

## Transpłciowość dzieci i młodzieży

Transgenderism of children and adolescents

DOI 10.25951/9569

### Wstęp

Godność i wolność oznaczające swobodę kształtowania siebie w sposób najlepiej pasujący do osobowości są podstawową zasadą interpretacji i stosowania określonych praw. Wszyscy ludzie posiadają równą i nieodłączną wartość moralną mającą prawo ochrony i poszanowania (Sørli 2016). Ewolucja logiki społecznej stanowi podstawę klasyfikacji płci, a transpłciowość pozwala przemyśleć stosunek sex do gender. Płciowość jest złożoną rzeczywistością charakteryzującą się tożsamością płciową (Frigerio i in. 2018). Osoby transpłciowe często mają jednoznaczną płć anatomiczną, ale odczuwana przez nich tożsamość płciowa jest niezgodna z ich anatomią (Ziemińska 2017; Meyer-Bahlburg 2005). Zakłada się, że rozwój tożsamości płciowej kończy się pod koniec okresu dojrzewania wraz z pojawieniem się wtórnych cech płciowych. Niektóre dzieci doświadczają trudności z identyfikacją i budowaniem tożsamości płciowej na podstawie swoich cech biologicznych, dynamiki rodziny i cech środowiskowych. Powoduje to odczuwanie dyskomfortu związanego z płcią biologiczną (Tunas Uygun i in. 2017). Wariacja płciowa może skomplikować początkowe przypisanie płci, które może być niezgodne z przyszłą tożsamością płciową dziecka (Hoogensen i Vigeland Rottem 2004). Dziecko, które jest naprawdę transpłciowe, to takie, które przejawia ciągły wzór zachowania, a nie tylko przejściowe zainteresowanie ubraniami lub zajęciami płci przeciwnej (Perrin i in. 2005).

Dostęp do osób mających doświadczenia transpłciowe lub identyfikujące się jako transpłciowe w określonych kontekstach jest utrudniony. Ich identyfikacja i włączenie do badań jest bardzo skomplikowane; próby mogą obejmować: osoby posiadające świadectwa uznania płci; osoby bez rozpoznania płci (np. przechodzące test życia w „nowej” płci); osoby

żyjące lub nieżyjące w pełnym wymiarze godzin w preferowanej płci. Choć nie ma wiarygodnych danych dotyczących liczby osób transpłciowych i istnieje rozbieżność co do tego, kto powinien zostać w nich uwzględniony, szacunki wahają się od 1:12 000 do 21:100000. Proporcje osób M/K i K/M są różne, ale oscylują wokół 4:1 lub 2:2 (Mitchell i Howarth 2009).

Celem artykułu jest scharakteryzowanie praktyk stosowanych wobec dzieci i młodzieży transpłciowej w zakresie nauk prawnych, medycznych i społecznych. Motywacją podjęcia tego zagadnienia jest fakt, że rodziny dzieci z odmiennością płciową często doświadczają znacznego piętna, izolacji i stresu emocjonalnego. Wiele badań pozostaje jeszcze do przeprowadzenia i nie są dostępne jasne wytyczne kliniczne i kulturowe, a obecne rozumienie płci w dzieciństwie i rozwoju płciowym nie zawsze jest wystarczające w kontekście wyznaczania zasad postępowania z dziećmi transpłciowymi i ich rodzinami (Dynarski 2019).

### Poczucie tożsamości płciowej

Stowarzyszenie Gay & Lesbian Alliance Against Defamation (GLAAD) zdefiniowało tożsamość płciową jako wewnętrzne, głęboko zakorzenione poczucie płci osoby. W przypadku większości osób transpłciowych tożsamość płciowa nie odpowiada płci, której zostały przypisane przy urodzeniu i nie należy jej mylić z ekspresją płciową, czyli tym jak dana osoba prezentuje się otoczeniu poprzez zaimki, fryzurę, czy ubranie. Zazwyczaj, choć nie zawsze, osoba transpłciowa stara się dopasować ekspresję płciową do tożsamości płciowej (Langer 2014; Reiner 1997). Wariacja płciowa to zewnętrzna ekspresja tożsamości płciowej, która nie odpowiada oczekiwaniom społecznym wobec danej osoby (The World Professional Association for Transgender Health, WPATH 2011). Wyniki badań mających na celu ustalenie rozpowszechnienia trans/płciowości u dzieci są bardzo zróżnicowane gdyż to, co uważane jest za męskie lub żeńskie, nie jest na ogół obiektywne i kwantyfikowalne. Jedne badania wykazują, że 2–4% chłopców i 5–10% dziewcząt od czasu do czasu zachowuje się jak „płeć przeciwna”. Inne wykazują, że 23% chłopców i 39% dziewcząt wykazuje takie zachowania (Sandberg i in. 1993). Dodatkowo, World Professional Association for Transgender Health (WPATH) stwierdza, że ekspresja płciowa niezgodna z normami społecznymi sama w sobie nie stanowi problemu zdrowia psychicznego, a bycie transpłciowym jest kwestią różnorodności, a nie patologii (WPATH 2011). Człowiek może odkryć swoją transpłciowość

już w okresie dzieciństwa w wieku 3–4 lat (Abramowska i in. 2016). Dzieci transpłciowe mają wiele wspólnego z dorosłymi, ale ze względu na ich wiek istnieją istotne różnice w tym, jak rodziny, społeczności i specjaliści mogą je wspierać. Murchison (2016) w przewodniku przeznaczonym dla każdego, kto zna dziecko transpłciowe, dokonuje przeglądu tego, co eksperci medyczni i edukacyjni wiedzą o dzieciach transpłciowych, bada mity na temat korekty płci w dzieciństwie i oferuje sugestie dla dorosłych posiadających dzieci transpłciowe. Podkreśla, że nie wszyscy znają terminy używane do opisanie dzieci i dorosłych osób trans/płciowych. Chłopcy transpłciowi to dzieci przydzielone do płci żeńskiej po urodzeniu, ale identyfikujące się jako chłopcy; dziewczynki transpłciowe to dzieci przydzielone płci męskiej po urodzeniu, ale identyfikujące się jako dziewczynki (Murchison 2016). Obawy o to, co dzieje się w okresie dojrzewania i obawy przed decyzjami medycznymi jako nieodwracalnymi, sprawiają wiele niepokojów społecznych. Doświadczenia dzieci dotyczące ich płci są zróżnicowane i mogą się zmieniać w czasie. W szczególności jedna statystyka jest często używana do wzmacniania argumentów przeciwko transformacji: twierdzenie, że 80% dzieci odmiennych płciowo nie będzie niezgodnych z płcią po okresie dojrzewania. Rzeczywiście należy zwrócić szczególną uwagę na grupy dzieci, do których te statystyki najwyraźniej się odnoszą (Vooris 2016).

Większość dzieci transpłciowych nosi ubrania przypisane preferowanej przez nich płci, bawi się zabawkami zwykle preferowanymi przez swoją odczuwaną płć. Objawia się to zwykle poniżej 5 roku życia. Etiologia tej złożonej diagnozy nie jest jasna (Zucker i in. 2016; Ghosh 2015). Niezwykle ważne jest, aby podkreślić, że rozwój płci transpłciowych dzieci jest niezwykle podobny do rozwoju ich rówieśników cisplciowych. Oznacza to, że transpłciowe dziewczynki wyglądają jak inne dziewczęta, ale przypominają chłopców pod względem tożsamości płciowej. Podobnie transpłciowi chłopcy zachowują się jak inni chłopcy. Ponadto transpłciowe dzieci widzą się w przyszłości w płci, z którą się utożsamiają, co sugeruje, że tożsamości te utrzymywane są na niższych poziomach świadomości. Tożsamość transpłciowa nawet u bardzo małych dzieci może być zaskakująco solidna i konsekwentna pod względem różnych środków, co jest sprzeczne z popularnymi przekonaniem, że takie uczucia są ulotne lub że dzieci po prostu udają płć przeciwną (Olson 2017). Przy czym dowody z 10 prospektywnych badań Ristori i Steensma (2016) wskazują, że u około 80% dzieci, które spełniają kryteria, dysforia ustępuje wraz z okresem dojrzewania (Ristori i Steensma 2016; Zucker i in. 2016). Niektórzy badacze uważają, że wczesny początek transpłciowości ma miejsce w dowolnym

momencie przed okresem dojrzewania, podczas gdy inni uznają, że ma to miejsce w okresie niemowlęcym i przedszkolnym (Zucker i in. 2016). Kryteria diagnostyczne DSM-5 dla dysforii płciowej u dzieci zaprezentowano w tabeli 1.

Tabela 1. Kryteria diagnostyczne DSM-5 dla dysforii płciowej u dzieci (na podstawie: Underwood i in. 1999; Lee i Houk 2005; Roberts i in. 2012; Ghosh 2015; Ehrensaft 2016; The American Psychiatric Association 2016; Zucker i in. 2016; Riggs i Bartholomaeus 2018)

Kryteria diagnostyczne DSM-5 dla dysforii płciowej u dzieci	
Ogólny stan	Wyraźna niezgodność między doświadczaną/wyrażoną płcią a przypisaną przy urodzeniu płcią, trwająca co najmniej 6 miesięcy i przejawiająca się silnym pragnieniem bycia innej płci lub naleganiem, aby być innej alternatywnej płci niż ta przypisana po urodzeniu.
Musi być obecnych co najmniej pięć z warunków:	U chłopców (przypisana płeć) zdecydowanie preferuje się przebieranie lub symulacje strojów kobiecych; lub u dziewcząt (przypisana płeć), silna preferencja do noszenia tylko typowych męskich ubrań i silna odporność na noszenie typowych kobiecych ubrań.
	Zdecydowane preferowanie roli cross-gender w zabawach lub fantazjach.
	Silna preferencja dla zabawek, gier lub działań stereotypowo wykorzystywanych lub angażowanych przez drugą płeć.
	Silna preferencja dla towarzyszy drugiej płci.
	U chłopców (przypisana płeć) silne odrzucenie typowo męskich zabawek, gier i zajęć oraz silne unikanie „chłopięcych” zabaw; lub u dziewcząt (przypisana płeć), silne odrzucenie typowo kobiecych zabawek, gier i zajęć.
	Silna niechęć do swojej anatomii seksualnej.
	Silne pragnienie pierwotnych i/lub wtórnych cech płciowych pasujących do odczuwanej płci.
	Stan ten jest również związany z klinicznie istotnym niepokojem lub upośledzeniem w obszarach społecznych, szkolnych lub innych ważnych obszarach funkcjonowania.

Kryteria DSM-5 dla diagnozy dysforii płciowej u dzieci są zdefiniowane w bardziej konkretny, behawioralny sposób niż dla nastolatków i dorosłych,

np. nie ma naukowych podstaw by sądzić, że zabawa zabawkami typowymi dla chłopców definiuje dziecko jako chłopca i odwrotnie. Kryterium DSM-5 wy daje się ignorować fakt, że dziecko może przejawiać wyrażoną płęć przejawiającą się cechami społecznymi lub behawioralnymi, niezgodną z płcią biologiczną dziecka, ale bez identyfikowania się jako płęć przeciwna. Co więcej, nawet w przypadku dzieci, które identyfikują się jako płęć przeciwna do płci biologicznej, diagnozy dysforii płciowej są niewiarygodne. Rzeczywistość jest taka, że mogą mieć trudności psychologiczne w zaakceptowaniu swojej płci urodzeniowej i oczekiwań związanych z rolami płciowymi, a traumatyczne doświadczenia w tym zakresie mogą powodować niepokój (Mayer i McHugh 2016). Jeżeli całkowite odwrócenie tożsamości płciowej byłoby możliwe za pomocą metod leczenia innych niż SRS, klinicyści powinni powstrzymać się od SRS u nastolatków. Jednak nieliczne opublikowane studia przypadków osób transpłciowych, które zostały „wyleczone” po psychoterapii, nie pozwalają wyciągać takich wniosków z kilku powodów. Po pierwsze, operacjonalizacje tożsamości płciowej różnią się znacznie w zależności od raportu, a sukces leczenia ocenia się na podstawie różnorodnych, wątpliwych kryteriów. Po drugie, niewiele raportów wspomina o długoterminowych działaniach następczych (np. niektórzy wnioskodawcy powstrzymują się od SRS, a nawet funkcjonują bez psychoterapii, ale wiele lat później wracają, aby kontynuować procedurę). Wreszcie, studia przypadków opisują pacjentów, którzy byli bardzo zmotywowani do „zmiany” swojej tożsamości płciowej, co jest rzadko spotykane. Co więcej, mimo wielu lat intensywnej psychoterapii, trwała zmiana tożsamości płciowej, nawet w „łagodniejszych” przypadkach, nie zawsze jest możliwa. Stąd też SRS jest najlepszą opcją leczenia osób transpłciowych, przy badaniu granic leczenia młodszych grup wiekowych (Cohen-Kettenis i van Goozen 1997).

Nietypowe zachowania związane z płcią są powszechne wśród małych dzieci i mogą być częścią standardowego rozwoju. Niektóre badania pokazują, że dzieci, które miały bardziej intensywne objawy i niepokój, były bardziej uparte, natarczywe i konsekwentne w swoich oświadczeniach i zachowaniach i używały bardziej deklaratywnych stwierdzeń („Jestem chłopcem/dziewczynką” zamiast „Chcę być chłopcem/dziewczynką”) (The American Psychiatric Association 2016; Sherer i in. 2015; Steensma i in. 2013; Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) 2013). Na początku dojrzewania dysforia płciowa może wywołać niezdolność dziecka do prawidłowego funkcjonowania, ponieważ zaczynają pojawiać się u niego cechy płciowe niezgodne z jego tożsamością płciową. Te niespójności są również widoczne dla rówieśników. Młodzież transpłciowa często podejmuje szczególne środki ostrożności, aby

ukryć swoje dojrzewające ciała z nadzieją na zaprezentowanie światu zewnętrznemu ciał zgodnych z ich tożsamością płciową, np. osoba, która identyfikuje się jako mężczyzna, może używać odzieży (bindery) i materiałów, aby spłaszczyć kontury swojej klatki piersiowej (Baum i in. 2015). Uczucia dysforii związane z ciałami mogą oznaczać, że młodzi transpłciowi ludzie nakładają bardzo konkretne ograniczenia na rodzaje intymności, w które się angażują (Riggs i Bartholomaeus 2018).

### Protokoły postępowania medycznego w przypadku dzieci i młodzieży transpłciowej

Większość osób transpłciowych jest świadoma swojej niezgodności płciowej w okresie dojrzewania. Wielu specjalistów sugeruje, że leczenie jest bardziej odpowiednie dla nastolatków. Normy DSM-V i WPATH zauważają, że 2-letnie dzieci mogą wykazywać oznaki GD, ale utrzymywanie się GD w okresie dojrzewania i dorosłości nie jest nieuniknione. W rzeczywistości bardzo często młodzi ludzie, których zdiagnozowano i którym podano hormony hamujące dojrzewanie płciowe, kontynuowali leczenie potwierdzające płęć, gdy przechodzili do dorosłości, co jest mocnym dowodem na to, że ich odczucia na temat własnej płci nie zniknęły (Parr 2016). Trwa debata w środowisku medycznym na temat tego, czy leczenie potwierdzające płęć jest medycznie konieczne dla osób poniżej 18 roku życia, oraz wokół trudności, jakie napotkać można w określaniu sposobu leczenia w okresie dojrzewania. Chociaż DSM-V, WPATH i APA uznają, że dzieci mogą doświadczyć GD, badania sugerują, że leczenie dzieci w wieku poniżej 12 roku życia może być niepotrzebne. Standardy WPATH zauważają, że niektóre dzieci mogą przestać doświadczać GD, gdy zaczynają dojrzewanie i nie zalecają u nich interwencji fizycznych. APA zauważa, że nie jest możliwe rozróżnienie między dziećmi, które przestaną doświadczać GD, od tych, u których utrzyma się ona w wieku dojrzewania i dorosłości. Leczenie w okresie dojrzewania budzi także obawy, że młodzież może mieć współistniejące schorzenia psychiczne utrudniające ekspertowi zdrowia psychicznego ich ocenę. Ponadto nastolatki mogą koncentrować się na swoich bezpośrednich pragnieniach, co może utrudnić ocenę ich zdolności poznawczej i emocjonalnej do podjęcia decyzji o kontynuowaniu leczenia potwierdzającego płęć. W wyniku tych obaw niektórzy lekarze niechętnie leczą nastolatków; w przypadku tych powyżej 12 roku życia istnieje większe prawdopodobieństwo, że lepiej rozumieją stałość płci i tym samym częściej doświad-

czają trwałego GD (Parr 2016). Najczęściej stosowanymi wytycznymi dotyczącymi leczenia GD u dzieci i młodzieży są wytyczne The Endocrine Society oraz World Professional Association for Transgender Health, które są oparte na tak zwanych protokołach Modelu Holenderskiego (Dutch Model Protocols) opublikowanych i praktykowanych w Amsterdam Gender Clinic. Holenderski protokół zaleca leczenie, jeśli GD nasili się w okresie dojrzewania, a opieka polega na udzielaniu informacji, pomocy psychologicznej i poradnictwie rodzinnym. U młodzieży leczenie jest zalecane w wieku 12 lat i starszym, gdy osoby znajdują się we wczesnych stadiach dojrzewania i doświadczają uporczywej GD (de Vries i Cohen-Kettenis 2012).

GD zostało uznane przez społeczność medyczną jako stan kliniczny dotyczący dzieci i dorosłych, który wymaga leczenia i opracowania odpowiednich protokołów zdrowotnych w celu jego leczenia. Rzeczywiście pracownicy służby zdrowia i psychologowie opracowali kryteria diagnostyczne u nastolatków i przedstawili najlepsze metody i praktyki leczenia (Parr 2016). Ogromna liczba decyzji, informacji i opinii z różnych dziedzin wymaga umiejętności wyważenia wielu czynników, często w obszarach wykraczających poza kompetencje zawodowe lekarza jednej specjalizacji. Chociaż nie ma gwarancji, że wybrana ścieżka zawsze będzie właściwa, bycie częścią zespołu specjalistów pracujących razem, aby wspierać wszystkie aspekty życia dziecka, znacznie zwiększa możliwość znalezienia najlepszej ścieżki postępowania (Gender Spectrum). W zależności od okoliczności, w jakich znajduje się młoda osoba w okresie dojrzewania, może ona zacząć przyjmować leki opóźniające fizyczne zmiany związane z dojrzewaniem. Leki te dają możliwość określenia swojej tożsamości płciowej bez niepokoju związanego z rozwojem trwałych, niepożądanych cech fizycznych płci przypisanej po urodzeniu. W tym czasie powinien zostać opracowany plan leczenia, obejmujący przyjmowanie hormonów płciowych w celu wywołania dojrzewania zgodnego z tożsamością płciową. Istnieje wiele barier w dostępie do tego rodzaju opieki; w niektórych przypadkach młodzież transpłciowa może nie podejmować określonych kroków w ramach przejścia. Dlatego niezwykle ważne jest, aby potwierdzić wyrażoną przez młodą osobę tożsamość płciową (Baum i in. 2015).

Leki znane medycznie jako inhibitory GnRH, a powszechnie nazywane blokerami dojrzewania, stosuje się, gdy dysforia płciowa wzrasta wraz z początkiem dojrzewania, gdy dziecko wciąż kwestionuje swoją płć lub gdy dziecko, które zmieniło się społecznie, musi unikać niepożądanych zmian dojrzewania. Opóźniając dojrzewanie dziecko i rodzina zyskują czas (zwykle kilka lat) na badanie uczuć i możliwości związanych z płcią. W tym czasie może zrezygnować

z przyjmowania leków hamujących dojrzewanie. Jednak większość dzieci, które we wczesnym okresie dojrzewania doświadczają znacznej dysforii ze względu na płeć (lub które przeszły wczesną transformację społeczną), będzie miało tę tożsamość transpłciową przez całe życie. Leki hamujące dojrzewanie płciowe mogą radykalnie poprawić ich życie (Murchison 2016). Zahamowanie dojrzewania płciowego za pomocą analogów hormonu uwalniającego gonadotropinę jest częścią protokołu dla tych pacjentów. Celem zahamowania dojrzewania jest złagodzenie cierpienia psychicznego spowodowanego rozwojem wtórnych cech płciowych (de Vries i Cohen-Kettenis 2012). Przykłady interwencji, zgodnie z zaleceniami WPATH, są następujące: 1) w pełni odwracalne: hormony hamujące dojrzewanie, do których młodzież może kwalifikować się, gdy tylko zaczną się zmiany w okresie dojrzewania; dwa cele uzasadniają interwencję – ich stosowanie daje nastolatkom więcej czasu na zbadanie ich niezgodności płciowej i innych problemów rozwojowych oraz może ułatwić korektę płci zapobiegając rozwojowi cech płciowych, które są trudne lub niemożliwe do odwrócenia, jeśli nastolatki nadal będą dążyć do korekty płci; tłumienie dojrzewania może trwać kilka lat, kiedy to zapada decyzja o zaprzestaniu terapii hormonalnej lub przejściu na terapię hormonalną feminizującą lub maskulinizującą; nie prowadzi to nieuchronnie do przemian społecznych lub korekty płci; 2) częściowo odwracalne: nastolatki mogą kwalifikować się do rozpoczęcia feminizującej lub maskulinizującej terapii hormonalnej; w wielu krajach 16-latkowie są pełnoletnimi osobami w podejmowaniu decyzji medycznych i nie wymagają zgody rodziców; w idealnym przypadku decyzje dotyczące leczenia powinny być podejmowane przez nastolatka, rodzinę i zespół terapeutyczny; 3) nieodwracalne: chirurgia narządów płciowych nie powinna być przeprowadzana, dopóki pacjenci nie osiągną pełnoletniości ustawowej w danym kraju oraz żyją nieprzerwanie przez co najmniej 12 miesięcy w roli płciowej zgodnej z ich tożsamością płciową (Human Rights Watch 2017). Endocrine Society zaleca blokery dojrzewania dla nastolatków z diagnozą dysforii płciowej. Niemniej jednak długofalowy wpływ blokerów na rozwój psychiczny, wzrost mózgu i gęstość mineralną kości nie jest znany, co prowadzi do sporów dotyczących stosowania ich u zdrowych fizycznie nastolatków (Holdsworth 2016; Lathrop i in. 2013).

Cohen-Kettenis i van Goozen (1997) podają, że zalecaną procedurą w Standards of Care of the Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association jest ustalenie diagnozy transpłciowości w dwóch fazach. W pierwszym etapie gromadzone są informacje niezbędne do rozróżnienia transpłciowości od zaburzeń płci; przeprowadzane powinny być rozmowy z dzieckiem i rodzi-



ną na temat ogólnego rozwoju dziecka i jego płci, sposobu, w jaki rodzice radzili sobie z informacją o niezgodności płci dziecka. W trakcie wywiadu z nastolatkiem omawiana jest lista tematów (np. dane identyfikacyjne, relacje z rodzicem tej samej i przeciwnej płci, pierwsze świadome uczucia krzyżowe, reakcja emocjonalna dziecka na dojrzewanie, fantazje i zachowania seksualne, orientacja seksualna, lęki, znaczenie przebierania się). Dyskusji powinny podlegać kwestie takie jak wybór szkoły, kariery zawodowej, problemy szkolne, problemy w relacjach w domu i z rówieśnikami, czy romantyczne zaangażowanie (Bieńkowska-Ptasznik 2008a, 2008b). Podczas tych sesji można zaobserwować kilka ogólnych aspektów funkcjonowania dziecka (umiejętności rozwiązywania problemów, funkcjonowanie interpersonalne, testowanie rzeczywistości, stabilność życzeń SRS, itp.), a także zachowanie płciowe. Ocena psychodiagnostyczna jest kolejnym elementem pierwszej fazy. Nastolatek przechodzi testy inteligencji, osobowości oraz, jeśli to konieczne, testy neuropsychologiczne. Standardowa bateria testowa zawiera także instrumenty takie jak skala obrazu ciała oraz opracowana przez Cohen-Kettenis i van Goozen (1997) skala dysforii płciowej. Pierwsza faza może potrwać kilka tygodni, miesięcy, a nawet lat. Osoby transpłciowe muszą wykazać się przez całe życie ekstremalną i pełną tożsamością, rolą płciową. W okresie dojrzewania te uczucia i zachowania muszą stać się wyraźne. Osoby te muszą być stabilne psychicznie (z wyjątkiem depresji, która często jest konsekwencją życia w niechcianej roli płciowej) i funkcjonować społecznie bez problemów (np. mieć wspierającą rodzinę, czy komfortowo czuć się w szkole). Jeśli kandydaci spełniają powyższe wymagania, mogą przejść do drugiej fazy diagnostycznej, nawet jeśli mają mniej niż 18 lat. Drugi etap zakłada rozpoczęcie rzeczywistego testu wspomaganego przez (częściowe) leczenie hormonalne, które blokuje działanie sterydów płciowych w sposób odwracalny: ciała osób M/K nie maskulinizują się dalej, a K/M przestają miesiączkować i czasami doświadczają redukcji tkanki piersiowej. Całkowite leczenie hormonalne nie jest odwracalne i maskulinizuje ciało kobiece lub feminizuje ciało męskie. Podaje się je przed ukończeniem 18 roku życia, tylko gdy pacjent pozytywnie zareagował na częściowe leczenie hormonalne. Podczas testu prawdziwego życia (RLE) kandydaci muszą żyć pełnoetatowo w roli pożądanej płci. W ten sposób mogą odkryć, czy są w stanie uchodzić za osobę preferowanej przez siebie płci i doświadczyć zalet i wad nowej sytuacji. Jeśli test prawdziwego życia zostanie zaliczony, pacjent zostaje skierowany na operację. Minimalny czas trwania testu życia wynosi rok dla osób K/M i 1,5 roku dla osób M/K. Różnica wynika z tego, że zmiana roli płci wydaje się mieć większy wpływ na życie osób M/K, potrzebujących więcej czasu na dostosowanie

do nowej sytuacji (Cohen-Kettenis i van Goozen 1997). Zwykle wymagania nie zezwalają na SRS bez 12-miesięcznego pełnego RLE, nawet gdy pacjent go nie chce, a RLE niesie ryzyko psychospołeczne, np. utratę pracy, pogorszenie relacji z rodziną i przyjaciółmi, dyskryminację ze względu na płeć, wykorzystywanie fizyczne i psychiczne (Zucker i in. 2016).

Młodzież transpłciowa doświadcza podwyższonego ryzyka wystąpienia problemów psychospołecznych (Bechard, i in. 2017). Kontrowersje wynikają z obaw, że praktyki psychoterapeutyczne potwierdzające płeć doprowadzają do dużej liczby „fałszywych trafień” (tj. nieprawidłowego przypisania tożsamości płciowej poprzez natychmiastowe jej potwierdzenie, podczas gdy w rzeczywistości młodzież nie jest „prawdziwie” trans lub jej tożsamość nie pozostanie stabilna). Dlatego też konieczne są dalsze badania w celu opracowania i udoskonalenia istniejących wytycznych dotyczących leczenia dysforii płciowej dzieci i młodzieży (Marchiano 2017).

### Prawne wytyczne dotyczące dzieci i młodzieży transpłciowej

Akt urodzenia jest potrzebny, aby przestrzegać praw człowieka, aby wiedzieć, kim jest dana osoba. Wykluczenie z systemu prawnego, w sensie wykluczenia z pewnych praw, może mieć wpływ na psychikę. Społeczność prawna musi zakwestionować założenia dotyczące prawnych definicji sex, gender, mężczyzny i kobiety (Gromkowska-Melosik 2017). Wiele dzieci żyje z prawną płcią, która nie pasuje do ich tożsamości płciowej, ale ich wiedza na temat prawnej płci jest różna. Wielu rodziców zmieniłoby płeć prawną swojego dziecka gdyby ograniczenie wiekowe było niższe i gdyby nie była wymagana operacja i inne interwencje medyczne (Dynarski, 2019). Uznają zmianę imienia za ważną i mówią o niej jako dowodzie wsparcia i szacunku dla dzieci (Sørli 2016). Komitet Praw Dziecka wyraził zaniepokojenie i wezwał państwa do zakończenia kategoryzacji obywateli w dokumentach tożsamości. Podkreślił także, że kategoryzacja i płeć prawna może naruszać prawo dzieci do prywatności i niedyskryminacji (Fineman 2014). Strukturalizm, paternalizm sądowy, brak obowiązku uświadomienia praw do opieki zdrowotnej i ignorancja zawodowa ograniczają praktykę autonomii młodzieży transpłciowej. Aktywiści walczą o uznanie praw człowieka w zakresie tożsamości płciowej, wyrażania płci i sankcji karnych za przestępstwa z nienawiści, a także autonomię osoby w podejmowaniu decyzji dotyczących jej zdrowia, gdyż młodzież transpłciowa nie cieszy się w rzeczywistości tą autonomią. Praca w tym zakresie polega na zweryfikowaniu i zrozumieniu przyczyn

tego niesprawiedliwego zjawiska poprzez zbadanie prawa i polityki stanowiącej podstawę medyczno-prawnej regulacji opieki nad młodzieżą transpłciową oraz uczeniu się ich doświadczeń. Sami młodzi wydają się niedoinformowani o swoich prawach, pomimo wysokich zagrożeń związanych z brakiem dostępu do opieki w kluczowym okresie przejściowym (Gitanjali Lena 2019).

Podnoszone są obawy o integralność cielesną w opozycji do uznania preferowanej płci nieletnich. Wielu popiera ograniczenia wiekowe jako podstawę ochrony młodzieży transpłciowej przed niewłaściwymi i przedwczesnymi interwencjami medycznymi. Argument ten zakłada, że wymagania fizyczne są nieuniknioną i konieczną cechą systemów prawnego uznania. W zakresie, w jakim dzieci zostaną uznane w preferowanej płci, będą zobowiązane do przejścia medycznego. Takie stanowisko jest niespójne z prawami człowieka. Osoby transpłciowe powinny uzyskać uznanie bez konieczności leczenia (Dunn 2018). Choć np. Ross i Need (1989) stwierdzili, że jeśli nastolatki dokonałyby społecznej korekty płci bez poddania się leczeniu hormonalnemu, mogłyby nie być postrzegane jako członkowie pożądanej płci i stać się łatwym celem nękania lub przemocy.

Posiadanie wspierających rodziców lub nawet jednej wspierającej osoby dorosłej poprawia szanse życiowe młodzieży transpłciowej. Udokumentowano również, że rodzice regularnie uniemożliwiają nieletnim i młodzieży przejście z różnych powodów. W Ontario zbadano lekarzy pod kątem znajomości prawa dotyczącego nieletnich (Śledzińska-Simon 2013). W 1979 r. stwierdzono, że spośród 29 ankietowanych 41% nie ma pewności co do prawa, a 14% nie obchodzi prawo; 28% stwierdziło, że nie może leczyć małoletniego bez zgody rodzica. Gdy poproszono o wyszczególnienie czynników, które biorą pod uwagę podczas leczenia nieletnich, 52% źle zrozumiało prawo dotyczące zgody powołując się na powagę problemu jako czynnik do rozważenia, następnie wiek i zależność młodzieży od rodziny. Warto zauważyć, że ci lekarze uważali, że prawo jest nieistotne dla ich praktyki. Badanie wykazało, że młodzież nie może podejmować decyzji dotyczących leczenia z powodu ignorancji lekarzy i boryka się z labiryntem przeszkód, oprócz strukturalnej podatności na ubóstwo i niedostatek. Najpierw musi znaleźć klinikę, poprosić lekarza o stwierdzenie zdolności do podejmowania decyzji, a następnie przekonać psychiatrę, że jest „wystarczająco transpłciowa”, aby zdiagnozować dysfориę płciową. Ponadto młodzież musi udowodnić, że jest wystarczająco stabilna finansowo, emocjonalnie, psychologicznie i logistycznie, aby przejść do działania medycznego i pokryć koszty leków, hormonów i operacji. Ponadto, niechęć sędziów do zachęcania nieletnich do rozwijania autonomii i podejmowania decyzji wydaje się być punktem spornym (Gitanjali Lena 2019).

Sposób formalnego uznawania osób wpływa bezpośrednio na to, czy mogą korzystać z ochrony i uznania. Samo istnienie prawnego systemu przejściowego nie przesądza o statusie osób transpłciowych, jeżeli treść tego schematu unieemożliwia dostęp do przejścia prawnego. Jurysdykcja, która rozszerza ogólne prawa do afirmacji na osoby transpłciowe, może stwarzać bariery nie do pokonania poprzez nieosiągalne warunki wstępne (Śledzińska-Simon 2010). Większość jurysdykcji na całym świecie wyklucza lub ogranicza prawo nieletnich do dostępu do prawnego uznania płci. Podczas gdy rosnąca liczba krajów uznaje tożsamości transpłciowe dorosłych, istnieje wyraźna preferencja w zakresie ograniczania lub zniechęcania dzieci do składania wniosków. W Radzie Europy tylko sześć krajów, Irlandia, Holandia, Norwegia, Szwecja, Malta i Belgia wyraźnie zezwala nieletnim na legalną zmianę. Malta jest jedyną jurysdykcją europejską, która nie narzuca minimalnego wieku do uznania płci, ale dzieci maltańskie muszą mieć zgodę rodziców do osiągnięcia wieku 16 lat. Chociaż prawo duńskie zezwala dorosłym na samodzielne określenie preferowanej płci, pomija się nieletnich. W istocie wyraźne zakazy są egzekwowane w wielu jurysdykcjach europejskich, w tym Hiszpanii, Wielkiej Brytanii, Polsce, Czechach, na Ukrainie. W Ameryce Łacińskiej, gdzie (pomimo powszechnych aktów transfobicznej przemocy) społeczności transpłciowe zyskały coraz większe prawa, Argentyna pozostaje jedyną, która oferuje państwowe uznanie dla młodzieży transpłciowej, podczas gdy ustawodawstwo w Boliwii, Ekwadorze i Urugwaju wprowadziło ochronę tożsamości płciowej. We wszystkich trzech krajach nadal wykluczane są osoby poniżej 18 roku życia. Szereg kanadyjskich prowincji, takich jak Ontario i British Columbia, otworzyło uznanie płci dla młodzieży transpłciowej. Jednak we wszystkich przypadkach rodzice i lekarze zachowują kontrolę. Dzieje się tak również w wielu stanach Australii, w tym w Nowej Południowej Walii, Queensland i Australii Zachodniej, gdzie osoby transpłciowe muszą udowodnić zarówno zgodę rodziców, jak i interwencję lekarską. Wreszcie w Azji prawo Japonii, Chin, Tajwanu i Korei Południowej wymaga wnioskodawcy mającego co najmniej 20 lat. Podobnie w Hongkongu osoby transpłciowe muszą wykazać dowód operacji potwierdzającej płeć, której nie można wykonać przed osiągnięciem pełnoletności. Biorąc pod uwagę, że 34 stany USA wymagają zabiegu chirurgicznego jako warunku wstępnego do zmiany aktów urodzenia, a wielu amerykańskich lekarzy nie interweniuje chirurgicznie wobec nieletnich, istnieje dorozumiany zakaz uznawania młodych kandydatów. Podobnie w Nowej Zelandii, choć ustawa o urodzeniach, zgonach, małżeństwach i związkach z 1995 roku obejmuje wnioskodawców dzieci, jest niewiele zgłoszonych przypadków korekty aktów urodzenia dzieci. Pojawiają się problemy, gdy przepisy krajowe wyma-

gają uzyskania zgody sądu. W takich okolicznościach indywidualni sędziowie mogą utrudniać dostęp nieletnich do uznawania płci. Istnieje wiele udokumentowanych przypadków, w których sądy odmawiały potwierdzenia preferowanej płci dziecka (Dunn 2018).

Na pierwszy rzut oka obniżenie granicy wieku korekty płci wydaje się dobrym rozwiązaniem, ponieważ w większym stopniu obejmuje prawa dzieci, ale ta opcja wyklucza dzieci, które nie mają wsparcia rodziców. Na przykład w 2011 r. Niemiecki Trybunał Konstytucyjny orzekł, że operacja korekty płci narusza prawo do samostanowienia i integralności fizycznej. Podobnie w 2012 r. sąd apelacyjny w Sztokholmie orzekł, że szwedzki wymóg sterylizacji stanowi przymusowe wtargnięcie w integralność fizyczną osoby. W Norwegii praktyka ta nie ma wystarczających podstaw prawnych, aby uzasadnić ingerencję. Propozycja prawna sugeruje, że korekta płci prawnej powinna być dokonana bez interwencji medycznych lub diagnoz. Zamiast tego wymagane jest poczucie przynależności do płci innej niż przypisana przy urodzeniu. Jedynym „dowodem” jest oświadczenie własne. Wniosek sugeruje zatem, że dzieci powinny mieć możliwość korekty płci prawnej. Prawna płeć figuruje w dokumentach tożsamości, co może oznaczać, że osoba może paść ofiarą dyskryminacji i przestępstw z nienawiści, jeśli istnieje rozbieżność między jej dokumentami a wyrażeniem płci. Istnieje też ryzyko, że dzieci mogą zmienić zdanie, zarówno w okresie dojrzewania, jak i później. Co więcej, możliwość wykorzystania praw jest niewielka. Brak takiej możliwości może oznaczać, że życie dziecka zostanie zawieszona, z tłumieniem tożsamości płciowej i negatywnymi konsekwencjami dla jego zdrowia (Sørli 2016).

Rosnąca liczba państw zniosła wymagania medyczne dotyczące korekty płci prawnej. Propozycja prawna sugeruje ograniczenie wieku do 16 lat w celu korekty płci prawnej bez zgody rodziców; dzieci w wieku od 7 do 16 lat potrzebują zgody rodziców. Pierwsza z opcji jest zgodna z ich prawem do poszanowania życia prywatnego, zapisanym w art. 8 EKPC i art. 16 CRC oraz do ochrony przed dyskryminacją zgodnie z art. 14 w związku z art. 8 EKPC i art. 2 CRC. Ta opcja zapewnia im prawo do prywatności i pozwala kontrolować, czy inne osoby mogą uzyskać informacje o swojej historii płci. Niepożądane ujawnienie tożsamości płciowej może naruszać prawo do poszanowania życia prywatnego. Osoby (dzieci), które nie chcą przejść pełnego leczenia potwierdzającego płeć, byłyby także w stanie uzyskać legalne uznanie swojej tożsamości płciowej. Niektórzy twierdzą, że nieletni poniżej 16 roku życia nie są kompetentni do podjęcia decyzji o korekcie płci (Sørli 2016). Podobnie jak w przypadku osób w wieku 12–16 lat o uznanie płci w przypadku dzieci poniżej 12 lat może

wystąpić rodzic. Po raz kolejny istniałby wymóg priorytetowego traktowania dobra dziecka. Młodzi ludzie mogą odnieść korzyści ze spotkania z wyznaczoną przez państwo stroną trzecią, która dostarcza informacji dostosowanych do wieku i upewnia się, że dzieci rozumieją proces uznawania kwalifikacji. Zgodnie z art. 5 argentyńskiej ustawy o tożsamości płciowej z 2012 r. małoletni jest zawsze wspierany przez prawnika ds. dzieci (Dunn 2018).

Konflikt racjonalny za i przeciw ograniczeniom opartym na wieku w przypadku leczenia potwierdzającego płeć może opierać się na doktrynie świadomej zgody zakładającej, że osoby niepełnoletnie nie są w stanie w pełni zrozumieć decyzji zdrowotnych, a zatem nie mogą wyrazić świadomej zgody na leczenie. Badania pokazują, że zanim osiągnie 16 lat, młodzież ma taką samą zdolność poznawczą do podejmowania decyzji dotyczących leczenia jak dorośli (Parr 2016). Świadoma zgoda to zindywidualizowany proces zamknięty w systemie, który nie informuje młodzieży o przysługujących jej prawach ustawowych. Ustawodawcy, chociaż świadomi zasad i norm prawnych, muszą wprowadzić edukację i monitorowanie w ustawach, aby można było wspierać warunki autonomii. Ma to kluczowe znaczenie, gdyż młodzież uważa, że sądy działające na rzecz sprawiedliwości są niedostępne. W związku z tym doświadcza prawnych ograniczeń co do swojej autonomii z powodu niewystarczającej wiedzy o prawach do opieki zdrowotnej, poglądów protekcyjnych ze strony ich rodzin, pracowników służby zdrowia, pracowników socjalnych i sędziów oraz języka i stosowania biurokratycznych polityk. Co więcej, fenomenologiczne dane z badań terenowych potwierdzają, że młodzież transpłciowa podlega arbitralnym ograniczeniom autonomii w podejmowaniu decyzji dotyczących opieki zdrowotnej (Gitanjali Lena 2019). Kluczowe pytanie dotyczące rozpoczynania procesu przejścia u młodych ludzi dotyczy tego, czy młodzież jest w stanie podejmować własne decyzje dotyczące leczenia. Gdyby nie można było zgodzić się na interwencje, których wynik jest niepewny, wiele badań medycznych z udziałem ludzi byłoby nieetycznych. Oczywiście, aby wyrazić ważną zgodę, wnioskodawca musi otrzymać pełną informację o leczeniu i ryzyku każdego etapu terapii. Następnie rozważa ryzyko leczenia, potencjalne jego korzyści oraz psychologiczne i fizyczne skutki braku leczenia. Wreszcie, oceniając celowość hormonalnej supresji dojrzewania płciowego jako pierwszej, ale odwracalnej fazy w procedurze korekty płci, należy wziąć pod uwagę nie tylko konsekwencje interwencji, ale też konsekwencje nieleczenia. Brak interwencji nie jest neutralny; ma negatywne konsekwencje dla jakości życia osób, które musiały czekać na leczenie do okresu dojrzewania. Może to prowadzić do nieodpowiedzialnych i ryzykownych, niezdrowych działań pacjenta w celu

uzyskania dostępu do pożądaných leków, nieufności wobec specjalistów, co ma negatywne konsekwencje, np. może prowadzić do złego funkcjonowania psychicznego, czy poczucia wstydu z powodu wyglądu. Dlatego opieka nad młodymi osobami transpłciowymi musi być otwarta na naukową analizę. Zdając sobie sprawę z potencjalnej szkodliwości braku interwencji można się zastanowić, czy brak leczenia może być nie tylko wątpliwy z przyczyn etycznych, ale także mieć konsekwencje prawne (Hines 2007).

### Działania na rzecz dzieci i młodzieży transpłciowej

Podczas gdy wielu kwestionuje potrzebę podejmowania długofalowych decyzji w młodym wieku, ważne jest, aby zrozumieć poczucie niepokoju, jakie mogą odczuwać nastolatki w okresie dojrzewania. Oprócz nieodwracalnych zmian cielesnych, które mają miejsce w okresie dojrzewania, stres związany z nawigowaniem po świecie społecznym w niewłaściwej roli płciowej jest znaczny, a ryzyko samobójstwa i samookaleczenia może dramatycznie wzrosnąć w tym czasie. Zatem pilną potrzebę młodego człowieka do przejścia należy rozważyć w kontekście. Zarówno decyzja o przejściu, jak i decyzja o rezygnacji mają konsekwencje (Delemarre-van de Waal i Cohen-Kettenis 2006). Cierpliwość, wsparcie i wysłuchanie są najlepszym lekarstwem dla dziecka badającego swoją płeć. Dzieci wyraźnie transpłciowe mogą wymagać opieki ze względu na problemy z wynikami w szkole i interakcjami społecznymi, lęk, depresję, samookaleczenia i samobójstwa. Zależnie od wieku dziecka i oznak niepokoju poradnictwo i terapia afirmatywna mogą pomóc. W wielu przypadkach lekarstwem jest podjęcie kroków w celu potwierdzenia płci, która jest dla dziecka autentyczna. Ważne jest aby zrozumieć, że w przypadku dzieci, które nie osiągnęły dojrzałości płciowej, korekta płci nie wymaga interwencji medycznych: obejmuje zmiany społeczne takie jak imię, zaimek i ekspresja płciowa. Rodziny i lekarze dzieci transpłciowych często zgłaszają, że proces korekty płci jest transformacyjny a nawet ratuje życie i powoduje poprawę samopoczucia psychicznego dziecka (Ehrensaft 2016). Konsultacje z ekspertami od tożsamości płciowej są pomocne dla wielu rodzin (Murchison 2016).

Trwa debata na temat potrzeby diagnozy dzieci w wieku przedpokwitaniowym, które nie potrzebują modyfikacji ciała. Zamiast tego wiele dzieci korzysta z porad wspierających je podczas poznawania płci, pomagających poczuć się komfortowo z tożsamością płciową, jakiej doświadczają, i odkryć sposoby radzenia sobie z reakcjami na ich problemy związane z płcią. Muszą wiedzieć,

że ich tożsamość jest szanowana. Nauczyciele i rodzice także potrzebują informacji i wsparcia. Żadna z okoliczności nie uzasadnia wskazania różnicy płci dzieci jako choroby i poddania jej piętnowaniu diagnozą patologii. Grupa ekspertów zwołana przez Global Action for Transgender Equality (GATE) w 2013 r. zaproponowała schemat diagnostyczny ułatwiający dostęp do wsparcia dzieci, a także dokumentuje takie wsparcie bez piętnowania różnicy płci lub podważania zasad etycznych i praw do pracy z nimi. Podejście to wykorzystuje kody, które nie reprezentują diagnoz patologicznych, lecz dokumentują czynniki wpływające na stan zdrowia i kontakt ze służbą zdrowia. Wpływowe organizacje transpłciowe takie jak International Campaign Stop Trans Pathologization (STP) i Transgender Europe (TGEU) wyraziły jednoznaczny pogląd, że patologizacja różnorodności płciowej u dzieci jest niepotrzebna i szkodliwa (Winter i in. 2016).

Często rodzice zajmują pierwsze miejsce w staraniach o zrozumienie i pomoc dziecku transpłciowemu. Na drugim miejscu są często specjaliści medyczni. To stawia ich w ważnej pozycji. Ważne jest, aby zdali sobie sprawę, że szerszy poziom zrozumienia kwestii płci ma kluczowe znaczenie podczas pracy z młodym transpłciowym pacjentem. Należy też zdawać sobie sprawę, że rodzice lub rodzina również mogą potrzebować wsparcia w aspekcie zrozumienia co dzieje się z dzieckiem (Gender Spectrum).

W USA działa Fenway Health, która od 1971 r. jest liderem w zakresie wysokiej jakości opieki zdrowotnej niezależnie od tożsamości i ekspresji płci. W 2001 r. uruchomiła The Fenway Institute, interdyscyplinarne centrum badań, szkoleń, edukacji i opracowywania polityk koncentrujących się na problemach zdrowotnych transpłciowych nastolatków i młodych dorosłych zagrożonym bezdomnością i uzależnieniami (Fenway Health). Gender Spectrum to z kolei organizacja, która pomaga tworzyć środowiska sprzyjające włączeniu społecznemu dla dzieci transpłciowych. Oferuje bezpłatne grupy internetowe dla ich rodzin, gdzie mogą znaleźć porady i wsparcie – od przewodników instruktazowych po badania i materiały szkoleniowe, które pomagają zrozumieć pojęcia tożsamości płciowej w kontekście społecznym, kulturowym, organizacyjnym, np. poprzez tworzenie społeczności online. Opracowała przewodnik dla nauczycieli, którzy chcą, aby ich zajęcia na temat płci były bardziej integracyjne i przyjazne dla wszystkich uczniów. Działania polegają również na organizacji szkoleń dla nauczycieli na temat integracji płci w szkołach (Gender Spectrum 2019).

Centrum ds. Dzieci i Młodzieży (CAGC) w USA to współpraca między Szpitalem Dziecięcym UCSF Benioff a organizacjami społecznymi zajmują-



cymi się zdrowiem transpłciowych dzieci. Centrum zakłada, że ci młodzi ludzie reprezentują często źle rozumianą i zmarginalizowaną populację stojącą w obliczu wysokiego ryzyka wyzwań psychiatrycznych i społecznych, w tym depresji, zażywania narkotyków, izolacji, dyskryminacji i samobójstw. Centralnym punktem jest Klinika CAGC mieszcząca się w Oddziale Endokrynologii Dziecięcej w Szpitalu Dziecięcym UCSF Benioff, który oferuje opiekę medyczną i psychologiczną, edukację i wsparcie prawne dla transpłciowych młodych ludzi oraz aktywnie uczestniczy w szkoleniu studentów medycyny w zakresie kompleksowej opieki nad osobami transpłciowymi (Gender Spectrum 2019).

Młodzież transpłciowa napotyka wiele przeszkód w korygowaniu dokumentów tożsamości – od wysokich kosztów zmiany imienia na odzwierciedlające ich tożsamość po wymaganie operacji przed korektą oznaczenia płci w akcie urodzenia (Grzejszczak 2013). Tym bardziej, że cierpienie psychiczne spowodowane odrzuceniem rodziny jest potęgowane, gdy rodzice nie zgadzają się na potwierdzenie tożsamości płciowej ich dziecka. Brak znajomości przez sąd potrzeb młodzieży transpłciowej może jeszcze bardziej utrudnić ten proces. Edukując sądy o transpłciowości młodzieży i obecnych standardach opieki, rodzice coraz częściej potrafią pokazywać sędziom, że wspieranie i potwierdzanie tożsamości płciowej leży w najlepszym interesie dziecka. Istnieje wiele powodów, dla których wszyscy interesariusze szkoły powinni współpracować i tworzyć szkolne środowisko bardziej uwzględniające płeć. Personel szkoły musi opracować zasady wprowadzania prawidłowych informacji do systemu informacyjnego niezależnie od imienia ucznia lub oznaczenia płci. Wszyscy uczniowie muszą mieć możliwość uczęszczania do bezpiecznej, wspierającej i wolnej od dyskryminacji szkoły. Uczniowie transpłciowi muszą być traktowani zgodnie z ich tożsamością płciową, nawet w odniesieniu do obiektów i zajęć klasyfikowanych według płci. Wymaga się, aby wszystkie szkoły szanowały i potwierdzały tożsamość uczniów transpłciowych w każdym aspekcie (np. nie mogą prawnie wymagać, aby transpłciowa dziewczyna przestrzegala kodeksu ubioru chłopców; nie mogą ignorować skarg lub dyscyplinować ucznia transpłciowego surowiej niż ucznia cisplciowego za łamanie tej samej zasady szkoły) (Baum i in. 2015). Jednak niektóre badania wskazują, że te strategie są niewystarczające, aby chronić młodzież transpłciową przed stygmatyzacją. Warunki społeczne nadal przyczyniają się do stresorów doświadczanych przez tę młodzież, a stygmatyzacja jest powszechnym problemem zdrowia publicznego i zakłóca wiele systemów indywidualnych, zdrowotnych, społecznych, edukacyjnych i instytucjonalnych (Buchanan-Plaisance 2014).

## Wnioski

Przypisanie dziecku płci w chwili urodzenia tworzy zestaw oczekiwań dotyczących tego, jak będzie wyglądało jego życie. Odejście od tych oczekiwań w sposób, w jaki robią to osoby transpłciowe, naraża je na przemoc, ogranicza ich autonomię i bezpieczeństwo. Zamiast brać udział w tworzeniu restrykcyjnych i szkodliwych oczekiwań wobec dzieci, państwo i społeczeństwo powinny w bardziej elastyczny sposób podejść do przydziału płci i nie myśleć o płci dziecka jako czymś stuprocentowo poznawalnym przy urodzeniu. Obecny system przyczynia się do stygmatyzacji „innych” a to poważny afront dla ich autonomii.

Chłopcy i dziewczęta muszą zachowywać się zgodnie z tym, co społeczeństwo uważa za „normalne” zachowanie płciowe. Jest to wymuszane poprzez nagrody za odpowiednie zachowania i kary za odstępstwa od konwencjonalnych sposobów bycia dziewczynką lub chłopcem. Nawet dla rodziców wspierających preferowaną płć dziecka brak jego wyraźnej, zrozumiałej tożsamości płciowej może wywołać znaczny niepokój i stres. Rodzice mogą czuć się niekomfortowo z powodu niejednoznacznej sytuacji, ewentualnej płynności płci ich dziecka i niestety zbyt rzadko potwierdzają płć swoich transpłciowych dzieci (Biełkowska 2012).

Kompetentni lekarze i eksperci zdrowia psychicznego są niezbędnymi zasobami dla dzieci transpłciowych i ich rodzin, gdyż pomagają im zrozumieć zachowania związane z płcią. Dzieci transpłciowe, których rodziny pracują z zaufanym lekarzem, są mniej niespokojne, a ich rodziny skuteczniej radzą sobie z sytuacją, szczególnie w okresie dojrzewania. Zanim jednak dojdzie się do ostatecznych wniosków dotyczących korekty płci u nastolatków, należy przeprowadzić badania prospektywne, ze szczególnym uwzględnieniem kryteriów kwalifikujących do SRS. Zaczynając od punktu, w którym prezentacje dotyczące płci są płynne i zmieniają się w czasie, dzieciom transpłciowym należy umożliwić swobodne odkrywanie różnych tożsamości i wyrażen płciowych. Debata dotyczy tego, czy dziecko w wieku przedpokwitaniowym powinno mieć pełne prawo do korekty płci. Tym bardziej, że konsolidacja rozwoju tożsamości jest głównym celem rozwojowym okresu dojrzewania, ale wciąż nie wiadomo wystarczająco dużo o tym, jak faktycznie rozwija się tożsamość płciowa (Dynarski, Grodzka, Podobińska 2010).

Chociaż status młodych ludzi transpłciowych pozostaje niedostatecznie zbadany zarówno w praktyce praw człowieka, jak i badaniach naukowych, międzynarodowe prawa dzieci mogą pomóc w kształtowaniu krajowych reakcji na różnorodność płci. Brak szerszego zaangażowania w wymogi dotyczące

uznawania płci jest zaskakującą luką w istniejącym orzecznictwie i literaturze naukowej. Skutkuje to niedostateczną kontrolą warunków uznania preferowanej płci. Wymagania medyczne (np. operacja, sterylizacja) są niezgodne z gwarancjami integralności ciała i nie służą najlepszemu interesowi dziecka. Odwołać się można do stosowania trans-inkluzywnych ram praw człowieka.

Kluczowymi elementami prawa dziecka są: prawo do bycia wysłuchanym i prawo do informacji. Młodzi ludzie ubiegający się o uznanie płci powinni otrzymać wyczerpujące i kompletne informacje, dzięki którym będą lepiej przygotowani do dokonania racjonalnych i refleksyjnych wyborów w zakresie swojego statusu płciowego. Ważne jest, aby pamiętać, że współpraca specjalistów z dzieckiem jest umiejscowiona w kontekście, w którym istnieje wyraźna historyczna i społeczna patologizacja transpłciowości, co świadczy o potrzebie szkolenia afirmatywnego grup społecznych mających skłonność do patologizacji tożsamości płciowych. Jeśli dziecko wybiera przemianę, ważne jest szkolenie władz szkolnych.

Prawa osób transpłciowych wynikają z praw człowieka. Osoby posiadające tożsamość cisplciową lub transplciową zasługują na życie i rozwój w swoich społecznościach, swobodę nauki, pracy, zabawy, budowania życia w domu, miejscu pracy i miejscach publicznych bez obawy o bezpieczeństwo i przetrwanie, a osobiste decyzje zasługują na ochronę prawną.

## BIBLIOGRAFIA

- Abramowska M., Bojarska K., Chaber A., Dynarski W., Hunt R., Jąderek I., Kowalczyk R., Krupka-Matuszczyk I., Krzystanek M., Loewe A., Mazurczak A., Rodzinka M., Rogowska-Szadkowska D., Sady F. (2016), *Zdrowie LGBT. Przewodnik dla kadry medycznej*, w: R. Kowalczyk, M. Rodzinka, M. Krzystanek (red.) Warszawa: KPH.
- Baum J., Orr A., Brown J., Kahn E., Gill E., Salem A. (2015), *Schools In Transition. A Guide for Supporting Transgender Students in K-12*, Human Rights Campaign Foundation.
- Bechard M., VanderLaan D.P., Wood H., Wasserman L., & Zucker, K.J. (2017), *Psychosocial and psychological vulnerability in adolescents with gender dysphoria: A "proof of principle" study*, "Journal of Sex & Marital Therapy", 43, s. 678–688. doi:10.1080/0092623X.2016.1232325.
- Bieńkowska M. (2012), *Transseksualizm w Polsce. Wymiar indywidualny i społeczny przekraczania binarnego systemu płci*. Białystok: Wydawnictwo Uniwersytetu w Białymstoku.

- Bieńkowska-Ptasznik M. (2008a), *Poza binarnym podziałem płci – rzecz o transseksualizmie*, w: M. Bieńkowska-Ptasznik, J. Kochanowski (red.), *Teatr płci. Eseje z socjologii gender* (s. 187–202), Łódź: Wydawnictwo „Wschód-Zachód”.
- Bieńkowska-Ptasznik M. (2008b), *Uwięzieni w obcym ciele – ciało i tożsamość w doświadczeniu osób transseksualnych*, w: J. Bator, A. Wiczorkiewicz (red.), *Ucieleśnienia II. Płeć między ciałem i tekstem* (s. 247–262), Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.
- BuchananPlaisance\_ucla\_0031D\_12995. (2014) Merritt ID: ark:/13030/m55x-3qbj. Retrieved from <https://escholarship.org/uc/item/30v9q9wz>
- Cohen-Kettenis P., van Goozen S. (1997), *Sex reassignment of adolescent transsexuals: A follow-up study*, “I Am Acad Child Adolesc”, 36, s. 263–271.
- Delemarre-van de Waal H., Cohen-Kettenis P. (2006), *Clinical management of gender identity disorder in adolescents: A protocol on psychological and paediatric endocrinology aspects*, “European Journal of Endocrinology”, 155(1), s. 131–137.
- de Vries A., Cohen-Kettenis P. (2012), *Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: the Dutch approach*, “I Homosex”, 59, s. 301–320
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)* (2013), Fifth edition. American Psychiatric Association.
- Dunn P.R. (2018), *The Conditions for Obtaining Legal Gender Recognition: A Human Rights Evaluation*, University of Bristol Law School.
- Dynarski W., Grodzka A., Podobińska L. (2010), *Tożsamość płciowa – zagadnienia medyczne, społeczne i prawne*, w: A. Śledzińska-Simon (red.), *Prawa osób transseksualnych. Rozwiązania modelowe a sytuacja w Polsce* (s. 35–36), Warszawa: Wydawnictwo Wolters Kluwer.
- Dynarski W. (2019), *Między nieuznaniem a odrzuceniem. Trans rodziny a prawa człowieka*, w: I. Jąderek, W. Dynarski, A. M. Klonkowska. *Rodzina przede wszystkim – trans rodzicielstwo w Polsce Raport z badań*, ( s. 74–75), Warszawa: Fundacja Trans-Fuzja.
- Ehrensaft D. (2011), *Gender born, gender made*. New York, NY: The Experiment.
- Ehrensaft D. (2016), *The gender creative child: Pathways for nurturing and supporting children who live outside gender boxes*. San Francisco, CA: Workman Publishing.
- Fenway Health, Retrieved from <https://fenwayhealth.org/the-fenway-institute/>.
- Fineman M.A. (2014), *Vulnerability, Resilience, and LGBT Youth*, “Temp. Pol. & Civ. Rts. L. Rev.”, 23, s. 307.
- Frigerio A., Ballerini Lucia; Valdés Hernández M. (2018), *Structural, functional and metabolic brain differences between groups with opposite gender identity and sexual orientation. A systematic review on the neuroimaging literature up to 2018, 2004–2018 [dataset]*, University of Edinburgh, College of Medicine and Veterinary Medicine. School of Clinical Sciences, Centre for Clinical Brain Sciences.
- Ghosh S. (2015), *Gender Identity*, “Medscape”, 3, 16.

- Gender Spectrum. Understanding gender*, [www.genderspectrum.org/quick-links/understanding-gender/](http://www.genderspectrum.org/quick-links/understanding-gender/).
- Gitanjali N. L., (2019), *Understanding Trans Racialized Youth Autonomy in Health Care Decision Making in Ontario*, Osgoode Hall Law School of York University Osgoode Digital Commons Osgoode Digital Commons, 7.02.2019 (A THESIS SUBMITTED TO THE FACULTY OF GRADUATE STUDIES IN PARTIAL FULFILLMENT OF THE REQUIREMENTS FOR THE DEGREE OF MASTER OF LAWS).
- Gromkowska-Melosik, A. (2017). *Rekonstrukcje tożsamości współczesnych kobiet. Paradoxy emancypacji*, „Pedagogika społeczna”, 2(64), s. 95–116.
- Grzeszczak, R. (2013), *Transpłciowość w świetle badań*, w: W. Dynarski, K. Śmiszek (red.), *Sytuacja prawna osób transpłciowych w Polsce raport z badań i propozycje* (s. 97–103), Warszawa: Polskie Towarzystwo Prawa Antydyskryminacyjnego, Trans-Fuzja.
- Hines S. (2007), *Transgendering care: Practices of care within transgender communities*, “Critical Social Policy”, 11, Vol. 27, Issue 4, s. 462–486, Publisher Sage Publications.
- Holdsworth T. (2016), *How educational professionals can improve the outcomes for transgender children and young people*, “Department of Educational Studies”, Word Count 32, s. 847.
- Hoogensen G., Vigeland Rottem S. (2004) *Gender Identity and the Subject of Security*, “Security Dialogue”, 35, 2, s. 155–171.
- Human Rights Watch. (2017), *I Want to Be Like Nature Made Me: Medically Unnecessary Surgeries on Intersex Children in the US*, USA <https://www.hrw.org/report/2017/07/25/i-want-be-nature-made-me/medically-unnecessary-surgeries-intersex-children-us>.
- Langer S. (2014), *Our Body Project: From Mourning to Creating the Transgender Body*, “Int’l J. Transgenderism”, 15, s. 66–68.
- Lathrop B., Cheney T., Hayman A. (2013), *Ethical Decision-Making in the Dilemma of the Intersex Infant*, “Issues in Comprehensive Pediatric Nursing” 37(1), s. 25–38. <https://doi.org/10.3109/01460862.2013.855842>.
- Lee P., Houk C. (2005), *Impact of environment upon gender identity and sexual orientation: a lesson for parents of children with intersex or gender confusion*, “Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism”, 18(7), s. 625–630.
- Marchiano L. (2017), *Outbreak: On Transgender Teens and Psychic Epidemics*, „Psychological Perspectives”, 60, s. 345–366.
- Mayer L., McHugh P. (2016), *Introduction, Sexuality and Gender: Findings from the Biological, Psychological, and Social Sciences. Special Report*, “The New Atlantis”, 50, s. 10–12.
- Meyer-Bahlburg H. (2005), *Introduction: Gender Dysphoria and Gender Change in Persons with Intersexuality*, “Archives of Sexual Behaviour”, vol. 34, no. 4.

- Mitchell M., Howarth C. (2009), *Trans research review, Equality and Human Rights Commission, Research report 27*, NatCen.
- Murchison G. (2016), *Supporting & caring for transgender children*, Human Rights Campaign.
- Olson K. (2017), *When Sex and Gender Collide*, "Scientific American", 317, 3, s. 44–49.
- Parr H. (2016), *Fixing Medicaid to Fix Society: Extending Medicaid Coverage of Gender-Affirming Healthcare to Transgender Youth*, „Fordham Urban Law Journal”, nr 43 (1), s. 71–138.
- Perrin E., Menvielle E., Tuerk C. (2005), *To the beat of a different drummer: The gender-variant child*, "Contemporary Pediatrics", 22, s. 38–39.
- Reiner W. (1997), *To be Male or Female – That is the Question*, "Archives Pediatric & Adolescent Med". 151, s. 224–225.
- Riggs, D.W., Bartholomaeus, C. (2018). *Transgender young people's narratives of intimacy and sexual health: Implications for sexuality education*, „Sex Education”, 18(4), s. 376–390.
- Ristori J., Steensma T. (2016), *Gender dysphoria in childhood*, „International Review of Psychiatry, 28(1), s. 1–8.
- Roberts A., Rosario M., Corliss H., Koenen K., Austin S. (2012), *Childhood gender nonconformity: a risk indicator for childhood abuse and posttraumatic stress in youth*, „Pediatrics”, 129(3), s. 410–417.
- Ross, M. W., & Need, J. A. (1989), *Effects of adequacy of gender reassignment surgery on psychological adjustment: A follow-up of fourteen male-to-female patients*, "Archives of Sexual Behavior", 18(2), s. 145–153.
- Sandberg D.E., Meyer-Bahlburg H.F., Ehrhart A.A. & Yager T.J. (1993), *The prevalence of gender atypical behaviour in elementary school children*, „Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry”, 32, s. 306–314.
- Sherer i in. (2015), *Affirming gender: Caring for gender-atypical children and adolescents*, „Contemporary Pediatrics”, 32(1), s. 16–19.
- Sørlie A. (2016), *Legal Gender Meets Reality: A Socio-Legal Children's Perspective*, „Nordic Journal of Human Rights”, 33, 4, s. 353–379.
- Steensma T. D., McGuire J. K., Kreukels B. P., Beekman A. J., Cohen-Kettenis P. T. (2013), *Factors associated with desistence and persistence of childhood gender dysphoria: A quantitative follow-up study*, „Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry”, 52, s. 582–590.
- Śledzińska-Simon A. (2013), *Międzynarodowe standardy ochrony praw osób transpłciowych*, w: W. Dynarski, K. Śmiszek (red.). *Sytuacja prawna osób transpłciowych w Polsce raport z badań i propozycje*, (s. 97–103), Warszawa: Polskie Towarzystwo Prawa Antydyskryminacyjnego, Trans-Fuzja.
- Śledzińska-Simon, A. (red.) (2010), *Prawa osób transseksualnych. Rozwiązania modelowe a sytuacja w Polsce*. Warszawa: Wydawnictwo Wolters Kluwer.

- The American Psychiatric Association (APA). (2016), *What Is Gender Dysphoria?*, Washington, DC.
- The World Professional Association for Transgender Health (WPATH). (2011), *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People*. 7th version
- Tunas S., Dinc G., Goker Z., Uner O. (2017), *Gender dysphoria in an adolescent diagnosed with Klinefelter syndrome over a follow-up period*, "European Research Journal".
- Underwood M., Hurley J., Johanson C., Mosley J., (1999), *An experimental, observational investigation of children's responses to peer provocation: developmental and gender differences in middle childhood*, "Child Development", 70(6), s. 1428–1446.
- Winter, S., Diamond, M., Green, J., Karasic, D., Reed, T., Whittle, S. and Wylie, K. (2016), *Transgender people: health at the margins of society*, „The Lancet” 388 (10042), s. 390–400.
- Vooris J.A. (2016), *Life uncharted: parenting transgender, gender-creative and gay children*, University of Maryland.
- WPATH (2011), *Standards of care: For the health of transsexual, transgender and gender non-conforming people*. 7th edition. World Professional Association for Transgender Health.
- Ziemska R., *Osoby interpłciowe: praktyki medyczne, ruch społeczny i problem trzeciej kategorii płciowej*, *Miscellanea Anthropologica et Sociologica* 2017, 18(2), s. 15–32.
- Zucker, K., Lawrence, A.A., Kreukels, B. (2016), *Gender Dysphoria in Adults*, "Annual Review of Clinical Psychology", 12, s. 217–247.

## STRESZCZENIE

Silna i trwała identyfikacja płciowa połączona z udowodnionym utrzymywaniem się dyskomfortu w związku z przypisaną płcią może występować u dzieci i młodzieży. Publiczne i profesjonalne poglądy na transpłciowość ewoluowały od przekonania w latach 60. XX wieku, że zjawisko jest rzadką psychopatologią, do obecnego przekonania, że to rozumiała odmiana ludzkiej biologii, która nie jest rzadkością.

Wiele osób cierpi z powodu dyskryminacji, gdy decyduje się na pełnienie ról, które nie są zgodne ze stereotypami społecznymi dotyczącymi odpowiednich funkcji męskich i żeńskich. Przepisy dotyczące dyskryminacji ze względu na płeć nie obejmują dyskryminacji opartej na stereotypach dotyczących roli płciowej. Osoby transpłciowe stoją w obliczu wyzwań społecznych takich jak piętno, jawna dyskryminacja i molestowanie, często mają trudności z pogodzeniem swoich tożsamości z normami ich rodzin i społeczności. Ponadto są narażone na wyzwania wynikające z marginalizacji w sposób, który może mieć negatywny wpływ na ich zdrowie.

Celem artykułu jest scharakteryzowanie praktyk stosowanych wobec dzieci i młodzieży transpłciowej.

**SŁOWA KLUCZOWE:** transpłciowość, dziecko, młodzież, człowiek, tożsamość płciowa, społeczeństwo, postawy

## SUMMARY

Strong and persistent gender identification combined with proven persistence of gender discomfort may occur in children and adolescents. Public and professional views on transgenderism have evolved from the belief in the 1960s that the phenomenon is a rare psychopathology to the current belief that it is an understandable form of human biology that is not uncommon.

Many people suffer discrimination when choosing to fulfill roles that do not conform to social stereotypes about male and female roles. The rules on gender discrimination do not cover discrimination based on gender stereotypes. Transgender people face societal challenges such as stigma, blatant discrimination and harassment, and often find it difficult to reconcile their identities with the norms of their families and communities. In addition, they are exposed to the challenges of marginalization in a way that could have a negative impact on their health.

The aim of the article is to characterize the practices applied to transgender children and adolescents.

**KEYWORDS:** transgender, child, youth, human, gender identity, society, attitudes

MAGDALENA LEŻUCHA – Państwowa Wyższa Szkoła Techniczno-Ekonomiczna w Jarosławiu  
KAROLINA CZERWIEC – Uniwersytet Pedagogiczny w Krakowie  
Pedagogika / Pedagogy

Przysłano do redakcji / Received: 6.12.2021

Daty recenzji / Revised: 17.06.2021; 01.09.2022

Data akceptacji do publikacji / Accepted: 15.03.2023