



Wzrost zaburzeń tożsamości płci wśród dzieci i młodzieży – dane z 10 krajów. Możliwe wyjaśnienia, wnioski dla rodziców

Rise of gender identity disorders among children and adolescents – data from 10 countries. Possible explanations, conclusions for parents

Agnieszka Marianowicz-Szczygieł^a

^a *Mgr Agnieszka Marianowicz-Szczygieł*, <https://orcid.org/0000-0001-7818-8961>

Fundacja Instytut Analiz Płci i Seksualności „Ona i On”

Abstrakt: Na świecie pojawia się coraz więcej publikacji wskazujących na ogólnoświatowy trend znacznego przyrostu osób identyfikujących się niezgodnie z płcią biologiczną. Szczególnie newralgiczną grupą są tu dzieci i młodzież, gdy różne wymiary tożsamości wciąż jeszcze się kształtują. Trendy te docierają także do Polski. Rodzice i wszelkie służby państwowe zaangażowane w proces wychowania i edukacji, mogą być więc zaskakiwani i nieprzygotowani na taki stan rzeczy. Brakuje analiz tych trendów i podjęcia próby ich wyjaśnienia w kontekście już dostępnej wiedzy nt zaburzeń tożsamości płci, które ułatwiłyby wypracowanie praktycznych rekomendacji. W pierwszej części artykułu zebrano dane epidemiologiczne obrazujące występowanie zaburzeń tożsamości płci w populacji. Wyzwanie metodologiczne stanowiło określenie miarodajnego kryterium obrazującego siłę i zasięg zmian w epidemiologii wśród dzieci i młodzieży i zarazem umożliwiającego międzynarodowe porównania danych z autonomicznych i rozsianych po świecie klinik. Wyzwanie tym większe, że istnieje problem z dostępnością danych. W artykule przytoczono 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). Dane te następnie poddano analizie jakościowej (płeć i wiek zgłoszenia, zgłoszenia a postawione diagnozy). Zebrano także podawane w literaturze naukowej wyjaśnienia, które przeanalizowano w odniesieniu do dostępnej wiedzy na temat genезy transseksualizmu, który, jak wskazują badania, jest przeważająco nabyty. Zarówno skala trendu, jak i dodatkowe analizy jakościowe (zmiana obrazu klinicznego i napływ do klinik zwłaszcza nastoletnich dziewcząt), wskazują, że nie jest on wyłącznie efektem wzrostu świadomości społecznej, ale pozostaje także pod indukującym wpływem mediów i kultury (przytoczono dodatkowe badania, które popierają te konkluzje). Artykuł stanowi więc przegląd dostępnej wiedzy w zakresie epidemiologii zaburzeń tożsamości płci, zwłaszcza u dzieci i młodzieży oraz pomaga określić praktyczne kroki, zwłaszcza w zaniedbanej dziedzinie profilaktyki, kluczowej z punktu widzenia rodziców.

Słowa kluczowe: dysforia płciowa, epidemiologia dysforii płciowej, młodzież, rodzice, zaburzenia tożsamości płci

Abstract: There is growing number of publications pointing to the global trend of a significant increase in people who identify differently to their biological sex. Children and adolescents are a particularly sensitive group here, as their identity is still under development. These trends are also reaching Poland. Parents and state services involved in the upbringing and education may be surprised and unprepared. There is small number of analyzes of these trends, especially in the context of the already available knowledge about gender identity disorders and further practical recommendations. The first part of the article presents epidemiological data illustrating the occurrence of gender identity disorders in the population. The methodological challenge was to define a reliable criterion illustrating the strength and scope of the observed changes in epidemiology among children and adolescents and at the same time enabling international comparisons of data from autonomous and world-wide clinics as the problem is the data availability at all. The article presents data on the explosion of gender identity disorders in children and adolescents based on the criterion of number of referrals to youth clinics from 10 countries: Sweden - an increase of 19,700%, Italy - 7,200%, Great Britain - 2,457%, Norway - 1,750%, the Netherlands - 904%, Finland - 634% and outside Europe: Australia - 12,650%, Canada - 538%, USA - 275%, and New Zealand - 187% (mean – 8 years). This data were also subjected to qualitative analysis (gender and age of reports, number of referrals versus diagnoses). The explanations given in the scientific literature were also collected and analyzed in relation to the available knowledge about the genesis of gender dysphoria, which, according to research, is predominantly of environmental origin. Both the scale of the trend and additional qualitative analyzes (change of the clinical picture and the inflow to clinics, especially of teenage girls), indicate that this trend cannot be explained only by an increase in social awareness, but also by the inducing influence of media and culture (additional studies that support these conclusions are mentioned). The article provides an overview of the available knowledge in the field of the epidemiology of gender identity disorders, especially in children and adolescents, and helps to define practical steps, especially in the neglected area of prevention, which is crucial from the point of view of parents.

Keywords: epidemiology of gender dysphoria, gender dysphoria, gender identity disorders, parents, youth

1. Wprowadzenie i uzasadnienie wyboru tematyki

W doniesieniach naukowych na temat dysforii płciowej od niedawna zaczęły się pojawiać dane na temat znaczącego wzrostu zgłoszeń do specjalistycznych klinik przyjmujących nieletnich pacjentów z podejrzeniem dysforii płciowej i spectrum zaburzeń tożsamości płci. Dane te są jednak znane głównie w wąskich kręgach specjalistów na świecie, a prawie nieznanne w Polsce, gdzie brakuje analiz na temat dysforii płciowej, a tym bardziej wśród dzieci i młodzieży, co zauważają np. Dora, Grabski, Dobroczyński (2020, s. 1-2). Autorzy ci jedynie jednym zdaniem odnotowują sam fakt „znacznego wzrostu liczby zgłoszeń dzieci i adolescentów ujawniających dyskomfort względem płci przypisanej im przy urodzeniu” (tamże, s. 2). Kwestie te zostały także wstępnie udokumentowane w artykule: „Zaburzenia tożsamości płciowej u dzieci i młodzieży – ujęcie psychologiczne. Geneza, czynniki ryzyka, rokowania, profilaktyka” (Marianowicz-Szczygieł, 2021). Zjawisko to odnotowuje także Beisert., Witkoś, (2018), czy Robacha (2021, s. 289). Poza raportem fundacji Instytut „Ona i On” na temat wzrostu liczby osób identyfikujących się jako LGBT, w tym młodzieży (Marianowicz-Szczygieł, 2020) - nie ukazała się prawdopodobnie w Polsce żadna międzynarodowa analiza na temat trendów epidemiologicznych w tym obszarze. Tym bardziej brakuje przeglądu artykułów naukowych dokumentującego szerzej siłę tego trendu wśród dzieci i młodzieży, jego zasięg geograficzny oraz możliwe wyjaśnienia nie tylko w kategoriach socjologicznych, tj. np. analizy zmiennych demograficznych, ale z odniesieniem do już istniejącej wiedzy psychologicznej na temat przyczyn dysforii płciowej, jej obrazu klinicznego. Z drugiej strony nagłośnienie medialne tematu tożsamości/identyfikacji płciowej, w tym pojawienie się formalnych i nieformalnych materiałów przeznaczonych wprost dla dzieci i młodzieży sprawia, że tematyka ta już gości także w polskich domach i wzbudza dylematy rodziców: jak odpowiadać na pytania dziecka, czy istnieje możliwość wystąpienia dysforii płciowej konkretnie u mojego dziecka itp.

2. Metodologia raportu i problemy terminologiczne

W niniejszym artykule porównano dane z 10 krajów. Statystyki nt dysforii płciowej lub jej podejrzenia, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży nie są łatwo dostępne. Dlatego zdecydowano się na dane dotyczące zgłoszeń do specjalistycznych klinik zaburzeń identyfikacji płciowej (ang. *referrals*) które są podawane najczęściej i umożliwiały międzynarodowe porównania, nie zaś dane dotyczące postawionych diagnoz dysforii płciowej (gdzie statystyki publikowane są rzadziej, a kryteria diagnozy różnią się - por. Indremo, White, Frisell, Cnattingius, Skalkidou i in. 2021)¹, czy autoidentyfikacji oraz zachowań, które występują z kolei częściej (por. Arnoldussen, Steensma, Popma, van der Miesen, Twiski in. 2020, Research, 2017). Przejawiane zachowania charakterystyczne dla płci przeciwnej są kategorią najszerszą, co wskazuje poniższy Rysunek1 (por. omówienie i dane z Zucker 2017, s. B). Dysforia płciowa to określona kategoria diagnostyczna, dlatego zdecydowano się zastąpić ją zbiorczym terminem zaburzenia tożsamości płci, także dopuszczalnym przez DSM. Ważną informacją dla rodziców będzie, że np. jednorazowe zachowanie nie licujące z daną płcią - np. zabawa chłopców w księżniczki, nie świadczy o dysforii płciowej - i DSM i ICD w przypadku dzieci mówi o uporczywości objawów, które trwają co najmniej 6 miesięcy.

W niniejszej meta analizie zestawiono dostępne dane z krajów na trzech kontynentach, aby sprawdzić tendencje w skali globalnej (Ameryka Płn., Europa, Australia). Są to jednak dane wyłącznie z kręgu kultury zachodniej. Rosnące trendy w zakresie autoidentyfikacji LGBT z raportu Instytutu „Ona i On” (Marianowicz-Szczygieł, 2020) uwzględniają jednak także dane z Chin (dotyczą tu konkretnie homoseksualizmu), co wskazywałoby na ich globalny zasięg, a nie tylko ograniczenie do kultury zachodniej. Temat międzykulturowości powinien być tu jednak przedmiotem dalszych analiz.

¹ Autorzy ci wskazują, że pojedyncza diagnoza dysforii płciowej może być podważona, zaś pozytywna wartość predykcyjna diagnozy dla chirurgicznej „zmiany płci” wzrasta wraz z liczbą diagnoz i wynosi dla czterech lub więcej diagnoz 79% (tamże s. 1).



Rysunek 1. Malejąca liczebność miar zaburzeń tożsamości płciowej.

3. Epidemiologia - dane ogólne

Z pracy Michael, Mormont, Legros (2001) wiemy, że odsetek osób o skłonnościach transseksualnych w populacji wynosi około 0,002% (średnia dla krajów takich, jak: Szwecja, Wlk. Brytania, Australia, Irlandia, Niemcy - Tab. nr 1 s. 368, średnia z kolumny „Total”), przy czym za DSM IV podaje się tu średnio odsetek 1:30 000 dla mężczyzn i 1:100 000 dla kobiet (czyli 0,003% dla mężczyzn i 0,001% w przypadku kobiet). Tak więc średnio na świecie zdają się przeważać mężczyźni o skłonnościach transseksualnych. W Polsce, jak podkreśla artykuł, z nieznanymi przyczynami te proporcje są odwrócone i to kobiety znacznie częściej zwracają się do specjalistycznych klinik. Proporcje te wynoszą w naszym kraju: M:K² - 1:5,5 (za Godlewski, 1988). Nowsze dane, meta analiza z roku 2015 (Arcelus, Bouman, Van den Noortgate, Claes, Witcomb i in., 05-2015; 12 badań wyselekcjonowanych z 1473) podaje tu inne współczynniki: 4,6 na 100 000 osób - 6,8 dla „transkobiet” i 2,6 dla „transmężczyzn”. Obok Polski jako wyjątek wymienia się tu jeszcze Japonię (s.757). Jako możliwe wytłumaczenia podaje się, inne kryteria diagnostyczne w naszym kraju lub inną pozycję społeczną kobiety w krajach postkomunistycznych niż na Zachodzie.

Badania wskazują na stopniowy spadek liczby dzieci i młodzieży chcących „być innej płci” do czasu dorosłości. Zucker (2017, s. B) dokonując przeglądu badań wskazuje, że, w zależności od podgrupy od 0% do 5% dzieci w wieku 4-11 lat wg ich rodziców chciałoby być przeciwnej płci (dane deklaratywne z The Child Behavior Checklist - CBCL), a jak wynika z powyższych odsetek dla osób dorosłych, dane te zmniejszają się do ww. 0,003% dla mężczyzn i 0,001% dla kobiet w wieku dorosłym. Jeśli chodzi o dzieci i młodzież, istnieją dwa progi wiekowe ujawniania się dysforii płciowej, wczesne dzieciństwo oraz wiek nastoletni. O tym, że liczba dzieci z podejrzeniem dysforii płciowej z czasem topnieje wskazuje także przegląd badań Marianowicz-Szczygieł (2021). Pomędzy wiekiem wczesnego dzieciństwa, a wczesną dorosłością ubywa aż 81% z nich (tamże, s. 107, na podstawie 11 badań). Z powodu tak dużej zmienności i płynności w wieku rozwojowym należy unikać zmiany społecznej identyfikacji i jednoznacznych rozstrzygnięć (niesłusznie stosowany termin „dzieci i młodzież LGBT”). Ponieważ nie dysponujemy obecnie narzędziami do precyzyjnego przewidywania, u których dzieci dysforia płciowa będzie mieć charakter uporczywy, a u których ustąpi (lub będzie pojawiać się sporadycznie) - istnieje ryzyko, że jednoznaczne identyfikacje mogą ją wzmacniać i utrwaląć. Z badań Steensma, Boer, Cohen-Kettenis (2011) wynika, że tranzycja³ przed 10 rokiem życia jest szczególnie ryzykowna. Badacze (badania jakościowe na małej próbie osób N=25) wskazali następujące czynniki, które mogą mieć znaczenie dla zmiany identyfikacji u dzieci:

1. zmiana środowiska szkolnego (w Holandii koniec szkoły podstawowej),
2. zmiany w ciele związane z okresem dojrzewania,
3. pierwsze zakochanie i seksualne pożądanie,
4. motywacja - grupa z trwałą dysforią raczej czuła awersję do swojego ciała, grupa, gdzie dysforia płciowa się zmniejszyła - raczej pragnęła wejść w role typowe dla pożądanej płci.

2 Proporcja M:K - mężczyźni: kobiety.

3 Tranzycja - czyli tzw. zmiana płci, składająca się z wielu etapów.

4. Epidemiologia - zmiany ilościowe w skali czasu - analiza

Dane, z terenu całej Wielkiej Brytanii, zamieszczone na jednej z najstarszych (rok założenia 1989) i uznawanej za jedną z najbardziej prestiżowych specjalistycznych klinik dla dzieci z zaburzeniami płci - GIDS w Londynie⁴, wskazują, że w latach 2010 - 2021 nastąpił przyrost zgłoszeń z poziomu 138 do 2383 (wiek pacjentów: od 3 lat do 18+; aktualizacja danych z dnia 3 maja 2021 - GIDS 2021). Jeśli poszerzymy zakres czasowy danych o dane o rok starsze, które nie są już dostępne na stronie kliniki, ale zostały odnotowane w publikacji medialnej (The Christian Institute 2018) i potwierdzone raportem kliniki z lat 2009 - 2016 (Travistock and Portman NHS, n.d.), okazuje się że w 2009 roku liczba zgłoszeń do kliniki wynosiła 97. Strona Bayswatersupport (nd) podaje dane jeszcze starsze, od roku 1989 (wykresy ze strony GIDS w Londynie), a więc od początku istnienia kliniki, kiedy zgłosiło się tu pierwszych 4 pacjentów. Jednak właśnie do roku 2009 (97 przypadków) przyrost był powolny, a bardzo przyspieszył po tej dacie.

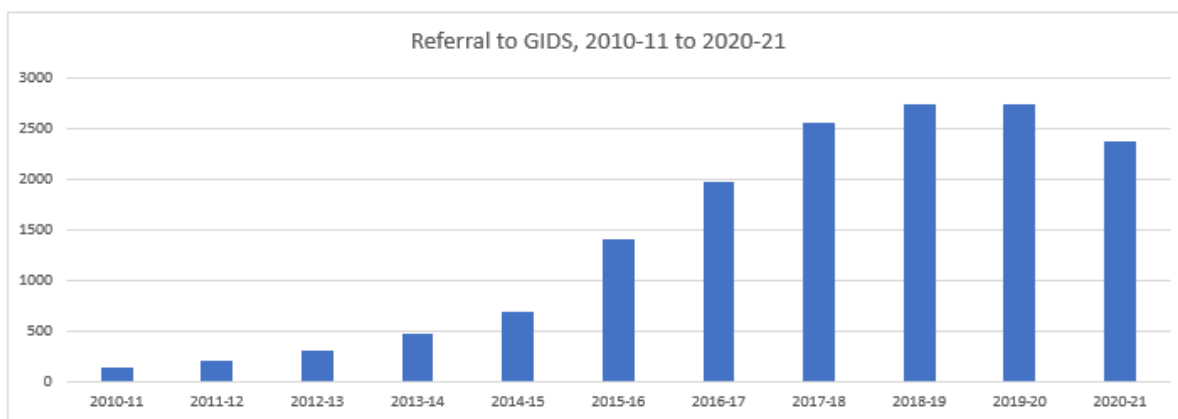
Dane z terenu Holandii zaprezentowano w artykule Arnoldussen i in. (2020). Dotyczą 1082 pacjentów zgłaszających się do kliniki Center of Expertise on Gender Dysphoria w Amsterdamie, w wieku: 10,1- 18,1 lat, w latach 2000 - 2016. W artykule podano, że u zdecydowanej większości, bo u 84,7%

pacjentów zdiagnozowano dysfориę płciową (Tab.1, tamże). Stopniowy przyrost zgłoszeń odnotowano od roku 2006 (przybliżone dane odczytane z wykresu wynoszą 8 chłopców i 18 dziewcząt), podczas gdy w roku ujętym w zestawieniu jako ostatni, tj. 2016 zgłosiło się 60 chłopców i ok. 175 dziewcząt.

Dane szwedzkie ze Szpitala dziecięcego im. Astrid Lindgren w Sztokholmie dotyczą lat 2000 - 2016, nastąpił tu przyrost od kilku przypadków do 197 w roku 2016 (Friesen, Söder, Rydelius, 2017). Chodzi tu także o zgłoszenia do kliniki, kategoria wiekowa: dzieci i nastolatki. Gwałtowny przyrost liczby pacjentów nastąpił od roku 2006⁵.

Przekrojowe badania dla 4 krajów skandynawskich podają badania Kaltiala i in. (2019), oprócz powtarzających się danych ze Szwecji ujęto tu zgłoszenia do klinik w Norwegii, Danii i Finlandii. W przypadku Danii dotyczą tylko lat 2016-2017, dlatego do analiz zakwalifikowano jedynie dane z Norwegii (za lata 2010-2017) i Finlandii (za lata 2011-2017), rosnące trendy są tu zresztą bardzo zbliżone. W 2011 roku w Finlandii zarejestrowano około 28 przypadków zgłoszeń do klinik, w Norwegii - ok. 18, zaś w 2017 odpowiednio: 180 i 175 zgłoszeń (dane odczytane z wykresu, w artykule brak dokładnych wartości). Kategoria wiekowa: poniżej 18 lat.

Dostępne są także dane włoskie (Fisher, 2019), które gromadzą statystyki z 8 klinik powiązanych w sieć ONIG (Osservatorio Nazionale sull'Identità



Wykres 1. Statystyki zgłoszeń do kliniki GIDS w Londynie w latach 2010- 2021 ze strony gids.nhs.uk.

4 Klinika GIDS, czyli Gender Identity Development Service.

5 Dane dla Szwecji dla dzieci i młodzieży podają także badania Indremo i in. (2021), ale dotyczą one postawionych diagnoz oraz Kaltiala, Bergman, Carmichael, de Graaf, Rischeli in. (2019) - dotyczą liczby zgłoszeń do klinik, ale obejmują mniejszy zakres czasu: od 2010 roku.

Tabela 1. Porównywanie liczby zgłoszeń dzieci i młodzieży do specjalistycznych klinik zaburzeń tożsamości płci w 10 krajach (źródła podane w tekście)

I.p.	kraj/nazwa kliniki z której pochodzą dane	A. rok początkowy/liczba zgłoszeń do klinik	B. rok początku gwałtownego wzrostu	C. rok końcowy/liczba zgłoszeń do klinik	kategoria wiekowa pacjentów	% wzrostu liczby pacjentów od roku B do C
1.	Nowa Zelandia (region Wellington)	1990-2012	2012	2012-2016	poniżej 20 lat	
	N=	30	30	56		187%
2.	USA (Specjalty Transgender Clinic w Północnej Kalifornii)	lut-15	2015	czerwiec 2018	3 -17 lat	
	N=	56	56	154		275%
3.	Kanada (Klinika CYFS/CAMH w Toronto)*	1976	2003	2013		
	N=	6	8	43	nastolatki	538%
4.	Finlandia (wszystkie kliniki)*	2011	2011	2017	dzieci i młodzież poniżej 18 lat	
	N=	28	28	180	5	643%
5.	Holandia (Center of Expertise on Gender Dysphoria w Amsterdamie)*	2000	2006	2016	10,1- 18,1 lat	
	N=	11	26	235		904%
6.	Norwegia (wszystkie kliniki)*	2010	2010	2017	dzieci i młodzież poniżej 18 lat	
	N=	10	10	175		1750%
7.	Wlk. Brytania (Gender Identity Development Service w Londynie)	1989	2009	2021		
	N=	4	97	2383	3-18+	2457%
8.	Włochy (8 klinik w Osservatorio Nazionale sull'Identità di Genere)	2005	2009	2018		
	N=	1	1	72	dzieci i nastolatki	7200%
9.	Szwecja (Szpital dziecięcy im. Astrid Lindgren w Sztokholmie)*	2000	2006	2016		
	N=	1	1	197	dzieci i nastolatki	19700%
10.	Australia (Royal Children's Hospital Melbourne)	2003	2008	2017	„dzieci”, dokładny wiek nieznan	
	N=	1	2	253		12650%

*dane odczytane z wykresu, N- liczba zgłaszających się pacjentów

di Genere - National Observatory on Gender Identity⁶: w Turynie, Florencji, Rzymie, Naples, Torre del

Lago, Bari, Bolonii, Triście). Pomiędzy rokiem 2005 i 2018, jeśli chodzi o zgłoszenia dzieci i nastolatków nastąpił przyrost od 1 do 72 przypadków.

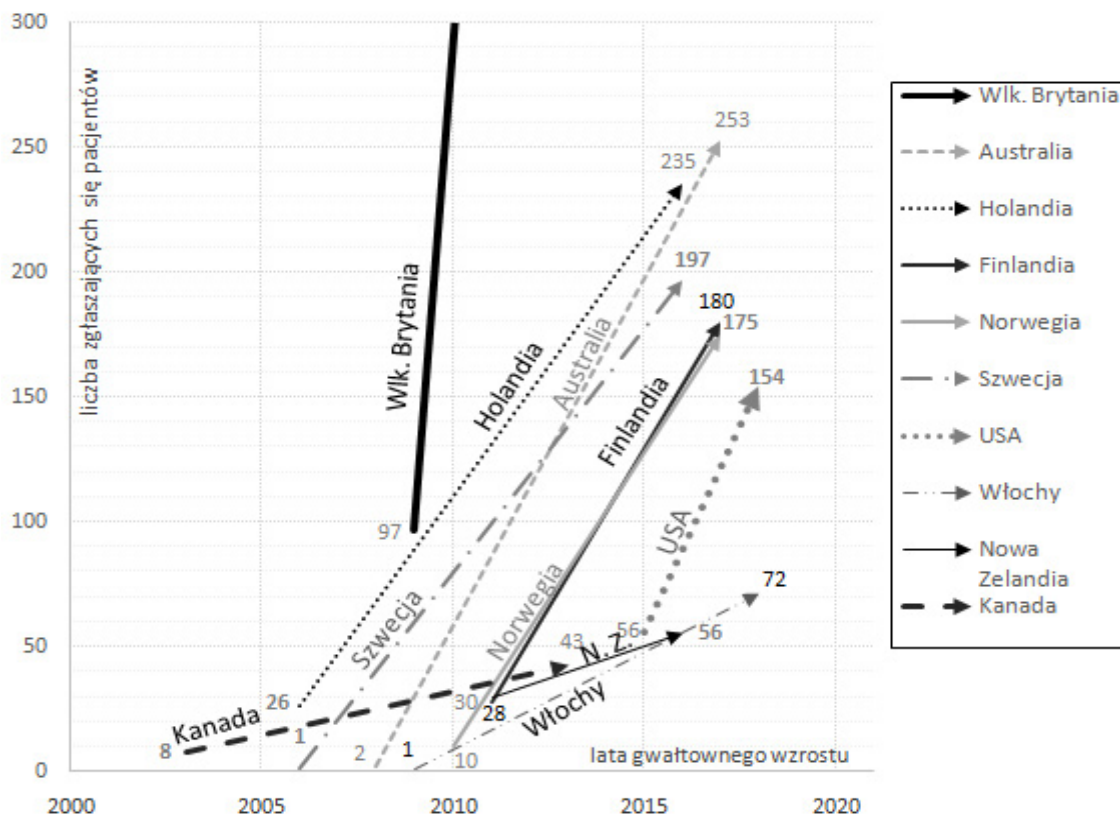
6 Strona: <http://www.onig.it>

Klinika CYFS/CAMH w Toronto, w Kanadzie to inna klinika o dużej renomie międzynarodowej. Tu dostępne są dane dotyczące zgłoszeń i wykonywanych diagnoz dla kategorii wiekowej: nastolatki (Aitken, Steensma, Blanchard, Vanderlaan, Wood i in. 2015). Dane z lat 1976 do 2003 oscylują w zakresie od 0 do 5 przypadków, dopiero po roku 2003 nastąpił gwałtowny przyrost, tj. z poziomu 4 zgłoszeń i dziewcząt i chłopców (w sumie 8 przypadków) do roku 2013, gdzie w sumie oszacowywano, jak wynika z wykresu (wykres ze s. 757) 43 przypadków (9 chłopców plus 34 dziewczęta).

Dane z terenu USA podaje artykuł Handler, Hojilla, Varghese, Wellenstein, Satre, Zaritsky (2019) za dość krótki okres: luty 2015 - czerwiec 2018. Dotyczą w sumie 417 pacjentów w wieku 3-17 lat zgłaszających się do Specjalty Transgender Clinic w Północnej Kalifornii. Pomimo tak krótkiego w porównaniu z innymi analizami zakresu czasu, tu także

uwidocznił się wzrost zgłoszeń do kliniki (uwzględniono cały podany zasięg czasowy) z poziomu 56 do 154 osób. W artykule obliczono także przyrost miesięczny z 5,1 pacjenta na miesiąc do 25,7, który wyniósł 504%.

Opublikowano także dane z Nowej Zelandii (region Wellington) - chodzi o zgłoszenia do placówek i specjalistów w zakresie endokrynologii od osób identyfikujących się jako transgenders, gdzie w latach 1990-2016 odnotowano w sumie 290 zgłoszeń biologicznych mężczyzn w wieku 11-66 lat - Delahunt, Denison, Sim, Bullock, Krebsi (2018) oraz od 148 biologicznych kobiet (dane z tego samego zakresu lat, ale dla innej kategorii wiekowej: 13-35 lat). Przy uwzględnieniu jedynie najmłodszej kategorii wiekowej (poniżej 20 lat) w latach od 1990 do 2012 - miało miejsce 30 zgłoszeń, zaś w latach po 2012 do 2016 - 56 zgłoszeń. Taki podział skali czasu został zaproponowany przez samych autorów, a spo-



Wykres 2. Wzrost liczby pacjentów do klinik w 10 krajach w „strefie lat gwałtownego wzrostu” (zgłoszenia).

sób podania danych uniemożliwia precyzyjniejsze uchwycenie trendu, choć jak wspominają autorzy, przyrost nastąpił od roku 2010.

Dane nt zgłoszeń nieletnich pacjentów udostępnił także Royal Children's Hospital Melbourne w Australii (Hancock, 2018). Dane z lat 2003-2017 dotyczą ogólnie „dzieci” (szpital dziecięcy), nie określono dokładnie zakresu wieku, natomiast liczba pacjentów wzrosła z 1 w 2003 roku, do 253 w 2017. Wzrost nastąpił począwszy od lat 2008 (2 pacjentów).

Dane ilościowe z wszystkich 10 krajów zestawia poniższa Tabela 1. Dla każdego kraju zaznaczono zakres lat kalendarzowych dla dostępnych danych oraz nazwy klinik. Na podstawie danych dla roku, od którego zaobserwowano początek gwałtownego wzrostu zgłoszeń (rok B) zestawionego z danymi dla ostatniego dostępnego roku (rok C) obliczono procent przyrostu zgłoszeń między rokiem B a C (rok B odczytany z wykresów bądź podany w źródłach – granica z konieczności umowna). Następnie kraje zostały uszeregowane od najniższych do najwyższych pod względem tych przyrostów procentowych.

Na podstawie danych z Tabeli 1 (różnica danych dla lat B i C, określanych jako „strefa lat gwałtownego wzrostu”) został sporządzony Wykres 2. Linia dla Wielkiej Brytanii wykracza poza wykres (taka skala najlepiej obrazuje pozostałe dane). Stopień nachylenia linii obrazuje siłę trendu wzrostowego.

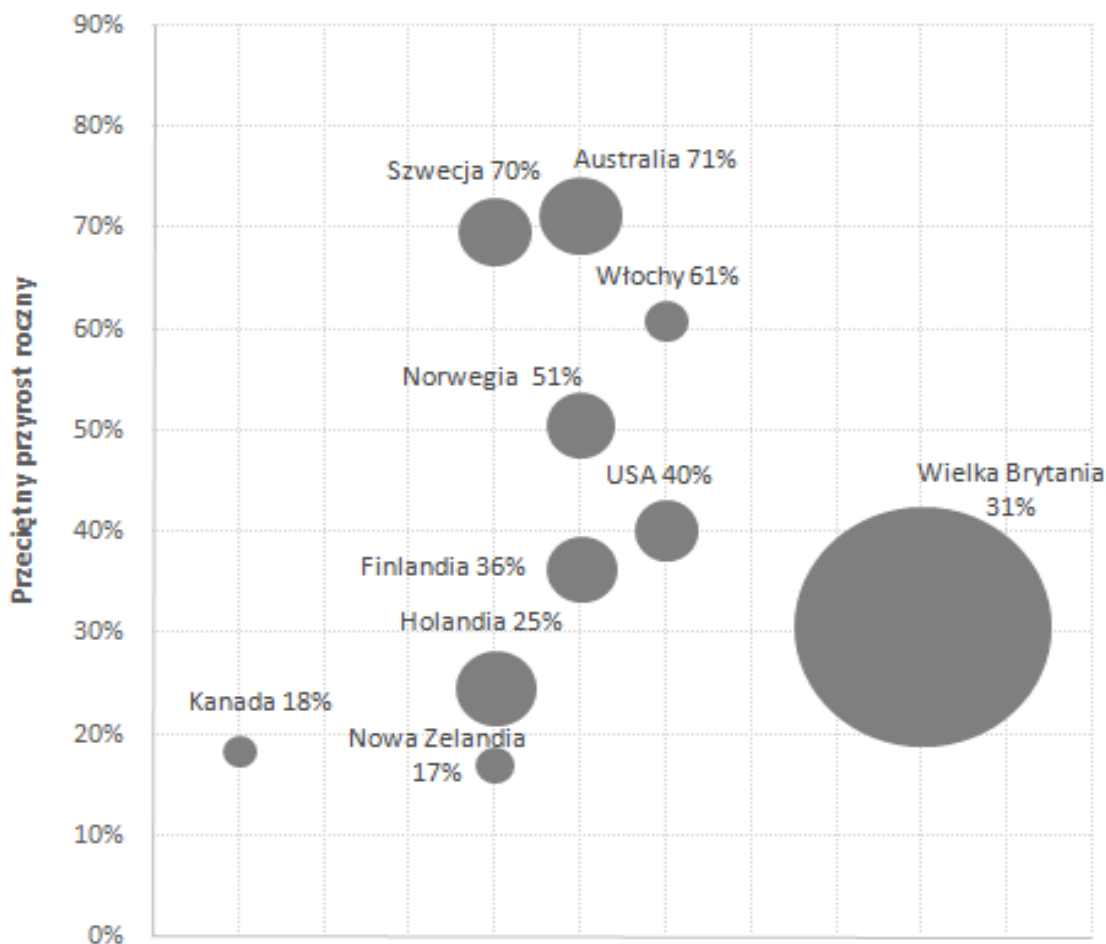
Przeciętne roczne przyrosty procentowe na podstawie tych samych danych zawiera Tabela 2, a dane z tej tabeli zaprezentowane w formie graficznej przedstawia Wykres 3.

Zaprezentowane dane (Wykres nr 2) obrazują silny trend wzrostowy we wszystkich 10 krajów, który wyniósł przeciętnie rocznie od 16,9% (Nowa Zelandia) do 71% (Australia). Jeśli wziąć pod uwagę pełny wzrost procentowy w „strefie gwałtownego wzrostu”, to w Szwecji nastąpił wzrost liczby pacjentów o 19700% (za lata 2006-2016), Włoch - 7200% (w latach 2009- 2018), Wielkiej Brytanii - 2457% (2009-2021), Holandii - 904% (2006-2016) oraz poza Europą: Australii - 12650% (2008-2017), Norwegii - 1750% (2010-2017), Finlandii - 643% (2011-2017), Kanady - 538% (2003-2013), USA - 275% (2015-2018) i Nowej Zelandii - 187% (2012-2016). Średnia zakresu lat dla tych zmian to 8 lat. Dają się

Tabela 2. Przeciętny procentowy przyrost roczny liczby zgłoszeń do klinik dla poszczególnych krajów w obrębie podanej „strefy lat gwałtownego wzrostu”

kraj	zakres lat „strefy gwałtownego wzrostu” liczby pacjentów	liczba zgłoszeń do klinik	przeciętny % przyrost roczny
Nowa Zelandia	2012	30	16,9%
Nowa Zelandia	2016	56	
Kanada	2003	8	18,3%
Kanada	2013	43	
Finlandia	2011	28	36,4%
Finlandia	2017	180	
USA	2015	56	40,1%
USA	2018	154	
Holandia	2006	26	24,6%
Holandia	2016	235	
Norwegia	2010	10	50,5%
Norwegia	2017	175	
Wlk. Brytania	2009	97	30,6%
Wlk. Brytania	2021	2383	
Włochy	2009	1	60,8%
Włochy	2018	72	
Szwecja	2006	1	69,6%
Szwecja	2016	197	
Australia	2008	2	71,2%
Australia	2017	253	

zauważyć pewne różnice między krajami. Pod względem liczby zgłaszających się pacjentów zdecydowanie góruje klinika w Londynie (największa wielkość bąbla na Wykresie nr 3), ale tu dane są najnowsze, z 2021 roku. Te gwałtowne zmiany zaobserwowano w dość zbliżonym czasie, to jest liczba pacjentów zaczęła przyrastać od roku 2003 (Kanada), 2006 (Szwecja, Holandia), 2008 (Australia), 2009 (Włochy, Wielka Brytania). Późniejsze daty, to jest 2012 - w przypadku Nowej Zelandii i 2015 - USA – wynikają z zakresu dostępnych danych (w USA dane zaczynają się od 2015 roku, w przypadku Nowej Zelandii musiano się dostosować do podziału danych liczbowych zaprezentowanych w artykule źródłowym). W przypadku danych dla Finlandii i Norwegii z konieczności



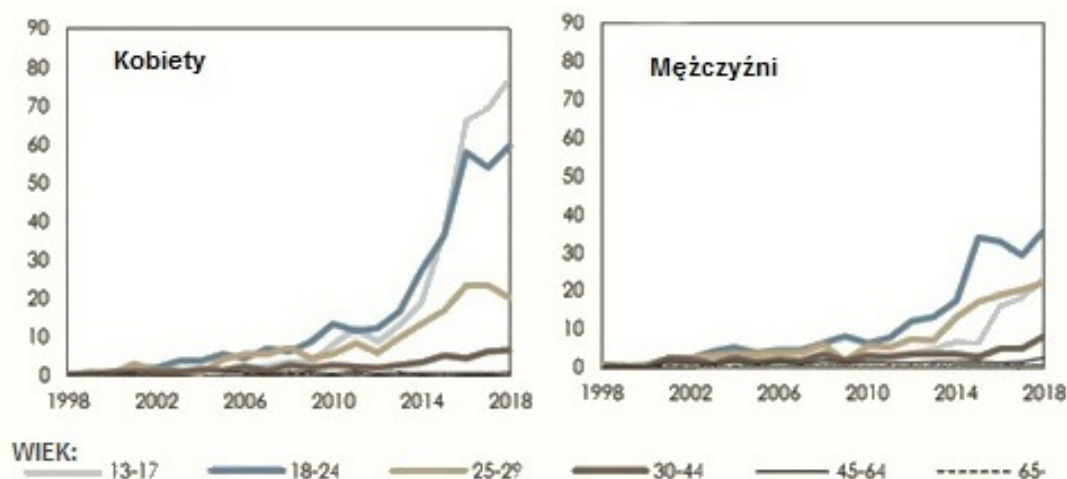
Wykres 3. Przeciętny procentowy przyrost roczny liczby pacjentów w poszczególnych krajach w „strefie lat gwałtownego wzrostu”.

uwzględniono także cały zakres czasowy (widoczny trend wzrostowy), wcześniejsze dane być może uchwyciłyby *platou*.

Powyższe ilościowe analizy porównawcze mają charakter wstępny i wymagają pogłębienia w miarę napływających danych. Procentowe przyrosty w poszczególnych krajach to wartości orientacyjne, wobec braku pełnych danych liczbowych. Należy także zauważyć, że dane nie obejmują wszystkich klinik w każdym kraju - wyjątek stanowi tu tylko Finlandia i Norwegia oraz dane z Włoch (konsorcjum 8 klinik), ale mimo to potwierdzają w przypadku wszystkich 10 krajów gwałtowność trendu napływu nieletnich pacjentów z podejrzeniem zaburzeń tożsamości płci do klinik (choć z różną siłą).

5. Epidemiologia - zmiany jakościowe - zmiana obrazu klinicznego w zakresie wieku i płci

Dla wyjaśnienia powyższych trendów wzrostowych w zakresie epidemiologii konieczne jest także przyjrzenie się ewentualnym zmianom jakościowym. W tym obszarze pojawiło się kilka cennych artykułów porównawczych akcentujących zwłaszcza zmianę w zakresie współczynnika płci oraz wieku pacjentów. Jak wynika z tych analiz, zamiast dominujących wcześniej małych chłopców, w obrazie klinicznym zaczęły dominować nastoletnie dziewczęta. Dane te odniesiono do danych dla osób dorosłych, aby sprawdzić, na ile są to trendy uniwersalne.



Wykres 4. Nowe przypadki zdiagnozowanej dysfornii płciowej (F64) w Szwecji na 100 000 mieszkańców z podaniem wieku i płci biologicznej w momencie diagnozy na podstawie danych z National Board of Health and Welfare, 2017 s. 7.

Od końca lat 90-tych zaczęła się pojawiać w statystykach grupa dziewcząt z dysfornią płciową ujawniającą się dopiero w wieku nastoletnim, trend ten nałożył się z ogólnym trendem wzrostu przypadków dysfornii płciowej wśród nastolatków. Obecnie, choć w przypadku dysfornii płciowej w dzieciństwie przeważają chłopcy, to w okresie nastoletnim przeważają dziewczęta (Aitken i in. 2015; Clarke, Spiliadis, 2019; de Graaf, Carmichael, Steensma, Zucker, 2018; Littman, 2018; Steensma, Cohen-Kettenis, Zucker i in., 2018; Zucker, 2017). Gwałtowność tego procesu uchwyciły zwłaszcza badania Aitken i in. (2015), gdzie w latach 1999-2005 współczynnik chłopców do dziewcząt wynosił 2,11:1, by zmniejszyć się w latach 2006-2013 do 1: 1,76. Także Clarke i Spiliadis (2019) zwracają uwagę, że począwszy od granicy wieku 9-12 lat w statystykach zaczynają przeważać dziewczęta. Steensma i in. (2018) donoszą, że przed rokiem 2006 przeważał stosunek chłopców do dziewcząt i wynosił 2,11:1 (Toronto) oraz 1,41:1 (Amsterdam), ale z czasem, jak odnotowuje de Graaf, Cohen-Kettenis, Carmichael, de Vries, Dhondt i in. (18-12- 2017 on-line, druk 2018) współczynnik ten zmniejszał się na korzyść dziewcząt do: 1,27:1 i 1,25:1 w drugiej dekadzie XXI w. aż do odwrócenia trendu do 1:1,59⁷ w latach 2009-2013 (dane z klinik w Szwajcarii, Holandii, Belgii i Wlk. Brytanii).

Także ww analizowane dane z 8 krajów odzwierciedlają ten trend dominacji ilościowej nastoletnich dziewcząt nad chłopcami. Jako przykład można podać Szwecję. Według Friesen, Söder, Rydelius, (2017), w roku 2010 w Szwecji wśród osób dorosłych po tzw. operacjach zmiany płci zdecydowanie przeważali biologiczni mężczyźni 1: 7 750, a proporcja biologicznych kobiet wynosiła jak 1:13 120, zaś wśród pacjentów nieletnich w Szpitalu Astrid Lindgren proporcje płci były odwrotne, około 25% stanowili chłopcy, a 75% dziewczynki (tamże, s. 2). Linander (11-2018) przeglądając dane epidemiologiczne ze Szwecji (tamże, s. 46) wskazuje, że niezależnie od kategorii wieku wzrasta liczba pacjentów z zaburzeniami tożsamości płciowej, zwłaszcza od roku 2015. Tak ujęte dane zbiorcze nie oddają jednak wszystkich następujących zmian jakościowych, konieczne są bardziej szczegółowe analizy. Inne dane szwedzkie: National Board of Health and Welfare (2017, s. 7; por. Wykres 2) jasno natomiast wskazują, że najbardziej drastyczny wzrost diagnoz odnotowuje się głównie wśród dziewcząt i to w kategorii od 13-17 oraz 18-24 lata (dwie najwyższe linie). W grupie biologicznych mężczyzn tendencje wzrostowe są o wiele słabsze, zaś kategoria wiekowa 13-17 lat jest dopiero trzecia w kolejności, tj. po kategorii 8-24 lata i 25-29 lat.

7 Na podstawie danych z Tabeli nr 1 w ww. badaniach.

6. Przegląd możliwych wyjaśnień obserwowanych trendów epidemiologicznych

Jak wynika z powyższego przeglądu badań, w literaturze naukowej odnotowuje się dość powszechnie fakt wzrostu liczby pacjentów z zaburzeniami tożsamości płciowej we wszystkich kategoriach wiekowych. Uwidacznia się jednak wyraźna zmiana obrazu klinicznego: o ile jak dotąd w wielu krajach wśród dorosłych pacjentów dominowali biologiczni mężczyźni, obecnie liczba kobiet zgłaszających się do specjalistycznych klinik coraz bardziej im dorównuje. Trend ten jest o wiele wyraźniejszy wśród dzieci i młodzieży, gdzie dominującą wcześniej w statystykach grupę małych chłopców zastąpiły nastoletnie dziewczęta. Dla psychologii najbardziej istotne nie są jednak proste zestawienia statystyczne, ale pytanie o przyczynę rosnących trendów i ich skutki. Poniżej dokonano przeglądu literatury i stworzono katalog możliwych wyjaśnień. Każda z tych ścieżek wiąże się z konkretnymi, praktycznymi skutkami dla rodziców, które omówiono na końcu.

6.1. Wyjaśnienia dotyczące zmian jakościowych

6.1.1. Zmiany współczynnika płci tłumaczone niezależnie od genetyki zaburzeń tożsamości płci

1. Zmiana współczynnika płci u nastolatków wynika z większej otwartości biologicznych dziewcząt na swoje odczucia transgenerowe dzięki mniejszej stygmatyzacji takich kobiet niż mężczyzn.

Tak tłumaczy różnice w zakresie współczynnika płci zespół Arnoldussen i in. (2020). Niestety taka hipoteza nie wyjaśniałaby dlaczego taka otwartość, skoro wcześniej jej nie było, wobec nieselektywnych płciowo przekazów medialnych czy polityk publicznych miałyby nagle pojawić się w sposób selektywny tylko i wyłącznie w stosunku do kobiet, a nie do mężczyzn.

2. Zmiana współczynnika płci u nastolatków miałyby wynikać z wcześniejszego początku okresu dojrzewania u dziewcząt w stosunku do chłopców.

To również hipoteza zespołu Arnoldussen i in. (2020), który jednak sam otwarcie przyznaje (tamże, s. 809 i 810), że gdyby ta hipoteza była prawdziwa, to dziewczęta trafiałyby wcześniej do klinik, a nie zauważono tu tego typu trendu. Na niekorzyść tej hipotezy przemawiają także podobne obserwacje u osób dorosłych, które mają wszak już za sobą okres dojrzewania.

3. Inne czynniki, które mogą mieć wpływ na zmianę współczynnika płci.

Fakt, że w Australii nastąpiły tendencje wzrostowe i odwrócenie trendów dotyczących płci wśród osób dorosłych (dominują biologiczne kobiety zamiast jak dotychczas, biologicznych mężczyzn) tłumaczy się względami formalnymi i dużym prawdopodobieństwem wpływu nowych regulacji medycznych z 2015 roku (Australian Pharmaceutical Benefits Scheme), które umożliwiają otrzymanie refundowaną terapię hormonalną pod warunkiem kilku zaświadczeń lekarskich (Cheung, Ooi, Leemaqz, Cundill, Silberstein, 2018, s. 234).

6.1.2. Inwersja współczynnika płci jest powiązana ze zmianami ilościowymi i genetyką zaburzeń tożsamości płci

Zważywszy na wspólne psychologiczne korzenie i homoseksualizmu i transseksualizmu (por. Wieczorek, 2018, rozdz. 6.4), należy baczej zwrócić uwagę na kwestie subiektywnego postrzegania płci oraz zmieniające się wzorce społeczne płci jako możliwą przyczynę obserwowanych trendów. W obu przypadkach należy wziąć pod uwagę zarówno pozytywne i negatywne konotacje danej płci. Pozytywne: płeć, która jest subiektywnie na piedestale społecznym, daje większe poczucie bezpieczeństwa i staje się bardziej atrakcyjna. Konotacje negatywne: awersja do danej płci lub subiektywnie postrzegany brak zdolności, aby identyfikować się i psychicznie „połączyć się” z daną płcią (brak wystarczających kontaktów, wsparcia, wzorców, własnych zasobów) „odstrasza” od danej płci. Temat ten z pewnością wymaga dalszych badań, ale w tym modelu podnoszone np. przez feminizm aspiracje kobiet dotychczas, tradycyjnie określane

jako „męskie” i podkreślanie męskich cech charakteru jako bardziej pożądanych u kobiet mogły przyczynić się do zmiany społecznych wzorców kobiecości, a te do zmian subiektywnych. Dużo częściej mówi się także o męskiej dominacji, a problemach kobiet, niż odwrotnie. Młode dziewczęta mogą to odczytywać jako komunikat: lepiej jest być mężczyzną niż kobietą. Nakładające się na te wzorce społeczne zmiany w ciele i szok okresu dojrzewania (rosnące piersi oraz pierwsza miesiączka i związane z nią niedogodności) mogą jeszcze subiektywnie wzmacniać ten przekaz. Dziewczęta mogą być także bardziej relacyjne, ekspresywne i częściej korzystać z mediów społecznościowych (por. dalsze wyjaśnienia ilościowe), choć globalnie wśród użytkowników FB przeważają licznie mężczyźni (800 026 950 mężczyzn i 646 953 680 kobiet - Garcia, Cuevas, Rahwan 2017, s. 13, Supplementary Table1), ale istnieją tu duże różnice między krajami, np. w USA 75% użytkowników FB to kobiety (Affde, 2021). Odkryto także, że kobiety są bardziej aktywne na FB w kontekście sieciowania (Garcia, Cuevas, Rahwan, 2017, s. 5).

6.2. Wyjaśnienia dotyczące zmian ilościowych

6.2.1. Nie wzrasta liczba osób o skłonnościach transseksualnych

1. Nie wzrasta liczba osób o skłonnościach transseksualnych, ale wzrasta rozpoznawalność zaburzeń tożsamości płci, przez większą świadomość społeczną i dostępność specjalistycznych usług medycznych, czy zmniejszającą się stygmatyzację społeczną; media mogą ułatwiać komunikację - tę narrację podaje się najczęściej.

Arnoldussen i in. (2020, s. 809 i 810) sugerują, że po prostu dysforia płciowa wśród nastolatków jest częstsza niż poprzednio przypuszczano, a większa widoczność społeczna tej tematyki pomaga młodym ludziom lepiej rozpoznać swoje objawy i odważniej udawać się do specjalistów. Zespół Kaltiala i in. (2019) podaje następujące tłumaczenia: „Przyczyny wzrostu nie są znane, ale wzrastająca świadomość zagadnień tożsamości płciowej, dostępność specja-

listycznej pomocy, destygmatyzacja, społeczeństwo i media mogą odgrywać tu pewną rolę”. Podobnie uważa zespół Aitken i in. (2015, s. 760). „Trendy te mogą odzwierciedlać zmieniające się normy społeczne i szeroko pojętą akceptację różnorodności gender, jak też lepszą dostępność specjalistycznego leczenia TGNC” - twierdzi Handler, Hojilla, Varghese, Wellenstein, Satre i in. (2019, s. 4).

Tego typu hipotezę popiera w Polsce także Robacha (2021, s. 289): „Na przestrzeni ostatnich lat obserwuje się wzrost zgłaszalności pacjentów z tym problemem. Wydaje się, że wynika to z większej świadomości, otwartości społecznej i dostępności do leczenia”.

Ten sam tok myślenia powielają Beisert i Witkosi (2018): „Powszechność tego zjawiska jest powiązana z dostępnością pomocy psychologicznej, większym stopniem otwartości w dyskusji dotyczącej seksualności młodzieży oraz z coraz lepszym rozumieniem nastolatków. Innym czynnikiem wpływającym na częstotliwość zjawiska może być rozwój Internetu, a tym samym możliwość komunikowania się osób transpłciowych na skalę międzynarodową oraz poszukiwania pomocy w tym zakresie”. Indremo i in. (2021, s. 5) zauważają, że być może jednocześnie obniżyły się progi diagnostyczne w klinikach.

Być może większa rozpoznawalność społeczna może odpowiadać za częściowy wzrost liczby nowych zgłoszeń do klinik, ale nie tłumaczyłaby aż tak dużego tempa wzrostu, który jest wręcz lawinowy. Nie tłumaczy także zupełnie zmian jakościowych (wiek i współczynnik płci nowych zgłoszeń) - a więc zmiany obrazu klinicznego.

2. Inne możliwe wyjaśnienie (własne): nie wzrasta liczba osób o skłonnościach transseksualnych, wzrasta liczba zgłoszeń do klinik, ale nie diagnoz.

Zwiększająca się liczba informacji nt dysforii płciowej, powoduje większą świadomość społeczną i większą gotowość do wypatrywania możliwych objawów przez rodziców. Liczba diagnoz się nie zmienia, zwiększająca się liczba zgłoszeń do klinik jest wynikiem „przewrażliwienia”. Jest to tylko hipoteza, którą należy poddać weryfikacji. Porównanie liczby zgłoszeń do postawionych diagnoz poczyniono w jednych ana-

lizowanych tu badaniach tj. w Holandii: % diagnoz dysforii płciowej pozostawał na dość stałym poziomie i wynosił średnio 84,6% - M. Arnoldussen i in. (2020, s. 808), co oznacza proporcjonalny wzrost liczby diagnoz w miarę napływania pacjentów. Przemawiałoby to na niekorzyść tej hipotezy. Podobnie przekrojowa analiza diagnoz dysforii płciowej za lata 2005- 2016 w Szwecji (Indremo i in. 2021, Fig. 4, s. 6) potwierdza ich wzrost w grupie 10-17 latków, zwłaszcza dziewcząt (por. także: Wykres 4). Na niekorzyść tej hipotezy świadczy także lawinowy przyrost zgłoszeń do klinik, (a nie „nieznaczny”, bądź „umiarkowany”, jak należałoby się spodziewać) oraz zmiany jakościowe.

6.2.2. Odwoływanie się do genezy transseksualizmu: liczba osób transseksualnych wzrasta, bo wzrasta natężenie czynników, które są (mogą być) powiązane z jego głównie biologiczną genezą

1. Odwoływanie się głównie do biologicznych komponentów w genezie zaburzeń tożsamości płci: za zmiany ilościowe odpowiadają inne czynniki poza środowiskiem psychologiczno- społecznym, np. zanieczyszczenia cywilizacyjne, leki, powiązania z autyzmem.

Robacha (2021, s. 289) podaje jeszcze inne wytłumaczenie (niestety bez zakotwiczenia w literaturze naukowej), które dotyczyło biologicznych uwarunkowań transseksualizmu: „Być może powodem zaburzeń tożsamości płci jest wpływ leków lub zanieczyszczeń cywilizacyjnych, zmieniających metabolizm neuroprzekaźników w mózgu w okresie prenatalnym”. Friesen i in. (2017; dane dla Szwecji) wskazują na wzrastającą w okręgu sztokholmskim liczbę przypadków autyzmu (obecnie 2,5% nastolatków). Ponieważ zaburzenia ze spektrum autyzmu są znacznie nadreprezentowane wśród osób odrzucających swoją biologiczną płć (nawet, jak podaje artykuł, do 26%), możliwe, że wspólne korzenie (biologiczne, psychologiczne lub socjologiczne) wpływają także na wzrost przypadków dysforii płciowej.

6.2.3. Transmisja społeczna: liczba osób transseksualnych wzrasta, ponieważ natężeniu ulegają psycho - społeczne elementy genezy zaburzeń tożsamości płciowej

1. Transmisja społeczna. Wychowanie neutralne płciowo, edukacja seksualna w modelu równościowym czy „dogmat równości” w zakresie różnorodności seksualnej i płciowej indukują wzrost liczby przypadków zaburzeń tożsamości płciowej.

Interpelacja poselska w Parlamencie Europejskim (European Parliament, 2017, 21 marca) pytanie nr E-001877-17, zadane przez Marie-Christine Arnautu (ENF), europoseł z Francji sugeruje wychowanie neutralne płciowo, „równość jako dogmat” oraz ogólną większą otwartość szwedzkiego społeczeństwa jako możliwe przyczyny wzrostu liczby dzieci, „które chcą zmienić płć”.

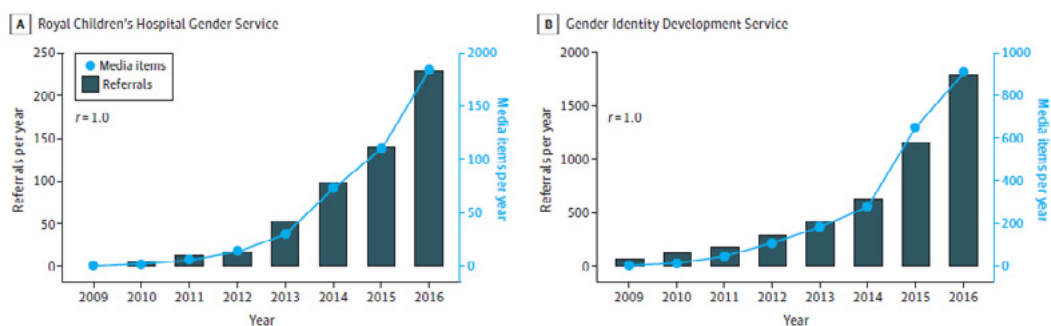
Szwedzki dylemat dobrze ilustrują także większe niż gdzie indziej na świecie dane ilościowe dotyczące przyrostu nieletnich pacjentów – wzrost 19700% w ciągu 10 lat.

Zucker (2008) wskazywał, że nieprawidłowa reakcja rodziców oraz przyzwalanie na zachowania nietypowe płciowo może być przyczyną dysforii płciowej. Cysarz (2021, s. 302) przywołując stanowisko Kohlberga z 1966 r. podkreśla, że „tożsamość płci u dziecka może stanowić stały czynnik organizujący jego postawy psychoseksualne tylko wtedy, gdy może ono być absolutnie pewne jego niezmienności”. Tak więc przedszkola neutralne płciowo w Szwecji, czy neutralne płciowo zabawki nie tworzyłyby owej niezmiennej podstawy płci.

2. Transmisja społeczna. Moda, wpływ mediów i mediów społecznościowych, sieć kontaktów społecznych indukują lub wzmacniają u młodzieży zaburzenia tożsamości płciowej.

Littman (2018) opisała zespół naglej dysforii płciowej ROGD (od *rapid-onset gender dysphoria*) sugerując, że ROGD może pojawiać się pod wpływem Internetu i mediów społecznościowych oraz przez sieć kontaktów koleżeńskich (por. także odpowiedź autorki na stawiane jej zarzuty metodologiczne - Littman 2019).

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



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

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

Wykres 5. Współzależność przyrostu pacjentów do specjalistycznych klinik zaburzeń tożsamości płci i tematycznych publikacji medialnych (po lewej: Australia, po prawej Wlk. Brytania) za Pang i in. (2020, s. 4).

Zucker (2019) radzi, aby nie odrzucać pochopnie tej hipotezy. Podobnie nie lekceważą tej hipotezy Hutchinson, Midgen i Spiliadis (2019), którzy wskazują, że koresponduje ona z ich doświadczeniem klinicznym i zachęcają do dalszych badań. Ponadto szwedzki psychiatra - Sven Roman, wskazuje, że znane są fakty, że np. zaburzenia jedzenia, samookaleczenia bywają rozprzestrzeniane drogą społeczną (np. przez kontakty z rówieśnikami) - Canadian Gender Report (2020, Update: 2021, 5 maja). Na tej samej stronie pokazuje się dane nt Szwecji, gdzie po głośnej dyskusji społecznej, publikacjach medialnych, wypowiedziach specjalistów oraz filmie „Trans train” w 2019 roku nastąpił 65% spadek trendów napływu dzieci i młodzieży do klinik. Podobny proces, a w efekcie refleksja społeczna i trend spadkowy nastąpiły w Wlk. Brytanii (por. Wykres 1).

Warto zwrócić także uwagę, że analizowany okres nakłada się na powstanie i upowszechnianie mediów społecznościowych, rok założenia FB - to 2004, Twittera - 2006, Instagrama - 2010. Już wcześniej jednak popularne były chaty czy fora internetowe.

Przełomowe badania przeprowadził tu zespół Pang, de Graaf, Chew, Hoq, Keithi in. (2020), gdzie wykazano, że większa aktywność mediów krajowych w zakresie publikacji nt „gender” i „transgender” korelowała pozytywnie z większą liczbą zgłoszeń do tego typu klinik dla dzieci i młodzieży w Wlk. Brytanii i Australii w latach 2009-2016 (por. Wykres 3). W tym czasie ukazało się 420 publikacji

medialnych w Australii i 2194 w Wlk. Brytanii. Linia pojawiania się tych publikacji oraz napływu wzrostu pacjentów, niemal pokrywają się (tamże, s. 4). Z danych tych można wyliczyć, że stosownie do 1 publikacji medialnej przybywało w szpitalu Melbourne w Australii 0,75 pacjenta, a w GIDS w Londynie - 0,46 pacjenta.

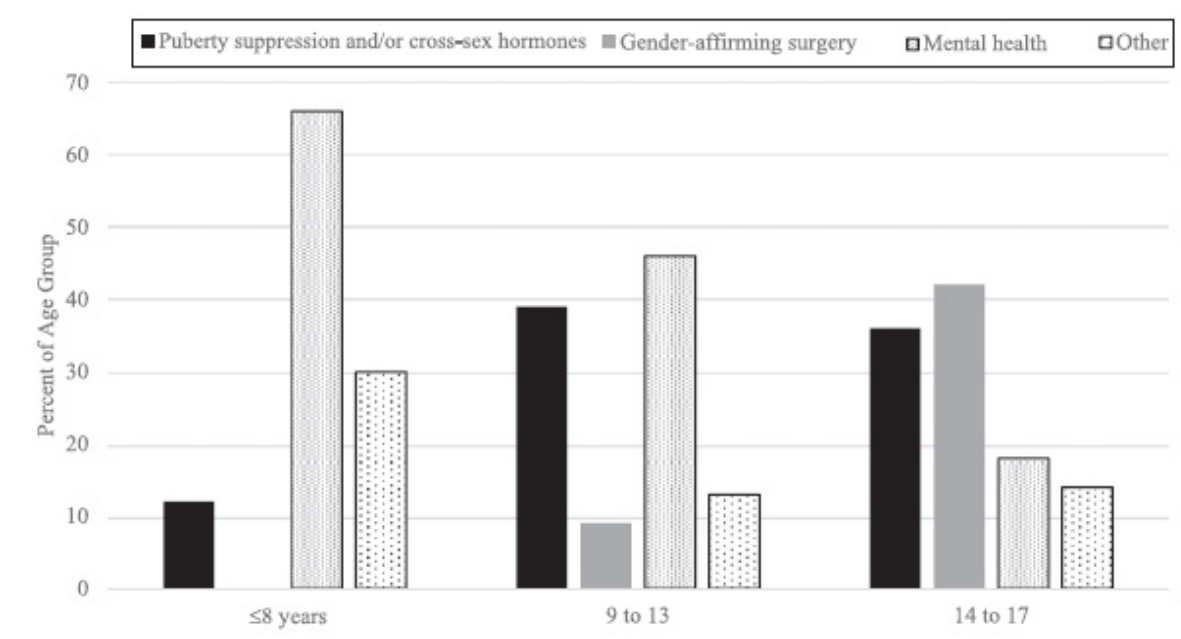
3. Transmisja społeczna. Propozycja własna: wpływ kultury podważającej i rozmywającej płęć biologiczną.

Presja mediów prawdopodobnie nie może być jednak jedynym czynnikiem odpowiedzialnym za zmiany ilościowe i ich źródeł należy szukać np. w kulturze czy polityce społecznej. Coraz więcej łatwych przekazów kulturowych głosi w przestrzeni publicznej „wielość płci”, „wybór płci”, „łatwość zmiany płci bez skutków ubocznych”. Nie rozróżnia się przy tym subiektywnej identyfikacji psychicznej, która jest jedną z warstw płci, czy społecznych ról płciowych - od innych warstw zakotwiczonych bezpośrednio w biologii (płęć genetyczna, hormonalna, gonadalna, genitalna, fenotypowa), głosząc prymat identyfikacji psychicznej i jego wszechstronną zdolność do kreacji rzeczywistości: „jesteś tym, za kogo się uważasz”. Facebook, medium o bardzo dużej sile oddziaływania, wprowadził w 2014 roku w USA formularz rejestracyjny zawierający aż 50 określeń tożsamości płciowej i seksualnej (Sparkes, 2014),

zaś w Wlk. Brytanii rozszerzono zakres wyboru o dodatkowe 21 opcji, w sumie dając do wyboru 71 identyfikacji (Williams, 2014). Spotyka się także całą masę określeń niesprecyzowanych, jak gender fluid (płynność płciowa), niebinarność (czyli odrzucanie podziału na dwie płcie biologiczne), trzecia płeć itp. Największa liczba określeń seksualnych i płciowych orientacji wynosi 235, jak policzył Instytut „Ona i On” (2020). Najstarsza w Polsce uczelnia - Uniwersytet Jagielloński wprowadził dla studentów ankietę, w której występuje do wyboru 5 opcji w zakresie płciowości, w tym opcja „niebinarności” (Solidarni 2010, 2021). Uniwersytet w Wilnie wprowadza język neutralny płciowo (Rachlevičius, 2021). Poprzez edukację antidyskryminacyjną oraz edukację seksualną w modelu CSE popieranym przez ONZ (UNESCO 2018), która w kilkunastu krajach jest obowiązkowa⁸, młody człowiek osłuchuje się z niestandardowymi identyfikacjami płciowymi jako pozytywną alternatywą. Powstaje pytanie, czy tego typu edukacja głosząca przekaz tolerancji może działać jak zachęta

do eksploracji nieznanymi obszarów (ciekawość, chęć wyróżnienia się, moda)? Czy prowokuje np. reakcje ucieczkowe w „inną płeć” zwłaszcza w sytuacjach kryzysów i przeciążeń? Czy może zasiewać niepewność co do własnej identyfikacji płciowej, co może być szczególnie ryzykowne w okresie rozwojowym? Dodajmy do tego kryzys męskości, czy oddziaływania mody, która często miksuje elementy męskie i żeńskie⁹ czy sztukę, która lubi tu szokować, czy ruch praw osób transseksualnych.

O tym, że tego typu oddziaływanie może zasiewać co najmniej niepewność u dzieci co do własnej płci świadczy przypadek z Kanady, gdzie dziewczynka po prezentacji w przedszkolu materiałów „Queer Kids Stuff” zaczęła twierdzić, że dziewczynki i chłopcy nie istnieją i podważać swoją dziewczęcość (Johnston, 2019). Najwcześniejszy próg początku trendów wzrostowych zauważono w krajach przodujących w rewolucji społecznej (Kanada, Holandia, Szwecja - por. rozdz.5).



Wykres 6. Rodzaje specjalistycznych usług świadczonych w klinice w Płn. Kalifornii w USA za Handler i in. (2019, s.4). Kolory w kolejności: czarny - hormony, szary - operacje, cieniowanie - pomoc psychiczna, kropkowanie - inna. U dołu podane grupy wiekowe.

8 Por. mapa na stronie filmu nt edukacji seksualnej „To nic takiego”: <https://tonicktakiego.pl/>

9 Np. Weppresent (n.d.).

4. Transmisja społeczna. Zmiany w polityce publicznej oraz lobbing przemysłu farmaceutycznego jako okoliczności sprzyjające.

Szpital Royal Children's Hospital Melbourne w Australii (Hancock, 2018) donosi, że z powodu długich kolejek na pierwszą wizytę nieletnich pacjentów trzeba czekać 14 miesięcy. Pierwsza klinika dla dzieci i młodzieży z zaburzeniami tożsamości płci powstała w USA w Bostonie w 2007 roku, w 2014 roku w USA funkcjonowało już 40 takich klinik (Human Rights Campaign, n.d.)¹⁰, a w 2021 - 80 (Monostra, 2021). Dodajmy do tego, fakt, że „zmiana płci” oznacza dożywotnie przyjmowanie hormonów. Tzw. operacje zmiany płci składają się z wielu operacji i zabiegów i rozkładają się na kilka lat. Roczne utrzymanie pacjenta z zaburzeniami płci na koszt podatnika w Australii wyliczono na 5000\$ (Hancock, 2018), ale koszt pełnej tranzycji na 100 000\$ (Lavoipierre, 2018). Także koszty w USA wynoszą nawet ponad 100 000\$ - dane za Jones, 2019). W Polsce – 30-40 tys. zł musi zapłacić mężczyzna, który chce się upodobnić do kobiety, a 35 tys. zł kobieta (dane ze strony Estheticon, n.d.).

Poniższe szokujące dane (za Handler i in., 2019) pokazują, że operacji „zmiany płci” dokonuje się, choć w mniejszości (szary słupek) już w grupie 9-13 latków, ale jest to dominujący sposób „pomocy specjalistycznej” w grupie 14-17 latków. Na polskim forum Estheticon pojawiła się odpowiedź na zadane pytanie, gdzie stwierdzono, że 16-latce z dysforią płciową, jak najbardziej, za zgodą obojga rodziców, można amputować piersi (Estheticon, n.d.).

O wzroście tego sektora biznesu medycznego świadczy także artykuł Chen, Jin, Yang, Qu, Weng i in. (2019), który zestawia rosnącą częstotliwość ogłoszeń badań klinicznych (a więc inwestycji w ten sektor medyczny) na stronie rządowej w USA: ClinicalTrials.gov. Trendy te są niemal identyczne, co do tempa i skali czasowej zmian, co przybywanie pacjentów w klinikach specjalistycznych (rokiem, od którego rozpoczął się wyraźny przyrost ogłoszeń był

2009). Ułatwieniem są też zmiany prawa i zmiany polityk publicznych (np. refundacje tranzycji). Choć możliwa jest i zależność odwrotna.

7. Praktyczne wskazówki przydatne dla rodziców

Jak widać, z powyższego przeglądu 10 możliwych wyjaśnień lawinowego wzrostu zgłoszeń do klinik, z czynników, na które rodzice mogą mieć wpływ, powinni zwrócić przede wszystkim uwagę na pozytywny przekaz nt własnej płci dziecka i szacunek dla płci przeciwnej. Powinni również monitorować rozwój dziecka pod kątem wczesnego rozpoznania przejawów dysforii płciowej. Ważna jest sieć kontaktów dzieci, w tym w mediach społecznościowych i wszelkie przejawy narażenia na podważanie płci biologicznej, zwłaszcza wychowanie neutralne płciowo. W przypadku wystąpienia dysforii płciowej należy zapoznać się z alternatywnymi ścieżkami pomocy i ocenić każdorazowo ich ryzyko zdrowotne, psychiczne i społeczne oraz koszty finansowe. Należy także wziąć pod uwagę niedojrzałość psychiczną dziecka i dużą samoistną zmienność i zanikanie dysforii płciowej zwłaszcza w wieku dojrzewania. Zaproponowania przez profesjonalną placówkę ścieżka pomocy powinna być weryfikowana przez dostarczenie wiarygodnych informacji (konkretne zamiary na badania i meta analizy naukowe, relacje kliniczne, a nie ogólne stwierdzenia czy np. oświadczenia towarzystw branżowych). Należy także zwracać baczną uwagę na wysoką opłacalność finansową tranzycji dla gremiów medycznych, a z drugiej strony na niewłaściwe obietnice każdorazowej skuteczności terapii. Tu i tu istnieje ryzyko stronniczości. Należy także zdawać sobie sprawę ze zmiennej czasu (im wcześniej podejmuje się terapię, tym zwiększa się jej skuteczność, a z drugiej strony wcześniejsze zastosowanie podejścia afirmatywnego daje lepsze rezultaty estetyczne w przypadku tzw. zmiany płci. Powyższa analiza ryzyka nie jest jednak wystarczająca i należy pamiętać o przeważająco nabytej genezie zaburzeń

10 Owa Klinika w Bostonie założona w 2007 roku to: Gender Multispeciality Service (GeMS) nie publikuje swoich danych - <https://www.childrenshospital.org/gems>

tożsamości płci. Wpływ czynników biologicznych w przypadku transseksualizmu na podstawie 11 badań oszacowano na zaledwie 36% (mediana; Marianowicz-Szczygieł, 2021, s. 99, na podstawie danych z metaanalizy Polderman i in., 2018). Zucker (2008) omawia czynniki psycho – społeczne w genezie dysforyi płciowej u dzieci, w pracy Marianowicz-Szczygieł (2021, s. 98-106) można znaleźć także pomocny przegląd badań.

Następujące przeglądy badań wykazały niską lub brak skuteczności tzw. procesu zmiany płci dla faktycznej poprawy jakości życia osób o skłonnościach transseksualnych: ARIF, 2004 na podst. 100 badań; Rowiak, Bolt, Sharifi, 2019 - 7 badań, 552 osoby badane, 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". Zarówno American College of Pediatricians (2017) oraz stowarzyszenie SEGM¹¹ odnotowuje ryzyko negatywnych skutków aplikowania dzieciom i młodzieży hormonów: choroby krążenia, układu kostnego, kłopoty z ciśnieniem krwi, zakrzepy krwi, udary mózgu, komplikacje pooperacyjne, cukrzycę, poza oczywistą bezpłodnością i wycinaniem zdrowych narządów. Warto także zaznaczyć, że tzw. operacje zmiany płci, choćby ze względów medycznych nie są dostępne dla wszystkich chętnych. Zespół Lane, Ives, Sluiter, Waljee, Yao i in. (2018) oszacował, że medyczne komplikacje po tzw. operacjach zmiany płci występują u 5,8% pacjentów (dane od 1047 pacjentów). Na stronie SEGM¹² można znaleźć przegląd badań dotyczących psychoterapii.

Ograniczenia analiz i wnioski końcowe

Poziom wiedzy nt zaburzeń tożsamości płci u dzieci, w tym epidemiologii z pewnością będzie wzrastał. Jeśli chodzi o lawinowy napływ nieletnich pacjentów do klinik zaburzeń tożsamości płci, mamy do czynienia z dość nowym zjawiskiem, ale dobrze potwierdzonym w kręgu kultury zachodniej. Autem tego artykułu jest zwiększenie liczby analizowanych pod tym kątem krajów aż do 10, w tym na 3 kontynentach, co uzmysławia skalę tego zjawiska. Krok naprzód może także stanowić stworzenie matrycy możliwych wyjaśnień. Etap ten jest często pomijany lub przedstawiany dość jednostronnie jako efekt wzrostu świadomości społecznej. Ogromnie pomocna była tu analiza jakościowa. Ograniczeniem niniejszego przeglądu badań jest z kolei brak pełnych danych liczbowych za dany okres czasu rok po roku dla wszystkich klinik z danego kraju, ich dostępność oznaczałaby pełniejsze porównania i bardziej zaawansowane narzędzia statystyczne. Na przykład w Szwecji, oprócz omawianej kliniki w Sztokholmie istnieją jeszcze inne ośrodki dla młodzieży od 16 lat: w Alingsås, Linköping, Lund, Umeå i Uppsali (Friesen, Söder, Rydelius, 2017, s. 3), jednak Szwecja stworzyła narodowy rejestr i zaczęła publikować systematycznie swoje dane zbiorcze dopiero od 2018 roku¹³, klinika zaburzeń tożsamości płciowej powstała w Danii dopiero w 2016 roku, w Finlandii w 2011 roku (Kaltiala i in. 2019, s. 3). Choć wydaje się, że wzrost świadomości społecznej może odpowiadać częściowo za wzrost liczby zaburzeń tożsamości płci wśród dzieci i młodzieży, to jednak zmiana obrazu klinicznego (napływ do klinik nastoletnich dziewcząt) wskazuje, że dominujące wydają się być liczne argumenty na rzecz transmisji społecznej tych zaburzeń, zwłaszcza przy dość powszechnie ignorowanym fakcie dominującej genezy środowiskowej (badania na bliźniętach). Nie należy oczywiście zapominać o sprawdzaniu czynników o podłożu biologicznym, które jednak pełnią raczej rolę uzupełniającą. Aitken i in. (2015, s. 760) także zdają sobie sprawę, że inwersja współczynnika płci

11 <https://segm.org/>

12 <https://segm.org/studies>

13 <https://konsdysforiregistret.se/om-registret/arsrapporter/>

uniemożliwia tłumaczenie zmian jedynie czynnikiem wzrostu świadomości społecznej i dostępności usług. Co warto podkreślić, hipoteza dominującej psychospołecznej transmisji dysforii płciowej (w tym w zakresie dokonywanej tu analizy epidemiologii) jest spójna z modelami postawiania i realizowania płciowości z perspektywy różnych szkół psychologicznych. Modele poznawczo-rozwojowe oparte są na uniwersalnej stadialności, gdzie na bazę tożsamości płciowej (kategoryzowanie siebie przez dziecko jako osoby należącej do danej płci) nakładają się ciągłość płci (z chłopców wyrastają mężczyźni, z dziewczynek - kobiety), niezmiennosc płci i w ten sposób kształtuje się stałość płci u danej osoby (Vasta, Haith, Miller, 1995, s. 551- 552). Teorie uczenia się podkreślają wyuczone wzorce zachowań płciowych, które mogą być także modyfikowane, w tym odrzucane pod wpływem zmian w środowisku (tamże, s. 553). Psychologia egzystencjalna postrzega z kolei cielesność (w tym płciowość) jako sposób spełniania się, który rozciąga się na relacje ze światem zewnętrznym (Hall, Lindzey 1990, s. 305). Psychoanaliza mocno podkreśla związek z ciałem i odkrywaniem swej cielesności zwłaszcza we wczesnym dzieciństwie oraz frustracje, konflikty w relacjach społecznych, a także proces identyfikacji. W stadialnej teorii rozwoju psychoseksualnego Freuda, płciowość pojawia się w trzecim stadium fallicznym, pomiędzy trzecim a piątym rokiem życia, kiedy dzieci stają się świadome

różnic płciowych wynikających z budowy anatomicznej (tamże, s. 60-61). W okresie dojrzewania budzi się seksualność bazująca na płciowości. Psychoanalityczna koncepcja E. Ericksona podkreśla psychospołeczny i stadialny rozwój tożsamości ze szczególnym znaczeniem okresu dojrzewania, gdy może dojść do pomieszania tożsamości. Wtedy zadaniem ego jest selekcjonowanie i integrowanie zarówno własnych uzdolnień i umiejętności i adaptacja (bądź nie) do otoczenia (tamże, s. 96). Przegląd biologicznych, psychologicznych i społecznych teorii powstawania dysforii płciowej znajdzie czytelnik w pracy Le Roux (2013). Opis powstawania identyfikacji płciowej w odniesieniu do stadiów rozwoju psychoseksualnego i płciowego oraz dynamiki rodzinnej podaje Szymczyk (2013).

Zamieszczanie pełnych danych liczbowych zgłoszeń do klinik rok po roku oraz liczb diagnoz z podziałem na kategorie wiekowe i płeć znacznie ułatwiłoby weryfikację powyższych hipotez i międzynarodowe porównania. Uwzględnianie prognozy wiekowej ujawniania się zaburzeń tożsamości płci i odróżnianie go od wieku zgłoszeń do kliniki byłoby pomocne w śledzeniu powiązań z okresem dojrzewania i zmianami w ciele – co radzi z kolei DeVries (2020). Z pewnością nieodzowne są dalsze badania nt wpływu mediów czy wpływu wychowania neutralnego płciowo i społecznego paradygmatu równości oraz społecznego wizerunku danej płci.

Bibliografia

- Affde, (2021). Statystyki demograficzne Facebooka: Ile osób korzysta z Facebooka w 2021 roku? (za:) <https://www.affde.com/pl/facebook-users.html> (dostęp: 8.01.2022).
- Aitken, M., Steensma, T.D., Blanchard, R., Vanderlaan, D.P., Wood, H., Fuentes, A., Spegg, C., Wasserman, L. i in. (2015). Evidence for an Altered Sex Ratio in Clinic-Referred Adolescents with Gender Dysphoria, *Journal of Sexual Medicine*, 12 (3), 756-763, <https://doi.org/10.1111/jsm.12817>.
- American College of Pediatricians, (2017). Gender Ideology Harms Children, (za:) https://acpeds.org/assets/imported/9.14.17-Gender-Ideology-Harms-Children_updated-MC.pdf (dostęp: 8.01.2022).
- Arceles, J., Bouman, W.P, Van den Noortgate, W., Claes, L., Witcomb, G.L., Fernandez-Aranda, F. (2015). Systematic Review and Meta-Analysis of Prevalence Studies in Transsexualism, *European Psychiatry*, 30(6), 807-815, <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.04.005>.
- ARIF - Aggressive Research Intelligence Facility, (2004). Using evidence to support health care decision making. University of Birmingham.
- Arnoldussen, M., Steensma, T.D., Popma, A., van der Miesen, A.I.R., Twisk, J.W. R., de Vries, A.L.C. (2020). Re-evaluation of the Dutch approach: are recently referred transgender youth different compared to earlier referrals? *European Child & Adolescent Psychiatry*, vol. 29, 803-811, <https://doi.org/10.1007/s00787-019-01394-6>.
- Bayswatersupport (nd). How We Could Reform 'Transition to Adulthood' care in the NHS, (za:) <https://bayswatersupport.org.uk/transitioning-to-adulthood/> (dostęp: 8.01.2022).
- Beisert, M., Witkoś, M. (2018). Niepewność wobec własnej tożsamości płciowej w okresie dorastania, *Psychologia w Praktyce*, nr 10, (za:) <https://psychologiawpraktyce.pl/artukul/niepewnosc-wobec-wlasnej-tozsamosci-plciowej-w-okresie-dorastania> (dostęp: 8.01.2022).
- Canadian Gender Report (2020). *The Swedish U-Turn on Gender Transitioning for Children*.

- Chen, B., Jin, H., Yang, Z., Qu, Y., Weng H., & Hao T. (2019). An approach for transgender population information extraction and summarization from clinical trial text, *BMC Med Inform Decision Making* 19, 62, <https://doi.org/10.1186/s12911-019-0768-1>.
- Cheung, A.S., Ooi, O. Leemaqz, S., Cundill, P., Silberstein, N., Bretherton, I., Thrower, E., Locke, P., Grossmann, M., Zajac J.D. (2018). Sociodemographic and Clinical Characteristics of Transgender Adults in Australia, *Transgender Health*, vol. 3.1, 220-238, <https://doi.org/10.1089/trgh.2018.0019>.
- Christian Institute (7-11-2018). *Tavistock trans centre accused of 'fast-tracking' kids*. (za:) <https://www.christian.org.uk/news/tavistock-trans-centre-accused-fast-tracking-kids-senior-medic/> (dostęp: 8.01.2022).
- Clarke, A.C., Spiliadis A. (2019). 'Taking the lid off the box': The value of extended clinical assessment for adolescents presenting with gender identity difficulties, *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, vol. 24(2), 338-352, <https://doi.org/10.1177/1359104518825288>.
- Cysarz, D. (2021). Inne zaburzenia identyfikacji płciowej, (w:) M. Lew-Starowicz, Z. Lew-Starowicz, W. Skrzypulec-Plinta (red.), *Seksuologia*, 299-309, Warszawa: PZWL.
- de Graaf, N.M., Cohen-Kettenis, P.T., Carmichael, P., Carmichael, P., de Vries A.L.C., Dhondt K., Laridaen, J., Dagmar Pauli D., Ball, J., Steensma, T.D. (2017 on-line, druk 2018). Psychological functioning in adolescents referred to specialist gender identity clinics across Europe: a clinical comparison study between four clinics, *European Child & Adolescent Psychiatry* 27, 909-919, <https://doi.org/10.1007/s00787-017-1098-4>.
- de Graaf, N.M., Carmichael, P. (2019). Reflections on emerging trends in clinical work with gender diverse children and adolescents, *Clin Child Psych Psychiatry*, Apr, 24(2), 353-364, <https://doi.org/10.1177/1359104518812924>.
- de Graaf, N.M., Carmichael, P., Steensma, T.D., Zucker K.J., (2018). Evidence for a Change in the Sex Ratio of Children Referred for Gender Dysphoria: Data From the Gender Identity Development Service in London (2000-2017), *Journal of Sexual Medicine* 15 (10), 1381-1384, <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.08.002>.
- Delahunt, J., Denison, H., Sim, D., Bullock, J.J., Krebsi, J. (2018). Increasing rates of people identifying as transgender presenting to Endocrine Services in the Wellington region, *The New Zealand Medical Journal*, vol.131,1438, 33-42. (za:) <https://www.semanticscholar.org/paper/Increasing-rates-of-people-identifying-as-to-in-the-Delahunt-Denison/9d899d3f7d82340c8b1726cec21562e6e5ee6a1c> (dostęp: 8.01.2022).
- deVries, A.L.C. (2020). Challenges in Timing Puberty Suppression for Gender-Nonconforming Adolescents, *Pediatrics*, 146 (4) e2020010611; <https://doi.org/10.1542/peds.2020-010611>.
- Dora, M., Grabski, B., Dobroczyński B. (2020). Dysforia płciowa i nonkonformizm płciowy w adolescencji - zmiany i wyzwania diagnostyczne, *Psychiatria Polska*, 162, 1-15, <https://doi.org/10.12740/PP/OnlineFirst/113009>.
- Estheticon, (n.d.). Zmiana płci, cena, (za:) <https://www.estheticon.pl/cenniki/operacje-transseksualistow> (dostęp: 8.01.2022).
- European Parliament, (2017). Pytanie nr E-001877-17 zadane przez Marie-Christine Arnautu (ENF), (za:) https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/E-8-2017-001877_EN.html (dostęp: 8.01.2022).
- Fisher, A.D. (2019). *Transgender Health Care in Europe: Italy*. EPATH 3rd Conference Inside Matters. 11-13 kwietnia 2019, Rzym, Włochy.
- Friesen, L., Söder, O., Rydelius, P. (2017). Kraftigökning av könsdysfori bland barn och unga, *Läkartidningen*, vol. 114, 1-5, (za:) <https://lakartidningen.se/klinik-och-vetenskap-1/artiklar-1/klinisk-oversikt/2017/02/kraftig-okning-av-konsdysfori-bland-barn-och-unga/> (dostęp: 8.01.2022).
- Garcia, D., Kappas A., Küster, D., Schweitzer F. (2016). The dynamics of emotions in online interaction, The Royal Society Open Access, <https://doi.org/10.1098/rsos.160059>.
- Georgas, K., Beckman, U., Bryman, I., Elander, A., Jivegård, L., Mattelin, E., Olsen Ekerhult, T., Persson, J., Sandman, L., Selvaggi, G., Stadig, I., Vikberg Adania, U., Strandell, A. (2018). *Gender affirmation surgery for gender dysphoria-effects and risks*. (Könskonfirmerandekirurgi vid könsdysfori - effekter och risker). Göteborg: Västra Götalandsregionen, Sahlgrenska University Hospital, HTA-centrum, (za:) https://segm.org/Sweden_ends_use_of_Dutch_protocol (dostęp: 8.01.2022).
- GIDS (2021). Number of referrals, (za:) <https://gids.nhs.uk/number-referrals> (dostęp: 8.01.2022).
- Godlewski J. (1988). Transsexualism and anatomic sex ratio reversal in Poland, *Archives of Sexual Behavior*, 17(6), 547-548, <https://doi.org/10.1007/bf01542342>.
- Hall, C.S., Lindzey, G. (1990). *Teorie osobowości*. Warszawa: PWN.
- Hancock J., (2018). Childhood demand for gender transition treatment surges to record high, *ABC News Breakfast*, (za:) <https://www.abc.net.au/news/2018-09-20/childhood-demand-for-biological-sex-change-surges-to-record/10240480?nw=0> (dostęp: 8.01.2022).
- Handler, T., Hojilla, J.C., Varghese, R., Wellenstein, W., Satre, D.D., Zaritsky E. (2019). Trends in Referrals to a Pediatric Transgender Clinic, *Pediatrics*, 144 (5) e20191368; <https://doi.org/10.1542/peds.2019-1368>.
- Haupt, C., Henke, M., Kutschmar A., Hauser, B., Baldinger, S., Saenz, S.R., Schreiber, G. (2020). Antiandrogen or estradiol treatment or both during hormone therapy in transitioning transgender women, *Cochrane Library*, <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013138.pub2>.
- Human Rights Campaign, (n.d.). *Interactive Map: Clinical Care Programs for Gender-Expansive Children and Adolescents*. (za:) <https://www.hrc.org/resources/interactive-map-clinical-care-programs-for-gender-nonconforming-childr> (dostęp: 8.01.2022).
- Hutchinson, A., Midgen, M., Spiliadis A. (2019). In Support of Research Into Rapid-Onset Gender Dysphoria, *Archives of Sexual Behavior* 49 (1),79-80, <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01517-9>.
- Indremo, M., White, R., Frisell, T., Chnattingius, S., Skalkidou, A., Isaksson, J., Papadopoulos, F. (2021). Validity of the Gender Dysphoria diagnosis and incidence trends in Sweden: a nationwide register study, *Scientific Reports*. 11 (1), <https://doi.org/10.1038/s41598-021-95421-9>.
- Instytut „Ona i On”, (2020a). Infografiki: 235 orientacji płciowych i seksualnych, (za:) <http://onaion.org.pl/gender-infografiki/> (dostęp: 8.01.2022).
- Instytut „Ona i On”, (2020b). Infografiki: 235 orientacji płciowych i seksualnych, (za:) <http://onaion.org.pl/infografiki/> (dostęp: 8.01.2022).
- Johnston, E. (2019). Canadian Family Files A Human Rights Complaint After "Gender Theory" Taught In School Confused And Upset Their 6-Year-Old Girl, (za:) <https://elizabethjohnston.org/canadian-family-files-a-human-rights-complaint-after-gender-theory-taught-in-school-confused-and-upset-their-6-year-old-girl/> (dostęp: 8.01.2022).
- Jones, B. (2019). The staggering costs of being transgender in the US, where even patients with health insurance can face six-figure bills, *Business Insider*, (za:) <https://www.businessinsider.com/transgender-medical-care-surgery-expensive-2019-6?IR=T> (dostęp: 8.01.2022).

- Kaltiala, R., Bergman, H., Carmichael, P., de Graaf, N.M., Rischel, K.E., Frisén, L., Schorkopf, M., Suomalainen, L., Wæhre, A. (2019). Time trends in referrals to child and adolescent gender identity services: a study in four Nordic countries and in the UK, *Nordic Journal of Psychiatry*, Jan;74(1), 40-44, <https://doi.org/10.1080/08039488.2019.1667429>.
- Lane, M., Ives, G.C., Sluiter, E., Waljee, J.F., Yao, T.-H., Hu, H.M., Kuzon, W.N. (2018). Trends in Gender-affirming Surgery in Insured Patients in the United States, *PRS Global Open*, vol. 6 (4), <https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000001738>.
- Lavoipierre, A. (2018). The hidden \$100,000 price tag on being transgender, *ABC News*, (za:) [https://www.abc.net.au/news/2018-03-02/the-hidden-\\$100,000-price-tag-on-being-transgender/9498918](https://www.abc.net.au/news/2018-03-02/the-hidden-$100,000-price-tag-on-being-transgender/9498918) (dostęp: 8.01.2022).
- Le Roux, N. (2013). *Gender variance in childhood/adolescence: gender identity journeys not involving physical intervention*. (Prof Doc Thesis, University of East London School of Psychology), <https://doi.org/10.15123/PUB.3493>.
- Linander, I. (2018). "It was like I had to fit into a category" People with trans experiences navigating access to trans-specific healthcare and health". *Health and healthcare experiences among transgender people*. (Praca doktorska. Department of Public Health and Clinical Medicine, Epidemiology and Global Health, Umeå Centre for Gender Studies, Graduate School for Gender Studies, Umeå University, Umeå), <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.31860.81289>.
- Littman, L. (16.04.2018). Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria, *Plos One* 14(3):e0202330, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202330>.
- Littman, L. (2019). Correction: Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria, *PLOS ONE* 14(3): e0214157, <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214157>.
- Marianowicz-Szczygiel, A. (2020). Dlaczego na świecie wzrasta liczba osób LGBT? Instytut „Ona i On”, <http://onaion.org.pl/raport-dlaczego-na-swiecie-wzrasta-liczba-osob-lgbt/>.
- Marianowicz-Szczygiel, A. (2021). Zaburzenia tożsamości płciowej u dzieci i młodzieży – ujęcie psychologiczne. Geneza, czynniki ryzyka, rowkowania, profilaktyka, (w:) B. Kmiecziak (red.), *Między chromosomem a paragrafem. Transseksualizm w ujęciu prawnym, społecznym i medycznym*, 93-142. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Wymiaru Sprawiedliwości.
- Michael, A., Mormont, C., Legros, J.J. (2001). A Psycho-Endocrinological Overview of Transsexualism, *European Journal of Endocrinology*, 145(4), 365-76, <https://doi.org/10.1530/eje.0.1450365>.
- Monostra, M. (2021). Gender care for minors requires teamwork, centers on family, *Healio/Pediatric Endocrinology*, (za:) <https://www.healio.com/news/endocrinology/20210719/gender-care-for-minors-requires-teamwork-centers-on-family> (dostęp: 8.01.2022).
- National Board of Health and Welfare (2017). *Utvecklingen av diagnosen könsdysfori i Sverige (The development of the diagnosis of gender dysphoria in Sweden)*, (za:) <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/artikelkatalog/ovrigt/2020-2-6600.pdf> (dostęp: 8.01.2022).
- Pang, K.C., de Graaf, N.M., Chew, D., Hoq, M., Keith, D.R., Carmichael, P., Steensma, T.D. (2020). Association of Media Coverage of Transgender and Gender Diverse Issues With Rates of Referral of Transgender Children and Adolescents to Specialist Gender Clinics in the UK and Australia, *JAMA Network Open*, 3(7):e2011161, <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.11161>.
- Polderman, T.J.C., Kreukels, B.P.C., Irwig, M., Beach, L., Chan, Y.-M., Derks, E., Esteva, I., Ehrenfeld, J., Heijer, Posthuma, D., Raynor, L., Tishelman, A., Davis, L.K. (2018). International Gender Diversity Genomics Consortium, The Biological Contributions to Gender Identity and Gender Diversity: Bringing Data to the Table, *Behavior Genetics* 48, 95-108. g Data to the Table, *Behavior Genetics*, 48(2), 95-108.
- Rachlevičius, V. (2021). Vidas Rachlevičius. Lyčiai jautri kalba, *Laikmetis*, (za:) <https://www.laikmetis.lt/vidas-rachlevicius-lyciai-jautri-kalba/?fbclid=IwAR1E9tjbsevpWuGG-9ToCiGMHzAOc1AHMEaqZ6dGnoeWpIFxWD2IPshVrHg> (dostęp: 8.01.2022).
- Research, D. (2017). Americans are twice as likely as Europeans to identify as LGBTQ, *Medium.com*, (za:) <https://medium.com/@DaliaResearch/americans-are-twice-as-likely-as-europeans-to-identify-as-lgbtq-44153d4b46c6> (dostęp: 8.01.2022).
- Robacha, A. (2021). Transseksualizm, (w:) M. Lew-Starowicz, Z. Lew-Starowicz, W. Skrzypulec - Plinta (red.), *Seksuologia*, 287-298, Warszawa: PZWL..
- Rowniak, S., Bolt, L., Sharifi, C. (2019). The effect of cross-sex hormones on the quality of life, depression and anxiety of transgender individuals: a quantitative systematic review. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 17(9), <https://doi.org/10.11124/JBISIRIR-2017-003869>.
- SBU, (2019). Gender dysphoria in children and adolescents: an inventory of the literature. Raport 307E, (za:) https://www.sbu.se/contentassets/bfd7263c06da44ca9168b1df8a1c7e0/eng_gender-dysphoria-in-children-and-adolescents--an-inventory-of-the-literature.pdf z, ze strony: <https://www.sbu.se/en/publications/sbu-bereder/gender-dysphoria-in-children-and-adolescents-an-inventory-of-the-literature/> (dostęp: 8.01.2022).
- Solidarni 2010, (2021). Odważna Kurator Barbara Nowak znów stała się obiektem hejtu. *Solidarni 2010*. (za:) <http://solidarni2010.pl/40880-odwazna-kurator-barbara-nowak-znow-stala-sie-obiektem-hejtu.html?PHPSESSID=e7fa31a1d6602e16eb1c7b6fe668cea0> (dostęp: 8.01.2022).
- Sparkes, M. (2014). Facebook sex changes: which one of 50 genders are you? *The Telegraph*, (za:) <https://www.telegraph.co.uk/technology/facebook/10637968/Facebook-sex-changes-which-one-of-50-genders-are-you.html> (dostęp: 8.01.2022).
- Steensma, T.D., Boer, F., Cohen-Kettenis, P.T. (2011). Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow-up study, *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, vol. 16 (4), 499-516, <https://doi.org/10.1177/1359104510378303>.
- Steensma, T.D., Cohen-Kettenis, P.T., Zucker, K.J. (2018). Evidence for a change in the sex ratio of children referred for gender dysphoria: Data from the Center of Expertise on Gender Dysphoria in Amsterdam (1988-2016), *Journal of Sex & Marital Therapy*, 44, 713-715.
- Szymczyk, L. (2013). Relacje w rodzinie a rozwój tożsamości i identyfikacji płciowej dziecka w wieku przedszkolnym, *Kwartalnik Naukowy Fides et Ratio*, 3, 85-97.
- Travistock and Portman NHS, (n.d.). Gender Identity Development Service statistics, (za:) <https://tavistockandportman.nhs.uk/documents/408/gids-service-statistics.pdf> (dostęp: 8.01.2022).
- UNESCO, (2018). *International technical guidance on sexuality education. An evidence-informed approach*. Geneva, UN urges Comprehensive Approach to Sexuality Education, (za:) <https://en.unesco.org/news/urges-comprehensive-approach-sexuality-education> (dostęp: 8.01.2022).
- Vasta, R., Haith, M.M., Miller, S.S. (1995). *Psychologia dziecka*. Warszawa: Wydawnictwa Szkolne i Pedagogiczne.

- Weppresent, (n.d.). *DorianUlises López Macías Mexico is exciting and noisy, beautiful and rich*, (za:) <https://weppresent.wetransfer.com/story/dorian-ulises-lopez-macias/> (dostęp: 8.01.2022).
- Wieczorek, B. (2018). *Homoseksualizm. Przegląd światowych analiz i badań. Przyczyny, objawy, terapia, aspekty społeczne*. Warszawa: Fronda.
- Williams, R. (2014). Facebook's 71 gender options come to UK users, *The Telegraph*, (za:) <https://www.telegraph.co.uk/technology/facebook/10930654/Facebooks-71-gender-options-come-to-UK-users.html> (dostęp: 8.01.2022).
- Zucker, K.J. (2008). Children with gender identity disorder: Is there a best practice?, *Neuropsychiatrie de l'enfance de l'adolescence*, 56 (6), 358-364, <https://doi.org/10.1016/j.neurenf.2008.06.003>.
- Zucker, K.J. (2017). Epidemiology of gender dysphoria and transgender identity, *Sexual Health* 14, 404-411, <https://doi.org/10.1071/sh17067>.
- Zucker, K.J. (2019). Adolescents with Gender Dysphoria: Reflections on Some Contemporary Clinical and Research Issues, *Archives of Sexual Behavior*, 48(5), <https://doi.org/10.1007/s10508-019-01518-8>.

Netografia

- <https://epath.eu/past-conferences/conference-2019/program-overview/> (dostęp: 8.01.2022).
- <https://epath.eu/wp-content/uploads/2019/04/EPATH-2019-Transgender-Health-Care-in-Italy.pdf> (dostęp: 8.01.2022).
- <https://genderreport.ca/the-swedish-u-turn-on-gender-transitioning/> (dostęp: 8.01.2022).
- <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/0092623X.2018.1437580?scroll=top&needAccess=true&journalCode=usmt20> (dostęp: 8.01.2022).