

BIBLIOTECZKA PRO-LIFE #10

Gdy nastolatek chce „ZMIENIĆ PŁEĆ”



WYDANIE I, 2026

Zaburzenia identyfikacji płciowej, którym poświęcamy niniejsze opracowanie, mają podłoże psychospołeczne. Oznacza to, że są nabyte, a nie wrodzone. Jeśli więc w ciągu kilku lat liczba pacjentów największych klinik dla osób transpłciowych wzrasta o kilkaset (!) procent, to specjaliści mówią o „społecznej epidemii” i „zarażeniu rówieśniczym”.

Niewątpliwie jednoznacznie akceptująca i afirmująca obecność tych tematów w mediach, zwłaszcza społecznościowych, przyczyniła się do wzrostu skali lub ujawnienia się transseksualizmu, transwestytyzmu i transgenderyzmu. Tak zwana „zmiana płci” ma wielu orędowników w szeregach polityków, dziennikarzy, sportowców, aktorów i innych influencerów. Nie oznacza to jednak, że wolno nam, dorosłym, spłyć temat do hasła: „kolejna moda...”. Bo główną przyczyną zjawiska nie jest „moda”, ale zagubienie się młodych ludzi w obszarze tożsamości, a cierpienie dzieci i młodzieży, którzy nie akceptują swojej płci, jest REALNE.

Równocześnie trzeba wiedzieć, jak pomagać mądrze. W niestabilnym świecie, który wprawia nastolatkom, że dopiero muszą odkryć własną płęć, dzieci i młodzież potrzebują tego, co pewne, zbadane, niezachwiane. Potrzebują stałych punktów odniesienia. Kogoś i czegoś, o co mogliby się oprzeć – a to, o co można się oprzeć, stawia... opór. Nastolatki potrzebują rodziców i wychowawców, którzy są jak latarnia – a latarnie nie mają kótek.

Mamy nadzieję, że ta publikacja pomoże poszerzyć wiedzę o zjawisku transgenderyzmu, a dla rodziców i wychowawców zatroskanych o swoje dzieci będzie apteczką pierwszej pomocy.



fol. Joanna Hładam

Magdalena Guziak-Nowak
dyrektor ds. edukacji Polskiego Stowarzyszenia
Obrońców Życia Człowieka

PŁĘĆ JEST:

JEDNOZNACZNIE BIOLOGICZNA

– to zespół cech anatomicznych, genetycznych i hormonalnych ukierunkowanych na rozmnażanie. Wśród ludzi występują dwie płcie: męska (XY) i żeńska (XX). Jest to rzeczywistość binarna biologiczna. (Niebinarność – pogląd, wedle którego istnieją więcej niż dwie płcie, możliwa jest więc identyfikacja z inną płcią niż męska lub żeńska.)

*jestem kobietą
jestem mężczyzną*

WTÓRNIE PSYCHICZNA

– to wewnętrzne, osobiste poczucie przynależności do określonej płci. Poczucie tożsamości płciowej kształtuje się zazwyczaj we wczesnym dzieciństwie do 3–4. roku życia i ugruntowuje się około 6–7. roku życia.

*czuję się kobietą
czuję się mężczyzną*

KULTUROWA (GENDER)

– to zbiór zachowań, ról i sposobów ekspresji płci przypisywanych przez społeczeństwo kobietom lub mężczyznom, które nie wynikają bezpośrednio z biologii, lecz są efektem socjalizacji, kultury oraz epoki np. ubiór, zabawy.

*chcę być kobietą
chcę być mężczyzną*

Zespół redakcyjny: dr hab. n. med. Joanna Smyczyńska (pediatra, endokrynolog), Joanna Kiedrowicz (psychoterapeuta, psycholog), Dorota Bubnowska-Nalepa (pediatra, psychotraumatolog), Magdalena Guziak-Nowak (doradca życia rodzinnego, dziennikarka). Projekt graficzny: Marcin Nowak. Korekta: Julia Kisiel. Zdjęcia: 123rf.com.

Zarząd PSOŻC wyraża wdzięczność Centralnej Diakonii Życia Ruchu Światło-Życie za nieocenioną pomoc w powstaniu publikacji, wsparcie merytoryczne i cenne uwagi.

SŁOWNIK POJĘĆ

Płeć metrykalna – płeć określona przy porodzie i w dokumentach.

Teoria gender – zgodnie z nią najważniejsza jest tzw. płeć społeczno-kulturowa, a wszystkie inne aspekty płciowości są pomijane. Ideologia gender głosi, że nikt nie rodzi się mężczyzną czy kobietą, a pojęcia te konstruuje kultura.

Gender queer – termin stosowany w odniesieniu do osób, które nie identyfikują się z żadną z płci.

Genderfluid – osoba o tzw. płynnej tożsamości płciowej, deklarująca np., że jednego dnia jest kobietą, drugiego mężczyzną.

Osoba panseksualna – osoba, która odczuwa pociąg seksualny wobec różnych ludzi, niezależnie od ich płci, tożsamości czy orientacji płciowej.

Transwestytyzm – przyjmowanie sposobu bycia, ubioru, jak również ról kojarzonych z płcią przeciwną.

Transseksualizm – niezgodność między biologiczną budową ciała a poczuciem płci. Jest to odczucie w miarę stałe, niektórzy deklarują, że towarzyszy im „od zawsze”.

Transgenderyzm (transpłciowość) – szerokie pojęcie oznaczające zespół zaburzeń identyfikacji płciowej i roli płciowej; pojęcie pośrednie między transwestytyzmem a transseksualizmem. Transgenderyzm dotyczy głównie nastolatków. Jest to odczucie zmienne, płynne.

Zespół dezaprobaty płci (ang. *gender dysphoria syndrome*) – obejmuje kilka zaburzeń, których cechą wspólną jest silne, głębokie i przygnębiające niezadowolenie z posiadanej płci biologicznej; obejmuje transgenderyzm i transseksualizm.

Zaburzenia identyfikacji (tożsamości) płciowej (ZIP) – nazwa stosowana na określenie transseksualizmu, dysforii płciowej. **Dysforia** – przeciwieństwo euforii, polega na poczuciu głębokiego lęku, niepokojem, niezadowoleniu z aktualnego stanu rzeczy, w przypadku dysforii płciowej – niezadowoleniu z płci biologicznej. W tym wypadku płeć biologiczna różni się od płci psychicznej (czyli tożsamości płciowej, poczucia przynależności do danej płci).

Tranzycja – proces tzw. zmiany (korekty) płci. Wyróżnia się różne jej etapy: społeczną, medyczną i prawną. Więcej na str. 10–14.

Detranzycja – zabiegi medyczne odwracające efekty tranzycji, powrót do płci biologicznej. Niektóre zmiany są nieodwracalne, np. nie da się karmić piersią po jej amputacji. Więcej o detranzycji na str. 11.

Transkobieta – mężczyzna biologiczny, który identyfikuje się jako kobieta.

Transmężczyzna – kobieta biologiczna, która identyfikuje się jako mężczyzna.

Cispłciowość – zgodność z tradycyjnymi normami seksualnymi.

Heteronormatywność – pogląd, że heteroseksualność stanowi normę i jest preferowaną formą seksualności oraz podstawą związków międzyludzkich.

Misgenderowanie – zwracanie się do osoby transseksualnej, kierując się jej płcią biologiczną, a nie zgodnie z tym, jaka płeć jest przez tę osobę odczuwana.



Zaburzenia identyfikacji płciowej nie mają podłoża biologicznego, ale psychospołeczne. Kryzys tożsamości i brak poczucia zadowolenia ze swojego życia popychają ludzi do różnych sposobów radzenia sobie z trudem, strachem, frustracją... Niektórzy upatrują przyczyny swego realnego (!) cierpienia w tzw. niezgodności płciowej. „Gdybym był kobietą, wtedy byłbym szczęśliwy... Gdybym urodziła się w ciele mężczyzny, wtedy wszystko byłoby ok...”

Tylko jak wytłumaczyć fakt, że w ciągu kilku lat liczba pacjentów największych klinik dla osób transpłciowych wzrosła o kilkaset procent?

Trzeba wyraźnie rozumieć różnicę między zaburzeniami rozwoju płci (problem biologiczny), a zaburzeniami identyfikacji płciowej (problem psychiczny) – wyjaśnienie na str. 7. Jeśli mamy na myśli te drugie (ZIP), to rzetelni specjaliści mówią o „zarażeniu rówieśniczym” albo „społecznej epidemii”. W pewnym uproszczeniu możemy powiedzieć, że tak jak wielu młodych ludzi próbowało powiedzieć światu o swoim cierpieniu najpierw anoreksją, potem samookaleczeniami – a tak naprawdę nie chodziło ani o jedzenie, ani o blizny, ale o poważne problemy, które młodzi „opowiadali” w taki sposób – tak dzisiaj wiele dzieci woła o uwagę dorosłych deklaracją: „zmieniam płeć”. W takim ujęciu możemy stwierdzić, że ZIP stały się „modne”. Stały się „modnym” wołaniem o ratunek! Dlaczego nastolatki wybierają taki sposób? Bo widzą, że jest skuteczny. Hasło „zmieniam płeć” przełącza opiekunów na tryb najwyższej gotowości.

Nie wolno nam przypisywać dzieciom i młodzieży złych intencji. To nie tak, że „na złość mamie odmrozę sobie uszy”. One po prostu radzą sobie z tym, co je przerasta, tak jak potrafia. Słyszą: „zmienię płeć, bo jest mi źle”, więc myślą: „zrobię to samo”, bo nie rozumieją przyczyn i nie przewidują konsekwencji. W takiej sytuacji bardziej niż kiedykolwiek potrzebują mądrych, kochających rodziców i wychowawców, którzy powiedzą: „Będę z tobą w twoim smutku, złości i zagubieniu, ale nie pozwolę ci zrobić sobie krzywdy. Znajdziemy sposoby na rozwiązanie twoich prawdziwych problemów” (więcej o rozmowie z dzieckiem na str. 16–23).

Matka Rosy powiedziała mi, że dwa wydarzenia poprzedziły ujawnienie się „niebinarnej” tożsamości jej córki: porzucenie przez chłopaka, którego kochała, i covidowe lockdowny. (...) Odkryła nową grupę online i w każdej wolnej chwili rozmawiała, wysyłała SMS-y i komunikowała się przez FaceTime. Wtedy rozpoczęła się jej przemiana. Rosa miała zwyczaj przesiadywać w kuchni w koszulce i szortach, gotując, jedząc i rozmawiając z rodziną. Według mamy zawsze kochała makijaż, włosy, manicure. (...) Nigdy nie okazywała najmniejszych oznak dyskomfortu z bycia dziewczyną. (...) Jednak wraz z biegiem miesięcy, kiedy Rosa izolowała się w swoim pokoju, spotykając się z rodziną tylko przy kolacji (rodzice na to nalegali), zmieniła się w inną osobę. (...) Pewnego dnia wróciła do domu ostrzyżona na zapałkę, a jej mama prawie zemdląła. „Jestem pangenderowy/a i niebinarny/a i nazywam się Glen – napisała w mailu do rodziców. Potrzebuję hormonów. Umówcie mnie proszę na wizytę w klinice gender”.

„Nie miałam pojęcia, co to wszystko znaczy – powiedziała mi jej matka – ale widziałam, że moja córka nie jest sobą. Czulałam, że ją tracimy, i wszyscy potrzebowaliśmy pomocy”. (...) Jednak pierwszą rzeczą, o którą zapytał personel kliniki, było: „Jakich zaimków używasz?”

„Nie mogliśmy w to uwierzyć – powiedziała mi matka – nie interesowało ich to wszystko, przez co przeszła – lata niepokoju, potem rozstanie i lockdowny. Instynktownie wiedziałam, że te sprawy naprawdę na nią wpłynęły. (...) Ale genderowy terapeuta wciąż powtarzał nam, że Glen jest osobą niebinarną i musimy ją wspierać. Jestem pewna, że jeszcze tego samego dnia podaliby jej hormony”. (...)

„Powiedziałam im to, co powiem Wam. (...) Wasza rodzina jest ofiarą epidemii społecznej, niektórzy by powiedzieli, że sekty”.

Źródło: dr Miriam Grossman, *Zagubieni w krainie trans*, str. 87–94.

Kilka lat temu największa genderowa klinika na świecie, Tavistock w Londynie, była oblegana. W latach 2000–2005 przyjęto w niej zaledwie 18 pacjentów. W latach 2009–2010 przyjęto 77 pacjentów. W latach 2021–2022 liczba ta gwałtownie wzrosła do 3585 pacjentów – stanowiło to wzrost o 4555 procent w nieco ponad 10 lat!

W 2022 r. brytyjski rząd zamknął klinikę Tavistock. Podstawą stał się raport dr Hilary Cass, cenionego lekarza pediatri. Raport Cass wykazał gigantyczne zaniedbania: lekarze zbyt szybko kierowali dzieci na tranzycję, ignorowano możliwe przyczyny dysforii płciowej (depresja, autyzm, lęki), stosowano hormonalne leczenie eksperymentalne, polegano na autodiagnozie dziecka, marginalizowano rolę rodziców.

Miałam 15 lat, kiedy trafiłam do Tavistock. Zdiagnozowano mnie jako osobę trans po trzech spotkaniach. Dostałam blokery, później testosteron, a w wieku 20 lat miałam mastektomię. Teraz wiem, że miałam depresję, nie potrzebowałam operacji – potrzebowałam pomocy.

Keira Bell

Mówiono mi, że operacja pomoże mi pokochać siebie. A teraz nie mogę patrzeć na swoje ciało bez bólu. Nie jestem mężczyzną. Jestem okaleczoną kobietą.

Ellie

Moje piersi zostały wycięte w imię polityki tożsamości. Nikt nie zadał pytania: „Dlaczego naprawdę chcesz być chłopcem?”. Teraz wiem, że to była ucieczka przed traumą, nie tożsamość płciowa.

Sinead

Źródło: www.stronazycia.pl

POSZUKAJMY POMOCY U SPECJALISTY,

ale jakiego?

Pierwszą formą pomocy dla dziecka deklarującego się jako transpłciowe, powinna być opieka psychologiczna. Da ona czas na przyglądanie się własnym motywacjom, planom, pomysłom, a tym samym odroczy decyzję o tranzycji.

Na świecie wykształciły się trzy zupełnie przeciwstawne podejścia do opieki nad transpłciowymi dziećmi:

AFIRMACJA – działanie zgodne z życzeniem pacjenta, potwierdzające jego autodiagnozę („ponieważ czuję..., chcę...”). Podejście afirmacyjne oparte jest o tzw. standardy WPATH, Protokół Holenderski oraz wytyczne towarzystw endokrynologicznych.

UWAŻNA OBSERWACJA (ang. *watchful waiting*) – obserwacja, psychoedukacja i wspieranie pacjentów bez podejmowania żadnych działań i ostatecznych decyzji o leczeniu transpłciowości. Także to podejście nie jest neutralne; nie proponuje się tu dziecku realnej, adekwatnej pomocy psychoterapeutycznej.

PSYCHOTERAPIA NAJPIERW – podejście oparte na klasycznym przyczynowo-skutkowym modelu nauki (poszukiwanie i leczenie przyczyn), wskazujące, że większość dzieci, które chcą „zmiany płci”, ma poważne schorzenia współistniejące, jak np. autyzm, ADHD, depresję, zaburzenia lękowe, zespół stresu pourazowego, traumy, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne, poważne zaburzenia odżywiania, **i to nimi w pierwszej kolejności powinien zająć się psychoterapeuta.** Podejście „psychoterapia najpierw” jest promowane przez Stowarzyszenie Psychologów Chrześcijańskich, które opracowało *Standardy i wytyczne w zakresie diagnozy oraz terapii dzieci i młodzieży z problemami identyfikacji płciowej* (2024), tzw. Standardy SPCh – do bezpłatnego pobrania w internecie.

Kompleksowość tego podejścia zakłada opiekę specjalistów z różnych dziedzin, najlepiej współpracujących w interdyscyplinarnym zespole (więcej na stronie obok).

Zanim umówisz dziecko, zapytaj specjalistę, w oparciu o które standardy pracuje!

Do jakiego lekarza pójść z dzieckiem?

Dziecko doświadczające trudności w przeżywaniu własnej płci powinno być pod opieką lekarzy: pediatry, endokrynologa, psychiatry, ginekologa/urologa, a także psychologa, psychoterapeuty i seksuologa (starsze dzieci). Po pierwszą pomoc warto się zgłosić do osoby doświadczonej i zaufanej! Listę polecanych specjalistów znajdziesz np. na stop-tranzycji.pl

Co to są zaburzenia rozwoju płci (ZRP)?

Zaburzenia rozwoju płci (ZRP lub DSD, ang. *Disorders/Differences of Sex Development*) to szerokie pojęcie obejmujące stany, w których płeć biologiczna nie jest jednoznacznie męska lub żeńska tzn. po urodzeniu trudno ją określić na podstawie wyglądu narządów płciowych (np. dziecko ma i penisa, i wargi sromowe). ZRP są następstwem zaburzeń hormonalnych i/lub genetycznych w okresie płodowym. Termin ten obowiązuje od 2005 r. Wcześniej stosowano określenia: hermafrodytyzm, interseksualizm, obojtność.

ZRP „są stosunkowo rzadko spotykaną patologią. (...) w Europie częstość ich występowania wynosiła 0,49/10 tys. noworodków/ rok” (za: *Endokrynologia Pediatria*, 2017).

Jaka jest różnica między tranzycją a leczeniem ZRP?

Dysforia płciowa, której poświęcona jest ta broszura, to brak zgodności identyfikacji płciowej z płcią biologiczną. Termin ten, przypomnijmy, odnosi się do osób, u których wygląd narządów płciowych pozwala na jednoznaczne przypisanie noworodka do płci męskiej lub żeńskiej. Jeśli natomiast występują nieprawidłowości anatomiczne narządów płciowych, należy rozpoznać wadę rozwojową (ZRP) i ustalić płeć dziecka po przeprowadzeniu diagnostyki (hormonalnej, obrazowej i genetycznej). Niektóre wady rozwojowe mogą ujawnić się później, nawet w okresie zaawansowanego dojrzewania płciowego. Takie dzieci na ogół wymagają leczenia, ale nie dla upodobnienia się do płci przeciwnej, tylko w celu korekty stwierdzonych zaburzeń. **To coś zupełnie innego niż tranzycja!**

Jak przebiega diagnozowanie zaburzeń identyfikacji płciowej (ZIP)?

Według ekspertów zaburzenia związane z odczuwaniem płci kształtują się zazwyczaj we wczesnym dzieciństwie (zawsze przed dojrzewaniem). Charakteryzują się uporczywym, głębokim niezadowoleniem z własnej płci oraz chęcią posiadania płci przeciwnej.

Szczególnym podtypem dysforii płciowej jest zespół nagłej dysforii płciowej (ROGD, ang. *rapid onset gender dysphoria*), w którym objawy rozwijają się gwałtownie, bez objawów zwiastunowych, zwykle w okresie dojrzewania. Dotychczasowe analizy wskazują, że przyczyną tego zjawiska mogą być media, media społecznościowe, kultura i rówieśnicy.

Do diagnozy zaburzeń identyfikacji płciowej uprawniają następujące objawy trwające co najmniej 6 miesięcy: nieakceptowanie własnego ciała, w tym narządów płciowych i objawów dojrzewania, silna potrzeba posiadania pierwszorzędowych i/lub drugorzędowych cech płci przeciwnej, przebieganie się w ubrania płci przeciwnej, pragnienie życia i akceptacji w roli płci przeciwnej, preferencja gier, zabaw i aktywności typowych dla płci przeciwnej, dokonanie tranzycji społecznej lub podjęcie kroków w kierunku tranzycji medycznej.

O TRANZYCJI,

czyli **CZY** **„ZMIANA PŁCI”** **JEST MOŻLIWA?**

W potocznym rozumieniu „transycja płciowa” bywa określana jako „zmiana płci” lub „korekta płci”, a w języku prawniczym „uzgodnienie płci”. W rzeczywistości terminy te odnoszą się do „upodobnienia” do płci przeciwnej w stosunku do płci biologicznej, ponieważ **nie jest możliwa zmiana płci genetycznej** (czyli składu chromosomów płciowych w komórkach), a także wytworzenie nowych gonad (jajników lub jąder) zawierających komórki rozrodcze z własnym materiałem genetycznym osoby przechodzącej proces transycji.

ETAPY TRANZYCJI:

medyczna

społeczna

prawna

~~ONA~~
~~JEJ~~

ON
JEGO



TRANZYCJA **SPOŁECZNA**

Jest to publiczne przyjęcie nowej tożsamości płciowej, obejmujące niektóre lub wszystkie z następujących elementów: używanie nowego imienia, odpowiednich zaimków, zmianę wyglądu i ubioru, fryzury, makijażu, korzystanie z infrastruktury przeznaczonej dla osób płci przeciwnej, takiej jak toalety i szatnie. Może również obejmować spłaszczanie klatki piersiowej za pomocą binderów lub ukrywanie genitaliów. Transycja społeczna bywa nazywana afirmacją społeczną. **Wielu rodziców uważa ją za niegroźne eksperymentowanie.** „Nie jest to interwencja medyczna; transycja społeczna jest całkowicie odwracalna” – argumentują. **To nieprawda! Badania opublikowane w czasopiśmie „Pediatrics” wykazały, że transycja społeczna podtrzymuje dziecięcą dysfориę płciową.**



TRANZYCJA **MEDYCZNA**

Stosowanie leków i zabiegów chirurgicznych w celu uzyskania oczekiwanych cech wyglądu ciała i pozbycia się cech właściwych dla płci biologicznej, określanej też jako „płeć przypisana przy urodzeniu”.

INTERWENCJE HORMONALNE

– hamują rozwój cech płciowych niezgodnych z płcią doświadczaną oraz uzyskują rozwój cech płciowych typowych dla płci przeciwnej. Procedury te wykorzystują:

1. BLOKERY DOJRZEWANIA, czyli analogi gonadoliberyny (GnRH, ang. *gonadotropin releasing hormone* – hormon wydzielany w podwzgórzu). Analogi GnRH o przedłużonym działaniu stosowane u dzieci, u których rozpoczął się proces dojrzewania płciowego, powodują zahamowanie, a nawet regresję rozwoju cech dojrzewania poprzez zablokowanie wydzielania hormonów płciowych (testosteronu u chłopców, a estrogenów i progesteronu u dziewcząt). U chłopców nie powiększają się zewnętrzne narządy płciowe, nie zmienia się sylwetka i barwa głosu, natomiast u dziewcząt dochodzi do zahamowania rozwoju piersi i nie pojawia się miesiączka.

Najważniejsze działania niepożądane analogów GnRH to m. in.: chwiejność emocjonalna, bóle głowy, uderzenia gorąca, zwiększenie ilości tkanki tłuszczowej ze wzrostem BMI, zmniejszenie masy mięśniowej, obniżenie gęstości mineralnej kości, możliwy niekorzystny wpływ na wzrastanie i płodność, nieznaną wpływ na rozwój funkcji psychicznych i poznawczych.

Stosowanie blokerów dojrzewania powoduje utratę pozytywnego wpływu steroidów płciowych na utrwalenie identyfikacji płciowej, co może być czynnikiem wzmacniającym dysfориę płciową (brak badań naukowych wyjaśniających te obawy); nie oceniono również profilu bezpieczeństwa blokowania skądinąd prawidłowego dojrzewania płciowego.

Te same leki są od wielu lat stosowane u dzieci w celu hamowania przedwczesnego dojrzewania, jednak różnica polega na tym, że wówczas podaje się je dziecku, u którego cechy dojrzewania pojawiły się zbyt wcześnie (przed ukończeniem 8–9 lat), a leczenie kończy się po osiągnięciu wieku, w którym prawidłowo powinien rozpocząć się proces dojrzewania. Zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego (ChPL) w Polsce terapia osób transpłciowych **nie jest** wymieniona wśród wskazań do stosowania analogów GnRH we wszystkich grupach wiekowych. Analogi GnRH **nie są** zatwierdzone przez Agencję ds. Żywności i Leków (FDA) w USA i Europejską Agencję Leków (EMA) do stosowania u dzieci i młodzieży transpłciowej. Mogą być podawane tylko **poza wskazaniami rejestracyjnymi (off-label)**.

Alternatywne metody hamowania dojrzewania płciowego u nastolatków polegają na stosowaniu leków o działaniu antyandrogennym (octan cyproteronu, spironolakton) u chłopców, a pochodnych progesteronu u dziewcząt. Leki te są wykorzystywane jako blokery dojrzewania *off-label*, mają wiele istotnych działań niepożądanych przy mniejszej skuteczności niż analogi GnRH, a ich jedyną „przewagą” jest niższa cena.

Blokery dojrzewania, zamiast działać jak „przycisk pauza” i dawać dzieciom czas na odkrywanie własnej tożsamości, raczej kierują je na ścieżkę zmedykalizowanej „zmiany płci”.

2. TERAPIE HORMONALNE obejmują stosowanie estrogenów u chłopców (transdziewcząt), a testosteronu u dziewcząt (transchłopców).

- **Estrogeny** stosuje się w celu uzyskania rozwoju cech płciowych żeńskich u osób z genetyczną i fenotypową płcią męską. Efekty podawania estrogenów rozwijają się w ciągu kilku lat, np. maksymalny rozwój piersi po ok. 2 latach. Możliwe działania niepożądane: wzrost tkanki tłuszczowej i BMI, rozwój nadciśnienia tętniczego, guzów przysadki, raka piersi i raka prostaty u transpłciowych dziewcząt, czyli biologicznych chłopców (brak obserwacji długoterminowych). W Polsce wskazania do stosowania estradiolu obejmują jedynie niedobór estrogenów u kobiet po menopauzie oraz leczenie dziewcząt z hipogonadyzmem (niedoborem estrogenów). Pozostałe to zastosowania *off-label*.

Same estrogeny nie zawsze w pełni hamują produkcję testosteronu, dlatego łączy się je z blokerami GnRH lub antyandrogenami (spironolakton, octan cyproteronu). Brakuje randomizowanych badań oceniających skuteczność i bezpieczeństwo takich schematów terapii.

- **Testosteron** stosowany jest w celu rozwoju cech płciowych męskich u genetycznych i fenotypowych osób płci żeńskiej. Możliwe jest uzyskanie mutacji głosu (nieodwracalna po 6 miesiącach), wzrost owłosienia skóry (nieodwracalny po roku, niekiedy z łysieniem androgenowym), zahamowanie miesiączkowania i uzyskanie zmian sylwetki (częściowo nieodwracalnych). Powikłania: zwiększone ryzyko nadciśnienia tętniczego, chorób układu sercowo-naczyniowego, choroby zakrzepowo-zatorowej, policytemii (zbyt wysokiej liczby krwinek prowadzącej do nadmiernego zagęszczenia krwi) oraz nowotworów (w tym raka piersi, macicy i jajnika, jeśli te narządy pozostawiono).

W Polsce jedynym zatwierdzonym wskazaniem do podawania testosteronu jest hipogonadyzm męski (niedobór testosteronu), w tym opóźnione dojrzewanie płciowe u chłopców (dopuszczone stosowanie powyżej 15. roku życia). Dane dotyczące bezpieczeństwa stosowania testosteronu u dzieci i młodzieży poniżej 18. roku życia są bardzo ograniczone; u młodzieży w procesie tranzykcji leki te są stosowane *off-label*.

ZABIEGI CHIRURGICZNE

Tzw. „operacje zmiany płci” są kolejnym etapem uzyskiwania cech upodabniających wygląd osoby w procesie tranzykcji do płci przeciwnej. Zabiegi te są zazwyczaj całkowicie nieodwracalne. Najczęściej stosowane są:

- **Gonadektomia** (usunięcie jąder lub jajników) i **histerektomia** (wycięcie macicy) polegają na nieodwracalnym usunięciu zdrowych gonad (i macicy), czyniąc osobę poddaną tej procedurze trwale bezpłodną.

Zwolennicy przeprowadzania takich zabiegów proponują pobieranie i zamrażanie tkanek gonad lub gamet (określane jako „zachowanie płodności”). Procedury te dają szansę na uzyskanie materiału do późniejszych procedur wspomaganego rozrodu, ale powinny być przeprowadzone przed rozpoczęciem stosowania hormonów i zarazem po osiągnięciu dość zaawansowanego dojrzewania, co może być niemożliwe w przypadku podjęcia interwencji hormonalnych już we wczesnym okresie dojrzewania.

U dzieci i nastolatków na wcześniejszych etapach dojrzewania proponowane jest pobieranie i zamrażanie tkanki jąder lub jajników celem ich późniejszego ponownego wszczęcia w przypadku chęci posiadania potomstwa, jednak brak jest dowodów potwierdzających możliwość odzyskania płodności po takich zabiegach. Procedury takie traktowane są jako eksperymentalne, budzą wiele wątpliwości natury medycznej, moralnej, bioetycznej i prawnej.

Osoby małoletnie mogą nie być w pełni zdolne do oceny długofalowych skutków takich interwencji i wyrażenia świadomej zgody na wykonanie nieodwracalnych zabiegów mogących skutkować bezpłodnością, nawet jeśli są przekonane o słuszności swojej decyzji (i znajdują afirmatywne wsparcie ze strony specjalistów).

- **Chirurgia narządów płciowych** to zabiegi upodabniające wygląd (i częściowo funkcje) narządów płciowych do płci przeciwnej.

U transkobiet operacja polega na usunięciu prącia (zwykle wraz z jądrami) i wytworzeniu *neovaginy* (struktury mającej przypominać pochwę). Istnieje ryzyko wystąpienia przetoki odbytniczo-pochwowej, co wymaga kolejnych interwencji chirurgicznych.

U transmężczyzn operacja ma na celu wytworzenie struktury imitującej prącie. Zabiegi te mogą prowadzić do zwężenia cewki moczowej i powstawania przetok. Nie ustalono jednolitych standardów opieki w odniesieniu do rekonstrukcji prącia, jak również stosowania protez prącia u osób transpłciowych.



- **Chirurgia klatki piersiowej** obejmuje usunięcie „tkanki klatki piersiowej” (mastektomię) u transmężczyzn oraz operacje powiększenia piersi u transkobiet.

Istnieją ograniczone dane, że nieodwracalne usunięcie gruczołów piersiowych rzeczywiście poprawia jakość życia osób z dysforią płciową.

Chirurgiczne powiększenie piersi polega na wszczepianiu implantów lub przeszczepianiu tkanki tłuszczowej. Zabiegi te są odwracalne. Ryzyko raka piersi u transkobiet przyjmujących estradiol po operacji powiększenia piersi nie zostało dotychczas ocenione.

- **Inne zabiegi** obejmują mniej radykalne interwencje z zakresu chirurgii, które nie wpływają na funkcje hormonalne i płodność. Są to np. maskulinizacja lub feminizacja twarzy i operacje krtani (w celu zmiany głosu).

Binder to gruba bielizna ze spandexu i nylonu, której celem jest spłaszczenie piersi. Używanie binderów przez 8–10 godzin dziennie utrudnia przepływ krwi w naczyniach i może prowadzić do zakrzepów. Inne skutki uboczne: bóle pleców, przegrzewanie, bóle w klatce piersiowej, duszności oraz zmniejszenie elastyczności skóry piersi, co powoduje ich opadanie (badania chirurgów plastycznych z Belgii).

Tucking to technika ukrywania genitaliów (penisa i jąder) między nogami w celu uzyskania płaskiego wyglądu w okolicy krocza, co umożliwia wkładanie obcisłych ubrań, pod którymi nie odznaczają się żadne wypukłości. Używa się do tego dedykowanej bielizny, taśm medycznych lub bardzo ciasnych bokserów. Tucking może spowodować podrażnienie skóry, bóle, problemy z przepływem krwi, a nawet przepuklinę lub skręt jądra.

TRANZYJCJA PRAWNA

To uzyskanie postanowienia sądowego o „uzgodnieniu płci”. W Polsce płeć jest przypisywana po urodzeniu na podstawie budowy anatomicznej. Położna zapisuje ją w karcie urodzenia dziecka, następnie rodzice rejestrują noworodka, a Kierownik Urzędu Stanu Cywilnego wpisuje płeć w akcie urodzenia.



Od 4 marca 2025 r. procedura „zmiany płci” zapisanej w dokumentach została uproszczona. Jeśli osoba jest pełnoletnia, wystarczy, że złoży wniosek do sądu rejonowego (w przypadku osób niepełnoletnich wniosek składają rodzice), odpis aktu urodzenia, opinię psychologa oraz lekarza psychiatry lub lekarza seksuologa.

Należy podkreślić, że podczas postępowania sąd nie ustala, że dziecko urodziło się odmiennej płci; określa tylko, że od dnia prawomocnego wyroku osoba w nim wskazana ma sądownie określoną inną płeć. Następnie sąd wysyła swoje postanowienie do Urzędu Stanu Cywilnego, który nadaje nowy numer PESEL. Wtedy można zmienić imię i wystąpić o nowe dokumenty.

POWIEDZ o tym swojemu DZIECKU!



1. Tak zwana „zmiana płci” nie jest możliwa.

Stosowanie leków hormonalnych i zabiegów operacyjnych pozwala jedynie na upodobnienie wyglądu osoby w tranzycji do płci przeciwnej. Procedury te są całkowicie lub częściowo nieodwracalne.

2. Tranzycja hormonalna u dzieci i młodzieży opiera się na stosowaniu leków poza wskazaniami rejestracyjnymi (*off-label*), bez akceptacji EMA (w Europie) i FDA (w USA). Nie znamy bezpieczeństwa takich terapii. Wiadomo, że **wzrasta ryzyko niektórych nowotworów.**

3. Terapie hormonalne i nieodwracalne interwencje chirurgiczne podejmowane są u osób z prawidłową budową i funkcją narządów płciowych i gonad. Ich jedynym celem jest poprawa zdrowia psychicznego poprzez zmianę wyglądu, ale **osoby po tranzycji nie zawsze czują się lepiej w swoim „nowym” ciele.**

4. Detranzycja jest niezwykle trudna, a w większości przypadków niemożliwa (np. po gonadektomii).

TO BYŁ BŁĄD...

CZY MOGĘ WRÓCIĆ „DO SIEBIE”?

CZYLI O DETRANZYJCJI

Detranzycja to proces odwracania lub przynajmniej zatrzymania tranzycji płciowej, czyli zaprzestanie „terapii korekty płci” i próba cofnięcia zmian, jakie zaszły w wyniku jej stosowania. Zwolennicy wczesnego stosowania terapii „afirmujących” wskazują na rzadkość zjawiska detranzycji i jego związek z innymi czynnikami niż rzeczywista zmiana tożsamości płciowej (względy zdrowotne, presja społeczna, dyskryminacja). Należy jednak liczyć się ze wzrostem częstości detranzycji przy ułatwieniu dostępu do tranzycji medycznej. Pochopna kwalifikacja młodych osób do „korekty płci”, bez dotarcia do rzeczywistych źródeł problemów z własną tożsamością i wykluczenia zaburzeń psychicznych, a także możliwość nadużyć w stosunku do nastolatków ze strony dorosłych osób transpłciowych muszą być brane pod uwagę w kontekście wzrastającej liczby osób zgłaszających potrzebę „zmiany płci”. Profesor Zbigniew Lew-Starowicz wskazywał, że **jedynie 20–25 proc. osób odczuwających problemy z własną tożsamością płciową pozostaje przy decyzji o tranzycji. W pozostałych przypadkach tranzycja może prowadzić do pogłębienia problemów psychicznych. To przestroga przed entuzjastyczną promocją tzw. korekty płci i afirmacji transpłciowości.**

Z aktualnych polskich zaleceń wynika, że podjęcie terapii hormonalnych u osób małoletnich musi poprzedzać pogłębiona ocena psychiatryczna oraz psychologiczno-seksuologiczna. Rozpoznanie niezgodności płci i zdolność pacjenta do wyrażenia świadomej zgody na wdrożenie procedur medycznych powinno potwierdzić co najmniej dwóch specjalistów zdrowia psychicznego. Ponadto zarówno osobę małoletnią, jak też jej rodziców (opiekunów prawnych) należy poinformować o skutkach postępowania medycznego.



Chirurgiczne usunięcie jajników czy jąder to procedura nieodwracalna i prowadzi do trwałej bezpłodności. Zdecydowana większość zabiegów chirurgicznych narządów płciowych ma również charakter nieodwracalny, a detranzycja w takich sytuacjach będzie jedynie odtworzeniem struktur przypominających wyglądem narządy utracone w wyniku tranzycji chirurgicznej.

Stosowanie leków hormonalnych można przerwać, ale niektóre efekty ich działania (np. mutacja głosu, zmiana sylwetki, zwiększone ryzyko niektórych nowotworów) mogą nie być w pełni odwracalne. Jeśli usunięto jajniki lub jądra, osoba poddająca się detranzycji będzie musiała stosować hormonalną terapię zastępczą według zasad leczenia pacjentów z niewydolnością jąder (testosteron) lub jajników (estrogeny, progesteron). Nie przywróci to jednak utraconej płodności. U osób, które nie poddały się usunięciu gonad (częścią są to biologiczne kobiety), długotrwała ekspozycja na wysokie dawki androgenów (hormonów „męskich”, zwykle testosteronu) w okresie tranzycji może mieć niekorzystny wpływ na przyszłą płodność.

Kobiety, które zaszły w ciążę i urodziły dzieci po detranzycji, żałują, że nie mogły karmić piersią. Zabiegi rekonstrukcji piersi mogą mieć bardzo dobry efekt kosmetyczny, ale nie odtwarzają tkanki gruczołowej.

Wiele krajów, które najpierw rozszerzały wskazania do leczenia afirmującego płeć i zachęcały do tranzycji w coraz młodszym wieku, **wycofuje się z tego podejścia.** USA, Szwecja, Finlandia, Norwegia, Wielka Brytania, Węgry i Dania próbują ograniczać tranzycję małoletnich. Z kolei we Francji, Australii, Nowej Zelandii, Włoszech, Niemczech, Szwajcarii i Polsce profesjonaliści apelują o rozważę.

W Szwecji Krajowa Rada ds. Zdrowia i Opieki Społecznej stwierdziła, że ryzyko związane z blokerami dojrzewania i hormonami „potwierdzającymi płeć” przeważa nad możliwymi korzyściami dla nieletnich. W Wielkiej Brytanii Wysoki Trybunał Sprawiedliwości stwierdził, że dzieci nie są zdolne do wyrażenia świadomej zgody na leczenie, które może doprowadzić do ich bezpłodności.

Proponowane książki

Blążej Kmiecik (red.), *Między chromosomem i paragrafem. Transseksualizm w ujęciu prawnym, społecznym i medycznym*, Wydawnictwo Instytutu Wymiaru Sprawiedliwości, Warszawa, 2021

Andrzej Margasiński, *Genderyzm. Między ideologią a nauką*, Oficyna Wydawnicza Impuls, Kraków, 2026

Abigail Shrier, *Nieodwracalna krzywda*, Wydawnictwo AA, 2023

Paulina Kwietkiewicz, *Gdy dziecko chce zmienić płeć*, Wydawnictwo Eureka, 2024

Christine Sneeringer, *Answers to Gender Madness: A Quick Guide to Help You Navigate the Confusion*, Coral Ridge Ministries, 2025

dr Miriam Grossman, *Zagubieni w krainie trans*, Wydawnictwo AA, 2024





MOJE DZIECKO CHCE „ZMIENIĆ PŁEĆ”, CZYLI APTECZKA PIERWSZEJ POMOCY DLA RODZICA

... *Nazwaliście mnie Ala z powodu błędnie przypisanej mi płci przy urodzeniu. Tak naprawdę jestem Alan. Chcę tranzycji.*

Rodzicu, co czujesz? Prerażenie, oszołomienie, lęk, wściekłość, niesmak? Wszystko to jest normalne, masz prawo tak czuć i to wyrażać – **ale nie w relacji z dzieckiem!**

NIE PANIKUJ. ZRÓB WSZYSTKO, BY ZYSKAĆ NA CZASIE

... *Akceptuję twoje uczucia. Poprzyglądajmy się im. To bardzo ważne sprawy, nie działajmy pochopnie, ale ze spokojem.*

PRZEKAŻ, ŻE KOCHASZ I CHCESZ WSPIERAĆ

... *Jestem po twojej stronie, kocham cię i chcę cię wspierać.*

POZNAJ UCZUCIA I POTRZEBY DZIECKA

... *Powiedz mi więcej, np. co nie podoba ci się w twojej płci, co sprawia, że źle się ze sobą czujesz.*

Może masz ochotę krzyczeć albo zignorować problem, mówiąc o „głupotach, które zaraz wybijesz z głowy”. **Zatrzymaj się!** Od tego, jak zareagujesz, zależy wasza przyszła relacja i twój wpływ na następne poczynania syna/córki.

Zauważ – **dziecko mówi ci o swoim wielkim zmaganiu.** To znaczy, że ci ufa i chce twojej pomocy. Liczy, że dostanie wsparcie, troskę i miłość. Twoim zadaniem jest okazać je w mądry sposób.

W towarzystwie dziecka ważne jest bezwarunkowe przyjmowanie jego uczuć (nie decyzji), dostrzeganie jego trudu, który jest realnym cierpieniem, a z drugiej strony mądre stawianie granic i nieuleganie żądaniom dziecka.

Jestem przy tobie

Widzę, że cierpisz

Od kiedy tak czujesz?

Nie pozwolę ci zrobić sobie krzywdy





KOCHASZ BEZWARUNKOWO...

... *Kocham cię i zawsze będę obok ciebie, chcę się zaangażować, poznać twoje przeżycia.*

Możesz spróbować porozmawiać z dzieckiem w następujący sposób:

... *Widzę, że cierpisz. To musi być bardzo trudne nie czuć się dobrze w swoim ciele. Współczuję ci tego zamieszania w głowie. Przykro mi, że przez to przechodzisz.*

Jednocześnie spróbuj się dowiedzieć jak najwięcej o powodach cierpienia twojego dziecka. Poproś, żeby opowiedziało ci więcej.

... *Dlaczego tak sądzisz? Co konkretnie ci przeszkadza w byciu chłopcem/dziewczyną (osobą twojej płci)?* (Spróbuj się dowiedzieć, jakie symptomy dojrzewania są dla twojego dziecka trudne. Może chodzi o miesiączkę, erekcje i polucje, rozbudzający się pociąg seksualny? A może dziecko jest przerażone własnym zdezorientowaniem, bo podoba mu się osoba tej samej płci? Warto znać pojęcie **faza homofilna** – to czas, gdy nastolatek interesuje się osobami tej samej płci. Faza homofilna jest przejściowa i nie ma nic wspólnego z homoseksualizmem!)

... *Od kiedy tak czujesz?*

Skąd to wiesz? Czy ktoś ci o tym opowiedział? Gdzie o tym przeczytałaś/ usłyszałaś?

Co masz na myśli, mówiąc, że jesteś chłopcem/dziewczyną? Co jest fajnego w byciu osobą przeciwnej płci? W czym chłopcy/dziewczyny mają lepiej?

Co jeszcze ci dolega? Powiedz – ty jesteś w tym ekspertem.

Pamiętaj! Dziecko może deklarować, że jest na sto procent pewne, że chce zmienić płeć, ale to nie jest prawda. Dzieci często mają wątpliwości, szczególnie, jeśli „sprawy zaszły za daleko”, ale nie wiedzą, jak o nich mówić. Poproś, by dziecko pokazało ci, skąd czerpało wiedzę (prawdopodobnie strony internetowe, YouTube, TikTok, znajomi).

... *Dobrze, opowiedz o tym. Zobaczmy, na czym to polega, dowiedzmy się...*

Potwierdzaj, że nie jesteś przeciwko dziecku, ale idziesz obok niego.

Przygotuj się do rozmowy z dzieckiem.

Zajrzyj na strony internetowe, które nastolatek mógł odwiedzać (np. wpisz „tranzycja” w wyszukiwarce). Przeczytaj informacje, które dziecko może znaleźć w sieci. To pomoże ci poznać jego punkt widzenia.

i równocześnie →

...WSPIERASZ MĄDRZE

... *Równocześnie nie dam ci tego, czego chcesz* (tranzycja społeczna, inne imię/ zaimki, blokery dojrzewania itp.), *bo to nie jest dla ciebie dobre.*

Skoncentruj się na dziecku. To nie jest czas na kłótnie. Zastanów się, co możesz od siebie dać, czy możesz choć trochę ustąpić, by dziecko widziało, że wyciągasz do niego rękę. Zgódź się na to, co możliwe, bez przekraczania zasad, np. nie komentuj androgynicznego ubioru dziecka (luźne spodnie, bluzy, biżuteria typu unisex itp.). Nie zgadzaj się na zmianę imienia i zaimków, ale zaproponuj sposób zwracania się do dziecka szanujący jego niezgodę na dotychczasowe imię, np. **Kochanie, Słońce, Ani (zamiast Ania/Antoni), Domi (zamiast Dominika/Dominik)** itp. (zwroty nienacechowane płciowo).

Dzieci „trans” często wcześniej są niezwykle zgodne, „bezproblemowe”, nie mają doświadczenia bycia w niezgodzie i bliskiej więzi równocześnie. Twoim zadaniem jest nauczyć dziecko, że można kochać i się nie zgadzać i że to normalne w relacjach.

Pamiętaj, że nastolatki źle się czują same ze sobą. Fizyczne i psychiczne zmiany zachodzące na różnych etapach dojrzewania często wydają się im przerażające, mogą budzić lęk. Nastolatki „nie poznają siebie”, czują, że „nie pasują” do swojej płci, szczególnie jeśli ich wygląd, zainteresowania, temperament, sposób postępowania nie są zbieżne ze stereotypową męskością czy kobiecością.

Nasze dzieci potrzebują wsparcia w przejściu tego trudnego czasu. Chociaż codzienność z nastolatkiem nierzadko zdaje się temu przeczyć, to **najważniejszym oparciem są dla nich rodzice i inni bliscy dorośli (krewni, trenerzy).**

Bardzo często dziecko chce po prostu należeć do jakiejś grupy, być w „uciśnionej mniejszości”. Osoby „trans” je przyjmą. Zwróć uwagę na popularny w grupach „trans” termin brokatowa (transgenderowa) rodzina, czyli grupa obcych dziecku ludzi, afirmujących jego nową tożsamość płciową i twierdzących, że przez to są najbliższymi mu ludźmi. Nie daj się zwieść buntowi dziecka i jego fascynacji tego typu grupami. Faktycznie nikt nie zastąpi kochających, mądrych rodziców, mających na względzie prawdziwe dobro dziecka.

cd. →

Nie daj się oderwać od dziecka w kryzysie.

W kolejnych tygodniach twoim zadaniem będzie spokojne budowanie relacji z dzieckiem i dowiedzenie się możliwie jak najwięcej o jego kontaktach ze społecznością „trans”.

W tym czasie:

1 USTAL GRANICE. BĄDŹ RODZICEM, NIE KUMPLEM

Podobnie jak wtedy, gdy twoje dziecko jako maluch odkrywało świat, twoim zadaniem jest zapewnienie mu bezpieczeństwa. Prawdopodobnie będą momenty buntu, ale nie zrażaj się. Twoja córka/ Twój syn potrzebuje silnego oparcia, niezmiennych reguł, potrzebuje ciebie. Powiedz:

Możesz odkrywać siebie, próbować nowych rzeczy, ale jeśli będzie to zagrażało twojemu bezpieczeństwu, twojemu zdrowiu fizycznemu bądź psychicznemu, powiem NIE.

Może to oznaczać, że będziesz zmuszony zabrać dziecku telefon, uniemożliwić korzystanie z internetu czy nawet odciąć nastolatka od dotychczasowego środowiska. Niektóre kroki mogą się wydawać radykalne, ale to trudna walka – o zdrowie i życie twojego dziecka.

Sadzanie dziecka za sterami może się bardzo źle skończyć. To ty jesteś dorosły i wraz z innymi dorosłymi będziesz starał się pomóc dziecku w jego zmaganiu z trudnościami, z jakimi teraz się mierzy.

Być może usłyszysz od dziecka lub otoczenia groźby, że twoja niezgoda na transycję społeczną lub medyczną będzie skutkować samobójstwem. Słynne „chcesz mieć żywą córkę czy martwego syna?” to okrutna, niepotwierdzona danymi manipulacja. Z tzw. raportu dr Hilary Cass wynika, że nie ma dowodów na to, by brak afirmującego transycję postępowania u osób z zaburzeniami identyfikacji płciowej zwiększał ryzyko samobójstwa w tej grupie. Zwraca się uwagę na komponenty psychospołeczne i ogólny stan zdrowia psychicznego tych osób. Więcej informacji na ten temat m.in. w książce Christine Sneeringer pt. *Answers to Gender Madness: A Quick Guide to Help You Navigate the Confusion*, str. 86–89.

2 WSPIERAJ DZIECKO, ALE NIE JEGO „INNĄ PŁEĆ”

Postaraj się choć o chwilę wspólnego czasu codziennie. Nie musicie rozmawiać, po prostu pokaż dziecku, że jesteś dla niego i może się do ciebie zwrócić, jeśli chce. Bądźcie w tej samej przestrzeni. Zainteresuj się tym, co robi. Zauważaj jego dobre cechy, doceniaj jego sukcesy (nie to, co ty uznajesz za sukces). Wspieraj jego rozwój i zainteresowania, nie komentuj ich w związku z płcią.

3 POSZUKAJ WSPARCIA DLA SIEBIE

Jako rodzic możesz czuć się jak linoskoczek na linie nad przepaścią. Będziesz popełniać błędy, będą chwile zwątpienia. Nie zapominaj o wsparciu dla siebie. Porozmawiaj o swojej sytuacji z zaufaną osobą. Poszukaj pomocy specjalisty albo grupy wsparcia dla rodziców dzieci z zaburzeniami identyfikacji płciowej. Nawet jeśli twoje dziecko nie chce wsparcia ze strony odpowiedniego fachowca, ty możesz – i powinieneś – mieć kontakt z kimś, kto wzmocni ciebie jako rodzica.

4 POSZERZ WIEDZĘ

Czytaj, słuchaj podcastów, pytaj specjalistów. Rekomendowane książki i zasoby internetowe znajdziesz na różnych stronach tej broszury. Zacznij od *Zagubionych w krainie trans* Miriam Grossman, amerykańskiej psychiatry z wieloletnim doświadczeniem. To prawdziwe kompendium wiedzy zawiera także praktyczne wskazówki dotyczące rozmów z nastolatkami, kontaktu ze szkołą i specjalistami.

Co ważne, tę książkę mogą przeczytać także nastolatki. Możesz spróbować je do tego zachęcić, np. zostawiając w przestrzeni wspólnej w domu (w kuchni, łazience, na kanapie). Zazwyczaj działa to lepiej niż namawianie i zachwalanie.

5 Z OSTROŻNOŚCIĄ WYBIERAJ SPECJALISTÓW

Psycholog czy lekarz zawsze powinien najpierw porozmawiać z rodzicem. Możesz wtedy dowiedzieć się, jakie są jego poglądy na właściwą opiekę nad nastolatkiem z zaburzeniami identyfikacji płciowej (wróć do str. 6–7). Jeśli wyłącznie afirmacja – lepiej szukać dalej. Jeśli pogłębiona diagnoza i leczenie podłoża problemu: psychologicznego (diagnoza neuroaty-powości, trauma, inne), endokrynologicznego itp., to prawdopodobnie warto mu zaufać.

Zapytaj specjalistę wprost, według jakich wytycznych pracuje. Jeśli jest to tzw. model norweski, holenderski czy WPATH, istnieje ryzyko pochopnego stosowania niewłaściwych procedur. Rzetelne podejście „psychoterapia najpierw” prezentują specjaliści bazujący na tzw. Standardach SPCh.

Pamiętaj, że wiedza z obszaru zaburzeń identyfikacji płciowej jest bardzo specjalistyczna i stosunkowo nowa. W środowisku medycznym nie ma zgody co do właściwego postępowania. Na całym świecie coraz częściej odchodzi się od postawy wyłącznie afirmatywnej. Słowo „afirmacja” potocznie kojarzy się z czymś dobrym, a nawet wzniosłym, zasługującym na szacunek i uznanie. Niestety tzw. podejście afirmujące w praktyce zwykle opiera się na autodiagnozie dziecka, a specjaliści pracujący w tym nurcie nierzadko pośpiesznie zachęcają do transycji.

Wsparciem w uzyskaniu odpowiedniej pomocy służy Polskie Stowarzyszenie Obrońców Życia Człowieka tel.: 12 421 08 43, email: biuro@pro-life.pl.

PROFILAKTYKA,

CZYLI CO DOBREGO MOŻEMY ZROBIĆ DLA NASZYCH DZIECI?

WZMACNIJ TOŻSAMOŚĆ PŁCIOWĄ,

czyli fajnie być chłopcem i dziewczynką!

W rozwoju tożsamości płciowej są dwa krytyczne okresy: wczesne dzieciństwo i okres dorastania. Dlatego warto **od najmłodszych lat** wzmocnić w dzieciach postawę, że wspaniale jest być sobą! To od dorosłych w dużej mierze zależy, z czym dzieciom będzie się kojarzyła męskość/kobiecość.

Zatem pierwszym zadaniem rodziców jest zadbanie o pozytywne i jak najpełniejsze przeżywanie własnej (mojej!) męskości i kobiecości oraz wskazywanie, że można je realizować na różne sposoby, niezależnie od stereotypów.

Poza rolami rodzicielskimi, które są uwarunkowane biologicznie, płęć nie ogranicza ani nie determinuje tego, kim jesteś i co robisz! Siła, decyzyjność, możliwości rozwoju, a z drugiej strony empatia, wrażliwość i delikatność nie zależą od płci. Kulturowe stereotypy mogą być dla dzieci zniechęcające. Przykładowo: jeśli dziewczynce kobiecość kojarzy się ze słabością, umęczeniem i podległością – może nie chcieć dojrzywać do takiej roli. Jeżeli wrażliwy chłopiec sądzi, że męskość to surowość, przemoc i emocjonalne wycofanie – może mieć kłopot z przyjęciem własnej męskości.

Dziewczynki i chłopcy to nie tylko księżniczki i strażacy. Jeśli dziecko ma zainteresowania nietypowe dla jego płci, nie oznacza to, że coś jest nie tak z jego kobiecością lub męskością. Rozmawiajcie o tym.

Przykłady oryginalnych postaw kobiecych: Mulan (dzielna wojowniczka, która musiała udawać chłopca, żeby walczyć; w naszej kulturze nie trzeba tego robić), Ewa Pajor (polska piłkarka z klubu FC Barcelona), Anita Włodarczyk i Ewa Swoboda (lekkoatletki, które zainspirowały firmę Barbie do stworzenia lalek z serii Inspirujące Osobowości).

Przykłady oryginalnych postaw męskich: tancerze baletowi (np. w filmie *Plan Gry*), influencerzy kulinarni (np. Michał Korkosz, Dominik Rupiński), Doss – bohater filmu *Przełęcz ocalonych*, który odmawia walki na wojnie i zostaje sanitariuszem.

Uważaj na komentarze: „Nie bądź baba”, „A co ty, chłopak jesteś?” itp. Takie słowa zapadają w pamięć, utrwalają stereotypy i mogą przyczynić się do tego, że dziecko czuje się „dziwnie”, „niekomfortowo” w swojej płci.

STWÓRZ „WIOSKĘ”,

czyli zadбай o dobre otoczenie

Najważniejszym czynnikiem chroniącym dzieci przed zagrożeniami (używkami, zakłócony proces dojrzewania, sekty) jest dobra, bliska relacja z rodzicami. Budujemy ją od narodzin dziecka aż do czasu, kiedy opuszcza dom. **Nigdy nie jest na to za wcześnie ani za późno.** Twój nastolatek nadal bardzo potrzebuje twojej bliskości, nawet jeśli wydaje ci się, że jest inaczej. Zadбай o wasze relacje: spędzajcie razem czas, rozmawiajcie, grajcie w gry, oglądajcie filmy i omawiajcie je. Jeśli pozwolisz, by to dziecko wybrało, co czytać, oglądać – będziesz miał szansę wejść w jego świat. Możecie się umówić, że raz rodzice proponują sposób spędzenia czasu, a raz dziecko.

Pamiętaj, że do przygotowania dziecka do wejścia w świat nie wystarczą jedynie rodzice. Jak mówi przysłowie, „potrzeba całej wioski”. Zadбай więc o satysfakcjonujące kontakty społeczne, w tym z rówieśnikami i dorosłymi obojga płci, o rozwój zainteresowań, trening charakteru oraz rozwój fizyczny i duchowy (sport, harcerstwo, duszpasterstwo itp.). W tego typu działania należy włączyć maksymalnie szeroko pojęte otoczenie dziecka. Dzięki temu ty będziesz miał grupę wsparcia, a Twoje dziecko grupę rówieśników o podobnym systemie wartości.

KLUCZOWE ZADANIA RODZICÓW

w kontekście rozwoju identyfikacji płciowej

- ➡ Upewnij dziecko, że jest chciane i kochane!
- ➡ Wzmocnij tożsamość płciową od najmłodszych lat, od pierwszych rozmów o tym, skąd się biorą dzieci. „Od początku jesteś chłopcem/dziewczynką...”
- ➡ Kontroluj internet. Tego, co dziecko zobaczy w sieci, nie da się „od-zobaczyć”. Prowadź prewencyjne rozmowy o manipulacji, dezinformacji, ostrzegaj przed grupami promującymi LGBTQ+.
- ➡ Pilnuj przestrzegania praw rodziców w szkole, np. nie wyrażaj zgody na społeczną tranzycję, czyli używanie zmienionego imienia oraz zaimków przeciwnej płci, nie zgadzaj się na zajęcia dodatkowe o treści ideologicznej.
- ➡ Zdobywaj wiedzę. Najprawdopodobniej temat tranzycji pojawi się w Waszym otoczeniu (krewni, sąsiedzi...). Warto uprzedzająco zapytać nastolatka, co o tym sądzi, żeby poznać jego zdanie i wyposażyć je w rzetelne wiadomości. Szukaj odpowiednich książek, podcastów, treści na Youtube i podziel się nimi z nastolatkiem, porozmawiajcie o tym. Pokaż konsekwencje tranzycji oraz inne sposoby reagowania. Być może jesteś jedyną osobą, od której Twoje dziecko może uzyskać obiektywne informacje na ten temat.
- ➡ Rozmawiaj o zmianach związanych z okresem dojrzewania: fizycznych i psychicznych. Możesz powiedzieć: „To normalne, że jeszcze nie wiesz, kim jesteś. Dojrzewanie to trochę dziwny czas – pomiędzy byciem dzieckiem a dorosłym. Może ci być trudno z twoim ciałem, potrzeba czasu, żeby oswoić się ze zmianami. To normalne, że możesz widzieć te przemiany subiektywnie i że jesteś dla siebie surowa/-y (jestem za gruba, brzydka, za mało kobieca, za mało męski, za chudy, za niski itd.). Większość nastolatków przez to przechodzi, nawet jeśli o tym nie mówią. Też tak miałam/-em. Pamiętaj jednak, że to minie. I że to twoje myśli, a nie rzeczywistość. Akceptuję to, że tak czujesz, ale nie będę tego potwierdzać, bo ja widzę cię inaczej”. ❤



Chronimy przed...



...i po narodzeniu

CHRONIMY I MAMĘ, I DZIECKO! BO TU BIJĄ DWA SERCA!



edukujemy młode pokolenie



dostarczamy rzetelnych informacji



świadczymy pomoc psychologiczną



pomagamy samotnym mamom
oraz osobom z niepełnosprawnościami

**Aby dać wsparcie najbardziej
potrzebującym, wpłać już dziś!**

KONTO: 93 1240 4650 111 0000 5150 8401

Wpłać dar serca:



Przelew na telefon

nr: 508 055 755



KRS: 0000140437



Polskie Stowarzyszenie
Obrońców Życia Człowieka

www.pro-life.pl

ul. Krowoderska 24/6, 31-142 Kraków

tel. 12 421-08-43, e-mail: biuro@pro-life.pl