

Stanowisko Zespołu ds. Bioetycznych KEP dotyczące tranzycji płci

Streszczenie

Temat tranzycji płci jest niezwykle aktualny. Toczy się na jego temat dyskusja w wielu środowiskach i coraz więcej osób identyfikuje siebie jako osoby transpłciowe czy – szerzej – poszukuje swojej tożsamości płciowej. Żywo zainteresowani tą problematyką są także członkowie ich rodzin. Wiele pytań na ten temat stawiają także specjaliści świadczący pomoc osobom transpłciowym; dotyczy to m.in. nauczycieli, pedagogów, psychologów, lekarzy różnych specjalności, seksuologów, psychoterapeutów, a także sędziów rozpatrujących sprawy o ustalenie płci. Stąd lista osób, które są żywotnie zainteresowane tym zagadnieniem, jest długa.

Płciowość człowieka jest rzeczywistością wieloaspektową. Po części jest uwarunkowana biologicznie, w niektórych wymiarach psychospołecznie, przy czym pierwsza grupa czynników ma znaczenie podstawowe. W prezentowanym stanowisku Zespół wykorzystuje do opisu rzeczywistości płci zarówno literaturę medyczną, filozoficzną, jak i nauczanie papieża Franciszka odnośnie do ideologii *gender*. Pokrótkie opisano te ujęcia, które jako kryterium prawdziwości przyjmują racje obiektywne, jak i te, które promują subiektywizm. Wskazano także różne rozstrzygnięcia na gruncie antropologii filozoficznej czynione w zależności od tego, czy natura człowieka jest postrzegana jako zmienna czy też niezmienna. W dokumencie podkreślono, że wiele środowisk promuje tranzycję prowadzącą do nieodwracalnej utraty zdolności prokreacyjnych. Kościół postrzega takie działania jako powodujące ciężki uszczerbek na zdrowiu, a przez to niegodziwe. Zwrócono też uwagę na liczne niespójności w budowaniu argumentacji za tranzycją.

Dokument kończy się przywołaniem nauczania Kościoła odnośnie do ludzkiej płciowości, wyszczególniając niektóre etycznie błędne praktyki oraz wskazując pewne pozytywne propozycje na przyszłość. Dotyczy to między innymi zrozumienia sytuacji osób mających problemy z odczytaniem swojej identyfikacji płciowej lub określających się jako transpłciowe.

Do dokumentu została dołączona bibliografia. Zawarto w niej opracowania prezentujące różne stanowiska dotyczące seksualności i tranzycji płci – także te, które nie nawiązują do chrześcijańskiego światopoglądu. W opinii Zespołu ułatwi to dialog i umożliwi pogłębione zrozumienie tej złożonej problematyki.

1. Wstęp

Problematyka zawarta w tym stanowisku była już częściowo poruszana w dokumentach zarówno Kościoła Powszechnego (Katechizm Kościoła katolickiego, nry 2357-2359¹, Kongregacja ds. Edukacji Katolickiej, *Stworzył ich jako mężczyznę i kobietę*²), jak i Kościoła w Polsce (*Stanowisko Konferencji Episkopatu Polski w kwestii LGBT+*³). Najnowszym tekstem kościelnym podejmującym tę ważną

¹ *Katechizm Kościoła Katolickiego*, Poznań 1994.

² *Stworzył ich jako mężczyznę i kobietę. Z myślą o drodze dialogu na temat kwestii gender w edukacji*, Watykan 2019 (<https://www.ekai.pl/dokumenty/stworzil-ich-jako-mezczyzne-i-kobiete-z-mysla-o-drodze-dialogu-na-temat-kwestii-gender-w-edukacji/>). Zob. także: Jan Paweł II, *Mężczyzną i niewiastą stworzył ich. Odkupienie ciała a sakramentalność małżeństwa*, Kraków 2020; B. Mierziński, *Mężczyzna i kobieta w ujęciu katechez środowych Jana Pawła II*, Kraków 2020, s. 229-257.

³ Stanowisko Konferencji Episkopatu Polski w kwestii LGBT+: <https://episkopat.pl/wp-content/uploads/2020/08/Stanowisko-Konferencji-Episkopatu-Polski-w-kwestii-LGBT.pdf>

problematykę jest Deklaracja Dykasterii Nauki Wiary *Dignitas infinita* z 2 kwietnia 2024 (szczególnie pkt. 55-60)⁴.

Ze względu na współczesne wyzwania dotyczące znaczenia, roli i identyfikacji płci Zespół ds. Bioetycznych KEP chce w sposób pogłębiony odnieść się do tych zagadnień, ponieważ wszyscy dostrzegamy, że w ostatnich latach rośnie w społeczeństwach odsetek osób, które postrzegają siebie jako transpłciowe⁵. Jednocześnie jesteśmy świadkami zarówno upowszechniania się tendencji rozpoczynania w coraz młodszym wieku działań zmierzających do korekty płci (często bez wiedzy i zgody rodziców), jak i upraszczania procedur kwalifikacji do tych działań przez specjalistów z różnych dziedzin. Tego rodzaju praktyki rodzą liczne i zasadne pytania ze strony wielu osób. Istnieje zatem potrzeba głębokiej refleksji na ten temat. Jednocześnie Zespół pragnie zaznaczyć, że ważne jest nie tylko to, co Kościół może dać osobom transseksualnym, ale i to, co Kościół odkrywa, wsłuchując się w ich głos⁶. W centrum zainteresowania Kościoła jest bowiem osoba w całej jej złożoności, a duchowni i świeccy powinni towarzyszyć wszystkim cierpiącym i potrzebującym w ich wysiłkach budowania własnej tożsamości oraz nieść ulgę w doświadczanych trudach i pomoc w chwilach samotności. W niezbędnych przypadkach ludzie Kościoła powinni też kompetentnie wskazać osobom przeżywającym tożsamościowe dylematy potrzebę wielospecjalistycznego wsparcia.

2. Adresaci dokumentu

Dokument niniejszy skierowany jest przede wszystkim do osób, które doświadczają trudności związanych z niezgodnością płci metrykalnej z ich osobistą identyfikacją płciową. Adresatami są nie tylko osoby wierzące, ale wszyscy zainteresowani tym, jak Kościół pragnie przyjmować i wspierać te osoby na ich drogach wiary. Wyrażamy nadzieję, że opracowanie to będzie przydatne także dla członków rodzin tych osób, ich przyjaciół i osób bliskich. Wiele pytań na ten temat stawiają także specjaliści świadczący pomoc osobom transpłciowym. Dotyczy to m.in. nauczycieli, pedagogów, psychologów, lekarzy różnych specjalności, seksuologów, psychoterapeutów, a także sędziów rozpatrujących sprawy związane z tzw. zmianą płci (według nomenklatury prawniczej – sprawa o ustalenie płci). Ważną rolę w rozmowie na temat tranzycji odgrywają także ludzie mediów, osoby zajmujące się szeroko rozumianą edukacją zdrowotną oraz profilaktyką. Również dla środowisk sportowych są to ważne zagadnienia, wiele bowiem emocji i pytań rodzi to zjawisko w kontekście udziału osób transpłciowych w zawodach sportowych. Grupą docelową dokumentu są również osoby duchowne oraz świeccy animatorzy wspólnot religijnych, którzy spotykają się ze zjawiskiem tranzycji w swoich parafiach i wspólnotach.

3. Definicje

⁴ Dykasteria Nauki i Wiary, *Deklaracja Dignitas infinita o godności człowieka*, Poznań 2024.

⁵ „W klinice GIDS w Londynie liczba konsultacji wzrosła z 678 w latach 2014/2015 do 2590 w latach 2018/2019”. Zob. szerzej: A. Marianowicz-Szczygieł, *Zaburzenia tożsamości płciowej u dzieci i młodzieży – ujęcie psychologiczne. Geneza, czynniki ryzyka, rokowanie, profilaktyka*, w: *Między chromosomem i paragrafem. Transseksualizm w ujęciu prawnym, społecznym i medycznym*, red. B. Kmiecik, Warszawa 2021, s. 93-142 (cytat ze strony 111).

⁶ Ważną rolę w zrozumieniu tej problematyki może odegrać lektura reportaży i opisów przypadków osób transpłciowych i ich bliskich. Zob. *Badanie stanu psychicznego. Rozpoznania według ICD-11*, red. P. Gałęcki, Wrocław 2022, s. 243-248; P. Jacoń, *My, trans*, Warszawa 2021; M. Nelson, *Argonauci*, tłum. K. Gucio, Wołowiec 2020; K. Skrzydlowska-Kalukin, J. Sokolińska, *Mów do mnie ono. Dlaczego współczesne dzieci szukają swojej płci*, Warszawa 2022; P. Szewczyk, *Ciała obce. Opowieści o transpłciowości*, Warszawa 2023.

Zgodnie z obowiązującą w Polsce klasyfikacją medyczną ICD-10 (*International Classification of Diseases*) transeksualizm przejawia się pragnieniem życia i akceptacji w roli osoby o płci przeciwnej. Zwykle wiąże się to z żądaniem wprowadzenia zmian anagraficznymi, prowadzenia leczenia hormonalnego lub chirurgicznego. Aby postawić taką diagnozę należy wykluczyć obecność innych zaburzeń, zarówno psychicznych (np. schizofrenii), jak i somatycznych (np. nieprawidłowości chromosomowych, mutacji genowych i regulacji epigenetycznych funkcji genów związanych z fenotypem behawioralnym osoby określonej płci)⁷. Istnieje także kryterium czasowe – trwała tożsamość transeksualna powinna być obecna przez co najmniej dwa lata⁸.

Klasyfikacja ICD-10 wyróżnia również zaburzenia identyfikacji płciowej w dzieciństwie. Wśród kryteriów diagnostycznych wymienia się trwale niezadowolone z bycia osobą danej płci oraz niechęć do ubioru i do budowy anatomicznej. Zaburzenia w tym przypadku występują przed okresem pokwitania, a czas ich trwania powinien być dłuższy niż 6 miesięcy⁹. Od powyższych zaburzeń należy odróżnić zaburzenia rozwoju płci¹⁰ (poprzednio stosowane nazwy: hermafrodytyzm, obojnactwo¹¹), które rozpoznaje się, gdy u jednego człowieka współistnieją cechy obu płci (np. w aspekcie chromosomalnym, gonadalnym, zaburzeń regulacji epigenetycznych). Istnieją także inne systemy klasyfikacyjne, np. DSM-5-TR i ICD-11, które w odmienny sposób ujmują problem transeksualizmu. W tej pierwszej klasyfikacji istnieje termin „dysforii płciowej” (*gender dysphoria*)¹², a w drugiej: „niezgodności płciowej” (*gender incongruence*)¹³.

4. Wieloaspektowość płciowości człowieka i genetyczne aspekty kształtowania się dymorfizmu płci

Powszechnie uznane kryterium płciowości wyznacza kombinacja chromosomów płciowych (chromosomy płciowe kobiety: XX i mężczyzny: XY). Jednocześnie płeć człowieka może być rozpatrywana w kontekście także innych kryteriów: genowego (np. aktywność genu *SRY* i innych), chromatynowego (np. ciało Barra u kobiet), gonadalnego (obecność jąder albo jajników), hormonalnego (odmienny poziom męskich i żeńskich hormonów), genitalnego (budowa zewnętrznych narządów płciowych), metabolicznego (rodzaj aparatu enzymatycznego niektórych systemów metabolicznych), mózgowego (budowa i funkcjonowanie mózgowia), psychicznego

⁷ Kod diagnozy: F64.0. Dane bibliograficzne: 1) *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, wyd. 2. uzup., red. S. Pużyński, J. Wciórka. Kraków 2000, s. 180. 2) *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*, Kraków-Warszawa 1998, s. 123.

⁸ Ibidem.

⁹ Kod diagnozy F64.2. Dane bibliograficzne: 1) *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, Kraków 2000, s. 181-182. 2) *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*, Kraków-Warszawa 1998, s. 123-124.

¹⁰ Wg ICD-11 kod diagnozy LD2A: Światowa Organizacja Zdrowia, *Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób. Rewizja Jedenasta (ICD-11)*, Genewa 2022, s. 1584.

¹¹ Kod Q56: *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta*, tom 1, wydanie 2008, s. 542.

¹² *American Psychiatric Association, Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders, Text Revision (DSM-5-TR)*, s. 511-520.

¹³ Wg ICD-11 kod diagnoz HA60 i HA61: Światowa Organizacja Zdrowia, *Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób Rewizja Jedenasta (ICD-11)*, Genewa 2022, s. 1357. To przedwstępne polskie tłumaczenie zawarte jest na stronie internetowej Rejestru Systemu Kodowania:

<https://rsk3.ezdrowie.gov.pl/resource/structure/icd11/99ICD11/2023-01/mms/details> (pliki PDF i EXCEL, dostęp: listopad 2024). Zaznaczmy, że zawarto tu adnotację, iż jest to wersja „prelease”, która może ulec zmianom i odsyła do angielskiego źródła jako jedynej oficjalnej i miarodajnej wykładni.

(poczucie przynależności do danej płci), społecznego (pełnienie ról społecznych związanych z płcią)¹⁴. W optymalnych warunkach wszystkie wymienione wyżej kryteria są ze sobą zgodne.

Determinacja płci człowieka dokonuje się na początku rozwoju zarodka na etapie zygoty.

Z biologicznego punktu widzenia jednym z celów organizmów takich jak ludzkie jest umożliwienie przetrwania własnemu gatunkowi dzięki posiadaniu potomstwa. Ludzka płciowość jest unikalna. W celu osiągnięcia tej możliwości fizjologicznie wytwarzane są dwa harmonijne układy rozrodcze umożliwiające zapłodnienie i zrodzenie dzieci. Należą do nich także dwa rodzaje gamet (plemniki i oocyty), które dopełniają się pod każdym względem między innymi receptorowo, morfologicznie, mitochondrialnie, genetycznie i epigenetycznie. Płeć w ujęciu biologicznym związana jest zatem z płodnością, co nie oznacza, że osoby bezpłodne nie mają płci, ani że zadania obdarzonego rozumnością i wolnością człowieka, można sprowadzić tylko do aktywności seksualnej i posiadania potomstwa.

Genetyczna determinacja płci człowieka ma charakter nieodwracalny i dokonuje się na najwcześniejszym etapie rozwoju człowieka wraz z zapłodnieniem komórki jajowej (chromosom X) przez plemnik (chromosom X lub chromosom Y). Wtedy to zostaje, w sposób jednoznaczny i nieodwracalny określony prawidłowy kariotyp męski (46, XY) i prawidłowy kariotyp żeński (46, XX). Od tego momentu rozpoczyna się kaskada przemian biochemicznych prowadzących do powstania jądra (gen SRY zlokalizowany na chromosomie Y) lub jajnika (brak genu SRY lub zaburzenia jego ekspresji). Oprócz genu SRY w proces determinacji płci człowieka zaangażowany jest szereg innych genów zlokalizowanych zarówno na chromosomach płci (X i Y) jak i chromosomach autosomalnych.

Lista genów biorących udział w determinacji płci człowieka nie jest wciąż zamknięta. W genetycznej determinacji płci człowieka bierze udział zatem szereg precyzyjnie zsynchronizowanych genów.

Bardzo rzadko dochodzi do zaburzeń strukturalnych i funkcjonalnych (ekspresja genów) w obrębie chromosomów X i Y oraz genów determinujących płęć (SRY i inne geny) prowadzących do zaburzeń determinacji płci (obojnactwo, zespół Turnera, zespół Klinefeltera, zespół feminizujących jąder, etc.).

W ostatnich latach pojawiają się doniesienia sugerujące udział procesów epigenetycznych w kształtowaniu się płci człowieka.

W odróżnieniu od dobrze udokumentowanych zjawisk związanych z genetyczną determinacją płci, procesy epigenetyczne są wciąż badane i weryfikacja ich prawdziwego znaczenia w determinacji płci człowieka jest obecnie niemożliwa.

5. Psychospołeczne aspekty kształtowania się dymorfizmu płci

Seksualność rozwija się w ciągu całego życia człowieka. Wpływają na to różne czynniki – biologiczne, psychologiczne i społeczne. Zgodnie z ujęciem psychodynamicznym we wczesnym dzieciństwie kształtują się podstawy tożsamości płciowej, rodzajowej i seksualnej. Należy zaznaczyć, że najważniejszą osobą na tym etapie rozwoju człowieka jest matka, a wpływ innych osób, instytucji i grup jest mniej intensywny. W okresie średniego dzieciństwa dziecko rozwija się głównie pod wpływem systemu rodzinnego, najważniejszymi osobami są w tym czasie rodzice, wpływ rówieśników jest mniejszy. W okresie dorastania kształtuje się tożsamość człowieka w różnych

¹⁴ Por. A. Marianowicz-Szczygieł, *Zaburzenia tożsamości płciowej u dzieci i młodzieży – ujęcie psychologiczne. Geneza, czynniki ryzyka, rokowania, profilaktyka*, w: *Między chromosomem a paragrafem. Transseksualizm w ujęciu prawnym, społecznym i medycznym*, red. B. Kmiecik, Warszawa 2021, s. 93-142; M. Zazula, *Transseksualizm i geny*, tamże, s. 37-60.

aspektach, m.in. dotyczących przyjmowanych zasad etycznych, obyczajów, wyboru drogi zawodowej, a także tożsamości seksualnej. Dlatego istotę tego okresu życia można opisać słowami „inicjatywa, ekspresja, konflikt”. W tym czasie następują w człowieku silne zmiany biologiczne, ma miejsce rozwój drugo- i trzeciorzędowych cech płciowych. Najważniejszym procesem, który się wówczas dokonuje, jest integracja seksualności młodego człowieka w taki sposób, by tworzyła spójną całość. Wtedy właśnie powinno nastąpić rozwiązanie konfliktu rodzice-dzieci, ustalenie pozycji w grupie i wykształcenie dorosłej – genitalnej – ekspresji seksualnej. Właśnie w fazie dorastania wyraźnie zaznaczają się różnice pomiędzy kobietami i mężczyznami w rozwoju psychoseksualnym. Pod koniec tej fazy człowiek jest gotowy do nawiązania stałej relacji w aspekcie seksualnym, ma stabilną tożsamość płciową i rodzajową. Osoba dojrzała ukształtowana psychofizycznie jest gotowa do podjęcia prokreacji i wynikających z niej obowiązków¹⁵.

Nie możemy jednak nie zauważyć, że bardzo istotną rolę w dorastaniu i dojrzewaniu człowieka odgrywają obecne we współczesnej kulturze silne wzorce osobowe i tożsamościowe. Z realizowanym w środowisku rodziców, krewnych, przyjaciół, rówieśników i nauczycieli procesem budowania osobowościowego modelu tożsamościowego, w tym przede wszystkim płci psychospołecznej, konkuruje dziś wiele czynników zewnętrznych. Szczególną rolę w odkrywaniu i wybieraniu różnorodnych postaw oraz tożsamości płciowych i seksualnych odgrywa technologia cyfrowa i elektroniczne media społecznościowe. W tym okresie rozwoju tożsamość ludzi młodych (w tym – seksualna) formuje się i nie jest jeszcze skryształizowana¹⁶. Podejmowanie zatem w tej fazie życia człowieka jakichkolwiek działań terapeutycznych oraz pedagogicznych bez udziału rodziców jest niedopuszczalne – godzi w naturalne prawa i obowiązki rodziców, niszczy relacje rodzinne¹⁷. Za niedopuszczalne od strony etycznej uznajemy zatem stosowanie blokerów dojrzewania u nastolatków.

6. Transseksualizm a kultura

Przypomniany powyżej proces psychicznego i seksualnego dojrzewania osoby ludzkiej sprawia, że w większości znanych nam kultur uznaje się i sankcjonuje binarny podział płci i ich komplementarność. Na przestrzeni tysiącleci ludzkiej historii cywilizacje i kultury ukazały w obyczajach, literaturze i sztuce zarówno piękno jak i odmienność ekspresji męskości i kobiecości. Sprzeciw budzi współczesne traktowanie płci jako rodzaju przemocy natury wobec człowieka, presji, z której należy się wyzwalać. W literaturze tendencje te są przedstawiane jako *gender studies*. Analizując jednak genezę i rozwój tego światopoglądowego trendu, należy wyraźnie powiedzieć, że idea rozróżniania *gender – sex* ma charakter raczej ideologiczny niż akademicki, tworzy i używa nieostrych pojęć, preferując wyraźną

¹⁵ M. Beisert, *Rozwój psychoseksualny człowieka. Kryteria dojrzałości psychoseksualnej*, w: M. Lew-Starowicz, Z. Lew-Starowicz, V. Skrzypulec-Plinta, *Seksuologia*, Warszawa 2018, s 131-146.

¹⁶ Szczegółową analizę tej problematyki zawiera między innymi opracowanie M. Grossman, *Lost in Trans Nation. A Child Psychiatrist's Guide Out of the Madness*, New York 2023, a także wydane w języku polskim pozycje: R.T. Anderson, *Kiedy Harry stał się Sally. Przemyślenia w czasach transpłciowości*, tłum. J. Kotraba, Warszawa 2021.; A. Marianowicz-Szczygieł, *Zaburzenia tożsamości płciowej u dzieci i młodzieży – ujęcie psychologiczne. Geneza, czynniki ryzyka, rokowanie, profilaktyka*, w: *Między chromosomem i paragrafem. Transseksualizm w ujęciu prawnym, społecznym i medycznym*, red. B. Kmiecik, Warszawa 2021, s. 93-142.

¹⁷ Szczegółowy opis błędnych praktyk jednej z organizacji – World Professional Association for Transgender Health – propagującej takie działania zawiera raport: M. Hughes, *The WPATH Files*: <https://static1.squarespace.com/static/56a45d683b0be33df885def6/t/6602fa875978a01601858171/1711471262073/WPATH+Report+and+Files111.pdf> (pdf, dostęp listopad 2024).

niechęć do biologicznie zdefiniowanych płci¹⁸. Przypomnijmy, że termin „gender” został wprowadzony do szerokiego publicznego dyskursu przez amerykańską myślicielkę Judith Butler. W swojej książce *Gender Trouble: Feminism and the Subversion of Identity* (New York 1990)¹⁹ przekonuje ona, że płeć nie jest pierwotnym faktem natury, który należy przyjąć i wypełnić sensem, ale rolą społeczną, o której można decydować autonomicznie, uwalniając się od kulturowych kodów i determinacji. Butler w krytyce naturalnego biegunowego porządku płci (mężczyzna – kobieta) stworzyła skomplikowaną, przekazaną zawiłym językiem teorię negacji biologicznej tożsamości płciowej (*sex*) na rzecz uznania płci kulturowej (*gender*). O ile zatem w klasycznym biologicznym i antropologicznym ujęciu istoty człowieka jego sposób bytowania jest zakorzeniony w ontycznej konstrukcji i nią zdeterminowany, o tyle teoria *gender* bardzo mocno kwestionuje ten paradygmat. *Gender* oznacza społeczną i kulturową wolność konstruowania tożsamości płciowej, zachowań, ról oraz atrybutów kobiecości i męskości. Czymś naturalnym ma być zmiana, zamiana i wybór aktywności płciowej, tak by identyfikacja płciowa nie była przedmiotem społecznej determinacji. W zaproponowanym przez Butler dyskursie ciało jawi się jako rodzaj pustego i czystego naczynia gotowego, by przyjąć każdą wybraną koncepcję tożsamości, płciowości i seksualności – wielokrotnie i wciąż na nowo. Nie powinno zatem dziwić, że tak instrumentalne, oderwane od realnych racji i argumentów, potraktowanie osoby ludzkiej rodzi sprzeciw zarówno środowisk lekarskich jak i pedagogicznych²⁰.

Niebezpieczeństwa związane z redefiniowaniem płciowości wielokrotnie nazywał papież Franciszek: „Przeżywamy wydarzenie unicestwienia człowieka jako obrazu Boga. W Europie, Ameryce, Ameryce Łacińskiej, Afryce, niektórych krajach azjatyckich istnieje prawdziwa kolonizacja ideologiczna. Jedną z nich – mówię to jasno z „imienia i nazwiska” – jest gender! Dzisiaj dzieci w szkole – właśnie dzieci! – naucza się w szkole: że każdy może wybrać sobie płeć. A dlaczego tego uczą? Ponieważ podręczniki narzucają te osoby i instytucje, które dają pieniądze. Jest to kolonizacja ideologiczna, popierana również przez bardzo wpływowe kraje. I to jest straszne”²¹. W przemówieniu do dyplomatów wskazywał: „Niestety, podejmowane w minionych dekadach próby wprowadzenia nowych praw, które nie w pełni są spójne z tymi pierwotnie zdefiniowanymi i nie zawsze są akceptowalne, dały początek ideologicznej kolonizacji, wśród których główną rolę odgrywa teoria *gender*, będąca niezwykle groźną, ponieważ usuwa różnice, pod pretekstem, że wszyscy są równi”²². Teoria *gender*

¹⁸ W. Sinkiewicz, *Gender – zarys genezy i rozwoju*, w: *Medyczne, bioetyczne, psychosocjologiczne i prawne aspekty tożsamości płci*, red. W. Sinkiewicz, R. Grabowski, Bydgoszcz 2014, s. 18. Termin *gender* pojawił się w 1955 roku u amerykańskiego seksuologa Johna Moneya. On jako pierwszy użył sformułowania *gender role*, *gender coding* i *gender identity*. Zob. J. Money, *Hermaphroditism, gender and precocity in hyperadrenocorticism: psychologic findings*, „Bulletin of the Johns Hopkins Hospital”, nr 96 (1955) 6, s. 253-264. Jednak już w XIX wieku w pracach Magnusa Hirschfelda (1868-1935) pojawiły się pierwsze próby tworzenia teorii metatropizmu, wedle której płeć jest czymś chwiejnym i podlegającym zmianie. Współczesny przegląd różnorakich „rodzajów płci” i ich definicji podaje A. Zwoliński, *LGBT. Nie lepsi, nie gorsi*, Kraków 2020, s. 28-33.

¹⁹ Wydanie polskie: J. Butler, *Uwikłani w płeć*, Warszawa 2008.

²⁰ Zob. *Gender Ideology and Pastoral Practice*, red. T. Farnan, S. Selner-Wright, R.L. Fastiggi, Saint Louis 2024; G. Kuby, *Globalna rewolucja seksualna. Likwidacja wolności w imię wolności*, tłum. D. Jankowska, J. Serafin, Kraków 2013, s. 69-78; Ch. Flavigny, *Kłótnia o gender*, tłum. K. Kubaszczyk, Poznań 2015; M. Rosiak, *Gender Trouble Judith Butler w świetle logiki i metodologii – analiza głównych założeń i ich konsekwencji z dodaniem uwag o źródłach doktryny gender*, w: *Gender – spojrzenie krytyczne*, red. J. Jagiełło, D. Oko, Kielce 2016, s. 125-155.

²¹ Papież Franciszek, *Ewangelia bliskości. Rozmowa z polskimi biskupami w katedrze na Wawelu (27 lipca 2016)*, „L'Osservatore Romano”, wyd. polskie, nr 7-8 (2016) 384, s. 11.

²² Papież Franciszek, *Przemówienie do członków Korpusu dyplomatycznego akredytowanego przy Stolicy Apostolskiej z okazji składania życzeń noworocznych*, „L'Osservatore Romano”, 8 stycznia 2024, s. 3 (<https://www.vatican.va/content/francesco/pl/speeches/2024/january/documents/20240108-corpo-diplomatico.html>). Zob. także: papież Franciszek, Adhortacja apostolska *Amoris laetitia*, nr 56.

stara się zatem zaprzeczyć największej możliwej różnicy istniejącej pomiędzy żywymi istotami: różnicy płciowej, która jest przecież nie tylko podstawowa, ale także najpiękniejsza i najpotężniejsza, ponieważ w parze mężczyzna-kobieta osiąga wzajemność najbardziej godną podziwu jest bowiem źródłem cudu, który nigdy nie przestaje zadziwiać – jest nim pojawienie się na świecie nowych istot ludzkich.

Niestety pod wpływem *gender studies* kwestia płci została oderwana od realności ciała oraz płci i przeniesiona na poziom języka. Nie przez przypadek zatem w teoriach genderowych i transpłciowych tak ważną rolę odgrywają kwestie językowe: żądanie używania odpowiednich zaimków osobowych czy domaganie się stosowania imion innych niż metrykalne. Sam dobór słów ukazuje wybór określonej wizji antropologicznej: „płeć przypisana przy urodzeniu” vs. „płeć rozpoznana przy urodzeniu”. Należy jednak podkreślić, że sama zmiana języka nie zmienia realnej sytuacji człowieka. W dialogu z osobami transpłciowymi należy precyzyjnie wyjaśniać i tłumaczyć ich rzeczywistą sytuację życiową, ukazując bytowe i biologiczne podstawy egzystencji człowieka²³. Dlatego w rozmowach na temat tranzycji płci pojawia się nie tylko aspekt medyczny, ale także filozoficzny.

7. Aspekty filozoficzne

Płciowość człowieka, jako jeden z najważniejszych czynników tożsamości osobowej i samoświadomości, musi być także rozpatrywana na płaszczyźnie filozoficznej, dotyczy bowiem kluczowych treści egzystencjalnych obecnych w życiu każdego człowieka. Sięgając po rozważania największych i najpoważniejszych filozofów odnajdujemy w epistemologii tradycję poznawczą, w której bytowanie ma pierwszeństwo przed poznaniem. Wiele wieków temu tezę tę trafnie sformułowali zarówno żydowscy jak i arabscy myśliciele średniowieczni – prawdę rozpoznajemy poprzez uzgodnienie naszego intelektualnego poznania z obiektywną racją rzeczy.

W tej perspektywie teoriopoznawczej prawda istnieje w świecie niezależnie od naszych umysłów, jest po prostu treścią bytowania świata, a umysł pokornie, a jednocześnie nie bez trudu i czasu, poszukuje jej, rozpoznaje ją i uczy się jej. Nasze pojęcia o świecie są zatem prawdziwe o tyle, o ile zgadzają się z stanem rzeczywistości, bo to rzecz konstytuuje nasze poznanie, nie odwrotnie²⁴. W tym klasycznym paradygmacie, przyjętym także przez nauki empiryczne, istnieje obiektywna prawda na temat płciowości człowieka, którą można rozpoznać i ocenić intelektem według intersubiektywnych (dostępnych każdemu poznającemu) zasad: tożsamości, niesprzeczności, przyczynowości, celowości czy substancjalności²⁵.

Jednakże od kilkudziesięciu lat jesteśmy w filozofii, kulturze i polityce świadkami odejścia od tego klasycznego modelu rozpoznawania i opisywania rzeczywistości. Ponowoczesne nurty filozofii i kultury przekonują, że prawda nie oznacza obiektywnych racji świata, ale jest wynikiem subiektywnych aktów poznania i woli. Człowiek sam dla siebie i sam sobie wyznacza prawdy i przekonania, którymi pragnie żyć. Ten rodzaj subiektywizmu poznawczego dotyczy także trudnego tematu płciowości i seksualności człowieka, bo pozwala na negację płci „rozpoznanej i przypisanej osobie przy urodzeniu” i uznanie (w zasadzie w każdej chwili życia), że owo pierwotne rozpoznanie było błędne.

²³ Por. M. Grossman, *Lost in Trans Nation. A Child Psychiatrist's Guide Out of the Madness*, New York 2023, s. 16.

²⁴ Zob. św. Tomasz z Akwinu, *Kwestie dyskutowane o prawdzie*, tom 1, q. 1, art. 1-2, Kęty 1998, s. 13-23; T. Kraj, *Katolik wobec pluralizmu etycznego na przykładzie bioetyki*, Kraków 2023, s. 121, 123, 134.

²⁵ Zob. A. Maryniarczyk, *Zasady pierwsze*, w: *Powszechna Encyklopedia Filozofii*, tom 9, red. A. Maryniarczyk, Lublin 202, s. 902-907; S. Judycki, *Epistemologia*, tom. 1, Poznań-Warszawa, 2020, s. 567-613.

W tym postmodernistycznym, nacechowanym subiektywizmem ujęciu, płci jest więcej niż dwie (męska i kobieca), jest ich kilkanaście, a w egzystencji ludzkiej mogą one stanowić płynne kontinuum (teoria *queer*). Dlatego w ciągu swojego życia człowiek może odkrywać, przypisywać sobie, korygować i zmieniać przypisaną mu płeć wiele razy w zależności od swego subiektywnego samopoczucia bądź pod wpływem czynników kulturowych (proces ten promuje wspomniana teoria *gender studies*).

Klasyczna antropologia filozoficzna sprzeciwia się takiemu ujęciu, bazuje bowiem na sformułowanym wyżej paradygmacie prawdy, która jest obiektywną racją bytu, niezależną od czynników kulturowych, politycznych czy światopoglądowych. Istnieją zatem dwie płcie ludzkie – męska i kobieca – którymi każdy człowiek zostaje obdarowany przez naturę w akcie poczęcia. Życiowym zadaniem człowieka jest odkrycie, uznanie i osiągnięcie płciowej harmonii we wszystkich egzystencjalnych wymiarach – biologicznym, psychologicznym i społecznym. Dlatego zbyt łatwa, nie mająca oparcia w obiektywnych racjach medycznych i klinicznych decyzja o zmianie płci, bądź wyborze płci innej niż męska lub kobieca, skutkuje bardzo często pogorszeniem biologicznego, psychologicznego i społecznego stanu człowieka. Pierwszeństwo bytowania przed poznaniem realizuje się także w przypadku ludzkiej płciowości: ciało mężczyzny czy kobiety, także po wszystkich chirurgicznych interwencjach i hormonalnych modyfikacjach, będzie w dalszym ciągu ciałem mężczyzny lub kobiety (chromosomy XY u mężczyzny, a XX u kobiety, występują przecież we wszystkich komórkach danego organizmu). Ewentualne usunięcie gonad czy terapia hormonalna nie mają wpływu na chromosomy i ich nie zmieniają.

8. Wybrane aporie związane z tranzycją płci

W środowiskach społecznych, politycznych i medycznych toczy się poważna debata wokół definiowania pojęć związanych z płciowością, tożsamością seksualną, transseksualizmem i tranzycją płci. Ponowoczesne odejście od paradygmatu realizmu poznawczego sprawiło jednak, że zagadnienie dotyczące transseksualizmu rozgrywa się dziś nie tylko na poziomie filozofii, kultury i języka, ale wkracza również w bardzo konkretne zabiegi medyczne i farmaceutyczne. Podejmowanie takich działań prowadzi jednakże do wielu aporii na poziomie logicznym i medycznym. I tak: według podstawowych ustaleń medycznych utrata zdolności przekazywania życia jest uważana za ciężki uszczerbek na zdrowiu, a jego sprawca podlega odpowiedzialności karnej (art. 156 Kodeksu karnego), jednak w przypadku tranzycji płci, jeśli tylko pacjent wyrazi wolę zmiany płci, działania prowadzące do utraty zdolności biologiczno-fizjologicznych stanowią normę, chociaż pacjent może stracić w sposób trwały zdolności rozrodcze²⁶.

Dyskusję na tak poważne tematy utrudnia jednakże fakt, że stosowane w dyskursie i literaturze definicje zdrowia psychicznego i seksualnego są wzajemnie niespójne. Rodzi to poważne problemy zarówno w praktyce klinicznej jak i debacie społecznej. Z jednej bowiem strony zdrowie psychiczne jest definiowane zgodnie z filozofią złotego środka jako stan równowagi i harmonii wewnętrznej człowieka²⁷, z drugiej zdrowie seksualne jest opisywane z perspektywy subiektywnego dobrostanu

²⁶ Znajduje to odzwierciedlenie w opracowaniu przygotowanym przez Rzecznika Praw Obywatelskich: *Postępowania w sprawach o ustalenie płci*, w: *Przewodnik dla sędziów i pełnomocników*, Warszawa 2020.

²⁷ W tej perspektywie zdrowie psychiczne jest dynamicznym stanem „wewnętrznej równowagi, która umożliwia osobom wykorzystywanie ich umiejętności w harmonii z uniwersalnymi wartościami społecznymi. Podstawowe umiejętności poznawcze i społeczne; zdolność rozpoznawania, wyrażania i modulowania własnych emocji, a także współczucia dla innych; elastyczność i zdolność radzenia sobie z niekorzystnymi zdarzeniami w życiu i pełnienia funkcji w rolach społecznych; a także harmonijny związek między ciałem i umysłem (...) przyczyniają się w różnym stopniu do stanu

własnej seksualności, ze szczególnym wskazaniem na przeżycia przyjemnościowe, których integralnym elementem ma być zapewnienie jurydycznej afirmacji tzw. praw seksualnych²⁸. Co więcej, w niektórych standardach postępowania dotyczących osób transpłciowych proponuje się metody spoza paradygmatu EBM (*evidence based medicine* – medycyna oparta na dowodach). Choć więc w medycynie standardem są holistyczne metody pomocy, to w przypadku tranzycji płci znane są przypadki przepisywania preparatów leczniczych i stosowania metod, których skuteczność i bezpieczeństwo nie zostały potwierdzone badaniami klinicznymi. Prowadzi to do sytuacji, w których w terapii osób transpłciowych pomijane bywają ich różnorakie problemy zdrowotne. Środowiska promujące łatwą i szybką tranzycję płci roztaczają iluzję, że sam proces tranzycji doprowadzi pacjenta do stanu pełnego i trwałego zdrowia co, jak pokazano wyżej, nie jest możliwe ze względu na przypisany każdej osobie ludzkiej unikalny genotyp²⁹.

9. Nauka Kościoła odnośnie do płciowości człowieka w kontekście tranzycji płci

Jak zaznaczyliśmy we wstępie, problem dysforii płciowej nie jest zagadnieniem jedynie ostatnich lat czy dziesięcioleci. Poprzednia praktyka medyczna brała jednak pod uwagę, iż zmiana płci poprzez dostosowanie parametrów biologicznych do psychicznych i duchowych jest o wiele trudniejsza niż działanie odwrotne, praktykowane wcześniej³⁰. Dlatego antropologia chrześcijańska, odwołująca się do wielowiekowych doświadczeń niezliczonych milionów ludzi dotyczących sensu ludzkiej płciowości i zadań, jakie osoba ludzka ma do spełnienia, udowadnia, że małżeństwo, założenie rodziny, życie seksualne, prokreacja, wydanie na świat potomstwa i jego wychowanie należą do najważniejszych zadań człowieka. Płciowość jest darem, a wybory, w których odgrywa ona kluczową rolę (realizacja życia seksualnego, ojcostwo, macierzyństwo), są ściśle związane z bytowością i tożsamością ludzkiej natury. Stąd trudności w sferze płciowej i seksualnej bardzo często wiążą się z frustracją i poważanymi kryzysami życiowymi. Jeśli zatem spojrzymy na omawiane zagadnienia z perspektywy płciowości (życia seksualnego, rodziny oraz zrodzenia i wychowania człowieka) to dysforia płciowa staje się poważnym problemem w ich realizacji i przeżywaniu. Trwała dysharmonia, spowodowana przez nieudaną próbę interwencji chirurgicznej oraz hormonalnej, może doprowadzić do trwałego naruszenia zdolności wymaganych w relacjach osobowych, seksualnych i rodzinnych. Uświadomiona perspektywa relacji intymnych i rodzinnych powinna zatem skłaniać do powściągliwości w stosowaniu radykalnych rozwiązań, które, jak uczy praktyka, nie tylko nie przynoszą spodziewanych rezultatów, lecz mogą trwale zdeintegrować oraz okaleczyć człowieka – ostatecznie pacjent nie będzie mógł podjąć życia seksualnego i posiadać potomstwa.

równowagi wewnętrznej”. S. Galderisi, A. Heinz, M. Kastrup i wsp., *Propozycja nowej definicji zdrowia psychicznego*, „Psychiatria Polska”, nr 51 (2017), s. 407-411.

²⁸ Wedle definicji WHO zdrowie seksualne „jest dobrostanem fizycznym, emocjonalnym i społecznym w odniesieniu do seksualności; nie jest jedynie brakiem choroby, zaburzeń funkcji bądź ułomności. Zdrowie seksualne wymaga pozytywnego i pełnego szacunku podejścia do seksualności oraz związków seksualnych, jak również do możliwości posiadania dających przyjemność i bezpiecznych doświadczeń seksualnych, powinno być wolne od przymusu, dyskryminacji i przemocy. Aby osiągnąć i utrzymać zdrowie seksualne, prawa seksualne powinny być respektowane, chronione i spełniane”. World Health Organization, *Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health 28–31 January 2002*, Geneva 2002, s. 37.

²⁹ Trudności te występują np. w standardach Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego, zob. B. Grabski, D. Rachoń, W. Czernikiewicz i wsp., *Zalecenia Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego dotyczące opieki nad zdrowiem dorosłych osób transpłciowych – stanowisko panelu ekspertów*, „Psychiatria Polska”, nr 187 (2020), s. 1-8.

³⁰ Zobacz integralne ujęcie bioetyki personalistycznej w opracowaniu: E. Sgreccia, *Personalist Bioethics. Foundations and Applications*, National Catholic Bioethics Center, 2012.

Nie można zatem przemilczać udokumentowanych już przypadków klinicznych pokazujących, że zmiana płci nie poprawiła stanu zdrowia i samopoczucia pacjenta, przyniosła wręcz rozczarowanie, a próby pełnego powrotu do płci pierwotnej okazały się już niemożliwe. Stosowanie bezrefleksyjnych i zbyt pośpiesznych metod leczenia hormonalnego i chirurgicznych operacji zmiany płci skutkuje bowiem bardzo poważnymi i często już nieodwracalnymi konsekwencjami (naruszenie integralności fizycznej człowieka poprzez usunięcie zdrowych narządów, zaburzenie gospodarki hormonalnej, zaburzenie fenotypu behawioralnego)³¹. Wszystkie te działania realizowane bez odpowiednich, rzetelnych i opartych o obiektywne kryteria medyczne i psychologiczne badań, naruszają zasadę proporcjonalności i doprowadzają wiele, szczególnie młodych osób, do jeszcze większego cierpienia psychicznego (niezgoda na „nową tożsamość płciową”) i fizycznego (nieodwracalne zmiany w organizmie). Ukazane wyżej źródła filozoficznego i etycznego subiektywizmu są w konsekwencji obarczone wielkim ryzykiem okaleczenia i skrzywdzenia konkretnych osób.

10. Wybrane błędne praktyki z punktu widzenia etyki

Biorąc pod uwagę powyższe analizy Zespół Ekspertów KEP ds. Bioetycznych uważa za błędne:

1) Penalizację tzw. mowy nienawiści rozumianej jako każda próba dyskusji na temat konsekwencji, sensowności i skuteczności, jakie wywołują zabiegi tranzycji płci. Tak sformułowane zasady uniemożliwiają rzeczową debatę, wykluczają merytoryczne pytania stawiane wobec tego zagadnienia i odsuwają poszukiwanie alternatywnych działań w procesie diagnostyki różnicowej i kompleksowej terapii w nieokreślonej przyszłości.

2) Upraszczenie (w niektórych proponowanych standardach) procedur diagnostycznych pomocy dla osób transpłciowych. Skutkuje ono tym, że do rozpoczęcia tranzycji (leczenia hormonalnego, względnie chirurgicznego i zmian metrykalnych) wystarczy autoidentyfikacja, a pomijane są medyczne przeciwwskazania do tego rodzaju terapii.

3) Pomijanie w rozpoznaniu tranzycji metod psychospołecznych i preferowanie wyłącznie farmakoterapii oraz metod chirurgicznych. Zaniedbuje się przy tym także diagnostykę schorzeń współistniejących (zwłaszcza zaburzeń psychicznych).

Szczególne ostrożność zalecana jest w stosunku do dzieci i młodzieży, szczególnie z uwagi na fakt, że często zgłaszane w młodym wieku dysforie płciowe ustępują samoistnie w okresie dojrzewania. Gwałtowny wzrost poczucia niezgodności płci u młodzieży (zwłaszcza u dziewcząt) jest bardzo często prowokowany i wzmacniany przez media społecznościowe i grupy rówieśnicze. Należy zwrócić uwagę na schorzenia współistniejące występujące w tej grupie wiekowej. Bardzo ważna jest czujność i rozważa rodziców (a także innych osób biorących udział w procesie wychowania) w reagowaniu na wyrażenie przez dziecko złego samopoczucia w odniesieniu do własnej płci. Obecnie w wielu krajach w odniesieniu do dzieci i młodzieży proponuje się kompleksową psychoterapię ograniczając lub odraczając do wieku dorosłego wszelkie interwencje hormonalne i chirurgiczne.

11. Propozycje na przyszłość

Środowiska medyczne w konkretnych krajach zachodnich wycofują się z tranzycji w odniesieniu do dzieci, ale warto zauważyć, że rzadko towarzyszy temu głębsza refleksja nad wypracowaniem

³¹ Zob. U. Drozdowska, A. Wnukiewicz-Kozłowska, *Zmiana płci*, w: *System prawa medycznego*, tom 2: *Szczególne świadczenia zdrowotne*, red. L. Bosek, A. Wnukiewicz-Kozłowska, Warszawa 2018, s. 665-734; M. Filar, *Prawne i społeczne aspekty transseksualizmu*, w: *Prawo i medycyna u progu XXI w.*, red. M. Filar, Toruń 1987, s. 83-102.

standardów diagnostycznych i terapeutycznych, kompleksowo ujmujących zjawisko transpłciowości. W przypadku pacjentów w tej grupie wiekowej – po początkowym entuzjazmie dotyczącym podejmowania afirmatywnych metod w młodym wieku, obecnie odchodzi się od tego modelu³².

³² Por. International Rejection of Medicalization of Minors:

England: <https://cass.independent-review.uk/nice-evidence-reviews/>

Finland: https://segm.org/sites/default/files/Finnish_Guidelines_2020_Minors_Unofficial%20Translation.pdf Sweden:

<https://www.sbu.se/342>

Norway: <https://tidsskriftet.no/en/2019/04/debatt/gender-variance-medical-treatment-and-our-responsibility>

Warto zwrócić również uwagę na literaturę wskazującą na przeszacowaniu korzyści z przeprowadzonej tranzycji oraz podkreślającą brak przejrzystości w określaniu ryzyka działań pro-afirmacyjnych:

1. Clayton, A. "Gender-Affirming Treatment of Gender Dysphoria in Youth: A Perfect Storm Environment for the Placebo Effect—The Implications for Research and Clinical Practice." *Archive of Sexual Behavior* 52, 483494 (2023). <https://doi.org/10.1007/s10508-022-02472-8>.

2. Biggs, M. (2022). "The Dutch protocol for Juvenile transsexuals: Origins and evidence." *Journal of Sex & Marital Therapy*. Advance online publication. doi:10.1080/0092623X.2022.212123.

3. Biggs, M. (2020). "Gender dysphoria and psychological functioning in adolescents treated with GnRH: Comparing Dutch and English prospective studies." *Archives of Sexual Behavior*, 49(7), 2231–2236. doi:10.1007/s10508-020-01764-1.

4. Biggs, M. (2021). "Revisiting the effect of GnRH analogue treatment on bone mineral density in young adolescents with gender dysphoria." *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*, 34(7), 937–939. doi:10.1515/jpem-2021-0180.

5. Biggs, M. (2023). "The Dutch Protocol for Juvenile Transsexuals: Origins and Evidence." *Journal of Sex and Marital Therapy*, 49:4, 348368, DOI: 10.1080/0092623X.2022.2121238. International standard of care for gender dysphoric youth is based on untrue assumptions (reversibility), little to no evidence of benefits, lack of long-term follow-up studies, and poorly reported to omitted permanent, negative outcomes.

6. J. Cohn (2022) "Some Limitations of 'Challenges in the Care of Transgender and Gender-Diverse Youth: An Endocrinologist's View.'" *Journal of Sex & Marital Therapy*, DOI: 10.1080/0092623X.2022.2160396.

7. E. Abbruzzese, Stephen B. Levine, & Julia W. Mason (2023) "The Myth of "Reliable Research" in Pediatric Gender Medicine: A critical evaluation of the Dutch Studies—and research that has followed." *Journal of Sex & Marital Therapy*, DOI: 10.1080/0092623X.2022.2150346.

8. Levine, S.B. "Reflections on the Clinician's Role with Individuals Who Self-identify as Transgender." *Archive of Sexual Behavior* 50, 3527–3536 (2021). <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02142-1>.

9. Zucker, K. J. (2019). "Adolescents with gender dysphoria: Reflections on some contemporary clinical and research issues." *Archives of Sexual Behavior*, 48, 1983-1992. Addresses suicidality discourse among providers treating gender distress, the recent increase in referrals to gender clinics and inversion of ratio of male: female referrals over last several years, ROGD diagnosis and treatment.

10. Block J. (2023). "Gender dysphoria in young people is rising—and so is professional disagreement." *BMJ*; 380: p382 doi:10.1136/bmj.p382. Discussion of lack of evidence in support of affirming treatments, social, medical and rush to affirm without psychological support.

11. Littman, L. (2021). "Individuals treated for gender dysphoria with medical and/or surgical transition who subsequently detransitioned: A survey of 100 detransitioners." *Archives of Sexual Behavior*, 50(8), 3353–3369. doi:10.1007/s10508-021-02163-w. Research regarding ROGD and intervening too early with affirming care; risk of "iatrogenically derailing the development of youth who would otherwise grow up to be LGB nontransgender adults."

12. James M. Cantor (2020). "Transgender and Gender Diverse Children and Adolescents: Fact-Checking of AAP Policy." *Journal of Sex & Marital Therapy*, 46:4, 307-313, DOI: 10.1080/0092623X.2019.1698481.

Warto też zwrócić uwagę na wypracowany w środowisku anglosaskim standard: Comprehensive Guide to Exploratory Care Ayad S., D'Angelo R., Kenny D., Levine S., Marchiano L., & O'Malley S. (2022). "A Clinical Guide for Therapists Working with Gender Questioning Youth." https://www.genderexploratory.com/wp-content/uploads/2022/12/GETA_ClinicalGuide_2022.pdf. Sponsored by Gender Exploratory Therapy Association (GETA) and Society for Evidence-Based Gender Medicine (SEGM).

Nie do pominięcia są, opublikowane w 2023 r. przez Stowarzyszenie Psychologów Chrześcijańskich, standardy i wytyczne Stowarzyszenia Psychologów Chrześcijańskich dotyczące diagnozy oraz terapii dzieci i młodzieży z problemami identyfikacji płciowej. Wersja on-line: https://www.spch.pl/wp-content/uploads/2023/11/2023_11_30-Korekta-STANDARDY_SPCH_GRAF_FINAL.pdf (pdf, dostęp październik 2024). Zob. także: Kongregacja ds. Edukacji Katolickiej, „Stworzył ich jako mężczyznę i kobietę”. *Z myślą o drodze dialogu na temat kwestii gender w edukacji*, Watykan 2019, nr

Podjęte analizy pokazują, jak ważne jest przede wszystkim zrozumienie sytuacji osób określających się jako transpłciowe. Wiele z nich czuje się „uwięzionych w nie swoim ciele” co sprawia, że szukają zrozumienia, empatii i akceptacji. Pragną znaleźć grupę wsparcia, poszukują swojej tożsamości i chcą się w pełni realizować jako osoby. Należy dostrzec ich cierpienia i problemy w szerokim – biologicznym, psychologicznym i społecznym – kontekście. Nie można zgodzić się na agresywną i uwłaczającą godności ludzkiej stygmatyzację osób transpłciowych. Dlatego Kościół pragnie przede wszystkim potwierdzić, że każda osoba, niezależnie od swojej skłonności seksualnej i identyfikacji płciowej, musi być szanowana w swej godności i otoczona troską tak, aby uniknąć „jakichkolwiek oznak niesłusznej dyskryminacji”, a zwłaszcza wszelkich form agresji i przemocy³³.

Biorąc to pod uwagę, Zespół uważa, że wskazane jest rozwijanie sieci profesjonalnego poradnictwa psychologicznego i psychiatrycznego, dzięki któremu możliwy byłby kontakt z psychologami, psychoterapeutami i lekarzami różnych specjalności, którzy pragną pomóc w zdiagnozowaniu tożsamościowych problemów szczególnie ludzi młodych. Ważne jest także organizowanie poważnych i szczerych debat oraz konferencji, które z jednej strony pokazywałyby złożoność zagadnienia tranżycji płci, z drugiej poszukiwały godziwych metod pomocy, zgodnych z klasyczną antropologią i na miarę godności osoby ludzkiej. Działania te powinny być skierowane zarówno do osób, które identyfikują się jako transpłciowe lub mają problemy z odczytaniem swojej identyfikacji płciowej, jak i do członków ich rodzin.

W szeroko rozumianej edukacji (szkolnej i społecznej) konieczne jest podkreślanie zarówno różnic jak i naturalnej komplementarności mężczyzny i kobiety tak, by wychowywać młodych do miłości rozumianej jako „pozytywny i mądry dar z samego siebie”. Ważnym elementem tego procesu jest, odpowiednio do wieku i poddane kontroli rodziców, wychowanie seksualne dzieci i młodzieży uwzględniające tradycje religijne i kulturowe oraz ukazujące integralną – biologiczną, psychologiczną, społeczną i duchową – wizję osoby ludzkiej.

W imieniu Zespołu Ekspertów Konferencji Episkopatu Polski ds. Bioetycznych
Bp Józef Wróbel SCJ

Warszawa, 13 listopada 2024 r.

Literatura

W niniejszym zbiorze literatury zawarto opracowania, które prezentują także odmienne od katolickiego stanowiska dotyczące seksualności i tranżycji płci. Zespół ds. Bioetycznych KEP chce w ten sposób zaznaczyć, że zna poglądy wynikające z innych wizji antropologicznych i odmiennych od chrześcijańskiego światopoglądów. Ufamy, że umożliwi to dialog i lepsze społeczne zrozumienie tej złożonej problematyki.

1-4. Wiele praktycznych wskazówek zawiera też opracowanie: M. Ryś, *Wpływ gender na psychikę i wychowanie młodego pokolenia*, w: *Medyczne, bioetyczne, psychosocjologiczne i prawne aspekty tożsamości płci*, red. W. Sinkiewicz, R. Grabowski, Bydgoszcz 2014, s. 125-170.

³³ Papież Franciszek, *Amoris laetitia*, nr 250. Cytat wewnętrzny: *Katechizm Kościoła Katolickiego*, nr 2358.

Nauczanie Kościoła katolickiego

1. Dykasteria Nauki i Wiary, *Deklaracja Dignitas infinita o godności człowieka*, Poznań 2024.
2. Franciszek papież, *Ewangelia bliskości. Rozmowa z polskimi biskupami w katedrze na Wawelu (27 lipca 2016)*, „L'Osservatore Romano”, wyd. polskie, nr 7-8 (2016) 384.
3. Franciszek papież, *Posynodalna adhortacja apostolska Amoris laetitia o miłości w rodzinie*, Wrocław 2016.
4. Franciszek papież, *Przemówienie do członków Korpusu dyplomatycznego akredytowanego przy Stolicy Apostolskiej z okazji składania życzeń noworocznych*, „L'Osservatore Romano”, 8 stycznia 2024;
(<https://www.vatican.va/content/francesco/pl/speeches/2024/january/documents/20240108-corpo-diplomatico.html>)
5. Jan Paweł II papież, *Mężczyznę i niewiastę stworzył ich. Odkupienie ciała a sakramentalność małżeństwa*, Kraków 2020.
6. *Katechizm Kościoła Katolickiego*, Poznań 1994.
7. Kongregacja ds. Edukacji Katolickiej, *Stworzył ich jako mężczyznę i kobietę. Z myślą o drodze dialogu na temat kwestii gender w edukacji*, Watykan 2019.
(<https://www.ekai.pl/dokumenty/stworzyl-ich-jako-mezczyzne-i-kobiete-z-mysla-o-drodze-dialogu-na-temat-kwestii-gender-w-edukacji/>).
8. *Stanowisko Konferencji Episkopatu Polski w kwestii LGBT+*: <https://episkopat.pl/wp-content/uploads/2020/08/Stanowisko-Konferencji-Episkopatu-Polski-w-kwestii-LGBT.pdf>

Opracowania

1. Abbruzzese, E., Levine, S. B., Mason J. W. (2023), *The Myth of “Reliable Research” in Pediatric Gender Medicine: A critical evaluation of the Dutch Studies—and research that has followed*, Journal of Sex & Marital Therapy, DOI: 10.1080/0092623X.2022.2150346.
2. American Psychiatric Association, *Diagnostic And Statistical Manual of Mental Disorders. Text Revision (DSM-5-TR)*, Washington 2022.
3. Anderson R.T., *Kiedy Harry stał się Sally. Przemyślenia w czasach transpłciowości*, tłum. J. Kotraba, Warszawa 2021.
4. *Badanie stanu psychicznego. Rozpoznania według ICD-11*, red. P. Gałęcki, Wrocław 2022.
5. Beisert M., *Rozwój psychoseksualny człowieka. Kryteria dojrzałości psychoseksualnej*, w: M. Lew-Starowicz, Z. Lew-Starowicz, V. Skrzypulec-Plinta, *Seksuologia*, Warszawa 2018.
6. Biggs, M. (2020), *Gender dysphoria and psychological functioning in adolescents treated with GnRH: Comparing Dutch and English prospective studies*. Archives of Sexual Behavior, 49(7), 2231–2236. doi:10.1007/s10508-020-01764-1.
7. Biggs, M. (2021), *Revisiting the effect of GnRH analogue treatment on bone mineral density in young adolescents with gender dysphoria*. Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism, 34(7), 937–939. doi:10.1515/jpem-2021-0180.

8. Biggs, M. (2022), *The Dutch protocol for Juvenile transsexuals: Origins and evidence*. Journal of Sex & Marital Therapy. Advance online publication. doi:10.1080/0092623X.2022.212123.
9. Biggs, M. (2023), *The Dutch Protocol for Juvenile Transsexuals: Origins and Evidence*. Journal of Sex and Marital Therapy, 49:4, 348368, DOI: 10.1080/0092623X.2022.2121238.
10. Block J. (2023), *Gender dysphoria in young people is rising—and so is professional disagreement*. BMJ; 380: p382 doi:10.1136/bmj.p382.
11. Butler J., *Gender trouble. Feminism and the subversion of identity*, New York 1990.
12. Butler J., *Uwikłani w płęć*, tłum. K. Krasuska, Warszawa 2008.
13. Cantor, J. M. (2020), *Transgender and Gender Diverse Children and Adolescents: Fact-Checking of AAP Policy*. Journal of Sex & Marital Therapy, 46:4, 307-313, DOI: 10.1080/0092623X.2019.1698481.
14. Centers for Disease Control and Prevention, *Down syndrome*, „Retrieved”, November 22 (2023): <https://www.cdc.gov/ncbddd/birthdefects/downsyndrome.html>.
15. Clayton, A., *Gender-Affirming Treatment of Gender Dysphoria in Youth: A Perfect Storm Environment for the Placebo Effect—The Implications for Research and Clinical Practice*. Archive of Sexual Behavior 52, 483494 (2023). <https://doi.org/10.1007/s10508-022-02472-8>.
16. Cohn, J. (2022), *Some Limitations of ‘Challenges in the Care of Transgender and Gender-Diverse Youth: An Endocrinologist’s View.’* Journal of Sex & Marital Therapy, DOI: 10.1080/0092623X.2022.2160396.
17. Davidson M.A., *Primary care for children and adolescents with Down syndrome*, „Pediatric Clinics of North America”, 5 (2008) 55, s. 1099-1111.
18. Drozdowska U., Wnukiewicz-Kozłowska A., *Zmiana płci*, w: *System prawa medycznego, tom 2: Szczególne świadczenia zdrowotne*, red. L. Bosek, A. Wnukiewicz-Kozłowska, Warszawa 2018.
19. Egan J.F., Smith K., Timms D., Bolnick J.M., Campbell W.A., Benn P.A., *Demographic differences in Down syndrome livebirths in the U.S. from 1989 to 2006*, „Prenatal Diagnosis”, 4 (2011) 31, s. 389-394.
20. Feinberg J.I., Schrott R., Ladd-Acosta Ch., Newschaffer C.J., Hertz-Picciotto I., Croen L.A., Daniele Fallin M., Feinberg A.P., Volk H.E., *Epigenetic changes in sperm are associated with paternal and child quantitative autistic traits in an autism-enriched cohort*, „Molecular Psychiatry”, nr 29 (2024) (<https://www.nature.com/articles/s41380-023-02046-7>).
21. Filar M., *Prawne i społeczne aspekty transseksualizmu*, w: *Prawo i medycyna u progu XXI w.*, red. M. Filar, Toruń 1987.
22. Flavigny Ch., *Kłótnia o gender*, tłum. K. Kubaszczyk, Poznań 2015.
23. Galderisi S., Heinz A., Kastrup M. i wsp., *Propozycja nowej definicji zdrowia psychicznego*, „Psychiatria Polska”, nr 51 (2017).
24. *Gender – spojrzenie krytyczne*, red. J. Jagiełło, D. Oko, Kielce 2016.
25. *Gender Ideology and Pastoral Practice*, red. T. Farnan, S. Selner-Wright, R.L. Fastiggi, Saint Louis 2024.

26. Grabski B., Rachoń D., Czernikiewicz W. i wsp., *Zalecenia Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego dotyczące opieki nad zdrowiem dorosłych osób transpłciowych – stanowisko panelu ekspertów*, „Psychiatria Polska”, nr 187 (2020).
27. Grossman M. *Zagubieni w krainie trans. Psychiatria dzieci i młodzieży wskazuje, jak wyjść z tego szaleństwa*. Tłum. M. Reda, J. Łuczak. Kraków: Wydawnictwo AA s.c. 2024.
28. Grossman M., *Lost in Trans Nation. A Child Psychiatrist’s Guide Out of the Madness*, New York 2023.
29. Hughes M., *The WPATH Files*:
<https://static1.squarespace.com/static/56a45d683b0be33df885def6/t/6602fa875978a01601858171/1711471262073/WPATH+Report+and+Files111.pdf>.
30. Hultman S. Sandin C.M., Levine S.Z., Lichtenstein P., Reichenberg A., *Advancing paternal age and risk of autism: new evidence from a population-based study and a meta-analysis of epidemiological studies*, „Molecular Psychiatry”, nr 12 (2011) 16.
(<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21116277/>).
31. Jacoń P., *My, trans*, Warszawa 2021.
32. Janecka M., Mill J., Basson M.A., Goriely A., Spiers H., Reichenberg A., Schalkwyk L., Fernandes C., *Advanced paternal age effects in neurodevelopmental disorders – review of potential underlying mechanisms*, „Translational Psychiatry”, nr 7 (2017) 1
(<https://www.nature.com/articles/tp2016294.pdf>).
33. Judycki S., *Epistemologia*, tom. 1, Poznań-Warszawa, 2020.
34. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*, wyd. 2. uzupełn., red. S. Pużyński, J. Wciórka. Kraków 2000.
35. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*, red. S. Pużyński, J. Wciórka, Kraków-Warszawa 1998.
36. Kraj T., *Katolik wobec pluralizmu etycznego na przykładzie bioetyki*, Kraków 2023.
37. Kuby G., *Globalna rewolucja seksualna. Likwidacja wolności w imię wolności*, tłum. D. Jankowska, J. Serafin, Kraków 2013.
38. Levine, S.B. *Reflections on the Clinician’s Role with Individuals Who Self-identify as Transgender*. *Archive of Sexual Behavior* 50, 3527–3536 (2021). <https://doi.org/10.1007/s10508-021-02142-1>.
39. Littman, L. (2021), *Individuals treated for gender dysphoria with medical and/or surgical transition who subsequently detransitioned: A survey of 100 detransitioners*. *Archives of Sexual Behavior*, 50(8), 3353–3369. doi:10.1007/s10508-021-02163-w.
40. Marianowicz-Szczygieł A., *Zaburzenia tożsamości płciowej u dzieci i młodzieży – ujęcie psychologiczne. Geneza, czynniki ryzyka, rokowanie, profilaktyka*, w: *Między chromosomem i paragrafem. Transseksualizm w ujęciu prawnym, społecznym i medycznym*, red. B. Kmiecik, Warszawa 2021.

41. Maryniarczyk A., *Zasady pierwsze*, w: *Powszechna Encyklopedia Filozofii*, tom 9, red. A. Maryniarczyk, Lublin 2020.
42. *Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta*, tom 1, Kraków 2013.
43. Mierzwiński B., *Mężczyzna i kobieta w ujęciu katechez środowych Jana Pawła II*, Kraków 2020.
44. Money J., *Hermaphroditism, gender and precocity in hyperadrenocorticism: psychological findings*, „Bulletin of the Johns Hopkins Hospital”, nr 96 (1955) 6.
45. Nelson M., *Argonauci*, tłum. K. Gucio, Wołowiec 2020.
46. Ryś M., *Wpływ gender na psychikę i wychowanie młodego pokolenia*, w: *Medyczne, bioetyczne, psychosocjologiczne i prawne aspekty tożsamości płci*, red. W. Sinkiewicz, R. Grabowski, Bydgoszcz 2014.
47. Rzecznik Praw Obywatelskich, *Postępowania w sprawach o ustalenie płci*, w: *Przewodnik dla sędziów i pełnomocników*, Warszawa 2020.
48. Sgreccia E., *Personalist Bioethics. Foundations and Applications*, National Catholic Bioethics Center, 2012.
49. Sinkiewicz W., *Gender – zarys genezy i rozwoju*, w: *Medyczne, bioetyczne, psychosocjologiczne i prawne aspekty tożsamości płci*, red. W. Sinkiewicz, R. Grabowski, Bydgoszcz 2014
50. Skrzydlowska-Kalukin K., Sokolińska J., *Mów do mnie ono. Dlaczego współczesne dzieci szukają swojej płci*, Warszawa 2022.
51. Stowarzyszenie Psychologów Chrześcijańskich, *Standardy i wytyczne Stowarzyszenia Psychologów Chrześcijańskich dotyczące diagnozy oraz terapii dzieci i młodzieży z problemami identyfikacji płciowej* (wersja on-line: https://www.spch.pl/wp-content/uploads/2023/11/2023_11_30-Korekta-STANDARDY_SPCH_GRAF_FINAL.pdf).
52. Szewczyk P., *Ciała obce. Opowieści o transpłciowości*, Warszawa 2023.
53. Tomasz z Akwinu, *Kwestie dyskutowane o prawdzie*, tom 1, Kęty 1998.
54. Warrier V., Greenberg D.M., Weir E., Buckingham C., Smith P., Meng-Chuan Lai, Allison C., Baron-Cohen S., *Elevated rates of autism, other neurodevelopmental and psychiatric diagnoses, and autistic traits in transgender and gender-diverse individuals*, “Nature Communications”, nr 11 (2020) 1 (<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32770077/>).
55. World Health Organization, *Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health 28–31 January 2002*, Geneva 2002 (wydanie polskie: Światowa Organizacja Zdrowia, *Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób. Rewizja Jedenasta (ICD-11)*, Genewa 2022: <https://rsk3.ezdrowie.gov.pl/resource/structure/icd11/99ICD1/2023-01/mms/details>).
56. Zucker, K. J. (2019), *Adolescents with gender dysphoria: Reflections on some contemporary clinical and research issues*. Archives of Sexual Behavior, 48, 1983-1992.
57. Zwoliński A., *LGBT. Nie lepsi, nie gorsi*, Kraków 2020.