

Ustawa

z dnia 2023 r.

o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty

Art. 1. W ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2022 r. poz. 1731) wprowadza się następujące zmiany:

1) po art. 34 dodaje się art. 34a w brzmieniu:

„34a. 1. Przeprowadzenie zabiegu operacyjnego lub podjęcie innych działań medycznych w celu uzyskania cech płciowych typowych dla płci przeciwnej względem męskiej albo żeńskiej płci pacjenta, rozpoznanej przy urodzeniu, w szczególności:

- a) usunięcie gruczołów płciowych,
- b) stosowanie hormonów płciowych i ich analogów,
- c) ingerowanie w funkcjonowanie gruczołów płciowych i działanie wytwarzanych przez nie hormonów płciowych
- d) usunięcie lub wytworzenie drugorzędowych i trzeciorzędowych cech płciowych,

jest niedopuszczalne w stosunku do pacjenta:

- 1) małoletniego,
- 2) ubezwłasnowolnionego częściowo lub całkowicie,
- 3) u którego stwierdzono zaburzenia neurorozwojowe, choroby lub zaburzenia psychiczne, w tym zaburzenia osobowości lub z innych powodów niezdolnego do świadomego wyrażenia zgody, mimo pełnej zdolności do czynności prawnych.

2. Niedopuszczalne jest stosowanie wobec pacjentów, o których mowa w ust. 1 preparatów hamujących czynność hormonalną gruczołów płciowych w celu przygotowania ich do zabiegu operacyjnego lub podjęcia innych działań medycznych zmierzających do uzyskania cech płciowych typowych dla płci przeciwnej względem męskiej albo żeńskiej płci pacjenta rozpoznanej przy urodzeniu.

3. Ograniczenia, o których mowa w ust. 1 i ust. 2, nie dotyczą sytuacji, w których u pacjenta stwierdzono występowanie wrodzonej wady rozwojowej narządów płciowych lub innych zaburzeń rozwoju płci.

2) w art. 58 po ust. 2 dodaje się ust. 2a w brzmieniu:

„2a. Kto przeprowadza zabieg operacyjny lub podejmuje inne działania medyczne określone w art. 34a, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3.”.

Art. 2. Ustawa wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

UZASADNIENIE

I. Potrzeba i cel wydania ustawy.

W ostatnich latach, w wielu krajach na świecie, szczególnie w Europie i Ameryce Północnej obserwuje się drastyczny wzrost liczby osób małoletnich deklarujących identyfikację z płcią przeciwną względem ich płci urodzenia. Szczególnie alarmujące są statystyki zgłoszeń do specjalistycznych ośrodków medycznych dokonujących interwencji hormonalnych i chirurgicznych na dzieciach. Miarą zjawiska są wzrosty skierowań liczone w tysiącach procentów w okresie kilku lat¹, tak, iż określa się je mianem „epidemicznego”². Nie omija ono także Polski, stając się przedmiotem debaty publicznej.

Temu relatywnie nowemu – gdyż obserwowanemu od przełomie pierwszej i drugiej dekady obecnego wieku – zjawisku towarzyszył (poprzedzał je) wzrost popularności nowego modelu postępowania z takimi osobami, określanego mianem „terapii afirmującej płeć” (*gender – affirmative treatment*), afirmującego nie tyle płeć biologiczną (*sex*), co tożsamość płciową (*gender identity*). Zakłada on, jako rutynową procedurę, wsparcie pacjentów deklarujących dysfориę płciową (brak akceptacji własnej płci i wynikający z tego dyskomfort) w przyjęciu roli społecznej właściwej płci przeciwnej, następnie podawanie środków blokujących proces dojrzewania płciowego dziecka, hormonów płci przeciwnej oraz przeprowadzanie operacji chirurgicznych.

Nieodwracalny charakter tych zabiegów, rosnąca liczba świadectw osób żałujących podjętej decyzji i liczne doniesienia o nadużyciach skłoniły szereg państw, wiodących ośrodków medycznych i naukowych oraz towarzystw lekarskich do gruntownego zbadania podstaw naukowych i zasadności przeprowadzania interwencji hormonalnych i chirurgicznych na dzieciach.

W efekcie przeprowadzonych analiz całej dostępnej literatury naukowej na ten temat (o czym dalej) stwierdzono m.in., iż jakość badań stojących za podejściem medycznym była niskiej jakości, a rzeczywiste ryzyka wynikające ze sztucznego zatrzymywania

¹ Przykładowo, w Szwecji lista zgłoszeń w ciągu zaledwie 8 lat wzrosła o 19700 proc., we Włoszech o 7200 proc, w Wielkiej Brytanii o 2457 proc, w Norwegii o 1750 proc, w Holandii o 904 proc., w Finlandii o 634 proc. Poza Europą, w Australii o 12650 proc, w Kanadzie o 538 proc., w USA o 275 proc. i w Nowej Zelandii – 187 proc.

Marianowicz-Szczygieł, A. (2022). Wzrost zaburzeń tożsamości płci wśród dzieci i młodzieży – dane z 10 krajów. Możliwe wyjaśnienia, wnioski dla rodziców, Kwartalnik Naukowy Fides Et Ratio, 49(1), 122-141. <https://doi.org/10.34766/fetr.v49i1.1060>

² Określenie użyte przez Narodową Akademię Medyczną we Francji w stanowisku dostępnym pod adresem: www.academie-medecine.fr/la-medecine-face-a-la-transidentite-de-genre-chez-les-enfants-et-les-adolescents/?lang=en

dojrzewania płciowego przewyższają potencjalne korzyści oraz że działania takie mają charakter eksperymentu.

W konsekwencji w Szwecji, Finlandii, Wielkiej Brytanii oraz w 19 Stanach USA **zaprzesano lub radykalnie ograniczono** podejmowania wobec osób małoletnich interwencji medycznych zmierzających do upodobnienia pacjenta do płci przeciwnej. W innych państwach zalecono daleko idącą ostrożność w ich stosowaniu, podkreślając eksperymentalny charakter powyższego modelu.

W świetle powyższego, istniejący w Polsce brak regulacji chroniących małoletnich przed działaniami zakłócającymi ich rozwój płciowy, mającymi znamiona eksperymentu i niosącymi nieodwracalne konsekwencje dla ich zdrowia i życia stwarza potrzebę ingerencji ustawodawcy.

Celem projektu jest jednoznaczne rozstrzygnięcie wątpliwości dotyczących działań medycznych polegających na (1) podawaniu środków blokujących wydzielanie gonadoliberyny (GnRH) odpowiedzialnej za dojrzewanie płciowe, (2) podawaniu hormonów maskulinizujących/feminizujących oraz (3) przeprowadzaniu zabiegów chirurgicznych *wobec osób małoletnich* w celu uzyskania cech płciowych typowych dla płci przeciwnej względem męskiej albo żeńskiej płci pacjenta rozpoznanej przy urodzeniu. Projekt przewiduje zakaz takich działań, z jednoczesnym wyłączeniem sytuacji, w których u pacjenta stwierdzono występowanie wrodzonej wady rozwojowej narządów płciowych lub innych zaburzeń rozwoju płci.

II. Różnica między dotychczasowym a projektowanym stanem prawnym.

Problematyka działań medycznych podejmowanych w celu uzyskania cech płciowych typowych dla płci przeciwnej względem męskiej albo żeńskiej płci pacjenta rozpoznanej przy urodzeniu nie jest uregulowana w sposób bezpośredni i jednoznaczny. Znajdują do niej zastosowanie przepisy:

- ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty³. Przede wszystkim, wyrażony w art. 31 wymóg poinformowania pacjenta o stanie jego zdrowia i następstwach leczenia oraz nakaz uzyskania zgody pacjenta na badania i świadczenia zdrowotne, o którym stanowi art. 32 i art. 34 ustawy. Zgodnie z art. 32 ust. 2 i art. 34 ust. 3 ustawy, w przypadku osób małoletnich zgodę taką musi wyrazić przedstawiciel ustawowy pacjenta, a w przypadku braku przedstawiciela ustawowego – sąd opiekuńczy. Możliwość działania lekarza bez zgody pacjenta

³ Dz. U. z 2022 r. poz. 1731.

ograniczona jest do przypadków nagłych, o czym stanowi art. 33 i art. 35, a więc nieobjętych treścią niniejszego projektu. Za istotną wytyczną należy uznać także zasadę *primum non nocere* stanowiącą ważny element składowy etyki zawodowej lekarza, o której mowa w art. 4 ustawy.

- ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. Kodeks karny⁴. Na podstawie art. 192 Kodeksu karnego wykonanie zabiegu leczniczego bez zgody pacjenta stanowi występki zagrożony grzywną, karą ograniczenia wolności albo karą pozbawienia wolności do lat 2, ścigany na wniosek pokrzywdzonego. Pojęcie zabiegu leczniczego zawarte w tym przepisie, według stanowiska doktryny, obejmuje zarówno zabiegi dokonywane w ramach rutynowych świadczeń medycznych, jak i zabiegi eksperymentalne zarówno lecznicze, jak i badawcze⁵, co pozwalałoby objąć dyspozycją tego przepisu także niestandardowe procedury w rodzaju medycznej „tranzycji” („zmiany”) płci. Tak więc lekarz, który przystąpiłby do wykonania takiej terapii bez uzyskania zgody obojga rodziców małoletniego narażałby się na odpowiedzialność z tytułu naruszenia wskazanej normy karnej.

Postępowanie lekarskie może być ponadto oceniane w kontekście art. 156 § 1 pkt 1 kodeksu karnego, który przewiduje odpowiedzialność karną za spowodowanie ciężkiego uszczerbku na zdrowiu w postaci pozbawienia człowieka m.in. zdolności płodzenia. Taki efekt niosą ze sobą działania medyczne podejmowane w ramach tranzycji płci.

Powyższe przepisy, w szczególności art. 156 § 1 pkt 1 k.k., pozostawiają szerokie pole interpretacyjne co do ich zastosowania wobec działań medycznych podejmowanych w celu uzyskania cech płciowych typowych dla płci przeciwnej względem męskiej albo żeńskiej płci pacjenta, rozpoznanej przy urodzeniu. W doktrynie powstały dwa przeciwstawne nurty, z których jeden wyraża stanowisko aprobowane podleganie tych działań przepisom prawa karnego z art. 156 § 1 pkt 1 k.k., drugi zaś opowiada się za możliwością wykonania takiej operacji bez konsekwencji karnych.

Projekt, poprzez unormowanie zagadnienia dotąd nieuregulowanego prawnie, ale występującego w praktyce, przyczyni się do **zwiększenia stanu pewności prawa** poprzez jednoznaczne rozstrzygnięcie ustawodawcy o niedopuszczalności określonych w projekcie działań. Jednocześnie pozwoli na **pełniejszą ochronę dzieci** jako osób małoletnich i w związku z tym jeszcze niedojrzałych przed działaniami nieodwracalnymi, o krytycznym, rzutującym na całe ich życie charakterze, a do tego najczęściej zbędnych, jako że postawa odrzucenia własnej płci ma zazwyczaj charakter przejściowy (o czym dalej).

⁴ Dz.U. z 2022 r. poz. 1138.

⁵ Tak m.in. A. Zoll w: „Kodeks karny. Część szczególna. Tom II. Część I.”.

Niniejszy projekt w żaden sposób *nie* odnosi się do problematyki *metrykalnej* zmiany płci. *Nie* dotyczy zatem takich zagadnień jak możliwość zawarcia małżeństwa przez osobę, która dokonała metrykalnej zmiany płci lub zmiany płci przez osobę pozostającą w związku małżeńskim⁶ lub której przysługuje prawo do wykonywania władzy rodzicielskiej (sprawowania opieki prawnej) względem małoletniego dziecka, podobnie jak problematyki rodzicielstwa takich osób (ich statutu jako matki albo ojca).

III. Rzeczywisty stan dziedziny, która ma być unormowana.

1. Skala zjawiska.

W Polsce istnieją kliniki chirurgii plastycznej oferujące przeprowadzanie „operacji korekty płci” jednak brakuje danych na temat liczby pacjentów małoletnich na których takie operacje zostały przeprowadzone. Brak także podobnych danych z ośrodków endokrynologicznych. Znane są natomiast liczby zgłoszeń do specjalistycznych klinik przyjmujących małoletnich pacjentów z podejrzeniem dysforii płciowej i spectrum zaburzeń tożsamości płci działających za granicą. Wszystkie wskazują na silny, międzynarodowy trend zachodzący w kręgu kultury zachodniej.

Przykładowo, w klinice GIDS⁷ w Londynie założonej w 1989 r. liczba pacjentów wynosiła początkowo 4 (czterech) rocznie i do 2009 r. (97 przypadków) rosła powoli by od tego czasu zanotować wzrost do aż 2.383 przypadków w 2021 r. czyli o 2.457 proc. W jednej z klinik w Holandii liczba pacjentów wzrosła z 26 do 235 w latach 2006 – 2016 czyli o 904 proc. W szpitalu w Szwecji: z 1 do 197 w latach 2006 – 2016 czyli o 19.700 proc. Także dane z innych krajów wskazują na wzrosty rzędu kilkuset lub kilku tysięcy procent.⁸

We wszystkich krajach zauważalne jest ponadto, iż najbardziej drastyczny wzrost diagnoz odnotowuje się głównie wśród dziewcząt, przede wszystkim w kategorii wiekowej 13-17 lat.

⁶ O ile nie jest nią niepełnoletnia kobieta, która ukończyła lat szesnaście i za zgodą sądu opiekuńczego zawarła małżeństwo (zgodnie z art. 10 § 1 ustawy z dnia 25 lutego 1964 r Kodeks rodzinny i opiekuńczy, Dz.U. z 2020 r. poz. 1359)

⁷ Klinika GIDS czyli *Gender Identity Development Service*.

⁸ A. Marianowicz – Szczygieł, *Wzrost zaburzeń tożsamości płci wśród dzieci i młodzieży – dane z 10 krajów. Możliwe wyjaśnienia, wnioski dla rodziców*, „Fides et Ratio”, nr 1(49)2022.

2. Przyczyny.

Zrozumienie przyczyny jakiegokolwiek zjawiska ma kluczowe znaczenie w sformułowaniu adekwatnej odpowiedzi. Za niewątpliwe lub wysoce prawdopodobne przyczyny dramatycznego wzrostu liczby nastolatków odrzucających własną płć należy, w oparciu o posiadaną wiedzę, uznać:

- 1) wpływ kultury podważającej i destabilizującej kategorię płci, a szerzej małżeństwa i rodziny,
- 2) zmiana podejścia wpływowych towarzystw medycznych (lub medyczno – aktywistycznych) do dzieci i nastolatków deklarujących niechęć do własnego ciała (płci).
- 3) wpływ środowiska rówieśniczego, internetowych grup społecznościowych i mediów społecznościowych (w tym postaci popularyzujących koncepcję „zmiany płci”),

Druga z nich zostanie pokrótce omówiona poniżej, w rozdziale (III.3), a pierwsza i trzecia w rozdz. III.6.

3. Podstawowe fakty na temat płci i „tożsamości płciowej”.

Debata na temat regulacji prawnych dotyczących zabiegów operacyjnych i innych działań medycznych podejmowanych w ramach procesu upodabniania pacjenta do płci przeciwnej względem jego męskiej albo żeńskiej płci rozpoznanej przy urodzeniu nie może abstrahować od elementarnych faktów dotyczących płci oraz „tożsamości płciowej”. Należy zatem wpierw podkreślić, iż:

„płć jest dymorficzną, wrodzoną cechą identyfikowaną w odniesieniu do biologicznej roli organizmu w procesie reprodukcji. (...) Różnice płciowe oparte są na co najmniej czterech różnych mechanizmach genetycznych, do tego na działaniu hormonów płciowych i wpływach środowiskowych. (...) rzeczywistość dymorfizmu płciowego i jego znaczenie dla zdrowia jest udokumentowana od dziesięcioleci.

Medycyna od dawna definiuje płć jako cechę biologiczną, która dzieli istoty żywe na męskie lub żeńskie na podstawie posiadanego zestawu chromosomów płciowych oraz obecności określonych narządów rozrodczych i genitaliów. To nie jest arbitralna decyzja. W naukach przyrodniczych płć jest definiowana na podstawie tego, czy organizm jest skonstruowany tak, aby dawać czy aby

przyjmować materiał genetyczny podczas procesu reprodukcji. Organizmy, które przekazują materiał genetyczny, są klasyfikowane jako męskie; te, które przyjmują materiał genetyczny, są klasyfikowane jako żeńskie. Ludzie, podobnie jak wszystkie ssaki, rozmnażają się płciowo. Taki system, ze swej definicji, jest systemem binarnym.

Interwencje, które zmieniają fizjonomię osoby, nie zmieniają jej kodu genetycznego. Dlatego jej płeć nie ulega zmianie. Podawanie hormonów płciowych i innych środków może w różnym stopniu zmienić wygląd i fizjologię, ale preparaty te nie zmieniają płci biologicznej.”

Z kolei „biologiczne różnice między płciami wpływają na wszystkie układy narządów, oddziałują na skłonność do rozwoju niektórych chorób, zmieniają reakcje na leki, toksyny i ból, a także skutkują istotnymi różnicami fizycznymi, poznawczymi, emocjonalnymi i behawioralnymi.”⁹

Przeciwnie, „tożsamość płciowa” jest subiektywnym „poczuciem” własnej płci, stanem odnoszącym się do psychiki człowieka, mogącym ulegać zmianie¹⁰, który nie podlega obiektywnej weryfikacji. „Nie istnieje żaden test (badający mózg, DNA lub cokolwiek innego), który mógłby wiarygodnie rozróżnić osobę identyfikującą się jako trans od tej, która się tak nie identyfikuje.”¹¹ Nawet *World Professional Association for Transgender Health* (WPATH)¹² przyznaje, iż „nie jest możliwe odróżnienie tych u których tożsamość płciowa może wydawać się stała od urodzenia od tych u których wydaje się ona być etapem w procesie rozwoju własnej tożsamości.”¹³

Tym samym nie ma też możliwości przewidzenia, u kogo dysforia płciowa ustąpiłaby samoistnie z czasem, u kogo przy wsparciu psychoterapii, a u kogo, już po rozpoczęciu interwencji medycznych, okazałaby się mieć inne, pierwotne przyczyny. „Nie istnieją ani badania krwi ani procedury obrazowe, które mogłyby potwierdzić samo-identyfikowaną tożsamość płciową danej osoby. Ocena opiera się wyłącznie na relacji pacjenta na temat wewnętrznie odczuwanych uczuć i przekonań”¹⁴ Nic, co byłoby swoistym materialnym dowodem. **Bez medycznych, empirycznych, weryfikowalnych podstaw**

⁹ American College of Pediatricians, *Sex is a Biological Trait of Medical Significance*, marzec 2021.

¹⁰ Por. rozdz. III.5.1 poniżej.

¹¹ J. Cohn, *Some Limitations of “Challenges in the Care of Transgender and Gender-Diverse Youth: An Endocrinologist’s View”*, *Journal of Sex & Marital Therapy*, 2022, s. 4, <https://doi.org/10.1080/0092623X.2022.2160396>.

¹² Zob. przypisy nr 28 poniżej.

¹³ E. Coleman, A. E. Radix i in., *Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People*, wersja 8, “*International Journal of Transgender Health*”, 2022, s. S45, <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>.

¹⁴ Paul W. Hruz i in., *Deficiencies in Scientific Evidence for Medical Management of Gender Dysphoria*, “*The Linacre Quarterly*”, 87(1), luty 2020, <https://doi.org/10.1177/0024363919873762>.

dezorientacji płciowej, stan ten istnieje głównie w umyśle jednostki. Nie istnieje fizycznie w ciele.

Niemożliwość obiektywnego (empirycznego) ustalenie „tożsamości płciowej” i jej deklarowanej niezgodnością z ciałem wiąże się także ze specyfiką różnicy między mózgiem kobiecym a męskim, która to różnica nie jest, w przeciwieństwie do pierwszo i drugorzędowych cech płciowych, „wrodzoną cechą identyfikowaną w odniesieniu do biologicznej roli organizmu w procesie reprodukcji”.

Różnice w budowie mózgu u kobiet i mężczyzn mają, poza przede wszystkim różnicą w wielkości, zasadniczo charakter ogólnych prawidłowości, a nie bezwyjątkowych, absolutnych podziałów i pod tym względem przypominają przykładowo wzrost i wagę: większość mężczyzn jest wyższa i cięższa od kobiet, ale przecież niektórzy mężczyźni są niżsi od niektórych kobiet, co w żaden sposób nie oznacza, że są w mniejszym stopniu mężczyznami. Oznacza to, że różnice między mózgami kobiet i mężczyzn nie mają, jak to jest w przypadku układu rozrodczego, charakteru zero – jedynkowego. Jedno z najbardziej wszechstronnych badań¹⁵ neuroobrazowych wyraźnie pokazuje, że ludzki mózg jest mozaiką cech „kobiecych” i „męskich”. Mózgi mężczyzn posiadają określone („męskie”) cechy częściej niż mózgi kobiet, co nie oznacza, że cechy te w ogóle nie występują u kobiet. Podobnie mózgi kobiet posiadają określone („żeńskie”) cechy częściej niż mózgi mężczyzn, co nie oznacza, że cechy te w ogóle nie występują u mężczyzn.

Ponadto dobrze poznaną cechą ludzkiego mózgu jaką jest jego neuroplastyczność (zdolność do zmian mikrostruktury pod wpływem doświadczeń, nabywanych umiejętności, wpływu środowiska czy stresu)¹⁶, która sprawia, że nie jest jasnym, czy potencjalne zmiany w jego strukturze byłyby przyczyną czy konsekwencją transseksualnej tożsamości lub zachowań.

Powyższe czyni niezwykle trudnym (o ile w ogóle możliwym) potwierdzenie tezy o możliwości „uwięzienia kobiecego mózgu w męskim ciele” (albo *vice versa*).

4. „Terapia afirmująca płeć” (*gender affirmative therapy*) w świetle systemowych przeglądów dostępnej wiedzy naukowej.

¹⁵ Daphna Joel i in., *Sex beyond the genitalia: The human brain mosaic*, “The Proceedings of the National Academy of Sciences (PNAS)”, 112(50), 2015, <https://doi.org/10.1073/pnas.150965411>.

¹⁶ J. Gu, R. Kanai. *What contributes to individual differences in brain structure?*, “Frontiers in Human Neuroscience”, 2014, [za:] <https://acpeds.org/position-statements/gender-dysphoria-in-children>

Za kluczową, naukową podstawę „terapii afirmującej płeć” przyjmuje się doświadczenia holenderskich medyków dokonujących eksperymentalnych tranzycji osób niepełnoletnich. Wykazano, że doświadczenia te, znane jako „protokół holenderski” i opisane w badaniu¹⁷ obejmującym finalnie zalewie 55 osób „cierpią na tak poważne ograniczenia, że nigdy nie powinny zostać użyte jako uzasadnienie wprowadzenia nowego typu interwencji do praktyki medycznej.”¹⁸ Wątpliwości budzi ponadto finansowe zaangażowanie w prace nad protokołem holenderskim koncernu farmaceutycznego produkującego środek stosowany w ramach tranzycji¹⁹.

Pomimo wykazanych błędów, „protokół holenderski” przewidywał jeszcze pewne minimalne kryteria dopuszczalności pacjenta do procedury, tak, aby uniknąć interwencji medycznych na osobach u których postawa odrzucenia własnej płci miała charakter przejściowy. Wyraźnie wykluczone zostały osoby, u których dysforia płciowa pojawiła

¹⁷ Opisanym w dwóch publikacjach. Pierwsza, z 2011 r., opisywała efekty obserwowane u nastolatków, którym podawano blokery: A. L. C. de Vries, P.T. Cohen-Kettenis i in., *Puberty suppression in adolescents with gender identity disorder: A prospective follow-up study*, „The Journal of Sexual Medicine”, 8(8), sierpień 2011, <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x>

Druga, z 2014 r., opisywała efekty obserwowane u tych z nich, którzy przeszli proces do końca, łącznie z pełną operacją chirurgiczną: A. L. C. de Vries, P.T. Cohen-Kettenis i in., *Young adult psychological outcome after puberty suppression and gender reassignment*, „Pediatrics”, 134(4), 2014, <https://doi.org/10.1542/peds.2013-2958>.

¹⁸ E. Abbruzzese, S.B. Levine, J.W. Mason *The Myth of “Reliable Research” in Pediatric Gender Medicine: A critical evaluation of the Dutch Studies—and research that has followed*, Journal of Sex & Marital Therapy, 2023, <https://doi.org/10.1080/0092623X.2022.2150346>.

Autorzy wskazują, m.in. na:

1. Stronniczość widoczną m.in. w nierzetelnym doborze badanych przypadków.
Do pierwszego etapu badania, dotyczącego efektów pierwszego etapu tranzycji tj. przyjmowania blokerów dojrzewania, zakwalifikowano wyłącznie te osoby (70), które etap ten pomyślnie zakończyły i rozpoczęły przyjmowania hormonów płciowych. Następnie, liczba ta, na etapie badania efektów przyjmowania hormonów płciowych i operacji chirurgicznych została ograniczona do 55 osób. Ci, u których rozwinęły się problemy zdrowotne, zostali przeklasyfikowani na „nieuczestniczących” i zupełnie pominięci w ostatecznych wynikach badań. Ponadto uczestnicy odpowiadali na częściowo inne pytania przed i po przejściu tranzycji.
2. Brak badania wpływu całego procesu na zdrowie fizyczne pacjentów.
3. Wszyscy badani uczestnicy byli poddani psychoterapii, co uniemożliwia określenie, która interwencja „zadziałała”.
W przeciwieństwie do dzisiejszych prób marginalizowania psychoterapii za pomocą oskarżeń o „terapię konwersyjną”, protokół holenderski wymagał ciągłej psychoterapii.
4. Wyniki badań holenderskich są x dwóch powodów:
 - (1) obecnie chęć tranzycji zgłaszają nastolatki, u których dysforia płciowa pojawiła się w czasie okresu dojrzewania i które cierpią na zaburzenia zdrowia psychicznego;
 - (2) protokół holenderski wyraźnie dyskwalifikował takich pacjentów z obawy, że ryzyko negatywnych konsekwencji zbyt wczesnej tranzycji może przeważać nad korzyściami.

¹⁹ „Ferring Pharmaceuticals has supported the publication of these proceedings.” (s.131) oraz “The authors are very grateful to Ferring Pharmaceuticals for the financial support of studies on the treatment of adolescents with gender identity disorders.” (s. 137).

H. A. Delemarre-van de Waal, P.T. Cohen-Kettenis, *Clinical management of gender identity disorder in adolescents: a protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects*, „European Journal of Endocrinology”, 155(1), 2006, <https://doi.org/10.1530/eje.1.02231> oraz pod adresem: www.researchgate.net/publication/237939431_Clinical_Management_of_Gender_Identity_Disorder_in_Adolescents_A_Protocol_on_Psychological_and_Paediatric_Endocrinology_Aspects

się dopiero w okresie dojrzewania, osoby deklarujące tożsamość niebinarną czy cierpiące na zaburzenia psychiczne.

Wszystkie one zostały stopniowo porzucone²⁰ przez *gender – affirmative treatment*, tak, iż zgodnie z tym modelem, interwencji medycznych zmierzających do upodobnienia pacjenta do płci przeciwnej można dokonywać u²¹:

- nastolatków (a nawet dzieci) którzy nie doświadczyli dysforii płciowej w dzieciństwie, a dopiero w okresie dojrzewania, krótko przed rozpoczęciem interwencji medycznej,
- bez badań psychiatryczno-psychologicznych (lub z ich znaczącym ograniczeniem). Generalnym założeniem jest oparcie leczenia na interwencji hormonalnej i chirurgicznej. „Zajmowanie się chorobami psychicznymi i innymi zaburzeniami jest ważne, ale nie powinno stanowić przeszkody w opiece związanej z tranzycją.”²²
- niekoniecznie w sposób całościowy.

Odrzucając dychotomiczne rozumienie płci i afirmując „tożsamości niebinarne” oraz wszelkie wyrazy „nonkonformizmu płciowego” i „ekspresji płciowej” akceptuje się interwencje medyczne, które upodabniają pacjenta do płci przeciwnej jedynie częściowo tak, iż możliwym jest, przykładowo, u kobiety terapia hormonalna (obniżenie głosu, zarost na twarzy) i chirurgiczna (amputacja piersi) przy zachowaniu żeńskich organów płciowych i zdolności płodzenia.

- w oparciu głównie o deklarowaną aktualnie wolę dziecka, uznawaną za podstawowe kryterium rozpoczęcia interwencji medycznej.

Brak zdolności do wyrażenia świadomej zgody *nie* musi być przeszkodą do podjęcia takiej interwencji. „Podejście afirmujące *gender* opiera się na przekonaniu, iż dziecko powinno móc »żyć w płci (*in the gender*), która wydaje się mu najbardziej realna lub wygodna i wyrażać ją bez ograniczeń, oszczerstw lub odrzucenia, dlatego oświadczenia dziecka dotyczące jego tożsamości płciowej nie powinny być kwestionowane, ale zamiast tego akceptowane.»²³

²⁰ Na temat wykorzystywania protokołu holenderskiego poza jego ramami wypowiedziała się w 2020 roku dr Annelou de Vries, główna autorka holenderskiego badania, na którym opiera się terapia afirmująca *gender* sugerując, że dla wielu z dominujących dziś przypadków osób z dysforią płciową (nastolatków) bardziej korzystna byłaby psychoterapia niż z przyjmowania blokerów, hormonów i poddawania się operacjom.

A.L.C. de Vries, *Challenges in Timing Puberty Suppression for Gender-Nonconforming Adolescents*, “Pediatrics”, 146 (4), 2022, <https://doi.org/10.1542/peds.2020-010611>.

²¹ E. Coleman, A. E. Radix i in., *Standards of Care...* dz. cyt.

²² Tamże, s. 171.

²³ M. Hidalgo i in., *The gender affirmative model: what we know and what we aim to learn*, “Human Development”, 56(5), 2013, [za:] www.ranzcp.org/clinical-guidelines-publications/clinical-guidelines-publications-library/recognising-and-addressing-the-mental-health-needs-of-people-experiencing-gender-dysphoria

Model ten (medyczne upodabnianie do płci przeciwnej) jest obecnie najbardziej rozpowszechniony w Stanach Zjednoczonych, gdzie został spopularyzowany przede wszystkim przez dwie organizacje: Towarzystwo Endokrynologiczne (*Endocrine Society*) oraz Światowe Stowarzyszenie Specjalistów (-tek) do Spraw Zdrowia Osób Transpłciowych (*World Professional Association for Transgender Health, WPATH*) i gdzie liczba klinik specjalizujących się podawaniu hormonów i przeprowadzaniu zabiegów operacyjnych wzrosła z jednej, założonej w 2007 r. do ponad 100 w 2022 r.²⁴

Opublikowane przez te organizacje, odpowiednio, wytyczne i standardy²⁵ są często powoływane jako dowód na prawdziwość tezy o tym, iż zabiegi medyczne upodabniające do płci przeciwnej nie budzą kontrowersji i są oparte na dowodach (*evidence based*).

Tymczasem według oceny wydanej przez samo Towarzystwo Endokrynologiczne, sporządzonej przez powołany do tego zespół (*task force*), w oparciu o prestiżowy standard GRADE (*Grading of Recommendations, Assessment, Development, and Evaluation*), **badania będące podstawą wydanych wytycznych są „niskiej” (*low*) jakości** („*the quality of the evidence was low*”)²⁶.

Z kolei „**standardy**” WPATH **nie są oparte o żaden systemowy, kompleksowy przegląd dostępnej wiedzy naukowej**. Jest to o tyle ważne, że „systemowe przeglądy dostępnej wiedzy odgrywają w tym procesie wyjątkowo ważną rolę. Zamiast arbitralnie wybierać badania i po prostu ponownie przedstawiać ich wyniki i wnioski, systemowe przeglądy literatury naukowej analizują wszystkie badania spełniające z góry określone kryteria i weryfikują je pod kątem stroniczości i błędów metodologicznych, wydając wnioski na temat tego, co, w oparciu o cały zebrany materiał, wiadomo na temat skutków interwencji.”²⁷

²⁴ J. Block, *Gender dysphoria in young people is rising—and so is professional disagreement*, “BMJ”, 23.02.2023 r., www.bmj.com/content/380/bmj.p382

²⁵ Odpowiednio:

1) W.C. Hembree, P.T.Cohen-Kettenis i in., *Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline*, “The Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism”, 102(11), 2017. <https://doi.org/10.1210/jc.2017-01658>.

2) E. Coleman, W. Bockting i in., *Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people*, version 7. “International Journal of Transgenderism”, 13(4), 2012, <https://doi.org/10.1080/15532739.2011.700873>.

2a) E. Coleman, A. E. Radix i in., *Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People*, version 8, “International Journal of Transgender Health”, 2022, <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>.

²⁶ W.C. Hembree, P.T.Cohen-Kettenis i in., *Endocrine Treatment...* dz. cyt.

²⁷ JPT Higgins., J. Thomas, Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions version 6.3, www.training.cochrane.org/handbook, [za:] E. Abbruzzese, S.B. Levine, J.W. Mason, *The Myth of “Reliable Research” in Pediatric Gender Medicine: A critical evaluation of the Dutch Studies—and research that has followed*, “Journal of Sex & Marital Therapy”, 2023, s. 3, <https://doi.org/10.1080/0092623X.2022.2150346>

Tymczasem WPATH²⁸ deklaruje, iż, ze względu na ograniczoną liczbę badań, „systemowy przegląd wyników leczenia młodzieży nie jest możliwy”²⁹ Jednak, jak zauważa współtwórca system GRADE, „systemowe przeglądy są zawsze możliwe”, nawet jeśli niewiele lub żadne badania nie spełniają kryteriów kwalifikowalności. Gdyby podmiot wydał rekomendację bez wcześniejszego przeglądu, „naruszyłyby standardy godnych zaufania wytycznych”³⁰.

Dowodzi tego szereg systemowych przeglądów wykonanych w Europie (a pomijanych i przemilczanych przez WPATH), które doprowadziły do zakazu lub zdecydowanego ograniczenia przeprowadzania medycznych tranzycji na osobach małoletnich w następujących krajach:

1) Szwecja

W 2021 r. Szpital Karolinska, będący częścią **Instytutu Karolinska** (*Karolinska Institutet*) – uniwersytetu medyczne przyznającego nagrody Nobla w dziedzinie medycyny, zakończył praktykę podawania blokerów oraz hormonów płci przeciwnej pacjentom w wieku do lat 18. W wydanym oświadczeniu³¹, szpital podkreśla, iż „działania te są kontrowersyjne i ostatnio stały się przedmiotem zwiększonej uwagi i kontroli zarówno w kraju, jak i za granicą.” Szpital przywołał m.in. systemowy przegląd³² dostępnej wiedzy naukowej sporządzony przez Szwedzką Agencję ds. Oceny Technologii Medycznych i Oceny Usług Społecznych (SBU), „który wykazał brak dowodów zarówno co do długoterminowych konsekwencji leczenia, jak i przyczyn dużego napływu pacjentów w ostatnich latach”. W konsekwencji ogłosił **zaprzestanie prowadzenia terapii hormonalnych na osobach do 18 roku życia**, przy czym wobec osób w wieku od

²⁸ Zgodnie z informacją dostępną na stronie WPATH, 76 proc. (2661 z 3496) indywidualnych członków organizacji pochodzi z USA (4 z Polski). Wielu spośród nich jest bezpośrednio związanych z czołowymi organizacjami transseksualnych aktywistów (por. <https://genspect.org/get-them-on-treatment-wpath-and-the-long-reach-of-us-trans-ideology-into-uk-healthcare/>), w latach 2014-2016 aktywista był prezydentem WPATH. Z tego względu wyrażana bywa opinia, iż „WPATH jest hybrydową, profesjonalno – aktywistyczną organizacją” (<https://genderreport.ca/bias-not-evidence-dominate-transgender-standard-of-care/>).

²⁹ E. Coleman, A. E. Radix i in., *Standards of Care...* dz. cyt. s. S46.

³⁰ Za: J. Block, *Gender dysphoria in young people...* dz. cyt., s. 3.

³¹ *Policy Change Regarding Hormonal Treatment of Minors with Gender Dysphoria at Tema Barn - Astrid Lindgren Children's Hospital*, oryginał w języku szwedzkim dostępny pod adresem: <https://segm.org/sites/default/files/Karolinska%20Policyförändring%20K2021-3343%20March%202021%20%28Swedish%29.pdf>

Tłumaczenie na język angielski dostępne pod adresem:

https://segm.org/sites/default/files/Karolinska%20_Policy_Statement_English.pdf

„Astrid Lindgren Children's Hospital jest wewnętrzną jednostką Uniwersyteckiego Szpitala Karolinska.”, [za:] www.karolinska.se/499c3f/globalassets/global/4-gamla-kataloger/centrala-staber/kp/alb/patientinfo-engelska.pdf

³² SBU, *Gender dysphoria in children and adolescents: an inventory of the literature*, 20.10.2019, www.sbu.se/307e.

16 do 18 lat terapia taka jest dopuszczalna wyjątkowo, w ramach badań klinicznych zatwierdzonych przez EPM (*Ethical Review Agency/Swedish Institutional Review Board*).”³³

W ślady Instytutu Karolinska poszła **Szwedzka Krajowa Rada ds. Zdrowia i Opieki Społecznej** która, na polecenie rządu Szwecji³⁴ zaktualizowała, po gruntownej kwerendzie dostępnej wiedzy, opublikowane po raz pierwszy w 2015 r. krajowe standardy opieki nad dziećmi i nastolatkami z dysforią płciową. Zaktualizowane standardy³⁵ opublikowano w lutym 2022 r. Następnie, w wydanym oświadczeniu Krajowa Rada zwróciła uwagę w szczególności na³⁶:

- niską jakość dostępnych danych: dowody na bezpieczeństwo i skuteczność leczenia są niewystarczające, aby wyciągnąć ostateczne wnioski;
- słabo poznaną, wyraźną zmianę demograficzną: przyczyny gwałtownego wzrostu liczby młodych ludzi pragnących dokonać tranzycji oraz zmiana proporcji płci w stronę przewagi kobiet nie są dobrze poznane;
- rosnącą widoczność detranzycji/żału: najnowsza wiedza na temat tranzycji u młodych dorosłych kwestionuje wcześniejsze założenie o niskim odsetku osób żałujących podjętej decyzji, a fakt, że większość takich przypadków nie jest zgłaszana może wskazywać, że statystyki dotyczące detranzycji są niedoszacowane.

W konsekwencji Szwedzka Krajowa Rada ds. Zdrowia i Opieki Społecznej dokonała **zmiany dotychczasowych rekomendacji** z wcześniejszej jednoznacznej rekomendacji leczenia młodzieży hormonami na rekomendację ich unikania z wyjątkiem zupełnie “wyjątkowych przypadków.”

2) Finlandia

W czerwcu 2020 r. powoływana przez rząd i działająca przy Ministerstwie Zdrowia stała Rada ds. Wyborów w Opiece Zdrowotnej w Finlandii (COHERE) wydała nowe wytyczne³⁷ zgodnie z którymi to psychoterapia, a nie blokery dojrzewania i

³³ *Policy Change Regarding Hormonal Treatment of Minors with Gender Dysphoria at Tema Barn - Astrid Lindgren Children's Hospital*,
https://segm.org/sites/default/files/Karolinska%20_Policy_Statement_English.pdf

³⁴ Por. pierwsze zdanie: www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2022-3-7799.pdf

³⁵ www.socialstyrelsen.se/om-socialstyrelsen/pressrum/pressuppdaterade-rekommendationer-for-hormonbehandling-vid-konsdysfori-hos-unga/, [za:] *Summary of Key Recommendations from the Swedish National Board of Health and Welfare (Socialstyrelsen/NBHW)*, 27.02.2022, <https://segm.org/segm-summary-sweden-prioritizes-therapy-curbs-hormones-for-gender-dysphoric-youth>.

³⁶ Tamże.

³⁷ Oficjalne, anglojęzyczne podsumowanie rekomendacji:

https://palveluvalikoima.fi/documents/1237350/22895008/Summary_minors_en.pdf/aaf9a6e7-b970-9de9-165c-abadfae46f2e/Summary_minors_en.pdf

hormony, powinna być pierwszoplanowym rozwiązaniem dla młodzieży z dysforią płciową. W wytycznych podkreślono, że „Wiarygodność dotychczasowych badań, prowadzonych bez grup kontrolnych jest wysoce niepewna” oraz, że „W świetle dostępnych danych, zmiana płci u małoletnich jest praktyką eksperymentalną”. **Dostęp do terapii hormonalnych został ograniczony** do przypadków długotrwałej i ciężkiej dysforii płciowej, której nie towarzyszą symptomy wskazujące na konieczność leczenia psychiatrycznego. **Ingerencje chirurgiczne wobec osób w wieku poniżej 18 lat uznano za całkowicie niedopuszczalne.**

3) Wielka Brytania

W Wielkiej Brytanii diagnozowaniem i pracą z dziećmi kwestionującymi swoją płć zajmuje się jeden, krajowy ośrodek ***The Gender Identity Development Service (GIDS)*** funkcjonujący w ramach *Tavistock Clinic*. W związku z coraz głośniejszym dyskutowanym, gwałtownym wzrostem liczby dzieci kierowanych do GIDS (szczególnie nastoletnich dziewcząt), licznymi przypadkami detranzycji, wątpliwościami medycznymi, psychologicznymi i etycznymi oraz zgłaszanymi błędami proceduralnymi, w styczniu 2020 r. *The National Health Service England* (NHS England), odpowiednik polskiego NFZ, powołał *Policy Working Group* (PWG) pod przewodnictwem cenionej pediatry Hillary Cass, w celu dokonania przeglądu aktualnego stanu wiedzy na temat wpływu blokerów dojrzewania oraz feminizujących/maskulinizujących hormonów na osoby niepełnoletnie z dysforią płciową.

Na potrzeby prac PWG, *The National Institute for Health and Care Excellence* (NICE) opublikował w marcu 2021 r. dwa krytyczne raporty, z których jeden dotyczył blokerów dojrzewania³⁸, a drugi feminizujących / maskulinizujących hormonów³⁹

W lutym 2022 r. PWG opublikowała wstępną wersję „Cass Review”⁴⁰. Zaprezentowane w dokumencie krytycyzm wobec „*gender-affirming therapy*

Nieoficjalne tłumaczenie całej treści rekomendacji:

https://segm.org/sites/default/files/Finnish_Guidelines_2020_Minors_Unofficial%20Translation_0.pdf

³⁸ NICE, *Evidence Review: Gonadotrophin releasing hormone analogues for children and adolescents with gender dysphoria*, 2020.

We wnioskach wskazano, iż: “*The results of the studies that reported impact on the critical outcomes of gender dysphoria and mental health (depression, anger and anxiety), and the important outcomes of body image and psychosocial impact (global and psychosocial functioning) in children and adolescents with gender dysphoria are of very low certainty using modified GRADE. (...) Studies that found differences in outcomes could represent changes that are either of questionable clinical value, or the studies themselves are not reliable and changes could be due to confounding, bias or chance.*” Tamże, s. 45.

³⁹ NICE, *Evidence review: Gender-affirming hormones for children and adolescents with gender dysphoria*, 2020.

We wnioskach wskazano, iż: “*This evidence review found limited evidence for the effectiveness and safety of gender affirming hormones in children and adolescents with gender dysphoria, with all studies being uncontrolled, observational studies, and all outcomes of very low certainty.*” Tamże, s. 50.

(uznającej autodiagnozę pacjenta i jego deklarowaną tożsamość za punkt wyjścia i podstawę leczenia) przesądził o ogłoszeniu przez NHS w lipcu 2022 r. decyzji o zamknięciu kliniki GIDS⁴¹.

Następnie, w październiku 2022 r. NHS England opublikował wstępną wersję wytycznych⁴² dotyczących leczenia dysforii płciowej u nieletnich, które znacznie odbiegają od podejścia „afirmującego płeć”. NHS England sywierdza w nich m.in., że „niezgodność płci” może być „przemijającą fazą”. Poprzednie założenie, że młodzież z dysforią płciową potrzebuje specjalistycznej „transpłciowej opieki zdrowotnej”, zostało zastąpione stanowiskiem, że większość potrzebuje psychoedukacji i psychoterapii. W szczególności „afirmacja” została w dużej mierze wyeliminowana z języka wytycznych, **radykałnemu ograniczeniu poddano dostępność blokerów dojrzewania** u małoletnich, ograniczając je wyłącznie do procedury eksperymentalnej, co oznacza niemalże zakaz. Wytyczne nie uwzględniają chirurgii, ponieważ **NHS nigdy nie uznała operacji za odpowiednią dla nieletnich**.

4) Norwegia

W marcu 2023 r. Norweska Komisja Śledcza ds. Opieki Zdrowotnej (Ukom) released raport⁴³ w którym podkreśla, iż wytyczne opublikowane w 2020 r. nie były oparte na systemowym przeglądzie dostępnej wiedzy naukowej. Jak podano w podsumowaniu raportu, Ukom zaleca, „aby blokery dojrzewania oraz hormonalne i chirurgiczne zmienianie płci dzieci i młodzieży były **określane jako leczenie eksperymentalne**”, także z tego powodu, że ich „długoterminowe skutki są mało znane”.

5) Francja

Narodowa Akademia Medyczna we Francji wydała komunikat prasowy⁴⁴, w którym przestrzega lekarzy, że „nie stwierdzono predyspozycji genetycznych” tożsamości transseksualnej, a coraz większa liczba jej przypadków u osób młodych jest często

⁴⁰ *The Cass Review. Independent review of gender identity services for children and young people: Interim report*, luty 2022, <https://cass.independent-review.uk/wp-content/uploads/2022/03/Cass-Review-Interim-Report-Final-Web-Accessible.pdf>

Finalny wersja „Cass Review”, ma ukazać się do końca 2023 r., [za:] <https://cass.independent-review.uk/about-the-review/frequently-asked-questions/>.

⁴¹ L. Brooks, *A contentious place: the inside story of Tavistock's NHS gender identity clinic*, „The Guardian”, 19.01.2023, www.theguardian.com/society/2023/jan/19/a-contentious-place-the-inside-story-of-tavistocks-nhs-gender-identity-clinic

⁴² *Specialist service for children and young people with gender dysphoria (phase 1 providers)*, NHS England, 20.10.2022, www.engage.england.nhs.uk/specialised-commissioning/gender-dysphoria-services/

⁴³ *Pasientsikkerhet for barn og unge med kjønnsinkongruens*, 9.03.2023, <https://ukom.no/rapporter/pasientsikkerhet-for-barn-og-unge-med-kjonnsinkongruens/sammendrag>

⁴⁴ *Medicine and gender transidentity in children and adolescents. Press release of the French National Academy of Medicine*, 25.02.2022, www.academie-medecine.fr/la-medecine-face-a-la-transidentite-de-genre-chez-les-enfants-et-les-adolescents/?lang=en

zapośredniczona społecznie i że konieczna jest duża ostrożność w leczeniu: „Niezależnie od jego podłoża – nadużywania sieci społecznościowych, większej akceptacji społecznej czy przykładów z otoczenia – zjawisko to jest podobne do epidemii”.

Akademia zwróciła uwagę na fakt, że terapie hormonalne i chirurgiczne niosą ze sobą zagrożenia dla zdrowia i prowadzą do nieodwracalnych konsekwencji oraz że „nie ma testu pozwalającego odróżnić »strukturalną« dysfориę płciową od przejściowej dysfории w okresie dojrzewania. Co więcej, ryzyko przediagnozowania jest realne, o czym świadczy rosnąca liczba transseksualnych młodych dorosłych pragnących »detranzycji«. Dlatego wskazane jest jak największe wydłużenie fazy wsparcia psychologicznego.”⁴⁵

6) Stany Zjednoczone

Do czerwca 2023 r. 18 stanów zakazało lub w istotny sposób ograniczyło możliwość dokonania tranzycji wśród nieletnich, są to: Arkansas⁴⁶, Floryda⁴⁷, Georgia⁴⁸, Iowa⁴⁹, Idaho⁵⁰, Indiana⁵¹, Montana⁵², Oklahoma⁵³, Południowa Dakota⁵⁴, Tennessee⁵⁵, Teksas⁵⁶, Utah⁵⁷, Zachodnia Wirginia⁵⁸, Alabama⁵⁹, Arizona⁶⁰, Północna Dakota⁶¹, Missouri⁶². W Karolinie Północnej gubernator zawetował ustawę, ale prawdopodobnie veto zostanie odrzucone przez tamtejszy parlament⁶³.

Projekty ustaw (często więcej niż jeden) zakazujące tranzycji procedowane są obecnie w 7 stanach: Wirginia, Południowa Karolina, Rhode Island, Kentucky, Luizjana, New Hampshire, Hawaje.

⁴⁵ Tamże.

⁴⁶ Senate Bill 199 <https://legiscan.com/AR/text/SB199/id/2745027>

⁴⁷ Senate Bill 254 <https://legiscan.com/FL/text/S0254/id/2799959>

⁴⁸ Senate Bill 140 <https://legiscan.com/GA/text/SB140/id/2754936>

⁴⁹ Senate Bill 538 <https://legiscan.com/IA/text/SF538/id/2736348>

⁵⁰ House Bill 71 <https://legiscan.com/ID/text/H0071/id/2761913>

⁵¹ Senate Bill 480 <https://legiscan.com/IN/text/SB0480/id/2763114>

⁵² House Bill 303 <https://legiscan.com/MT/text/HB303/id/2785644> oraz Senate Bill 99 <https://legiscan.com/MT/text/SB99/id/2786141>

⁵³ Senate Bill 613 <https://legiscan.com/OK/text/SB613/id/2795559>

⁵⁴ House Bill 1080 <https://legiscan.com/SD/text/HB1080/id/2695160>

⁵⁵ House Bill 1 <https://legiscan.com/TN/text/HB0001/id/2756066> oraz Senate Bill 1 <https://legiscan.com/TN/text/SB0001/id/2755783>

⁵⁶ Senate Bill 14 <https://legiscan.com/TX/text/SB14/id/2811355>

⁵⁷ Senate Bill 16 <https://translegislation.com/bills/2023/UT/SB0016>

⁵⁸ House Bill 2007 <https://legiscan.com/WV/text/HB2007/id/2748657>

⁵⁹ Senate Bill 184 <https://legiscan.com/AL/text/SB184/id/2566425>

⁶⁰ Senate Bill 1138 <https://legiscan.com/AZ/text/SB1138/id/2562394>

⁶¹ House Bill 1254 <https://legiscan.com/ND/text/HB1254/id/2790713>

⁶² Senate Bill 49 <https://legiscan.com/MO/text/SB49/id/2810419>

⁶³ House Bill 808 <https://legiscan.com/NC/text/H808/id/2831859>

Część z wyżej wymienionych stanów, oprócz zakazu tranzycji dla nieletnich, zakazała jej finansowania z pieniędzy publicznych, przeprowadzania jej w publicznych szpitalach lub zakazała jej finansowania ubezpieczycielom.

Należy również wspomnieć, że projekty ustaw zakazujące tranzycji dla nieletnich lub ograniczające ją, procedowane są również w Kongresie Stanów Zjednoczonych⁶⁴, a także projekty zakazujące finansowania jej z pieniędzy publicznych⁶⁵.

7) Australia i Nowa Zelandia

W sierpniu 2021 r. Królewskie Australijskie i Nowozelandzkie Kolegium Psychiatrów (RANZCP) opublikowało swoje pierwsze stanowisko⁶⁶ dotyczące potrzeb w zakresie zdrowia psychicznego osób z dysforią płciową.

Stanowisko wyróżnia się powściągliwym i ostrożnym. Nie przedstawia podejścia afirmujących *gender* jako złotego standardu. Podkreśla natomiast jego brak oparcia na dobrej jakości dowodach naukowych, zaznaczając, że w opiece nad osobami doświadczającymi dysforii płciowej kluczową rolę odgrywają psychiatrzy.

Zarysowany wyżej odwrót od podejścia afirmującego *gender* może zapowiadać jego zmierzch i los podobny do wcześniejszych, znanych z historii, prób leczenia zaburzeń psychicznych metodami operacyjnymi, takich jak lobotomia, której popularyzator Antonio Moniza otrzymał w 1949 r. nagrodę Nobla „za odkrycie terapeutycznej wartości lobotomii w pewnych psychozach”.

5. Debata publiczna.

Debatę publiczną dotyczącą dzieci deklarujących tożsamość transseksualną zdominowało kilka założeń przedstawianych jako naukowe fakty. Założenia te podtrzymują narrację, która wprowadza w błąd lekarzy, rodziców i pacjentów, każąc im wierzyć, że medyczna interwencja stanowi jedyną szansę na szczęśliwe życie młodej osoby z dysforią płciową. Pięć najważniejszych z tych założeń głosi, iż:

⁶⁴ Senate Bill 1597 <https://legiscan.com/US/text/SB1597/id/2819703>,
House Bill 3328 <https://legiscan.com/US/text/HB3328/id/2818358>,
Senate Bill 457 <https://legiscan.com/US/text/SB457/id/2734132>,
Senate Bill 635 <https://legiscan.com/US/text/SB635/id/2752091>

⁶⁵ House Bill 3329 https://legiscan.com/US/text/HB3329/id/2818922/US_Congress-2023-HB3329-Introduced.pdf,
Senate Bill 1595 https://legiscan.com/US/text/SB1595/id/2819634/US_Congress-2023-SB1595-Introduced.pdf

⁶⁶ *Recognising and addressing the mental health needs of people experiencing Gender Dysphoria*, RANZCP, sierpień 2021, www.ranzcp.org/clinical-guidelines-publications/clinical-guidelines-publications-library/recognising-and-addressing-the-mental-health-needs-of-people-experiencing-gender-dysphoria.

- 1) tożsamość transpłciowa nastolatka, raz wyrażona, jest trwała;
- 2) tożsamość transpłciowa nastolatka jest przyczyną problemów, a nie ich efektem,
- 3) interwencje medyczne „afirmujące *gender*” są bezpieczne dla ciała i efektywne w poprawie kondycji psychicznej,
- 4) bez dostępu do blokerów dojrzewania, hormonów i operacji, nastolatki popełnią samobójstwo,
- 5) tylko nikły procent żałuje dokonanej tranzycji,

Wszystkie z tych założeń są fałszywe, z powodów, o których poniżej.

5.1. Nietrwałość dysforii płciowej u dzieci i młodzieży.

Spośród dzieci deklarujących dysfориę płciową, większość doświadczy reintegracji tożsamości płciowej z płcią biologiczną do czasu zakończenia dojrzewania, o ile nie doświadczy ukierunkowanej interwencji medycznej lub społecznej.⁶⁷

Do tej pory przeprowadzono przynajmniej **jedenaście badań naukowych** wskazujących na wysoki wskaźnik samoistnego (bez interwencji medycznych) zanikania poczucia niezgodności płci u dzieci, następującego do późnego okresu dojrzewania lub wczesnej dorosłości^{68,69,70}. Wśród dzieci spełniających kryteria diagnostyczne „zaburzenia tożsamości płciowej” w DSM-IV (obecnie „dysforia płciowa” w DSM-5), 67% nie odczuwało dysforii płciowej po wejściu w wiek dorosły; z kolei wśród dzieci, u których dysforia płci była istotna, ale poniżej progu diagnozy DSM, wskaźnik jej naturalnego ustąpienia wynosił aż 93%.⁷¹

Powyższe przyznawało nawet WPATH w poprzedniej 7. wersji swoich Standardów Opieki, w których znaleźć można informację, iż „dysforia płciowa w dzieciństwie nie trwa nieuchronnie do dorosłości.” I utrzymuje się do dorosłości „jedynie u 6 do 23%

⁶⁷ Por. Marianowicz-Szczygieł A. (2021). *Zaburzenia tożsamości płciowej u dzieci i młodzieży – ujęcie psychologiczne. Geneza, czynniki ryzyka, rokowania, profilaktyka*, [w:] B. Kmiecik, P. Sobczyk (red.), „Między chromosomem, a paragrafem. Transseksualizm w ujęciu prawnego- społeczno-medycznym”, Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Wymiaru Sprawiedliwości, s. 107. Metaanaliza (przegląd badań) wykazująca, że tylko 18 proc. dzieci i młodzieży o odwróconej identyfikacji płciowej pozostaje przy niej do dorosłości.

⁶⁸ J. M. Cantor, *Transgender and gender diverse children and adolescents: Fact-checking of AAP Policy*, „Journal of Sex & Marital Therapy”, 46(4), 2019, <https://doi.org/10.1080/0092623X.2019.1698481>.

⁶⁹ J. Ristori, T.D. Steensma, *Gender dysphoria in childhood*, „International Review of Psychiatry”, 28(1), 2016, <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1115754>.

⁷⁰ D. Singh, S.J. Bradley, K.J. Zucker, *A follow-up study of boys with gender identity disorder*, „Frontiers in Psychiatry”, 29.03.2021, <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.632784>.

⁷¹ S.B. Levine, E. Abbruzzese, J.W. Mason, *Reconsidering Informed Consent for Trans-Identified Children, Adolescents, and Young Adults*, „Journal of Sex & Marital Therapy”, 48(7), 2022, <https://doi.org/10.1080/0092623X.2022.2046221>.

dzieci” a inne badania „wykazały 12–27% wskaźnik utrzymywania się dysforii płciowej do okresu dorosłości.”⁷² Kolejne wydanie Standardów, być może z racji utrzymania ich w paradygmacie poszerzania dostępu młodzieży do terapii afirmującej *gender*, milczy na ten temat.

Niestety, każdy etap takiej terapii zakłóca naturalny tok rozwoju tożsamości jednostki. Już sama tranzycja społeczna okazuje się być wejściem na swoistą równię pochyłą kolejnych etapów tranzycji. Jak tylko rodzice zgodzą się na ten etap, dalsze stają się kwestią czasu. Dzieci, które przechodzą tranzycję społeczną, z dużym prawdopodobieństwem utrzymają swoją transseksualną tożsamość, a większość z nich w okresie dojrzewania będzie szukać interwencji medycznej⁷³. To sugeruje, że tranzycja społeczna nie jest działaniem neutralnym, ale raczej interwencją psychospołeczną, która utrwala, w przeciwnym wypadku przejściową, tożsamość transpłciową.

5.2. Zaburzenia psychiczne towarzyszące nastolatkom z dysforią płciową.

Dysforia płciowa związana jest często z problemami behawioralnymi i wysokim odsetkiem zaburzeń towarzyszących. Jak zauważa Szwedzka Krajowa Rada ds. Zdrowia i Opieki Społecznej, u osób z dysforią płciową, zwłaszcza młodych (szczególnie dziewcząt w wieku 13 – 17 lat), z dużo większą częstotliwością niż w przypadku reszty społeczeństwa, występują współistniejące diagnozy psychiatryczne, praktyka samookaleczeń, próby samobójcze, depresja, zaburzenia lękowe, ADHD i autyzm.⁷⁴

Te i inne zaburzenia występują u blisko **trzech czwartych** nastolatków kwestionujących własną płeć. Przykładowo: w Finlandii, 68 proc. małoletnich kierowanych do klinik przeprowadzających terapię afirmującą *gender* było wcześniej diagnozowanych psychiatrycznie z innych powodów niż dysforia płciowa.⁷⁵ W Stanach Zjednoczonych 70 proc. wszystkich małoletnich pacjentów z dysforią płciową ujętych w systemach

⁷² E. Coleman, W. Bockting i in., *Standards of care...* dz. cyt., s. 12.

⁷³ K.R. Olson, L. Durwood i in., *Gender identity 5 years after social transition*. “Pediatrics”, 150(2), 2022. <https://doi.org/10.1542/peds.2021-056082>.

⁷⁴ J. Westin, *Könsdysfori som diagnos ökar kraftigt bland unga*, „Vardfokus”, 13.02.2020, www.vardfokus.se/samhalle/konsdysfori-som-diagnos-okar-kraftigt-bland-unga/, [za:] *Current Evidence in the Treatment of Gender Dysphoric Children and Young People*, www.transgendertrend.com/current-evidence/.

⁷⁵ R. Kaltiala-Heino, M. Sumia i in., *Two years of gender identity service for minors: overrepresentation of natal girls with severe problems in adolescent development*, “Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health”, 9(2015), <https://doi.org/10.1186/s13034-015-0042-y>.

zdrowia Kalifornii i Georgii miało wcześniej zdiagnozowany autyzm, ADHD lub inne zaburzenie psychiczne⁷⁶.

Biorąc pod uwagę, że większość nastolatków, którzy zgłaszają się obecnie do klinik zajmujących się terapią afirmującą *gender*, cierpi już na problemy ze zdrowiem psychicznym, można przypuszczać, że to one predysponują małoletnich do postawy odrzucenia własnej płci, stanowiąc czynnik ryzyka pojawienia się dysforii (podobnie jak zachowań samobójczych) i czynią ich podatnymi na wpływ społeczny⁷⁷. Nikt bowiem, jak się zdaje, nie twierdzi, by proces ten zachodził w odwrotnym kierunku (by dysforia prowadziła np. do autyzmu).

5.3. Konsekwencje i ryzyka terapii afirmującej *gender*.

Dojrzewanie to krytycznie ważny etap rozwoju człowieka, podczas którego następuje skokowy rozwój płciowy i psychospołeczny oraz m.in. kości i mózgu. Zatrzymanie tego procesu jest interwencją o doniosłych, dalekosiężnych konsekwencjach medycznych, psychologicznych i emocjonalnych.

- 1) Preparaty blokujących dojrzewanie płciowe (agonistów GnRH, „blokerów”) **drastycznie zwiększają prawdopodobieństwo utrwalenia się dysforii płciowej** i pragnienia przejścia kolejnych etapów tranzycji.

Nawet 98 proc.^{78,79} młodych osób, które zaczęło przyjmować blokery, decyduje się na zażywanie hormonów płciowych. Niemal dokładnie na odwrót zachowują się ci, którym nie podano blokerów i którzy nie doświadczyli innej ukierunkowanej interwencji (szczególnie tranzycji społecznej) – 73–88 proc.⁸⁰ z nich ostatecznie wraca do identyfikacji z własną płcią. Blokery dojrzewania **uniemożliwiają** więc wielu małoletnim **wyjście z etapu odrzucenia własnej płci** i powinny być traktowane jako pierwszy krok w medycznej zmianie płci.

⁷⁶ T.A. Becerra-Culqui, Y. Liu i in., *Mental Health of Transgender and Gender Nonconforming Youth Compared With Their Peers*, „Pediatrics”. 141(5), 2018, <https://doi.org/10.1542/peds.2017-3845>.

⁷⁷ Por. rozdz. III.6. poniżej.

⁷⁸ M.A.T.C van der Loos, D.T. Klink i in., *Children and adolescents in the Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria: trends in diagnostic- and treatment trajectories during the first 20 years of the Dutch Protocol*, „The Journal of Sexual Medicine”, 20(3), 2023, <https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdac029>. Badanie obejmujące 1766 małoletnich.

⁷⁹ „Data from both the Netherlands and the study conducted by GIDS demonstrated that almost all children and young people who are put on puberty blockers go on to sex hormone treatment (96.5% and 98% respectively).”, [za:] *The Cass Review...* dz. cyt. s. 38.

⁸⁰ M.S. Wallien, P.T. Cohen-Kettenis, *Psychosexual outcome of gender-dysphoric children*, „Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry”, 47(12), 2008, <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e31818956b9>.

- 2) Blokery i hormony płci przeciwnej **nie przeszły żadnych prób klinicznych, które wykazałyby bezpieczeństwo podawania tych substancji nastolatkom**⁸¹. Ich podawanie ma charakter prowadzonego na ludziach eksperymentu⁸².

Blokery i hormony płciowe nie zostały opracowane z myślą o młodzieży z dysforią płciową. Blokery miały na celu opóźnienie przedwczesnej dojrzewania u bardzo małych dzieci, które zaczęły dojrzewać dużo wcześniej niż ich rówieśnicy. Hormony płciowe zostały opracowane głównie w celu leczenia osób, które nie były w stanie wytwarzać wystarczającej ilości hormonów płciowych odpowiadających ich biologicznej płci. To były zastosowania, dla których te leki pierwotnie były testowane i zatwierdzane.

Jednak nigdy nie były poddane dużym randomizowanym badaniom kontrolowanym (randomized controlled trial, RCT), jako środki podawane młodym osobom z dysforią płciową, których dojrzewanie płciowe przebiega prawidłowo. Podawanie ich fizycznie zdrowym nastolatkom nigdy nie zostało zatwierdzone przez amerykańską Agencję ds. Żywności i Leków (*Food and Drug Administration, FDA*). Są więc stosowane *off-label* (tj. w sposób wykraczający poza określony w charakterystyce produktu leczniczego).

- 3) Przyjmowanie blokerów może prowadzić, a przyjmowanie hormonów płci przeciwnej prowadzi do **bezpłodności i utraty możliwości poczęcia dziecka**.
- 4) Przyjmowanie blokerów lub hormonów prowadzi do **nieodwracalnych zmian wyglądu fizycznego**.

U dziewcząt i kobiet, maskulinizujące hormony prowadzą między innymi do takich nieodwracalnych zmian jak obniżenie tonu głosu, łysienie, rozrost zewnętrznych narządów płciowych, zarost na ciele i twarzy.

U chłopców, już blokery dojrzewania hamują wzrost narządów płciowych u mężczyzn (czego efektem jest „mikropenis”) i mogą trwale upośledzać funkcje seksualne.⁸³ Z kolei feminizujące hormony prowadzą między innymi do ginekomastii (przerostu gruczołów piersiowych) i zmniejszenia wielkości jąder.

- 5) Blokery i hormony płci przeciwnej niosą ze sobą **liczne ryzyka zdrowotne**.

⁸¹ *Understanding Transgender issues: An interview with Dr. Patrick Lappert*, <https://vimeo.com/585863350>.

⁸² Wyrok *High Court of Justice* z dn. 1.12.2020 w sprawie Bell-v-Tavistock, sygn. CO/60/2020, www.judiciary.uk/wp-content/uploads/2020/12/Bell-v-Tavistock-Judgment.pdf

⁸³ Jest to niekorzystne także z punktu widzenia ewentualnego przyszłego zabiegu chirurgicznego na który zdecydowałby się taki mężczyzna po osiągnięciu pełnoletniości, gdyż penis i moszna powinny być rozwinięte na tyle aby z jego tkanki stworzyć „pochwę”. L.J.J.J. Vrouenraets, A.M. Friedriks i in., *Early Medical Treatment of Children and Adolescents With Gender Dysphoria: An Empirical Ethical Study*, *Journal of Adolescent Health*, 57(4), 2015, <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.04.004>.

Regularnie wykazywany jest negatywny wpływ blokerów dojrzewania m.in. na gęstość mineralną kości, co wiąże się z wysokim ryzykiem osteoporozy⁸⁴. Mogą powodować rzekomego guza mózgu⁸⁵ oraz łamliwość kości, niepokój i drgawki⁸⁶. Dodatkowo m.in. podawane mężczyznom estrogeny zwiększają ryzyko zawału mięśnia sercowego i udaru niedokrwinnego⁸⁷.

- 6) Przyjmowanie blokerów i hormonów może **negatywnie wpływać na proces dojrzewania umysłowego nastolatków**. Ostatnie badania neuroobrazowe wskazują na znaczącą rolę dojrzewania w strukturalnym rozwoju mózgu.

Jak podkreśla brytyjski „Cass Review”, „powodem niepokoju są nierozpoznane konsekwencje jakie na rozwój, dojrzewanie i funkcje poznawcze dziecka może mieć sztuczne zatrzymanie fizycznych, psychicznych, fizjologicznych, neurochemicznych i seksualnych zmian, które towarzyszą typowemu dla okresu dojrzewania skokowi hormonów.”⁸⁸

- 7) Blokery i hormony przeciwnej płci **zwiększają prawdopodobieństwo popełnienia samobójstwa**.

Unikatowe warunki do analizy konsekwencji łatwej lub trudnej dostępności blokerów i hormonów dla nastolatków istnieją w Stanach Zjednoczonych, gdzie równolegle w różnych stanach istnieją różne polityki dotyczące dostępności opieki medycznej dla nastolatków. I tak – jak zauważa się w analizie *Heritage Foundation*⁸⁹ – w niektórych stanach małoletni mogą uzyskać dostęp do rutynowej opieki medycznej bez zgody rodzica, podczas gdy w innych jest to niemożliwe. Różnice te powstały na długo przed i bez związku z pojawieniem się w debacie publicznej zagadnienia „tożsamości płciowej”.

Jak się okazało, wraz z pojawieniem się praktyki stosowania blokerów i hormonów płciowych oraz ich szeroką dostępnością, co nastąpiło około 2010 r., wskaźnik samobójstw osób w wieku 12 – 23 lat zaczął znacząco rosnać w stanach, w których preparaty te były dla nastolatków łatwo dostępne, co widać na poniższym wykresie.

⁸⁴ Por. m.in.: S. Ciancia, V. Dubois, M.Cools, *Impact of gender-affirming treatment on bone health in transgender and gender diverse youth*, „Endocrine Connections”, 11(11), 2020, <https://doi.org/10.1530/EC-22-0280>; M. Biggs, *Revisiting the effect of GnRH analogue treatment on bone mineral density in young adolescents with gender dysphoria*, „Journal of Pediatric Endocrinology & Metabolism”, 34(7), 2021, <https://doi.org/10.1515/jpem-2021-0180>.

⁸⁵ <https://www.fda.gov/media/159663/download>

⁸⁶ A. Martyn, *New report describes dangers of giving Lupron to kids*, „Consumer Affairs”, 2.03.2017, www.consumeraffairs.com/news/new-report-describes-dangers-of-giving-lupron-to-kids-020317.html

⁸⁷ P.J. Conelly i in., *Gender-Affirming Hormone Therapy, Vascular Health and Cardiovascular Disease in Transgender Adults*, „Hypertension”, 74(6), 2019, <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.119.13080>

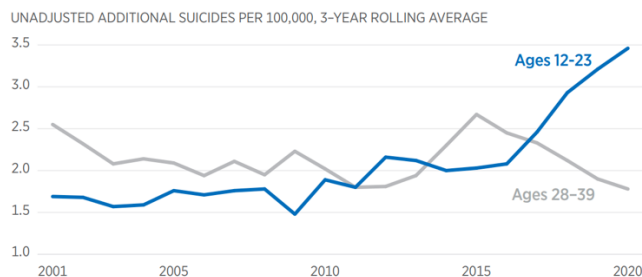
⁸⁸ *The Cass Review...* dz. cyt., s. 38.

⁸⁹ J.P. Greene, *Puberty Blockers, Cross-Sex Hormones, and Youth Suicide*, Backgrounder nr 3712, „Heritage Foundation”, 13.06.2022 r.

Przed 2010 r. pod tym względem te dwie grupy stanów nie różniły od siebie. Co ważne, podobny wzrost liczby samobójstw nie wystąpił wśród osób w wieku od 28 do 39 lat.

States with Minor Access Provisions See Spike in Youth Suicides after Cross-Sex Treatments Become Available

Suicide rates among those ages 12 to 23 rose in states with provisions that allow minors to access health care without parental consent, after cross-sex treatments became available.



"Additional suicides" refers to the increase in suicide rates in states with a minor access provision relative to states that have no such health care provision.

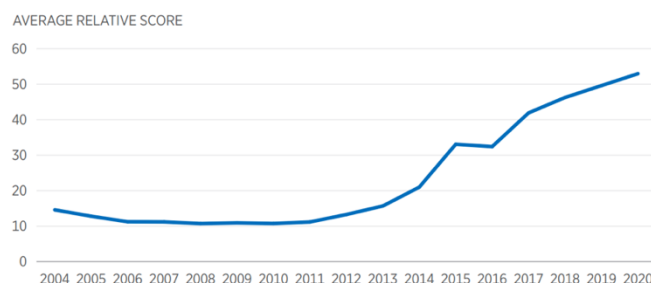
SOURCE: Authors' calculations based on data from Centers for Disease Control and Prevention, WISQARS, <https://www.cdc.gov/injury/wisqars/index.html> (accessed April 20, 2022), and "State Laws on Minor Consent for Routine Medical Care," September 3, 2021, <https://schoolhouseconnection.org/state-laws-on-minor-consent-for-routine-medical-care/> (accessed April 20, 2022).

Dane z Google Trends, widocznym na poniższym wykresie, dotyczące częstotliwości wyszukiwania takich haseł jak „bloker dojrzewania”, „transpłciowy”, „zaburzenia tożsamości płciowej” i „dysforia płciowa” pokazują, że wzrost ich popularności niemal idealnie pokrywa się ze wzrostem wskaźnika samobójstw.

Moment wzrostu wskaźników samobójstw, który nastąpił (1) tylko wśród młodych ludzi, (2) dopiero po wprowadzeniu szerokiej dostępności blokerów dojrzewania i hormonów płciowych oraz (3) tylko w stanach, w których małoletni mieli do nich dostęp bez zgody rodziców, budzi poważne obawy co do ich wpływu na ryzyko samobójstwa.⁹⁰

Google Search Terms

Google Trends scores for the terms "puberty blockers," "transgender," "gender identity disorder," and "gender dysphoria," have been increasing since 2010.



SOURCE: Authors' calculations based on data from Google Trends, <https://trends.google.com/trends/?geo=US> (accessed April 20, 2022). For more information, see footnotes 17 and 18 in this Backgrounder.

⁹⁰ Tamże.

5.4. Samobójstwa.

Debata publiczna dotycząca nastolatków deklarujących tożsamość transseksualną zdominowana została przez narrację o niebezpieczeństwie samobójstwa, które dziecko miałoby niechybnie popełnić w odpowiedzi na niemożność dokonania tranzycji. Kierowane do rodziców pytanie-szantaż: "Czy wolisz mieć martwą córkę czy żywego syna?" oraz towarzysząca mu ogólna dezinformacja stoją w wielu przypadkach za zgodą rodziców na poddanie dziecka groźnym interwencjom medycznym.

Jednak takie przedstawianie problem jest niczym innym jak "celową dezinformacją, której rozpowszechnianie jest nieodpowiedzialne."⁹¹

- 1) Przede wszystkim alternatywa „tranzycja albo samobójstwo” opiera się na badaniach wskazujących na podwyższony wskaźnik **zachowań samobójczych** czyli *myśli* lub *prób* samobójczych (*suicidality*), a nie na danych dotyczących *samych* samobójstw (*completed suicide*). Przyznają to nawet ci, którzy tą alternatywę wspierają, zauważając, że "nastolatki mają relatywnie niski wskaźnik samobójstw wynoszący około 7 na 100.000 osób ale wysoki wskaźnik prób samobójczych których dokonują ponad 100 razy częściej niż samobójstw. Dla porównania osoby starsze mają znacznie większy wskaźnik samobójstw wynoszący około 15 na 100.000 osób, ale niski wskaźnik prób samobójczych których dokonują jedynie 4 razy częściej niż samobójstw."⁹² Próbuąc wyjaśnić tą prawidłowość wskazuje się zazwyczaj, iż próby samobójcza nastolatków są najczęściej próbą zwrócenia na siebie uwagi i formą wołania o pomoc.

Liczba **samobójstw** jest zdecydowanie niższa. Największe, poświęcone temu zjawisku, badanie⁹³ obejmowało ponad 8 tysięcy osób diagnozowanych w klinice w Amsterdamie w latach 1972 – 2017. Spośród 8263 osób samobójstwo popełniło 49 osób, czyli **0,6 proc.** W latach 2010 – 2020 spośród około 15 tysięcy pacjentów (w tym tych na liście oczekujących) kliniki GIDS w Londynie (specjalistyczna publiczna

⁹¹ Opinia dr. Riittakerttu Kaltiala, która kierowała praktyką tranzycji małoletnich na jednej z dwóch państwowych klinik dla dzieci z dysforią płciową w Finlandii, przy Uniwersytecie Tampere, wyrażona w wywiadzie dla internetowego magazynu: www.tabletmag.com/sections/science/articles/finland-youth-gender-medicine

⁹² A.P. Haas, P.L. Rodgers, J.L. Herman, *Suicide Attempts among Transgender and Gender Non-Conforming Adults. Findings of the National Transgender Discrimination Survey*, 2014, s. 4, <https://williamsinstitute.law.ucla.edu/wp-content/uploads/Trans-GNC-Suicide-Attempts-Jan-2014.pdf>
Krytyczny komentarz zob.: *The 41% trans suicide attempt rate: A tale of flawed data and lazy journalists*, <https://4thwavenow.com/2015/08/03/the-41-trans-suicide-rate-a-tale-of-flawed-data-and-lazy-journalists/>

⁹³ C.M. Wiepjes, M. den Heijer, *Trends in suicide death risk in transgender people: results from the Amsterdam Cohort of Gender Dysphoria study (1972–2017)*, „Acta Psychiatrica Scandinavica”, 141(6), 2020, <https://doi.org/10.1111/acps.13164>.

klina dla małych z dysforią płciową z Anglii, Walii i Irlandii Północnej) samobójstwo popełniły 4 osoby (**0.03 proc.**).⁹⁴ Największy odsetek samobójstw jaki kiedykolwiek został odnotowany⁹⁵ w populacji osób identyfikujących się jako „transgender” wynosił **2,8 proc.**

- 2) Zachowania samobójcze wśród nastolatków kwestionujących własną płć są wyraźnie wyższe w porównaniu do nastolatków z ugruntowaną tożsamością płciową. Jednak zachowania te są na **podobnym lub niewiele wyższym poziomie** jak u nastolatków z innymi zaburzeniami psychicznymi (np. depresją).⁹⁶
- 3) **Dzieci z dysforią płciową często cierpią również na depresję, anoreksję, autyzm i inne zaburzenia psychiczne** stanowiące same w sobie czynnik predysponujący do podejmowania prób samobójczych. Około 70 proc. pacjentów klinik dla nastolatków z dysforią płciową cierpiało na zdiagnozowane przynajmniej jedno zaburzenie psychiczne zanim trafiło do kliniki⁹⁷. Samobójstwo nastolatka(ki) kwestionującego własną płć może więc wynikać z dysforii płciowej, ale może także wynikać z innych uwarunkowań psychologicznych lub kombinacji obu.
- 4) Najlepszym sposobem zapobiegania samobójstwom nastolatków kwestionujących własną płć jest – podobnie jak u nastolatków targających się na swoje życie z innych powodów – **psychoterapia** oraz leki psychiatryczne. Zdecydowana większość⁹⁸ nastolatków, którzy usiłują popełnić samobójstwo cierpi przynajmniej na jedno zaburzenie psychiczne. Nie ma podstaw do tego, by sądzić, że wśród nastolatków z dysforią płciową jest inaczej. Ponadto, wykazano⁹⁹ efektywność psychoterapii w leczeniu samej dysforii płciowej.
- 5) **Medyczna tranzycja nie redukuje ryzyka** zachowań samobójczych i samobójstw. Przeciwnie, w dłuższym okresie może je zwiększać. Dotyczy to zarówno blokerów dorzewania i hormonów¹⁰⁰ jak i zabiegów chirurgicznych. Badania przekrojowe i prospektywne dotyczące **dorołych** osób transpłciowych konsekwentnie wykazują

⁹⁴ M. Biggs, *Suicide by Clinic-Referred Transgender Adolescents in the United Kingdom*, „Archives of Sexual Behavior”, 51, 2022, <https://doi.org/10.1007/s10508-022-02287-7>.

⁹⁵ G. Van Cauwenberg i in., *Ten years of experience in counseling gender diverse youth in Flanders, Belgium. A clinical overview*, „International Journal of Impotence Research”, 33, 2021, <https://doi.org/10.1038/s41443-021-00441-8>

⁹⁶ N.M de Graaf, T.D. Steensma, *Suicidality in clinic-referred transgender adolescents*, „European Child & Adolescent Psychiatry”, 31, 2022, <https://doi.org/10.1007/s00787-020-01663-9>.

⁹⁷ Por. rozdz. III.5.2. powyżej

⁹⁸ Nawet 96 proc. Por.: M.K. Nock, J.G. Green, *Prevalence, correlates and treatment of lifetime suicidal behavior among adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication – Adolescent Supplement*, „JAMA Psychiatry”, 70(3), 2013, <https://doi.org/10.1001/2013.jamapsychiatry.55>.

⁹⁹ A. Clarke, A. Spiliadis, *‘Taking the Lid Off the Box’: The Value of Extended Clinical Assessment for Adolescents Presenting With Gender Identity Difficulties*, „Clinical Child Psychology and Psychiatry”, 24(2), 2019, <https://doi.org/10.1177/1359104518825288>.

¹⁰⁰ Por. rozdz. III.5.3 pkt 7 powyżej.

wysoką częstość występowania u nich poważnych problemów ze zdrowiem psychicznym i problemów społecznych, a także samobójstw¹⁰¹. Jedno z największych badań dotyczących tego zjawiska, prowadzone w szwedzkim Karolinska Institute, obejmujące okres trzydziestu lat, wykazały, iż odsetek samobójstw wśród osób **po przejściu tranżycji** okazał się 19 razy większy od odsetka samobójstw w całej populacji.¹⁰²

- 6) Niezależnie od powyższego, samo zjawisko samobójstw ma społecznie zaraźliwy charakter, co jest „dobrze poznanym zjawiskiem, w którym ekspozycja na zachowania samobójcze jednej osoby może zwiększać ryzyko zachowań samobójczych u innej osoby. W dziedzinie zdrowia psychicznego rozprzestrzenianie się zachowań samobójczych między jednostkami jest znane jako efekt Wertera, nazwany na cześć XVIII-wiecznej powieści Goethego”^{103,104,105} której publikacja doprowadziła do wzrostu liczby samobójstw i zaowocowała zakazem publikacji powieści w kilku krajach.
- 7) Nastolatki zmagające się z trudnościami dotyczącymi swojej tożsamości płciowej mogą być zachęcane przez niektórych do grożenia samobójstwem, jeśli ich rodzice sprzeciwiają się nieodwracalnym zabiegom farmakologicznym lub chirurgicznym. Przykładowo, jeden z psychoterapeutów, przyznał, że udziela dzieciom takiej rady: „Zatem to, czego potrzebujesz, to, wiesz co? Zrób taki numer: groź samobójstwem, za każdym razem, wtedy dadzą ci to, czego potrzebujesz”. Dodał, że dzieci z tożsamością trans „uczą się tego. Uczą się tego bardzo szybko”¹⁰⁶.
- 8) W 2017 r. *Movement Advancement Project* (grupa wspierająca LGBT), *Johnson Family Foundation* i Amerykańska Fundacja Zapobiegania Samobójstwom (*American Foundation for Suicide Prevention*) opracowały dokument zatytułowany „*Talking About Suicide & LGBT Populations*”. Oficjalnie podpisały się pod nim największe organizacje LGBT. Możemy w nim przeczytać następującą rekomendację:

¹⁰¹ S.B. Levine, E. Abbruzzese, J.W. Mason, Reconsidering Informed Consent... dz. cyt.

¹⁰² C. Dhejne, P. Lichtenstein i in., *Long-Term Follow-Up of Transsexual Persons Undergoing Sex Reassignment Surgery: Cohort Study in Sweden*, „PLOS ONE”, 2011, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0016885>.

¹⁰³ S.A. Sumner i in., *Adherence to suicide reporting guidelines by news shared on a social networking platform*, „PNAS”, 117(28), 2020, <https://doi.org/10.1073/pnas.2001230117>.

¹⁰⁴ M.A. Walling, *Suicide Contagion*, „Current Trauma Reports”, 7, 2021, <https://doi.org/10.1007/s40719-021-00219-9>;

¹⁰⁵ J.A. Bridge i in., *Association Between the Release of Netflix's 13 Reasons Why and Suicide Rates in the United States: An Interrupted Time Series Analysis*, „Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry”, 59(2), 2020, <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2019.04.020>.

¹⁰⁶ J. Keenan, *'Doctor' Advises Threatening Suicide To Get Transgender Treatments For Kids*, „The Federalist”, 1.04.2019, <https://thefederalist.com/2019/04/01/doctor-advises-threatening-suicide-get-transgender-treatments-kids/>

„NIE tłumacz samobójstwa jedną przyczyną (taką jak znęcanie się lub dyskryminacja) ani nie mów, że konkretne prawo lub polityka anty-LGBT »spowoduje« samobójstwo. Samobójstwa są prawie zawsze wynikiem wielu nakładających się przyczyn, w tym problemów ze zdrowiem psychicznym, które mogły nie zostać rozpoznane lub leczone. Wiązanie samobójstwa bezpośrednio z czynnikami zewnętrznymi, takimi jak dokuczanie, dyskryminacja lub przepisy anty-LGBT, może znormalizować samobójstwo, sugerując, że jest to naturalna reakcja na takie doświadczenia lub prawa. Może również zwiększać ryzyko samobójstwa, prowadząc osoby z grup ryzyka do identyfikowania się z doświadczeniami osób, które popełniły samobójstwo.”¹⁰⁷

5.5. Detranzycja.

Propagatorzy medycznych interwencji twierdzą, że odsetek osób żałujących medycznej tranzycji oscyluje wokół 2 proc.¹⁰⁸ To błędne dane, a ich daleka niezgodność z rzeczywistością wynika z¹⁰⁹:

- bardzo wysokich wskaźników (20 – 60 proc) utraty kontaktu z uczestnikami badań, co oznacza, że żałujący decyzji albo ci, którzy samoistnie wyrosli z dysforii są pomijani w finalnych wynikach. Ten metodologiczny błąd określa się mianem błędu przeżywalności (ang. *survivor bias*) polegającego na tym, że widoczna podgrupa, która odniosła sukces, jest mylona z całą grupą, ponieważ ci, którzy sukcesu nie odnieśli są niewidoczni.
„Aby uzmysłowić skalę błędu przeżywalności, wyobraźmy sobie hipotetyczny przykład, gdzie na 100 osób rozpoczynających zmianę płci jedynie 20 dokonuje metrykalnej (czyli prawnej) zmiany w dokumentach, a pozostałe 80 cofa ten proces, zanim zdecyduje się na krok prawny. Następnie z tych 20 osób jedna cofa zmianę płci, zaś pozostałe 19 przy niej obstaje. W oficjalnych statystykach będzie więc informacja, że tylko 5% osób (jedna na dwadzieścia) dokonuje detranzycji, podczas gdy w rzeczywistości w tym przykładzie byłoby to 81% (81 osób na 100).”¹¹⁰
- oparcia się na doświadczeniu innej niż nastolatki grupy osób (osoby rozpoczynające tranzycję w wieku dorosłym, po rygorystycznych badaniach psychologicznych),

¹⁰⁷ <https://www.lgbtmap.org/file/talking-about-suicide-and-lgbt-populations-2nd-edition.pdf>

¹⁰⁸ “The percentage of individuals who regret their GAS [Gender-Affirmation Surgery] is very low (between 0.3% and 3.8%).”, E. Coleman, A. E. Radix i in., *Standards of Care...* dz. cyt., s. 134.

¹⁰⁹ S.B. Levine, E. Abbruzzese, *Current Concerns About Gender-Affirming Therapy in Adolescents*, “Current Sexual Health Reports”, 15, 2023, s. 117, <https://doi.org/10.1007/s11930-023-00358-x>.

¹¹⁰ Zob. przypis nr 130 poniżej.

- bardzo wąskiego definiowania „żału” rozumianego jako prośba o ponowną zmianę metrykalną lub powrót do tej samej kliniki, która przeprowadziła tranzycie w celu rozpoczęcia medycznej detranzycji. Jednak nawet spełnienie tych kryteriów nie zawsze wystarczało do uznania, że dana osoba żałuje swojej decyzji. Na przykład Keira Bell, której przypadek skłonił Wielką Brytanię do ponownej oceny swojego podejścia do młodzieży z dysforią płciową, nie zostałaby uznana wedle tych badań za osobę żałującą, gdyż warunkiem takiej kwalifikacji jest usunięcia gonad (jajników albo jąder), podczas gdy „jedyną” operacją, jaką przeszła Keira, była podwójna mastektomia.

Tymczasem, zgodnie z ostatnimi danymi z Wielkiej Brytanii i USA 10 – 30 proc. osób, które poddały się tranzycji dokonuje w ciągu kilku lat detranzycji (powrotu, na tyle na ile jest to możliwe, do własnej płci).^{111,112,113}

A przecież, o czym wypada pamiętać, żal zazwyczaj pojawia się po dłuższym czasie. Swoisty „miesiąc miodowy” może trwać od kilku miesięcy do kilku lat, a szkodliwe skutki wśród dojrzałych dorosłych osób pojawiają się po 8–10 latach od tranzycji. Wśród osób młodszych, głównie młodzieży, które niedawno przeszły tranzycie, żal i chęć powrotu do swojej płci, pojawiają się w ciągu około 3–6 lat.

6. Wpływ społeczny i jego rola w kształtowaniu się tożsamości transseksualnej.

Zrozumienie przyczyny jakiegokolwiek stanu chorobowego ma kluczowe znaczenie w opracowaniu skutecznej strategii leczenia. Takiej wyraźnej przyczyny, jak wskazano wyżej w rozdz. III.3, nie odnaleziono w genach ani, ogólnie rzecz biorąc, „w ciele” (z wyjątkiem silnej korelacji z zaburzeniami psychicznymi, rozdz. III.5.2). Wiele natomiast wskazuje, że istotną rolę w lawinowym wzroście liczby małoletnich identyfikujących się jako osoby transseksualne odgrywają czynniki społeczne.

„Zarówno Francuska Akademia Medyczna, jak i brytyjska NHS (ang. *National Health Service*) stwierdziły, że obecny *boom* na zmianę płci u dzieci, nastolatków i młodych dorosłych, to efekt przejściowej „fazy”¹¹⁴ i zarażania społecznego¹¹⁵.

¹¹¹ I. Boyd, T. Hackett, S. Bewley, *Care of transgender patients: a general practice quality improvement approach*, „Healthcare”, 10(1), 2022, <https://doi.org/10.3390/healthcare10010121>.

¹¹² R. Hall, L. Mitchell, J. Sachdeva, *Access to care and frequency of detransition among a cohort discharged by a UK national adult gender identity clinic: retrospective case-note review*, „BJPsych Open”, 7(6), 2021, <https://doi.org/10.1192/bjo.2021.1022>.

¹¹³ C.M. Roberts, D.A. Klein i in., *Continuation of gender-affirming hormones among transgender adolescents and adults*. *J Clin Endocrinol*, „The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism”, 107(9), 2022, <https://doi.org/10.1210/clinem/dgac251>.

Ten, relatywnie nowy fenomen obserwowany wśród nastolatków, głównie dziewcząt, które nagle ogłaszają chęć zmiany płci określono w literaturze naukowej mianem zespołu nagłej dysforii płciowej (*rapid-onset gender dysphoria*, ROGD)¹¹⁶ wskazując, że ROGD może pojawić się pod wpływem środowiska rówieśniczego, grup społecznościowych i jako mechanizm radzenia sobie z trudnościami (*maladaptive coping mechanisms*), w tym na linii dziecko – rodzic. W badaniu opisującym zespół nagłej dysforii płciowej 86.7% spośród młodych osób u których ten zespół zaobserwowano:

- należało do grupy przyjaciół w której jedna lub więcej osób zadeklarowało tożsamość transseksualną lub
- odnotowało wzrost korzystania z mediów społecznościowych

Wskazywałoby to na działanie mechanizmu zarażenia społecznego – mimowolnego przejmowania (kopiowania) zachowań i postaw wśród powiązanych ze sobą osób – który jest dobrze poznanym zjawiskiem w literaturze psychologicznej¹¹⁷. Wykazano, że szczególnie nastoletnie dziewczyny są skłonne do naśladownictwa, od samookaleczeń¹¹⁸ po zaburzenia odżywiania¹¹⁹. Podatne na wpływ społeczny są także, jak wskazano wyżej¹²⁰, osoby decydujące się na samobójstwo. Wpływ rówieśników ma istotne znaczenie w pojawianiu się w okresie nastoletnim problematycznych zachowań, takich jak zażywanie narkotyków, przestępczość i przemoc¹²¹.

Na znaczenie czynnika społecznego wskazuje także zależność zbadana w Wlk. Brytanii i Australii. Rosnącej w tych krajach w latach 2009-2016 liczbie publikacji dotyczących tematyki „transgender” oraz „gender diverse” odpowiadała rosnąca w tym samym

¹¹⁴ *Specialist service for children and young people with gender dysphoria...* dz. cyt. Zob. także: H. Dixon, *Most children who think they're transgender are just going through a 'phase', says NHS*, "The Telegraph", 23.10.2022, www.telegraph.co.uk/news/2022/10/23/children-who-think-transgender-just-going-phase-says-nhs/.

¹¹⁵ *Medicine and gender transidentity in children and adolescents. Press release of the French National Academy of Medicine...* dz. cyt.

¹¹⁶ L. Littman, *Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria*, "PLOS ONE", 2018, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202330>.

Artykuł Littman został poddany rzadkiej drugiej rundzie wzajemnej recenzji po opublikowaniu. Artykuł został później ponownie opublikowany z jaśniejszym opisem metodologii, ale z nienaruszonymi wnioskami dotyczącymi prawdopodobnej roli ROGD. W badaniu zastosowano te same metody, które stosowali inni badacze tego tematu (<https://doi.org/10.1007/s10508-020-01631-z>).

¹¹⁷ M.A. Walling, *Suicide Contagion...* dz. cyt.;

L.G. Burgess i in., *The Influence of Social Contagion Within Education: A Motivational Perspective*, "Mind, Brain, and Education", 12(4), 2018, <https://doi.org/10.1111/mbe.12178>.

¹¹⁸ E.B. Hermansson-Webb, *With Friends Like These...: The Social Contagion of Non-Suicidal Self-Injury Amongst Adolescent Females*, Thesis, Doctor of Philosophy: University of Otago, <http://hdl.handle.net/10523/4625>.

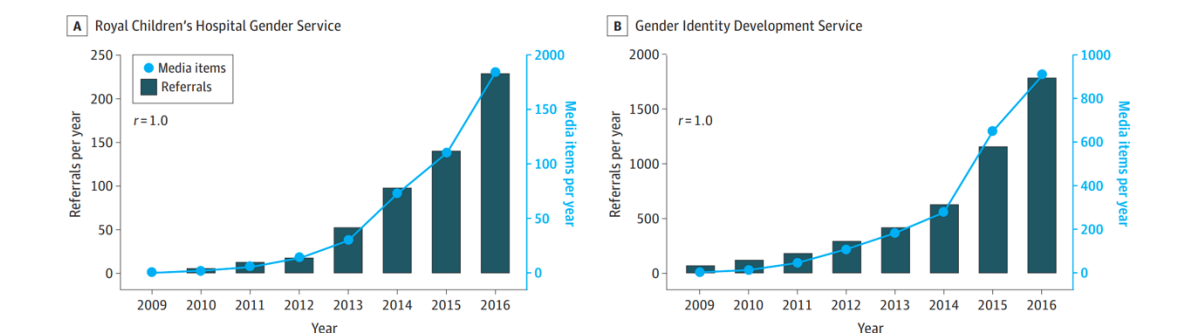
¹¹⁹ S. Allison i in., *Anorexia nervosa and social contagion: Clinical implications*, "Australian and New Zealand Journal of Psychiatry", 48(2), 2013, <https://doi.org/10.1177/0004867413502092>.

¹²⁰ Por. rozdz. III.5.4 pkt 6 powyżej.

¹²¹ T.J. Dishion, J.M. Tipsord, *Peer contagion in child and adolescent social and emotional development*, "Annual Review of Psychology", 62, 2011, <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100412>.

czasie liczbie zgłoszeń do klinik dla dzieci i młodzieży.¹²² Linie obrazujące oba zjawiska niemal się pokrywają, co ilustrują poniższe wykresy.

Figure. Annual Referrals to the Royal Children's Hospital Gender Service and Gender Identity Development Service and Transgender- and Gender Diverse-Related Media Stories



A, The 558 new referrals to the Royal Children's Hospital Gender Service between 2009 and 2016 were positively correlated with the 420 stories appearing in Australian media over the same period (Spearman $r = 1.0$; $P < .001$). B, The 4684 new referrals to Gender

Identity Development Service between 2009 and 2016 were positively correlated with the 2194 stories appearing in UK media over the same period (Spearman $r = 1.0$; $P < .001$).

Jeżeli fakt szybkiego wzrostu odsetka młodzieży deklarującej się jako transgenderowa¹²³ (i towarzyszący mu jeszcze szybszy wzrost liczby diagnoz dysforii płciowej) *nie* jest konsekwencją wpływu społecznego, a młodzież taka zawsze istniała, tyle że „w ukryciu”, to powinniśmy spodziewać się epidemii samobójstw wśród nastolatków z problemami z tożsamością płciową **zanim** blokery i hormony płciowe (oraz zabiegi chirurgiczne) stały się szeroko dostępne (co nastąpiło między 2010 a 2015 r.) i spadku liczby samobójstw **po** tym czasie. Jednak nic takiego nie miało miejsca. Przeciwnie, to od tego czasu wskaźniki zachowań samobójczych i innych zaburzeń behawioralnych wśród młodzieży ciągle rośnie.¹²⁴

Dane wskazujące na czerpanie wzorców ze środowiska rówieśniczego i grup społecznościowych nie tłumaczą jednak wszystkiego. Przede wszystkim nie tłumaczą skąd środowisko rówieśnicze i grupy społecznościowych czerpią wzorce, inspiracje i normy. Te zaś wydają się odbiciem dominujących trendów kulturowych i wpływających na nie działań społeczno – politycznych.

¹²² K.C. Pang, N.M. de Graaf, *Association of Media Coverage of Transgender and Gender Diverse Issues With Rates of Referral of Transgender Children and Adolescents to Specialist Gender Clinics in the UK and Australia*, "JAMA Network Open", 3(7), 2020, <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.11161>.

¹²³ Dane z USA wskazują, że jako transgender identyfikuje się od 2,1 do nawet 9,2 proc. młodzieży. Za: J.M.Jones, *LGBT Identification in U.S. Ticks Up to 7.1%*, 17.02.2022, "Gallup", <https://news.gallup.com/poll/389792/lgbt-identification-ticks-up.aspx>; K.M. Kidd i in., *Prevalence of Gender-Diverse Youth in an Urban School District*, "Pediatrics", 147(6), 2021, <https://doi.org/10.1542/peds.2020-049823>.

¹²⁴ J. Haidt, *The new CDC report shows that Covid added little to teen mental health trends*, 16.02.2023, <https://jonathanhaidt.substack.com/p/the-new-cdc-report>.

7. Ofiary.

Osoby, które dokonują detranzycji (powrotu, na tyle na ile jest to możliwe, do własnej płci), „mają w sobie – zauważa prof. Lew-Starowicz – bardzo dużo goryczy w stosunku do terapeutów. Są przygnębieni, że tak naprawdę nie zostali przed laty profesjonalnie wysłuchani i zdiagnozowani. Że nikt nie przeanalizował ich problemów, nie dotarł do ich prążyć, tylko koncentrował się na tym, co się teraz z pacjentem dzieje. Osoby detranszują, że terapeuta zaakceptował i afirmował ich wątpliwości, zamiast dokładniej szukać przyczyn stanu, w jakim się znaleźli. I nie mówimy teraz o sięganiu do głębokiej przeszłości czy psychopatologizowaniu, ale o uczciwej diagnozie, która wykluczyłaby np. autyzm, depresję czy inne przyczyny, których poczucie „obcości w ciele” mogły być tylko objawem.

Ludzie ci uważają, że nie odkryto prawdziwej przyczyny ich zakompleksień, strachu przed życiem seksualnym, strachu przed uświadomieniem sobie przyczyn trudności w nawiązywaniu relacji czy obawą przed realizacją swoich talentów.

Te historie są bardzo do siebie podobne: w okresie dojrzewania pojawiają się u młodego człowieka problemy z tożsamością, zastanawianie się, kim jestem, kim się czuję, jaki/jaka jestem? Część z tych osób, czująca się samotnie z różnych powodów, lata temu podzieliła się swoimi rozterkami w internecie i trafiła na fora internetowe, w których uzyskała wzmocnienie społeczne. Takie osoby utwierdziły się w przekonaniu, że potrzebują tranzycji, a korekta płci jest dla nich najlepszym wyjściem. Idąc do specjalisty, myślały już o sobie w kategoriach osoby transpłciowej. Terapeuci – zwykle poleceni (jest specjalna lista takich terapeutów) – afirmowali transpłciowość pacjenta. Z taką dokumentacją trafiali do lekarza po hormony i zwykle je dostawali. Niektórzy zdobywali nielegalnie i aplikowali sobie bez kontroli lekarza. Potem była metrykalna zmiana płci.

Po pewnym czasie życia po korekcie płci uznają, że wcale nie znajdują szczęścia. Co więcej: u wielu z nich następuje totalne rozczarowanie takim życiem. Często słyszę zdanie: „to była fatamorgana”. Ludzie często liczą na to, że jako osoby odwrotnej płci odniosą sukces, i profesjonalny i uczuciowy. Korekta płci wydaje mi się drogą rozwiązania problemu. Bywa jednak, że po drugiej stronie jest jeszcze gorzej. Że problemy się mnożą, że żyje się ciężiej niż przed, że nastrój wcale się nie poprawia.”¹²⁵

¹²⁵ K. Romanowska, *Prof. Lew-Starowicz bije na alarm: Czekają nas fale detranzycji. Problemem m.in. pochopne rozpoznania*, „Wprost”, 15.04.2023, www.wprost.pl/kraj/11177737/prof-lew-starowicz-bije-na-alarm-czeka-nas-fala-detranszycji-problemem-min-pochopne-rozpoznania.html.

Powrót do własnej płci nie jest łatwy. Osoby, które dzielą się swoimi przeżyciami w mediach społecznościowych, spotykają się z obwinianiem, kpiną, nękaniami, a nawet groźbami ze strony trans-aktywistów i transseksualistów (przez których wcześniej byli „bombardowani miłością”). „W świecie terapii afirmującej gender i szerzej w społeczności osób transpłciowych, niewiele bowiem słów powoduje większy dyskomfort i jawną wściekłość niż »detranzycja« i »żal«.”¹²⁶ Nawet jeden z członków tejże grupy, krytykując ten stan rzeczy, przyznaje: „Nie przychodzi mi do głowy żaden inny przykład, w którym nie wolno by mówić o własnych, złych doświadczeniach związanych z opieką medyczną.”¹²⁷

W przestrzeni publicznej, na portalach społecznościowych i tematycznych stronach internetowych dostępne są setki świadectw¹²⁸ osób, które żałują podjętej, często w wieku nastoletnim, decyzji o medycznym upodobnieniu się do płci przeciwnej. Poniżej przedstawiono jedynie kilka wybranych przypadków.

Ania

„Wprawdzie wyglądam jak mężczyzna, ale kiedy się ogolę na gładko, starsi ludzie biorą mnie za trzydziestoletnią kobietę. Orientują się, że coś jest nie tak, kiedy do się do nich odezwę. Słyszą męski głos. (...) Dwa lata temu rozpoczęłam proces detranzycji, przestałam brać testosteron. Jaki jest więc mój status? Nie jestem facetem, ale już nigdy nie będę miała szansy być normalną kobietą. Może to, gdzie jestem, to jakiś czyściec, z którego nigdy nie wyjdę? Cieszę się, że zachowałam macicę, moja gospodarka hormonalna nie jest zrujnowana. Mam też zachowane sutki – kiedyś starano się je zachować.”¹²⁹

Łukasz Sakowski.

„W wieku 13 lat, (...) natrafiłem na forum dla osób trans. (...) Z moimi problemami dotyczącymi tożsamości, orientacji, emocji, szkoły i innych zwracałem się do [poznanej tam, osoby trans] Ewy. (...) nakłoniła mnie, abym używał żeńskich form, zamiast męskich. Była to perswazja, sugestia, żebym „nie bał” się pisać „jak dziewczyna”. Z czasem doszły do tego próby przekonania mnie, że powinienem ubierać dziewczęce rzeczy, stosować makijaż i malować paznokcie. (...) Gdy miałem 14 lat, w naszych rozmowach pojawił się temat blokerów dojrzewania. (...) gdy miałem jakieś 15 lat (...)

¹²⁶ R. Respaut i in., *Why detransitioners are crucial to the science of gender care*, “Reuters”, 22.10.2022, www.reuters.com/investigates/special-report/usa-transyouth-outcomes/.

¹²⁷ Tamże.

¹²⁸ Por. między innymi: <https://post-trans.com>, www.genderdysphoriaalliance.com/stories, www.detransawareness.org/blog/categories/detrans-stories.

¹²⁹ K. Romanowska, *Jako 19-latka przeszła mastektomię, dzisiaj wyznaje: „Robię detranzycję. Nie jestem facetem, ale już nigdy nie będę normalną kobietą”*, „Wprost”, 22.04.2023, www.wprost.pl/kraj/11185204/jako-19-latka-przeszla-mastektomie-dzisiaj-wyznaje-robie-detranszycje-nie-jestem-facetem-ale-juz-nigdy-nie-bede-normalna-kobieta.html.

wystartowałem z pełną hormonalną terapią zmiany płci (...). Czułem coraz większy dyskomfort i frustrację, gdy ktoś określał mnie po męsku albo gdy musiałem założyć jakieś typowo męskie ubranie. Czułem też ogromną niechęć do swojego ciała i jego męskich cech, odczuwałem wstręt oraz wstyd. Ewa, forum i portale dla osób trans, jak również przekaz transseksualnych aktywistów, utwierdzał mnie w tym wyobcowaniu i pchał ku kolejnym krokom zmiany płci, niczym członkowie sekty zachęcający nowicjusza do dokonania coraz radykalniejszych wyrzeczeń.

Jakby wtedy ktoś mnie zapytał, czy jestem szczęśliwy, że „zmieniam płęć”, nie tylko potwierdziłbym, ale wręcz bym o tym zapewniał. Dlatego, gdyby w tamtym czasie przeprowadzono na mnie ankietę, czy jestem zadowolony ze „zmiany płci”, entuzjastycznie odpowiedziałbym, że tak. (...) Ewa, a także publikowane przez transseksualnych aktywistów fałszywe informacje w Internecie, wraz z nadawaniem im pozorów rzetelnej wiedzy przez zideologizowanych seksuologów, psychologów i psychiatrów, zakorzeniały we mnie myśl, że to, co się dzieje, musi być właściwe.

(...) żyłem w przekonaniu, że gdy będę miał 18 lat i dokonam formalnej zmiany płci, czyli zmiany dokumentów tożsamości na żeńskie, zacznę normalne życie i wszystko się zmieni. Taką wizję roztaczał przede mną świat transseksualnych aktywistów i organizacji (...).

Gdyby to wszystko działo się dziś, w roku 2023, być może identyfikowałbym się w wieku nastu lat jako niebinarny. Wtedy o czymś takim, jak niebinarność, w ogóle nie było w Polsce mowy, nawet na forach transseksualistów; moda na subkulturę niebinarności przybyła dopiero później.

(...) na krótko przed osiemnastką poszedłem do pewnej poznańskiej psycholożki. Była znana w środowisku transseksualistów. (...) Wyjaśniłem jej, że od kilku lat otrzymuję „na czarno” blokery dojrzewania i hormony, od osoby transseksualnej poznanej w Internecie, oraz że moi rodzice o tym nie wiedzą. Nie zmartwiło jej to, przeciwnie. Wyraziła entuzjazm, że mogłem od tak młodego wieku „być sobą”. (...) U psychiatry wizyta trwała około 10 minut. (...) seksuolożka także nie zrobiła mi żadnego rzetelnego wywiadu klinicznego (...) Podejrzewam, że działało to tak, że seksuolożka i psychiatra, mając „cynk” od tej konkretnej psycholożki, wystawiały bezrefleksyjnie zaświadczenia diagnostyczne. Krąg poleceń robił swoje i tak funkcjonował ten mały system „transowania” dorosłych i nieletnich – w tym mnie.

Kiedy rozpoczynałem studia, wyglądałem już, przynajmniej jeśli nie zwracać uwagi na szczegóły, jak młoda kobieta. (...) Jednak bardzo szybko okazało się, że stare problemy nie zniknęły. To mit, że tranzycja płci „leczy” z depresji, problemów w relacjach społecznych, autyzmu, zaburzenia osobowości typu borderline, nieakceptacji swojej

orientacji seksualnej, myśli samobójczych czy innych kłopotów. Wielokrotnie już spotkałem się z zarzutami o „transfobię”, gdy pisałem, że osoby z dysforią płciową, zwłaszcza młode, powinny iść na psychoterapię, a nie być kierowane na zmianę płci. (...)

Latem 2014 roku zdecydowałem się na odstawienie leków hormonalnych. Trochę później przyznałem się rodzinie, że zmiana płci to był błąd. (...) aby chociaż częściowo cofnąć skutki brania blokerów dojrzewania i hormonów żeńskich, musiałem mieć poważny zabieg chirurgiczny w pełnym znieczuleniu, pod narkozą.

Formalną i medyczną detranzycję mam już za sobą, ale z konsekwencjami tego, co się wydarzyło, borykałem się dalej i zmagam się do dzisiaj. Podwyższone ryzyko różnych chorób, osteopenię czy zniekształconą klatkę piersiową będę miał już zawsze. Podobnie jak złe wspomnienia z traumy, którą niewątpliwie jest proces okaleczenia ciała i psychiki, zwany tranzycją płci lub zmianą płci. (...)”¹³⁰

Chloe¹³¹ Diagnozę postawiono po 2-3 spotkaniach. Endokrynolog zapytał ją (13-latkę) czy wie, że tego rodzaju „leczenie” zaburzy jej płodność w przyszłości. „Tak, nie chcę mieć dzieci” – oznajmiła naiwnie, o czym dziś mówi z wyraźną pretensją w głosie w stronę specjalistów. Przeszła podwójną mastektomię.

Charlie Evans¹³² - założycielka *Detransition Advocacy Network* - organizacji, która pomaga osobom, zdecydowanym na detranzycję m.in. prowadząc telefon zaufania. Gdy upubliczniła swoją historię detranzycji (przez 10 lat żyła jako mężczyzna), zgłosiło się do niej po pomoc ponad 300 młodych osób po detranzycji po czym stała się przedmiotem ataków trans-aktywistów. Mówi, że młode dziewczęta, które cierpią na zaburzenia jedzenia, autyzm czy depresję nie są w stanie udzielić świadomej zgody na tranzycję, zwłaszcza, jeśli nie zaoferowano im wcześniej psychoterapii. Wspomina siebie: „Te myśli coraz bardziej mnie dotyczyły, że poczucie, że z moim ciałem jest coś nie tak, nie oznacza, że rzeczywiście jest z nim coś nie tak, ale że coś nie tak jest ze sposobem, w jaki siebie postrzegam”¹³³.

Michelle Alleva

„Niedawno przeszłam detranzycję po dekadzie identyfikowania się jako osoba transgender i muszę zmierzyć się z faktem, że chirurgicznie usunęłam zdrowe części ciała, dzięki którym mogłabym począć, urodzić i karmić moje przyszłe dzieci. Do końca

¹³⁰ Ł. Sakowski, *Moja historia cofnięcia zmiany płci. Tranzycja i detranzycja*, 5.04.2023, www.totylkoteoria.pl/tranzycja-detranzycja-zmiana-plci/.

¹³¹ Prager U. (23-12-2022). The Medical Establishment's Push to Transition Children Is Dangerous.

<https://www.prageru.com/video/the-medical-establishments-push-to-transition-children-is-dangerous>

¹³² S. Lockwood, 'Hundreds' of young trans people seeking help to return to original sex, "Sky News", 5.10.2019, <https://news.sky.com/story/hundreds-of-young-trans-people-seeking-help-to-return-to-original-sex-11827740>.

¹³³ Claire Cheuchan (23-01-2020). I Am No Less of a Woman: Charlie Evans Interview. After Ellen. <https://afterellen.com/charlie-evans-interview/>

życia zostanie ze mną łysienie typu męskiego i obniżony głos. I wygląda na to, że nie mam powrotu, nie odwróć tego, co się stało.”¹³⁴

Roob Hoogland - kanadyjski ojciec skazany na karę pozbawienia wolności za brak zgody na tranzycję córki.¹³⁵

Szkoła, pod wpływem szkolnego psychologa przeprowadziła tranzycję społeczną u jedenastoletniej uczennicy, nie powiadamiając o tym rodziców. Dziecko w wieku lat 14 rozpoczęło przyjmowanie hormonów podawanych przez endokrynologa pomimo sprzeciwu ojca, który następnie wystąpił na drogę sądową (rodzice byli w separacji). Kanadyjski sąd zdecydował, że ojciec nie ma prawa sprzeciwiać się wybranym przez nastolatkę zaimkom i kuracji i że taka jego postawa powoduje u dziecka ból. Zakazał mu także wypowiadać się publicznie na temat tranzycji córki. Po złamaniu tego postanowienia, trafił na 6 miesięcy do więzienia i został ukarany wysoką grzywną (30 tys. dolarów).

List otwarty 3558 rodziców¹³⁶:

„Jesteśmy bardzo zaniepokojeni faktem, że AAP (*American Academy of Pediatrics*) – reprezentuje obecnie tylko jedna perspektywę na temat tego, jak najlepiej pomóc naszym dzieciom dobrze funkcjonować. Proponuje mianowicie tranzycję społeczną (zmianę imion, zaimków, itd.) i medyczną (blokery dojrzewania, hormony płciowe, operacje). AAP nazywa to »terapią afirmatywną«. Wiele z naszych dzieci poddano takiej terapii i z pewnością nie wyszło im to na dobre.

To skłoniło nas do uważnego zapoznania się z badaniami wspierającymi takie metody leczenia, i odkryliśmy, że to, co mówi się o tych badaniach, wcale nie jest tym, co faktycznie z nich wynika. Obecnie dysponujemy kilkoma niezależnymi systemowymi przeglądami dowodów, które pokazują, że korzyści płynące z tych metod leczenia są dalece wątpliwe. Natomiast coraz więcej badań wskazuje na zagrożenia — takie jak uszkodzenia kości i układu sercowo-naczyniowego, wpływ na funkcjonowanie mózgu i innych narządów, trudności w sferze seksualnej i niemożność posiadania dzieci w przyszłości. (...)

¹³⁴ Meet Michelle Alleva, “Gender Dysphoria Alliance”, 29.06.2021, www.genderdysphoriaalliance.com/post/meet-scarlett-p.

¹³⁵ J. O’Neill, *Father arrested for discussing child’s gender transition in defiance of court order*, “New York Post”, 18.03.2021, <https://nypost.com/2021/03/18/man-arrested-for-discussing-childs-gender-in-court-order-violation/>;

CNB News, *Canadian Father Jailed for Speaking Out Against Biological Daughter’s Gender Transition*, www.youtube.com/watch?v=DN_WpaAgS6w

¹³⁶ *An Open Letter to the American Academy of Pediatrics*, “Genspect”, 18.07.2022, <https://genspect.org/an-open-letter-to-the-american-academy-of-pediatrics/>.

Nieoficjalne tłumaczenie dostępne jest na stronie: <http://onaion.org.pl/list-rodzicow-dzieci-z-zaburzeniami-plci/>.

Wielu rodziców należących do organizacji *Genspect* zaobserwowało nagłą trans-identyfikację u swoich dzieci, często pojawiającą się po intensywnym i obsesyjnym okresie konsumowania wąsko ukierunkowanych treści w mediach społecznościowych i obserwowania, jak ich przyjaciele, jeden po drugim, ogłaszają trans-tożsamość. Co więcej, wiele naszych dzieci cierpi z powodu współistniejących zaburzeń psychicznych (m.in. lęk, ASD, ADHD, depresja, urazy, zaburzenia odżywiania, inne próbuje zrozumieć swoją orientację seksualną), co wymaga diagnostyki różnicującej i odpowiedniego wsparcia terapeutycznego.

Niektóre z naszych dzieci od tego czasu zaprzestały powyższej terapii i zaczynają rozkwitać po okresie zamieszania i depresji następującej po przybraniu trans-tożsamości. Inne stały się agresywne i zdeterminowane, by zacząć brać silne środki, które trwale zmieniają ich ciała. Jeszcze inne, które z racji wieku nie potrzebują już naszej zgody, po prostu udały się do pobliskiej kliniki *Planned Parenthood* gdzie bez żadnych badań otrzymały hormony. Widzimy, jak zdrowie psychiczne tych ostatnich grup coraz bardziej się pogarsza.

Agresywny nastolatek, który usilnie nalega na coś lub dokonuje ryzykownych wyborów, to nic nowego dla żadnego rodzica. Nowością natomiast jest to, że profesjonaliści, którym powierzyliśmy nasze dzieci, zamiast chronić je przed krzywdą i pomagać w łagodzeniu rozdrążeń między rodzicami a dziećmi, tak powszechnych w wieku nastoletnim, zachęcają nasze dzieci do podejmowania ryzykownych, impulsywnych decyzji o nieodwracalnych konsekwencjach.”

Pod listem podpisały się m.in. organizacje reprezentujące w sumie 3558 rodziców dzieci doświadczających zaburzeń tożsamości płci.

IV. Uwagi szczegółowe do projektu.

Projekt przewiduje zmianę ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty polegającą na dodaniu po art. 34 nowego art. 34a. Znajdujące się w ust. 1 tego przepisu pojęcia „przeprowadzenia zabiegu operacyjnego” oraz „podjęcia innych działań medycznych” są stosowane, odpowiednio, w zmienianej ustawie (art. 34) oraz w ustawie z 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (w definicji świadczenia zdrowotnego zawartej w art. 2 ust. 1 pkt 10 tej ustawy). Zgodnie z obowiązującym w Polsce prawem płeć człowieka określana jest w akcie urodzenia (na podstawie karty urodzenia) jako płeć męska albo żeńska. Rozpoznanie płci przy urodzeniu może nastręczać trudności jedynie w rzadkich przypadkach wad rozwojowych narządów płciowych lub innych zaburzeń rozwoju płci, które jednak mają podlegać wyłączeniu (ust. 2 projektowanego art. 34a).

Projekt wymienia objęte hipotezą przepisu następujące działania:

- e) usunięcie gruczołów płciowych, czyli jajników albo jąder,
- f) stosowanie hormonów płciowych i ich analogów, przy czym analogami hormonów płciowych są ich odpowiedniki tj. preparaty o podobnym działaniu, acz zmodyfikowanej strukturze chemicznej,
- g) ingerowanie w funkcjonowanie gruczołów płciowych (co obejmuje podawanie preparatów hormonalnych i niehormonalnych, które mogą wpływać na wydzielanie hormonów przez jajniki i jądra) i działanie wytwarzanych przez nie hormonów płciowych, co może przybrać formę (blokowania działania hormonów płciowych na receptory)
- h) usunięcie lub wytworzenie drugorzędowych (organów płciowych) i trzeciorzędowych (np. głos, budowa ciała) cech płciowych.

Przewidziany w ust. 2 zakaz stosowania agonistów GnRH czyli preparatów blokujących dojrzewanie płciowe *nie* dotyczy stosowania tych środków zgodnie z ich przeznaczeniem określonym w charakterystyce produktu leczniczego tj. w celu leczenia przedwczesnego dojrzewania.

Projekt przewiduje wyłączenie spod projektowanych ograniczeń sytuacji, w których u pacjenta stwierdzono występowanie wrodzonej wady rozwojowej narządów płciowych lub innych zaburzeń rozwoju płci (*disorders of sex development, DSD*). Zaburzenia rozwoju płci, powszechnie określane jako zaburzenia interpłciowe, to choroby, w których zaburzone jest normalne różnicowanie i funkcjonowanie płciowe. Niektórzy twierdzą, że DSD wskazuje na istnienie więcej niż dwóch płci. Jednak DSD nie oznacza dodatkowych narządów rozrodczych, gonad ani gamet. Dlatego z definicji DSD nie stanowią dodatkowych płci. W rzeczywistości DSD to rzadkie zaburzenie wrodzone, dotyczące 0,02% populacji, w którym albo genitalia są niejednoznaczne, albo wygląd seksualny danej osoby nie odpowiada temu, czego można by się spodziewać, biorąc pod uwagę chromosomy płciowe danej osoby.¹³⁷ Osób dotkniętych DSD nie należy mylić z osobami identyfikującymi się jako transseksualne. Te ostatnie mają bowiem zdrowe, prawidłowo funkcjonujące ciało.

V. Przewidywane skutki społeczne, prawne, finansowe i gospodarcze.

Skutkiem społecznym projektu będzie ochrona małoletnich przed działaniami zakłócającymi ich rozwój płciowy, mającymi znamiona eksperymentu i niosącymi

¹³⁷ Kim KS, Kim J. Disorders of sex development. *Korean J Urol*. 2012;53(1):1-8. Available at <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3272549/>

nieodwracalne konsekwencji dla ich zdrowia i życia a polegającymi w praktyce na usuwaniu całkowicie zdrowych organów, amputacji piersi, ubezplodnieniu i kastracji, uzależnianiu od hormonów i deformacji ciała.

Wypada zauważyć, iż, realizowany w projekcie postulat popiera zdecydowana większość opinii publicznej (69 proc., w tym 50 proc zdecydowanie). W tej sprawie zgodne stanowisko zajmują wyborcy wszystkich największych ugrupowań.¹³⁸

Skutkiem prawnym projektu będzie rozstrzygnięcie wątpliwości dotyczących działań medycznych polegających na (1) podawaniu środków blokujących wydzielanie gonadoliberyny (GnRH) odpowiedzialnej za dojrzewanie płciowe, (2) podawaniu hormonów maskulinizujących/feminizujących oraz (3) przeprowadzaniu zabiegów chirurgicznych wobec osób małoletnich w celu uzyskania cech płciowych typowych dla płci przeciwnej względem męskiej albo żeńskiej płci pacjenta rozpoznanej przy urodzeniu.

Projekt nie generuje kosztów finansowych i nie wpływa na gospodarkę.

VI. Oświadczenie o zgodności projektu ustawy z prawem Unii Europejskiej albo oświadczenie, że przedmiot projektowanej regulacji nie jest objęty prawem Unii Europejskiej.

Przedmiot regulacji projektu ustawy nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

Projekt ustawy nie podlega procedurze notyfikacji aktów prawnych, określonej w przepisach rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. poz. 2039, z późn. zm.).

Projekt ustawy nie wymaga przedstawienia właściwym instytucjom i organom Unii Europejskiej, w tym Europejskiemu Bankowi Centralnemu, celem uzyskania opinii, dokonania powiadomienia, konsultacji albo uzgodnienia projektu.

¹³⁸ NASZ SONDAŻ. Polacy jednoznacznie za zakazem zmiany płci u dzieci i młodzieży. "Jest to w istocie zbrodnia popełniania na młodych ludziach", „wPolityce”, 23.07.2023, <https://wpolityce.pl/polityka/655640-sondaz-polacy-twardo-za-zakazem-zmiany-plci-u-nieletnich>.