

ZAGROŻENIA DLA ZDROWIA PSYCHICZNEGO I FIZYCZNEGO DZIECI I MŁODZIEŻY ZWIĄZANE Z TRANZYCJĄ

Małe dziecko, z natury nie jest zainteresowane sprawami płci, aż do okresu dojrzewania (o ile nie zostanie poddane "edukacji" w tym zakresie). Płeć jest cechą biologiczną, wrodzoną, niezmienną, która wynika z obecności chromosomów płciowych we wszystkich komórkach ciała każdego człowieka; pary chromosomów XX u kobiet i pary XY u mężczyzn. Zapis genetyczny jako pierwszorzędowa cecha płciowa odpowiada i uruchamia zaprogramowany harmonijny rozwój organizmu w kierunku męskim lub żeńskim poprzez układ wydzielania wewnętrznego hormonów płciowych i rozwój wewnętrznych i zewnętrznych narządów. Płeć zapisana w dokumentach, odpowiada płci genetycznej, rozpoznawalnej po urodzeniu dziecka. Płeć nie jest cechą „przypisaną przy urodzeniu” (jak głosi Fundacja Trans-fuzja) ale wrodzoną, jawną klinicznie manifestującą się obrazem zewnętrznych narządów płciowych utworzonych według zapisu genetycznego.¹ Każde niejasności ich obrazu po urodzeniu a także później podczas badań lekarskich na bilansach zdrowia 2-4-6-10 latka są poddane diagnostyce klinicznej celem rozpoznania zaburzeń i leczenia

ZJAWISKO DYSFORII PŁCIOWEJ - czyli silnego dyskomfortu związanego brakiem akceptacji swoich cech płciowych ujawnia się u młodzieży w formie nieakceptacji własnej płci narządów ciała i pragnienia upodobnienia się do płci przeciwnej.

Okres dojrzewania związany ze wzrost stężenia hormonów płciowych (estrogeny, testosteron) wywołuje określone zmiany w budowie i fizjologii ciała. Dziecko może to negatywnie odczuwać i potrzebować wsparcia rodziców, nauczycieli, lekarzy, zwłaszcza wobec dezinformacji płynących z otoczenia. Niektóre badania wskazują, że „dysforia płciowa” może ustąpić przed osiągnięciem wieku dorosłego w 60-90% przypadków!²

Niestety w aktualnej podstawie programowej Edukacji zdrowotnej nie ma jednoznacznej zachęty do akceptacji własnej, obecnej od poczęcia, płci genetycznej. Natomiast wymienia się różne modele rodzin, i możliwość „odczuwania płci”, co nie pomaga dzieciom w okresie pokwitania.

¹ Do pomyłki może dochodzić, gdy narządy płciowe noworodka są niejednoznaczne lub gdy wygląd zewnętrzny sugeruje jedną płeć, podczas gdy wewnątrz organizmu rozwinęły się struktury typowe dla drugiej- wykonuje się badania genetyczne (kariotyp, np. XX lub XY), USG narządów wewnętrznych (poszukiwanie macicy/jąder) oraz badania hormonalne.

Wrodzony przerost nadnerczy (CAH): Najczęstsza przyczyna (u noworodków genetycznie żeńskich, XX), gdzie nadmiar hormonów męskich przed urodzeniem powoduje maskulinizację zewnętrznych narządów płciowych. **leczenie-** opiera się na stałej substytucji hormonów- (głównie hydrokortyzon u dzieci) lub prednizon/deksametazonie (u dorosłych) – w celu uzupełnienia kortyzolu i zmniejszenia nadmiaru androgenów.

Zespół niewrażliwości na androgeny (AIS): Osoba z chromosomami XY (genetyczny chłopiec) jest niewrażliwa na męskie hormony, przez co jej ciało rozwija się w sposób typowo żeński. **leczenie-** gonadektomię) ze względu na ryzyko nowotworowe, hormonalną terapię zastępczą (estrogenami) w celu zapewnienia feminizacji i zdrowia kości,

Dysgeneza gonad: Nieprawidłowy rozwój gonad (jąder lub jajników), co prowadzi do niezgodności między chromosomami a budową narządów. **leczenie** opiera się na hormonalnej terapii zastępczej (HTZ) i gonadektomię

Niedobór 5-alfa-reduktazy: Występuje u chłopców (XY), u których narządy zewnętrzne wyglądają przy urodzeniu na żeńskie lub niejednoznaczne, a "zmiana" (maskulinizacja) zachodzi często w okresie dojrzewania. **leczenie-** hormonalne (np. testosteronem w celu wsparcia rozwoju męskiego) oraz zabiegi chirurgiczne

² Tornese G, di Grazia M, Roia A, Morini G, Cosentini D, Carrozzi M i in. Disforia di genere e dintorni. Medico e Bambino 2016;35.

Wcześniej dysforia płciowej była rzadko stawianą diagnozą, liczby te znacząco wzrosły w ciągu ostatnich kilkunastu lat.³ Ten trend nie jest wyłącznie efektem wzrostu świadomości społecznej, ale jest indukowany przez modę i media społecznościowe, które otwierają młodzież na możliwość niezgadania się z własną płcią i problem zaburzeń tożsamości płciowej.⁴

Wielu nastolatków w okresie burzy hormonalnej otrzymuje dużo negatywnych komunikatów na temat tego, co to znaczy być kobietą czy mężczyzną. Część przypadków nagłego rozwoju dysforii płciowej u młodzieży obserwuje się u osób z wcześniejszymi problemami zdrowia psychicznego lub spektrum autyzmu, co wymaga bardzo dokładnej diagnostyki i ostrożnej diagnozy co do dysforii.⁵

Na świecie w ciągu ostatniej dekady dwudziestokrotnie wzrosła liczba osób ubiegających się z powodu dysforii płciowej o tranzycję, (zwłaszcza nastolatek). Takie nasilenie zjawiska przemawia za wpływem czynników środowiskowych na powstawanie dysforii. **dr Lisa Littman (2018) opisała zespół nagłej dysforii płciowej ROGD (rapid-onset gender dysphoria w oparciu o ankietowanie rodziców)** sugerując, że ROGD może pojawiać się pod wpływem Internetu i mediów społecznościowych.⁶ **Badacze tego problemu podają, że wątpliwości dotyczące własnej płci u dzieci i młodzieży są, wywołane głównie wpływami zewnętrznymi :**

1. poprzez informację medialną (Internet, media społecznościowe) wzrastającą akceptację społeczną dla transseksualnej młodzieży.⁷
2. otoczenie (grupy rówieśnicze, środowiska LGBT ideologii gender, wchodzące również do szkół)

ZMIANY W NOWEJ MIĘDZYNARODOWEJ KLASYFIKACJA CHORÓB ICD-11

(International Classification of Diseases, obowiązująca od 2022r.) Termin Transseksualizm - „zaburzenia identyfikacji płciowej” opisywane w ICD 10 jako trwałe poczucie rozbieżności między płcią fizyczną (anatomiczną) a płcią odczuwaną (psychiczną) umieszczony w rozdziale „Zaburzenia psychiczne i behawioralne” zastąpiono w ICD 11 określeniem „**niezgodności płciowej**”. (dysforia płciowa) i przeniesiono do nowego rozdziału „Stany związane ze zdrowiem seksualnym”⁸ Taka zmiana **depatologizuje zjawisko dysforii**, przez oderwanie go od chorób i zaburzeń psychicznych oraz uznaje, że niezgodność płciowa nie jest już uważana za zaburzenie psychiczne (jak w ICD-10

³ A. Marianowicz-Szczygieł, „Wzrost zaburzeń tożsamości płci wśród dzieci i młodzieży – dane z 10 krajów. Możliwe wyjaśnienia, wnioski dla rodziców, w: „Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio”, Nr 1 (49) 2022]. Dane dotyczące eksplozji zaburzeń tożsamości płci u dzieci i młodzieży w oparciu o kryterium zgłoszeń do specjalistycznych klinik dla dzieci i młodzieży z 10 krajów: **Szwecji - wzrost 19700%, Włoch - 7200%, Wielkiej Brytanii - 2457%, Norwegii 1750%, Holandii - 904%, Finlandii - 634% oraz poza Europą: Australii - 12650%, Kanady - 538%, USA - 275%, i Nowej Zelandii - 187%** (średnio w ciągu 8 lat) Mgr Agnieszka Marianowicz-Szczygieł, <https://orcid.org/0000-0001-7818-8961> Fundacja Instytut Analiz Płci i Seksualności „Ona i On”

⁴ „Zaburzenia tożsamości płciowej u dzieci i młodzieży – ujęcie psychologiczne. Geneza, czynniki ryzyka, rokowania, profilaktyka” (Marianowicz-Szczygieł, 2021).

⁵ Becerra-Culqui TA, Liu Y, Nash R, Cromwell L, Flanders WD, Getahun D, Giammattei SV, Hunkeler EM, Lash TL, Millman A, Quinn VP, Robinson B, Roblin D, Sandberg DE, Silverberg MJ, Tangpricha V, Goodman M (2018) Zdrowie psychiczne młodzieży transpłciowej i niekonformistycznej płciowo w porównaniu z ich rówieśnikami. *Pediatrics*, 141(5), e20173845. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-3845>

⁶ Michael Bailey and Suzanna Diaz (2023). Rapid-Onset Gender Dysphoria: Parent Reports on 1,655 Possible Cases. *Researchers.One*. <https://researchers.one/articles/23.10.00002v1>

⁷ Indremo, M. Jodensvi, A. C., Arinell, H., Isaksson, J., Papadopoulos, F. C. (2022) Association of Media Coverage on Transgender Health With Referrals to Child and Adolescent Gender Identity Clinics in Sweden. *Jama Network Open*, 5(2)

Trova S., Bovetti S., et al. (2021) Sex steroids and the Shaping of the Peripubertal Brain: The sexual dimorphic Set-Up of Adult Neurogenesis. *Int J Mol Sci*. Jul 26, 22(15)

⁸ De Vries ALC, Beek TF, Dhondt K, De Vet HCW, Cohen-Kettenis PT, Steensma TD i in. Niezawodność i użyteczność kliniczna diagnoz związanych z tożsamością płciową: porównanie ICD-11, ICD-10, DSM-IV i DSM-5. *LGBT Health*. 2021;8:133–42.

F64), lecz za kwestię zdrowia seksualnego. **Dysforia płciowa w tym ujęciu nie wymaga już diagnozowania choroby ale potwierdzanie tożsamości i ułatwienie dostępu do opieki medycznej.**

Polska, podobnie jak inne państwa, ma 5-letni okres przejściowy na jej wdrożenie i przygotowanie krajowego systemu informacji do sprawnego posługiwania się nią. **Aktywiści transpłciowi twierdzą, że dysforia płciowa nie powinna być uznawana za zaburzenie psychiczne, a raczej za normalną ludzką odmianę. Jednak dziećmi z dysforią opiekuje się zespół specjalistów w tym psychiatra i psycholog. W programie „edukacji zdrowotnej” proponowanym przez MEN, prezentowana jest koncepcje „płynności płci” – z promowaniem różnorodności płciowej i akceptacji osób, których tożsamość nie wpisuje się w tradycyjny podział binarny na płęć męską i żeńską. I to jest zasadnicza szkodliwość dla dzieci płynąca z tej części programu EZ – zasianie dzieciom niepewności co do ich podstawowej stałej niezmiennej cechy biologicznej jaką jest płęć żeńska albo męska uwarunkowana genetycznie.**

AKTUALNA TERAPIA DYSFORII PŁCIOWEJ obejmuje trzy formy działania:

1. **LECZNICZE** - wspierające akceptację płci biologicznej danej osoby, wsparcie psychologiczne.
2. **WYCZEKUJĄCE** („patrz i czekaj”) - oparte o dane, że większość dzieci z zaburzeniami tożsamości płciowej wyrównuje po pewnym czasie identyfikację płciową zgodnie z płcią biologiczną. 61–98% przypadków wczesnodziecięcej dysforii płciowej ustępowało w okresie dojrzewania, jeśli nie wcześniej⁹
3. **AFIRMACYJNE**- zakładające, że **zmiennosc w zakresie identyfikacji płci jest** czymś normalnym więc procedury prowadzące do zmiany wyglądu ciała (tranzycja) zgodnie z odczuwaną płcią są uzasadnione.

Z medycznego punktu widzenia **„Dysforia płciowa” może być objawem:**

- u osób dorosłych -poważnych zaburzeń psychicznych występujących
- u dzieci i młodzieży- a bardzo rzadko: psychozy, głębokiej nerwicy, anoreksji, zaburzeń afektywno dwubiegunowych, stanów depresyjnych, zaburzenia osobowości, spectrum autyzmu. Z literatury wynika, że **u młodzieży z dysforią płciową częściej rozpoznawano jednocześnie depresję, próby samobójcze, samookaleczenia i zaburzenia odżywiania (anoreksję) niż u ich rówieśników.**¹⁰

W opinii specjalisty psychiatrii, dr n. med. Ewy Piesiewicz:

1. **Działaniem leczniczym wobec dysforii płciowej jest wspieranie naturalnego rozwoju dziecka** w zgodzie z jego płcią rzeczywistą (genetyczną). Dzieci prezentujące dysforię, nie powinny być utrzymywane w swoich odczuciach i nazywane imieniem płci przez siebie wybranej – bo to tylko wzmacnia ich odczucie. Powinny być dokładnie diagnozowane, aby nie zaniedbać poważnych chorób , które należy leczyć.
2. **Rozpoznane choroby towarzyszące wymagają leczenia psychiatrycznego, nigdy leczenia hormonalnego lub chirurgicznego.** Utrzymywanie się dysforii płciowej nie jest wskazaniem do tranzycji ale wymaga wykluczenia poważnych zaburzeń psychicznych.
3. **Jakiegokolwiek działanie określane mianem tranzycji czyli – „dostosowania płci” , jest w wieku dziecięcym ogromnym błędem.**

⁹ Ristori, J. i Steensma, TD (2016). Dysforia płciowa w dzieciństwie. *International Review of Psychiatry*, 28 (1), 13–20. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1115754>

¹⁰ Frew T, Watsford C, Walker I. Dysforia płciowa i współistniejące choroby psychiczne u dzieci: przegląd systematyczny. *Aust J Psychol.* 2021;73. <https://doi.org/10.1080/00049530.2021.1900747> .

TRANZYCJA CZYLI TERAPIA AFIRMACYJNA

poprzez upodobnienie zewnętrzne do płci przeciwnej jest proponowana zdrowej fizycznie młodzieży oraz rodzicom jako rozwiązanie problemów z dysforią płciową w okresie pokwitania z zastosowaniem poważnych środków medycznych (często poza wskazaniami rejestracji tych leków) Są to:

1. Środki chemiczne (tzw. blokery dojrzewania),
2. syntetyczne hormony (testosteron, estrogeny)
3. metody zaawansowanej chirurgii plastycznej.

Warunkiem tranzycji, osoby nastoletniej, która prezentuje długotrwały i intensywny wzór niezgodności/dysforii płciowej (tłumionej lub wyrażonej) **jest rozpoznanie według obowiązujących kryteriów, potwierdzone pisemnie przez co najmniej dwóch specjalistów zdrowia psychicznego.** Tranzycja jako tzw. dostosowanie płci, jest szkodliwa dla zdrowia fizycznego i psychicznego. nie jest w stanie zmienić płci genetycznej, „terapię” hormonalne, chirurgiczne procedury plastyki narządów płciowych, jedynie modyfikują zewnętrzny wygląd narządów płciowych trwale okaleczając organizm i czyniąc osobę nieplodną, poddana przewlekłej hormonoterapii i nie będącą w sposób harmonijny ani męzczyzną ani kobietą.

OBOWIAZUJĄCY MODEL OPIEKI AFIRMUJĄCEJ PŁEĆ

Promuje podążanie za dzieckiem. Badania przeprowadzone w Holandii¹¹ wykazały, że wielu klinicystów i rodziców dzieci z dysforią płciową, zastanawia się, czy dziecko ma kompetencje do podejmowania decyzji w sprawie zgody na blokery dojrzewania. Terapia dotyczy dzieci, u których nie stwierdza się wad rozwojowych narządów płciowych ani zaburzeń sekrecji hormonów płciowych, a problemem jest brak akceptacji funkcjonowania we własnym ciele i pragnienie stania się osobą płci przeciwnej.

1. BLOKERY DOJRZEWANIA¹² – uznawane jako tzw. „**odwracalna metoda medyczna**” ma czasowo wstrzymać rozwój cech płciowych (*np. miesiączkowania, mutacji*) **Blokery dojrzewania są pierwszym krokiem do dalszej “kaskady” interwencji.** Hamują proces dojrzewania, działając poprzez wpływ na układ hormonalny i nerwowy. W ramach struktury opieki zgodnej z tożsamością płciową **normalny fizjologiczny proces dojrzewania jest postrzegany jako choroba, która musi być leczona za pomocą terapii endokrynologicznych i chirurgicznych.**

(Leki blokujące dojrzewanie są stosowane od początku lat 80. XX wieku w leczeniu przedwczesnego dojrzewania u małych dzieci. Od lat 90 u nastolatków transseksualnych) Analogi GnRH (gonadoliberyny) syntetyczne związki imitujące naturalny hormon uwalniający gonadotropiny, stosowane do głębokiego, odwracalnego hamowania produkcji hormonów płciowych (testosteronu u mężczyzn, estrogenów u kobiet) od kilku miesięcy do kilku lat aż do decyzji o dojrzewaniu naturalnym

¹¹ Vrouenraets, L., de Vries, ALC, Arnoldussen, M., Hannema, SE, Lindauer, RJL, de Vries, MC i Hein, IM (2023). Kompetencje w podejmowaniu decyzji medycznych dotyczących hamowania dojrzewania: Percepcje nastolatków transpłciowych, ich rodziców i lekarzy. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 32 (11), 2343–2361. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-02076-6>

¹² <https://afirmacja.info/2024/04/22/skutki-blokerow-dojrzewania-patologiczne-zmiany-w-kosciach-i-mozgu-wazne-badanie/>

lub hormonalnym (Inne metody leczenia, takie jak **progestageny** lub leki, takie jak **spironolakton**, mogą być stosowane w celu zmniejszenia poziomu androgenów produkowanych przez jądra. **Doustne środki antykoncepcyjne** mogą być stosowane w celu zahamowania miesiączki.)

Skutki ubocznym blokerów dojrzewania:

1. wczesna osteoporoza- zmniejszenie gęstości mineralnej kości (ryzyko osteoporozy przy długotrwałej terapii). Przez hamowanie czynności gonad i obniżenie stężenia hormonów płciowych
2. mnogie złamania kości u nastolatków
3. spowolnienie wzrostu
4. spowolnienie lub zatrzymanie rozwoju pewnych obszarów mózgu ¹³
5. Uderzenia gorąca i nadmierna potliwość.
6. Zaburzenia nastroju, spadek libido, suchość pochwy.
7. Wzrost masy ciała.

niemal wszystkie dzieci poddane blokadzie dojrzewania, przechodzą do terapii hormonalnej polegającej na podawaniu hormonów płci przeciwnej.

Kolejna część tranzycji to metody **„Częściowo odwracalne”**, - obejmujące **terapię hormonalne** mające na celu **maskulinizację** lub **feminizację** ciała. Zabiegi te mogą wymagać operacji korekcyjnej jeżeli dziecko zdecyduje o przerwaniu procesu przejściowego.

2.TESTOSTERON - męski hormon płciowy, podawany dziewczętom z dysforią powoduje:

1. zaburzenia hormonalne- zanik cyklu menstruacyjnego , zanikanie gruczołów piersiowych,
2. męski typ owłosienia (nieodwracalny po roku stosowania hormonu).
3. zmianę głosu na niższy (nieodwracalna po 6 miesiącach stosowania hormonu)
4. zwiększenie masy mięśniowej
5. ryzyko zaburzeń naczyniowo - sercowych, choroby wątroby
6. niepłodność,!
7. powikłania późne - rak macicy, jajnika, sutków (jeśli narządów tych nie usunięto)
8. pozbawia korzystnego wpływu naturalnych estrogenów- syntezę neuroprzekazników, serotoniny i dopaminy, co wpływa na nastrój, odczuwanie szczęścia i motywację. Sprawnej pracy mózgu, uczenia się przez przyspieszony transport glukozy do neuronów, zapewniając odpowiednie „paliwo” dla mózgu.
9. Testosteron może przyspieszyć męskie dojrzewanie płciowe i kostnienie, co prowadzi do przedwczesnego zakończenia wzrostu kości i zahamowania wzrostu końcowego.

Nie ma oficjalnych zaleceń dotyczących dawkowania testosteronu dla dzieci. Testosteron jest hormonem nie zalecanym do stosowania u dzieci a podawanym głównie w terapii zastępczej u dorosłych mężczyzn z hipogonadyzmem, (niedoborem testosteronu potwierdzonym objawami klinicznymi i badaniami) **Brakuje wystarczających danych klinicznych potwierdzających bezpieczeństwo i skuteczność terapii testosteronowej w tej grupie wiekowej.**¹⁴

¹³ Richards C, Maxwell J, McCune N. Use of puberty blockers for gender dysphoria: a momentous step in the dark. Arch Dis Child. 2019 Jun;104(6):611-612. doi: 10.1136/archdischild-2018-315881. Epub 2019 Jan 17. PMID: 30655265.

¹⁴ <https://leki.pl/z/testosteronem/stosowanie-u-dzieci/?srsltid=AfmBOoq2jyUKpxStC-O-FIsR8dKPqIbgwZJNzPBVdi75Lclt1PoFpK->

ESTROGENY - hormony płciowe żeńskie podawane chłopcom powodują:

1. zmniejszenie jąder,
2. powiększenie piersi (ginekomastia)
3. zmniejszenie owłosienia
4. zmianę barwy głosu na wyższy
5. sprzyja zakrzepicy żył głębokich i zatorowości płucna
6. Zaburzenia metaboliczne; przyrost masy ciała, wysoki poziom trójglicerydów, prolaktyny, nadciśnienie tętnicze, cukrzyca typu 2, które skutkują chorobami układu sercowo-naczyniowego.
7. uszkodzenie wątroby, rak piersi, guzy przysadki mózgowej
8. Kastracja chemiczna prowadząca do nieodwracalnego ubezpłodnienia

Żaden z powyższych preparatów **nie został zarejestrowany jako „lek w terapii dysforii płciowej”** a osoby poddane tranzycji mają przyjmować je przez całe życie.

3.INTERWENCJE CHIRURGICZNE, są ostateczną częścią „dostosowania płci” w tranzycji w formie „**terapii nieodwracalnej.**” Stosowane po kilkunastu miesiącach podawania substancji chemicznych i hormonów płci przeciwnej. I prowadzą do:

1. trwałego (nieodwracalnego) okaleczenia i niepłodności poprzez:
2. amputację piersi i usunięcie macicy dziewczętom –(FtM – *female-to-male*).
3. amputację prącia i jąder chłopcom (MtF – *male-to-female*)
4. Chłopcom i dziewczętom - rekonstrukcję narządów płciowych zewnętrznych, upodabniającą do płci przeciwnej

Tak rozległe interwencje chirurgiczne (operacje afirmacji płci) wiążą się powikłaniami:

1. zarówno zakażenia jak i przetoki między narządowe
2. stałe nietrzymanie moczu i inne wymagające wielokrotnych zabiegów chirurgicznych

Powikłania po operacjach MtF (Waginoplastyki) -mają wysoki odsetek powikłań (do ok. 25% pacjentów doświadcza jednego).

- **Zwężenie neowaginy (stenosis):** Zmniejszenie głębokości/szerokości nowo utworzonej pochwy, co wymaga regularnej, dożywotniej dylatacji (rozszerzania).
- **Problemy urologiczne:** Zwężenie cewki moczowej, nietrzymanie moczu.
- **Przetoki:** nieprawidłowe połączenia między pochwą a odbytnicą lub cewką moczową
- **Martwica tkanek,** szczególnie w obrębie łechtaczki lub warg sromowych.
- **Ziarnina:** Nadmierne gojenie się tkanki w miejscu szwów.
- **Bolesny stosunek płciowy (dyspareunia):** Wynikający ze zwężenia lub uszkodzenia nerwów.
- **Wypadanie pochwy (prolapse)** Przemieszczenie się tkanek pochwy na zewnątrz.

Większość operacji wymaga długiego procesu rehabilitacji i regularnych kontroli. Mimo rozwoju chirurgii, która zmniejsza ilość powikłań, waginoplastyka jest istotnym problemem medycznym.

Powikłania po operacjach FtM (Faloplastyka)/

- **Zwężenie cewki moczowej** Powszechne powikłanie, utrudniające oddawanie moczu.
- **Przetoki moczowe:** Wyciek moczu z nowego ujścia cewki.
- **Martwica płata skóry :** Obumarcie skóry/tkanki użytej do rekonstrukcji fallusa.
- **Utrata czucia erotycznego** Zmniejszenie lub całkowita utrata czucia w okolicy łechtaczki/nowego penisa.
- **Problemy z implantami prącia** możliwe są zakażenia i zaburzenia funkcji.

Powikłania po chirurgii klatki piersiowej (Mastektomia FtM)

- Krwiaki i zakażenia.
- Martwica brodawek sutkowych (jeśli przeszczepiano brodawki).
- Niezadowolający efekt kosmetyczny (przerosłe blizny, asymetria).

W kontekście operacji plastycznych trzeba podkreślić, że:

1. **Często osoby poddawane tym zabiegom, ani rodzice, (w przypadkach dotyczących dzieci), nie są szczegółowo informowani o możliwych powikłaniach i trwałych następstwach tranzycji.**
2. **Przedstawione powyżej procedury, stosowane są u zdrowych fizycznie osób jako tzw. "postępowanie ratujące życie, ze wskazań psychiatrycznych" (zagrożenie życia potencjalnym samobójstwem). Rodzicom jako presje psychiczna przedstawia się fałszywa alternatywa " żywy syn lub martwa córka", co jest szczególnie bezwzględną metodą szantażu.**
3. **przeglądy badań wykazały niską lub brak skuteczności tzw. procesu korekty płci dla faktycznej poprawy jakości życia osób o skłonnościach transseksualnych¹⁵**
4. **opóźnienie "tranzycji medycznej, aż dziecko będzie miało szansę dorosnąć i stać się osobą pełnoletnią, byłoby najbardziej zgodne z zasadą z myślą o przyszłości dziecka"¹⁶**

BADANIA KLINICZNE

➤ **Badania szwedzkie, prowadzone na przestrzeni 30 lat, (2011) ¹⁷wykazały, że to wśród osób poddanych tranzycji występuje - w stosunku do całej populacji:**

- - 3 razy więcej chorób psychicznych
- - 5 razy więcej prób samobójczych
- - 19 razy więcej samobójstw dokonanych

Długoterminowa obserwacja osób z dysforią płciową poddających się tranzycji chirurgicznej (badanie kohortowe w Szwecji 2011) mają znacznie wyższe ryzyko śmiertelności, zachowań samobójczych i zachorowalności na choroby psychiczne niż populacja ogólna. Wyniki sugerują, że korekta płci, choć łagodzi dysfориę płciową, może nie być wystarczająca jako leczenie zaburzeń tożsamości i powinna być inspiracją do lepszej opieki psychiatrycznej i somatycznej po korekcie płci dla tej grupy pacjentów.

➤ **Badania Szwedzkich organów ds. zdrowia w 2022 opublikował wnioski, że „w przypadku młodzieży z dysfориą płciową, ryzyko związane z hamowaniem dojrzewania analogami GnRH i hormonalnym leczeniem afirmującym płeć jest większe niż możliwe korzyści, dlatego powinno być oferowane jedynie w wyjątkowych przypadkach”¹⁸**

¹⁵ przegląd 70 badań Georgas, Beckman, Bryman, Elander, Jivegård i in. (2018), raport szwedzkiej agencji rządowej SBU (2019), gdzie zaznaczono zwłaszcza brak dowodów długofalowych. Zespół Haupt, Henke, Kutschmar, Hauser, Baldinger i in. (2020) wykazał, że dowody na skuteczność i bezpieczeństwo podawania estrogenów w przypadku osób M/F jest niewystarczające - stwierdzono "rozdźwięk między kliniczną praktyką, a klinicznymi badaniami" .

¹⁶ Jorgensen, SCJ, Athéa, N. i Masson, C. Tłumienie dojrzewania w przypadku dziecięcej dysfории płciowej a prawo dziecka do otwartej przyszłości. *Arch Sex Behav* **53** , 1941–1956 (2024). <https://doi.org/10.1007/s10508-024-02850-4>

¹⁷ Dhejne C, Lichtenstein P, Boman M, Johansson AL, Långström N, Landén M. Long-term follow-up of transsexual persons undergoing sex reassignment surgery: cohort study in Sweden. *PLoS One*. 2011 Feb 22;6(2):e16885. doi: 10.1371/journal.pone.0016885. PMID: 21364939; PMCID: PMC3043071.

¹⁸ Socialstyrelsen [Krajowa Rada Zdrowia i Opieki Społecznej]. Opieka nad dziećmi i młodzieżą z dysfориą płciową – streszczenie. 2022. Pobrano 27 lutego 2022 r. ze strony <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/kunskapsstod/2022-3-7799.pdf>

- **W publikacji z 2023 r. w oparciu o ankietowanie rodziców** ¹⁹ –Dzieci cierpiące na szybko rozwijającą się dysfориę płciową wcześniej miały problemy ze zdrowiem psychicznym i młodzież z tymi problemami częściej przechodziła społeczną i medyczną tranzycję . **Rodzice zgłaszali, że często odczuwali presję ze strony lekarzy, aby potwierdzić nową płę dziecka i wesprzeć jego transformację.** Według rodziców, zdrowie psychiczne dzieci znacznie się pogorszyło po transformacji społecznej. Częściej występowała tranzycja społeczna niż tranzycja medyczna.
- **Kwiecień 2023 Aktualne przeglądy raportów (Towarzystwo Medycyny Płci Opartej na Dowodach (SEGM),- dotyczące zdrowia seksualnego** nastolatków są zgodne z długoterminowymi badaniami przeprowadzonymi wśród dorosłych, (w Finlandii, Szwecji i Anglii) wykazały, że stosunek ryzyka do korzyści w przypadku zmiany płci u młodzieży waha się od nieznanego do niekorzystnego. Nie wykazały wiarygodnej poprawy zdrowia psychicznego przy leczeniu hormonalnym i chirurgicznym.²⁰ (Wydział Psychiatrii, Uniwersytet Case Western Reserve, Cleveland, OH, USA)
- **3 lutego 2026 roku, Amerykańskie Towarzystwo Chirurgów Plastycznych (ASPS)** wydało oficjalne stanowisko, w którym **zaleca odroczenie kluczowego etapu opieki „afirmującej płę” – interwencji chirurgicznej** – do momentu, aż pacjent osiągnie „co najmniej 19 lat”. Zalecenie niewykonywania zabiegów afirmujących płę u osób nieletnich obejmuje wszystkie rodzaje operacji związanych z płcią, w tym narządów płciowych i twarzy. Rodzi ono poważne obawy etyczne dotyczące całej ścieżki leczenia afirmującego płę młodzieży, w tym tranzycji społecznej, blokerów dojrzewania i hormonów krzyżowych. ²¹
 - **chirurdzy plastyczni pierwsi zajęli zdecydowane stanowisko przeciwko chirurgicznej interwencji „afirmującej płę” u młodzieży gdyż operacja jest uznawana za nieodwracalną i sumuje powikłania wcześniejszych interwencji.**
 - Chirurdzy uznali, że zabiegi mogą zapewnić pacjentowi satysfakcję, ale nie poprawiają jego stanu zdrowia.
 - Wskazują na nieznany naturalny przebieg dysfории płciowej bez interwencji medycznych i chirurgicznych (tj. „historię naturalną”) brak dowodów naukowych dotyczących wyników leczenia, zwłaszcza w perspektywie długoterminowej.
 - ASPS ostrzega, że przed „potencjalnymi szkodami i odległymi powikłaniami” po operacjach afirmujących płę u nieletnich.
 - **Fiński Urząd Zdrowia uznał blokery dojrzewania w przypadku dysfории płciowej za praktykę eksperymentalną** i stwierdził, że nie wykazano poprawy objawów psychiatrycznych w przypadku interwencji hormonalnych ²²

¹⁹ Diaz S, Michael Bailey J. Retraction Note: Rapid Onset Gender Dysphoria: Parent Reports on 1655 Possible Cases. Arch Sex Behav. 2023 Nov;52(8):3577.

²⁰ Aktualne obawy dotyczące terapii afirmującej płę u nastolatków Kwiecień 2023 Aktualne raporty dotyczące zdrowia seksualnego 15(2):1-11 DOI: 10.1007/s11930-023-00358-x LicencjaCC BY 4.0 Autorski: Stephen B. Levine Uniwersytet Case Western Reserve (Wydział Psychiatrii, Uniwersytet Case Western Reserve, Cleveland, OH, USA Stephen B. Levine, Towarzystwo Medycyny Płci Opartej na Dowodach (SEGM), https://www.researchgate.net/publication/370026841_Current_Concerns_About_Gender-Affirming_Therapy_in_Adolescents

²¹ <https://segm.org/ASPS-position-statement-2026>

²² COHERE 2020 [Zalecenie Rady ds. Wyborów w Ochronie Zdrowia w Finlandii: Metody leczenia dysfории związanej ze zróżnicowaniem płci u nieletnich]. <https://palveluvalikoima.fi/sukupuoolidysforia-alaikaiset>

- **Światowe Stowarzyszenie Zawodowe ds. Zdrowia Osób Transpłciowych** (*World Professional Association for Transgender Health*) (WPATH), zaktualizowało w 2022 r. kliniczne Standardy Opieki dla osób transpłciowych.²³ Kładą nacisk na holistyczne podejście z udziałem zespołu wielodyscyplinarnego przed i po operacjach **Pacjenci operowani powinni być objęci dożywotnią opieką urologiczną, głównie ze względu na wysoki odsetek urologicznych powikłań pooperacyjnych.**

DZIAŁANIA ZMIERZAJĄCE DO „DETRANZYCJI”

podejmuje aż **30-40%** osób chcąc „powrócić do swojej rzeczywistej płci”. Wskazują, że **ich dysforia płciowa wynikała z innych problemów zdrowia psychicznego, traumy lub presji otoczenia, a nie transpłciowości.** Podkreślają przedwczesność terapii specjalistów zdrowia płciowego za pomocą blokerów dojrzewania i hormonów lub operacji korekty płci, przy braku pomocy psychologicznej. Wysoki wskaźnik samobójstw, który można znaleźć w tej populacji, prawdopodobnie pokazuje, że te osoby były dotknięte zaburzeniami psychicznymi i że szukały interwencji medycznej z nadzieją, że usunie to te problemy psychologiczne²⁴

W tym kontekście **Holenderscy naukowcy, wyrazili wątpliwości co do tego, czy dziecko poniżej pewnego wieku jest w stanie w pełni zrozumieć i docenić potencjalne długoterminowe konsekwencje zdrowotne i psychospołeczne zahamowania dojrzewania, które otwiera drogę do nieodwracalnej tranzycji.**²⁵

Po aferze wokół **kliniki Tavistock w UK** okazało się, że proces zmiany płci nie spełnia kryteriów medycyny opartej na dowodach. ryzyko zabiegu przeważa jego korzyści. Patrzenie na możliwość zmiany płci jak na prawo człowieka jest zaprzeczeniem idei ochrony praw dziecka.

W niektórych przypadkach chęć zmiany płci wiąże się z wypieraniem swojej orientacji seksualnej i próbą zmuszenia się do bycia heteroseksualnym. Zdarza się także, że wykorzystywanie seksualne lub napaść sprawiły, że dzieci chciały porzucić płć związaną z tą traumą.

Wobec zjawiska detranzycji **Dr Laura Edwards-Leeper**, psycholog kliniczny i współautorka wytycznych leczenia WPATH dla nastolatków uznała, że:

„NIE MOŻEMY KONTYNUOWAĆ DZIAŁALNOŚCI W DZIEDZINIE, KTÓRA WIĄŻE SIĘ Z TRWAŁYMI ZMIANAMI W CIAŁACH MŁODYCH LUDZI, JEŚLI NIE ROZUMIEMY W PEŁNI, CO ROBIMY I NIE WYCIĄGAMY WNIOSKÓW Z NASZYCH BŁĘDÓW”.

²³ Wytyczne Światowego Stowarzyszenia Zawodowego ds. Zdrowia Osób Transpłciowych: Aktualizacja standardów leczenia operacyjnego w 2022 r. dla osób transpłciowych i osób o zróżnicowanej płci

Andrew Lai, lekarz medycyny, magister zdrowia publicznego, Rachael Johnson MMS, asystent asystenta
Pierwsze opublikowanie: 7 grudnia 2022 r. <https://doi.org/10.1002/nau.25099>Cyfrowy identyfikator obiektu (DOI)

²⁴ Frew T, Watsford C, Walker I. Dysforia płciowa i współistniejące choroby psychiczne u dzieci: przegląd systematyczny. *Aust J Psychol.* 2021;73. <https://doi.org/10.1080/00049530.2021.1900747>.

²⁵ Vrouenraets, L., de Vries, ALC, Arnoldussen, M., Hannema, SE, Lindauer, RJL, de Vries, MC i Hein, IM (2023). Kompetencje w podejmowaniu decyzji medycznych dotyczących hamowania dojrzewania: Percepcje nastolatków transpłciowych, ich rodziców i lekarzy. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 32 (11), 2343–2361. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-02076-6>

PODSUMOWANIE

1. Wiele krajów europejskich, które kiedyś były zwolennikami „tranzycji” wśród młodych ludzi, obecnie priorytetowo traktuje wsparcie psychologiczne i leczenie współistniejących schorzeń psychicznych po tym, jak systematyczne badania wykazały, że dowody stanowiące podstawę interwencji medycznych potwierdzających płęć są słabe i niepewne.
2. Coraz więcej doniesień o szkodliwym wpływie tranzycji płciowej na zdrowie człowieka sprawia, że w wielu krajach dostępność do procedur tranzycji jest ograniczana. Szwecja, Norwegia, Finlandia, Węgry, Wielka Brytania, Francja oraz Australia, Nowa Zelandia i ponad 20 stanów USA wprowadziło przepisy ograniczające możliwość tranzycji u dzieci. (Polska jeszcze nie).
3. Przypadki samobójstw zostały wykorzystane do nakłaniania rodziców i dzieci do stosowania blokerów dojrzewania jako środków medycznie koniecznych i ratujących życie. A to pozbawia dziecko okresu dojrzewania i podejmowania świadomej decyzji.
4. niepewność naukowa dotyczącą długoterminowych korzyści i szkód tranzycji medycznej pozwala wnioskować, że działania, które opóźniają decyzje dotyczące medycznej tranzycji do czasu, gdy dziecko będzie miało szansę dorosnąć i dojrzeć do autonomicznej dorosłości, byłyby najbardziej zgodne z zasadą „otwartej przyszłości”.
5. potencjalne konsekwencje tranzycji, które wykraczają poza efekty fizyczne i psychiczne nastolatków, obejmują aktualne i przyszłe relacje rodzinne i intymne, mogą być trudne do zrozumienia i docenienia przez dzieci. **Zasada otwartej przyszłości wprowadzona przez Feinberga (1980) odnosi się do ich praw, z których dzieci nie są jeszcze w stanie korzystać jako nieletnie**, (np. prawo do małżeństwa, rodziny posiadania dzieci, płodności, życia seksualnego), a które muszą być chronione, aby mogły z nich korzystać gdy osiągną dojrzałości.
6. **model opieki afirmującej płęć**, dążący do natychmiastowej samorealizacji i samostanowienie pomija ważne aspekty rozwoju dzieci i młodzieży. Adolescencja to okres charakteryzujący się szybkim wzrostem fizycznym i zdolności umysłowych, ale czynniki psychospołeczne, takie jak presja rówieśnicza, impulsywność i poszukiwanie ryzyka mogą wpływać a często upośledzać zdolność nastolatka do podejmowania właściwych decyzji.
7. Dążenia nastolatka do realizacji swojego wyboru płci zgodnej z odczuciami mogą kolidować z jego przyszłym, dorosłym zżyciem . **Dlatego szacunek dla przyszłej autonomii dziecka jako osoby dorosłej może wymagać uniemożliwienia mu korzystania z wolnego wyboru tak płci jak i tranzycji w wieku nastoletnim.**

Konferencja prasowa Koalicji na Rzecz Ocalenia Polskiej Szkoły-

ZAGROŻENIE DLA UCZNIÓW: PROMOCJA TRANZYCJI NA EDUKACJI ZDROWOTNEJ

18 lutego br. (środa) godz. 11.00, Centrum Prasowe FOKSAL, Warszawa.

Patronat: Stowarzyszenie Dziennikarzy Polskich