



Ramowe zalecenia dotyczące procesu opieki nad zdrowiem nastoletnich osób transpłciowych (T) i niebinarnych (NB) doświadczających dysforii płciowej — stanowisko panelu ekspertów

Artykuł jest tłumaczeniem pracy: A. Gawlik-Starzyk i wsp. *Framework guidelines for the process of caring for the health of adolescent transgender (T) and non-binary (NB) people experiencing gender dysphoria — the position statement of the expert panel.* Endokrynologia Polska 2025; 76 (1): 1–28; DOI: 10.5603/ep.104289. Należy cytować wersję pierwotną.

The article is a translation from: A. Gawlik-Starzyk et al. *Framework guidelines for the process of caring for the health of adolescent transgender (T) and non-binary (NB) people experiencing gender dysphoria — the position statement of the expert panel.* Endokrynologia Polska 2025; 76 (1): 1–28; DOI: 10.5603/ep.104289. The original version should be cited.

Aneta Gawlik-Starzyk¹, Marta Dora^{2,3}, Dorota Baran⁴, Łukasz Szostakiewicz⁵, Małgorzata Trofimiuk-Müldner^{3,6}, Łukasz Müldner-Nieckowski³, Agnieszka Bielska-Brodziak⁷, Milena Adamczewska-Stachura⁸, Aleksandra Antosz¹, Katarzyna Bajszczak⁹, Ewa Barg¹⁰, Barbara Barteczka-Eckert^{11,12}, Aleksandra Chodecka^{13,14}, Lena Cichoń¹⁵, Ewa Dobiał¹⁶, Agnieszka Droszdol-Cop¹⁷, Izabela Fornalik¹⁸, Justyna Holka-Pokorska¹⁹, Grzegorz Iniewicz^{3,20}, Tomasz Jakubowski²¹, Małgorzata Janas-Kozik¹⁵, Karina Kapczuk²², Julia Kata²³, Tomasz Koszutski²⁴, Grzegorz Kudela²⁴, Joanna Ławicka²⁵, Anna Mazurczak⁸, Magdalena Mijas²⁶, Magdalena Nowacka²⁷, Beata Pastwa-Wojciechowska²⁸, Katarzyna Pilarczyk-Parchanowicz²⁹, Paulina Pilch³⁰, Maciej Pilecki³¹, Dominik Rachoń³², Barbara Remberk⁵, Violetta Skrzypulec-Plinta³³, Jagoda Sikora¹, Sylwia Stankiewicz³⁴, Maria Szarras-Czapnik³⁵, Marta Szymańska-Pytlińska³⁶, Mieczysław Walczak³⁷, Krzysztof Wilczyński¹⁵, Beata Wróbel³⁸, Bartosz Grabski³⁹

¹Katedra i Klinika Pediatrii i Endokrynologii Dziecięcej, Wydział Nauk Medycznych, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice

²Klinika Psychiatrii Dorosłych, Dzieci i Młodzieży, Szpital Uniwersytecki, Kraków

³Centrum Terapii Synteza, Grupa Mental Path, Kraków

⁴Studia Podyplomowe Seksuologia Kliniczna — Uniwersytet SWPS, Warszawa

⁵Klinika Psychiatrii Dzieci i Młodzieży, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Warszawa

⁶Katedra i Klinika Endokrynologii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków

⁷Wydział Prawa i Administracji, Uniwersytet Śląski, Katowice

⁸Kancelaria Knut Mazurczak, Warszawa

⁹Ośrodek Psychiatrii dla Dzieci i Młodzieży, Instytut "Pomnik — Centrum Zdrowia Dziecka", Warszawa

¹⁰Katedra i Zakład Podstaw Nauk Medycznych Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich, Wrocław

¹¹CZP dla Dzieci i Młodzieży, Oddział Dzienny Psychiatryczny Rehabilitacyjny dla Dzieci i Młodzieży oraz PZP dla Dzieci i Młodzieży, Poznań

¹²Gabinety ASPEKT „Diagnoza Edukacja Terapię”, Poznań

¹³Klinika Endokrynologii i Reumatologii Dziecięcej, Szpital Kliniczny im. K. Jonschera, Poznań

¹⁴Uniwersytet im. A. Mickiewicza, Wydział Psychologii i Kognitywistyki, Studia Podyplomowe Seksuologia Kliniczna, Psychologiczno-seksuologiczny Ośrodek Rozwoju i Terapii, Poznań

¹⁵Katedra i Oddział Kliniczny Psychiatrii Psychoterapii Wieku Rozwojowego, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice, Centrum Zdrowia Dziecka i Rodziny im. Jana Pawła II sp. z o.o., Sosnowiec

¹⁶Leszczyńskie Centrum Psychoterapii Pozytywnej, Leszno

¹⁷Katedra i Klinika Ginekologii, Położnictwa i Ginekologii Onkologicznej, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice

¹⁸Klinika Terapii Poznawczo-Behawioralnej Uniwersytetu SWPS, Warszawa

¹⁹Centrum Terapii Lew-Starowicz, Warszawa

²⁰Instytut Psychologii, Uniwersytet Jagielloński, Kraków

²¹Instytut Psychologii, Uniwersytet Śląski w Katowicach, Górnośląskie Centrum Zdrowia Dziecka, Katowice

²²Klinika Ginekologii, Uniwersytet Medyczny im. K. Marcinkowskiego, Poznań

²³Fundacja Trans-Fuzja, Warszawa

²⁴Katedra Chirurgii Dziecięcej, Klinika Chirurgii i Urologii Dziecięcej, Śląski Uniwersytet Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice

²⁵Centrum Wspierania Neuroróżnorodności, Poradnia Zdrowia Psychicznego dla Dzieci i Młodzieży, Fundacja Prodeste, Wrocław

²⁶Zakład Zdrowia i Środowiska, Instytut Zdrowia Publicznego, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum, Kraków

²⁷Instytut Psychologii Uniwersytetu Gdańskiego, Centrum Seksuologii, Psychoterapii i Psychosomatyki w Sopocie, Stowarzyszenie na rzecz Osób LGBT + „Tolerado”, Gdańsk

²⁸Zakład Psychologii Osobowości i Psychologii Sądowej, Uniwersytet Gdański, Gdańsk

²⁹Psychologiczno-seksuologiczny Ośrodek Rozwoju i Terapii, Poznań, Studia Podyplomowe Seksuologia Kliniczna

³⁰Pilch Wąsik Kancelaria Radców Prawnych, Warszawa

³¹Klinika Psychiatrii Dorosłych, Dzieci i Młodzieży, Szpital Uniwersytecki, Kraków

³²Zakład Endokrynologii Klinicznej i Doświadczalnej, Wydział Nauk o Zdrowiu z Instytutem Medycyny Morskiej i Tropikalnej, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk

³³Zakład Zdrowia Reprodukcyjnego i Seksuologii, Katedra Zdrowia Kobiety, Wydział Nauk o Zdrowiu w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice

³⁴III Klinika Psychiatria, Centrum Zdrowia Psychicznego, Instytut Psychiatrii i Neurologii, Centrum Terapii Dialog, Warszawa

³⁵Klinika Endokrynologii i Diabetologii, Instytut "Pomnik — Centrum Zdrowia Dziecka", Warszawa

³⁶Wydział Psychologii i Kognitywistyki, Uniwersytet im. A. Mickiewicza, Psychologiczno-seksuologiczny Ośrodek Rozwoju i Terapii, Poznań

³⁷Klinika Pediatrii, Endokrynologii, Diabetologii, Chorób Metabolicznych i Kardiologii Wieku Rozwojowego, Pomorski Uniwersytet Medyczny; Szczecin; Konsultant Krajowy w dziedzinie endokrynologii i diabetologii dziecięcej

³⁸Indywidualna Specjalistyczna Praktyka Lekarska, Dąbrowa Górnicza

³⁹Pracownia Seksuologii, Katedra Psychiatrii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków



Aneta Gawlik-Starzyk, Katedra i Klinika Pediatrii i Endokrynologii Dziecięcej, Wydział Nauk Medycznych, Śląski Uniwersytet Medyczny, Katowice; e-mail: agawlik@mp.pl

Abstract

W artykule przedstawiono ramowe wytyczne dotyczące opieki nad nastoletnimi osobami transpłciowymi (T) i niebinarnymi (NB), doświadczającymi dysforii płciowej (GD) i/lub niezgodności płciowej (GI), opracowane przez multidyscyplinarny zespół ekspertów. Celem wytycznych jest uwzględnienie złożonych potrzeb medycznych, psychologicznych i społecznych tej zróżnicowanej grupy osób. W dokumencie podkreślono znaczenie spersonalizowanej, afirmatywnej opieki, która szanuje autonomię, tożsamość i prawa nastolatków. Zawiera najlepsze praktyki w zakresie oceny psychiatrycznej, psychologicznej i seksuologicznej; kryteria i protokoły dotyczące hamowania dojrzewania płciowego oraz hormonalnych interwencji hamujących płęć (HIAP), a także rozważań etycznych związanych z podejmowaniem decyzji medycznych.

Wytyczne promują kompleksowe systemy wsparcia, w tym zaangażowanie rodziny i współpracę zespołów multidyscyplinarnych, jednocześnie uwzględniając współwystępujące problemy zdrowia psychicznego oraz neuroróżnorodność. Artykuł przedstawia także globalne perspektywy dotyczące opieki afirmującej płęć, porównując praktyki i polityki różnych krajów, aby zaprezentować podejście kontekstowe, zgodne z międzynarodowymi standardami, a jednocześnie uwzględniające lokalne ramy prawne i systemy opieki zdrowotnej.

Proponowany model opieki ma na celu poprawę zdrowia psychicznego i fizycznego nastolatków, zmniejszenie stygmatyzacji oraz podniesienie ogólnej jakości ich życia. Niniejsza publikacja stanowi istotne źródło informacji dla pracowników ochrony zdrowia, decydentów i działaczy na rzecz równej, skutecznej i empatycznej opieki nad młodzieżą o zróżnicowanej tożsamości płciowej.

Słowa kluczowe: wytyczne; osoby transpłciowe; dysforia płciowa; osoby niebinarne

1. Wstęp

Zalecenia grupy eksperckiej¹ (zwane dalej *Zaleceniami*) sformułowano z myślą o osobach nastoletnich zwracających się o pomoc specjalistyczną w związku z doświadczaną niezgodnością płciową i (lub) doświadczoną uporczywą dysforią płciową. Nie zdefiniowano dokładnie wieku osób nastoletnich, których dotyczy dokument, ponieważ decyzje kliniczne, w tym decyzje o włączeniu ewentualnych interwencji medycznych, powinny opierać się na ocenie zaawansowania dojrzewania płciowego i rozwoju poznawczo-emocjonalnego danej osoby [1, 2].

Dotychczas nie opublikowano polskich zaleceń dotyczących dzieci przed okresem pokwitania, z kolei dla osób pełnoletnich (wszystkich osób, które ukończyły 18. rż.) należy stosować Zalecenia Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego [3].

Jako wielospecjalistyczny zespół ekspertów i ekspertek zajmujących się problematyką niezgodności i dysforii płciowej i (lub) zdrowiem psychicznym osób nastoletnich, autorzy zgadzają się co do następujących założeń, stanowiących podstawę merytoryczną i aksjologiczną Zaleceń:

- odczuwana przez człowieka tożsamość płciowa nie stanowi *per se* zaburzenia psychicznego i nie daje się w prosty sposób wyprowadzić z jednej grupy uwarunkowań;

- afirmacja doświadczanej tożsamości płciowej i życie zgodnie z nią stanowią niezbywalne prawo każdej jednostki;
- tożsamość płciowa raz ukształtowana nie podlega wolicjonalnej zmianie, podobnie kształtująca się tożsamość płciowa nie daje się formować w sposób dowolny. Ponadto, próby „siłowego” wpływania na rozwój czyjejs tożsamości płciowej nie tylko nie są skuteczne, lecz mają negatywne konsekwencje dla zdrowia tej osoby. Choć dla większości osób transpłciowych tożsamość płciowa jest stabilna, to zmiany w samookreśleniu są zjawiskiem mieszczącym się w różnorodności przeżywania płci i przy nieobecności innych przeciwwskazań nie powinny być uznawane za oznakę niestabilności psychicznej czy przeciwwskazanie do udzielenia lub kontynuacji opieki afirmującej płęć [4];
- uporczywa dysforia płciowa przyjmuje często postać nasilonego cierpienia psychicznego niekorzystnie wpływającego na zdrowie, funkcjonowanie społeczne i rozwój jednostki;
- niepodjęcie działań klinicznych nie jest więc działaniem obojętnym, a wdrożenie dobrze dobranych oddziaływań jest postępowaniem prozdrowotnym, w niektórych przypadkach ratującym życie [5, 6];
- złożoność problematyki osób w wieku rozwojowym wyklucza rozwiązania skrajne. Za takie autorzy uważają zarówno dostęp do interwencji medycznych (np. hormonalnych interwencji afirmujących płęć) bez właściwej oceny i przygotowania, jak i arbitralne, całkowite uniemożliwienie włączenia tych interwencji [7], jednocześnie zwracają uwagę na konieczność indywidualizowania opieki;
- afirmatywny model opieki autorzy rozumieją jako podejście łączące akceptację i uważność. Sprzeciwiają się błędnemu i szkodliwemu definio-

¹Inicjatorami grupy eksperckiej są prof. Aneta Gawlik (Katedra i Klinika Pediatrii i Endokrynologii Dziecięcej, Wydział Nauk Medycznych w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny) oraz dr hab. Bartosz Grabski (Pracownia Seksuologii, Katedra Psychiatrii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Kraków) w 2019 r. Specjaliści i specjalistki pracujący z osobami nastoletnimi z dysforią i/lub niezgodnością płciową mieli/miały możliwość dołączania na każdym etapie prac. Dokument w ostatecznym brzmieniu został zaakceptowany przez osoby wymienione w składzie autorskim.

- waniu opieki afirmatywnej jako bezrefleksyjnego i zautomatyzowanego wystawiania diagnoz i recept. Uważają, że akceptacja tożsamości przeżywanej przez osobę nastoletnią, zwracanie się preferowanymi zaimkami i formami zwracania się oraz umożliwienie dostępu do medycznych (tj. farmakologicznych oraz — w ograniczonym zakresie — chirurgicznych) interwencji afirmujących płeć poniżej 18. rż. poprzedznych rzetelną diagnozą, są jednymi z elementów całościowej opieki, a nie jej zaprzeczeniem;
- narastające napięcia społeczne i polityczne wokół opieki nad osobami nastoletnimi zgłaszającymi niezgodność płciową oraz brak konsensusu w środowiskach medycznych nie powinny prowadzić do całkowitego uniemożliwienia interwencji afirmujących;
 - bieżąca krytyka podejścia afirmatywnego oparta jest na wynikach badań o niskiej jakości oceniających skuteczność interwencji hormonalnych stosowanych u osób nastoletnich. Autorzy zgadzają się, że w świetle znacznego wzrostu zgłoszeń młodzieży z tą problematyką w ostatnich 10–15 latach potrzeba aktualizacji wiedzy w tym obszarze jest szczególnie nagła. Niemniej, już dostępne wyniki badań wskazują na korzyści z interwencji afirmujących, pod warunkiem, że ich efekty są odpowiednio monitorowane, a ich włączenie jest poprzedzone kompleksową iindywidualizowaną opieką;
 - z uwagi na specyfikę grupy wiekowej, do której odnoszą się Zalecenia, należy uwzględnić wiele złożonych czynników i okoliczności, jakie kształtują samopoczucie osoby w wieku nastoletnim, a zarazem stanowią unikatowy kontekst dla wybranej drogi postępowania. Takie okoliczności wymagają w opinii autorów uważnego i indywidualizowanego podejścia, opartego na współpracy wielodyscyplinarnego zespołu, najbliższej rodziny (opiekunów) i środowiska społecznego, w którym żyje dana osoba;
 - osoby nastoletnie zgłaszające się lub skierowane do oceny i opieki są zróżnicowane pod względem sposobu doświadczania i ekspresji własnej tożsamości płciowej, stopnia nasilenia dysforii płciowej, stopnia pewności co do własnej tożsamości płciowej oraz potrzeb;
 - wobec powyższego, chociaż w niniejszych zaleceniach znajdują się także rekomendacje dotyczące prowadzenia interwencji medycznych, autorzy podkreślają, że nie wszystkie osoby nastoletnie przeżywające swoją tożsamość inaczej niż wynika z płci przypisanej są do takich interwencji kwalifikowane i/lub zgłaszają taką potrzebę;
 - celem oddziaływań klinicznych jest długoterminowa redukcja lub eliminacja doświadczanej niezgodności i dysforii płciowej oraz poprawa adaptacji społecznej i zdrowia psychicznego jednostki [8]. Ich celem nie mogą być wątpliwe etycznie i nieskuteczne próby zmiany czyjejs tożsamości płciowej lub wymuszenia społecznie akceptowanej lub oczekiwanej ekspresji płciowej;
 - specjaliści i specjalistki zajmujący się osobami z niezgodnością i/lub dysforią płciową muszą być świadomi kontekstu społecznego, w którym udzielają pomocy. Autorzy mają nadzieję, że niniejsze zalecenia skłonią do rewizji potencjalnie dyskryminacyjnych i transfobicznych założeń, których najbardziej jaskrawymi i krzywdzącymi formami są terapie konwersyjne oraz nadmierne i nieuprawnione ograniczanie/uniemożliwianie dostępu do opieki;
 - zgodnie ze współczesnym rozumieniem niezgodności płciowej autorzy nie uznają, że dyskomfort na tle cech płciowych powinien stanowić objaw niezbędny do udzielenia opieki afirmującej płeć. Osoby transpłciowe nieodczuwające dysforii płciowej i dążące do tranzycji ze względu na pragnienie samorealizacji czy wyrażania swojej tożsamości płciowej powinny mieć dostęp do interwencji afirmujących płeć [1];
 - chociaż decyzje o detranzycji (tutaj rozumianej jako działania zmierzające do cofnięcia/odwrócenia zmian powstałych na drodze interwencji medycznych) są proporcjonalnie rzadkie, w obliczu globalnego wzrostu liczby osób decydujących się na tranzycję należy się spodziewać wzrostu bezwzględnej liczby osób chcących odwrócić jej bieg, jednak sam fakt istnienia detranzycji nie powinien służyć jako usprawiedliwienie ograniczania dostępu do opieki [1];
 - w literaturze medycznej i dyskursie publicznym detranzycja jest używana w wielu różnorodnych znaczeniach: dążeniu do odwrócenia interwencji medycznych afirmujących płeć, powrotu do społecznego funkcjonowania zgodnie z płcią przypisaną przy urodzeniu, zmiany w odczuwaniu tożsamości płciowej na zgodną z płcią przypisaną przy urodzeniu, poczuciu żalu. W części przypadków detranzycja może być etapem na drodze rozwoju tożsamości płciowej i nie musi wiązać się ze szkodą na zdrowiu psychicznym czy negatywną oceną wcześniejszej decyzji o tranzycji [9–11];
 - w związku z powyższym detranzycja wynikająca ze zmiany odczuwania tożsamości płciowej nie musi być równoznaczna z popełnieniem błędu w trakcie diagnostyki niezgodności płciowej, jeśli przy jej przeprowadzaniu zachowano odpowiednią staranność.

2. Stosowane pojęcia

W Zaleceniach zastosowano następujące podstawowe pojęcia, zdefiniowane dla celów praktycznych poniżej. Autorzy mają pełną świadomość niezwykle szybkiej ewolucji języka w obszarze, jakim jest opieka nad zdrowiem osób transpłciowych i niebinarnych, stąd poniższy słowniczek odnosić należy przede wszystkim do treści Zaleceń.

Chirurgiczne interwencje afirmujące płęć (ChIAP) — korygujące zabiegi chirurgiczne w obrębie klatki piersiowej oraz wewnętrznych i zewnętrznych narządów płciowych; należy w tym miejscu podkreślić, że nie wszystkie osoby z dysforią/niezgodnością płciową dążą do ChIAP;

Cispłciowość — poczucie zgodności między sposobem przeżywania płci czy odczuwaną płcią a płcią przypisaną przy urodzeniu.

Dysforia płciowa (objaw) — cierpienie odczuwane przez osobę w kontekście niezgodności między sposobem doświadczania swojej płci a płcią przypisaną jej przy urodzeniu.

Dysforia płciowa [Gender Dysphoria; GD] — rozpoznanie w *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)* — jednostka diagnostyczna wprowadzona do klasyfikacji DSM-5 [12]. Podstawą rozpoznania GD jest odczuwane przez osobę cierpienie (*distress*) lub dezorganizacja funkcjonowania związana z niezgodnością płciową.

Hormonalne interwencje afirmujące płęć (HIAP) — zahamowanie czynności hormonalnej gonad oraz uzupełnianie niedoboru hormonów charakterystycznych dla płci, z którą identyfikuje się osoba pacjencka. Należy w tym miejscu podkreślić, że w przypadku osób niebinarnych można brać pod uwagę także samo zahamowanie czynności hormonalnej gonad.

Korekta płci — zbiorcze określenie na medyczne interwencje afirmujące płęć, proces sądowego uzgodnienia płci oraz towarzyszące im zmiany w obszarze funkcjonowania społecznego.

Medyczne interwencje afirmujące płęć (MIAP) — interwencje medyczne obejmujące interwencje hormonalne (HIAP) oraz interwencje chirurgiczne (ChIAP).

Neuroróżnorodność — termin opisujący zróżnicowanie rozwojowe społeczeństwa, obejmujący różne sposoby myślenia, komunikowania się, uczenia i wchodzenia w interakcje ze swoim otoczeniem. W opracowaniu dotyczy przede wszystkim osób rozwijających się w spektrum autyzmu.

Niebinarność (NB) — pojęcie zbiorczo ujmujące sposoby przeżywania swojej płci, które wykraczają poza tradycyjne/konwencjonalne (binarne) rozróżnienie na płęć męską i żeńską. Osoby niebinarne mogą iden-

tyfikować się jako posiadające więcej niż jedną lub nieposiadające żadnej płci, celowo rezygnować z definiowania swojej płci lub doświadczając jej jako płynnej i podlegającej zmianom.

Niezgodność płciowa (objaw) — poczucie rozbieżności między sposobem, w jaki osoba doświadcza swojej płci, a płcią, która została jej przypisana przy urodzeniu; niezgodność płciowa [*Gender Incongruence; GI* — rozpoznanie w *International Classification of Diseases 11th Revision (ICD-11)*] — jednostka diagnostyczna wprowadzona do klasyfikacji ICD-11 [13] w miejsce klasy zaburzeń tożsamości płciowej, w tym kategorii transseksualizmu (ICD-10 [14]). Podstawą rozpoznania GI jest przeżywanie uporczywej niespójności między sposobem przeżywania własnej płci a płcią przypisaną przy urodzeniu. GI nie musi wiązać się z doświadczaniem cierpienia, a więc nie jest rozpoznaniem tożsamy z rozpoznaniem GD.

Płęć przypisana — płęć stwierdzona przy urodzeniu na podstawie wyglądu zewnętrznych narządów płciowych. W Zaleceniach zastosowano akronimy: AMAB (*assigned male at birth*) — osoba z przypisaną przy urodzeniu płcią męską oraz AFAB (*assigned female at birth*) — osoba z przypisaną przy urodzeniu płcią żeńską.

Różnorodność płciowa — pojęcie zbiorczo ujmujące różnorodne sposoby przeżywania i wyrażania swojej płci, w tym transpłciowość i niebinarność, a także wszelkie alternatywne tożsamości płciowe i formy ekspresji płciowej, które nie należą do żadnej z tych kategorii.

Świadczenie zdrowotne — każde świadczenie terapeutyczne w znaczeniu MIAP. Celowe odmawianie przeprowadzenia procedur diagnostycznych i terapeutycznych może skutkować pogorszeniem stanu zdrowia i w każdym przypadku należy to również uwzględnić przy podejmowaniu decyzji o przeprowadzeniu/odmowie świadczeń zdrowotnych (szacowanie korzyści i ryzyka).

Tożsamość płciowa — poczucie bycia osobą określonej płci, wielu płci bądź poczucie niechęci lub braku potrzeby definiowania własnej tożsamości przez pryzmat kategorii płci.

Tożsamość seksualna — przeżywanie siebie jako osoby doświadczającej pociągu seksualnego i tworzącej związki romantyczne z osobami jednej płci (własnej lub innej), więcej niż jednej płci lub niezależnie od płci.

Transpłciowość — pojęcie zbiorczo ujmujące wszelkie sposoby doświadczania własnej płci jako niezgodnej z płcią przypisaną przy urodzeniu.

Tranzycja — termin parasolowy opisujący indywidualne dla danej osoby działania, których celem jest wzrost komfortu funkcjonowania w związku z przeżywaną płcią. Najczęściej wymienia się trzy rodzaje tranzycji: społeczną, medyczną i prawną.

3. Opieka i rekomendacje na świecie

Niniejsze zalecenia powstają w czasie, kiedy temat interwencji medycznych wobec nastoletnich osób doświadczających dysfornii i niezgodności płciowej jest jednym najszerzej dyskutowanych zagadnień w obszarze zdrowia psychicznego młodzieży. Poniżej przedstawiono aktualne trendy w modelach opieki.

Punktem oparcia niniejszego dokumentu są *Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8 (2022)* [1] oraz *An Endocrine Society Clinical Practice Guideline* [15], oba mające w założeniu zasięg światowy.

W Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej zalecenia spójne z *World Professional Association for Transgender Health (WPATH)* (w wersji 7. lub 8.) opublikowały m.in.: *American Academy of Pediatrics (AAP)* [16–19], *American Psychiatric Association (APA)* [20], *American Psychological Association (APA)* [21, 22], *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* [23, 24]. Pomimo zasadniczej zgody w zakresie modelu opieki wśród głównych organizacji specjalistycznych w Stanach Zjednoczonych, równolegle w kilkunastu amerykańskich stanach w 2022 i 2023 roku wprowadzono restrykcyjne legislacje uniemożliwiające podejmowanie interwencji hormonalnych oraz chirurgicznych wobec osób nastoletnich, tym samym ignorując oparte na dowodach wytyczne kliniczne w zakresie postępowania z dysfornią płciową w tej grupie wiekowej [25].

Kanadyjskie Towarzystwo Pediatryczne [26] zaleca, aby standardem opieki wobec młodzieży różnorodnej płciowo było podejście afirmatywne, a decyzje o interwencjach afirmujących podejmowane w sposób zindywidualizowany, na podstawie holistycznej oceny funkcjonowania osoby nastoletniej. Podobne trendy można zauważyć także w Australii [27] czy Włoszech [28]. W Holandii, gdzie niespełna trzy dekady temu opracowano pierwszy na świecie protokół interwencji medycznych wobec nastoletnich osób z niezgodnością płciową, mimo gwałtownego wzrostu liczby skierowań do klinik zajmujących się dysfornią płciową, którego wciąż nie udaje się wyjaśnić na podstawie dostępnych danych, odsetek detranzycji wśród osób, które ostatecznie zdecydowały się podjąć leczenie, pozostaje stabilnie niski [8].

Obecnie żadne z europejskich rekomendacji nie postulują całkowitego odstąpienia od oferowania hormonalnych interwencji osobom nastoletnim, natomiast w kilku krajach można dostrzec apele o zwiększoną ostrożność w obliczu znacznego napływu osób pacjentów zgłaszających GD/GI o innym, niż kilka-, kilkanaście lat wcześniej profilu. Niestety, przy braku wypra-

cowanych nowych procedur operacjonalizujących tę ostrożność, w praktyce wiele osób nastoletnich musi zmierzyć się z wydłużeniem czasu oczekiwania na pierwszą konsultację.

Norweska Komisja ds. Badań nad Opieką Zdrowotną (UKOM, [29]) zaleca norweskiemu Ministerstwu Zdrowia utworzenie krajowego rejestru jakości usług medycznych oferowanych osobom nastoletnim z GD/GI, jednocześnie wnioskując, aby hormonalne interwencje hamujące dojrzewanie płciowe, indukujące dojrzewanie płciowe oraz interwencje chirurgiczne u osób nastoletnich definiować jako leczenie eksperymentalne, przy czym takie ujęcie miałoby zapewnić ramy badawcze do zbierania usystematyzowanych informacji o wynikach leczenia, a nie służyć do ograniczenia jego dostępności. Podobny postulat o konieczności centralizacji i systematyzacji leczenia w ramach procedur badawczych pojawił się w Szwecji [30]. W ostatnim przeglądzie systematycznym zleconym przez szwedzką agencję rządową [31] zarekomendowano prowadzenie HIAP u osób nastoletnich w ramach badań klinicznych, w celu oceny potencjalnie korzystnych i potencjalnie niekorzystnych skutków interwencji hormonalnych. Szwedzcy specjaliści wskazują także na konieczność przyjrzenia się różnym trajektoriom rozwoju tożsamości płciowej u osób nastoletnich bez historii GD/GI w przeszłości.

W Wielkiej Brytanii zlikwidowano jedyne centrum świadczące opiekę dla osób nastoletnich z GD/GI, w założeniu decentralizując ją na mniejsze, rozmieszczone po całym kraju kliniki [32]. W praktyce, choć i tu interwencje hormonalne przed 18. rż. nie są arbitralnie zabronione, w wyniku braku nowych desygnowanych placówek ich dostępność została czasowo ograniczona. Powyższe zmiany — od początku krytykowane przez WPATH [33] — były konsekwencją m.in. opublikowania częściowego raportu autorstwa doktor Hilary Cass [34], obejmującego wstępne wnioski ze zleconej przez *National Health Service (NHS)* analizy jakości opieki nad młodzieżą różnorodną płciowo [35]. Pełny raport, upubliczniony wiosną 2024 r., chociaż w swym założeniu miał dotyczyć organizacji opieki zdrowotnej w Anglii i Walii, wywołał poruszenie opinii publicznej i natychmiastową ostrą krytykę ze strony środowisk medycznych i pacjenckich na całym świecie [36–38]. Szczegółowe omówienie tego kilkusetstronicowego dokumentu wykracza poza ramy niniejszych Zaleceń, niemniej zarówno koncentracja autorki wyłącznie na braku wysokiej jakości badań odnoszących się do osób małoletnich z GD/GI, jak i brak jej klinicznego doświadczenia przemawiają za niską wartością naukową i wiarygodnością przedstawionego opracowania [39,

40]². Innym krajem w ostatnich latach podawanym za przykład wycofywania się z opieki afirmatywnej jest Finlandia. Fińskie wytyczne z 2020 r. [41] wprawdzie podkreślają, że chociaż z wielu względów opieka nad osobami nastoletnimi z historią GD/GI w dzieciństwie jest obciążona mniejszą liczbą zmiennych zakłócających, to nawet w przypadku osób kierowanych do kliniki już po rozpoczęciu/przejściu okresu dojrzewania, jeżeli dysforia płciowa ma charakter nasilony, tożsamość płciowa jest trwała i stabilna w czasie, nie wynika z przejściowego poszukiwania tożsamości lub kryzysu adolescencyjnego, a dolegliwości współwystępujące zaopiekowane, można zalecić rozpoczęcie interwencji hormonalnych przed 18. rż. We Francji, mimo zachowawczego stanowiska wyrażonego przez Francuską Akademię Medycyną [42], państwowy organ doradczy w tym kraju — *Haute Autorite de Sante* (HAS), którego zadaniem jest opracowywanie przeglądów naukowych i wytycznych w opiece zdrowotnej, jest w trakcie prac nad wytycznymi dla transpłciowych nastolatków. W trakcie oczekiwania na ich publikację dokumentami używanymi przez francuską opiekę zdrowotną są: wstępna nota opublikowana przez HAS oraz raport dr Jutant zawierający rekomendacje dotyczące opieki afirmującej płeć dla osób niepełnoletnich. Oba dopuszczają MIAP w tej grupie [43–45].

Należy zatem podkreślić, że zdecydowana większość krajów europejskich nadal świadczy opiekę afirmującą płeć dla osób niepełnoletnich (z dotychczas niewymienionych m.in. także Niemcy, Hiszpania, Belgia, Irlandia).

4. Organizacja opieki specjalistycznej

Opieka nad zdrowiem nastoletnich osób T/NB doświadczających niezgodności/dysforii płciowej (GI/GD) powinna być prowadzona przez **zespół interdyscyplinarny**, mający kompetencje i doświadczenie w opiece nad osobami T/NB doświadczającymi GI/GD oraz dodatkowo kompetencje do pracy klinicznej z osobami

nastoletnimi. Osoby te powinny także wykazywać się odpowiednią kompetencją kulturową i wrażliwością podczas zapewniania opieki.

Zaleca się, aby specjaliści/specjalistki pracowali/pracowały w grupach o charakterze interdyscyplinarnym ze względu na wyzwania związane z koniecznością podejmowania decyzji dotyczących osób małoletnich. Nie zaleca się sprawowania opieki nad nastoletnią osobą T/NB jednoosobowo [1]. Wobec niewielkiej dostępności placówek wyspecjalizowanych w kompleksowej opiece nad zdrowiem osób transpłciowych i niebinarnych autorzy rekomendują, aby specjaliści/specjalistki opiekujący się osobą nastoletnią i jej rodziną w ramach różnych instytucji dążyli/dążyły do współpracy.

Ze względu na niewielką liczbę specjalistów lekarzy seksuologów i specjalistek lekarek seksuolożek pracujących z osobami niepełnoletnimi, szczególnie tymi poniżej 16. rż., ich udział w procesie diagnostyczno-terapeutycznym nie powinien być obligatoryjny, natomiast w sytuacji, gdy taka opieka/konsultacja jest możliwa bez znacznego wydłużenia procesu oceny, zaleca się skorzystanie z niej.

Osoby nastoletnie T/NB doświadczające GI/GD stanowią zróżnicowaną grupę, co musi zostać uwzględnione w procesie opieki, zarówno na etapie diagnozy GI/GD, jak i w planowaniu dalszego postępowania.

4.1. Opieka psychiatryczna

4.1.1. Zalecenia ogólne

Zaleca się, aby opieka psychiatryczna w przypadku osób do 16. rż. prowadzona była przez specjalistę/specjalistkę psychiatrii dzieci i młodzieży, a po 16. rż. dopuszczalna jest opieka prowadzona przez specjalistę/specjalistkę psychiatrii, natomiast wskazane jest, aby była to osoba mająca doświadczenie w pracy z osobami nastoletnimi, znająca zagadnienia psychologii rozwojowej, ze szczególnym uwzględnieniem neuroróżnorodności.

Osoba prowadząca opiekę psychiatryczną jest odpowiedzialna za diagnozę różnicową oraz za ewentualne leczenie zaburzeń współistniejących, zmieniających obraz kliniczny czy ograniczających zdolność do podejmowania świadomych decyzji.

Ocena psychiatryczna jest elementem opieki psychiatryczno-psychologicznej, a decyzje o ewentualnym rozpoczęciu MIAP powinny zapadać w porozumieniu pomiędzy specjalistami/specjalistkami, opiekunami prawnymi oraz osobą pacjenta.

Zaleca się, by proces diagnozy rozłożyć w czasie dostosowanym do indywidualnej sytuacji osoby zachowując świadomość faktu, że długotrwała ocena psychiatryczna może sama w sobie stanowić niebezpieczeństwo dla zdrowia psychicznego osoby z powodu opóźnienia wdrożenia specyficznego (afirmującego)

²Jednym z jawnych kryteriów jakimi kierował się NHS wskazując Hilary Cass był jej całkowity brak doświadczenia w pracy z osobami z niezgodnością i dysforią płciową. Miało to — w założeniu — zapewnić jej niezależność i bezstronność, a w praktyce doprowadziło do bezprecedensowej w opiece zdrowotnej sytuacji, kiedy osoba niebędąca ekspertem w dziedzinie została zaproszona do opracowania eksperckich zaleceń. Wspólnym mianownikiem licznych zarzutów wobec raportu Cass jest wielopłaszczyznowe umniejszanie znaczenia: głosów osób nastoletnich i ich rodzin, praktyki klinicznej, bazy wiedzy naukowej oraz krajowych i światowych rekomendacji przy jednoczesnym wprowadzaniu opinii publicznej w błąd, poprzez wskazanie, że całkowity brak doświadczenia klinicznego w danej dziedzinie jest gwarantem rzetelności. Jako wielospecjalistyczny zespół osób eksperckich i pacjenckich autorzy uważają taki trend za szkodliwy i stojący w całkowitej sprzeczności z interesem młodzieży potrzebującej pomocy.

leczenia dysforii płciowej, poczucia zawieszenia codziennego życia oraz ryzyka przeżywania odczucia procesu diagnostycznego jako patologizującego tożsamość płciową. Ocena psychiatryczna nie powinna trwać dłużej niż trwa zrealizowanie wymienionych poniżej elementów oceny psychiatrycznej.

Ocena psychiatryczna powinna trwać dłużej niż 6 miesięcy jedynie w uzasadnionych przypadkach.

Do procesu oceny i opieki należy przystępować bez żadnych wstępnych założeń i przekonań; podczas tego procesu nie należy faworyzować żadnej z tożsamości; nie należy też z góry zakładać ani trwałego, ani tymczasowego charakteru przeżywania swojej płci przez badaną osobę.

4.1.2. Elementy badania psychiatrycznego

1. Wywiad z rodzicami/opiekunami (w miarę możliwości z obiema osobami, szczególnie, jeżeli są w konflikcie), w tym wywiad dotyczący rozwoju psychoseksualnego oraz wywiad dotyczący obciążeń rodzinnych (m.in. zdrowotnych, systemowych, środowiskowych).
2. Wywiad z osobą badaną, w tym wywiad dotyczący rozwoju psychoseksualnego oraz historii doświadczeń związanych z rozpoznawaniem i ekspresją własnej płciowości (z poszanowaniem intymności i poinformowaniem osoby pacjenckiej o zasadności pytań oraz ich celu; należy unikać rutynowego przeprowadzania bardzo szczegółowych wywiadów na tematy życia seksualnego, jeżeli nie ma to uzasadnienia klinicznego, należy zadbać o to, by odpowiedzi na pytania o przejawy nonkonformizmu płciowego w obszarach takich, jak zabawki, ubrania czy zachowania, nie były używane jako pretekst do ograniczenia dostępu do opieki afirmującej płeć).
3. Informacje o funkcjonowaniu osoby nastoletniej z innych źródeł, zwłaszcza ze szkoły (w miarę możliwości — jeżeli osoba nastoletnia jest ujawniona w środowisku szkolnym, lub pozyskanie takich informacji nie niesie ryzyka związanego z przypadkowym ujawnieniem).
4. Ocena stanu somatycznego osoby badanej.
5. Ocena stanu psychicznego osoby badanej (aktualnie występujące trudności, trudności występujące w przeszłości, bieżący poziom funkcjonowania).
6. Analiza dotychczasowej dokumentacji medycznej, psychologicznej i pedagogicznej (jeżeli dotyczy).

4.1.3. Cel oceny psychiatrycznej

1. Weryfikacja/potwierdzenie rozpoznania GI/GD (ICD-11/DSM-5) oraz do czasu obowiązywania ICD-10 użycie, do formalnego zakodowania, rozpoznania z klasy F64.

2. Wyjaśnienie, czy aktualnie występują u osoby nastoletniej zaburzenia psychiczne, a jeżeli tak, to czy:
 - dolegliwości można uznać za wtórne do problemu GI,
 - objawy uniemożliwiają lub utrudniają wiarygodne rozpoznanie GI,
 - objawy uniemożliwiają lub utrudniają osobie nastoletniej racjonalne podejmowanie decyzji/udzielenie świadomej zgody na interwencje medyczne,
 - jeżeli dolegliwości nie są wtórne do problemu GI, to czy i w jakim zakresie wskazane jest uzyskanie poprawy lub stabilizacji stanu zdrowia psychicznego przed podejmowaniem MIAP,
 - dolegliwości nie wpłyną na przebieg MIAP.
3. Ustalenie, czy w przeszłości występowały zaburzenia psychiczne. Zaleca się, aby zarówno osobie nastoletniej, jak i jej opiekunom, wyjaśniać, czemu służy ten element diagnozy, aby nie sugerować, że transpłciowość czy niebinarność są wtórne do występujących wcześniej zaburzeń psychicznych, przy jednoczesnym uwrażliwieniu na kontekst pojawienia się dysforii płciowej.
4. Wyjaśnienie, czy występują czynniki środowiskowe, które zakłócają proces podejmowania przez osobę nastoletnią decyzji lub wypowiediane treści (przemoc w rodzinie, przemoc rówieśnicza, presja środowiska, problematyczna zależność emocjonalna od osób znaczących i/lub rzeczywistości wirtualnej), natomiast sam kontakt osoby pacjenckiej ze środowiskiem osób transpłciowych lub rówieśnikami transpłciowymi nie może być w żaden sposób powodem do ograniczenia dostępu do MIAP.
5. Wyjaśnienie, czy osoba nastoletnia jest w stanie racjonalnie i świadomie dyskutować o swoim leczeniu i MIAP.
6. Ocena rozwoju w kontekście neuroróżnorodności, ze szczególnym uwzględnieniem cech w spektrum autyzmu. Dalsze postępowanie jest zależne od indywidualnej sytuacji danej osoby i odczuwanych przez nią trudności społecznych. W przypadku, gdy natężenie cech autystycznych powoduje trudności w wyrażeniu świadomej zgody na MIAP, wskazane jest skierowanie pacjenta na badania diagnostyczne w kierunku autyzmu przed zainicjowaniem MIAP (uzyskanie od rodziców/opiekunów szczegółowych informacji na temat rozwoju wczesnodziecięcego, zabaw, integracji sensorycznej, funkcjonowania społecznego), ewentualnego zastosowania standaryzowanych kwestionariuszy dla osoby nastoletniej i rodziców, a w razie potrzeby poszerzenia oceny o dodatkowe narzędzia (mogą wymagać dodatkowych specjalistycznych umiejętności).

7. Ocena występowania objawów uzależnienia/nadużywania substancji psychoaktywnych pod kątem nasilenia i jego wpływu na proces współpracy w leczeniu (uzależnienie/nadużywanie substancji same w sobie nie mogą być powodem do odmowy MIAP, co więcej, uzależnienia są ponadprzeciętnie częste wśród osób transpłciowych, również nastoletnich) [46].
8. Ocena objawów zaburzeń psychotycznych.
9. Ocena objawów zaburzeń nastroju, w tym ocena nasilenia myśli i zamiarów samobójczych.
10. Ocena dojrzałości poznawczej osoby nastoletniej pod kątem podejmowania decyzji:
 - czy osoba nastoletnia ma wystarczające zasoby intelektualne, żeby zrozumieć zasady stosowania MIAP? Przy czym za wystarczającą uważa się sytuację, w której osoba jest zdolna do swobodnej komunikacji na temat swoich potrzeb, nawet z użyciem ograniczonego słownictwa, zaspokajania swoich potrzeb i dokonywania wyborów ze zrozumieniem ich konsekwencji,
 - czy osoba nastoletnia rozumie związki przyczynowo-skutkowe, odwracalność i nieodwracalność zachodzących zmian oraz zna i rozumie potencjalne działania oczekiwane (pożądane i niepożądane) oraz ryzyka związane z interwencjami, których pragnie w ramach tranzycji,
 - czy stan emocjonalny osoby nastoletniej pozwala jej na podejmowanie decyzji w sposób swobodny (w zakresie adekwatnym do wieku).
11. Ocena sytuacji rodzinnej osoby nastoletniej, a w szczególności motywacji, jakimi kierują się rodzice/opiekunowie w swoich decyzjach.
12. Ocena postawy rodziców/opiekunów wobec proponowanych interwencji — wskazane jest zbadanie, czy ich postawa w odniesieniu do akceptacji planu terapeutycznego dysforii płciowej uwzględniającego MIAP jest jednolita i czy oboje go akceptują. W przypadku niezgodności wskazane jest wypracowanie jednolitego planu terapeutycznego zaakceptowanego przez osobę niepełnoletnią oraz opiekunów prawnych, co jest szczególnie istotne w sytuacji rodziców pozostających w konflikcie.

4.1.4. Uwagi

Rozpoznanie różnicowe jest elementem kompleksowej diagnozy psychiatrycznej, ale ewentualnie stwierdzone zaburzenia i stany współistniejące nie wykluczają rozpoznania GD/GI. Objawy zaburzeń psychicznych, które utrudniają osobie pacjenckiej podjęcie świadomej zgody na MIAP i/lub postawienie rozpoznania niezgodności płciowej, wymagają wcześniejszego odpowiedniego zaopatrzenia i wystarczającej kontroli przed wdrożeniem MIAP.

Uzasadnione podejrzenie/diagnoza spektrum autyzmu nie stanowi przeciwwskazań do postawienia rozpoznania niezgodności płciowej, natomiast uzupełnienie opieki o wsparcie funkcji wykonawczych i/lub umiejętności społecznych może okazać się niezbędne do osiągnięcia satysfakcji z MIAP i poprawy jakości życia.

Biorąc pod uwagę wysoką częstość współwystępowania dysforii płciowej u osób ze spektrum autyzmu, wskazane jest zorientowanie w tematyce neuroróżnorodności lub możliwość uwzględnienia w zespole osoby z taką specjalizacją.

Występowanie sprawności intelektualnej niższej niż przeciętna/niepełnosprawności intelektualnej samo w sobie nie stanowi przeciwwskazań do rozpoznania niezgodności płciowej.

Niezbędnym elementem procesu jest ocena i opieka psychologiczna, wymagana jest praca w zespole.

4.2. Opieka psychologiczno-seksuologiczna

4.2.1. Założenia ogólne

Ocena i opieka psychologiczna lub seksuologiczna powinny być prowadzone przez osobę mającą doświadczenie w pracy z osobami nastoletnimi.

Osoba prowadząca ocenę i opiekę psychologiczną lub seksuologiczną powinna znać treść bieżących standardów opieki *World Professional Association for Transgender Health* [1] i stosować się do nich, a także znać bieżące doniesienia naukowe dotyczące GI/GD.

Zaleca się, aby osoba przeprowadzająca ocenę psychologiczną miała kompetencje w zakresie rozumienia, w jaki sposób tożsamość płciowa przenika się z innymi aspektami tożsamości, takimi jak wiek, narodowość, kolor skóry, pochodzenie, status socjoekonomiczny, tożsamość seksualna, wiara, religia i inne, a przede wszystkim wymiarami funkcjonowania psychologicznego w zakresie tożsamości — charakterystyką poznawczą, emocjonalną i społeczną właściwą dla danego wieku.

Preferowane jest, aby osoba podejmująca się kwalifikacji do MIAP miała specjalizację psychoseksuologiczną i/lub certyfikat seksuologa klinicznego, natomiast z uwagi na znaczną liczbę osób nastoletnich potrzebujących opieki w połączeniu z niewystarczającą dostępnością specjalistów/specjalistek psychoseksuologów lub certyfikowanych seksuologów klinicznych dopuszczalne jest, by ocenę prowadził psycholog lub psycholog kliniczny mający wiedzę seksuologiczną oraz doświadczenie w opiece nad osobami nastoletnimi doświadczającymi niezgodności płciowej oraz poddający swoją pracę superwizji i najlepiej posiadający doświadczenie pracy w interdyscyplinarnym zespole.

Mając na uwadze, jak bardzo zróżnicowaną grupą są osoby nastoletnie poszukujące opieki w zakresie doświadczanej niezgodności/dysforii płciowej, zaleca się indywidualizowanie podejścia w zakresie czasu

trwania spotkań, ich liczby, włączania w proces diagnostyczny osób z otoczenia osoby pacjenckiej oraz stosowanych metod kwestionariuszowych (opcjonalnie).

W miejsce kryterium czasowego rekomenduje się, aby kontrakt podejmowany z osobą nastoletnią oraz jej opiekunami prawnymi opierał się na kryterium jakościowym, to znaczy celach, jakie powinny zostać osiągnięte przed kwalifikacją do MIAP. Po pierwsze, niektóre osoby nastoletnie będą potrzebowały mniej, a inne większej liczby spotkań, aby wraz ze specjalistką/specjalistą zdrowia psychicznego i seksualnego osiągnąć cele wymienione w dalszej części Zaleceń, a po drugie nie wszystkie osoby nastoletnie zgłaszające niepewność lub trudność w zakresie tożsamości płciowej potrzebują/oczekują takiej kwalifikacji.

Należy przy tym pamiętać, że długotrwała ocena psychologiczna może sama w sobie stanowić niebezpieczeństwo dla zdrowia psychicznego osoby badanej z powodu przeciągającej się nieleczzonej dysforii płciowej, poczucia zawieszenia codziennego życia oraz ryzyka odczucia diagnozowania jako patologizującego tożsamość płciową. Ocena psychologiczna nie powinna przeciągać się dłużej niż trwa zrealizowanie wymienionych poniżej celów.

Współwystępujące trudności w zakresie zdrowia psychicznego same w sobie nie stanowią przeciwwskazań do podjęcia MIAP, jeśli tylko nie uniemożliwiają procesu diagnostycznego i postawienia trafnego rozpoznania oraz nie stanowią ryzyka dla pomyślnego przebiegu MIAP; w takich sytuacjach zaleca się, aby najpierw zająć się tymi trudnościami/zaburzeniami stanu zdrowia psychicznego, a następnie, po uzyskaniu odpowiedniej kontroli objawów, przejść do MIAP. W innych sytuacjach, zaleca się równoległą pracę nad wymienionymi trudnościami wraz wdrażaniem MIAP. Należy przy tym pamiętać, że trudności z zakresu zdrowia psychicznego mogą być wtórne dla GD/GI i nie ulec poprawie bez zainicjowania MIAP.

Występowanie GD/GI u osób nastoletnich w spektrum autyzmu wymaga uwzględnienia specyfiki rozwoju tych osób, ale sam rozwój w spektrum autyzmu nie może stawać się przyczyną odmowy dostępu do interwencji afirmujących.

Występowanie niezgodności/dysforii u osób z istotnymi trudnościami w nauce, ze sprawnością intelektualną niższą niż przeciętna i niepełnosprawnych intelektualnie wymaga zaangażowania specjalistów doświadczonych w pracy z osobami o takiej charakterystyce rozwojowej. Niższa sprawność intelektualna nie może stawać się przyczyną odmowy dostępu do interwencji afirmujących.

4.2.2. Cele oceny i opieki psychologiczno-seksuologicznej

1. Konkluzja o spełnieniu/braku spełnienia kryteriów GI zgodnie z ICD-11 i ewentualnie także GD we-

dług DSM-5 oraz do czasu obowiązywania ICD-10 użycie klasy F64.

2. Ocena symptomów zaburzeń psychicznych ze spektrum zaburzeń psychotycznych mogących manifestować się zmianami w poczuciu płci bądź niestabilnością tożsamościową.
3. Wspieranie osoby nastoletniej w swobodnym i świadomym eksplorowaniu swojej tożsamości płciowej oraz podejmowaniu decyzji dotyczących kształtu i zakresu ewentualnej tranzycji.
4. Stwierdzenie zdolności do świadomej zgody na interwencje hormonalne, które uwzględnia:
 - ocenę adekwatności rozwoju poznawczego wobec wieku osoby nastoletniej i/lub taką, która pozwala na podejmowanie świadomych decyzji oraz wykluczenie występowania zakłóceń rozwojowych w zakresie poszczególnych funkcji poznawczych, które mogłyby utrudnić możliwość podjęcia świadomej zgody i współpracy ze specjalistami (rozumienia komunikatów specjalistów, rozumienia związków pomiędzy podjętymi działaniami a ich konsekwencjami, werbalizowania swoich przeżyć),
 - ocenę i potwierdzenie względnej stabilności stanu psychicznego (wykluczenie dekompensacji stanu psychicznego o takim charakterze i nasileniu, który wpływałby na funkcje poznawcze i intelektualne oraz emocje, uniemożliwiając trafną ocenę trwałości i stabilności poczucia przynależności do danej płci i obecności uporczywej dysforii płciowej),
 - ocenę rozwoju osobowości,
 - psychoedukację i ocenę wiedzy osoby pacjenckiej oraz rodziców w zakresie:
 - działania hormonów płciowych (także w odniesieniu do płodności i możliwości jej zachowania),
 - oceny adekwatności wyobrażeń i oczekiwań na temat tranzycji,
 - psychospołecznych następstw tranzycji, w tym w obszarze rodzinnym oraz szkolnym,
 - omówienia procedury ustalenia płci metrykalnej w obowiązującym porządku prawnym (aktualnie w trybie art. 189 Kodeksu postępowania cywilnego) w odniesieniu do osoby niepełnoletniej³,

³W dniu 4 marca 2025 r. (po publikacji wersji angielskiej Zaleceń), doszło do znaczącej zmiany procedury uzgadniania płci w Polsce i uczynienia jej bardziej przyjazną dla osób starających się o korektę aktu urodzenia. W tej dacie Sąd Najwyższy w składzie całej Izby Cywilnej podjął uchwałę o sygn. III CZP 6/24, mocą której zmienił przebieg procedury korekty aktu urodzenia w zakresie płci. Obecnie żądanie zmiany oznaczenia płci w akcie urodzenia podlega rozpoznaniu przez sąd w postępowaniu nieprocesowym (art. 36 ustawy z dnia 28 listopada 2014 r. — Prawo o aktach stanu cywilnego). Zmiana oznaczenia płci może nastąpić wyłącznie na wniosek osoby, której dotyczy ten akt, zaś oprócz wnioskodawcy uczestnikiem postępowania może być tylko małżonek wnioskodawcy (art. 510 k.p.c.). Oznacza to że obecnie nie ma już potrzeby prowadzenia sporu sądowego i pozywania swoich rodziców. Zmiana ta stanowi znaczący krok ku normalizacji procedury uzgadniania płci prawnej w Polsce.

- ujawnienia się (*coming-out*) oraz korzyści i następstw funkcjonowania w roli zgodnej z odczuwaną tożsamością płciową,
 - możliwości podjęcia psychoterapii wspierającej w procesie tranzycji lub konsultacji po zakończeniu diagnostyki,
 - normalizacji doświadczania transpłciowości,
 - wskazania zasobów społecznościowych i organizacji pozarządowych mogących udzielić wsparcia;
5. Ocena ewentualnych współwystępujących trudności psychospołecznych, a także zdolności rodziny do komunikowania się i wspierania osoby nastoletniej.
 6. Wsparcie psychologiczne dla rodziny (w tym np. zapewnienie wsparcia indywidualnego/rodzinnego oraz w ramach grup terapeutycznych i/lub grup wsparcia).
 7. Wzmacnianie umiejętności regulacji emocji i budowania sieci wsparcia społecznego (obie te cechy funkcjonowania pozostają w związku z ewentualnym brakiem satysfakcji w procesie tranzycji).
 8. Przygotowanie na możliwość pojawienia się braku satysfakcji z procesu tranzycji i chęci odwrócenia jej efektów.

4.2.3. Narzędzia oceny psychologicznej

Podstawą oceny psychologicznej/psychoseksuologicznej jest wywiad dotyczący całościowego rozwoju psychoseksualnego, funkcjonowania poznawczego, emocjonalnego i społecznego ze szczególnym uwzględnieniem rozwoju mentalizacji odczuć dotyczących tożsamości płciowej i ich integracji z funkcjonowaniem w pozostałych sferach.

Kwestionariusze osobowości, narzędzia do pomiaru funkcji poznawczych czy funkcjonowania neuropsychicznego powinny być elementem stosowanym ze świadomością celu: mają wspierać/skracać wywiad, ułatwiać ocenę trudności współwystępujących mogących stanowić istotny czynnik zakłócający możliwość podjęcia świadomej zgody na MIAP i HIAP oraz przebieg tranzycji. Zaleca się, aby podejmując decyzję o rodzaju stosowanych narzędzi, kierować się powyższymi przesłankami oraz aby zarówno osobie nastoletniej, jak i jej opiekunom, wyjaśniać czemu służą stosowane narzędzia. Ma to na celu uniknięcie błędnego wrażenia, że transpłciowość czy niebinarność *per se* są zjawiskami podlegającymi diagnozie. Kwestionariusze psychologiczne nie służą weryfikacji tożsamości płciowej. Przy interpretacji wyników testu należy wziąć pod uwagę niedostosowanie większości kwestionariuszy do specyfiki osób transpłciowych [47].

4.2.4. Wsparcie psychologiczne i psychoterapia

Osoby nastoletnie, trafiające po pomoc w związku z odczuwaną GI/GD albo niepewnością dotyczącą swojej tożsamości płciowej, mogą (ale nie muszą) wymagać wsparcia psychologicznego lub psychoterapeutycznego.

Podjęcie psychoterapii nie może z zasady stanowić kryterium warunkującego dostęp do MIAP.

Wymóg podjęcia psychoterapii może zaistnieć, jeżeli współistniejące trudności zagrażają zdrowiu/życiu osoby nastoletniej ograniczają możliwość podejmowania spotkań z psychologiem czy innymi specjalistami, wpływają na brak stabilnego przeżywania swojej tożsamości płciowej lub ograniczają zdolność do podejmowania świadomej zgody na interwencje medyczne, zakłócają realizację celów osoby nastoletniej związanych z tranzycją.

W pracy psychoterapeutycznej z osobami niebinarnymi nieetyczne jest przymuszanie osoby nastoletniej do binarnego przeżywania swojej tożsamości płciowej. Tożsamości niebinarne uważano za mniej ważne niż tożsamości binarne i często były one nieakceptowane w standardach medycznych. W konsekwencji osoby niebinarne są często dyskryminowane lub pomijane, co prowadzi do zinternalizowanego stresu w związku z przewidywaniem stygmatyzacji i odczuwaniem przymusu ukrywania swojej tożsamości płciowej.

W pracy psychoterapeutycznej z osobami nastoletnimi przeżywającymi dysfориę każdorazowo konieczne jest wykonanie oceny systemu rodzinnego oraz psychoedukacja rodziny, a także ocena ewentualnej konieczności podjęcia interwencji skierowanych na poprawę funkcjonowania systemu rodzinnego. Stan zdrowia i dobrostan emocjonalny młodzieży w bardzo dużym stopniu zależy od bezpieczeństwa relacji w rodzinie, w związku z czym taka ocena jest podstawowym elementem wsparcia w sytuacji podejmowania decyzji o rozpoczęciu MIAP.

W pracy z osobami nastoletnimi doświadczającymi niezgodności płciowej nieetyczne jest przyjmowanie, że każdorazowo wymagają one interwencji psychoterapeutycznej, jednak należy przyjąć, że poradnictwo psychologiczne/psychoedukacja konieczne są w każdym przypadku. Osoba pacjencka oraz jej rodzina powinni być poinformowani o różnicach w tych formach oddziaływań, a także o ich celach.

4.2.5. Zaświadczenia i opinie psychologiczno-seksuologiczne

Zaświadczenia i opinie wydawane w czasie opieki nad zdrowiem osoby nastoletniej doświadczającej niezgodności/dysforii płciowej powinny być odpowiednie w zakresie treści ze względu na cel ich wydawania.

Kluczowe zaświadczenia (opinie psychologiczne lub psychoseksuologiczne) wydawane są na potrzeby tranzycji medycznej oraz prawnej, czyli do przedstawienia lekarzowi rozpoczynającemu MIAP oraz w sądzie, w którym toczy się proces o ustalenie płci metrykalnej.

W przypadku zaświadczenia/opinii do tranzycji medycznej o braku przeciwwskazań do rozpoczęcia MIAP z perspektywy kliniki psychologicznej powinno ono zawierać informację o przebytej ocenie (czas i liczba konsultacji, zastosowane metody), postawionym rozpoznaniu.

W przypadku zaświadczenia/opinii do tranzycji prawnej — powinno zawierać informację o tym, iż uzgodnienie płci metrykalnej korzystnie wpłynęłoby na funkcjonowanie społeczne i emocjonalne osoby pozostającej w procesie opieki.

Ponadto w trakcie opieki specjalista wystawia zaświadczenia/opinie na potrzeby szkoły, urzędów itp.; wówczas należy zwrócić uwagę na dane szczególnie wrażliwe. Nie ma potrzeby, a wręcz jest to niewskazane, aby zaświadczenia/opinie wydawane przez specjalistów zawierały szczegóły dotyczące zdrowia psychicznego i seksualnego osoby pozostającej w opiece. Rekomenduje się każdorazowe zróżnicowanie informacji zamieszczanych w zaświadczeniach w zależności od celu, w jakim je sporządzono.

Szczególnie nieetycznym jest zamieszczanie w opinii szczegółów dotyczących doświadczeń seksualnych nastoletniej osoby pacjenckiej, a zwłaszcza doświadczeń seksualnych będących wynikiem przemocy.

5. Hormonalne interwencje hamujące dojrzewanie płciowe

Włączenie interwencji hormonalnych hamujących dojrzewanie płciowe można zalecić, jeżeli [15]:

- osoba nastoletnia prezentuje długotrwałą i intensywny wzór niezgodności/dysforii płciowej (tłumionej lub wyrażonej), pojawiającej się lub nasilającej w okresie pokwitania: rozpoznanie według obowiązujących kryteriów powinno być potwierdzone pisemnie przez co najmniej dwóch specjalistów zdrowia psychicznego i zawierać opinię o gotowości osobistej i społecznej tej osoby do interwencji hormonalnych hamujących dojrzewanie płciowe;
- u osoby nastoletniej rozpoczął się proces dojrzewania (stadium dojrzewania według skali Tannera co najmniej B2/G2);
- ewentualne współistniejące problemy z obszaru zdrowia psychicznego i somatycznego są odpowiednio monitorowane/leczone;
- osoba nastoletnia i jej rodzice/opiekunowie prawni zostali poinformowani o konsekwencjach interwencji hormonalnych hamujących dojrzewanie płciowe

(w tym o wpływie na płodność) i rozumieją je, a funkcjonowanie poznawcze osoby nastoletniej pozwala jej na świadome wyrażenie zgody na wdrożenie takiego postępowania (należy opierać się na przedłożonych zaświadczeniach od specjalistów zdrowia psychicznego);

- osoba nastoletnia (od ukończenia 16. rż.) udzieliła świadomej pisemnej zgody na rozpoczęcie hormonalnych interwencji hamujących dojrzewanie płciowe (w tym na zastosowanie leków poza wskazaniami rejestracyjnymi) oraz pisemnej zgody udzielili jej rodzice/opiekunowie;
- osoba nastoletnia podczas hormonalnych interwencji hamujących dojrzewanie płciowe powinna pozostawać pod opieką specjalisty/specjalistów zdrowia psychicznego.

Preferowaną metodą hormonalnych interwencji hamujących/blokujących dojrzewanie płciowe, niezależnie od płci przypisanej przy urodzeniu, jest stosowanie analogów gonadoliberyny (GnRH, *gonadotropin-releasing hormone*). Okres ich stosowania powinien wynosić co najmniej 6 miesięcy i zaleca się ich kontynuowanie po wdrożeniu hormonalnych interwencji afirmujących płęć [przede wszystkim u osób AMAB (transpłciowych dziewcząt)]. Po odstawieniu analogów (bez włączenia HIAP) proces dojrzewania postępuje według wzorca dla płci przypisanej przy urodzeniu. Aktualnie, wobec globalnego wzrostu liczby zgłoszeń osób nastoletnich z niezgodnością płciową o odmiennym niż kiedyś profilu rozwoju psychoseksualnego (bez historii uświadomionej/udokumentowanej niezgodności płciowej w dzieciństwie), a co się z tym wiąże i rosnącej populacji osób nastoletnich kwalifikowanych do hormonalnych interwencji hamujących dojrzewanie płciowe, pojawia się coraz więcej badań oceniających wpływ analogów GnRH na rozwój fizyczny i psychoseksualny i weryfikujących bezpieczeństwo i celowość ich stosowania [48–56].

W każdym przypadku decyzja o zastosowaniu tej formy interwencji hormonalnej wymaga szczegółowego omówienia potencjalnych korzyści w kontekście ryzyka wystąpienia działań niepożądanych ([tab. 1](#)). W przypadku analogów GnRH, jeżeli są spełnione kryteria włączenia (jak wyżej), nie ma innych przeciwwskazań do ich zastosowania.

Alternatywną do analogów GnRH farmakologiczną metodą hamowania dojrzewania płciowego (często brak dostępności, ale przy tym rzadko działania niepożądane, rzadko brak skuteczności) są progestageny inne niż octan cyproteronu (zwłaszcza u nastoletnich osób AFAB, w celu zahamowania krwawień miesiączkowych) lub antyandrogeny (octan cyproteronu, spironolakton) u nastoletnich osób AMAB ([tab. 2 i 3](#)). W niektórych krajach stosuje się również bikalutamid

Tabela 1. Analogi gonadoliberyny (GnRH) stosowane w hormonalnych interwencjach hamujących/blokujących dojrzewanie płciowe u osób nastoletnich (podany odstęp czasowy między kolejnymi dawkami może wymagać skrócenia — decyzja indywidualna)

Preparat	Potencjalne ryzyko/działania niepożądane	Oczekiwane/potencjalne korzyści
Octan leuporeliny w postaci proszku do wstrzykiwań z rozpuszczalnikiem: domięśniowo 7,5 mg co 4 tygodnie lub 22,5 mg co 12 tygodni	Objawy wypadowe (AFAB): uderzenia gorąca, bóle głowy, chwiejność emocjonalna [57, 58] Niekorzystna modyfikacja składu masy ciała: zwiększenie tkanki tłuszczowej, zmniejszenie masy mięśniowej [59, 60] Obniżenie gęstości mineralnej kości, brak osiągnięcia szczytowej masy kostnej (ryzyko to zmniejsza się, jeżeli wdrożona zostanie HIAP)	Zahamowanie postępu dojrzewania, rozwoju niepożądanych cech płciowych (u transpłciowych chłopców: zahamowanie rozwoju/powiększania gruczołów piersowych, żeńskiej dystrybucji tkanki tłuszczowej, krwawień miesięcznych u transpłciowych dziewcząt: zahamowanie powiększania zewnętrznych narządów płciowych, zmiany barwy głosu, męskich rysów i typu owłosienia)
Octan leuporeliny w postaci implantu podskórnego 3,6 mg co 4 tygodnie lub 11,25 mg co 12 tygodni	Potencjalne ryzyko nieosiągnięcia prognozowanego wzrostu końcowego* Wzrost BMI	Wydłużenie czasu na przeprowadzenie procesu diagnostycznego
Tryptorelina podskórnie 3,75 mg co 4 tygodnie lub 11,25 mg co 12 tygodni	W przypadku wprowadzenia HIAP bezpośrednio po lub w trakcie stosowania analogu GnRH (w celu zahamowania dojrzewania płciowego w początkowych stadiach tego procesu) utrudnione może być uzyskanie w późniejszym okresie gamet do procedur wspomaganego rozrodu (efekt działania samego GnRH na oś hormonalną uznaje się za odwracalny)	Zmniejszenie dysforii płciowej, poprawa funkcjonowania, zmniejszenie zachowań autoagresywnych, obniżenie lęku i depresji
Goserelina podskórnie 3,6 mg co 4 tygodnie lub 10,8 mg co 12 tygodni	Transpłciowe dziewczęta/kobiety: niedostateczny rozwój narządów płciowych zewnętrznych, mogący utrudnić chirurgiczne procedury afirmujące płeć Wpływ na rozwój funkcji psychicznych/poznawczych nieznan	Zmniejszenie zakresu późniejszych interwencji chirurgicznych potrzebnych do zredukowania dysforii płciowej Umożliwienie stopniowego zwiększania dawki hormonów płciowych w celu indukcji dojrzewania

BMI (*body mass index*) — wskaźnik masy ciała; HIAP — hormonalna interwencja afirmująca płeć; *w ostatnio opublikowanych retrospektywnych badaniach ryzyko to się nie potwierdza jeżeli w kontynuacji stosuje się HIAP zarówno w przypadku osób AMAB oraz AFAB [61]

Tabela 2. Alternatywne do analogów gonadoliberyny (GnRH) farmakologiczne metody hamowania dojrzewania płciowego [62]

Preparat	Dawka	Uwagi (w tym potencjalne działania niepożądane)
Linestrol	5–10 mg/dobę <i>p.o.</i>	Nie w pełni hamuje wydzielanie gonadotropin (plamienia/krwawienia miesięczne u transpłciowych chłopców) Uderzenia gorąca Przejściowy wzrost masy ciała/BMI Zmęczenie Trądzik Niekorzystne zmiany w profilu lipidowym Brak działania antykoncepcyjnego
Octan medroksyprogesteronu*	5–10 mg/dobę <i>p.o.</i>	Niepełna supresja wydzielania testosteronu u transpłciowych dziewcząt w końcowych stadiach dojrzewania płciowego*
Medroksyprogesteron w postaci depot	150 mg domięśniowo co 3 miesiące	Wzrost BMI
Octan noretysteronu*	5 mg/dobę <i>p.o.</i>	Wykazuje także działanie estrogenne*

BMI (*body mass index*) — wskaźnik masy ciała; *p.o.* (*per os*) — doustnie; *dane literaturowe niejednoznaczne

(antyandrogen), choć brak w tym zakresie obserwacji długofalowych.

Ewentualne przeciwwskazania do zastosowania (rozpoczęcia czy kontynuacji) wyżej wymienionych preparatów mogą wynikać z ryzyka wystąpienia bądź wystąpienia działań niepożądanych.

Zindywidualizowany schemat monitorowania hormonalnych interwencji hamujących dojrzewanie płciowe ustala prowadzący lekarz. W tabeli 4 przedstawiono jego ogólne zasady.

U każdej osoby nastoletniej podczas stosowania interwencji hormonalnych hamujących dojrzewanie

Tabela 3. Preparaty o działaniu antyandrogennym stosowane u nastoletnich osób z przypisaną przy urodzeniu płcią męską (AMAB)

Preparat	Dawkowanie	Działania niepożądane
Octan cyproteronu	preferowana (bezpieczna) dawka < 10 mg/dobę <i>p.o.</i> (w Polsce preparaty tabl a 50 mg — można rozważyć ew. 1/4 tabletki co drugi dzień)	Wzrastające wraz z dawką skumulowaną ryzyko oponiaka (udokumentowane ryzyko po wieloletnim leczeniu dawką ≥ 25 mg/dobę) [67] Opóźnienie tempa wzrastania Obniżenie BMD Zwiększone ryzyko powikłań zakrzepowo-zatorowych Depresja Uczucie zmęczenia Hepatotoksyczność (ryzyko zależne od dawki, efekt mogący zagrażać życiu przy dawkach przekraczających 100 mg/dobę) Hiperprolaktynemia
		Hiperkaliemia Poliuria Ryzyko odwodnienia Ryzyko hipotonii
Spironolakton	100–300 mg/dobę <i>p.o.</i> (zaczyna się stopniowo od niższych dawek)	

BMD (*bone mineral density*) — gęstość mineralna kości; *p.o.* (*per os*) — doustnie**Tabela 4. Monitorowanie hormonalnych interwencji: hamujących dojrzewanie płciowe oraz afirmujących płęć (HIAP) (maskulinizujących i feminizujących)**

Monitorowanie hormonalnych interwencji hamujących dojrzewanie płciowe	Monitorowanie HIAP (maskulinizujących i feminizujących)
Wyjściowo i co 3–6 miesięcy: wzrost, masa ciała, ciśnienie krwi, stadium pokwitania w skali Tannera	
Wyjściowo i co 1–2 lata (oraz przed podjęciem HIAP, jeżeli od poprzedniego badania upłynęło 7–12 miesięcy): gęstość mineralna kości metodą DXA (preferowana DXA całego ciała i odcinka lędźwiowego kręgosłupa), w sytuacjach uzasadnionych klinicznie wiek kostny (RTG ręki/dłoni niedominującej)	
Wyjściowo: morfologia, glukoza, lipidogram, ALT, AST, FSH, LH, E2, T, prolaktyna, witamina 25(OH)D, sód, potas, kreatynina	
W przypadku obciążonego wywiadu/wywiadu rodzinnego w kierunku żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej: diagnostyka w kierunku trombofilii wrodzonych/nabytych	
Po wdrożeniu interwencji co 6–12 miesięcy: FSH, LH, E2, T	W pierwszym roku leczenia: morfologia, E2 i T co 3 miesiące, prolaktyna, profil lipidowy, glukoza na czczo i witamina 25(OH)D co 6 miesięcy; w przypadku leczenia spironolaktonem kreatynina, sód i potas co 3 miesiące; w przypadku leczenia octanem cyproteronu ALT i AST co 3 miesiące
Co 12 miesięcy: 25(OH)D, glukoza na czczo	W kolejnych latach leczenia: morfologia, E2, T, profil lipidowy, i witamina 25(OH)D co 6 miesięcy, glukoza na czczo i prolaktyna co 12 miesięcy; w przypadku leczenia spironolaktonem kreatynina, sód i potas co 6 miesięcy; w przypadku leczenia octanem cyproteronu — ALT i AST co 6 miesięcy
	MR przysadki w przypadku utrzymującego się wzrostu stężenia prolaktyny

DXA (*dual energy X-ray absorptiometry*) — dwuwieżkowa absorpcja rentgenowska; RTG — badanie rentgenowskie; ALT (*alanine aminotransferase*) — transaminaza alaninowa; AST (*aspartate aminotransferase*) — transaminaza asparaginianowa; FSH (*follicle-stimulating hormone*); LH (*luteinizing hormone*); E2 — estradiol; T — testosteron; 25(OH)D (*25-hydroxy vitamin D*) — 25-hydroksywitamina D; MR (*magnetic resonance*) — rezonans magnetyczny

płciowe należy prowadzić edukację zdrowotną dotyczącą zdrowego odżywiania i odpowiedniej aktywności fizycznej, odpowiedzialnego stosowania suplementów diety (witaminy D według zaleceń dla ogólnej populacji, innych witamin w przypadku diet niedoborowych), zapobiegania stosowania używek, zapobiegania za-

każeniom przenoszonym drogą płciową (włączając odpowiednie szczepienia).

Należy podkreślić, że w przypadku decyzji osoby nastoletniej o przerwaniu hormonalnych interwencji hamujących dojrzewanie płciowe osobie takiej należy zapewnić wsparcie, pomoc psychologiczną

i adekwatną opiekę medyczną. Wsparcie takie powinna otrzymać ona od zespołu dotychczas nadzorującego proces tranzycji.

6. Hormonalne interwencje afirmujące płeć (HIAP maskulinizujące — mHIAP, feminizujące — fHIAP)

HIAP można wprowadzić jako kontynuację interwencji hamujących dojrzewanie płciowe (zainicjowanie pokwitania w kierunku zgodnym z odczuwaną płcią) lub jako pierwszą interwencję u osoby z niezgodnością płciową na późniejszych etapach dojrzewania płciowego (skala Tannera 4–5). Preferuje się włączanie tych interwencji u osób po uzyskaniu przynajmniej częściowej zdolności do samostanowienia (zgoda kumulatywna po ukończeniu 16. rż.), chyba że opóźnienie tej decyzji stanowi zagrożenie dla życia i zdrowia psychicznego osoby nastoletniej (w opinii specjalistów zdrowia psychicznego) oraz zdrowia somatycznego. Dotyczy to zwłaszcza osób nastoletnich długotrwale stosujących analogi GnRH w monoterapii z uwagi na ich niekorzystne działanie na przyrost gęstości mineralnej kości, zwiększone ryzyko osteopenii i/lub osteoporozy (nieznany jest ich długotrwały wpływ na ryzyko złamań osteoporotycznych) [63]. Kryterium wiekowe nie powinno być wiodące. W każdym przypadku decyzję o czasie zainicjowania HIAP należy podejmować indywidualnie (uwzględniając takie czynniki, jak: czas stosowania interwencji hamujących dojrzewanie płciowe, nasilenie efektów ubocznych tych interwencji, nasilenie dysforii płciowej i/lub stresu mniejszościowego wynikającego z desynchronizacji dojrzewania w stosunku do grupy rówieśniczej, rozwój intelektualny osoby nastoletniej umożliwiające wcześniejsze niż wiek uzyskanie zdolności do częściowego samostanowienia wyrażenie świadomej zgody na HIAP).

6.1. HIAP można rozpocząć, jeżeli:

- osoba nastoletnia prezentuje długotrwały i intensywny wzór niezgodności/dysforii płciowej (tłumionej lub wyrażonej) pojawiającej się lub nasilającej w okresie pokwitania; rozpoznanie według obowiązujących kryteriów powinno być potwierdzone pisemnie przez co najmniej dwóch specjalistów zdrowia psychicznego i zawierać opinię o gotowości osobistej i społecznej tej osoby do HIAP;
- jeżeli osoba nastoletnia uprzednio stosowała hormonalne interwencje hamujące dojrzewanie płciowe na podstawie pisemnego potwierdzenia długotrwałego wzorca niezgodności płciowej przez dwóch specjalistów zdrowia psychicznego, możliwe jest wdrożenie HIAP na podstawie opinii wystawionej przez jednego specjalistę zdrowia psychicznego (pod którego

opieką znajdowała się podczas interwencji hamujących dojrzewanie płciowe), potwierdzającej gotowość osobistą i społeczną tej osoby do HIAP;

- ewentualne współistniejące problemy z zakresu zdrowia psychicznego i somatycznego są odpowiednio kontrolowane i ustabilizowane;
- osoba nastoletnia i jej rodzice/opiekunowie prawni zostali poinformowani o działaniu i celu HIAP (w tym o wpływie na potencjał rozrodczy), rozumieją je, a funkcjonowanie poznawcze osoby nastoletniej pozwala jej na świadome wyrażenie zgody na wdrożenie takiego postępowania;
- osoba nastoletnia (od ukończenia 16. rż.) udzieliła świadomej pisemnej zgody na rozpoczęcie HIAP (w tym na zastosowanie leków poza wskazania rejestracyjnymi) i pisemnej zgody udzielili jej rodzice/opiekunowie;
- osoba nastoletnia podczas HIAP powinna pozostawać pod opieką specjalisty/specjalistów zdrowia psychicznego.

W przypadku gdy HIAP został zainicjowany na podstawie opinii specjalistów zdrowia psychicznego praktykujących w innych państwach niż Rzeczpospolita Polska zgodnie z zasadami w nich obowiązującymi, wskazane jest kontynuowanie interwencji (po udzieleniu świadomej pisemnej zgody na kontynuowanie HIAP przez osobę nastoletnią i jej/jego/ich rodziców/opiekunów prawnych).

Jeżeli osoba nastoletnia stosująca HIAP nie jest w stanie przedstawić odpowiedniej dokumentacji wystawionej przez specjalistów zdrowia psychicznego, należy rozważyć kontynuację HIAP przez okres maksymalnie do 6 miesięcy, pod warunkiem pisemnego potwierdzenia podjęcia i kontynuowania w tym czasie wymaganej diagnostyki u specjalistów zdrowia psychicznego oraz udzielenia pisemnej świadomej zgody na takie postępowanie przez osobę nastoletnią i jej/jego/ich rodziców/opiekunów prawnych.

HIAP (stosowane schematy i potencjalne działania niepożądane) przedstawiono w [tabeli 5 i 6](#). Przy inicjowaniu tych interwencji można utrzymać/włączyć analogi GnRH, a w przypadku osób nastoletnich z AMAB zamiast analogów GnRH zastosować preparaty o działaniu antyandrogennym. Monitorowanie HIAP przedstawiono w [tabeli 4](#).

Należy podkreślić, że w przypadku decyzji osoby nastoletniej o przerwaniu HIAP należy zapewnić jej wsparcie, pomoc psychologiczną i adekwatną opiekę medyczną. Wsparcie takie powinna otrzymać ona od zespołu dotychczas nadzorującego proces tranzycji.

Kwestia korzyści z dołączenia u osób AMAB do stosowanego schematu HIAP progestagenów innych niż octan cyproteronu, np. medroksyprogesteronu (poprawa jakości życia, wpływ na rozwój gruczołów

Tabela 5. Hormonalne interwencje afirmujące płeć (HIAP): indukowanie dojrzewania płciowego zgodnego z odczuwaną płcią u osób z przypisaną przy urodzeniu płcią żeńską (AFAB) z niezgodnością płciową za Endocrine Society 2017 (wskazana indywidualizacja schematu postępowania w zależności od przebiegu interwencji)

Indukowanie interwencji maskulinizujących u transpłciowych chłopców: estry testosteronu (np. enantan) <i>i.m.</i> , dawka zwiększana co 6 miesięcy:
25 mg co 2 tygodnie – 50 mg co 2 tygodnie – 75 mg co 2 tygodnie – 100 mg co 2 tygodnie
Dawka dla osoby dorosłej: 100–200 mg co 2 tygodnie
<i>Jeżeli terapię rozpoczyna się po osiągnięciu dojrzałości płciowej (stadium Tannera 4–5): 50 mg co 2 tygodnie przez 6 miesięcy, następnie 100 mg co 2 tygodnie</i>
W opinii niektórych ekspertów do inicjowania dojrzewania płciowego lepiej zastosować testosteron w postaci żelu przezskórnego w dawce inicjującej 10 mg/dz., zwiększanej co 3–6 miesięcy, w zależności od stopnia dojrzewania
Działania niepożądane:
Zaburzenia płodności/niepłodność
Policytemia
Trądzik
Łysienie androgenowe
Wzrost masy ciała/BMI (populacja w okresie wzrastania)
Dyslipidemia
Bezdech senny
Zwiększone ryzyko cukrzycy typu 2 (związane ze wzrostem masy ciała)
Nadciśnienie tętnicze

i.m. (intramuscular) — domięśniowo; BMI (body mass index) — wskaźnik masy ciała

piersiowych), u transpłciowych dziewcząt/kobiet w kontekście udokumentowanego zwiększenia ryzyka zakrzepowo-zatorowego i obniżenia cholesterolu frakcji HDL budzi wątpliwości i nie jest rekomendowane. Wyniki badań nad zastosowaniem progesteronu mikronizowanego są niekonkluzywne (nie udowodniono korzyści wynikających z jego zastosowania, ale też wydają się one neutralne pod względem metabolicznym i ryzyka choroby zakrzepowo-zatorowej), nieliczne, a badania prowadzono w grupie pełnoletnich osób AMAB z niezgodnością płciową. Z tego względu nie rekomenduje się jego zastosowania u niepełnoletnich osób z AMAB [64–66].

Zindywidualizowany schemat monitorowania hormonalnych interwencji afirmujących płeć ustala prowadzący lekarz (tab. 4).

U każdej osoby nastoletniej podczas stosowania interwencji afirmujących płeć HIAP należy prowadzić edukację zdrowotną dotyczącą zdrowego odżywiania i odpowiedniej aktywności fizycznej, odpowiedzialne-

Tabela 6. Hormonalne interwencje afirmujące płeć (HIAP): indukowanie dojrzewania płciowego zgodnego z odczuwaną płcią u osób z przypisaną przy urodzeniu płcią męską (AMAB) z niezgodnością płciową za Endocrine Society 2017 (wskazana indywidualizacja schematu postępowania w zależności od przebiegu interwencji)

Rozpoczynanie interwencji feminizujących u transpłciowych dziewcząt za pomocą doustnego 17-β-estradiolu, zwiększanie dawki co 6 miesięcy:
5 µg/kg/dobę – 10 µg/kg/dobę – 15 µg/kg/dobę – 20 µg/kg/dobę
Dawka dla osoby dorosłej: 2–6 mg
<i>Jeżeli interwencję rozpoczyna się po osiągnięciu dojrzałości płciowej (stadium Tannera 4–5): 1 mg/dobę przez okres 6 miesięcy, następnie 2 mg/dobę. Dawka dla osoby dorosłej 2–6 mg/dobę</i>
Rozpoczynanie interwencji feminizujących u transpłciowych dziewcząt za pomocą przezskórnego 17-β-estradiolu (systemy przezskórne — plastry)
Zwiększanie dawki co 6 miesięcy, zmiana plastrów co 3,5 dnia:
6,25–12,5 µg/24 godziny – 25 µg/24 godziny – 37,5 µg/24 godziny – 50 µg/24 godziny
Dawka dla osoby dorosłej: 50–200 µg/24 godziny
<i>Jeżeli interwencję rozpoczyna się po osiągnięciu dojrzałości płciowej (stadium Tannera 4–5): od razu dawkowanie jak dla osoby dorosłej</i>
Działania niepożądane:
Zaburzenia płodności/niepłodność
Ryzyko żyłnej choroby zakrzepowo-zatorowej (wyższe w przypadku preparatów doustnych)
Wzrost masy ciała/BMI
Hipertriglicydemia
Nadciśnienie tętnicze
Hiperprolaktynemia
W przypadku nieodpowiedniego dawkowania osteopenia/osteoporoza

BMI (body mass index) — wskaźnik masy ciała

go stosowania suplementów diety (witaminy D według zaleceń dla ogólnej populacji, innych witamin w przypadku diet niedoborowych), zapobiegania stosowaniu używek, zapobiegania zakażeniom przenoszonym drogą płciową (włączając odpowiednie szczepienia), zapobiegania niechcianej ciąży.

7. Chirurgiczne interwencje afirmujące płeć

Nieodwracalne operacje dotyczące narządów płciowych (histerektomia, waginoplastyka, penektomia, falloplastyka, metoidioplastyka itp.) oraz zabiegi trwale pozbawiające zdolności płodzenia (gonadektomia) nie mogą być wykonywane u osób małoletnich.

Operacje usunięcia gruczołów piersiowych (mastektomia) u osób AFAB są dopuszczalne u osób małoletnich; zasadniczym celem wykonania zabiegu mastektomii jest

poprawa zdrowia psychicznego osoby przeżywającej dysfориę płciową, obejmującą także cierpienie wynikające z nieakceptowalnej obecności piersi; warunkiem musi być silna potrzeba osoby pacjenckiej i stabilność stanu psychicznego, a decyzja co do zabiegu musi być każdorazowo podjęta w sposób zindywidualizowany na podstawie zaświadczeń od dwóch specjalistów.

8. Zagadnienia prawne związane z opieką nad osobami nastoletnimi z niezdolnością/dysfориą płciową

8.1. Świadoma zgoda — zasady prawne (ryc. 1–3)

Objaśnienia do schematów ([1], [2], [3]...)

[1] Najważniejsze cechy zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego:

1. Zgoda musi być udzielona w sposób swobodny i świadomy;
2. Zgoda jest możliwa do wycofania w każdym momencie.
3. Przed uzyskaniem zgody lekarz musi przedstawić przystępną informację na temat okoliczności istotnych dla wyrażenia zgody:

„Lekarz ma obowiązek udzielać pacjentowi lub jego ustawowemu przedstawicielowi przystępnej informacji o jego stanie zdrowia, rozpoznaniu, proponowanych oraz możliwych metodach diagnostycznych, leczniczych, dających się przewidzieć następstwach ich zastosowania albo zaniechania, wynikach leczenia oraz rokowaniu” (art. 31 ust. 1 u.z.l.). Pacjent może jednak zażądać od lekarza, aby ten nie przedstawiał mu tych informacji (art. 31 ust. 3 u.z.l.).

W przypadku małoletnich poniżej 16. rż. informacji trzeba udzielić tylko przedstawicielowi ustawowemu pacjenta. Samemu pacjentowi małoletniemu poniżej 16. rż. lekarz musi jednak udzielić „informacji w zakresie i formie potrzebnej do prawidłowego przebiegu procesu diagnostycznego lub terapeutycznego”, a także musi wysłuchać jego zdania (art. 31 ust. 7 u.z.l.).

W przypadku małoletnich od 16. rż. informacji (pełnej — zgodnej z art. 31 ust. 1 u.z.l.) udziela się zarówno przedstawicielowi ustawowemu pacjenta, jak i samemu pacjentowi (art. 31 ust. 5 u.z.l.).

Zob. także przepisy art. 9 i 16 u.p.p.

[2] Świadczenie zdrowotne to najogólniejszy termin na oznaczenie wszelkich czynności, które w stosunku do pacjenta może wykonywać lekarz. Można je podzielić na świadczenia zwykłe (*vide* [4]) oraz świadczenia o podwyższonym ryzyku (*vide* [5]). Terminem „świadczenie zdrowotne” posługują się przede wszystkim przepisy art. 15–19 u.p.p., wskazując, że pacjent ma prawo do wyrażenia zgody na udzielenie świadczeń zdrowotnych.

[3] Świadczenie zwykłe to termin używany w tym miejscu na oznaczenie:

1. Badania oraz
2. Innych świadczeń zdrowotnych niestwarzających podwyższonego ryzyka dla pacjenta (art. 32 ust. 1 u.z.l. z uwzględnieniem art. 34 ust. 1 u.z.l.).

„Pojęcie badania w rozumieniu ustawy należy wiązać z najbardziej podstawową postacią czynności lekarza, polegającą na oględzinach ciała i badaniu fizykalnym (zob. T. Dukiet-Nagórska, Świadoma zgoda..., s. 78 i 88). Chodzi tu o rutynowe i niestwarzające ryzyka czynności medyczne, które nie ingerują znacznie w integralność fizyczną pacjenta. Przez «inne świadczenia zdrowotne» należy rozumieć np. podanie leku, zainstalowanie wyrobu medycznego, gdy nie wiąże się to z ingerencją w organizm, założenie gipsu” (M. Malczewska, *Komentarz do art. 32, w: Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentysty. Komentarz*, WKP 2022).

[4] Świadczenie o podwyższonym ryzyku to termin używany w tym miejscu na oznaczenie:

1. Zabiegu operacyjnego,
2. Metody leczenia stwarzającej podwyższone ryzyko dla pacjenta oraz
3. Metody diagnostyki stwarzającej podwyższone ryzyko dla pacjenta (art. 34 ust. 1 u.z.l.).

[5] Przedstawiciel ustawowy małoletniego to każdy z rodziców dziecka posiadający władzę rodzicielską (art. 98 § 1 k.r.o.), przysposabiający (tzw. rodzic adopcyjny; art. 121 § 1 k.r.o.), opiekun prawny lub kurator.

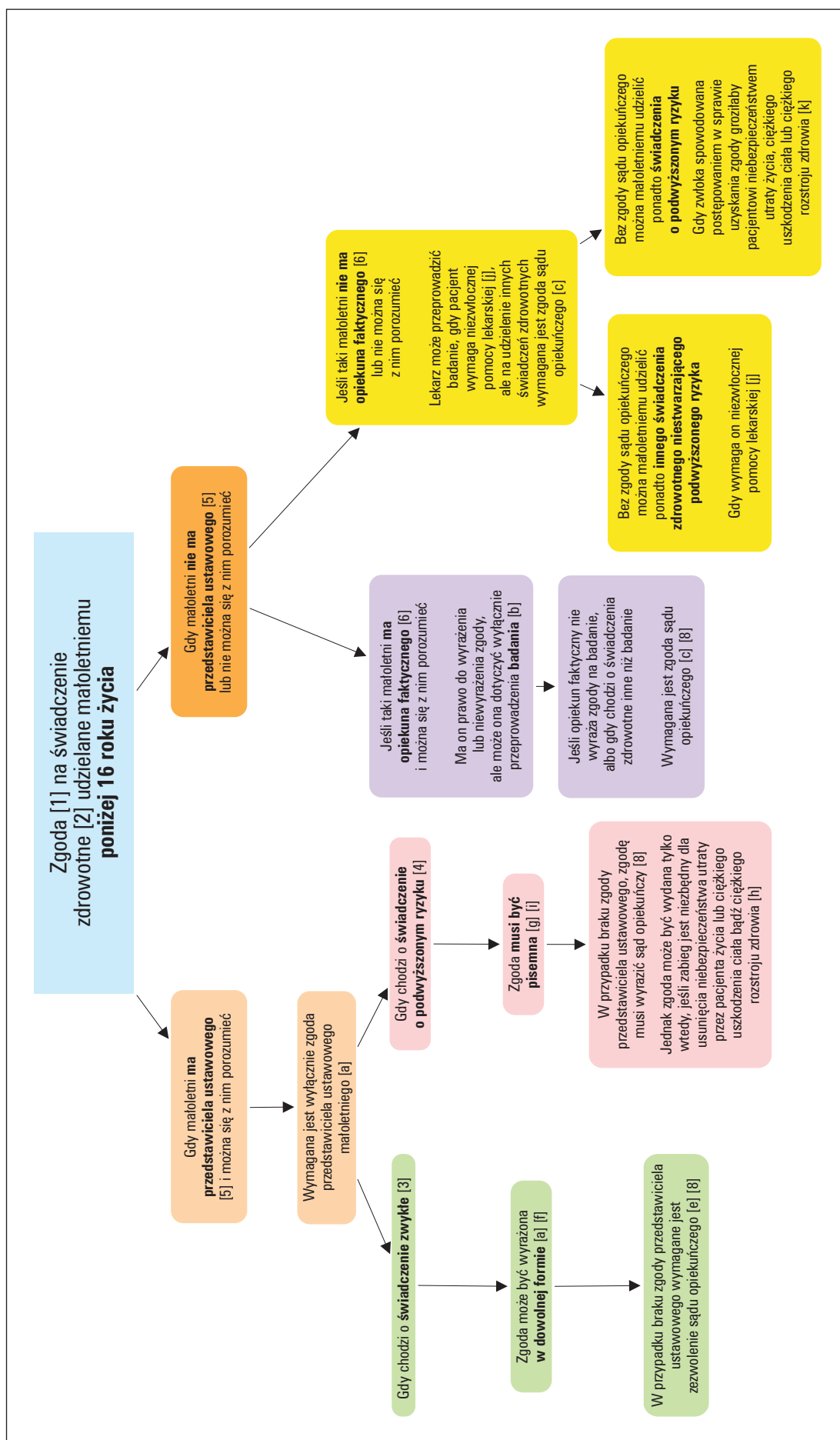
Opiekun prawny to osoba ustanowiona przez sąd do ochrony interesów majątkowych i osobistych małoletniego (najczęściej gdy nie ma on ani jednego rodzica posiadającego władzę rodzicielską). Opiekun podlega jednak nadzorowi sądu opiekuńczego (art. 155 § 1 k.r.o.).

[6] Opiekun faktyczny to „osoba sprawująca, bez obowiązku ustawowego, stałą opiekę nad pacjentem, który ze względu na wiek, stan zdrowia albo stan psychiczny opieki takiej wymaga” (art. 3 ust. 1 pkt 1 u.p.p.).

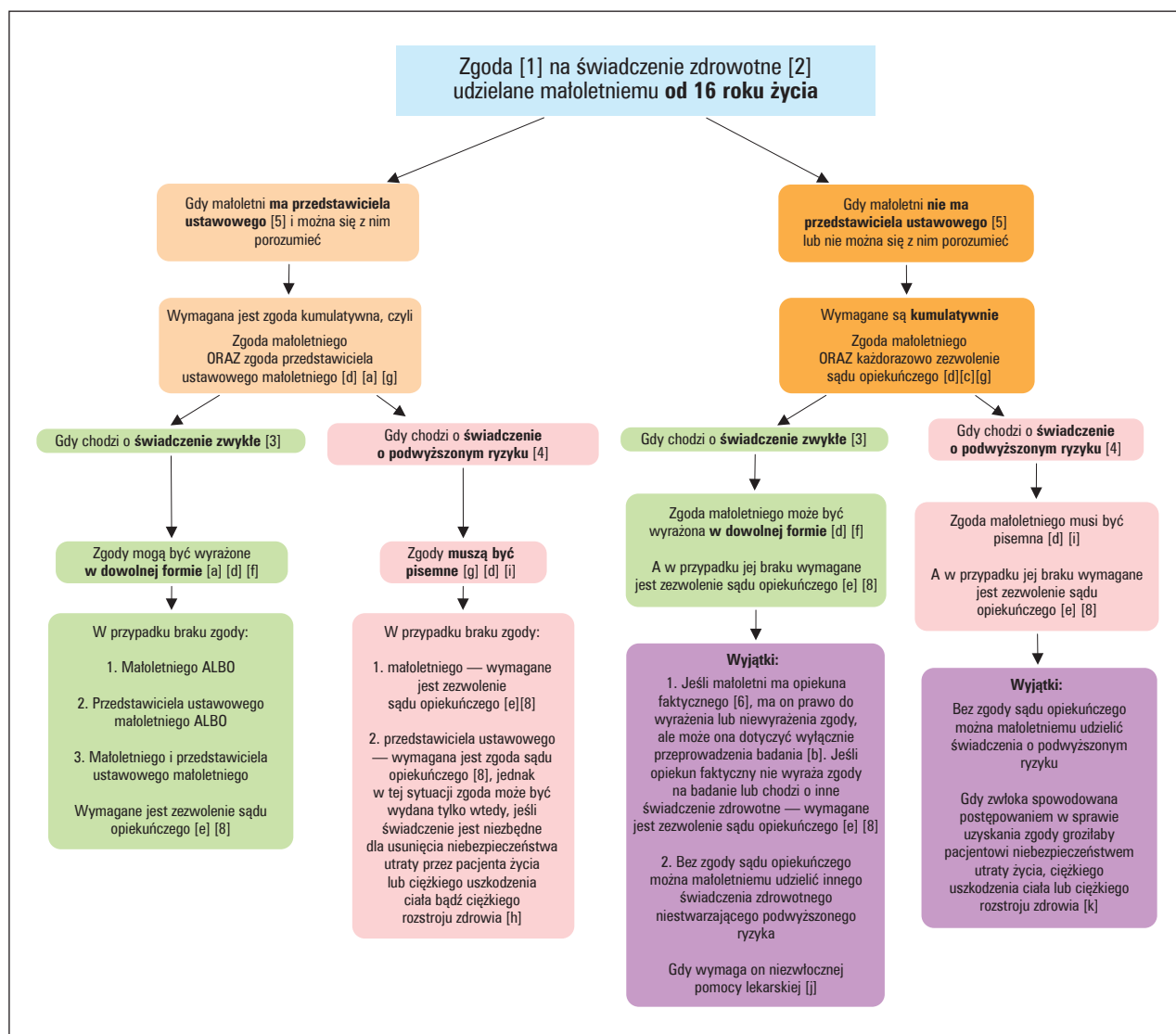
[7] Zasady wyrażania zgody na udzielenie świadczenia małoletniemu przez przedstawiciela ustawowego:

1. Jeden rodzic czy oboje? Jeśli oboje rodzice osoby małoletniej posiadają władzę rodzicielską, oboje powinni wyrazić zgodę na świadczenie (będą to zazwyczaj „istotne sprawy dziecka”⁴ w rozumieniu art. 97 § 2 k.r.o.).

⁴Bez wątplenia do spraw istotnych należy zaliczyć zabiegi operacyjne, zastosowanie metody leczenia lub diagnostyki stwarzające podwyższone ryzyko, ale również zwykłe świadczenia zdrowotne, o ile za uznaniem ich za taką sprawę przemawiają uwarunkowania konkretnej interwencji medycznej, a w szczególności rodzaj choroby czy stan zdrowia dziecka” (J. Kosonoga-Zygmunt, Zgoda rodziców na udzielenie świadczenia zdrowotnego małoletniemu pacjentowi, „Prokuratura i Prawo” 2018, nr 5, s. 74).



Rycina 1. Zgoda na świadczenie zdrowotne udzielane małoletniemu poniżej 16 roku życia



Rycina 2. Zgoda na świadczenie zdrowotne udzielane małoletniemu od 16 roku życia

Nie oznacza to jednak, że przy każdej wizycie lekarskiej muszą asystować oboje rodzice. Jeden z nich może bowiem przedstawić uzgodnione wspólne stanowisko i lekarz ma prawo przyjąć domniemanie, że jest to zgodne stanowisko obojga przedstawicieli ustawowych (a przynajmniej stanowisko, co do którego drugi z rodziców nie zgłosił sprzeciwu). Lekarz może wówczas poprzestać na uzyskaniu zgody rodzica obecnego zakładając, że wyraża on swoją wolę w sposób uprawniony.

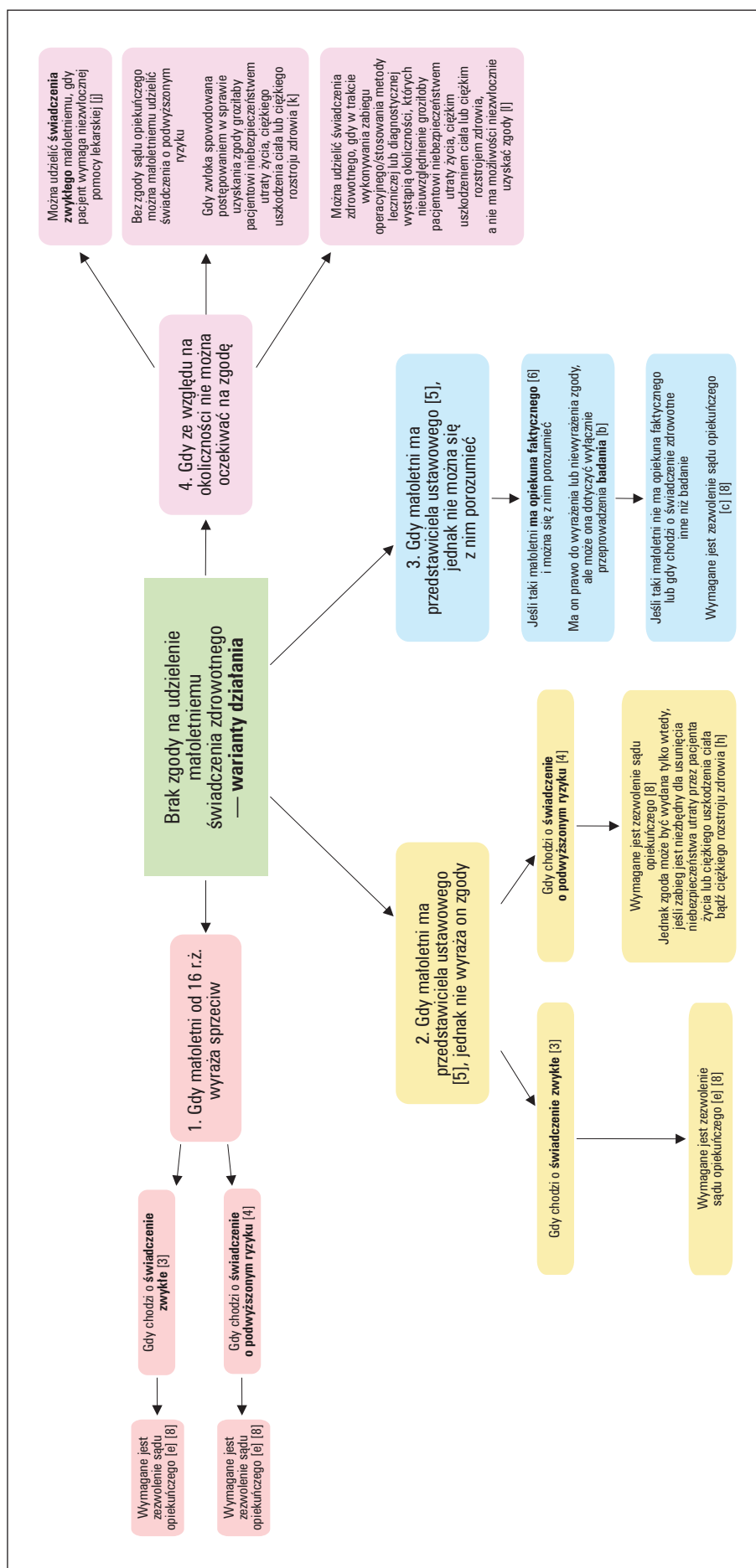
Zatem, gdy pacjent przychodzi z jednym z rodziców, a z wywiadu i dokumentacji medycznej nie wynika rozbieżność zdań rodziców wystarczy — podobnie jak w przypadku innych procedur medycznych — aby zgodę przed lekarzem wyraził jedynie rodzic obecny.

2. Natomiast w razie powzięcia informacji (np. wynikających z dokumentacji, przedstawionych podczas wywiadu samodzielnie przez rodzica lub pacjenta), że brak jest porozumienia rodziców co do udzielenia

świadczenia zdrowotnego, konieczne jest uzyskanie zgody zastępczej sądu. Lekarz nie może wówczas wybierać, stanowiska tego z rodziców, które jego zdaniem jest słuszniejsze, lecz musi poczekać na rozstrzygnięcie sądowe. Gdy zatem lekarz wie o rozbieżności zdań między rodzicami, powinien zwrócić się do rodzica obecnego o przekazanie sprawy sądowi opiekuńczemu lub uczynić to samodzielnie⁵.

3. Powyższe uwagi dotyczą wyłącznie sytuacji, w której władza rodzicielska przysługuje obojgu rodzi-

⁵ „(...) brak porozumienia może przybrać formę zgody jednego z rodziców na konkretne świadczenie zdrowotne przy, znanym lekarzowi, sprzeciwie drugiego. W takiej sytuacji lekarz nie może uznać za wystarczającą zgodę jednego z rodziców i wykonać świadczenie zdrowotne. Wówczas w kwestii przeprowadzenia badania, wykonania zabiegu operacyjnego, zastosowania metody leczenia lub diagnostyki o podwyższonym ryzyku rozstrzyga sąd opiekuńczy” (A. Augustynowicz, I. Wrześniewska-Wal, Dopuszczalność..., s. 50).



Rycina 3. Brak zgody na udzielenie małoletniemu świadczenia zdrowotnego — warianty działania

com. Jeżeli sąd ograniczy władzę rodzicielską jednego z rodziców, np. do prawa współdecydowania o wyborze kierunku kształcenia i zasad wychowania dziecka, to decyzja dotycząca leczenia dziecka — jako niemieszcząca się w wyznaczonym zakresie — będzie mogła być podejmowana autonomicznie przez rodzica, któremu władzy rodzicielskiej nie ograniczono.

[8] Zgoda zastępcza (zezwoleństwo) jest udzielana przez sąd opiekuńczy (sąd rejonowy). Sądem właściwym jest sąd rejonowy, w którego okręgu mają być wykonywane czynności medyczne. Sąd działa w tych sprawach z urzędu, co oznacza, że nie trzeba składać wniosku — wystarczy zawiadomić sąd (np. telefonicznie) o potrzebie wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego małoletniemu. Zawiadomienie może złożyć na przykład lekarz czy inny przedstawiciel placówki medycznej.

Podstawy prawne do schematów ([a], [b], [c]...)

[a] „Jeżeli pacjent jest małoletni (...), wymagana jest zgoda jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela ustawowego lub porozumienie się z nim jest niemożliwe — zezwolenie sądu opiekuńczego” (art. 32 ust. 2 u.z.l.).

[b] „Jeżeli zachodzi potrzeba przeprowadzania badania osoby, o której mowa w ust. 2 [m.in. małoletniego], zgodę na przeprowadzenie badania może wyrazić także opiekun faktyczny” (art. 32 ust. 3 u.z.l.).

[c] „Jeżeli pacjent, (...) nie ma przedstawiciela ustawowego ani opiekuna faktycznego albo porozumienie się z tymi osobami jest niemożliwe, lekarz po przeprowadzeniu badania może przystąpić do udzielania dalszych świadczeń zdrowotnych dopiero po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego, chyba że co innego wynika z przepisów ustawy” (art. 32 ust. 8 u.z.l.).

[d] „Jeżeli pacjent ukończył 16 lat, wymagana jest także jego zgoda” (art. 32 ust. 5 u.z.l. w odniesieniu do świadczeń zwykłych oraz art. 34 ust. 4 u.z.l. w odniesieniu do świadczeń o podwyższonym ryzyku).

[e] „Jeżeli jednak małoletni, który ukończył 16 lat, (...) sprzeciwia się czynnościom medycznym, poza zgodą jego przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo w przypadku niewyrażenia przez nich zgody wymagane jest zezwolenie sądu opiekuńczego” (art. 32 ust. 6 u.z.l. w zw. z art. 34 ust. 5 u.z.l.).

Nie ma wątpliwości, że na podstawie tego przepisu możliwe jest „przełamanie” przez sąd opiekuńczy sprzeciwu małoletniego w każdej sytuacji (zarówno w odniesieniu do świadczenia zwykłego, jak i świadczenia o podwyższonym ryzyku). Nie ma również wątpliwości, że jest możliwe „przełamanie” przez sąd opiekuńczy braku zgody przedstawiciela ustawowego

na świadczenie o podwyższonym ryzyku. Takie „przełamanie” jest możliwe na podstawie art. 34 ust. 6 u.z.l. (zob. punkt [h]).

Istnieje jednak poważny spór w doktrynie, czy możliwe jest przełamanie przez sąd opiekuńczy braku zgody przedstawiciela ustawowego na udzielenie świadczenia zwykłego⁶.

Lekarzom należy jednak zalecić, aby w sytuacji, w której uznają za potrzebne udzielenie świadczenia zwykłego, a przedstawiciel ustawowy nie wyraża zgody — zawiadomić o tym fakcie sąd opiekuńczy. To właśnie sąd jest podmiotem właściwym do rozstrzygania sporów o właściwą wykładnię prawa i to on zdecydować, czy w danej sytuacji możliwe jest przełamanie braku zgody przedstawiciela ustawowego pacjenta. Z tego też powodu w powyższych schematach w stosownych miejscach odnotowano wzmiankę o tym, że w omawianej sytuacji zgody udziela sąd opiekuńczy.

[f] „Jeżeli ustawa nie stanowi inaczej, zgoda (...) może być wyrażona ustnie albo nawet poprzez takie ich zachowanie, które w sposób niebudzący wątpliwości wskazuje na wolę poddania się proponowanym przez lekarza czynnościom medycznym” (art. 32 ust. 7 u.z.l.).

[g] „Lekarz może wykonać zabieg lub zastosować metodę, o której mowa w ust. 1 [świadczenie o podwyższonym ryzyku], wobec pacjenta małoletniego (...), po uzyskaniu zgody jego przedstawiciela ustawowego, a gdy pacjent nie ma przedstawiciela lub gdy porozumienie się z nim jest niemożliwe — po uzyskaniu zezwolenia sądu opiekuńczego” (art. 34 ust. 3 u.z.l.).

[h] „Jeżeli przedstawiciel ustawowy pacjenta małoletniego (...) nie zgadza się na wykonanie przez lekarza czynności wymienionych w ust. 1 [świadczeń o podwyższonym ryzyku], a niezbędnych dla usunięcia niebezpieczeństwa utraty przez pacjenta życia lub ciężkiego uszkodzenia ciała bądź ciężkiego rozstroju zdrowia, lekarz może wykonać takie czynności po uzyskaniu zgody sądu opiekuńczego” (art. 34 ust. 6 u.z.l.).

[i] „Lekarz może wykonać zabieg operacyjny albo zastosować metodę leczenia lub diagnostyki stwarzającą podwyższone ryzyko dla pacjenta, po uzyskaniu jego pisemnej zgody” (art. 34 ust. 1 u.z.l.).

[j] „1. Badanie lub udzielenie pacjentowi innego świadczenia zdrowotnego bez jego zgody jest dopuszczalne, jeżeli wymaga on niezwłocznej pomocy lekarskiej,

⁶Pozytywnie o takiej możliwości np. T. Dukiet-Nagórska, Podmiot wyrażający zgodę, w: eadem, Autonomia pacjenta a polskie prawa karne, Oficyna 2008; Ł. Caban, M. Urbańska, Komentarz do art. 32 ustawy, w: Ustawa o zawodach lekarza i lekarza dentystry. Komentarz, M. Kopeć (red.), WK 2016. Z kolei negatywnie o takiej możliwości np. B. Janiszewska, Niewyrażenie zgody przez przedstawiciela ustawowego pacjenta, w: System Prawa Medycznego. Tom II. Część 1. Regulacja prawna czynności medycznych, red. M. Boratyńska, P. Konieczniak, E. Zielińska, WKP 2019.

a ze względu na stan zdrowia lub wiek nie może wyrazić zgody i nie ma możliwości porozumienia się z jego przedstawicielem ustawowym lub opiekunem faktycznym.

2. Decyzję o podjęciu czynności medycznych w okolicznościach, o których mowa w ust. 1, lekarz powinien w miarę możliwości skonsultować z innym lekarzem.

3. Okoliczności, o których mowa w ust. 1 i 2, lekarz odnotowuje w dokumentacji medycznej pacjenta” (art. 33 u.z.l.).

[k] „Lekarz może wykonać czynności, o których mowa w ust. 1 [świadczanie o podwyższonym ryzyku], bez zgody przedstawiciela ustawowego pacjenta bądź zgody właściwego sądu opiekuńczego, gdy zwłoka spowodowana postępowaniem w sprawie uzyskania zgody groziłaby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkiego uszkodzenia ciała lub ciężkiego rozstroju zdrowia. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności. O wykonywanych czynnościach lekarz niezwłocznie zawiadamia przedstawiciela ustawowego, opiekuna faktycznego lub sąd opiekuńczy” (art. 34 ust. 7 u.z.l.).

[l] „1. Jeżeli w trakcie wykonywania zabiegu operacyjnego albo stosowania metody leczniczej lub diagnostycznej wystąpią okoliczności, których nieuwzględnienie groziłoby pacjentowi niebezpieczeństwem utraty życia, ciężkim uszkodzeniem ciała lub ciężkim rozstrojem zdrowia, a nie ma możliwości niezwłocznie uzyskać zgody pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego, lekarz ma prawo, bez uzyskania tej zgody, zmienić zakres zabiegu bądź metody leczenia lub diagnostyki w sposób umożliwiający uwzględnienie tych okoliczności. W takim przypadku lekarz ma obowiązek, o ile jest to możliwe, zasięgnąć opinii drugiego lekarza, w miarę możliwości tej samej specjalności.

2. O okolicznościach, o których mowa w ust. 1, lekarz dokonuje odpowiedniej adnotacji w dokumentacji medycznej oraz informuje pacjenta, przedstawiciela ustawowego lub opiekuna faktycznego albo sąd opiekuńczy” (art. 35 u.z.l.).

Akty prawne zawierające przepisy dot. zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego:

1. Ustawa z 5.12.1996 o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tekst jedn. Dz. U. z 2022 r. poz. 1731), tutaj: u.z.l.
2. Ustawa z 6.11.2009 o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (tekst jedn. Dz. U. z 2022 r. poz. 1876), tutaj: u.p.p.
3. Ustawa z 25.02.1964 — Kodeks rodzinny i opiekuńczy (tekst jedn. Dz. U. z 2020 r. poz. 1359), tutaj: k.r.o.

8.2. Formularze świadomej zgody na zastosowanie terapii lekiem poza wskazaniami rejestracyjnymi [27]

8.2.1. Formularz świadomej zgody na hormonalną interwencję/terapię maskulinizującą

Model opieki oparty na świadomej zgodzie szanuje Twoje podstawowe prawo do samostanowienia i autonomii cielesnej. Celem tego dokumentu jest pisemne potwierdzenie, że wyrażasz zgodę na maskulinizującą interwencję hormonalną w ramach procesu afirmacji płci.

Niniejszy formularz może podpisać każda pełnoletnia osoba, która jest w stanie podjąć świadomą decyzję (powyżej 18 lat) lub w przypadku osób małoletnich — jej opiekunowie prawni. W odniesieniu do osób nastoletnich, które ukończyły 16. rż., ale nie ukończyły 18. rż., świadomej zgody musi udzielić zarówno sama osoba nastoletnia, jak i jej przedstawiciele ustawowi. W przypadku osób poniżej 16. rż. wyrażenie świadomej zgody poprzez podpisanie formularza nie jest prawnie wymagane, natomiast w celu pełniejszego zaangażowania młodej osoby w proces decyzyjny, zaleca się uwzględnienie takiej możliwości.

Dokument ten odnosi się do preparatów testosteronu. Lekarz omówi z Tobą wszystkie informacje dotyczące rozpoczęcia terapii hormonalnej (w tym różne metody/schematy). Przeczytaj proszę uważnie poniższe informacje, a w razie wątpliwości zadaj lekarzowi pytania.

Fizyczne badanie narządów płciowych w celu rozpoczęcia podawania hormonów płciowych nie jest wymagane i jeżeli sobie tego nie życzysz, poproś lekarza o odstąpienie od tego elementu badania fizykalnego (ryc. 4).

8.2.2. Formularz świadomej zgody na hormonalną interwencję/terapię feminizującą

Model opieki oparty na świadomej zgodzie szanuje Twoje podstawowe prawo do samostanowienia i autonomii cielesnej. Celem tego dokumentu jest pisemne potwierdzenie, że wyrażasz zgodę na feminizującą interwencję hormonalną w ramach procesu afirmacji płci.

Niniejszy formularz może podpisać każda pełnoletnia osoba, która jest w stanie podjąć świadomą decyzję (powyżej 18 lat) lub w przypadku osób małoletnich — jej opiekunowie prawni. W odniesieniu do osób nastoletnich, które ukończyły 16. rż., ale nie ukończyły 18. rż., świadomej zgody musi udzielić zarówno sama osoba nastoletnia, jak i jej przedstawiciele ustawowi. W przypadku osób poniżej 16. rż. wyrażenie świadomej zgody poprzez podpisanie formularza nie jest prawnie wymagane, natomiast w celu pełniejszego zaangażo-

Ja,, potwierdzam, że w dniu miałem/miałam możliwość przeczytać i zrozumieć oraz zadawać pytania lekarzowi w odniesieniu do poniższych informacji. Rozumiem, że preparat (lek) jest stosowany poza wskazaniami medycznymi (tzw. „off-label”), czyli nie jest zarejestrowany (również refundowany) w Polsce do stosowania w tym celu. (niepotrzebne skreślić).
Zaznacz/dodaj przy każdym punkcie (☐), aby potwierdzić zrozumienie następujących informacji:

Zmiany spodziewane podczas stosowania terapii hormonalnej maskulinizującej

Zmiany trwałe:

- ☐ Zwiększenie owłosienia twarzy i całego ciała
- ☐ Obniżenie tonaacji głosu
- ☐ Powiększenie zewnętrznych narządów płciowych podczas podniecenia i erekcji (fallus/lechtaczka)
- ☐ Możliwość łysienia

Zmiany odwracalne:

- ☐ Zwiększone libido
- ☐ Redystrybucja tkanki tłuszczowej
- ☐ Pogrubienie skóry i jej przetłuszczanie
- ☐ Trądzik (jego nasilenie) na twarzy, klatce piersiowej i plecach
- ☐ Zatrzymanie miesiączki
- ☐ Suchość pochwy
- ☐ Podwyższone stężenia cholesterolu
- ☐ Podwyższone ciśnienie krwi
- ☐ Zmiany nastroju

Przyjmuję do wiadomości następujące potencjalne skutki uboczne i ryzyko związane z maskulinizującą terapią hormonalną. Mój lekarz będzie w dalszym ciągu monitorował mój stan zdrowia i zajmował się wszelkimi problemami, jeżeli się pojawią.

- polycytemia/Czerwienica – zwiększona liczba czerwonych krwinek, powodująca „zagęszczenie” krwi
- zwiększone ryzyko chorób układu krążenia
- trudności w kontrolowaniu poziomu glikemii we krwi w przypadku cukrzycy
- pojawienie się lub zaostrzony obturacyjny bezdechu sennego
- osteoporoza
- uszkodzenie wątroby
- zwiększona retencja sodu i wody

° Rozumiem, że maskulinizująca interwencja/terapia hormonalna na każdego działa inaczej i że nie da się dokładnie przewidzieć, jak zmieni się pod jej wpływem moje ciało. Być może niektóre długoterminowe skutki maskulinizującej terapii hormonalnej nie są jeszcze znane.

° Poradzono mi, aby rozważyć przechowywanie/zabezpieczenie komórek jajowych na wypadek podjęcia w przyszłości decyzji

o posiadaniu dzieci. Dano mi możliwość odłożenia/odroczenia tranzycji medycznej do czasu zabezpieczenia materiału (komórek jajowych/tkanki jajnikowej), jeśli sobie tego życzę.

° Poinformowano mnie, że stosowanie hormonów maskulinizujących nie gwarantuje niepłodności i że należy stosować antykoncepcję podczas stosunków płciowych, które narażają mnie na ryzyko zajścia w ciążę. Poinformowano mnie, że zajście w ciążę podczas przyjmowania testosteronu może narażać płód/dziecko na poważne ryzyko.

° Moim obowiązkiem jest zdobywanie wiedzy na temat bezpiecznego seksu. Zostałam zachęconą do podjęcia aktywnych kroków, aby chronić się przed zakażeniem HIV lub innymi infekcjami przenoszonymi drogą płciową. Mój lekarz może pomóc mi dokonać najlepszego wyboru.

° Rozumiem, że terapia hormonalna afirmująca płeć oznacza konieczność (przez całe życie) regularnych wizyt u lekarza i poddawania się kontrolnym badaniom krwi w regularnych odstępach czasu. Wizyty będą początkowo częstsze, a kiedy stężenie hormonów się ustabilizuje ich częstość spadnie do 1 x na 6–12 miesięcy. Podejmuję to zobowiązanie w trosce o swoje zdrowie.

° Przyjmuję do wiadomości, że interwencja hormonalna afirmująca płeć odpowiada jedynie za część mojego ogólnego stanu zdrowia i że w celu zachowania mojego, szeroko pojętego, ZDROWIA zaleca się wiele profilaktycznych działań zdrowotnych. Należą do nich między innymi:

- badania przesiewowe szyjki macicy w odpowiednich odstępach czasu, zgodnie z zaleceniami mojego lekarza;
- regularne sprawdzanie klatki piersiowej/piersi pod kątem guzków, nawet po mastektomii;
- mammografia od 45. rż., zgodnie z zaleceniem mojego lekarza
- regularne badania przesiewowe w kierunku infekcji przenoszonych drogą płciową, w zależności od poziomu ryzyka;
- rzucanie palenia;
- szczepienia;
- regularna aktywność fizyczna, jeśli jest to zalecane klinicznie, w tym ćwiczenia oporowe dla zdrowia kości;
- zdrowe odżywianie.

° W dowolnym momencie mogę zdecydować o zaprzestaniu terapii hormonalnej afirmującej płeć. Jeśli zdecyduję się zaprzestać przyjmowania hormonów, najlepiej będzie, dla mojego bezpieczeństwa i zdrowia, jeśli zrobię to po konsultacji z lekarzem.

Imię i Nazwisko Pacjenta/Pacjentki:

Podpis Pacjenta: data.....

Imię i Nazwisko Opiekuna Prawnego:

Podpis Opiekuna Prawnego: data.....

Imię i Nazwisko Lekarza:

Podpis Lekarza: data.....

Rycina 4. Formularz świadomej zgody na hormonalną interwencję/terapię maskulinizującą

wania młodej osoby w proces decyzyjny, zaleca się uwzględnienie takiej możliwości.

Dokument ten odnosi się preparatów/hormonów estrogenowych i progestagenowych/progesteronu, a także leków blokujących testosteron. Lekarz omówi z Tobą wszystkie informacje dotyczące rozpoczęcia terapii hormonalnej (w tym różne metody/schematy).

Przeczytaj proszę uważnie poniższe informacje, a w razie wątpliwości zadaj lekarzowi pytania.

Fizyczne badanie narządów płciowych w celu rozpoczęcia podawania hormonów płciowych nie jest wymagane i jeżeli sobie tego nie życzysz poproś lekarza o odstępnie od tego elementu badania fizykalnego (ryc. 5).

Ja,, potwierdzam, że w dniu miałam/miałem możliwość przeczytać i zrozumieć oraz zadawać pytania lekarzowi w odniesieniu do poniższych informacji. Rozumiem, że preparat (lek) jest stosowany poza wskazaniami medycznymi (tzw. „off-label”), czyli nie jest zarejestrowany (również refundowany) w Polsce do stosowania w tym celu. *(niepotrzebne skreślić)*.
Zaznacz/dodaj przy każdym punkcie (☐), aby potwierdzić zrozumienie następujących informacji:

Zmiany spodziewane podczas stosowania feminizującej terapii hormonalnej

Zmiany trwałe:

- ☐ Rozwój piersi i sutków
- ☐ Zmniejszony rozmiar jąder
- ☐ Zanikanie (skurcz) prącia prowadzące do możliwego bólu prącia podczas erekcji

Zmiany odwracalne:

- ☐ Zmiękczenie skóry
- ☐ Zmniejszenie masy mięśniowej i zwiększenie ilości tkanki tłuszczowej
- ☐ Obniżenie libido
- ☐ Zmniejszona samoistna poranna erekcja
- ☐ Zmniejszona zdolność do osiągnięcia lub utrzymania erekcji
- ☐ Zmniejszona zdolność do wytrysku i zmniejszona objętość płynu ejakulacyjnego
- ☐ Spowolnienie lub zatrzymanie łysienia
- ☐ Spowolnienie tempa wzrostu włosów na twarzy i ciele
- ☐ Poprawa stężenia cholesterolu

Przyjmuję do wiadomości następujące skutki uboczne feminizującej terapii hormonalnej:

- ☐ Bóle głowy
- ☐ Mdłości
- ☐ Zatrzymanie płynów i wzdęcia
- ☐ Tkliwość piersi i sutków
- ☐ Zaburzenia nastroju, takie jak płaczliwość, depresja lub stany lękowe
- ☐ Zmęczenie

Przyjmuję do wiadomości następujące potencjalne ryzyko związane z feminizującą terapią hormonalną:

- ☐ Zakrzepy krwi, zakrzepica żył głębokich lub potencjalnie śmiertelna zatorowość płucna
- ☐ Udar
- ☐ Zwiększone ryzyko chorób serca lub zawału serca
- ☐ Podwyższone ciśnienie krwi
- ☐ Uszkodzenie wątroby
- ☐ Osteoporoza
- ☐ Potencjalnie zwiększone ryzyko raka piersi
- ☐ Rozwój prolactinoma (guza przysadki, który może powodować wyciek z piersi)
- ☐ Trudności w kontrolowaniu poziomu glikemii we krwi u osób chorych na cukrzycę
- ☐ Oponiak (zmiana rozrostowa w mózgu obserwowana u niektórych osób przyjmujących duże dawki octanu cyproteronu)

° Rozumiem, że feminizująca terapia hormonalna na każdego działa inaczej. Nie ma sposobu, aby dokładnie przewidzieć, jak zmieni się pod jej wpływem moje ciało. Niektóre długoterminowe skutki feminizującej terapii hormonalnej nie są jeszcze znane.

° Przyjmuję do wiadomości, że (dalsze) palenie podczas przyjmowania estrogenów zwiększa ryzyko wystąpienia zakrzepów krwi, zakrzepicy żył głębokich lub potencjalnie śmiertelnej zatorowości płucnej.

° Mój lekarz zalecił mi rozważenie przechowywania nasienia na wypadek decyzji o chęci posiadania dzieci/potomstwa w przyszłości. Poinformowano mnie o możliwości opóźnienia transycji medycznej do czasu przechowywania nasienia, jeśli sobie tego życzę.

° Poinformowano mnie, że stosowanie hormonów feminizujących nie gwarantuje niepłodności i że należy stosować antykoncepcję, aby uniknąć niechcianej ciąży w przypadku współżycia z osobą, która może zajść w ciążę.

° Rozumiem, że terapia hormonalna afirmująca płęć oznacza konieczność (przez całe życie) regularnych wizyt u lekarza i poddawania się kontrolnym badaniom krwi w regularnych odstępach czasu. Wizyty będą początkowo częstsze, a kiedy stężenie hormonów się ustabilizuje ich częstość spadnie do 1 x na 6–12 miesięcy. Podejmuję to zobowiązanie w trosce o swoje zdrowie.

° Przyjmuję do wiadomości, że interwencja hormonalna afirmująca płęć odpowiada jedynie za część mojego ogólnego stanu zdrowia i że w celu zachowania mojego, szeroko pojętego, ZDROWIA zaleca się wiele profilaktycznych działań zdrowotnych. Należą do nich między innymi:

- comiesięczne samobadanie piersi. Powinienem/powinnam powiedzieć lekarzowi, jeśli wykryję jakieś nowe guzki;
- regularne mammografie piersi od odpowiedniego wieku, po konsultacji z lekarzem;
- rzucenie palenia;
- szczepienia;
- regularne badania przesiewowe w kierunku infekcji przenoszonych drogą płciową, w zależności od poziomu ryzyka;
- zapobieganie HIV i innym infekcjom przenoszonym drogą płciową, w zależności od mojego poziomu ryzyka;
- regularna aktywność fizyczna, w tym ćwiczenia oporowe dla zdrowia kości;
- zdrowe odżywianie.

° W dowolnym momencie mogę zdecydować o zaprzestaniu terapii hormonalnej afirmującej płęć. Jeśli zdecyduję się zaprzestać przyjmowania hormonów, najlepiej będzie, dla mojego bezpieczeństwa i zdrowia, jeśli zrobię to po konsultacji z lekarzem.

Imię i Nazwisko Pacjent/Pacjentka:

Podpis Pacjenta: data.....

Imię i Nazwisko Opiekuna Prawnego:

Podpis Opiekuna Prawnego: data.....

Imię i Nazwisko Lekarza:

Podpis Lekarza: data.....

Rycina 5. Formularz świadomej zgody na hormonalną interwencję/terapię feminizującą

8.2.3. Formularz świadomej zgody na hormonalną interwencję blokującą dojrzewanie/zastosowanie analogów GnRH

Model opieki oparty na świadomej zgodzie szanuje Twoje podstawowe prawo do samostanowienia i autonomii cielesnej. Celem tego dokumentu jest pisemne potwierdzenie, że wyrażasz zgodę na interwencję blokującą dojrzewanie płciowe w postaci zastosowania iniekcji domięśniowych z analogów GnRH.

Niniejszy formularz może podpisać każda pełnoletnia osoba, która jest w stanie podjąć świadomą decyzję (powyżej 18 lat) lub w przypadku osób małoletnich — jej opiekunowie prawni. W odniesieniu do osób nastoletnich, które ukończyły 16. rż., ale nie ukończyły 18. rż., świadomej zgody musi udzielić zarówno sama osoba nastoletnia, jak i jej przedstawiciele ustawowi. W przypadku osób poniżej 16. rż. wyrażenie świadomej zgody poprzez podpisanie formularza nie jest prawnie wymagane, natomiast w celu pełniejszego zaangażowania młodej osoby w proces decyzyjny, zaleca się uwzględnienie takiej możliwości.

Lekarz omówi z Tobą wszystkie informacje dotyczące rozpoczęcia terapii blokującej dojrzewanie płciowe (w tym różne metody/schematy). Przeczytaj proszę uważnie poniższe informacje, a w razie wątpliwości zadaj lekarzowi pytania.

Fizyczne ocena stopnia dojrzewania płciowego w celu rozpoczęcia podawania analogów GnRH jest wymagana (warunkiem rozpoczęcia jest potwierdzenie wejścia w okres dojrzewania, czyli stwierdzenie obecności cech płciowych). Doświadczony w tym zakresie lekarz zapewni odpowiednie warunki intymności tej części badania fizykalnego ([ryc. 6](#)).

9. Aneks: używanie imion, zaimków, organizacja dokumentacji medycznej oraz przestrzeni przebywania osób pacjenckich

Język i komunikacja są ważnym, choć często pomijanym zagadnieniem w opiece nad zdrowiem osób transpłciowych i niebinarnych. Dotyczy ona zarówno komunikacji z osobami pacjenckimi, jak i pomiędzy specjalistami/specjalistkami, np. w postaci wystawianych opinii czy skierowań. Znaczenie języka i komunikacji znalazło wyraz w stanowisku Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego [68], Zaleceniach Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego dotyczących opieki nad zdrowiem dorosłych osób transpłciowych [3] oraz publikacji autorstwa prof. Waltera Boumana i wsp. pod tytułem: *Language and trans health* [69].

Wyniki badań potwierdzają korzyści zdrowotne i korzyści dla budowania przymierza terapeutycznego oraz poprawnej relacji specjalista/specjalistka–osoba pacjencka płynące z używania języka uwzględniają-

cego imiona i formy rodzajowe spójne z potrzebami osób pacjenckich [70].

Podczas procesu oceny i opieki zaleca się, aby zwracać do osób zgodnie z ich życzeniem. Pozwala to na zmniejszenie napięcia powstającego w związku z walką osoby pacjenckiej o uznanie jej odczuć, poprawia to kontakt i pozwala na zbudowanie dobrej relacji (przymierza terapeutycznego) koniecznej w procesie oceny i dalszej opieki oraz normalizuje zjawisko transpłciowości, niebinarności lub poszukiwania swojej tożsamości płciowej w kontakcie z rodzicami.

W szpitalach, ośrodkach psychoterapeutycznych, ośrodkach socjoterapeutycznych, szkołach oraz innych miejscach grupowego przebywania osób nastoletnich zaleca się wypracowanie spójnej procedury zwracania się do danej osoby na każdym etapie jej kontaktu z personelem związanym z opieką zdrowotną. Zaleca się zwracanie się zgodnie z życzeniem, na wniosek osoby nastoletniej, oraz oznaczenie w dokumentacji imienia preferowanego przez osobę pacjencką, m.in. z uwagi na fakt, iż używanie imienia oraz rodzaju gramatycznego niezgodnego z tożsamością płciową osoby nastoletniej może doprowadzić do pogorszenia się zdrowia psychicznego oraz odmowy współpracy. Część niepełnoletnich osób niebinarnych może używać neutralnych rodzajów gramatycznych omijających upłciowione zwroty i zaimki, wskazujące rodzaj męski lub żeński. Do takich form należy m.in. nabierający popularności rodzaj neutralny (widziałam, byłam zajęte). Jest zrozumiałe, że formy te będą trudne i nieintuicyjne w odmianie dla osób używających je po raz pierwszy. Rekomenduje się jednakże przyjęcie postawy otwartej na niepełnoletnią osobę niebinarną i dostosowanie używanych form do jej preferencji. W razie problemów sugerowane jest poproszenie o instrukcję odmiany i/lub użycie internetowych słowników rodzajów neutralnych, np. na stronie zaimki.pl

Należy dążyć, aby we wszystkich miejscach, w których pracuje się z transpłciowymi lub niebinarnymi osobami nastoletnimi, znajdowała się przynajmniej jedna toaleta/lazienka neutralna płciowo. Niepełnoletnie osoby transpłciowe niezależnie od etapu tranzykcji i diagnozy powinny mieć zagwarantowaną możliwość wyboru toalety zgodnie z własnym osądem swojej tożsamości i bezpieczeństwa. Zaleca się, aby ośrodki terapeutyczne pracujące całodobowo (a więc takie, w których osoby nastoletnie nocują) wypracowały standardy (stworzyły normę) przydzielania transpłciowych lub niebinarnych nastolatków do sypialni zgodnie z ich odczuwaną tożsamością, jeżeli takie jest życzenie osoby pacjenckiej.

Rekomenduje się zapewnienie personelowi instytucji i placówek szkoleń z zakresu różnorodności płciowej.

Rekomenduje się, aby podczas koniecznych badań fizykalnych zachować uważność na dysfориę płciową

Ja,, potwierdzam, że w dniu miałam/miałam możliwość przeczytać i zrozumieć oraz zadawać pytania lekarzowi w odniesieniu do poniższych informacji. Rozumiem, że preparat (lek) jest stosowany poza wskazaniami medycznymi (tzw. „off-label”), czyli nie jest zarejestrowany (również refundowany) w Polsce do stosowania w tym celu. (niepotrzebne skreślić).
Zaznacz/dodaj przy każdym punkcie (□), aby potwierdzić zrozumienie następujących informacji:

Zmiany spodziewane i odwracalne podczas stosowania analogów GnRH

- ☐ Zahamowanie postępu dojrzewania, rozwoju niepożądanych cech płciowych:
 - u transpłciowych chłopców/osób niebinarnych z nadaną płcią żeńską: zahamowanie rozwoju/powiększania gruczołów piersiowych, żeńskiej dystrybucji tkanki tłuszczowej, krwawień miesięcznych
 - u transpłciowych dziewcząt/osób niebinarnych z nadaną płcią męską: zahamowanie powiększania zewnętrznych narządów płciowych, zmiany barwy głosu, męskich rysów i typu owłosienia
- ☐ Zmniejszenie zakresu późniejszych interwencji chirurgicznych potrzebnych do zredukowania dysforii płciowej
- ☐ Wydłużenie czasu na przeprowadzenie procesu diagnostycznego
- ☐ Zmniejszenie dysforii płciowej, poprawa funkcjonowania, zmniejszenie zachowań autoagresywnych, obniżenie lęku i depresji
- ☐ Umożliwienie stopniowego zwiększania dawki hormonów płciowych (bardziej fizjologicznie) w celu indukcji dojrzewania

Przyjmuję do wiadomości następujące skutki uboczne i ryzyko związane ze stosowaniem analogów GnRH

- ☐ U transpłciowych chłopców/osób niebinarnych z nadaną płcią żeńską: objawy wypadowe tj. uderzenia gorąca, bóle głowy, chwiejność emocjonalna,
- ☐ U transpłciowych dziewcząt/osób niebinarnych z nadaną płcią męską: obniżenie libido
- ☐ Niekorzystna modyfikacja składu masy ciała: zwiększenie tkanki tłuszczowej, zmniejszenie masy mięśniowej
- ☐ Wzrost masy ciała, a nawet nadwaga lub otyłość
- ☐ Potencjalne ryzyko nieosiągnięcia prognozowanego wzrostu końcowego
- ☐ W przypadku wprowadzenia hormonalnej interwencji afirmującej płeć bezpośrednio po lub w trakcie stosowania analogu GnRH (w celu zahamowania dojrzewania płciowego w początkowych stadiach tego procesu) utrudnione może być uzyskanie w późniejszym okresie gamet do procedur wspomaganego rozrodu (efekt działania samego GnRH na oś hormonalną uznaje się za odwracalny)

☐ Wpływ na rozwój funkcji psychicznych/poznawczych nieznany

☐ Transpłciowe dziewczęta/kobiety: niedostateczny rozwój narządów płciowych zewnętrznych, mogący utrudnić chirurgiczne procedury afirmujące płeć

☐ Obniżenie gęstości mineralnej kości, brak osiągnięcia szczytowej masy kostnej (ryzyko to zmniejsza się, jeżeli wdrożona zostanie HIAP — hormonalna interwencja afirmująca płeć

° Rozumiem, że interwencja blokująca z zastosowaniem domięśniowych iniekcji z analogów GnRH na każdego działa inaczej i jej skutki mogą zależeć od długości jej stosowania. Niektóre długoterminowe jej konsekwencje nie są jeszcze znane.

° Poinformowano mnie, że stosowanie interwencji blokującej powoduje czasową niepłodność.

° Mój lekarz zalecił mi rozważenie zabezpieczenia materiału genetycznego (przechowywania nasienia, zabezpieczenie komórek jajowych) na wypadek decyzji o chęci posiadania dzieci/potomstwa w przyszłości. Poinformowano mnie o możliwość opóźnienia tranzycji medycznej do czasu zabezpieczenia materiału (jak wyżej), jeśli sobie tego życzę.

° Rozumiem, że terapia hormonalna blokująca dojrzewanie oznacza konieczność regularnych wizyt u lekarza i poddawania się kontrolnym badaniom z krwi w regularnych odstępach czasu. Wizyty będą początkowo częstsze, a z upływem czasu, przy dobrej tolerancji, ich częstość spadnie do ~ 1 x na 6 miesięcy. Podejmuję to zobowiązanie w trosce o swoje zdrowie.

° Przyjmuję do wiadomości, że interwencja blokująca postęp dojrzewania odpowiada jedynie za część mojego ogólnego stanu zdrowia i że w celu zachowania mojego, szeroko pojętego, ZDROWIA zaleca się wiele profilaktycznych działań zdrowotnych. Należą do nich między innymi:

- regularna aktywność fizyczna, w tym ćwiczenia oporowe dla zdrowia kości;
- zdrowe odżywianie (w tym dbanie o prawidłowe parametry gospodarki wapniowo-fosforanowej — m.in. witaminę D3);

° W dowolnym momencie mogę zdecydować o zaprzestaniu terapii blokującej dojrzewanie z zastosowaniem analogu GnRH. Jeśli zdecyduję się zaprzestać przyjmowania analogu GnRH, najlepiej będzie, dla mojego bezpieczeństwa i zdrowia, jeśli zrobię to po konsultacji z lekarzem.

Imię i Nazwisko Pacjent/Pacjentka:

Podpis Pacjenta: data.....

Imię i Nazwisko Opiekuna Prawnego:

Podpis Opiekuna Prawnego: data.....

Imię i Nazwisko Lekarza:

Podpis Lekarza: data.....

Rycina 6. Formularz świadomej zgody na interwencję blokującą/hamującą dojrzewanie płciowe przez zastosowania analogów GnRH

poprzez jej uznanie, zapewnienie prywatności, wyjaśnianie kolejnych czynności, czy — w uzasadnionych przypadkach — rezygnację z czynności budzących największy opór.

10. Zaświadczenia lekarskie

W polskiej praktyce to lekarze/lekarki są osobami, które najczęściej wystawiają zaświadczenia dotyczą-

ce diagnozy, aktualnego leczenia (nie tylko farmakologicznego) oraz zwolnień i zaleceń związanych z prezentowanym przez osobę pacjenta stanem. Wystawiając zaświadczenie lekarskie, należy pamiętać, że (tab. 7):

- poza konkretnymi sytuacjami wystawiania zaświadczeń na potrzeby urzędów nie ma standardów ich pisania i każdy lekarz/lekarka decyduje indywidualnie, co w zaświadczeniu napisać;

Tabela 7.

Adresat	Cel	Zawartość zaświadczenia	Uwagi
Szkoła	Używanie odpowiednich form gramatycznych oraz imienia	Informacja o pozytywnym wpływie na stan zdrowia używania wybranego imienia, preferowanych form gramatycznych	Może (i często jest to wskazane) być wystawione przed postawieniem pełnej formalnej diagnozy (może być wystawione w trakcie diagnozowania, o czym informuje się osobę pacjenta)
Szkoła	Zwolnienie z zajęć wychowania fizycznego (w-f)	<p>Z realizacji zajęć w-f zwalnia dyrektor szkoły na podstawie opinii o braku możliwości uczestniczenia ucznia w tych zajęciach wydanej przez lekarza, na czas określony w tej opinii.</p> <p>Rozporządzenie nie określa żadnych informacji, jakie zaświadczenie powinno zawierać, tym niemniej z praktyki autorów wynika, że zdarza się oczekiwanie określenia przyczyn zwolnienia. Dysforia może nasilać i często nasila objawy lękowe i depresyjne — jeśli istnieje konieczność opisanie przyczyn zwolnienia z zajęć w-f, w ramach wskazania przyczyny może być konieczne opisanie objawów, które uczestnictwo w zajęciach może powodować</p>	<p>Bywa konieczne, gdy poziom dysforii wpływa na stan psychiczny, a nie jest możliwe takie organizowanie lekcji, by dysforii nie zwiększały (szatnie, podział na grupy wg płci przypisanej, strój)</p> <p>Ważne jest, by omówić z nastolatkiem i rodzicami/opiekunami alternatywnie realizowane formy aktywności fizycznej</p>
Szkoła	Zaświadczenie do wniosku o nauczaniu indywidualnym	Transpłciowość/niebinarność nie są chorobami więc <i>per se</i> nie są wskazaniami do nauczania indywidualnego	<p>Niekiedy objawy innych zaburzeń mogą być powodem do rozważania włączenia nauczania indywidualnego, ale w takiej sytuacji należy być szczególnie ostrożnym, gdyż nauczanie indywidualne nie rozwiązuje problemu podstawowego, takiego jak dyskryminacja czy stres mniejszościowy</p> <p>W takich sytuacjach warto szukać szkół wspierających różnorodność, a u osób z poważniejszymi trudnościami w funkcjonowaniu — szkół terapeutycznych lub oddziałów dziennych</p>
Urząd Stanu Cywilnego	Zmiana imienia	<p>Informacja o braku przeciwwskazań do takiej zmiany</p> <p>Ewentualnie informacja o potencjalnym pozytywnym skutku dla zdrowia psychicznego takiej zmiany</p>	Ponieważ praktyka urzędnicza jest w tym zakresie różna (niektóre urzędy wymagają diagnozy, a do innych nie należy jej załączać), zaleca się konsultację w każdym wypadku z osobą pacjenta w tym zakresie, przed sporządzeniem zaświadczenia
Endokrynolog	<p>Wdrożenie interwencji hamujących dojrzewanie płciowe</p> <p>Wdrożenie HIAP</p>	<p>Weryfikacja rozpoznania niezgodności płciowej</p> <p>Wyjaśnienie, czy aktualnie występują u osoby pacjenta zaburzenia psychiczne. Jeżeli tak, to czy:</p> <ul style="list-style-type: none"> • objawy nie uniemożliwiają lub nie utrudniają wiarygodnego rozpoznania niezgodności płciowej • dolegliwości nie uniemożliwiają lub nie utrudniają nastolatkowi racjonalnego podejmowania decyzji; • osiągnięto poprawę stanu zdrowia psychicznego przed podejmowaniem MIAP; • dolegliwości nie powinny wpływać na przebieg postępowania afirmującego płeć; • dolegliwości można uznać za wtórne do problemu niezgodności płci 	Osoba wystawiająca zaświadczenie powinna upewnić się, że osoba nastoletnia pozostaje i będzie pozostawać pod adekwatną opieką oraz że jej zdrowie będzie monitorowane po wdrożeniu MIAP.
Chirurg	Interwencje chirurgiczne	<p>Szczegółowy cel wystawienia zaświadczenia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • informacja o specjalście/tce do którego/jej jest kierowane • informacja o procedurze, w związku z którą zaświadczenie jest wystawiane 	

Tabela 7.

Adresat	Cel	Zawartość zaświadczenia	Uwagi
Sąd		<p>Weryfikacja rozpoznania niezgodności płciowej</p> <p>Informacja o aktualnie występujących u osoby pacjenta zaburzeniach i chorobach psychicznych powinna być powiązana z wyjaśnieniem, jak wpływały one na proces diagnostyczny</p> <p>Informacja o pozytywnym wpływie na zdrowie psychiczne sądowego ustalenia płci</p>	<p>Sądowe ustalenie płci osoby małoletniej jest możliwe i częste w praktyce — z powodzeniem występuje wówczas w jego imieniu reprezentant (wcześniej kurator). Ponadto specjalista/ka prowadzący/a diagnozę i leczenie nastoletniej osoby transpłciowej często kontynuuje ten proces po osiągnięciu przez niego pełnoletności.</p> <p>Sąd rozpoznający sprawę o ustalenie płci może podczas postępowania zwrócić się o kopię dokumentacji medycznej, także do poprzednich specjalistów/ek diagnozujących nastolatka. Dokładnie opisany proces diagnozy może mieć istotny wpływ na przebieg procesu sądowego (np. konieczność zasięgnięcia dodatkowych opinii)</p>
Wojskowa komisja lekarska	Zwolnienie z odbywania służby wojskowej	Rozpoznanie <i>transeksualizmu</i> według aktualnie obowiązującej klasyfikacji (F64.0 ICD-10) jest podstawą do określenia <i>trwałej i całkowicie niezdolności do służby wojskowej w czasie pokoju oraz w razie ogłoszenia mobilizacji i w czasie wojny</i>	Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dn. 7 czerwca 2022 oraz 7 czerwca 2023 [57, 58]

- zaświadczenie opisujące stan faktyczny powinno być wystawiane każdorazowo na prośbę rodziców/opiekunów i/lub osoby pacjenta, a jego treść powinna być zgodna z wynikiem badania i wiedzą medyczną;
- zaświadczenie powinno być wystawiane po badaniu;
- dobrą praktyką jest omówienie treści zaświadczenia z osobą pacjentką i jej rodzicami/opiekunami.

Podziękowania

Podziękowania dla: Wiesław Czernikiewicz — Poradnia Seksuologiczna i Patologii Współżycia — Szpital Nowowiejski, Warszawa; Studia Podyplomowe Seksuologia Kliniczna — Uniwersytet SWPS. Autorzy dziękują dr hab. inż. Arkadiuszowi Badińskiemu, certyfikowanemu tłumaczowi medycznemu, za profesjonalne przetłumaczenie manuskryptu.

Podziękowania dla Polskiego Towarzystwa Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej za pokrycie kosztów tłumaczenia.

Powyższe wytyczne uzyskały akceptację Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego, Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego oraz Polskiego Towarzystwa Endokrynologii i Diabetologii Dziecięcej.

Zalecenia zostały skonsultowane i zarekomendowane przez: Trans-Fuzja, Fundacja na rzecz Osób Transpłciowych.

Zalecenia zostały zarekomendowane przez Zespół tranzycja.pl.

Osoby biorące udział w tworzeniu uwag do Zaleceń:

Karolina Gierdal — Tranzycja.pl, Stowarzyszenie Lambda Warszawa

Amelia Krasucka — Tranzycja.pl

Nina Kuta — Tranzycja.pl

ośtia Tysakowska — Tranzycja.pl

Katarzyna Marzęda — Tranzycja.pl, Klinika Pediatrii, Endokrynologii, Diabetologii i Chorób Metabolicznych USK we Wrocławiu

Aleksandra Kosiorek — ekspertka prawa medycznego.

Piśmiennictwo

- Coleman E, Radix AE, Bouman WP, et al. Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. Int J Transgender Health. 2022; 23(suppl 1): S1–S259.
- Cohen-Kettenis PT, Steensma TD, de Vries ALC. Treatment of adolescents with gender dysphoria in the Netherlands. Child Adolesc Psychiatr Clin N Am. 2011; 20(4): 689–700, doi: [10.1016/j.chc.2011.08.001](https://doi.org/10.1016/j.chc.2011.08.001), indexed in Pubmed: [22051006](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22051006/).
- Grabski B, Rachoń D, Czernikiewicz W, et al. Recommendations of the Polish Sexological Society on medical care in transgender adults - position statement of the expert panel. Psychiatr Pol. 2021; 55(3): 701–708, doi: [10.12740/PP/OnlineFirst/125785](https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/125785), indexed in Pubmed: [34460891](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34460891/).
- Turban JL, Beckwith N, Reisner SL, et al. Association Between Recalled Exposure to Gender Identity Conversion Efforts and Psychological Distress and Suicide Attempts Among Transgender Adults. JAMA Psychiatry. 2020; 77(1): 68–76, doi: [10.1001/jamapsychiatry.2019.2285](https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.2285), indexed in Pubmed: [31509158](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31509158/).
- Restar A, Jin H, Breslow A, et al. Legal gender marker and name change is associated with lower negative emotional response to gender-based mistreatment and improve mental health outcomes among trans populations. SSM Popul Health. 2020; 11: 100595, doi: [10.1016/j.ssmph.2020.100595](https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100595), indexed in Pubmed: [32435684](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32435684/).
- Almazan AN, Keuroghlian AS. Association Between Gender-Affirming Surgeries and Mental Health Outcomes. JAMA Surg. 2021; 156(7): 611–618, doi: [10.1001/jamasurg.2021.0952](https://doi.org/10.1001/jamasurg.2021.0952), indexed in Pubmed: [33909023](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33909023/).
- Statement of The General Board Of The Polish Sexological Society (Zg Pts) On Planned Legal Changes Concerning Health Care For Transgender People Experiencing Gender Incongruence In Developmental Age. <https://pts-seksuologia.pl/sites/strona/136/oswiadczenie-zarządu-głównego-polskiego-towarzystwa-seksuologicznego-zg-pts-w-sprawie-planowanych-zmian-prawnych-dotyczących-opieki-zdrowotnej-nad-osobami-transpłciowymi-doswiadczałymi-niezgodności-płciowej-w-wieku-rozwojowym> (30.06.2023).
- van der Loos MA, Klink DT, Hannema SE, et al. 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. J Sex Med. 2023; 20(3): 398–409, doi: [10.1093/jsxmed/qdac029](https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdac029), indexed in Pubmed: [36763938](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36763938/).
- MacKinnon K, Kia H, Gould W, et al. A typology of pathways to detransition: Considerations for care practice with transgender and gender diverse people who stop or reverse their gender transition. Psych Sex Orient Gender Diver. 2023, doi: [10.1037/sgd0000678](https://doi.org/10.1037/sgd0000678).

10. Factors Leading to “Detransition” Among Transgender and Gender Diverse People in the United States: A Mixed-Methods Analysis — PMC. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8213007/> (16.03.2024).
11. Turban JL, Carswell J, Keuroghlian AS. Understanding Pediatric Patients Who Discontinue Gender-Affirming Hormonal Interventions. *JAMA Pediatr.* 2018; 172(10): 903–904, doi: 10.1001/jamapediatrics.2018.1817, indexed in Pubmed: 30178056.
12. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5TM, 5th ed. American Psychiatric Publishing, Arlington, VA, US 2013: 947.
13. International Classification of Diseases (ICD). <https://www.who.int/standards/classifications/classification-of-diseases> (30.07.2023).
14. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37958> (30.07.2023).
15. Rosenthal SM, Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, et al. Endocrine Treatment of Gender-Dysphoric/Gender-Incongruent Persons: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. *J Clin Endocrinol Metab.* 2017; 102(11): 3869–3903, doi: 10.1210/je.2017-01658, indexed in Pubmed: 28945902.
16. Rafferty J, Yogman M, Baum R, et al. Ensuring Comprehensive Care and Support for Transgender and Gender-Diverse Children and Adolescents. *Pediatrics.* 2018; 142(4), doi: 10.1542/peds.2018-2162.
17. Stokes ST, Lecuyer M. Inclusive and Affirming Care Strategies for Sexual and Gender Minority Patients. *Pediatrics.* 2023; 151(4), doi: 10.1542/peds.2022-057699, indexed in Pubmed: 36861300.
18. Olson KR, Durwood L, Horton R, et al. Gender Identity 5 Years After Social Transition. *Pediatrics.* 2022; 150(2), doi: 10.1542/peds.2021-056082, indexed in Pubmed: 35505568.
19. Roberts C. Persistence of Transgender Gender Identity Among Children and Adolescents. *Pediatrics.* 2022; 150(2), doi: 10.1542/peds.2022-057693, indexed in Pubmed: 35538638.
20. Position Statement on Treatment of Transgender (Trans) and Gender Diverse Youth. <https://www.psychiatry.org/getattachment/t8665a2f2-0b73-4477-8f60-79015ba9f815/Position-Treatment-of-Transgender-Gender-Diverse-Youth.pdf>.
21. American Psychological Association. Guidelines for psychological practice with lesbian, gay, and bisexual clients. *Am Psychol.* 2012; 67(1): 10–42, doi: 10.1037/a0024659, indexed in Pubmed: 21875169.
22. American Psychological Association. Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *Am Psychol.* 2015; 70(9): 832–864, doi: 10.1037/a0039906, indexed in Pubmed: 26653312.
23. Adelson SL. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) Committee on Quality Issues (CQI). Practice parameter on gay, lesbian, or bisexual sexual orientation, gender nonconformity, and gender discordance in children and adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2012; 51(9): 957–974, doi: 10.1016/j.jaac.2012.07.004, indexed in Pubmed: 22917211.
24. AACAP Clinical Guidelines and Training for Providers, Professionals, and Trainees. https://www.aacap.org/AACAP/Member_Resources/SO-GIIC/Clinical_Guidelines_Training_Providers_Professionals_Trainees.aspx#conversion (30.07.2023).
25. Kraschel KL, Chen A, Turban JL, et al. Legislation restricting gender-affirming care for transgender youth: Politics eclipse healthcare. *Cell Rep Med.* 2022; 3(8): 100719, doi: 10.1016/j.xcrm.2022.100719, indexed in Pubmed: 35977463.
26. Society CP. An affirming approach to caring for transgender and gender-diverse youth | Canadian Paediatric Society. <https://cps.ca/en/documents/position/an-affirming-approach-to-caring-for-transgender-and-gender-diverse-youth> (14.11.2023).
27. Telfer MM, Tollit MA, Pace CC, et al. Australian standards of care and treatment guidelines for transgender and gender diverse children and adolescents. *Med J Aust.* 2018; 209(3): 132–136, doi: 10.5694/mja17.01044, indexed in Pubmed: 29902964.
28. Giovanardi G, Fortunato A, Mirabella M, et al. Gender Diverse Children and Adolescents in Italy: A Qualitative Study on Specialized Centers’ Model of Care and Network. *Int J Environ Res Public Health.* 2020; 17(24), doi: 10.3390/ijerph17249536, indexed in Pubmed: 33352745.
29. Sammandrag. Ukom. <https://ukom.no/rapporter/pasientsikkerhet-for-barn-og-unge-med-kjonnssinkongruens/sammandrag> (14.11.2023).
30. Systematic review on outcomes of hormonal treatment in youths with gender dysphoria | Karolinska Institutet Nyheter. <https://news.ki.se/systematic-review-on-outcomes-of-hormonal-treatment-in-youths-with-gender-dysphoria> (14.11.2023).
31. Ludvigsson JF, Adolfsson J, Höistad M, et al. A systematic review of hormone treatment for children with gender dysphoria and recommendations for research. *Acta Paediatr.* 2023; 112(11): 2279–2292, doi: 10.1111/apa.16791, indexed in Pubmed: 37069492.
32. England’s trans teens, lost in limbo, face mounting barriers to care. Reuters 15 December 2022. <https://www.reuters.com/investigates/special-report/britain-transyouth/> (14.11.2023).
33. WPATH, ASIAPATH, EPATH, PATHA, and USPATH Response to NHS England in the United Kingdom (UK). Statement regarding the Interim Service Specification for the Specialist Service for Children and Young People with Gender Dysphoria (Phase 1 Providers) by NHS England. <https://www.wpath.org/media/cms/Documents/Public%20Policies/2022/25.11.22%20AUSPATH%20Statement%20reworked%20for%20WPATH%20Final%20ASIAPATH.EPATH.PATHA.USPATH.pdf?t=1669428978>.
34. Interim report — Cass Review. <https://cass.independent-review.uk/home/publications/interim-report/> (24.07.2024).
35. Final Report — Cass Review. <https://cass.independent-review.uk/home/publications/final-report/> (24.07.2024).
36. 17.05.24 Response Cass Review FINAL with ed note.pdf. <https://www.wpath.org/media/cms/Documents/Public%20Policies/2024/17.05.24%20Response%20Cass%20Review%20FINAL%20with%20ed%20note.pdf?t=1716075965> (24.07.2024).
37. 30.10.23 EPATH — WPATH Joint NHS Statement Final.pdf. <https://www.wpath.org/media/cms/Documents/Public%20Policies/2023/30.10.23%20EPATH%20-%20WPATH%20Joint%20NHS%20Statement%20Final.pdf>.
38. EPATH-Response-on-Cass-statement_Final_21-05-2024.pdf. https://epath.eu/wp-content/uploads/2024/05/EPATH-Response-on-Cass-statement_Final_21-05-2024.pdf (24.07.2024).
39. Full article: Biological and psychosocial evidence in the Cass Review: a critical commentary. <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/26895269.2024.2362304> (24.07.2024).
40. Critically appraising the CASS report: methodological flaws and unsupported claims. <https://osf.io/uuhndk> (24.07.2024).
41. Medical treatment methods for dysphoria associated with variations in gender identity in minors — recommendation. [https://palveluvalikoima.fi/documents/1237350/22895008/Summary_minors_en+\(1\).pdf?fa2054c5-8c35-8492-59d6-b3de1c00de49/Summary_minors_en+\(1\).pdf?t=1631773838474](https://palveluvalikoima.fi/documents/1237350/22895008/Summary_minors_en+(1).pdf?fa2054c5-8c35-8492-59d6-b3de1c00de49/Summary_minors_en+(1).pdf?t=1631773838474) (14.11.2023).
42. Medicine and gender transidentity in children and adolescents. <https://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2022/03/22.2.25-Communique-PCRA-19-Gender-identity-ENG.pdf> (14.11.2023).
43. PMA pour toutes: les «réserves» de l’Académie de médecine sur «une rupture anthropologique majeure». *Le Monde.fr* [Internet]. 22 September 2019. https://www.lemonde.fr/societe/article/2019/09/22/pma-pour-toutes-les-femmes-l-academie-de-medecine-exprime-des-reserves_6012591_3224.html (16.03.2024).
44. Haute Autorité de Santé — Parcours de transition des personnes transgenres — Note de cadrage. https://www.has-sante.fr/jcms/p_3367504/fr/parcours-de-transition-des-personnes-transgenres-note-de-cadrage (16.03.2024).
45. Picard DH, Jutant S. Rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans. https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_sante_des_personnes_trans_2022.pdf.
46. Reisner SL, Greytak EA, Parsons JT, et al. Gender minority social stress in adolescence: disparities in adolescent bullying and substance use by gender identity. *J Sex Res.* 2015; 52(3): 243–256, doi: 10.1080/00224499.2014.886321, indexed in Pubmed: 24742006.
47. Psychological and Neuropsychological Assessment with Transgender and Gender Nonbinary Adults. <https://www.apa.org/pi/lgbt/resources/transgender-gender-nonbinary> (21.03.2024).
48. Brik T, Vrouenraets LJ, de Vries MC, et al. Trajectories of Adolescents Treated with Gonadotropin-Releasing Hormone Analogues for Gender Dysphoria. *Arch Sex Behav.* 2020; 49(7): 2611–2618, doi: 10.1007/s10508-020-01660-8, indexed in Pubmed: 32152785.
49. van der Loos MA, Hannema SE, Klink DT, et al. Continuation of gender-affirming hormones in transgender people starting puberty suppression in adolescence: a cohort study in the Netherlands. *Lancet Child Adolesc Health.* 2022; 6(12): 869–875, doi: 10.1016/S2352-4642(22)00254-1, indexed in Pubmed: 36273487.
50. Nice Evidence Reviews — Cass Review. <https://cass.independent-review.uk/nice-evidence-reviews/> (14.11.2023).
51. Bone Density in Transgender Youth on Gender-Affirming Hormone Therapy | Journal of the Endocrine Society | Oxford Academic. <https://academic.oup.com/jes/article/8/5/bvae045/7625950> (24.07.2024).
52. Bone Development in Transgender Adolescents Treated With GnRH Analogues and Subsequent Gender-Affirming Hormones | The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism | Oxford Academic. <https://academic.oup.com/jcem/article/105/12/e4252/5903559> (24.07.2024).
53. Arnoldussen M, Hooijman EC, Kreukels BPC, et al. Association between pre-treatment IQ and educational achievement after gender-affirming treatment including puberty suppression in transgender adolescents. *Clin Child Psychol Psychiatry.* 2022; 27(4): 1069–1076, doi: 10.1177/13591045221091652, indexed in Pubmed: 35638479.
54. Fisher AD, Ristori J, Romani A, et al. Back to the Future: Is GnRHa Treatment in Transgender and Gender Diverse Adolescents Only an Extended Evaluation Phase? *J Clin Endocrinol Metab.* 2024; 109(6): 1565–1579, doi: 10.1210/clinem/dgad729, indexed in Pubmed: 38099569.

55. van der Miesen AIR, Steensma TD, de Vries ALC, et al. Psychological Functioning in Transgender Adolescents Before and After Gender-Affirmative Care Compared With Cisgender General Population Peers. *J Adolesc Health*. 2020; 66(6): 699–704, doi: [10.1016/j.jadohealth.2019.12.018](https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.12.018), indexed in Pubmed: [32273193](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32273193/).
56. elf-Perception of Transgender Adolescents After Gender-Affirming Treatment: A Follow-Up Study into Young Adulthood | LGBT Health. <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/lgbt.2020.0494> (24.07.2024).
57. Carmichael P, Butler G, Masic U, et al. Short-term outcomes of pubertal suppression in a selected cohort of 12 to 15 year old young people with persistent gender dysphoria in the UK. *PLoS One*. 2021; 16(2): e0243894, doi: [10.1371/journal.pone.0243894](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243894), indexed in Pubmed: [33529227](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33529227/).
58. Schagen SEE, Cohen-Kettenis PT, Delemarre-van de Waal HA, et al. Efficacy and safety of gonadotropin-releasing hormone agonist treatment to suppress puberty in gender dysphoric adolescents. *J Sex Med*. 2016; 13(7): 1125–1132, doi: [10.1016/j.jsxm.2016.05.004](https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2016.05.004), indexed in Pubmed: [27318023](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27318023/).
59. Leite AL, Galo E, Antunes A, et al. Do GnRH Agonists Really Increase Body Weight Gain? Evaluation of a Multicentric Portuguese Cohort of Patients With Central Precocious Puberty. *Front Pediatr*. 2022; 10: 816635, doi: [10.3389/fped.2022.816635](https://doi.org/10.3389/fped.2022.816635), indexed in Pubmed: [35311046](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35311046/).
60. Ciancia S, Dubois V, Cools M. Impact of gender-affirming treatment on bone health in transgender and gender diverse youth. *Endocr Connect*. 2022; 11(11), doi: [10.1530/EC-22-0280](https://doi.org/10.1530/EC-22-0280), indexed in Pubmed: [36048500](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36048500/).
61. Boogers LS, Wiepjes CM, Klink DT, et al. Transgender Girls Grow Tall: Adult Height Is Unaffected by GnRH Analogue and Estradiol Treatment. *J Clin Endocrinol Metab*. 2022; 107(9): e3805–e3815, doi: [10.1210/clinem/dgac349](https://doi.org/10.1210/clinem/dgac349), indexed in Pubmed: [35666195](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35666195/).
62. Roden RC. Reversible interventions for menstrual management in adolescents and young adults with gender incongruence. *Ther Adv Reprod Health*. 2023; 17: 26334941231158251, doi: [10.1177/26334941231158251](https://doi.org/10.1177/26334941231158251), indexed in Pubmed: [36938373](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36938373/).
63. Lee JY. Bone Health in the Transgender and Gender Diverse Youth Population. *Curr Osteoporos Rep*. 2023; 21(4): 459–471, doi: [10.1007/s11914-023-00799-2](https://doi.org/10.1007/s11914-023-00799-2), indexed in Pubmed: [37395890](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37395890/).
64. Pyra M, Casimiro I, Rusie L, et al. An Observational Study of Hypertension and Thromboembolism Among Transgender Patients Using Gender-Affirming Hormone Therapy. *Transgend Health*. 2020; 5(1): 1–9, doi: [10.1089/trgh.2019.0061](https://doi.org/10.1089/trgh.2019.0061), indexed in Pubmed: [32322683](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32322683/).
65. Nolan BJ, Frydman AS, Leemaqz SY, et al. Effects of low-dose oral micronised progesterone on sleep, psychological distress, and breast development in transgender individuals undergoing feminising hormone therapy: a prospective controlled study. *Endocr Connect*. 2022; 11(5), doi: [10.1530/EC-22-0170](https://doi.org/10.1530/EC-22-0170), indexed in Pubmed: [35521814](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35521814/).
66. Patel KT, Adeel S, Rodrigues Miragaya J, et al. Progestogen Use in Gender-Affirming Hormone Therapy: A Systematic Review. *Endocr Pract*. 2022; 28(12): 1244–1252, doi: [10.1016/j.eprac.2022.08.012](https://doi.org/10.1016/j.eprac.2022.08.012), indexed in Pubmed: [36007714](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36007714/).
67. European Medicine Agency. Restrictions in use of cyproterone due to meningioma risk. <https://www.ema.europa.eu/en/news/restrictions-use-cyproterone-due-meningioma-risk>.
68. The Polish Sexological Society Statement on the Social, Health and Legal Situation of Transgender Individuals. <https://pts-seksuologia.pl/sites/strona/83/stanowisko-pts-ws-sytuacji-spolecznej-zdrowotnej-i-prawnej-osob-transpłciowych> (30.07.2023).
69. Bouman W, Schwend A, Motmans J, et al. Language and trans health. *Int J Transgenderism*. 2016; 18(1): 1–6, doi: [10.1080/15532739.2016.1262127](https://doi.org/10.1080/15532739.2016.1262127).
70. Russell ST, Pollitt AM, Li Gu, et al. Chosen Name Use Is Linked to Reduced Depressive Symptoms, Suicidal Ideation, and Suicidal Behavior Among Transgender Youth. *J Adolesc Health*. 2018; 63(4): 503–505, doi: [10.1016/j.jadohealth.2018.02.003](https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.02.003), indexed in Pubmed: [29609917](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29609917/).
71. Regulation of the Minister of National Defense of 7th June 2023 on the registration of persons for the purpose of conducting military qualification. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=W-DU20230001186> (31.07.2023).