2006), "[W] pierwszej fazie diagnostycznej należy uzyskać od nastolatka i rodziców informacje na temat różnych aspektów ogólnego i psychoseksualnego rozwoju nastolatka, jego obecnego funkcjonowania oraz funkcjonowania rodziny. Częścią procedury jest standardowa ocena psychologiczna. Pacjent jest zawsze badany przez dwóch członków zespołu tożsamości płciowej. Jeśli diagnozę stawia psycholog dziecięcy i młodzieżowy, dziecko jest również badane przez psychiatrę dziecięcego i młodzieżowego i vice versa".

[35] Delemarre-van de Waal & Cohen-Kettenis (2006). Wizyty u psychiatry były wymagane co 3 miesiące.

[36] Np. z ABC News: „[Kellan] Baker [dyrektor wykonawczy Whitman-Walker Institute, organizacji zajmującej się badaniami nad LGBTQ i świadczeniem opieki] powiedział, że decyzja o

rozpoczęciu opieki afirmującej tożsamość płciową jest często długotrwałym procesem, w który zaangażowane są zespoły pracowników służby zdrowia i specjalistów zdrowia psychicznego, którzy współpracują z rodzinami, aby porozmawiać o doświadczeniach dzieci, ich potrzebach, wyborach i nie tylko... ”Mówimy tu o miesiącach wizyt u specjalisty zdrowia psychicznego. Mówimy o wielu rozmowach między lekarzami, rodzicami i dziećmi” – powiedział Baker” (Alfonseca & Geho (2024).

[37] Okasako & Bernstein (2022).

[38] Russ (2021).

[39] Zob. opis uniwersyteckiej kliniki multidyscyplinarnej w Reed (2023). Zob. opis dwugodzinnych ocen w Boston Children's Hospital w Damiano (2024).

[40] Aby jeszcze bardziej ograniczyć potencjalne uprzedzenia ustalonych zespołów MDT, które stosują model PTM, brytyjska służba zdrowia (NHS) wydała w 2024 r. nowy protokół kliniczny dotyczący hormonów płciowych. Wzywa on do niezależnego nadzoru, określając, że nowe krajowe ZMD muszą obejmować „klinikistów niezaangażowanych bezpośrednio w tworzenie indywidualnego planu opieki”, którzy muszą uzgodnić „przydatność [HPP] dla danego pacjenta” (National Health Service England, 2024).

[41] Morabito et al. (2024).

[42] Marcotte i in. (2020, s. 802).

[43] Cass (2022a).

[44] Zob. np. rolę endokrynologów opisaną w Karakılıç Özturan i in. (2023). Dziedzina pediatricznej medycyny gender jest pod tym względem nietypowa: „Nie jest normą, aby lekarze przepisywali silne leki pacjentom, zwłaszcza dzieciom, u których sami nie postawili diagnozy” (Barnes, 2023, s. 337).

[45] Levine (2024, s. 4).

[46] Jak opisano w McDeavitt (2025, s. 1298), „Argument za zniesieniem ewaluacji zdrowia psychicznego jest często wyrażany wraz z opinią, że obecność diagnozy dysfornii płciowej (lub jakiegokolwiek innego rodzaju dystresu psychicznego) zgodnie z DSM-5 nie powinna być wymagana, aby nastolatek mógł rozpocząć stosowanie PB/opieki afirmującej tożsamość płciową”. Zob. np. Mosier-Mills i in. (2024) oraz podobne argumenty w Ashley (2022a, 2022b, 2023).

[47] Singal (2018).

[48] Ludvigsson i in. (2023); 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).

[49] Zob. rozdział 4.

[50] Adhiyaman & Ambalavanan (2021).

[51] National Health Service England (2022).

[52] Society for Evidence-Based Gender Medicine (2020).

[53] Socialstyrelsen (2022).

[54] Cass (2024a, s. 155).

[55] Zob. sekcja 4.3.

[56] Becerra-Culqui i in. (2018); Kaltiala-Heino i in. (2015); Kozłowska i in. (2021).

[57] Littman (2021), badanie analizujące dane z ankiety internetowej przeprowadzonej na nielosowej próbie detranzycjonerów, wykazało, że 40,6% kobiet i 25,8% mężczyzn stwierdziło, że „poczucie bycia osobą trans było wynikiem zaburzeń zdrowia psychicznego”. 44,9% kobiet i 16,1% mężczyzn stwierdziło, że „poczucie bycia osobą trans było w rzeczywistości wynikiem traumy” (s. 3364). W raporcie Cass Review stwierdzono, że „klinicyści opisali... jak u pacjentów z [cielesnymi zaburzeniami dysmorficznymi, czyli BDD] intensywna koncentracja na wyglądzie dotyczy najczęściej rysów twarzy, ale niektórzy odczuwają dyskomfort związany z genitaliami lub piersiami. W tej sytuacji trudno jest ustalić, czy dyskomfort wynika z BDD, czy z dysforii płciowej. Jednak pod koniec leczenia BDD niektórzy młodzi ludzie twierdzą, że nie czują się już niekomfortowo ze swoją płcią przypisaną w akcie urodzenia, podczas gdy inni mogą odczuwać mniej dyskomfortu związanego z genitaliami lub piersiami, ale nadal wykazują wyraźną inkongruencję płciową i przystępują do społecznej lub medycznej tranzycji płciowej” (Cass, 2024a, s. 92).

[58] Zucker (2019). Oprócz tych dwóch możliwości istnieje trzecia teoria, zgodnie z którą „współwystępujące problemy zdrowia psychicznego są po prostu drugorzędne w stosunku do czynników takich jak odrzucenie przez rodzinę lub ostracyzm społeczny w grupie rówieśniczej w związku z dysforią płciową” (Zucker, 2019). Ten „model stresu mniejszościowego” zostanie omówiony w dalszej części niniejszego rozdziału.

[59] „Ustandaryzowane” podejścia terapeutyczne opierają się na konkretnych, standardowych wytycznych. Najlepiej zbadana jest CBT. Niedawna metaanaliza CBT w leczeniu depresji, obejmująca ponad 50 000 pacjentów ze wszystkich grup wiekowych i 409 randomizowanych badań kontrolowanych (RCT), wykazała, że „CBT jest skuteczna w leczeniu depresji z efektem od umiarkowanego do znacznego, a jej działanie jest nadal znaczące nawet po 12 miesiącach (Cuijpers et al., 2023, s. 114). Stwierdzono również znaczącą skuteczność innych form psychoterapii. W odniesieniu do badań dotyczących dzieci i młodzieży, dowody wskazują, że CBT miała umiarkowany pozytywny wpływ na objawy depresji (Espada i in., 2023).

[60] Opland & Torrico (2025).

[61] Systematyczny przegląd PDT u dorosłych, w którym do oceny dowodów wykorzystano ramy GRADE, wykazał „wysoką jakość dowodów dotyczących zaburzeń depresyjnych i zaburzeń somatycznych oraz umiarkowaną jakość dowodów dotyczących zaburzeń lękowych i zaburzeń osobowości, wskazujących, że PDT osiąga klinicznie znaczące efekty w zakresie objawów docelowych i funkcjonowania w porównaniu z grupą kontrolną i wiąże się z niskim ryzykiem szkód oraz rozsądnymi kosztami” (Leichsenring et al., 2023, s. 286). Midgley i in. (2021) to przegląd narracyjny badań dotyczących PDT u dzieci i młodzieży (w tym niektórych RCT), w którym stwierdzono „dowody skuteczności terapii psychodynamicznej w leczeniu szerokiego zakresu zaburzeń zdrowia psychicznego u dzieci i młodzieży” (s. 1).

[62] Na przykład terapia rodzinna oparta na przywiązaniu jest opartym na dowodach podejściem do leczenia zaburzeń nastroju u nastolatków, w tym depresji, wykorzystującym połączenie oddzielnych sesji (tylko dla nastolatków i tylko dla rodziców) oraz wspólnych sesji rodzinnych (G. Diamond i in., 2021).

[63] Zalecenie to oparto na zleconym przez AHRQ/Mayo Clinic systematycznym przeglądzie i metaanalizie, które objęły 60 RCT i prawie 7000 pacjentów pediatrycznych. Stwierdzono umiarkowaną siłę dowodów na to, że CBT łagodzi podstawowe objawy lęku i poprawia ogólne funkcjonowanie (Walter i in., 2020).

[64] Leichsenring i in. (2015); Midgley i in. (2021).

[65] Stoi to w bezpośredniej sprzeczności z interwencjami hormonalnymi, które NIE wykazały skuteczności w zmniejszaniu skłonności samobójczych lub samobójstw u nieletnich z DP.

[66] DBT powstała jako metoda leczenia dorosłych z zaburzeniami osobowości typu borderline i przewlekłymi tendencjami samobójczymi. Koncentruje się na pomocy pacjentom w osiągnięciu uważności, skuteczności interpersonalnej, regulacji emocjonalnej i tolerancji na stres (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2020).

[67] W wytycznych SAMHSA dowody uznano za „dobrej jakości”, jeśli pozytywny wpływ wykazano w co najmniej dwóch RCT (lub innych badaniach kontrolowanych). W przeglądzie dowodów uwzględniono dziewięć badań (o różnej metodologii) dotyczących DBT w leczeniu skłonności samobójczych u nastolatków; dwa z nich były RCT (Substance Abuse and Mental Health Services Administration (2020).

[68] G. S. Diamond i in. (2010).

[69] Z teoretycznego punktu widzenia zaburzenia odżywiania i DP zostały skonceptualizowane jako wynikające w niektórych przypadkach z podświadomej chęci uniknięcia rozwoju dorosłych cech płciowych, być może częściowo z powodu nieprawidłowych strategii radzenia sobie lub w celu uniknięcia seksualnej obiektywizacji (Nadrowski, 2023).

[70] Öst i in. (2024).

[71] Datta i in. (2023); Lock i in. (2010); Vogel i in. (2021).

[72] National Institute for Health and Care Excellence (2005).

[73] Cass (2024a, s. 93)

[74] Cass (2024a, s. 155).

[75] Cass (2024a, s. 157).

[76] Churcher Clarke & Spiliadis (2019); Cohen-Kettenis & Kuiper (1984); Costa et al. (2015); Smith et al. (2001); Spiliadis (2019).

[77] Zob. rozdział 5.

[78] Heathcote i in. (2024, s. s19).

[79] D'Angelo i in. (2021, s. 12).

[80] Np. Ashley (2022b, 2023); zob. również cytaty Colt St. Amand łączący oceny psychologiczne nieletnich ubiegających się o tranzycję medyczną lub chirurgiczną z terapią konwersyjną w Bazelon (2022). Turban i in. (2020), szeroko cytowana, recenzowana analiza danych z amerykańskiego badania Transgender Survey (USTS) z 2015 r., stwierdziła, że osoby, które pamiętały, że w przeszłości były narażone na „próby zmiany tożsamości płciowej”, były bardziej narażone na niedawne zaburzenia psychiczne i myśli samobójcze w ciągu całego życia, ale D'Angelo i in. (2021, s. 12) wskazali, że analiza ta opierała się na „uproszczonym podziale na

„afirmację” i ”konwersję”... Przekonanie, że wszystkie interwencje terapeutyczne w przypadku DP można kategorycznie zaklasyfikować do tego uproszczonego podziału, świadczy o niezrozumieniu złożoności psychoterapii.

W najlepszym razie ta dosadna klasyfikacja pomija szeroki zakres etycznych i istotnych form psychoterapii bez ukrytego celu, które nie pasują do takiego podziału; w najgorszym przypadku skutecznie błędnie klasyfikuje etyczne psychoterapie, które nie pasują do opisu „afirmacji”, jako terapie konwersyjne” (s. 7). Kwestie metodologiczne dotyczące samego USTS omówiono w rozdziale 4, przypis 117.

[81] Drescher (2010, s. 434); McNally (2011, s. 21–24). W pierwszym wydaniu (1952) DSM pociąg do osób tej samej płci sklasyfikowano jako rodzaj „socjopatycznego zaburzenia osobowości” (American Psychiatric Association, 1952, s. 38–39).

[82] Zob. Bannerman (2019) i Hamedani (2014). W niedawnym artykule poświęconym bioetyce stwierdzono, że „społeczeństwo, które marginalizuje młodzież wykazującą nonkonformizm wobec ról płciowych, musi, w imię sprawiedliwości, zmienić swoje postępowanie. Ciężar wprowadzenia tej zmiany spoczywa na nas wszystkich. Nie powinien on spoczywać na ciałach naszej młodzieży” (Gorin, 2024, s. 43).

[83] Zwolennicy psychoterapii w leczeniu DP zdecydowanie odrzucają określenie „terapia konwersyjna”: np. „Psychoterapia wykracza poza binarny podział na afirmację i konwersję i ma na celu złagodzenie dystresu młodzieży z dysforią płciową, a nie korygowanie poczucia niezgodności. Psychoterapia nie próbuje wymusić zmiany ani narzucić jakichkolwiek z góry określonych poglądów... Podstawową zasadą etyczną psychoterapii jest poszanowanie przez terapeutę autonomii i samostanowienia pacjenta oraz powstrzymanie się od wszelkich prób wywierania na niego wpływu... Prawdziwy proces psychoterapeutyczny rozpoczyna się od pozycji niewiedzy i dąży do otwarcia się na nowe możliwości. Wszystko inne jest nadużyciem psychoterapii” (D'Angelo, 2023, s. 3).

[84] Pełny cytat brzmi: „Praktyki konwersji transseksualnej odnoszą się do trwałych wysiłków mających na celu promowanie tożsamości płciowej zgodnej z płcią przypisaną danej osobie w chwili urodzenia i/lub zniechęcanie do zachowań związanych z tożsamością płciową inną niż płeć przypisana danej osobie w chwili urodzenia” (Ashley, 2022b, s. 26). Wydaje się to szerzej charakteryzować terapię konwersyjną jako próbę zachęcania do zgodności ze stereotypami płciowymi. Jednak, jak wyjaśnia D'Angelo, „psychoterapia nie narzuca restrykcyjnych stereotypów płciowych, jak się czasem twierdzi, ale krytycznie je analizuje” (D'Angelo, 2023, s. 1). Taka analiza jest konieczna, bo restrykcyjne stereotypy mogły przyczynić się do DP pacjenta.

[85] Raport Organizacji Narodów Zjednoczonych (ONZ) z 2020 r. w sprawie terapii konwersyjnej rozpoczyna się od wyjaśnienia, że „terapia konwersyjna” odnosi się do „interwencji o szerokim zakresie, które łączy przekonanie, że orientacja seksualna lub tożsamość płciowa (SOGI) pacjenta może i powinna zostać zmieniona. Praktyki te mają na celu (lub twierdzą, że mają na celu) zmianę osób homoseksualnych, lesbijek lub biseksualnych na heteroseksualne oraz osób trans lub różnorodnych genderowo na osoby cis” (Organizacja Narodów Zjednoczonych, 2020). Zob. Lawford-Smith (2024) w celu zapoznania się z dyskusją na temat najnowszych przepisów zakazujących „terapii konwersyjnej” w rozumieniu ONZ.

[86] Jeśli uznamy, że pojęcie „tożsamość płciowa” nie zostało właściwie wyjaśnione (rozdział 2), zarzut „terapii konwersyjnej” traci sens. Jeśli tożsamość płciowa jest niejasna, równie niejasny jest cel zmiany tożsamości płciowej pacjenta.

[87] Np. D'Angelo (2023); D'Angelo et al. (2021); Edwards-Leeper & Anderson (2021); Jenkins & Panozzo (2024); McDeavitt (2025); Sinai & Sim (2024). Ponadto, jak zauważono w przeglądzie Cass Review, "Rola psychoterapii we wspieraniu dzieci i młodzieży z inkongruencją płciową lub dystresem psychicznym została przyćmiona przez niekonstruktywną, spolaryzowaną debatę na temat praktyk konwersyjnych. Terminy takie jak „podejście afirmatywne” i „eksploracyjne” zostały wykorzystane jako broń do tego stopnia, że trudno jest znaleźć jakąkolwiek neutralną terminologię" (Cass, 2024a, s. 150).

[88] Jenkins i Panozzo (2024). Jak podsumowano w McDeavitt (2025): „Niektórzy terapeuci, którzy prowadzą eksploracyjną terapię rozmową z młodzieżą [trans i różnorodną genderowo], spotkali się z zarzutami dotyczącymi „terapii konwersyjnej” – zarzutami wysuwanymi nie przez pacjentów, ale przez aktywistów i kolegów po fachu. Jeden z terapeutów zgłosił udział w warsztatach, podczas których aktywiści opisywali „polowanie” na takich terapeutów w celu wniesienia przeciwko nim pozwów sądowych i doprowadzenia do odebrania im prawa wykonywania zawodu”.

[89] Słabe strony oryginalnych badań holenderskich omówiono w rozdziale 4.

[90] Sinai & Sim (2024, s. 148); zob. również Churcher Clarke & Spiliadis (2019).

[91] D'Angelo (2023); Sinai & Sim (2024). Jak zauważono w raporcie Cass, "Rola psychoterapii we wspieraniu dzieci i młodzieży z inkongruencją płciową lub dystresem psychicznym została przyćmiona przez niekonstruktywną, spolaryzowaną debatę na temat praktyk konwersyjnych. Terminy takie jak „podejście afirmatywne” i „eksploracyjne” zostały wykorzystane jako broń do tego stopnia, że trudno jest znaleźć jakąkolwiek neutralną terminologię" (Cass, 2024a, s. 150).

[92] Na przykład psycholog Laura Edwards Leeper stwierdziła, że „łączenie terapii konwersyjnej z eksploracją tożsamości jest prawdopodobnie największym zagrożeniem zarówno dla młodzieży cis, doświadczającej dysforii płciowej, jak i młodzieży trans. Retoryka używana do łączenia tych dwóch pojęć musi natychmiast ustać" (McDeavitt, 2025). Zob. również Edwards-Leeper & Anderson (2021).

[93] Cass (2024a, s. 15).

[94] Np. Coalition for the Advancement and Application of Psychological Science [Koalicja na rzecz Rozwoju i Zastosowania Nauk Psychologicznych] (2021).

[95] Zastosowanie teorii stresu mniejszościowego do różnic w zdrowiu psychicznym dorosłych osób należących do mniejszości seksualnych zostało pierwotnie przeprowadzone w (Meyer, 2003). Zgodnie z definicją Chelliah et al. (2024), „ramy stresu mniejszościowego... zostały wykorzystane do konceptualizacji związków między (...) różnicami w zdrowiu psychicznym a czynnikami stresogennymi związanymi z tożsamością lub statusem mniejszości”. Ramy te, które (podobnie jak wszystkie inne ramy koncepcyjne) mają swoje ograniczenia (Bailey, 2020; Zucker i in., 2016), były w ciągu ostatnich 5–10 lat szeroko stosowane w literaturze pediatrycznej medycyny gender (przykłady w rozdziale 13). Chociaż ważne jest, aby terapeuci wyjaśniali pacjentom doświadczenia związane z prześladowaniem lub wrogością, automatyczne przyjmowanie założeń nie jest psychoterapeutycznie uzasadnioną praktyką, zwłaszcza gdy założenia te mogą prowadzić do niewłaściwych zaleceń terapeutycznych.

[96] Churcher Clarke & Spiliadis (2019); D'Angelo et al. (2021); Lemma (2018); Sinai & Sim (2024); Spiliadis (2019).

[97] Np. Tordoff (2022).

[98] Clayton (2023).

[99] D'Angelo i in. (2021, s. 13).

[100] Jak zauważono w raporcie Cass, „skupienie się wyłącznie na tożsamości płciowej rodzi problem „zaciemnienia diagnostycznego” (...) dzieci [mogą mieć] więcej niż jeden problem, ale różni specjaliści (...) zajmują się każdym problemem osobno, nie biorąc pod uwagę, że problemy te mogą na siebie wzajemnie wpływać” (Cass, 2024a, s. 200). Zob. również omówienie zjawiska zaciemnienia diagnostycznego w rozdziale 13.

[101] Np. Littman (2021).

[102] Levine (2024).

[103] D'Angelo (2023, s. 1).

[104] Jeppesen et al. (2021).

[105] W Austin et al. (2018) wyniki dotyczące zdrowia psychicznego (w tym depresji) poprawiły się dzięki CBT u 8 nastolatków identyfikujących się jako trans (podgrupa badanej populacji; nie jest jasne, czy zastosowano interwencje hormonalne). Hollinsaid i in. (2020) ponownie przeanalizowali dane z czterech RCT standardowych, ustrukturyzowanych podejść psychoterapeutycznych, koncentrując się na grupie 64 pacjentów, którzy wyrazili chęć zmiany płci (nie jest jednak jasne, ilu z nich spełniałoby kryteria DP; dodatkowo brak było informacji na temat interwencji hormonalnych). Objawy internalizacji i eksternalizacji u tych pacjentów uległy poprawie, choć wolniej niż u innych pacjentów. W badaniu Lucassen i in. (2021) wynik pomiaru depresji nie zmienił się po internetowej terapii poznawczo-behawioralnej u 14 pacjentów identyfikujących się jako osoby trans. W badaniu Silveri i in. (2021) wyniki dotyczące zdrowia psychicznego poprawiły się u 62 nastolatków, którzy identyfikowali się jako osoby trans/różnorodne genderowo po terapii poznawczo-behawioralnej, dialektycznej terapii behawioralnej i terapii rodzinnej, zintegrowanych z dwutygodniowym programem leczenia stacjonarnego problemów psychiatrycznych. W badaniu przedstawiającym dane longitudinalne dotyczące 26 nastolatków (Bluth i in., 2023) wyniki dotyczące zdrowia psychicznego (w tym depresja i skłonności samobójcze) poprawiły się po ośmiu sesjach terapii grupowej opartej na uważności u pacjentów identyfikujących się jako trans, którzy nie byli poddawani interwencjom hormonalnym.

[106] Przypadki kliniczne, opisy przypadków i serie przypadków opisujące włączenie aspektów dynamicznych do pracy eksploracyjnej można znaleźć w Churcher Clarke & Spiliadis (2019); D'Angelo (2020); Spiliadis (2019). Opisy podejść dynamicznych można znaleźć w D'Angelo (2023); Sinai & Sim (2024).

[107] Opis przypadku terapii rodzinnej nastolatka z tendencjami samobójczymi można znaleźć w Russon et al. (2022). Zob. również Silveri et al. (2021) oraz Churcher Clarke & Spiliadis (2019). Przykład psychoedukacji rodziców można znaleźć w Levine (2024).

[108] Zob. również Baron & Dierckxsens (2021).

[109] Baron i Dierckxsens (2021); Clayton (2022); Levine i in. (2022).

[110] Cass, 2024a (s. 31).

[111] Mocne strony i ograniczenia charakterystyczne dla przeglądu przeglądów systematycznych (SR) – zob. rozdział 5.

[112] Nie jest to technicznie ograniczenie (ponieważ niniejszy przegląd nie ma charakteru wytycznych WPK), ale wyjaśnienie.

[113] Patashnik i in. (2017, s. 10).