

# Kontrowersje wokół „zmiany płci” – między afirmacją a życzliwym powstrzymaniem

„The gender reassignment” controversy –  
between affirmation and kind restraining

Andrzej Margasiński<sup>a</sup>, Agnieszka Marianowicz-Szczygieł<sup>b</sup>

<sup>a</sup> Dr Andrzej Margasiński, <https://orcid.org/0000-0002-2902-3973>,

Katedra Psychologii, Wydział Nauk Społecznych, Uniwersytet Jana Długosza w Częstochowie

<sup>b</sup> Mgr Agnieszka Marianowicz-Szczygieł, <https://orcid.org/0000-0001-7818-8961>,

Fundacja Instytut Analiz Płci i Seksualności „Ona i On”

**Abstrakt:** Celem tego przeglądownego tekstu jest przybliżenie zjawiska transseksualizmu przez pryzmat etiologii, skali i dynamiki zaburzenia oraz najbardziej kontrowersyjnych skutków społecznych dotyczących „zmiany płci” oraz akceptacji bądź nieakceptacji woluncjonalnych form osobowych przyjmowanych przez dzieci i młodzież. Dokonano przeglądu współczesnej literatury i analizy stanowisk dotyczących problematyki tzw. zmiany płci (korekty płci, dopasowania płci). Tekst pokazuje ewolucję rozumienia zaburzeń tożsamości płciowej w klasyfikacjach ICD-10 i DSM-5 oraz kontrowersje związane z tendencjami depatologizującymi niezgodność płciową w ICD-11. W spojrzeniu na problematykę etiologiczną zaprezentowano próbę pogłębionych analiz psychologicznych w odróżnieniu od dominującego podejścia medycznego. Przypomniano także podstawowe prawidłowości rozwojowe dzieci i młodzieży, nierzadko pomijane w dyskusjach nad transseksualizmem. Przegląd danych pokazuje lawinowe narastanie zaburzeń tożsamości płciowej w ostatnich latach, ich wymowa prowadzi do podkreślenia wzrastającej roli oddziaływań popkulturowych na młodzież. Widoczny jest także brak badań nad stosowaniem blokerów dojrzewania płciowego u dzieci/młodzieży – ich wprowadzanie jawi się jako eksperyment o, w gruncie rzeczy, nieznanych konsekwencjach. Analiza prawidłowości rozwojowych, przemijalność tendencji dysforycznych oraz brak rzetelnych danych naukowych na temat stosowania blokerów dojrzewania płciowego i konsekwencji przyjmowania hormonów płci przeciwnej prowadzą do konkluzji, iż akceptowanie woluncjonalnych form osobowych proponowanych przez dzieci/nastolatki jest przedwczesne.

**Słowa kluczowe:** zaburzenia tożsamości płciowej, transseksualizm, dysforia płciowa, niezgodność płciowa

**Abstract:** The review article presents the phenomenon of transsexualism through the prism of the etiology, scale and dynamics of the phenomenon as well as the most controversial social consequences concerning „sex change” and the acceptance or non-acceptance of voluntary personal forms adopted by children and adolescents. Review of contemporary literature, analysis of positions on the issues of the so-called gender changes (gender reassignment, gender matching). The text shows the evolution of understanding of gender identity disorders in the ICD-10 and DSM-5 classifications as well as the controversy related to the tendencies depathologizing gender inconsistency in the ICD-11. Looking at the etiological issues we present an attempt of in-depth psychological analyzes as opposed to the dominant, reductive medical approach. In the text, we also recall the basic developmental regularities of children and adolescents, often overlooked in discussions on transsexualism. The basic developmental regularities of children and adolescents, often overlooked in discussions on transsexualism, were also reminded. As the review of the data shows the rapid increase in gender identity disorders in recent years, their pronouncement leads to emphasizing the growing role of pop culture influences on young people. There is also a lack of research on the use of puberty blockers in children/adolescents – their introduction appears to be an experiment with, in fact, unknown consequences. The analysis of developmental regularities, the transience of dysphoric tendencies and the lack of reliable scientific data on the use of puberty blockers and the consequences of taking hormones of the opposite sex lead to the conclusion that accepting voluntary personal forms proposed by children/teenagers is premature.

**Key words:** gender identity disorders, transsexualism, gender dysphoria, gender inconsistency

## Wprowadzenie

W ostatnich latach można zaobserwować narastającą liczbę zaburzeń tożsamości płciowej (identyfikacji, procesu kształtowania). Znaczenie tej problematyki systematycznie rośnie, zarówno

z powodu nasilającej się skali zjawiska, jak i licznych kontrowersji społecznych, które budzi. Pojawia się wiele pytań, w rodzaju: jaka powinna być reakcja otoczenia na deklaracje wpływające

np. od młodych dziewcząt, takie jak: „Chyba jestem chłopcem”, „Czuję się mężczyzną”, „Jestem trans”? Czy należy je wspierać, czy też wręcz przeciwnie – raczej je stopować? Jaka powinna być reakcja rodziców, nauczycieli czy szkoły jako instytucji? Można zaobserwować paletę różnych stanowisk, z bezwarunkową akceptacją – na jednym biegunie – lub sceptyczną powściągliwością – na drugim. Szczególnie w odniesieniu do dzieci i nastolatków kwestie te nabierają coraz większej aktualności, zwłaszcza w wymiarze funkcjonowania szkolnego (np. zmiana imienia, zaimków, dostęp do określonych toalet, szatni, pryszniców). Przy czym często następuje rozbieżność punktu widzenia nastolatków i rodziców („zawsze taki byłem” *versus* „to sprawa nagła, syn/córka nigdy nie przejawiał takich skłonności”). Kontrowersje powstają w rodzinach, w środowisku szkolnym, nierzadko wśród personelu medycznego – jakie przyjąć stanowisko wobec dzieci przejawiających objawy dysforii płciowej? Afirmować? Podejmować interwencje terapeutyczne? Przeczekać?

Te i podobne pytania i kontrowersje były naszą inspiracją do podjęcia tematu. Do najważniejszych kwestii związanych z transseksualizmem zaliczyć trzeba – z jednej strony – budzącą nierzadko spory problematykę etiologii dysforii płciowej u dzieci i młodzieży, a z drugiej – kierunki oddziaływań terapeutycznych i polityki społecznej, jaką należałoby prowadzić wokół osób określających się jako transseksualne. Niniejszy tekst jest próbą zaprezentowania najważniejszych kwestii związanych z transseksualizmem nie tylko z perspektywy opisowej, charakterystycznej dla psychopatologii czy psychologii rozwojowej, ale także z perspektywy wychowawczo-profilaktycznej stanowiącej o istocie psychologii wychowawczej czy pedagogiki wychowania. W pierwszej części artykułu zostanie przedstawione ujęcie zaburzeń tożsamości płciowej wg aktualnych klasyfikacji chorób i zaburzeń psychicznych, a także zaprezentowane doniesienia pokazujące dynamiczny wzrost liczby przypadków dysforii płciowej w świecie. Część druga obejmuje zagadnienia etiologii. Część trzecia zawiera przypomnienie podstawowych ram rozwojowych, niezbędnych – naszym zdaniem – do

dyskusji o problemie u dzieci i młodzieży, oraz omówienie specyfiki zaburzeń tożsamości płci w wieku rozwojowym. W podsumowaniu zostaną zaprezentowane wnioski wychowawczo-edukacyjne i wskazania profilaktyczne.

## 1. Transseksualizm – dysforia płciowa – niezgodność płciowa

W dotychczas obowiązującej w Polsce klasyfikacji chorób International Classification of Diseases ICD-10 (2007) *transseksualizm* (oznaczony sygnaturą F64.0) był rozumiany jako pragnienie życia i akceptacji w roli osoby o przeciwnej płci, zwykle związane z żądaniem doprowadzenia ciała, za pomocą zabiegów chirurgicznych lub leczenia hormonalnego, do postaci tak zbieżnej z preferowaną płcią, jak to tylko możliwe. Pragnienie takie musi utrzymywać się co najmniej 2 lata. Wyodrębniono także kategorię F64.2 oznaczającą *zaburzenia identyfikacji płciowej w dzieciństwie*, stosowaną do dzieci przed okresem pokwitania i obejmującą syndromy utrzymujące się co najmniej przez 6 miesięcy, w trakcie których dziecko wykazuje trwałe i nasilone niezadowolenie z bycia chłopcem/dziewczynką i potwierdza pragnienie bycia osobą odmiennej płci lub dowodzi, że jest odmiennej płci.

W amerykańskiej klasyfikacji chorób i zaburzeń psychicznych DSM-5 (2017), która weszła w życie w roku 2013, wyróżniona została *dysforia płciowa u dorastających i dorosłych (zaburzenia tożsamości płciowej – gender identity disorder – GID*; kategoria 302.85, odpowiednik F64.0 w ICD-10), określająca wyraźną niezgodność pomiędzy odczuwaną/wyrażaną przez daną osobę płcią a płcią jej przypisaną, zaburzenie trwające co najmniej przez 6 miesięcy, powiązane z klinicznym cierpieniem lub upośledzeniem funkcjonowania społecznego, zawodowego lub w innych ważnych obszarach. Wyróżniono 6 szczegółowych wskaźników diagnostycznych. Analogicznie definiowana jest *dysforia płciowa u dzieci* (kategoria 302.6, odpowiednik F64.2 w ICD-10), z 8 szczegółowymi wskaźnikami diagnostycznymi.

We wchodzącej w życie nowej klasyfikacji ICD-11<sup>1</sup> w odniesieniu do transseksualizmu doszło do istotnych i kontrowersyjnych zmian. Transseksualizm jako taki został z ICD-11 usunięty, co Światowa Organizacja Zdrowia tłumaczy chęcią walki ze społeczną stygmatyzacją tych osób. Usunięto kategorię F64, wprowadzono zaś kategorię 17 *Uwarunkowania zdrowia seksualnego (Conditions related to sexual health)*; wobec osób z tego typu trudnościami używa się terminu *niezgodność płci (gender incongruence)*, która jest definiowana jako utrzymująca się wyraźna niezgodność między płcią doświadczoną przez daną osobę a płcią jej przypisaną. Jak widać, zarówno w DSM-5, jak i ICD-11, usunięto odniesienia do płci biologicznej – obiektywizm biologii został zastąpiony subiektywnym odczuciem dyskomfortu. Zdaniem Kennetha Zuckera (Zucker i Duschinsky, 2016), współtwórcy kategorii *dysforii płciowej* w DSM-5, miała ona spełniać rolę depatologizującą, poprzez podkreślenie w definicji subiektywnej niezgodności między „płcią przypisaną” a „płcią odczuwaną/wyrażaną”.

Wyraźna zatem jest tendencja do depatologizacji zjawiska, co od dawna było i jest postulowane przez transseksualnych aktywistów zrzeszonych w World Professional Association for Transgender Health (Bockting, 2014) oraz autorów zaliczanych do prekursorów genderowego płynnego ujęcia płci, takich jak John Money (Money i Ehrhardt, 1972) czy Harry Benjamin (1977). W Polsce do zwolenników takiego podejścia zaliczyć można m.in. grupę autorów pracy *Dysforia i niezgodność płciowa* (Grabski i in., 2020).

Jak zauważa Cichocki (2021), usunięcie transseksualizmu z listy zaburzeń psychicznych budzi poważne wątpliwości. Po pierwsze, sam fakt istnienia diagnoz psychiatrycznych wiążących się z negatywnymi postawami społecznymi, jak schizofrenia czy uzależnienia, bądź zjawisk takich, jak otyłość czy anoreksja, rodzi retoryczne pytanie: czy w związku z tym, podobnie jak w przypadku transseksualizmu, należy zarzucić diagnozowanie psychiatryczne? Druga wątpliwość związana jest z przeniesieniem niezgod-

ności płciowej do obszaru zdrowia. Oznacza to, że pacjenci, którzy chcieliby leczyć swoje problemy z tożsamością płciową, zostają praktycznie pozbawieni takiej możliwości. Kolejna wątpliwość dotyczy tego, czy jako osoby zdrowe powinni liczyć na wsparcie ze strony publicznej służby zdrowia i refinansowanie operacji zmiany płci (dostępne w niektórych krajach poza Polską). Wreszcie, w wielu przypadkach u osób transseksualnych występują liczne zaburzenia towarzyszące, np. zaburzenia osobowości. Badania szwedzkie z lat 1973–2003, przeprowadzone na dużej grupie 324 pacjentów transseksualnych, pokazują, iż osoby te – po „korekcie” płci – obciążone są znacznie większym ryzykiem śmiertelności – statystyczne wskaźniki pojawiania się myśli i prób samobójczych, dokonanych samobójstw oraz odsetek chorób psychicznych są znacząco wyższe niż dane dotyczące ogółu populacji (Dhejne i in., 2011).

## 2. Złożona i wieloczynnikowa etiologia – dominanta czynników psychospołecznych

Choć etiologia skłonności transseksualnych nie jest do końca poznana, wiemy już na ten temat całkiem sporo. Pomimo różnych prób wskazujących na czynniki biologiczne czy genetyczne (Coates i in., 1991; Krzystyniak i Kalota, 2019; Le Roux, 2013), wszystko przemawia za etiologią wieloczynnikową, w tym dominującą rolę czynników środowiskowych (etiologia psychospołeczna), która u poszczególnych jednostek każdorazowo będzie miała inną konfigurację (Marianowicz-Szczygieł, 2021; Rabe-Jabłońska, 2012; Wallien, 2008; Zucker i in., 2012). Można mówić o podobieństwie skomplikowanych uwarunkowań etiologicznych, analogicznych do wieloczynnikowych determinant homoseksualizmu, przy czym mechanizmy różnicujące kształtowanie orientacji homoseksualnej od tendencji transseksualnych nie są dostatecznie poznane (Margasiński i Białecka, 2021; Marianowicz-Szczygieł, 2021).

<sup>1</sup> Oficjalnie nowa klasyfikacja ICD-11 weszła w życie od 1.01.2022 roku. W praktyce, w chwili pisania tego tekstu wiosną 2023 roku, w dalszym ciągu stosowana jest klasyfikacja ICD-10, z powodu braku polskiego tłumaczenia nowej wersji. Należy oczekiwać, że z chwilą pojawienia się polskiego tłumaczenia na stronie WHO ICD-11 zastąpi ICD-10. Mimo pewnych różnic, w niniejszym tekście stosujemy zamiennie terminy *transseksualizm* i *dysforia płciowa*.

Dane z metaanalizy 11 badań nad bliźniętami, przeprowadzonych przez zespół Polderman i in. (2018), wskazują, że mediana wpływów biologicznych w genetyce wynosiła tylko 36%. Szczegółowe korelacje uzyskano w badaniach dla współwystępowania skłonności transseksualnych i wysokich wskaźników psychopatologii u rodziców, u samego dziecka, problemów relacyjnych w rodzinie i kłopotów z kontaktem z rodzicami, trudnych relacji z rówieśnikami, ale także w zakresie nieprawidłowej reakcji rodziców na zachowania dziecka niezgodne z płcią (Marianowicz-Szczygieł, 2021; Zucker, 2008). Znaczna grupa autorów uważa, że coraz częściej rozwój dysforii płciowej łączy się z czynnikami psychologicznymi (Bell, 2020; Bonfatto i Crasnow, 2018; Evans, 2022; Patterson, 2018; Rustin, 2018). Występujące korelacje można tłumaczyć w różny sposób, w tym – jako przyczyny pierwotne (np. autyzm, przemoc seksualna, zaburzenia lękowe, depresja, zaburzenia psychiatryczne), ale nie wiedzieć czemu, uzyskane zależności interpretuje się najczęściej tylko jednotorowo: współwystępujące zaburzenia psychiczne miałyby być skutkiem odrzucenia osób z dysforią płciową i tzw. stresu mniejszościowego (por. Zucker, 2019). Natomiast eksploracja ścieżki przyczynowej jest na ogół pomijana. Jest to o tyle godne uwagi, że – jak zauważają Thomas i Saunders (2018) – transseksualizm może być przejawem szerszych zaburzeń obrazu ciała, jak BDD – *body dysmorphic disorder* (cielesne zaburzenie dysmorficzne, inaczej dysmorfofobia, w DSM-5 kod 300.7) czy BIID (*body integrity identity disorder*), gdzie zdrowe osoby chcą stać się niepełnosprawne (Lupkin, 2013; Stella, 2017).

Jeden z najbardziej spójnych modeli powstawania zaburzeń transseksualnych przedstawił Marcus Evans, psychoterapeuta, przez ponad 20 lat członek dyrekcji jednej z wiodących klinik dla dzieci i młodzieży w Wielkiej Brytanii – Tavistock and Portman Clinic. Zdaniem Evansa (2022), tożsamość trans miałaby być obroną przed lękiem, depresją i zapaścią psychiczną, sposobem radzenia sobie i kontrolowania bólu psychicznego. Młode pacjentki (typ kobieta/mężczyzna), zdaniem klinicysty, łączył wspólny profil psychologiczny: kruche ego, skłonne do fragmentacji i konkretnego myślenia (myśli były często doświadczane jako działania fizyczne), częste pojawianie

się zinternalizowanego żalu, z powodu nieudanej relacji z idealnym obiektem (np. wytęskniona, ale zaborcza matka), który jest projektowany do ciała, a następnie atakowany. Zauważył także wysoki poziom autokrytycyzmu i samoodrzucenia oraz lęku przed byciem niechcianymi, jeśli pacjenci nie są idealni. Zdaniem Evansa, dochodzi do tego, że pacjenci projektują niechciane aspekty siebie w swoich ciałach. „Zamiast zmierzyć się z utratą idealnego obiektu, która może grozić zapaścią, dziecko rozwija przekonanie, że związek z idealnym obiektem mógłby zostać przywrócony, *gdyby* to a to się wydarzyło. W przypadku dysforii płciowej fantazje te często przybierają formę: *Gdybym tylko był chłopcem (lub dziewczynką), przywróciłoby to moją błogą relację z moim idealnym obiektem*” (Evans, 2022, s. 276). Młodzi ludzie w obliczu wyzwań rozwojowych związanych zwłaszcza z okresem dojrzewania wycofują się więc na psychiczne odosobnienie mające na celu zatrzymanie rozwoju. Tożsamość transgenderowa miałaby być więc rodzajem obronnej fantazji przez zbudowanie iluzorycznego, idealnego ego, w które są często wpychani przez trudne okoliczności i konfliktogenne relacje (np. rozwód rodziców, odrzucenie przez rodzica). Mają także często poczucie braku przynależności, tożsamości jako takiej. Ciało staje się uosobieniem niepożądanego siebie, wobec tego rozwój drugorzędnych cech płciowych w okresie dojrzewania może być odbierany jako nieznośna trauma. Taka struktura obronna ma jednak swoją cenę – odseparowania się od rzeczywistości (stąd ta „pewność” bycia odmiennej płci), a silne poczucie wszechmocy własnego myślenia utrwala sztywność tej konstrukcji psychicznej. Jeśli ośrodek specjalistyczny pójdzie za tą obronną fantazją, następuje dalsze „pomieszczenie rejestrów”, jak nazywa to Evans, i dany pacjent pozostaje odcięty od własnego ciała, traktując je jak manekin, a nie część siebie z lękami, uczuciami i dezorientacją. Umysł i zdolność myślenia o emocjach są tu wręcz często traktowane tak, jakby były wrogiem, którego należy za wszelką cenę stłumić, odciąć i unikać. Jego zdaniem, ta zadziwiająca, stu-procentowa pewność dotycząca wybranej tożsamości płciowej powinna stanowić czerwoną flagę i znak ostrzegawczy, także fakt, że pacjent nie uwzględnia długoterminowych medycznych i chirurgicznych

kosztów. Tak często spotykany w przypadku transseksualizmu brak wątpliwości może stanowić przykrywkę dla głęboko skrywanej niepewności i wewnętrznego zamieszania oraz np. walki o niezależność i poczucie wewnętrznej kontroli nad swoim życiem, które należy przepracować w terapii.

Swoją rolę jako terapeuty Evans postrzega jednak bardzo ostrożnie – jako pomoc w podejmowaniu przez pacjenta świadomych decyzji dotyczących swoich wyborów. Mechanizmy obronne (w tym obronna tożsamość trans) nie powinny być jednak po prostu demaskowane jako cel terapii sam w sobie, ponieważ pełnią rolę ochrony kruchego ego np. przed przytłaczającym i zalewającym pacjenta nieznośnym lękiem, ale należy się raczej przyjrzeć, co leży pod spodem tych konstrukcji psychicznych. „Terapeuta musi mieć na uwadze różne poziomy funkcjonowania pacjenta. Wiele osób zidentyfikowanych jako osoby trans ma stałe, niezbadane przekonanie, że tranzycja wyleczy wszystkie ich trudności. [...] Jednak osoby dokonujące detranzyji opisały, jak ich wiara w tranzycję jako rozwiązanie ich trudności załamała się [...]. To jest, gdy poczucie wszechmocy myślenia (i uczuć) zostaje skonfrontowane z rzeczywistością” (Evans, 2022, s. 280). Psychoterapeuta, zdaniem Evansa, pomaga więc pacjentowi w rozróżnieniu między tranzycją jako kompromisem, który obejmuje realistyczną ocenę tego, co jest, a co nie jest możliwe, a tranzycją jako przekonaniem, które próbuje raczej zaprzeczyć niż zaakceptować rzeczywistość. Pomaga więc ochronić pacjenta przed sytuacją, w której krótkoterminowe rozwiązania bólu psychicznego niosą ze sobą ukryte, długoterminowe koszty. Ostrzega: „Wykorzystanie wszechmocnych mechanizmów obronnych, wsparte obietnicą tego, co mogą dostarczyć interwencje medyczne, jest potężnym i uwodzicielskim koktajlem psychologicznym, który utrudnia, a czasami uniemożliwia pracę [tej] psychologicznej eksploracji” (Evans, 2022, s. 280). Nawet jeśli koncepcja Evansa wyjaśnia tylko część przypadków, mamy tu zwarty model powstawania skłonności transseksualnych, alternatywny wobec koncepcji stresu mniejszościowego.

Spójne z ustaleniami Evansa wyniki wcześniejszych polskich badań przedstawia Fajkowska-Stanik (2001). Obszernie analizuje zaburzoną na wielu poziomach dynamikę rodziny w ujęciu międzygene-

racyjnym. Kobiety transseksualne miały m.in. niski poziom dyferencjacji „ja” (zatarcie granicy między „ja” i „wy” oraz „wewnętrznym ja”), gdzie systemy emocjonalny i intelektualny były zlane, a „pseudo ja” bardziej dominujące niż „ja stałe” (s. 170), prawdopodobnie jako efekt zdominowania przez układ rodzinny (nadmierna bliskość z męską matką i izolacja od kobiecego ojca). W rodzinach odkryto błędy w transmisji pokoleniowej identyfikacji płciowej aż do pokolenia dziadków włącznie, dysfunkcjonalne fuzje i koalicje rodzinne, czy słabe więzi małżeńskie, pragnienie posiadania męskiego potomka i ubieranie w stroje płci przeciwnej, ale także stres okołoporodowy. To głównie matki podtrzymywały męskie zachowania u córek.

### **3. Lawinowe narastanie zjawiska w ostatnich latach**

Rozpowszechnienie transseksualizmu na świecie szacuje się w populacji na 0,001%–0,002% (Michel i in., 2001; Urban, 2009), co oznacza, że zasadniczo jest to zaburzenie rzadkie. Inni autorzy szacują, że niezgodność płci występuje u 0,001% kobiet i u 0,0033% mężczyzn (za: Anderson, 2021). Niemniej w ostatnich latach obserwuje się niezwykle dynamiczne narastanie GID zarówno wśród dorosłych, jak i nastolatków. Marianowicz-Szczygieł (2022) dokonała metaanalizy danych z 10 krajów w oparciu o kryteria zgłoszeń do specjalistycznych klinik. Dane pokazują, iż w ciągu 8 lat wśród dzieci i młodzieży mamy do czynienia z lawinowym wręcz wzrostem zgłoszeń do specjalistycznych klinik – w Szwecji zanotowano wzrost 19 700%, we Włoszech o 7 200%, w Wielkiej Brytanii o 2457%, w Norwegii o 1750%, w Holandii o 904%, w Finlandii o 634%, w Australii o 12 650%, w Kanadzie o 538%, w USA o 275% i w Nowej Zelandii o 187%. Nie ma jedności ani jednolitego modelu tłumaczącego nasilenie się tego zjawiska. Część autorów stoi na stanowisku, iż jest on efektem przede wszystkim wzrostu świadomości społecznej. Argument ten wydaje się nieprzekonujący w odniesieniu do wcześniejszych szacunków epidemiologii zjawiska, niekwestionowanych przez dziesiątki lat. Marianowicz-Szczygieł po przeglądzie

możliwych stanowisk i wyjaśnień sugeruje, iż zmiana obrazu klinicznego i napływ do klinik przede wszystkim nastoletnich dziewcząt wskazują, iż wzrost ten jest w znacznym stopniu uwarunkowany wpływem liberalnej narracji lansującej przekaz o swobodzie wyboru płci<sup>2</sup>.

Dotychczasowe analizy wskazują, iż przyczyny tego zjawiska mogą być związane z wpływem kultury, mediów i mediów społecznościowych (Littman, 2018, 2019; Pang i in., 2020) oraz aktywnością działaczy protransseksualnych (*List otwarty GEN-SPECT do Amerykańskiej Akademii Pediatrów*, 2022). Littman (2018, 2019) na bazie 256 wywiadów z rodzicami nastolatków z dysforią płciową stwierdziła, że większość z nich funkcjonowała w specyficznych bańkach informacyjnych. Byli pod przemożnym wpływem Internetu i mediów społecznościowych. W konkluzji Littman zaproponowała koncepcję zespołu nagłej dysforii płciowej (rapid-onset gender dysphoria – ROGD). Wnioski, do których doszła Littman, spotkały się z mocną krytyką, ponieważ kłóciły się z tezą o „swobodnym wyborze płci”, czy „duchu kobiety uwięzionym w ciele mężczyzny”, a z drugiej strony – z sugestiami „wrodzonego transseksualizmu”. Za kontynuowaniem tej ścieżki badań opowiedzieli się jednak i inni badacze (Hutchinson i in. 2020; Zucker, 2019). Sven Roman podaje, że np. zaburzenia jedzenia, samookaleczenia bywają rozprzestrzeniane drogą społeczną (Canadian Gender Report, 2020). W sukcesie badaniom Littman przyszli Pang i in. (2020), którzy zbadali liczbę tematycznych publikacji medialnych w Australii i Wlk. Brytanii oraz zgłoszenia dzieci i młodzieży do specjalistycznych klinik w latach 2009–2016. Analiza pozwoliła na wskazanie tak silnych korelacji, że na wykresie obie linie niemal się pokrywały. Na rzecz hipotezy o społecznej transmisji przynajmniej części przypadków dysforii płciowej u nastolatków świadczy także zahamowanie napływu nieletnich pacjentów do specjalistycznych klinik po fali społecznej krytyki

pracy tego typu placówek w Szwecji i Wlk. Brytanii, co skutkowało zamknięciem największej kliniki Tavistock w 2022 r. (Gregory, 2022).

#### 4. Kontrowersje wokół „odwracalności” działania blokerów hormonalnych

Ogromny problem, także prawny, stanowi podawanie tzw. blokerów dojrzewania płciowego lub hormonów płci przeciwnej, czy nawet przeprowadzanie operacji chirurgicznych u osób niepełnoletnich (znany jest autorom przypadek 13-letniej dziewczynki z dysforią płciową, której w Polsce amputowano zdrowe piersi). Jak dalece dziecko jest w stanie świadomie decydować o nieodwracalnych zmianach w swoim ciele? Co zrobić, gdy tylko jeden rodzic wyraża zgodę i czy rodzice w ogóle mają do tego prawo? Transaktywiści lansują koncepcje „podążania za deklaracją dziecka” i jak najwcześniejszego włączania blokerów hamujących rozwój pierwszo- i drugorzędowych cech płciowych. Ma to być przygotowaniem do pełnej chirurgicznej tranzycji po osiągnięciu pełnoletności. W przypadku, gdyby osoba zainteresowana rozmyśliła się i odstąpiła od chęci „zmiany płci”, twierdzi się, że wycofanie blokerów przywróci normalny rozwój psychoseksualny, bez skutków ubocznych. W Standardach WPATH kryteria włączania hormonów hamujących dojrzewanie zaliczone są do grupy zabiegów w pełni odwracalnych. W kryteriach szczegółowych, w pkt. 4 wymaga się, by „Osoba nastoletnia udzieliła świadomej zgody i, w szczególności w sytuacji, gdy osoba nastoletnia nie osiągnęła wieku, w którym może decydować o swoim leczeniu, takiej zgody udzielili rodzice lub inni opiekunowie, i są oni zaangażowani we wsparcie osoby nastoletniej podczas procesu leczenia” (WPATH, 2019, s. 21). Sformułowanie to rodzi podwójne wątpliwości, po pierwsze – jest nieostre, nie

2 Przykładowo w 2016 roku w badaniu firmowanym przez brytyjskiego rzecznika praw dziecka dzieci w wieku 13–18 lat miały opisać swoją płć, ale podane przykłady wykraczały poza wskazanie płci męskiej lub żeńskiej, do wyboru było 25 możliwości. W ankiecie pojawiło się także pytanie czy „ludzie powinni być wolni w wyborze swojej płci”. <http://wpolityce.pl/spoleczenstwo/279723-nachalne-promowanie-gender-doprowadzone-do-absurdu-13-latki-mialy-wskazac-plec-wybijajac-jedna-z-25-mozliwosci> (dostęp: 28.01.2016). Jeszcze dalej poszedł amerykański Facebook, dla swoich użytkowników przygotował wybór tożsamości płciowej spośród 56 możliwości, [http://wiadomosci.gazeta.pl/wiadomosci/1,114871,15462856,Facebook\\_zmienia\\_ustawienia\\_plici\\_Zamiast\\_dwoch\\_opcji.html](http://wiadomosci.gazeta.pl/wiadomosci/1,114871,15462856,Facebook_zmienia_ustawienia_plici_Zamiast_dwoch_opcji.html) (dostęp: 28.01.2016).

wiadomo, do jakiego przedziału wiekowego odnosi się. Po drugie – powstaje wątpliwość, czy dziecko/nastolatek, przy wszystkich swoich ograniczeniach emocjonalno-poznawczych, może w pełni świadomie rozstrzygnąć o tak daleko idących interwencjach medycznych, zwłaszcza że istnieje sporo przypadków detranzycji (zob. Anderson, 2021; Shrier, 2020; Heyer, 2020). Wprowadzanie terapii hormonalnej blokującej dojrzewanie płciowe u dzieci i nastolatków nie jest osadzone na obserwacjach klinicznych, bo takowych zasadniczo nie ma: „Nie ma jak dotąd jasnego konsensusu dotyczącego hormonalnej terapii u nastolatków, ponieważ nie ma żadnych długofalowych badań, które monitorowałyby ten problem” (Kaltiala-Heino i in., 2018, s. 38).

W Standardach WPATH przyznaje się, że brakuje badań, które pokazywałyby długotrwały wpływ stosowania blokerów hormonalnych na rozwój, stwierdza się ponadto, że ich stosowanie może mieć wiele skutków ubocznych. W przypadku terapii feminizującej do skutków ubocznych obarczonych poziomem zwiększonego ryzyka zalicza się: żylną chorobę zakrzepowo-zatorową, kamicę żółciową, podwyższenie aktywności enzymów wątrobowych, wzrost masy ciała, hipertriglicydemię. W przypadku terapii maskulinizujących są to: nadkrwistość (polycythemia), wzrost masy ciała, trądzik, łysienie androgenowe, zespół bezdechu sennego. Ponadto istnieje szereg powikłań o mniejszym poziomie ryzyka, takich jak: choroby układu sercowo-naczyniowego, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca typu 2, nowotwory. Dokonując przeglądu badań nad skutkami wprowadzenia blokerów hormonalnych u dzieci i młodzieży, Hruz, Mayer i McHugh (2017) stwierdzają, iż wytyczne publikowane przez stowarzyszenia medyczne i grupy poparcia dają fałszywe wrażenie, że istnieje ugruntowany naukowy konsensus dotyczący tożsamości płciowej i tłumienia dojrzewania. „Twierdzenie, że zahamowanie dojrzewania u nastolatków z dysforią płciową jest «odwracalne», opiera się na spekulacjach, a nie na rygorystycznej analizie danych naukowych” (Hruz i in., 2017, s. 21), a możliwe skutki uboczne obejmują także nieprawi-

idłowy rozwój kości i mięśni, problemy neurologiczne i bezpłodność. W informatorze wydawanym przez Klinikę GIDS Tavistock uczciwie przyznano się do tego, że dzieci poddawano tu *de facto* swoistym eksperymentom: „Nie wiemy do końca, jak blokery hormonów wpływają na siłę kości, rozwój organów seksualnych, kształtu ciała i ostateczny wzrost” (za: High Court of Justice, 2020, pkt 63). Podobne wątpliwości zgłaszają autorzy holenderscy: „Powstaje pytanie, czy pacjenci uczestniczący w tym protokole mogą osiągnąć normalny rozwój gęstości kości, czy też skończy się obniżoną gęstością kości, co wiąże się z wysokim ryzykiem osteoporozy” (Delemarre-van de Waal i Cohen-Kettenis, 2006, s. 134).

Biggs (2019) zauważa, że blokery dojrzewania płciowego nie zostały certyfikowane jako bezpieczne i skuteczne leczenie dysforii płciowej ani przez ich producentów, ani przez stosowny urząd certyfikujący w Wielkiej Brytanii. Program wprowadzania blokerów PBs u dzieci i młodzieży z dysforią płciową został wprowadzony jako program eksperymentalny w 2011 roku z powodu braku badań klinicznych w tym obszarze, o czym informowała na stronie macierzystej sama klinika GIDS Tavistock<sup>3</sup>.

W dyskusji nad odwracalnością skutków stosowania blokerów dojrzewania warto pamiętać o koncepcji tzw. okresów krytycznych w rozwoju człowieka. Okresy krytyczne, współcześnie częściej określane jako sensorytywne czy wrażliwe, oznaczają fazę szczególnej wrażliwości na rozwój określonych zdolności. Trwa dyskusja nad ich uniwersalizmem, ale raczej nikt nie kwestionuje ich występowania, badacze dążą natomiast do poszukiwania szczegółowych prawidłowości (Brzezińska i in., 2016; Corominas, 2006; Shaffer i Kipp, 2015). Jeśli z powodu interwencji medycznej dziecko nie rozwine pewnych cech w wieku 12 lat, to ich wywołanie w wieku 18 lat nie będzie „odtworzeniem procesu”, ponieważ sekwencja została już zakłócona. Istnieje naturalna kolejność, w której wiele procesów zachodzi wraz z dojrzewaniem ciała, a gdy pewne zjawiska dzieją się poza nią, rozwój nie przebiega prawidłowo. Stadialność i jej prawidłowości to jeden z głównych mechanizmów

3 <https://tavistockandportman.nhs.uk/about-us/news/stories/gender-identity-development-service-conducts-new-research> (dostęp: 07.11.2020).

rozwoju człowieka. W odniesieniu do rozwoju psychoseksualnego brakuje badań pokazujących skutki wprowadzania blokerów w dzieciństwie czy adolescencji. Jak konkluduje Anderson (2021, s.167): „Lekarze, stosując blokery dojrzewania płciowego w leczeniu dysforii płciowej bez właściwej rozwagi, przeprowadzają gigantyczny eksperyment, który nie spełnia nawet minimalnych standardów etycznych wymaganych w innych dziedzinach medycyny”.

## 5. Ogólne ramy rozwojowe

W rozważaniach dotyczących problematyki transseksualizmu u dzieci i młodzieży nie sposób pominąć ogólnego tła rozwojowego. Dla większości czytelników to ustalenia z pewnością banalne, ale trzeba zauważyć, iż rzadko są przywoływane w wąskich dyskusjach na tematy zaburzeń rozwoju tożsamości płciowej, a wydawać by się mogło, że powinno być dokładnie odwrotnie.

Dorastanie (wiek 10/12–20/23) to według Oleszkowicz i Senejko (2016) okres najbardziej burzliwych zmian w życiu jednostki, obejmujących wszystkie sfery funkcjonowania. W okresie adolescencji poziom testosteronu u chłopców zwiększa się 20-krotnie. U dziewcząt poziom estrogenów i progesteronu rośnie 6-krotnie (Wolański, 2012). Ma to istotne konsekwencje dla wielu sfer życia, m.in. dla płaszczyzny emocjonalnej, pojawiają się częste stany ambiwalencji uczuciowej (Rosenblum i Lewis, 2004), na ogół z dominacją uczuć negatywnych nad pozytywnymi (Larson i Richards, 1994) i nierzadkimi stanami depresji młodzieńczej (Modrzejewska i Bomba, 2009). Dochodzi do dynamicznych zmian w mózgu, zmienia się jego struktura i funkcjonalność. Maleje gęstość substancji szarej, niektóre synapsy zanikają, z kolei powstają nowe. Zdaniem badaczy (Dahl, 2004; Strauch, 2004), procesy te mogą wiązać się ze zwiększoną podatnością na negatywne wpływy środowiska i stresy środowiskowe. Według klasycznej koncepcji Piageta (2012) rozwój myślenia formalnego, związanego ze zdolnością do myślenia pojęciowego, abstrakcyjnego, umiejętnościami syntezy i analizy, zdolnością uwzględniania wielu zmiennych, następuje dopiero w późnej fazie dorastania. Przed ukończeniem 16

roku życia próg myślenia formalnego przekraczany jest przez mniejszą część populacji (Bryant i Colman, 1995). Istnieje wiele badań pokazujących, iż w okresie adolescencji poczucie tożsamości podlega częstym zmianom, wraz z licznymi wahaniami dotyczącymi poczucia własnej wartości. Według innego klasyka, zbudowanie tożsamości należy do głównych wyzwań okresu dojrzewania (Erikson, 2004). Marcia (1966), opierając się na rozwojowych kryteriach poziomu eksploracji i zaangażowania, wyróżnił tożsamość rozproszoną (dyfuzyjną), tożsamość lustrzaną (przybraną, przejętą), tożsamość odroczonej (moratoryjną), tożsamość osiągniętą (dojrzałą) (Czyżowska, 2005; Miluska, 1996). Tożsamość osiągnięta (dojrzała), podobnie jak moratoryjna, staje się udziałem nastolatków dopiero w okresie późnego dorastania. W zakresie rozwoju moralnego wejście w fazę postkonwencjonalną, najwyższy poziom autonomii moralnej, również następuje w okresie późnego dorastania (Kohlberg, 1984).

W dyskusjach nad zagadnieniami zaburzeń tożsamości płciowej u dzieci i nastolatków nie powinno zapominać się o tych prawidłowościach. Ale widać silną tendencję przeciwną, związaną z absolutyzacją woli pacjentów, nawet gdy są całkiem małymi dziećmi. Anderson (2021, s. 155–157) podaje spektakularny przykład kilkulatniej Kathryn/Tylera, dziewczynki, która oświadczyła, że czuje się chłopcem, a jako ośmioletnie dziecko rozstrzygnęło medyczny dylemat dotyczący sposobu implementacji blokerów hormonalnych. Lekarze zastosowali się do woli dziecka...

## 6. Odrębna dynamika dysforii płciowej u dzieci i młodzieży

Specjaliści podkreślają, że istnieją dwa progi wiekowe ujawniania się dysforii płciowej – wczesne dzieciństwo (wiek przedszkolny) oraz wiek nastoletni (Apeiranthitou i in., 2019; Zucker, 2019). W ostatnich czasach dokonuje się tu znacząca, wspomniana wyżej, zmiana obrazu klinicznego – nastąpił drastyczny ogólny wzrost przypadków dysforii płciowej, w tej grupie nieproporcjonalny wzrost liczby nastolatków w stosunku do dzieci przedszkolnych oraz inwersja współczynnika płci (w grupie nastoletniej dominują dziewczęta). Badania pokazują także, że skłonności



homoseksualne i transseksualne mają w dzieciństwie co najmniej wspólne źródło (nonkonformizm płciowy), późniejsze różnicowanie się tych zjawisk nie zostało jak dotąd przebadane i może dotyczyć zarówno cech jakościowych, jak i ilościowych. O tym, że nonkonformizm płciowy w dzieciństwie jest silnym predyktorem późniejszych skłonności homoseksualnych (zwłaszcza u chłopców), pisali m.in. Bailey i Zucker (1995), Beard i Bakeman (2001), Drummond i in. (2018). Brak adekwatnej wczesnej reakcji, zwłaszcza ze strony rodziców, na nonkonformizm płciowy czy dysfориę płciową może więc potencjalnie doprowadzić do ukształtowania się albo transseksualizmu, albo homoseksualizmu. W tym kontekście także tzw. neutralne płciowo wychowanie jawi się jako czynnik sprzyjający (Nieder i in., 2016; Steensma i in., 2011a), choć popęd seksualny nie wydaje się głównym motywem podejmowania decyzji o tzw. zmianie płci, uzyskiwane zależności bardzo się bowiem różnią (Steensma i in., 2011a).

U większości dzieci dysforia płciowa zanika przed dojrzewaniem lub w krótkim czasie po jego rozpoczęciu, co przyznają także autorzy Standardów WPATH (2019). Dokładniejsze w tym względzie wskazania badaczy różnią się jednak co do skali występowania zjawiska; zdaniem Mayera i McHugh (2016), stanie się to u 80-95% dzieci, według innych dysforia utrzymuje się do czasu osiągnięcia dorosłości jedynie u 6-23% dzieci (Bradley i Zucker, 1990; Cohen-Kettenis i in., 2011; Zucker i Bradley, 1995). Badani chłopcy w dorosłości częściej identyfikowali się jako geje niż osoby trans (Bradley i Zucker, 1990). Utrzymywanie się dysfории do dorosłości – na poziomie 12-27% – podają Drummond i in. (2008) oraz Wallien i Cohen-Kettenis (2008). Dane z 12 badań zebrane przez Marianowicz-Szczygieł (2021) wskazują, że 82% dzieci, które przejawiały zaburzenia tożsamości płciowej w dzieciństwie, nie przejawiało ich już w okresie nastoletnim i wczesnej dorosłości. Ostatnie badania Singha, Bradleya i Zuckera (2021) potwierdziły trwałość objawów dysfории płciowej jedynie u 12,2% badanych chłopców.

Dodajmy do tego coraz liczniejsze doniesienia o detranzycji w okresie wczesnej dorosłości (Anderson, 2021; Heyer, 2018; Marianowicz-Szczygieł, 2021; Shrier, 2020). Podobna niestabilność obser-

wowana jest w przypadku skłonności homoseksualnych u młodzieży (Margasiński i Białecka, 2021; Wieczorek, 2018). Fakt tak dużej niestabilności podważa w ogóle używanie terminu „dzieci i młodzież LGBT”. Kluczowe staje się tu bowiem pytanie, do jakiego stopnia jesteśmy w stanie przewidzieć, które dzieci i adolescenti nadal będą przejawiać zaburzenia tożsamości płci (tzw. ang. *persisters*), a które nie (ang. *desisters*). Ta wiedza dopiero raczkuje. Cenne badania jakościowe (wywiady), choć na stosunkowo niewielkiej próbie 25 nastolatków, przeprowadzili Steensma i in. (2011). Wykazały one, że kluczowy jest tu wiek 10–13 lat, a więc początek okresu dojrzewania. Zmiany w ciele związane z okresem dojrzewania (feminizacja lub maskulinizacja wyglądu), pierwsze zakochanie czy pojawienie się seksualnego pożądania, ale także zmiana środowiska szkolnego (badania w Holandii dotyczyły momentu zakończenia edukacji) – odgrywały tu dużą rolę. Czynnikiem, który różnicował obie grupy – z uporczywością dysfории płciowej i tą, gdzie ona zanikała – był stopień motywacji: silna awersja do swojego ciała sprzyjała utrwaleniu dysfории, pragnienie tylko ról typowych dla pożądanej płci działało na korzyść słabnięcia dysfории płciowej. Badacze podkreślali, że różnicującym progiem wiekowym jest tu bariera około 10 lat, tranzycja społeczna u dzieci przed 10 rokiem życia jest więc szczególnie ryzykowna. Według Steensma i in. (2013), tranzycja przed okresem dojrzewania wykazuje pozytywną korelację do stabilności objawów – spośród 12 chłopców, którzy przed okresem dojrzewania dokonali całościowej lub częściowej tranzycji, 83,3% (czyli 10) zostało w badaniach sklasyfikowanych jako *persisters*, a z grupy 67 chłopców, którzy nie dokonali takiej tranzycji, do wspomnianej grupy zaliczono tylko 13 osób, czyli (19,4%).

O tym, że wskaźnikiem, który może wpływać na trajektorię rozwoju dysfории płciowej, może być próg wiekowy, świadczą także inne badania. Zespół Niederet i in. (2016) badał dorosłe osoby transseksualne (średnia wieku 32,8) ze specjalistycznych klinik z 4 krajów: Holandii, Belgii, Niemiec i Norwegii. Większość, 56,5%, osób badanych przejawiało wczesny wiek pojawienia się dysfории płciowej – *versus* 32,4% (11,2% częściowo spełniało kryteria), przy czym wśród biologicznych kobiet większy odsetek

przejawiał wczesne objawy dysforii płciowej niż wśród mężczyzn – 85,7% K/M *versus* 44,4% M/K. Badacze ci zwracają uwagę, że ścieżki rozwojowe dysforii płciowej wykazują duże zróżnicowanie i mogą posiadać różne etiologie. W badaniach nie zdefiniowano szczegółowo wieku dla wczesnego pojawienia się dysforii płciowej, różnicując osoby badane na podstawie kryteriów diagnostycznych DSM-5 (dysforii płciowej dziecięcej lub u osób dorosłych), zaznaczając, że niektórzy badacze przyjmują tu próg rozpoczęcia wieku dojrzewania.

Tak więc istnieją przesłanki, aby twierdzić, że wczesna tranzycja i przekazy afirmatywne, blokowanie dojrzewania płciowego czy wszelkie zasiewanie niepewności co do płci biologicznej względem dysforii płciowej, w tym w ramach np. edukacji antydyskryminacyjnej, mogą utrwalać dysfориę. Specyfika okresu dojrzewania w powiązaniu z dysfориą płciową i opisywanym w ramach monitorowania epidemiologii lawinowym napływem nastoletnich dziewcząt do klinik zaburzeń tożsamości płci każą zwrócić uwagę zwłaszcza na etap tożsamości lustrzanej, kiedy to młody człowiek przyjmuje bezkrytycznie normy i zachowania jednostki czy grupy, z którą się identyfikuje. Ciekawe wytłumaczenie zachodzących tu mechanizmów psychicznych podaje Evans, który mówi wręcz o kulcie tranzycji w mediach społecznościowych, kulcie odkrywania swojego „autentycznego ja”, gdzie dzieci są coachowane (nakłaniane) w kierunku tranzycji, kiedy po prostu, co jest dość typowe dla okresu dojrzewania, nie akceptują siebie (wywiad dla *Triggernometry*, 2021). W innym miejscu Evans (2022, s. 279) pisze: „Dzieci i młodzi dorośli cierpiący na dysfориę płciową są często zdominowani przez lęk bycia niechcianym, jeśli są mniej niż perfekcyjni. Próbuje to przewyciężyć, odrzucają rodzinę pochodzenia i formułują przywiązanie do grup wsparcia on-line. Grupy te oferują konkretne rozwiązania dla psychologicznych trudności. Strona internetowa o nazwie *Transgender Heaven* twierdzi, że oferuje rozwiązanie problemu oderwania od ciała i zamieszania. «Czujesz się oderwany od swojej płci, czujesz, że nie pasujesz? [...] Oto grupa, która rozumie

twoje uczucia nieprzystosowania i dezorientacji i może zaoferować ci tożsamość, która może zapewnić pewność i poczucie przynależności. Jak to określił jeden aktywista protrans na YouTube, trans to rozwiązanie na główniane uczucie». Te strony internetowe i lobby protrans przywodzą na myśl budowle obronne, które opisał Rosenfeld (1971). Twierdzą, że zapewniają jednostkom ochronę przed bólem i zamieszaniem, jeśli pozostają oni lojalni wobec grupy internetowej, która jest rodzajem organizacji obronnej”.

Inny wątek, który pojawia się w kontekście nagłej dysforii płciowej w wieku rozwojowym, to – jak relacjonują rodzice – zafascynowanie światem mangi i animy, lansującym także apłciowe wzorce. Manga ma 76% udziału w rynku USA w zakresie komiksów i opowieści graficznych i jej rynkowa wartość szacowana jest na wiele mln dolarów, a wartość tego sektora gwałtownie rośnie (sprzedano w 2020 roku 24,4 mln woluminów). Produkcje w stylistyce mangi są dostępne na czołowych platformach streamingowych (AnimeHunch, 2022). Można dość łatwo znaleźć filmy skierowane do młodzieży, które otwarcie opowiadają o świecie trans, i są popularne na wybitnie młodzieżowej platformie Tik-Tok<sup>4</sup>. Istnieje nawet film instruktażowy w konwencji mangi, który opowiada o „zmianie płci”, i choć podaje pewne ryzyka, jednocześnie kończy się taką planszą: „Jeśli nie lubisz swojego wyglądu, zamiast narzekać cały czas, lepiej zrób sobie operację” (Manga FermiLab, 2021).

## 7. Płeć biologiczna jest binarna

Jak zaznaczono wcześniej, definiowanie zaburzeń tożsamości przechodzi w ostatnich latach wyraźną, kontrowersyjną ewolucję. Istotną częścią tych zmian jest odchodzenie od posługiwania się odniesieniami do płci biologicznej i zastępowanie pojęcia *płeć biologiczna* terminem *płeć przypisana*. Pojęcie płci biologicznej jest redukowane z transafirmatywnych słowników, jest niewygodne, gdyż praktycznie każda komórka jest zróżnicowana płciowo: „Chromosomy obecne są w każdej komórce jądrazastej organizmu.

4 <https://prideanime.com/17-manga-series-about-being-transgender/> (dostęp: 08.10.2022), <https://www.anime-planet.com/users/cervintine/lists/manga-with-transgender-themes-223832> (dostęp: 08.10.2022), <https://www.tiktok.com/discover/manga-about-gender-dysphoria?lang=en> (dostęp: 08.10.2022).

Mówiąc «Każda komórka ma płeć», można uzasadnić to obecnością w niej odmiennych chromosomów płci, bo żeńska komórka posiada dwa chromosomy X, a męska chromosom Y z chromosomem X w swoim kariotypie” (Midro, 2014, s. 35). Płeć biologiczna w ujęciu medycznym i biologicznym jest binarna i może ulec tylko częściowej, sztucznej modyfikacji (feminizacja lub maskulinizacja wyglądu), a nie immanentnej zmianie. Identyfikacja psychiczna czy subiektywna tożsamość płciowa nie mogą zmienić warstw biologicznych.

W 2021 roku jedno z amerykańskich stowarzyszeń pediatrycznych American College of Pediatricians (2021) opublikowało stanowisko *Sex is a Biological Trait of Medical Significance*, w którym zawarto zwięzłe podsumowanie wiedzy biologicznej dotyczące płci. Płeć biologiczna jest dymorficzną, wrodzoną cechą definiowaną w odniesieniu do biologicznej roli organizmu w reprodukcji. Medycyna od dawna definiuje płeć jako cechę biologiczną, która odróżnia żywe istoty jako męskie lub żeńskie na podstawie posiadanych chromosomów płciowych, obecności charakterystycznych narządów rozrodczych i jednoznacznych genitaliów. W naukach przyrodniczych płeć jest definiowana w zależności od tego, czy organizm jest tak skonstruowany, aby dawać lub otrzymywać materiał genetyczny podczas procesu reprodukcji. Organizmy, które oddają materiał genetyczny, są klasyfikowane jako samce; te, które otrzymują materiał genetyczny, są klasyfikowane jako samice. Istoty ludzkie, podobnie jak wszystkie ssaki, rozmnażają się płciowo. Z definicji taki układ rozrodczy jest układem binarnym. Pierwotna determinacja płci u ludzi zachodzi podczas zapłodnienia i jest zależna od dwóch chromosomów płciowych zygoty. Interwencje, które zmieniają wygląd osoby, nie zmieniają jej kodu genetycznego, często ubezpłodniają, ale nie zmieniają sposobu rozmnażania. Dlatego płeć się nie zmienia. Zaburzenia rozwoju płciowego (ZRP) (dawniej „hermafrodytyzm”, „obojnactwo” czy „interseksualizm”) to dolegliwości, w których zaburzone jest normalne zróżnicowanie płciowe i ich funkcje lub nastąpił ich niedorozwój. Jednak u osób z ZRP nie występują dodatkowe narządy rozrodcze, z innym rodzajem gonad czy gamet. Z definicji osoby ZRP nie stanowią więc dodatkowych płci. Praktycznie

wszystkie osoby z ZRP są związane z upośledzeniem płodności, co wskazuje, że są odstępstwem od dominującego modelu. Płeć ludzka jest więc układem binarnym, a nie nieskończonym spektrum możliwości, jakby to sugerowała p. definicja „gender” autorstwa Roberta Cabaja (Cabaj, n.d.). W rzeczywistości ZRP są rzadkimi wadami wrodzonymi dotykającymi 0,02% populacji, w których albo narządy płciowe mają niejednoznaczny wygląd, albo wygląd seksualny osoby nie odpowiada temu, czego można by oczekiwać, biorąc pod uwagę chromosomy płciowe tej osoby. Same różnice międzypłciowe są szerokie i obejmują zróżnicowanie neurobiologiczne, farmakologiczne (inne reakcje na leki), funkcjonowanie sercowo-naczyniowe, funkcjonowanie w sporcie (inna potencjalność wyników i zróżnicowana podatność na kontuzje). ASPeds apeluje, by współczesne społeczeństwa, tworząc politykę społeczną, nie odwracały się od ustalonych genetycznych. Genetyka jest powodem, dla którego mężczyzna, który sam identyfikuje się jako kobieta, pozostaje mężczyzną, i wyjaśnia, dlaczego podanie estrogenu mężczyźnie nie zmienia go w kobietę. Chociaż prawdą jest, że np. mężczyzna, który używa estrogenu po okresie dojrzewania, traci siłę mięśni i upośledza inne aspekty swojej fizjologii, nie zmienia jednakże swojej genetyki, pozostaje mężczyzną na poziomie komórkowym we wszystkich układach ciała. Podobnie ma się rzecz z kobietą.

Fakty dotyczące płci biologicznej zdają się być niewygodną prawdą dla zwolenników koncepcji traktowania płci jako płynnego spektrum. Według Wrighta i Hilton (2020), płeć biologiczna jest binarna, a powinnością naukowców jest ten podstawowy fakt przypominać. Istnieje zatem zasadnicza różnica między stwierdzeniami, że istnieją tylko dwie płcie biologiczne (prawda) bądź że każdego można zgrabnie sklasyfikować jako mężczyznę lub kobietę (fałsz) – płeć nie jest „spektrum” lub „konstrukcją społeczną”. Zaprzeczanie rzeczywistości płci biologicznej i zastępowanie jej subiektywną „tożsamością płciową” w praktyce prowadzi do zagrożenia praw kobiet i osób homoseksualnych, następuje chaos w procedurach medycznych oraz chaos prawny. Głośny tekst, opublikowany przez *Wall Street Journal*, kończy apel, skierowany głównie do środowiska naukowego: „Czas na grzeczności w tej sprawie już

minał. Biolodzy i lekarze muszą stanąć w obronie empirycznej rzeczywistości płci biologicznej. Kiedy autorytatywne instytucje naukowe ignorują lub zaprzeczają faktom empirycznym w imię akomodacji społecznej, jest to rażąca zdrada reprezentowanej przez nie społeczności naukowej. Podkopuje zaufanie społeczne do nauki i jest niebezpiecznie szkodliwe dla osób najbardziej bezbronnych” (Wright i Hilton, 2020, s. 2). W podobnym tonie wypowiedziała się ostatnio laureatka Nagrody Nobla Christiane Nüsslein-Volhard: „Wszystkie ssaki mają dwie płcie, a człowiek jest ssakiem. Jest jedna płeć, która produkuje jaja, ma dwa chromosomy X. To kobieta. I jest jeszcze ten, który wytwarza plemniki, ma chromosom X i Y. To mężczyzna”. Niemiecka biolog pragnienia zmiany płci określiła myśleniem życzeniowym: „To myślenie życzeniowe. Są ludzie, którzy chcą zmienić swoją płeć, ale nie mogą tego zrobić... Ludzie zachowują płeć na całe życie”. I przestrzega przed kuracjami hormonalnymi: „Ciało nie poradzi sobie z tym dobrze na dłuższą metę. Każdy przyjmowany hormon ma skutki uboczne. Przyjmowanie hormonów jest z natury niebezpieczne” (Nusslein-Volhard, 2022).

## Podsumowanie i uwagi praktyczne

W dyskusjach nad zmianami dotyczącymi statusu zaburzeń tożsamości płci psychiatra Łukasz Cichocki zauważa: „W przypadku transseksualizmu mamy do czynienia z próbą narzucenia całemu środowisku, wszystkim pacjentom i profesjonalistom wizji, że jest tylko jedna możliwa ścieżka, sposób radzenia sobie z zagadnieniem” (Cichocki, 2021, s. 90). Ta ścieżka to bezwarunkowa akceptacja decyzji dziecka/nastolatka, szybkie włączanie blokerów hormonalnych i chirurgiczna tranzycja po osiągnięciu pełnoletności. W tym duchu Dora i in. (2021) opowiadają się za akceptacją zaimków osobowych postulowanych przez nastolatków, argumentując, iż ich odmowa może być odebrana przez pacjenta jako unieważnianie jego/jej tożsamości, a w efekcie przyczyniać się do wzrostu stresu mniejszościowego. Nie jest jednakże prawdą powszechnie podawany argument, że odmowa grozi automatycznym samobójstwem (Heyer, 2020; Marianowicz-Szczygiel, 2021).

Anderson (2021), który zebrał najświeższe doświadczenia z USA, wykazuje, iż ideologia aktywistów transgenderyzmu jest bardzo niespójna, na bakier z logiką i ustaleniami naukowymi oraz zawiera szereg paradoksów. Z jednej strony przekonuje się, że prawdziwe ja jest czymś istniejącym poza ciałem fizycznym, jakby w duchu nowego gnostyckiego dualizmu, ale jednocześnie wyznawana jest filozofia materialistyczna, w której istnieje tylko świat rzeczywisty, namacalny. Twierdzi się, że płeć jest konstruktem czysto społecznym, przy czym podkreśla się, że człowiek może być „uwięziony” w niewłaściwym ciele. Teza o „kobiecie uwięzionej w ciele mężczyzny” jest absurdalna – kto może wiedzieć, jak to jest być np. lwem poza lwem. To teza mówiąca w gruncie rzeczy o fantazji bycia kobietą. Zdaniem transaktywistów nie ma istotnych różnic między kobietą a mężczyzną, a jednak powołują się na sztywne stereotypy płciowe i uznają, że „tożsamość płciowa” jest rzeczywista, ale jej ludzkie wcielenie już nie. Utrzymuje się, że istnieje wewnętrznie skrywane prawdziwe ja, które czeka na odkrycie. Jeśli płeć jest konstruktem społecznym, to w jaki sposób tożsamość płciowa może być wrodzona i niezmienna? Czy cudza tożsamość płciowa, rozumiana jako konstrukt społeczny, może zostać ustalona na mocy praw biologii już w łonie matki? W jaki sposób czyjaś tożsamość płciowa może pozostać niezmienna wobec tego, że konstrukty społeczne są zmienne? A skoro tożsamość płciowa jest wrodzona, to czy może być równocześnie „płynna”? Wyzwaniem dla aktywistów jest zaproponowanie przekonującej definicji tożsamości płciowej, niezależnej od pojęcia płci cielesnej. Lansuje się zatem radykalny, ekspresyjny indywidualizm, który pozwala na nieograniczone działanie i definiowanie prawdy wedle upodobania, a jednocześnie próbuje wymusić bezwarunkową akceptację ideologii transpłciowej. Badacze i praktycy powinni zwrócić uwagę na dane świadczące o rosnącej społecznej i medialno-kulturowej transmisji zaburzeń tożsamości płci wśród nastolatków.

Jak nadmieniono wcześniej, szacuje się, że 80-95% dzieci z dysforią płciową wyrasta z niej w sposób naturalny, o ile nie są zachęcane do zabiegów „zmiany płci”. Z kolei u nastolatków z rozpoznaną dysforią płciową występują liczne zaburzenia towarzyszące,

78% badanych nastolatków z GID było wcześniej leczonych psychiatrycznie (Bechard i in., 2017), 52% przejawiało 2 lub 3 inne diagnozy psychiatryczne (M.S.C. Wallien, 2008). Powszechne w tej grupie jest współwystępowanie zaburzeń internalizacyjnych (lęki, depresje) i/lub zaburzeń eksternalizacyjnych (zaburzenia opozycyjno-buntownicze), również występowanie zaburzeń ze spektrum autyzmu jest częstsze niż w grupach porównawczych (de Vries i in., 2010). Mechanizm samoistnego zanikania tendencji dysforycznych narzuca porównania do specyfiki skłonności homoseksualnych u adolescentów. Wyjątkowe badania longitudinalne Otta i jego zespołu (2011), przeprowadzone na próbie ponad 13 tys. nastolatków, na temat przyjmowania orientacji homoseksualnej, pokazały, że o ile w wieku 12 lat spora grupa przeżywa niepewność odnośnie do swojej orientacji seksualnej, o tyle w wieku 23 lat zdecydowana większość z nich jest już przekonana o swojej heteroseksualności. W grupie tej nie były prowadzone żadne działania edukacyjne czy profilaktyczne, zatem mamy tu do czynienia z naturalnymi procesami. Te same prawidłowości wystąpiły w podobnych badaniach Savin-Williamsa i Reama (2007), przeprowadzonych również na imponującej próbie ponad 10 tys. nastolatków, oraz w nieco wcześniejszych Remafiediego (1998) czy Dicksona i in. (2013) w Nowej Zelandii. Badania empirycznie potwierdzają prawidłowości, o których psychologowie rozwojowi i wychowawczy mówią praktycznie od zawsze: częste zmiany szeroko rozumianej tożsamości przybieranej przez nastolatki (a także dzieci) są prawidłowościami rozwojowymi (por. Margasiński, Białecka, 2021).

W związku z tym niewskazane wydaje się używanie zmienionych zaimków płciowych, akceptowanie wyboru toalet czy szatni zgodnych z identyfikacją psychiczną, tym bardziej, że ma to wpływ na inne dzieci i personel szkolny (znany jest przypadek dziecka z Wielkiej Brytanii, które odmówiło chodzenia do szkoły z powodu urazu psychicznego, jakiego doznało wskutek trans coming-outu kolegi z klasy). Tego typu stanowiskom powinny towarzyszyć jednak rzeczowe i obszerne wyjaśnienia dotyczące binarności płci biologicznej w odróżnieniu od pluralizmów subiektywnych tożsamości. Dla dobra wszystkich

dzieci wskazane byłoby, aby nauczyciele biologii zadbali o wyjaśnienie binarności płci w ujęciu biologicznym, a nauczyciele wychowania fizycznego zwracali baczniejszą uwagę na potrzeby intymności np. w szatniach oraz urozmaicenie oferty sportowej i afirmację różnych upodobań sportowych (nie tylko piłka nożna i inne sporty kontaktowe, które są trudne dla delikatnych chłopców). Dla młodzieży na progu okresu dojrzewania pomocne byłoby stworzenie przestrzeni do nieskrępowanej rozmowy o męskości i kobiecości oraz zagwarantowanie możliwości wyrażenia wszelkich obaw z tym związanych. Kwestią podstawową jest świadomość rodziców i dziadków dotycząca tego, jak ważne jest wspieranie zachowań zgodnych z płcią biologiczną, zwłaszcza u małych dzieci, oraz jak bardzo szkodliwe jest odrzucanie płci danego dziecka czy przebieranie chłopców za dziewczynki i odwrotnie.

Pomijanie biologicznych uwarunkowań płci i akceptacja wolicjonalnych form osobowych prowadzi także do ryzykownej subiektywizacji psychopatologii; jeśli zgadzamy się na męskie formy osobowe u 8-latków, dlaczego nie mielibyśmy akceptować przekonania 15-letniej anorektyczki dążącej do upragnionego limitu 35 kg wagi czy urojeń chorego na schizofrenię? Taka społeczna praktyka może skutkować kwestionowaniem stanu prawnego i w rezultacie swoistą anarchizacją życia społecznego. Jak z przekąsem zauważa Anderson, w takim kontekście lekarz staje się jedynie „strzykawką do wynajęcia”. Nie należy zapominać o licznych pomyłkach lekarskich i dramatach wielu nastolatków, w przypadku których szeroko rozumiane otoczenie społeczne (nauczyciele, wychowawcy, lekarze, terapeuci) akceptowało deklaracje o „zmianie płci” i potrzebie przeprowadzenia tranzycji, co potem okazywało się pomyłką i osobistym koszmarem, nierzadko stymulującym te osoby do podjęcia kolejnej decyzji – tym razem o detranzycji. Przypadki Walta Heyera, Keiry Bell, Cari, Max, Rii Cooper i wielu innych osób (Anderson, 2021; Heyer, 2018; Shrier, 2020) winny być tu poważnym ostrzeżeniem. Niestety, zjawiska te są już obecne także w Polsce; w ostatnich miesiącach mogliśmy zapoznać się z przejmującymi świadectwami osób przechodzących detranzycję, co świadczy o wcześniejszych poważnych błędach

diagnostycznych<sup>5</sup>. Jak zasygnalizował Lew-Starowicz, w bieżącym roku udziela on konsultacji dla 14 osób będących w procesie detranzycji, co sugeruje, że skala zjawiska nie jest mała<sup>6</sup>. Wiemy, że w klinice GIDS Tavistock w Londynie nie przestrzegano procedur kompleksowej oceny stanu zdrowia dziecka, nie dopełniano obowiązku przeprowadzania koniecznych badań psychologicznych nieletnich, by mieć pewność, że dziecko rzeczywiście cierpi na dysfориę płciową (Biggs, 2019; Cass, 2022). To właśnie przeciw tej klinice w 2020 roku pozew wniosła Keira Bell, u której w wieku 16 lat „specjaliści” z kliniki rozpoznali dysfориę płciową i szybko doprowadzili do pełnej tranzycji. Dziś Keira walczy o odzyskanie kobiecości i przestrzega innych przed podobnymi procedurami. Jak doniosły media, przygotowujący jest pozew zbiorowy przeciwko klinice Tavistock ok. 1000 rodziców z powodu szkód związanych ze zbyt pochopnym wprowadzaniem u ich dzieci blokerów dojrzewania płciowego i zbyt pospiesznego kierowania na operację zmiany płci<sup>7</sup>.

Przypisywanie kilkuletnim dzieciom zdolności do wydawania nieomylnych sądów jest nieporozumieniem. W zakresie rozwoju inteligencji znajdują się one w stadiach rozwoju sensoryczno-motorycznego czy przedoperacyjnego, bez zdolności do myślenia pojęciowego, myślenia logicznego, analizy, syntezy, widzenia dalekosiężnych relacji przyczynowo-skutkowych. W rozwoju tożsamości są na poziomie tożsamości rozproszonej (dyfuzyjnej) czy lustrzanej, nazywanej też przybraną lub przejętą, bo jest najczęściej próbą odwzorowania tożsamości pochodzącej od zewnętrznego autorytetu. W zakresie moralności świat dziecka to faza heteronomii moralnej, w której dominują zasady nakreślane przez świat dorosłych, a rodzice i wychowawcy są traktowani jako niepodważalne autorytety. Trzeba pamiętać o niezwyklej dynamice tego okresu, powiązanej z burzą hormonalną, i – w większości – samoistnym przemijaniu transseksualnych odczuć do

momentu osiągnięcia dorosłości. Są to wystarczające argumenty, aby w zakresie polityki społecznej nie wprowadzać akceptacji dla subiektywnych i wolicjonalnych zaimków osobowych dzieci i młodzieży, szczególnie w wymiarze szkolnym. Duże znaczenie miałyby tutaj jasne stanowisko ze strony decydentów, którego brakuje. Uważamy, że należy stać na gruncie prawa, w szkołach powinny obowiązywać formy metrykalne. Taka nieakceptacja wolicjonalnych form osobowych winna być jednak zakomunikowana w klimacie życzliwego zrozumienia dla trudności przeżywanych przez nastolatka, asertywnie, z szerokim wyjaśnieniem kontekstu formalno-prawnego i kulturowego. Samym dzieciom z dysfориą płciową należy się uwaga, szacunek oraz – w pierwszym rzędzie – odpowiednia, szeroko zakrojona diagnoza psychologiczna oraz psychoterapia całego systemu rodzinnego. Ogromną rolę odgrywa profilaktyka: budowanie poczucia własnej wartości i zasobów psychicznych, ale także praca nad obrazem własnego ciała, poczuciem męskości czy kobiecości oraz ich odrębności. Istotny jest pozytywny przekaz dotyczący własnej płci dziecka i szacunek dla płci przeciwnej, prawidłowe relacje w rodzinie, zapewnienie pozytywnego kontaktu z rodzicem i rówieśnikami tej samej płci. Należy monitorować rozwój dziecka (już od wieku 2-3 lat) pod kątem wczesnego rozpoznania przejawów dysfории płciowej i właściwego, wczesnego reagowania (utwierdzenie – z wycuciem sytuacji – w płci biologicznej). W dobie powszechnej dezinformacji i politycznej poprawności to trudne zadanie, zwłaszcza szerzenie rzetelnej i kompleksowej wiedzy, a nie wyłącznie powierzchownych rozwiązań i bezwarunkowego podążania za uczuciami dziecka. Rodzice powinni bacznie zwracać uwagę na sieć kontaktów nastolatka w mediach społecznościowych i na to, co dziecko robi w sieci. Wszelkie komunikaty podważające płć biologiczną bądź przynależność do grup otwarcie zachęcających do tranzycji powinny zwracać uwagę, choć należy zdawać sobie sprawę, że

5 Zobacz historię znanego blogera Łukasza Sakowskiego: *Moja historia cofnięcia zmiany płci. Tranzycja i detranzycja*, <https://www.totylkoteoria.pl/tranzycja-detranzycja-zmiana-plci/>. (dostęp 7.04.2023). Dramatyczne losy Magdaleny przedstawia J. Pośpieszański w wywiadzie *Ignorancja lekarzy i słodkie kłamstwa w sieci*, <https://www.youtube.com/watch?v=81Js9Qt1X1s&t=155s> (dostęp: 28.09.2023). Magdalena opowiada o nich także w innym miejscu: *Płć jest w genach, a nie w wyobrażeniach o sobie*; <https://marsz.info/199603-2/> (dostęp: 17.11.2023).

6 <https://www.wprost.pl/kraj/11177737/prof-lew-starowicz-bije-na-alarm-czeka-nas-fala-detranzycji-problemem-min-pochopnego-rozpoznania.html> (dostęp: 18.04.2023).

7 <https://www.dailymail.co.uk/news/article-11101661/Tavistock-transgender-clinic-facing-mass-legal-action-1-000-families.html> (dostęp: 2.02.2022).

tłem mogą być tu np. problemy z obrazem ciała czy poczuciem wartości. Jeśli mimo wszystko rodzice zdecydowaliby się w miejsce psychoterapii zastosować eksperymentalną ścieżkę przyjmowania hormonów, to trzeba przyjąć jako założenie bezdyskusyjne, że najpierw należy zająć się leczeniem współwystępujących zaburzeń psychicznych czy psychiatrycznych. Jakikolwiek decyzje wobec dziecka powinny zapadać w interdyscyplinarnym gronie ekspertów z dominantą psychologa (psycholog, psychiatra, lekarze różnych specjalności – we współpracy z pedagogiem szkolnym).

Warto przestrzec przed możliwym importem na grunt polski lobbystycznych organizacji dla dzieci i młodzieży identyfikującej się jako trans, jak np. Mermaids czy kluby GLSEN, akcentujących subiektywne odczucia i identyfikacje, „ekspresję płciową”, i podających je jako obiektywne fakty.

Specjalistka w zakresie komunikacji Stephanie Davis\_Arai (Boyce, 2020) podkreśla zaawansowanie komunikacyjne narracji transafirmatywnych, które bazują na świecie fantazji, tak atrakcyjnych dla dziecka<sup>8</sup>.

Ze względu na dynamikę zjawiska, gwałtownie narastającą skalę zaburzeń tożsamości płciowej, konieczna wydaje się kompleksowa i interdyscyplinarna psychoedukacja personelu szkolnego i przedszkolnego, zwłaszcza psychologów i pedagogów szkolnych, którzy mogą służyć potem pierwszą pomocą dzieciom, rodzicom i nauczycielom. Należy tu zwłaszcza dowartościować ustalenia psychologii dotyczące etiologii oraz specyfiki dysforii płciowej w wieku rozwojowym oraz zadbać o przeciwdziałanie medykalizacji spojrzenia wyłącznie w duchu afirmatywnym, zamiast holistycznym.

## Bibliografia

- American College of Pediatricians. (2021). *Sex is a Biological Trait of Medical Significance*. (Za:) <https://acpeds.org/position-statements/sex-is-a-biological-trait-of-medical-significance> (dostęp: 05.02.2022).
- Anderson, R.T. (2021). *Kiedy Harry stał się Sally. Przemyslenia w czasach transpłciowości*. Warszawa: Wydawnictwo WEI.
- AnimeHunch. (2022). *Manga Made Up 76% Of Overall Comics & Graphic Novel Sales In The US In 2021*. (Za:) <https://animehunch.com/manga-made-up-76-of-overall-comics-graphic-novel-sales-in-the-us-in-2021/> (dostęp: 06.11.2022).
- Apeiranthitou, V., Thomas, G., & Louka, P. (2019). Gender dysphoria: A critical discussion of the understanding and treatment of gender dysphoria. *Dialogues in Clinical Neuroscience & Mental Health*, 2(1), 72–80. <https://doi.org/10.26386/obrela.v2i1.110>
- Bailey, J.M., & Zucker, K.J. (1995). Childhood sex-typed behavior and sexual orientation: A conceptual analysis and quantitative review. *Developmental Psychology*, 31(1), 43–55. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.31.1.43>
- Beard, A.J., & Bakeman, R. (2001). Boyhood Gender Nonconformity: Reported Parental Behavior and the Development of Narcissistic Issues. *Journal of Gay & Lesbian Psychotherapy*, 4(2), 81–97. [https://doi.org/10.1300/J236v04n02\\_07](https://doi.org/10.1300/J236v04n02_07)
- Bechar, M., VanderLaan, D.P., Wood, H., Wasserman, L., & Zucker, K.J. (2017). Psychosocial and Psychological Vulnerability in Adolescents with Gender Dysphoria: A “Proof of Principle” Study. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 43(7), 678–688. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2016.1232325>
- Bell, D. (2020). First do no harm. *The International Journal of Psychoanalysis*, 101(5), 1031–1038. <https://doi.org/10.1080/00207578.2020.1810885>
- Benjamin, H. (1977). *The transsexual phenomenon: All the facts about the changing of sex through hormones and surgery*. New York, N.Y.: Warner Books.
- Biggs, M. (2019a). *Tavistock's Experimentation with Puberty Blockers: Scrutinizing the Evidence*. (Za:) <https://www.transgendertrend.com/tavistock-experiment-puberty-blockers/> (dostęp: 21.08.2022).
- Bockting, W.O. (2014). Transgender identity development. (W:) D.L. Tolman & L.M. Diamond (red.), *APA handbook of sexuality and psychology, Vol. 1: Person-based approaches*, 739–758. Washington: American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14193-024>
- Bonfatto, M., & Crasnow, E. (2018). Gender/ed identities: An overview of our current work as child psychotherapists in the Gender Identity Development Service. *Journal of Child Psychotherapy*, 44(1), 29–46. <https://doi.org/10.1080/0075417X.2018.1443150>
- Bradley, S.J., & Zucker, K.J. (1990). Gender Identity Disorder and Psychosexual Problems in Children and Adolescents. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 35(6), 477–486. <https://doi.org/10.1177/070674379003500603>
- Bryant, P., & Colman, A. (1995). *Psychologia rozwojowa*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka.
- Brzezinska, A., Appelt, K., & Ziółkowska, B. (2016). *Psychologia rozwoju człowieka*. Sopot: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
- Cabaj, R. (n.d.). *Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and people who may be questioning their sexual orientation or sexual identity (LGBTQ)*. American Psychiatric Association. (Za:) <https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Cultural-Competency/Treating-Diverse-Populations/Best-Practices-LGBTQ-Patients.PDF> (dostęp: 19.02.2023).
- Canadian Gender Report. (2020). *The Swedish U-Turn on Gender Transitioning for Children*. (Za:) <https://genderreport.ca/the-swedish-u-turn-on-gender-transitioning/> (dostęp: 19.02.2023).

8 Przykładem może być tekst: „Aplciowość, ani męskość, ani kobiecość, ale jest fantastyczna”, <http://codziennikfeministyczny.pl/aplciowosc-ani-meskosc-ani-kobiecosc/> (dostęp: 12.10.2018).

- Cass, H. (2022). *The Cass Review. Independent review of gender identity services for children and young people. Interim report.* (Za:) <https://cass.independent-review.uk/publications/interim-report/> (dostęp: 19.02.2023).
- Cichocki, Ł. (2021). Co z tą naszą seksualnością? (W:) B. Kmiecik (red.), *Miedzy chromosomem a paragrafem. Transseksualizm w ujęciu prawnym, społecznym i medycznym*, 83-93. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Wymiaru Sprawiedliwości.
- Coates, S., Friedman, R.C., & Wolfe, S. (1991). The etiology of boyhood gender identity disorder: A model for integrating temperament, development, and psychodynamics. *Psychoanalytic Dialogues*, 1(4), 481-523. <https://doi.org/10.1080/10481889109538916>
- Cohen-Kettenis, P.T., Steensma, T.D., & de Vries, A.L. C. (2011). Treatment of Adolescents With Gender Dysphoria in the Netherlands. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 20(4), 689-700. <https://doi.org/10.1016/j.chc.2011.08.001>
- Corominas, F. (2006). *Wychowywać dziś*. Ząbki: Apostolicum Wydawnictwo Księży Pallotynów Prowincji Chrystusa Króla.
- Czyżowska, D. (2005). Style tożsamości a rozwój rozumowania moralnego jednostki. *Psychologia Rozwojowa*, 10(4), 3-82.
- Dahl, R.E. (2004). Adolescent Brain Development: A Period of Vulnerabilities and Opportunities. Keynote Address. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1021(1), 1-22. <https://doi.org/10.1196/annals.1308.001>
- de Vries, A.L. C., Noens, I.L. J., Cohen-Kettenis, P.T., van Berckelaer-Onnes, I.A., & Doreleijers, T.A. (2010). Autism Spectrum Disorders in Gender Dysphoric Children and Adolescents. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 40(8), 930-936. <https://doi.org/10.1007/s10803-010-0935-9>
- Dhejne, C., Lichtenstein, P., Boman, M., Johansson, A.L.V., Långström, N., & Landén, M. (2011). Long-Term Follow-Up of Transsexual Persons Undergoing Sex Reassignment Surgery: Cohort Study in Sweden. *PLoS ONE*, 6(2), e16885. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0016885>
- Dickson, N., van Roode, T., Cameron, C., & Paul, C. (2013). Stability and Change in Same-Sex Attraction, Experience, and Identity by Sex and Age in a New Zealand Birth Cohort. *Archives of Sexual Behavior*, 42(5), 753-763. <https://doi.org/10.1007/s10508-012-0063-z>
- Drummond, K.D., Bradley, S.J., Peterson-Badali, M., VanderLaan, D.P., & Zucker, K.J. (2018). Behavior Problems and Psychiatric Diagnoses in Girls with Gender Identity Disorder: A Follow-Up Study. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 44(2), 172-187. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2017.1340382>
- Drummond, K.D., Bradley, S.J., Peterson-Badali, M., & Zucker, K.J. (2008). A follow-up study of girls with gender identity disorder. *Developmental Psychology*, 44(1), 34-45. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.44.1.34>
- DSM-5. (2017). *Kryteria diagnostyczne z DSM-5: Desk reference*. Wrocław: Edra Urban & Partner.
- Erikson, E.H. (2004). *Tożsamość a cykl życia*. Poznań: Zysk i S-ka.
- Evans, M. (2022). 'If only I were a boy ...': Psychotherapeutic Explorations of Transgender in Children and Adolescents. *British Journal of Psychotherapy*, 38(2), 269-285. <https://doi.org/10.1111/bjpp.12733>
- Fajkowska, M. (2001). *Transseksualizm i rodzina: Przekaz pokoleniowy wzorów relacyjnych w rodzinach transseksualnych kobiet*. Warszawa: Wydawn. Instytutu Psychologii PAN, Szkoła Wyższa Psychologii Społecznej.
- Grabski, B., Mijas, M., Dora, M., & Iniewicz, G. (red.). (2020). *Dysforia i niezgodność płciowa. Kompendium dla praktyków*. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie.
- Gregory, A. (2022). NHS to close Tavistock gender identity clinic for children. *The Guardian*. (Za:) <https://www.theguardian.com/society/2022/jul/28/nhs-closing-down-london-gender-identity-clinic-for-children> (dostęp: 19.02.2023).
- Heyer, W. (2018). *Trans life survivors*. United States: Walt Heyer.
- Heyer, W. (2020). *Articles of Impeachment against Sex Change Surgery*. Walter Heyer.
- Hruz, P., Mayer, L.S., & McHugh, P.R. (2017). Growing Pains. Problems with puberty suppression in treating gender dysphoria. *The New Atlantis*, 52 (Report Spring 2017). (Za:) <https://www.thenewatlantis.com/publications/growing-pains> (dostęp: 07.03.2018).
- Hutchinson, A., Midgen, M., & Spiliadis, A. (2020). In Support of Research Into Rapid-Onset Gender Dysphoria. *Archives of Sexual Behavior*, 49(1), 79-80. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01517-9>
- ICD-10. (2007). *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10: Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Kraków; Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Instytut Psychiatrii i Neurologii.
- Kaltiala-Heino, R., Bergman, H., Työläjärvä, M., & Frisen, L. (2018). Gender dysphoria in adolescence: Current perspectives. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics, Volume 9*, 31-41. <https://doi.org/10.2147/AHMT.S135432>
- Kohlberg, L. (1984). *The psychology of moral development: The nature and validity of moral stages* (1st ed). San Francisco: Harper & Row.
- Krzystyniak, K., & Kalota, H.M. (2019). *Gender w świetle faktów medycznych*. Warszawa: Wydawnictwo Medyk.
- Larson, R., & Richards, M. (1994). Family Emotions: Do Young Adolescents and Their Parents Experience the Same States? *Journal of Research on Adolescence*, 4(4), 567-583.
- Le Roux, N. (2013). *Gender variance in childhood/adolescence: Gender identity journeys not involving physical intervention*. <https://doi.org/10.15123/PUB.3493>
- List otwarty GENSPECT do Amerykańskiej Akademii Pediatrów. (2022). (Za:) <http://onaion.org.pl/list-rodzicow-dzieci-z-zaburzeniami-plci/> (dostęp: 19.02.2023).
- Littman, L. (2018). Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. *PLOS ONE*, 13(8), 1-44. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202330>
- Littman, L. (2019). Correction: Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria. *PLOS ONE*, 14(3), e0214157. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214157>
- Lupkin, S. (2013). *Disorder Makes Patients Want to Be Disabled. Transabled' people want to be amputees, paraplegics, blind or deaf*. (Za:) <https://abcnews.go.com/Health/body-identity-integrity-disorder-makes-patients-disabled/story?id=18423618> (dostęp: 25.08.2022).
- Manga FermiLab (Director). (2021). *What is it like to have Gender Dysphoria? [Manga Dub]*. (Za:) [https://www.youtube.com/watch?v=OYKL\\_NANhMhU](https://www.youtube.com/watch?v=OYKL_NANhMhU) (dostęp: 03.09.2021).
- Marcia, J.E. (1966). Development and validation of ego-identity status. *Journal of Personality and Social Psychology*, 3(5), 551-558. <https://doi.org/10.1037/h0023281>
- Margasiński, A., & Białecka, B. (2021). Developmental Regularities and the Issue of Adopting Homosexual Orientation by Adolescents – a Review of Research and Opinions. *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, 47(3), 239-260. <https://doi.org/10.34766/fetr.v47i3.697>
- Marianowicz-Szczygieł, A. (2021). Zaburzenia tożsamości płciowej u dzieci i młodzieży – ujęcie psychologiczne. Geneza, czynniki ryzyka, rokowania, profilaktyka. (W:) B. Kmiecik (red.), *Miedzy chromosomem a paragrafem. Transseksualizm w ujęciu prawnym, społecznym i medycznym*, 93-142. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Wymiaru Sprawiedliwości.
- 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), 1-20.



- Mayer, L.S., & McHugh, P.R. (2016). Sexuality and Gender. Findings from the Biological, Psychological, and Social Sciences. *The New Atlantis. Special Report*, 50, 1-144.
- Michel, A., Mormont, C., & Legros, J. (2001). A psycho-endocrinological overview of transsexualism. *European Journal of Endocrinology*, 365-376. <https://doi.org/10.1530/eje.0.1450365>
- Miluska, J. (1996). Kulturowy kontekst procesu formowania tożsamości. *Forum Psychologiczne*, 1(1-2), 83-96.
- Modrzejewska, R., & Bomba, J. (2009). Porównanie objawów depresji w populacji uczniów krakowskich szkół podstawowych w latach 1984 i 2001. *Psychiatria Polska*, XLIII(2), 167-174.
- Money, J., & Ehrhardt, A. (1972). *Man & Women, Boy & Girl*. Baltimore & London: Johns Hopkins University Press.
- Nieder, T.O., Elaut, E., Richards, C., & Dekker, A. (2016). Sexual orientation of trans adults is not linked to outcome of transition-related health care, but worth asking. *International Review of Psychiatry*, 28(1), 103-111. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1102127>
- Nusslein-Volhard, C. (2022). Nobel Prize winner dismantles transgenderism as 'unscientific,' at odds with fundamental biology. (Za:) <https://www.lifesitenews.com/news/nobel-prize-winner-dismantles-transgenderism-as-unscientific-at-odds-with-fundamental-biology/> (dostęp: 14.12.2022).
- Oleszkowicz, A., & Senejko, A. (2016). Dorastanie. (W:) J. Trempała (red.), *Psychologia rozwoju człowieka* vol. I, 259-287. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN SA.
- Ott, M.Q., Corliss, H.L., Wypij, D., Rosario, M., & Austin, S.B. (2011). Stability and Change in Self-Reported Sexual Orientation Identity in Young People: Application of Mobility Metrics. *Archives of Sexual Behavior*, 40(3), 519-532. <https://doi.org/10.1007/s10508-010-9691-3>
- Pang, K.C., de Graaf, N.M., Chew, D., Hoq, M., Keith, D.R., Carmichael, P., & Steensma, T.D. (2020). 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), e2011161. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.11161>
- Patterson, T. (2018). Unconscious homophobia and the rise of the transgender movement. *Psychodynamic Practice*, 24(1), 56-59. <https://doi.org/10.1080/14753634.2017.1400740>
- Piaget, J. (2012). *Mowa i myślenie dziecka*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Polderman, T.J. C., Kreukels, B.P. C., Irwig, M.S., Beach, L., Chan, Y.-M., Derks, E.M., ... Davis, L.K. (2018). The Biological Contributions to Gender Identity and Gender Diversity: Bringing Data to the Table. *Behavior Genetics*, 48(2), 95-108. <https://doi.org/10.1007/s10519-018-9889-z>
- Rabe-Jabłońska, J. (2012). Zaburzenia seksualne i zaburzenia identyfikacji płciowej. (W:) J. Rybakowski, S. Pużyński, & J. Wciórka (red.), *Psychiatria*, vol. 1-2, 531-533. Wrocław: Elsevier.
- Remafedi, G., French, S., Story, M., Resnick, M.D., & Blum, R. (1998). The relationship between suicide risk and sexual orientation: Results of a population-based study. *American Journal of Public Health*, 88(1), 57-60. <https://doi.org/10.2105/AJPH.88.1.57>
- Rosenblum, G., Lewis, M. (2004). Emotional development in adolescence. (W:) G. Adams & M. Berzonsky (red.), *Blackwell Handbook of Adolescence*, 270-285. Malden, MA: Blackwell Publishing.
- Rosenfeld, H. (1971). A clinical approach to the psychoanalytic theory of the life and death instincts: An investigation into the aggressive aspects of narcissism. *The International Journal of Psycho-Analysis*, 52(2), 169-178.
- Rustin, M. (2018). Clinical commentary by Margaret Rustin, child and adolescent psychotherapist. *Journal of Child Psychotherapy*, 44(1), 132-135. <https://doi.org/10.1080/075417X.2018.1427773>
- Savin-Williams, R.C., & Ream, G.L. (2007). Prevalence and Stability of Sexual Orientation Components During Adolescence and Young Adulthood. *Archives of Sexual Behavior*, 36(3), 385-394. <https://doi.org/10.1007/s10508-006-9088-5>
- Shaffer, D.R., & Kipp, K. (2015). *Psychologia rozwoju: Od dziecka do dorosłości*. Gdańsk: Harmonia Universalis.
- Shrier, A. (2020). *Irreversible damage: The transgender craze seducing our daughters*. Washington, DC: Regnery Publishing, a division of Salem Media Group.
- Singh, D., Bradley, S.J., & Zucker, K.J. (2021). A Follow-Up Study of Boys With Gender Identity Disorder. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 632784. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.632784>
- Steensma, T.D., Biemond, R., de Boer, F., & Cohen-Kettenis, P.T. (2011). Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow-up study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 16(4), 499-516. <https://doi.org/10.1177/1359104510378303>
- Steensma, T.D., McGuire, J.K., Kreukels, B.P. C., Beekman, A.J., & Cohen-Kettenis, P.T. (2013). Factors Associated With Desistence and Persistence of Childhood Gender Dysphoria: A Quantitative Follow-Up Study. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52(6), 582-590. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.03.016>
- Stella, C. (Director). (2017). *Why I detransitioned and what I want medical providers to know*. (Za:) <https://www.youtube.com/watch?v=Q3-r7ttcw6c> (dostęp: 03.02.2019).
- Strauch, B. (2004). *The primal teen: What the new discoveries about the teenage brain tell us about our kids*. New York: Anchor Books. (Za:) <https://archive.org/details/primalteen00barb> (dostęp: 08.05.2019).
- Thomas, R., & Saunders, T. (2018). Gender Dysphoria. (W:) *The New Normal*, 35-54. London: Wilberforce Publication.
- Triggernometry (Director). (2021). *Transgender Clinic Whistleblower Speaks Out*. (Za:) [https://www.youtube.com/watch?v=tJ\\_bD6NizNw](https://www.youtube.com/watch?v=tJ_bD6NizNw) (dostęp: 05.02.2022).
- Urban, M. (2009). Transseksualizm czy urojenia zmiany płci? Uniknąć błędnej diagnozy. *Psychiatria Polska*, XLIII(6), 719-728.
- Wallien, Madeleine S.C., & Cohen-Kettenis, P.T. (2008). Psychosexual Outcome of Gender-Dysphoric Children. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 47(12), 1413-1423. <https://doi.org/10.1097/CHI.0b013e31818956b9>
- Wallien, M.S.C. (2008). *Gender Dysphoria in Children: Causes and Consequences* (Vrije Universiteit). Vrije Universiteit, Amsterdam. (Za:) <https://research.vu.nl/en/publications/gender-dysphoria-in-children-causes-and-consequences> (dostęp: 04.06.2014).
- Wieczorek, B. (2018). *Homoseksualizm: Przegląd światowych analiz i badań: przyczyny, objawy, terapia, aspekty społeczne*. Warszawa: Fronda PL.
- Wolański, N. (2012). *Rozwój biologiczny człowieka: Podstawy auksoologii, gerontologii i promocji zdrowia*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- WPATH. (2019). *Standardy opieki zdrowotnej dla osób transseksualnych, transpłciowych i różnorodnych płciowo. Wersja 7*. (Za:) [https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7\\_Polish.pdf?t=1573660119](https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_Polish.pdf?t=1573660119) (dostęp: 19.02.2023).
- Wright, C., & Hilton, E. (2020). The Dangerous Denial of Sex. Transgender ideology harms women, gays – And especially feminine boys and masculine girls. *Walt Street Journal*. (Za:) [https://www.wsj.com/articles/the-dangerous-denial-of-sex-11581638089?mod=opinion\\_lead\\_pos5](https://www.wsj.com/articles/the-dangerous-denial-of-sex-11581638089?mod=opinion_lead_pos5) (dostęp: 19.02.2023).

- Zucker, Kenneth J. (2019a). Adolescents with Gender Dysphoria: Reflections on Some Contemporary Clinical and Research Issues. *Archives of Sexual Behavior*, 48(7), 1983-1992. <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01518-8>
- Zucker, Kenneth J., & Bradley, S.J. (1995). *Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents*. New York: Guilford Press.
- Zucker, Kenneth J., & Duschinsky, R. (2016). Dilemmas encountered by the Sexual and Gender Identity Disorders Work Group for DSM-5: An interview with Kenneth J. Zucker. *Psychology & Sexuality*, 7(1), 23-33. <https://doi.org/10.1080/19419899.2015.1024472>
- Zucker, Kenneth J., Wood, H., Singh, D., & Bradley, S.J. (2012). A Developmental, Biopsychosocial Model for the Treatment of Children with Gender Identity Disorder. *Journal of Homosexuality*, 59(3), 369-397. <https://doi.org/10.1080/00918369.2012.653309>
- Zucker, K.J. (2008). Children with gender identity disorder: Is there a best practice? *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 56(6), 358-364. <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2008.06.003>