



# GENDER DYSPHORIA/GENDER VARIANCE IN CHILDREN – DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC CONTROVERSIES

## DYSFORIA/ROZBIEŻNOŚĆ PŁCIOWA U DZIECI – KONTROWERSJE DIAGNOSTYCZNE I TERAPEUTYCZNE

Correspondence to/  
Adres do korespondencji:

Monika Puszyk  
Instytut Psychologii,  
Uniwersytet im. Adama Mickiewicza  
ul. Szamarzewskiego 89  
60-568 Poznań, Polska  
tel.: +48 61 829 20 69  
fax: +48 61 829 21 07  
e-mail: monika.puszyk@amu.edu.pl

Monika Puszyk<sup>1</sup>, Dominik Czajeczny<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Institute of Psychology, Adam Mickiewicz University, Poznań, Poland

<sup>2</sup>Department of Clinical Psychology, Poznań University of Medical Sciences, Poland

<sup>1</sup>Instytut Psychologii, Uniwersytet im. Adama Mickiewicza, Poznań, Polska

<sup>2</sup>Zakład Psychologii Klinicznej, Uniwersytet Medyczny im. Karola Marcinkowskiego, Poznań, Polska

Submitted/Otrzymano: 10.01.2017

Accepted/Przyjęto do druku: 29.06.2017

### Abstract

**Purpose:** The aim of this paper is to provide a synthesis and present the current state of knowledge about the situation of children with atypical gender identity and their families. Available data pertaining to aetiology, psychopathology, and developmental paths of individuals experiencing gender dysphoria of childhood are analysed.

**Views:** The phenomenon of atypical gender identity in adolescents and adults, in diagnostic classifications called gender identity disorder – transsexualism (ICD-10) or gender dysphoria (DSM-V), arouses interest among research communities and has been reported in the Polish and foreign literature. At the same time, much less attention is given to the very same phenomenon occurring in childhood, leaving a gap in the area of knowledge and competence potentially significant to a wider range of specialists including psychiatrists, psychotherapists, paediatricians, and social workers.

**Conclusions:** In the context of the observation that the vast majority of gender-dysphoric (GD) children appear to no longer experience the symptoms during adolescence and adulthood, controversies surrounding diagnostic and therapeutic processes are significant. Therefore, the paper presents some important areas of assistance and stresses the need for great caution and individual approach when working with GD children and their families. Since no universal standard of care has been established so far and the discussed topic is highly emotionally charged, specialists working with GD children should carefully monitor both available literature and their own personal attitudes towards atypical gender identity and expression.

**Key words:** gender dysphoria in children, gender variance, gender identity in childhood, atypical gender identity development.

### Streszczenie

**Cel:** Celem niniejszej pracy jest dokonanie syntezy i przedstawienie obecnego stanu wiedzy o sytuacji dzieci o atypowej tożsamości płciowej i ich rodzin. Autorzy przytaczają dostępne dane z zakresu etiologii, towarzyszącej psychopatologii i ścieżek rozwojowych osób doświadczających w dzieciństwie dysforii płciowej.

**Poglądy:** Fenomen atypowej tożsamości płciowej u adolescentów i dorosłych, w klasyfikacjach diagnostycznych określany jako zaburzenie identyfikacji płciowej – transseksualizm (ICD-10) lub dysforia płciowa (DSM-V), spotyka się z zainteresowaniem środowisk naukowych, a jego obecność można zauważyć w piśmiennictwie polskim i zagranicznym. Jednocześnie dużo mniejszą uwagę poświęca się temu samemu zjawisku występującemu w dzieciństwie, pozostawiając lukę w obszarze wiedzy i kompetencji, potencjalnie istotnych dla szerszego grona specjalistów, w tym dla psychiatrów, psychoterapeutów, pediatrów i pracowników socjalnych.

**Wnioski:** W kontekście obserwacji, że znacząca większość dysforycznych płciowo dzieci okazuje się nie doświadczać objawów dysforii w okresie adolescencji i dorosłości, kontrowersje wokół procesu diagnostycznego i terapeutycznego wydają się znaczące. W związku z tym autorzy przedstawiają istotne obszary pracy pomocowej, zwracając jednocześnie uwagę na potrzebę dużej ostrożności oraz zindywidualizowanego podejścia w pracy z rodziną i dzieckiem z tym rozpoznaniem. Jako że nie stworzono do tej pory uniwersalnego standardu postępowania z dziećmi z GD, a sam temat jest źródłem wielu emocji, specjaliści pracujący w tym obszarze powinni uważnie monitorować zarówno dostępną literaturę, jak i własne postawy wobec atypowej ekspresji i tożsamości płciowej.

**Słowa kluczowe:** dysforia płciowa u dzieci, rozbieżność płciowa, tożsamość płciowa w dzieciństwie, atypowy rozwój tożsamości płciowej.

## INTRODUCTION

The diagnostic category of gender identity disorder (GID) of childhood was first introduced<sup>1</sup> into the DSM III classification issued in 1980 [1] and was included together with transsexualism and atypical gender identity disorder in the gender identity disorder parent category. The most important characteristic identified for GID is the variance between anatomical sex and gender identity defined as a strong sense of being either male or female [1]. From the very beginning of its existence, this category has provoked controversies among experts and members of LGBT (Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender) rights organisations. The introduction of GID into the classification system was perceived as a veiled attempt to restore the category of homosexuality previously excluded from DSM II allegedly to legitimise a therapy that would prevent the development of homosexual orientation [2, 3]. Other allegations, which are also present in the modern literature, pertain to the validity of the very existence of that category. In the course of preparation of the fifth revision of DSM, some of LGBT activists claimed that it is stigmatising to label behaviours incongruent with gender stereotypes as disorder symptoms and that it may cause suffering to individuals who display such behaviours [4]. Criticism also came from research communities. Barlett *et al.* [5] claim that GID does not meet contemporary mental disorder criteria. In their opinion, a serious limitation of studies on GID is that they fail to consider dividing children into those whose discomfort is caused by cross-gender behaviours and those whose discomfort is directly related to biological sex characteristics (gender dysphoria). Moreover, Ehrbar *et al.* [6] draw attention to difficulties with distinguishing between these groups at diagnosis. According to Barlett *et al.* [5], only the latter can meet some criteria for mental disorder as specified by the American Psychiatric Association (APA). Eventually, despite the opposition, gender identity disorder in children was included in the category of sexual disorders in DSM-V [7]. The name of the category was changed, though, to gender dysphoria (GD) and the emphasis was shifted from gender identity itself to the related distress experienced by an individual causing a significant deterioration in his or her quality of life. As stressed by the APA [7], gender dysphoria refers to emotional distress over “(...) a marked incongruence between one’s experienced/expressed gender and assigned gender”. According to the definition, gender dysphoria is a subjective disorder

<sup>1</sup> The first diagnostic category to pertain to strong atypical gender identity in children was incorporated in the list of ICD-9 codes. The category “Disorders of psychosexual identity” was included in the chapter called “Sexual deviations and disorders” and defined as a behaviour displayed in psychosexually immature prepubertal individuals, similar to the behaviour described by the ICD-9 codes as “transvestism” and “transsexualism” [11].

## WPROWADZENIE

Kategoria diagnostyczna zaburzenia tożsamości płciowej (*gender identity disorder* – GID) u dzieci została po raz pierwszy<sup>1</sup> wprowadzona do klasyfikacji DSM III wydanej w 1980 r. [1] i znalazła się, obok transseksualizmu oraz atypowego zaburzenia identyfikacji płciowej, w grupie zaburzeń tożsamości płciowej. Jako jej najważniejszą cechę wskazano rozbieżność między płcią anatomiczną a tożsamością płciową, definiowaną jako „wiedza, że przynależy się do danej płci”[1]. Kategoria ta od początku swojego istnienia budziła kontrowersje wśród specjalistów oraz członków organizacji działających na rzecz osób LGBT (*Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender*). We wprowadzeniu GID do klasyfikacji dopatrywano się zakamuflowanych prób przywrócenia usuniętej z DSM II kategorii homoseksualizmu, a celem miało być usankcjonowanie terapii zapobiegającej rozwijaniu orientacji homoseksualnej [2, 3]. Inne, obecne także dzisiaj w literaturze zarzuty dotyczą zasadności istnienia samej kategorii. W trakcie tworzenia piątej rewizji klasyfikacji DSM ze strony działaczy LGBT pojawiały się głosy, że etykietowanie zachowań niezgodnych ze stereotypami płciowymi jako objawów zaburzenia jest stygmatyzujące i może być powodem cierpienia dla osób przejawiających takie zachowania [4]. Także w środowisku naukowym pojawiły się głosy krytyki. Barlett i wsp. [5] stoją na stanowisku, że GID nie spełnia współczesnych kryteriów zaburzenia psychicznego. Ich zdaniem poważną wadą badań nad GID jest brak uwzględnienia rozdziału na dzieci, u których dyskomfort jest powodowany nonkonformizmem wobec ról płciowych (*cross-gender behaviors*), i dzieci, u których dyskomfort związany jest bezpośrednio z biologicznymi cechami płciowymi (dysforia płciowa). Ehrbar i wsp. [6] wskazują także na trudności z rozróżnieniem obu grup w trakcie diagnozy. Według Barlett i wsp. [5] jedynie ta druga grupa może spełniać część kryteriów zaburzenia psychicznego, jak określa je Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (*American Psychiatric Association* – APA). Ostatecznie, mimo głosów sprzeciwu, zaburzenie tożsamości płciowej u dzieci znalazło się wśród zaburzeń seksualnych w DSM-V [7]. Zmieniono jednak nazwę kategorii na dysforię płciową (*gender dysphoria* – GD) i przesunięto akcent z samej tożsamości płciowej na odczuwany w związku z nią dystres, powodujący znaczące obniżenie jakości życia. Jak podkreśla APA [7], „określenie dysforia płciowa odnosi się do dystresu, który może towarzyszyć rozbieżności pomiędzy płcią doświadczaną i wyrażaną a płcią przypisaną”. Zgodnie z definicją, dysforia płciowa to su-

<sup>1</sup> Pierwsza kategoria diagnostyczna, odnosząca się do nasilonej, atypowej tożsamości płciowej u dzieci, została uwzględniona w ICD-9. Kategoria „Zaburzenia tożsamości psychoseksualnej” znalazła się w rozdziale „Dewiacje i zaburzenia seksualne” i została zdefiniowana jako „zachowania pojawiające się u osób przed dojrzeniem, niedojrzałych psychoseksualnie, przypominające zachowania opisane pod nazwą transwestytyzm i transseksualizm” [11].

der of mood/affect experienced by people whose psychological gender is incongruent with their biological sex [8]. To be diagnosed with GD, for at least 6 months a child has to manifest at least six of eight signs (concerning attitudes towards one's anatomy, attire and types of play stereotypically associated with the assigned gender) included in DSM V [7]. One of these signs must be criterion A1: "A strong desire to be of the other gender or an insistence that one is the other gender (or some alternative gender different from one's assigned gender)". Condition must also cause clinically significant distress and impairment of functioning in important areas of life (criterion B). Gender dysphoria can be diagnosed with or without co-occurring disorders of sexual development.

Controversies over the GD category are still relevant due to the eleventh revision of ICD currently in preparation and to be published in 2018. In a document issued by the Global Action for Trans\* Equality (GATE) organisation [9] one can find, among other things, allegations questioning the validity of the GD category pertaining to children and objections to pathologising manifestations of gender nonconformity. What is more, the document issued by the GATE also draws attention to the fact that therapeutic and medical interventions in the case of children who diverge from gender stereotypes contradict the promotion of respect and acceptance of sexual diversity declared by the World Health Organization. The GATE also proposes that healthcare professionals should use non-pathologising categories listed in the ICD-10 chapter: "Factors influencing health status and contact with health services" (Z codes) while working with individuals displaying GD symptoms [10]. Drescher *et al.* [11] indicate that turning GD category into the area of ICD-10 Z codes, which are intended for normative phenomena, could make insurance providers and healthcare systems refuse to financially support GD individuals. Access to treatment requires diagnosis, which recognizes a given phenomenon (directly or indirectly) as pathological. In their opinion, it is highly unlikely that the social ostracism towards GD children is related solely to the medical diagnosis provided. Drescher *et al.* also emphasise that the community agrees that GD children should have access to specialist assistance, while due to the status of the current healthcare system the exclusion of GD category is problematic and counterproductive. They also direct attention to the fact that GD could be treated the same way as other natural phenomena (such as menopausal and female climacteric states N95.1 or single spontaneous delivery O80) subject to medicalisation and included in classification systems to ensure the patient's access to healthcare despite the fact that the phenomena are not pathological in any way.

Importantly, the source literature and statements advocating the exclusion of the discussed phenomenon from diagnostic classification give also a slightly broader term 'gender variance' (GV), which is considered less

biektywne zaburzenie nastroju/afektu doświadczane przez osoby, których płeć psychologiczna nie jest zgodna z płcią biologiczną [8]. Aby otrzymać diagnozę GD, dziecko przez przynajmniej 6 miesięcy musi przejawiać sześć z ośmiu wymienionych w DSM-V wskaźników (związanych ze stosunkiem do własnego ciała, ubioru i zabaw stereotypowo powiązanych z płcią przypisaną) [7]. Jednym z tych wskaźników musi być kryterium A1: „Silna potrzeba bycia przeciwnej płci lub podkreślanie, że dana osoba jest przeciwnej płci (lub innej niż przypisana)”. Stan musi także wywoływać klinicznie istotne cierpienie lub upośledzać funkcjonowanie jednostki w ważnych obszarach jej życia (kryterium B). Dysforia płciowa może zostać zdiagnozowana razem z lub bez towarzyszącego zaburzenia rozwoju płciowego.

Kontrowersje związane z kategorią GD towarzyszą także przygotowywaniu 11 rewizji klasyfikacji ICD, której publikacja przewidziana jest na 2018 r. W dokumencie opublikowanym przez organizację *Global Action for Trans\* Equality* (GATE) [9] można znaleźć m.in. zarzuty podważające zasadność istnienia kategorii GD u dzieci oraz sprzeciw wobec patologizowania przejawów nonkonformizmu płciowego. Dokument GATE zwraca także uwagę, że interwencje terapeutyczne i medyczne wobec dzieci odbiegających od stereotypów płciowych są sprzeczne z deklarowanym przez Światową Organizację Zdrowia (*World Health Organization* – WHO) promowaniem szacunku i akceptacji wobec różnorodności seksualnej. Organizacja GATE proponuje także używanie przez służbę zdrowia w kontakcie z osobami przejawiającymi GD niepatologizujących kategorii z rozdziału „Czynniki wpływające na stan zdrowia i kontakt ze służbą zdrowia” (kodów Z) klasyfikacji ICD-10 [10]. Drescher *et al.* [11] zwracają uwagę, że przeniesienie kategorii GD w obszar normy (a więc do obszaru kodów Z w ICD-10) może oznaczać brak finansowania przez ubezpieczycieli i systemy opieki zdrowotnej pomocy dla osób z GD, jako że dostęp do leczenia wymaga postawienia diagnozy, a ta (wprost lub nie) umieszcza dane zjawisko w obszarze patologii. Ich zdaniem jest mało prawdopodobne, aby społeczny ostracyzm wobec dzieci z GD był związany jedynie z medyczną diagnozą, jaka została im przypisana. Podkreślają również, że w środowisku panuje zgoda co do tego, że dzieci z GD powinny mieć dostęp do pomocy specjalistów, a ze względu na status obecnego systemu opieki zdrowotnej zrezygnowanie z kategorii GD jest problematyczne i kontrproduktywne. Wskazują też, że GD można potraktować tak samo jak inne naturalne zjawiska (np. menopauzę N95.1 i poród O80), które zostały zmedykalizowane i umieszczone w klasyfikacjach, aby zapewnić dostęp do opieki zdrowotnej, mimo że nie stanowią zjawiska patologicznego.

Warto zaznaczyć, że w literaturze przedmiotu i wypowiedziach zwolenników usunięcia omawianego zjawiska z klasyfikacji diagnostycznej można spotkać się z nieco szerszym terminem – rozbieżności płciowej (*gender variance* – GV), uznawanym za mniej patologizujący niż wymienione

pathologising than the terms ‘gender identity disorders’ (GID) or ‘gender dysphoria’ (GD) [11]. From now on, this article uses the term ‘gender dysphoria’ unless the historical perspective or original terminology used by specific authors require otherwise.

## AETIOLOGY, PREVALENCE, AND COMORBID DISORDERS

The processes of gender identity and gender dysphoria development, as well as the factors that affect them remain largely unknown [12]. The impact of genetic and environmental factors is estimated based on studies conducted on twins. However, the findings are ambiguous. Beijsterveldt *et al.* [12] indicate that intensification of cross-gender behaviours in children is a highly heritable characteristic. Additive genetic factors accounted for about 70% of the variance in the research they conducted. Similar conclusions were drawn in a study performed by Coolidge *et al.* [13]. However, due to the low statistical power of the study, the hypothesis about the impact of environment on the development of cross-gender behaviours could not be rejected. The study conducted by Knafo *et al.* [14] on a sample of 5799 pairs of twins aged 3 and 4 years indicates that the impact of heritability and environment on the development of cross-gender behaviours was gender-specific. In boys, environmental influences explained most of the variance of feminisation (51-57%), whereas the impact of heritability was moderate (21-32%). In girls, the impact of heritability was significantly greater (42-50%), while the impact of environment was lower (33-43%). Nevertheless, results varied depending on the definition adopted. In the group of girls with high masculinisation scores and low feminisation scores, the impact of heritability was high (65%), whereas environmental influence was of no consequence.

A biological explanation of the development of gender-related behaviour is focused around the effect of sex hormones on prenatal development. Girls with congenital adrenal hyperplasia who were exposed to high androgen levels in their prenatal life displayed higher preference for toys targeted at boys and for the company of boys during playtime when at the age of 3-8. In boys with congenital adrenal hyperplasia, no such effect was observed [15].

According to certain psychological theories, the desire to become a person of the opposite sex is explained by, i.a., compensatory response to trauma, disordered attachment to primary caregiver or separation disorder where the child becomes symbolically symbiotic with the caregiver (mother or father). The willingness to change one's gender is also considered a universal strategy in coping with developmental tasks that the child sees as beyond his or her coping capacity [16]. Some studies and theories suggest the ex-

wcześniej kategorii (zaburzenia tożsamości płciowej – GID, dysforia płciowa – GD) [11]. W dalszej części pracy będziemy się posługiwać terminem „dysforia płciowa”, chyba że użycie innego terminu będzie istotne z historycznego punktu widzenia lub dla zachowania oryginalnej terminologii stosowanej przez konkretnych specjalistów.

## ETIOLOGIA, WYSTĘPOWANIE I ZABURZENIA TOWARZYSZĄCE

Procesy kształtowania się tożsamości płciowej, GD i czynników na nie wpływających w dużej mierze nie zostały poznane [12]. Udział czynników genetycznych i środowiskowych szacowany jest na podstawie badań prowadzonych na bliźniętach. Wnioski z nich płynące nie są jednak jednoznaczne. Beijsterveldt i wsp. [12] wskazali, że nasilenie u dzieci zachowań niezgodnych z płcią biologiczną jest cechą silnie dziedziczną. Addytywne czynniki genetyczne wyjaśniały ok. 70% wariacji w przeprowadzonym przez nich badaniu. Podobnych wniosków dostarcza badanie Coolidge i wsp. [13], jednak jego niska moc statystyczna nie pozwoliła na jednoznaczne odrzucenie hipotezy o wpływie środowiska na rozwój zachowań niezgodnych z płcią biologiczną. W badaniach Knafo i wsp. [14], przeprowadzonych na 5799 parach bliźniąt w wieku 3 i 4 lat, wykazano różnice płciowe wpływów dziedziczności i środowiska na rozwój zachowań niezgodnych z płcią biologiczną. U chłopców wpływy środowiskowe wyjaśniły największą część wariacji feminizacji (51–57%), przy umiarkowanym wpływie dziedziczności (21–32%). U dziewcząt wpływ dziedziczności był wyraźnie większy (42–50%), przy mniejszym udziale wpływów środowiskowych (33–43%). Wyniki różniły się jednak w zależności od przyjętej definicji. W grupie dziewcząt uzyskujących wysokie wyniki na skali maskulinizacji i niskie na skali feminizacji wysoki był wpływ dziedziczności (65%) i brak związku ze środowiskiem.

Biologiczne wyjaśnienia rozwoju zachowań związanych z płcią koncentrują się wokół wpływu hormonów płciowych na rozwój w życiu płodowym. Dziewczynki z wrodzonym przerostem nadnerczy, które wystawione były w życiu płodowym na wysokie poziomy androgenów, prezentowały między 3. a 8. rokiem życia większą preferencję zabawek typowych dla chłopców i towarzystwo chłopców w zabawie. U chłopców z wrodzonym przerostem nadnerczy nie wykazano takiego efektu [15].

Z punktu widzenia wybranych teorii psychologicznych, pragnienie przynależności do płci przeciwnej wyjaśnia się m.in. kompensacyjną reakcją na traumę, zaburzeniem więzi z podstawowym opiekunem, zaburzeniem separacji, w którym dziecko osiąga symboliczną symbiozę z opiekunem (matką lub ojcem). Pragnienie zmiany płci traktowane jest także jako uniwersalna strategia radzenia sobie z zadaniami rozwojowymi, które wydają się dziecku przekraczać jego możliwości radzenia sobie [16].

istence of intense psychopathologies in mothers or both parents of GD children. However, research and therapeutic communities remain far from agreement on this particular issue [16, 17].

Gender identity cannot be formed under the sole influence of external factors (the so-called 're-education') even if such an attempt is initiated in the first year of life [18]. This suggests early biological determination of gender identity. Therefore, it should be assumed that gender identity develops as a result of interacting biological and psychosocial factors [16].

No epidemiological studies on GD children have been published so far. Thus, prevalence data had to be based on less sophisticated methods and have a certain margin of error [20]. In Dutch longitudinal studies conducted on a group of twins, behaviours atypical of a given sex were presented by 3.2% boys and 5.2% girls aged 7 ( $n = 14\ 000$ ). At the time of reassessment at the age of 10 ( $n = 8500$ ), these percentages decreased to 2.4% and 3.3%, respectively [13]. However, to make the diagnosis neither the DSM nor ICD criteria were applied. The prevalence of GD in children as far as the clinical diagnosis itself is concerned is estimated at below 1% [16, 19]. Most studies report greater prevalence of cross-gender behaviours and GD in boys (up to 6 times as common as in girls) [7, 19–21]. Some authors indicate equal prevalence of GD in both sexes [22]. Since the actual prevalence of GD in the population is unknown, it remains unclear whether the disproportion between boys and girls reflects this prevalence or is rather related to other factors. Zucker and Lawrence hypothesise that this variance might result from greater biological susceptibility in boys, as male sexual differentiation depends on androgen production at early stages of prenatal life [19].

Gender dysphoria is often related to behavioural issues and a high percentage of comorbid disorders. In studies conducted by Wallien *et al.* [23], 52% children diagnosed with GD satisfied the criteria for other mental disorders. Anxiety disorders were reported in 31% of subjects, behavioural disorders in 23%, whereas mood disorders in 6%. In a research by Spack *et al.* involving a trial of 91 GD children and adolescents referred to outpatient clinics, 44.3% were earlier diagnosed with other mental disorders, 37.1% received psychotropic medications and 21.6% manifested auto-aggressive behaviour at the time of or prior to the study [22].

## DEVELOPMENT TRAJECTORIES IN GENDER-DYSPHORIC CHILDREN

The knowledge of possible development paths of individuals experiencing GD of childhood seems to be crucial for accurate assistance and therapeutic interventions that would be in line with the rules of med-

Część badań i teorii wskazuje na występowanie nasilonej psychopatologii u matek lub obojga rodziców dzieci z GD, jednak nie ma co do tej kwestii zgody w środowisku badaczy i terapeutów [16, 17].

Tożsamość płciowa nie może być wykształcona tylko pod wpływem czynników zewnętrznych (tzw. reedukacji), nawet jeśli próby te zaczynane są w pierwszym roku życia [18]. Wskazuje to na wczesną, biologiczną determinację tożsamości płciowej. Należy więc zakładać, że kształtowanie się tożsamości płciowej jest wynikiem interakcji czynników biologicznych i psychospołecznych [16].

Nie opublikowano dotąd badań epidemiologicznych dotyczących dzieci z GD. Dane dotyczące rozpowszechnienia muszą się więc opierać na mniej wyrafinowanych metodach i obarczone są pewnym błędem [20]. W holenderskich badaniach podłużnych, prowadzonych na grupie bliźniąt, zachowania atypowe dla danej płci prezentowało 3,2% chłopców i 5,2% dziewcząt w wieku 7 lat ( $n = 14\ 000$ ). Odsetek ten zmniejszył się przy powtórnej ocenie w wieku 10 lat ( $n = 8500$ ) do 2,4% chłopców i 3,3% dziewcząt [13]. Nie przeprowadzono jednak diagnozy według kryteriów DSM lub ICD. Występowanie GD u dzieci w ścisłym znaczeniu diagnozy klinicznej szacuje się na poniżej 1% [16, 19]. Większość badań wskazuje na większą częstość zachowań niezgodnych z płcią biologiczną i GD u chłopców (do 6 razy częściej) [7, 19–21]. Opublikowano też doniesienia wskazujące na równie częste występowanie GD u obu płci [22]. Ponieważ nie jest znane prawdziwe rozpowszechnienie GD w populacji, nie ma jasności, czy dysproporcja chłopców i dziewcząt jest odzwierciedleniem tego rozpowszechnienia, czy też związana jest z innymi czynnikami. Zucker i Lawrence stawiają hipotezę, że rozbieżność ta może być wynikiem większej podatności biologicznej u chłopców, jako że rozwój płciowy mężczyzn zależy od produkcji androgenów na wczesnym etapie życia płodowego [19].

Dysforia płciowa związana jest często z problemami behawioralnymi i wysokim odsetkiem zaburzeń towarzyszących. W badaniach Wallien i wsp. [23] 52% dzieci z GD spełniało kryteria innych zaburzeń psychicznych. Zaburzenia lękowe występowały u 31%, zaburzenia zachowania u 23%, a zaburzenia nastroju u 6% dzieci. W badaniu przeprowadzonym przez Spack i wsp. na próbie 91 dzieci i adolescentów z GD skierowanych do poradni zdrowia u 44,3% rozpoznano wcześniej inne zaburzenia psychiczne, 37,1% przyjmowało leki psychotropowe i 21,6% prezentowało obecnie lub w przeszłości zachowania autoagresywne [22].

## ŚCIEŻKI ROZWOJOWE DZIECI Z DYSFORIĄ PŁCIOWĄ

Znajomość ścieżek, którymi może podążać rozwój osób przejawiających w dzieciństwie GD, wydaje się stanowić podstawę rzetelnych działań pomocowych oraz planowania oddziaływań terapeutycznych zgodnych z etyką

ical or psychological ethics. At the same time, due to the fact that not all caregivers of children of atypical gender identity can seek or choose to seek specialist assistance, one should bear in mind that the data at our disposal reflect mostly clinical populations and refer to people who are beneficiaries of gender identity clinics.

Research conducted in the Netherlands, Canada, and the United States suggest that among people with the history of gender dysphoria of childhood, symptoms of GD are mostly not observed in adolescence and adulthood [24-29]. The identified factors differentiating on a group level adolescent and adult transgender persisters from cisgender<sup>2</sup> desisters included higher prevalence of cross-gender behaviours [24, 25], lower social status [25], older age of the child at the time of first diagnosis, and female biological sex [11, 27]. Some researchers indicate higher plasticity of gender identity differentiation in early childhood, later decreasing in adolescence, which might explain the lower percentage of persistent gender dysphoria in individuals who manifested symptoms at a younger age [27]. In the case of biological sex, it is difficult to assess whether development paths of biological boys and girls are indeed that different. Since several times more boys than girls are referred to gender identity clinics, at present we have much more empirical data on the course of development in biological boys diagnosed with GID/GD at our disposal. This may suggest that the differences reported in this paper should be treated with caution, as they may result either from actual differences between development paths of boys and girls diagnosed with GID/GD or from the fact that study groups of biological girls and women who consented to participating in follow-up research were not representative.

From among biological girls aged between 3 and 12 referred in years 1975-2004 to the Gender Identity Service, Child, Youth, and Family Program at the Centre for Addiction and Mental Health in Toronto (Canada), 12% ( $n = 3$ ) of those reassessed at the age of 15-36 still demonstrated gender dysphoria [24]. In turn, Wallien and Cohen-Kettenis [27], who quote results pertaining to girls with GID/GD assessed at the age of 5-12 and reassessed at the age of 16-25 at the Gender Identity Clinic of the Department of Child and Adolescent Psychiatry at the University Medical Centre Utrecht (later transferred to the University Medical Centre in Amsterdam), noted persistent gender dysphoria in 50% ( $n = 8$ ) of subjects. As for psychosexual orientation determined based on fantasies, in a Canadian study 68.18% of teenage and adult non-dysphoric women exhibited heterosexual orientation exclusively, 27.27% manifested homo- or bisexual orientation, whereas 4.5% subjects were identified

<sup>2</sup> The term 'cisgender' (in contrast to transgender) is used for people who identify with their assigned gender, i.e. their gender identity matches their biological sex. [30]

zawodu lekarza bądź psychologa. Jednocześnie, w związku z tym, że nie wszyscy opiekunowie dzieci o atypowej tożsamości płciowej mają szansę bądź też decydują zwrócić się o specjalistyczną pomoc, dysponujemy danymi dotyczącymi przede wszystkim osób z populacji klinicznej, korzystających z pomocy klinik zajmujących się leczeniem dysforii płciowej (*Gender Identity Clinics*).

Z prowadzonych w Holandii, Kanadzie i Stanach Zjednoczonych badań wynika, że u większości osób z historią GD w dzieciństwie nie obserwuje się już jej przejawów w okresie adolescencji i dorosłości [24-29]. Wśród czynników, które na poziomie grupowym różnicowały nastolatki i dorosłe osoby transpłciowe, z przetrwałą dysforią (*persisters*) od osób cispłciowych<sup>2</sup>, niedysforycznych (*desisters*), wyróżniono większą częstotliwość zachowań niezgodnych z płcią biologiczną (*cross-gender behaviors*) [24, 25], niższy status społeczny [25], jak również starszy wiek dziecka w momencie pierwszej diagnozy i biologiczną płć żeńską [11, 27]. Część badaczy podnosi kwestię większej plastyczności procesu różnicowania tożsamości płciowej we wczesnym dzieciństwie, która to zmniejsza się w trakcie dojrzewania, co może tłumaczyć mniejszy odsetek przetrwałej dysforii płciowej u osób, u których objawy wystąpiły w młodszym wieku [27]. W przypadku płci biologicznej trudno natomiast określić, czy rzeczywiście ścieżki rozwojowe biologicznych chłopców i dziewczynek przebiegają w tak istotnie różny sposób. W związku z tym, że do klinik zajmujących się problematyką tożsamości płciowej zgłaszanych jest kilkakrotnie więcej chłopców niż dziewczynek, dysponujemy obecnie dużo większą ilością danych empirycznych na temat przebiegu rozwoju biologicznego chłopców z diagnozą GID/GD. Zachęca to do traktowania z pewną dozą ostrożności odnotowanych różnic, które mogą wynikać z rzeczywistej odmienności ścieżek rozwojowych chłopców i dziewczynek z diagnozą GID/GD albo też z niereprezentatywności grup badawczych biologicznych dziewcząt i kobiet, które zgodziły się wziąć udział w badaniach obserwacyjnych (*follow-up*).

Spośród biologicznych dziewczynek w wieku 3-12 lat, skierowanych w latach 1975-2004 do Programu Wsparcia dla Dzieci, Młodzieży i Rodzin w Obszarze Tożsamości Płciowej Centrum Uzależnień i Zdrowia Psychicznego w Toronto, 12% ( $n = 3$ ) badanych powtórnie w wieku 15-36 lat przejawiało w dalszym ciągu dysforyę płciową [24]. Z kolei Wallien i Cohen-Kettenis [27], przytaczające wyniki dziewczynek z GID/GD badanych w wieku 5-12 lat i powtórnie w wieku 16-25 lat w Klinice Tożsamości Płciowej Uniwersyteckiego Centrum Medycznego w Utrechcie (później przeniesionej do Uniwersyteckiego Centrum Medycznego w Amsterdamie), odnotowały przetrwałą dysforyę płciową u 50% ( $n = 8$ ) badanych. Jeżeli chodzi o orientację psychoseksualną okre-

<sup>2</sup> Termin "cispłciowość", w odróżnieniu od transpłciowości, stosowany jest do określenia identyfikacji z płcią przypisaną, a więc spójności pomiędzy płcią biologiczną i tożsamością płciową [30].

as asexual. Out of three subjects experiencing GD, two reported to be attracted to women and one was asexual [24]. In contrast, in a Dutch group all cisgender women proved to be heterosexual, while all individuals experiencing GD were attracted to women [27]. As for biological boys diagnosed with GID/GD of childhood, in the recent studies performed at the very same clinics, gender dysphoria persisted into adolescence and adulthood in 9-20% subjects [25, 27, 28]. Non-heterosexual orientation was more commonly observed among cisgender non-dysphoric men than among cisgender women, i.e. in 38-56% subjects [25, 27, 28]. As for biological boys and men with persistent GD, nearly all of them proved to be attracted to men [25, 27]. Concluding the prevalence of specific development paths among 125 biological boys, Singh [25] indicated that in adolescence and adulthood cisgender-homo/bisexuality was most commonly observed (52.8% subjects), while over one-third of assessed boys and men (33.6%) was cisgender and heterosexual. Persistent GD combined with sexual attraction to the same biological sex or both sexes was noted in 12.8% of subjects, whereas one of dysphoric boys was attracted to the opposite biological sex. At the same time, it should be noted that only one of the studies refers to the percentage of individuals who used some form of therapy or specialist consultations regarding gender identity in between individual diagnostic assessments [24].

## PROVIDING ASSISTANCE TO GENDER-DYSPHORIC CHILDREN AND THEIR FAMILIES

Though in 2012 the APA Task Force on Treatment of Gender Identity Disorder [31] reached an agreement regarding recommendations for therapeutic intervention in a group of adults and adolescents with GD, numerous controversies and differing opinions of experts hindered the development of a similar consensus about therapy for prepubertal children at that time. Due to underlying assumptions and the scope of the interventions applied, the currently used models of therapeutic work with GD/GV children and their families vary significantly and form a continuum with a 'corrective' or 'normalising' approach at one end and 'affirmative' or 'early transition' models at the other. The interventions specified as 'corrective' or 'normalising' [32] are based on a belief that therapeutic work undertaken in childhood can eventually remove dysphoric symptoms and help the child feel comfortable with his or her biological sex [17]. Incentives for building positive relations with peers and the same-sex parent, engaging in gender-typical or gender-neutral activities, as well as limiting cross-gender behaviours are accompanied by attempts aimed at identifying

ślana na podstawie fantazji, w kanadyjskim badaniu 68,18% nastoletnich i dorosłych niedysforycznych kobiet przejawiało orientację wyłącznie heteroseksualną, 27,27% orientację homo- lub biseksualną, a 4,5% badanych było asekualnych. Spośród trzech osób badanych doświadczających GD dwie zgłaszały pociąg do kobiet, jedna była asekualna [24]. Z kolei w grupie holenderskiej wszystkie cispłciowe kobiety okazały się heteroseksualne, a wszystkie osoby badane z GD odczuwały pociąg do kobiet [27]. Jeżeli chodzi o biologicznych chłopców z diagnozą GID/GD w dzieciństwie to w dotychczas przeprowadzanych w tych samych klinikach badaniach dysforia płciowa utrzymywała się do okresu adolescencji i dorosłości u 9–20% badanych [25, 27, 28]. Nieheteroseksualna orientacja u cispłciowych mężczyzn była odnotowywana częściej niż w przypadku cispłciowych kobiet, bo u 38–56% badanych [25, 27, 28]. Wśród biologicznych chłopców i mężczyzn z przetrwałą GD prawie wszyscy odczuwali pociąg do mężczyzn [25, 27]. Singh [25], podsumowując częstość występowania poszczególnych ścieżek rozwojowych u 125 biologicznych chłopców, wskazała, że w okresie adolescencji i dorosłości najczęściej (52,8% badanych) spotykana była cispłciowość-homo-/biseksualność, ponad jedna trzecia (33,6%) badanych chłopców i mężczyzn była cispłciowa i heteroseksualna. Przetrwałą GD w połączeniu z pociągiem seksualnym do osób tej samej płci biologicznej lub obu płci odnotowano u 12,8% badanych, natomiast jeden badany z GD odczuwał pociąg do osób przeciwnej płci biologicznej. Należy jednocześnie zaznaczyć, że tylko w jednym z badań pojawiła się jakkolwiek wzmianka dotycząca odsetka osób, które pomiędzy poszczególnymi ocenami diagnostycznymi korzystały z jakiejś formy terapii lub specjalistycznych konsultacji w obszarze tożsamości płciowej [24].

## ODDZIAŁYWANIA POMOCOWE WOBEC DZIECI Z DYSFORIĄ PŁCIOWĄ I ICH RODZIN

Podczas gdy w 2012 r. Grupa Robocza APA do spraw Terapii Zaburzeń Tożsamości Płciowej [31] doszła do porozumienia w kwestii wskazań do oddziaływań terapeutycznych w grupie osób dorosłych i adolescentów, liczne kontrowersje i rozbieżności pomiędzy stanowiskami ekspertów uczyniły niemożliwym opracowanie podobnego konsensusu w zakresie terapii dzieci przed okresem dojrzewania. Ze względu na leżące u podstaw założenia oraz zakres wykorzystywanych interwencji stosowane obecnie modele pracy terapeutycznej z rodzinami i dziećmi z GD/GV znacząco różnią się między sobą i tworzą swojego rodzaju kontinuum. Z jednej strony można znaleźć oddziaływania określane mianem korekcyjnych, normalizacyjnych [32], u których podstaw leży przekonanie, że podjęta w okresie dzieciństwa praca terapeutyczna może doprowadzić do usunięcia objawów dysforii i pomóc dziecku poczuć się komfortowo jako osoba danej płci biologicznej [17]. Zachętom do budowania pozytywnych relacji

the possible factors of disordered gender identity. At present, authors no longer acknowledge the 'prevention' of non-heterosexual orientation as an ethical and valid justification of the methods applied. Instead, they consider it reasonable to protect the child against social ostracism and complex medical procedures that the child would be exposed to if GD persisted [33]. Moreover, it was noted that there is no empirical evidence that would show that normalising interventions can lead to an improvement in dysphoric conditions and the subjects' mental health [32]. Also, it was indicated that children who are not allowed to behave in a way congruent with the experienced gender identity may be faced with an intensification of dysphoric feelings, comorbid symptoms, and suicidal tendencies [34, 35]. Contrary to the strategy applied at the clinic in Toronto [33], the Dutch approach [36] is not targeted directly at GD symptoms. Instead, therapeutic work is focused solely on identified emotional, behavioural, and familial issues that may affect gender dysphoria of a child. Although children's cross-gender behaviour is not restricted within the framework of the programme, it is recommended that full social transition is deferred until adolescence. The above recommendation constitutes a reasonable preventive measure in case a child wishes to return to a role congruent with his or her biological sex if dysphoria does not further persist [37]. On the other end of the continuum, there are 'affirmative' and 'early transition' models that endorse the support for the child's behaviour and expression of preferred gender identity [32, 35, 38, 39]. The presupposition of the affirmative approach is that a family system accepting and supporting the child in building his or her psychical resilience, as well as the child's immediate surrounding, constitute a space where the child can establish his or her true gender self in the course of further development. While early transition in children displaying a strong need for transition is advocated, at the very same time parents are encouraged to remain open to and ready for the possibility that their child's development might take various directions including the child's reidentification with his or her biological sex [39]. Provided no dysfunction within the family system or trauma history that could affect the child displaying symptoms resembling GD is present, most radical supporters of childhood transition claim children should function according to their innate (or at least considered innate) gender identity as soon as possible [35]. This approach, which has been enthusiastically received by transgender adults, gives rise to concern among experts who indicate the already mentioned relatively low percentage of children with GD/GV persisting into adolescence and adulthood, as well as the lack of studies on long-term consequences of early transition [40]. Regardless of the chosen philosophy

z rówieśnikami i rodzicem tej samej płci, angażowania się w typowe dla danej płci biologicznej i neutralne płciowo aktywności oraz ograniczaniu niezgodnych płciowo zachowań towarzyszą próby dotarcia do czynników, które miałyby być źródłem zaburzonej tożsamości płciowej. Chociaż obecnie autorzy nie uznają „prewencji” orientacji nieheteroseksualnej jako etycznego i słusznego uzasadnienia stosowanych przez siebie metod, jako uzasadnioną traktują ochronę dziecka przed ostracyzmem społecznym oraz skomplikowanymi procedurami medycznymi, na które narażone byłoby w przypadku utrzymania się GD [33]. Jednocześnie krytycy tego podejścia wskazują na brak dowodów empirycznych potwierdzających związek między oddziaływaniami normalizacyjnymi a ustępowaniem stanów dysforycznych i poprawą zdrowia psychicznego [32]. Wskazują też, że u dzieci, którym zabrania się zachowywać w sposób zgodny z ich poczuciem tożsamości płciowej, może wystąpić nasilenie się uczuć dysforycznych i objawów towarzyszących oraz tendencje suicydalne [34, 35]. W odróżnieniu od strategii stosowanej w klinice w Toronto [33] podejście holenderskie [36] nie jest ukierunkowane bezpośrednio na przejawy GD. Zamiast tego praca terapeutyczna koncentruje się wyłącznie na zidentyfikowanych problemach emocjonalnych, behawioralnych i rodzinnych, które mogą mieć wpływ na dysfориę płciową u dziecka. Chociaż w ramach tego programu nie ogranicza się dzieciom możliwości zachowywania się w sposób niezgodny płciowo, to rekomendowane jest powstrzymanie się z pełną społeczną transycją do okresu dojrzewania. Uzasadnieniem dla takich wskazań jest zapobieganie sytuacjom, w których potencjalnie obciążające i stresogenne powroty do roli zgodnej z płcią biologiczną będą przechodzić osoby, u których dysforia nie utrzyma się w dalszym rozwoju [37]. Po drugiej stronie continuum znajdują się modele afirmatywne oraz wczesnej transycji, które zakładają wspieranie dziecka w preferowanych przez nie zachowaniach i ekspresji tożsamości płciowej [32, 35, 38, 39]. U podstaw podejść afirmatywnych leży założenie, że akceptujący i pomagający budować dziecku odporność psychiczną system rodzinny oraz najbliższe otoczenie stanowią przestrzeń, w której dziecko ma szansę w trakcie dalszego rozwoju ustalić swoją prawdziwą tożsamość płciową (*true gender self*). Podczas gdy wspierana jest wczesna transycja u dzieci wyrażających jej silną potrzebę, rodzice zachęceni są jednocześnie do bycia otwartymi i gotowymi na możliwość potoczenia się rozwoju dziecka różnymi drogami, a więc również na powrót do identyfikacji z płcią biologiczną [39]. Najbardziej radykalni zwolennicy transycji w okresie dzieciństwa, po wykluczeniu dysfunkcjonalności w systemie rodzinnym i historii traumy, które mogłyby się przyczyniać do tego, że dziecko jedynie prezentuje objawy zbliżone do GD, zachęcają do możliwie wczesnego funkcjonowania przez dziecko zgodnie z jego wrodzoną (a przynajmniej za taką uważaną) tożsamością płciową [35]. Podejście to, spotykające się z dużą aprobatą dorosłych osób transpłciowych, budzi jednocześnie zastrzeżenia specjalistów wskazujących na wspomniany wcześniej stosunkowo niski odsetek dzieci,



**Table 1.** Areas of work with gender-dysphoric children and their families**Tabela 1.** Obszary pracy z dziećmi z dysforią/rozbieżnością płciową i ich rodzinami

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behavioural, emotional, and relational difficulties related to gender dysphoria/variance/ Praca w obszarze behawioralnych, emocjonalnych i relacyjnych trudności mających związek z dysforią/rozbieżnością płciową</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psychoeducation in the area of the child's possible further psychosexual development/ Psychoedukacja w zakresie możliwych ścieżek dalszego rozwoju psychoseksualnego dziecka</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supporting both the child and the family in coping with anxiety and insecurity regarding future development of the child's gender identity and sexual identity/Wspomaganie zarówno dziecka, jak i rodziny w znoszeniu niepokoju i niepewności dotyczących kierunku rozwoju tożsamości płciowej i seksualnej dziecka</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Creating a safe space for discussing the child's feelings related to the preferred gender expression/ Tworzenie bezpiecznej przestrzeni do rozmowy o uczuciach dziecka związanych z preferowaną ekspresją płci</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supporting parents in responding to the child's need of unconditional love regardless of the manifested gender expression and in building common approach to the child's behaviour/Wspieranie rodziców w odpowiadaniu na potrzebę bezwarunkowej miłości dziecka niezależnie od przejawianej ekspresji płci oraz w budowaniu wspólnego podejścia do zachowań dziecka</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supporting the family in deciding on revealing the child's GD/GV in specific contexts of functioning (distant relatives, friends, nursery, school, etc.)/Wspieranie rodziny w podejmowaniu decyzji o ujawnianiu GD/GV dziecka w wybranych kontekstach funkcjonowania (dalsza rodzina, znajomi, przedszkole, szkoła itp.)</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Creating within the family a space for emotional processes – anxiety, denial, sadness, anger or disgust, experienced by parents in response to displays of atypical development of the child's gender identity and grieving related to the loss of anticipated direction of the child's psychosexual development/Stworzenie przestrzeni dla procesów emocjonalnych w rodzinie – lęku, zaprzeczenia, smutku, złości czy odrazy przeżywanych przez rodziców w odpowiedzi na przejawy nietypowego rozwoju tożsamości płciowej u dziecka oraz żałoby związanej z utratą wizji zakładanego kierunku rozwoju psychoseksualnego dziecka</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Development of resilience and competence required for coping with bullying or forms of discrimination of GD/GV children and their parents/Rozwijanie odporności i kompetencji potrzebnych w radzeniu sobie ze znęcaniem, przejawami dyskryminacji wobec dzieci z GD/GV i ich rodziców</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Providing the family with knowledge on further medical and therapeutic possibilities in their home country and abroad/ Wyposażanie rodziny w wiedzę na temat dalszych możliwości medycznych i terapeutycznych w kraju i za granicą</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Assisting families in seeking experts with proper training and scope of knowledge in various disciplines (paediatricians, psychiatrists, psychologists, endocrinologists, therapists, sexologists)/Pomaganie rodzinom w dotarciu do posiadających odpowiednie przeszkolenie i zakres wiedzy specjalistów z różnych dziedzin (pediatra, psychiatra, psycholog, endokrynolog, terapeuta, seksuolog)</li> </ul>

of supporting GD/GV children and their families, one ought to be aware of two things: the areas that play a significant role in working with this group of patients (according to clinical experience) and the findings of studies into the needs of parents and transgender adults [41] (Table 1).

## EARLY HORMONAL THERAPY

Both experts working in the field of atypical gender identity development and parents of GD children should be aware of the further possible directions of therapeutic process if gender dysphoria of childhood does not resolve until adolescence. In 2009, a Dutch research team [42] published directions regarding the application of early hormonal therapy allowed in GD adolescents who satisfy the criteria of readiness for physiological change. The said therapy involves administration of GnRH (gonadotropin-releasing hormone) analogues aiming at inhibiting gonadotropin secretion and thus suppressing puberty. It is intended as a means of extending the time when the assessment of the direction in which dysphoria develops is possible [16]. Early hormonal therapy is also one of the first steps undertaken towards sex reassignment [42]. Hembree *et al.* [42] recommend commencing the therapy upon the onset of pubertal physical changes,

u których GD/GV utrzymuje się do okresu dojrzewania i dorosłości oraz brak badań nad długoterminowymi skutkami wczesnej tranzycji [40]. Niezależnie od decyzji o wyborze określonej filozofii udzielania pomocy rodzinom i dzieciom z GD/GV należy mieć świadomość obszarów, które zgodnie z doświadczeniem klinicznym oraz wynikami badań potrzeb rodziców i dorosłych osób transpłciowych [41] są istotne w pracy z tą grupą pacjentów (tab. 1).

## WCZESNA TERAPIA HORMONALNA

Zarówno specjaliści pracujący w obszarze atypowego rozwoju tożsamości płciowej, jak i rodzice dzieci z GD powinni znać dalsze możliwe drogi postępowania terapeutycznego w sytuacji, kiedy dysforia płciowa u dziecka nie ustąpi do okresu dojrzewania. W 2009 r. holenderski zespół [42] opublikował wskazówki do stosowania wczesnej terapii hormonalnej możliwej do wprowadzenia u nastolatków z GD, którzy spełniają kryteria gotowości do zmiany fizjologicznej. Terapia ta polega na podawaniu analogów GnRH (hormonu uwalniającego gonadotropinę). Jej celem jest zatrzymanie sekrecji gonadotropin i tym samym zahamowanie dojrzewania płciowego. Ma to wydłużyć okres, kiedy możliwa jest ocena kierunku, w jakim rozwinie się dysforia [16]. Wczesna terapia hormonalna stanowi także pierwszy etap działań podejmowanych w kierunku korekty płci [42]. Hembree i wsp.

which ought to be confirmed by sex hormone levels (estradiol in girls and testosterone in boys), however, not earlier than before Tanner stage II or III (Tanner scale is used for assessing progression of pubertal changes). Physiological effects of the therapy are completely reversible.

Benefits of suppressing puberty at the early stage include reduced psychological distress and lower intensity of comorbid disorders, as well as improved social functioning [16, 23]. Individuals who had GnRH analogues administered manifested a better cosmetic effect when further surgical intervention was applied [16, 43]. It is stressed in the APA Task Force on Treatment of Gender Identity Disorder report that long-term effects of early puberty-blocking therapy are unknown [31]. Though completely reversible in physiological terms, inhibited puberty can have a permanent effect on psychosexual development [16]. Suppressed sexual drive and lack of sexual experience typical of adolescence disturb formation of sexual identity, orientation, and preference, as well as self-assessment of one's functioning in interpersonal relations. The effect of this therapy on the persistence or desistance of atypical gender identity remains unclear. Moreover, it was noted [9] that emotional and cognitive competencies vital for making a conscious decision to commence or reject the therapy are not sufficiently developed in adolescents. Not all specialists recommend early therapy with the use of GnRH analogues [9]. Due to high percentage of desisters, the Royal College of Psychiatrists recommends that cases should be considered on an individual basis and that the appropriateness of initiating the therapy during the early stages of adolescence should be assessed with caution [46].

## SUMMARY

Despite many years of research and discussion held by specialists trying to analyse the phenomenon of gender dysphoria in childhood, there are still no well-established standards of diagnostics and therapeutics. As GD in childhood with its aetiology, correlates and developmental trajectories is so poorly understood, it is exceptionally difficult to decide on the proper course of action. Basing on the results of studies conducted so far, it seems that GD is more likely to persist into adolescence and adulthood in biological girls than boys, whereas in cases where it desists, cisgender women more often prove to be heterosexual than cisgender men, approximately half of whom develop homo- or bisexual orientation. Nevertheless, one should bear in mind that the patterns described above are observed at the group level, whereas no effective diagnostic method for predicting the future course of psychosexual development of an individual diagnosed

[42] zalecają rozpoczęcie terapii, kiedy pojawiają się pierwsze fizyczne zmiany związane z dojrzewaniem, potwierdzone pomiarem hormonów płciowych (estriadolu u dziewcząt i testosteronu u chłopców), jednak nie wcześniej niż przed osiągnięciem stadium 2 lub 3 w skali Tannera (pozwalającej ocenić postęp dojrzewania płciowego). Fizjologiczne efekty terapii są całkowicie odwracalne.

Korzyści z wczesnego zatrzymania dojrzewania to zmniejszony psychologiczny dystres i zmniejszenie nasilenia zaburzeń towarzyszących oraz poprawa funkcjonowania społecznego [16, 23]. U osób, u których zastosowano analogi GnRH, uzyskuje się lepszy efekt kosmetyczny w przypadku dalszej terapii w kierunku korekty płci [16, 43]. W raporcie Grupy Roboczej APA do spraw Terapii Zaburzeń Tożsamości Płciowej podkreśla się, że nie są znane długofalowe skutki wczesnej terapii hamującej dojrzewanie płciowe [31]. Zatrzymanie dojrzewania, chociaż całkowicie odwracalne w sferze fizjologicznej, może mieć trwałe wpływy na rozwój psychoseksualny [16]. Zahamowany popęd płciowy i brak doświadczeń seksualnych typowych dla okresu dojrzewania wpływają na proces formowania się tożsamości seksualnej, orientacji i preferencji oraz ocenę własnego funkcjonowania w relacjach z innymi. Nie jest jasne, w jaki sposób terapia ta wpływa na utrzymanie się lub odejście od atypowej tożsamości płciowej. Wskazuje się także [9], że u adolescentów kompetencje emocjonalne i poznawcze niezbędne do podjęcia świadomej decyzji o rozpoczęciu bądź odrzuceniu terapii nie są wystarczająco rozwinięte. Nie wszystkie środowiska specjalistów zalecają wczesną terapię analogami GnRH [9]. Ze względu na wysoki odsetek osób, u których dysforia ustępuje wraz z wejściem w okres adolescencji lub dorosłości, Brytyjskie Towarzystwo Psychiatryczne rekomenduje indywidualne rozpatrywanie przypadków i ostrożną ocenę stosowności rozpoczęcia terapii na wczesnych etapach adolescencji [46].

## PODSUMOWANIE

Pomimo wielu lat badań oraz dyskusji specjalistów zajmujących się fenomenem dysforii płciowej w dzieciństwie, brakuje powszechnie uznanych standardów postępowania diagnostycznego i terapeutycznego. Ze względu na to, że zakres wiedzy na temat etiologii GD, jej korelatów oraz ścieżek rozwojowych pozostaje ograniczony, podejmowanie decyzji o właściwym kierunku oddziaływań pomocowych jest niezwykle trudnym zadaniem. Opierając się na wynikach dotychczas przeprowadzonych badań wydaje się, że w przypadku biologicznych dziewczynek bardziej prawdopodobne niż w przypadku chłopców jest utrzymanie się GD do okresu adolescencji i dorosłości, natomiast w sytuacji jej ustąpienia cispłciowe kobiety częściej okazują się być heteroseksualne niż cispłciowi mężczyźni, wśród których u mniej więcej połowy rozwija się orientacja homo- lub biseksualna. Należy jednak pamiętać, że opisane prawidłowości obserwowane są na poziomie grupowym,

with GID/GD of childhood has been developed as yet<sup>3</sup> [45].

At present, an expert who undertakes work in the field of gender dysphoria in children cannot base his or her decision on the choice of a given work paradigm or findings of empirical studies dedicated to the effectiveness of specific therapeutic programmes. As the discussed topic is highly emotionally charged and making an objective judgement is exceptionally difficult, practitioners and researchers should carefully monitor both the available literature (which can be tainted by prejudice and dubious premises) and their own personal attitudes, potentially influencing their work. This situation forces one to reflect on the lack of overarching principles that would provide some sort of guidance in the process of supporting GD children and their families. It seems that these principles should allow for broadly understood safety of the child who experiences GD and strengthening of the child's psychological resilience. Experts who try to act according to the best interest of the child when providing their health care services may ask themselves: who is to decide what is the best for the child (the patient, the parents, the therapist or the society which imposes standards of appropriate gender expression)? Is the best interest of a few year old child consistent with the best interest of a future adult? On the one hand, an in-depth diagnosis of the intensity of the child's dysphoric feelings and the child's possible reactions to limiting his or her expression congruent with the experienced gender identity, as well as the assessment of environments in which the family and the child operate may lead in certain cases to different conduct patterns developed together with the child's parents. On the other hand, strengthening the child's psychological resilience should constitute a universal component of interventions, because a resilient child can better manage possible difficulties within the family with accepting his or her gender identity, cope with diverse reactions of the environment in the face of open GD/GV expression, as well as conceal his or her gender identity in a context that may sometimes prove overly threatening. It is necessary to conduct further research that would help establish to what extent the previously observed prevalence of persistent and desistent gender dysphoria was determined by natural developmental tendencies and how much it was affected by therapeutic interventions. The research must also be focused on the long-term outcomes of particular therapeutic approaches.

nie opracowano natomiast do tej pory skutecznej metody diagnostycznej, pozwalającej przewidzieć jaki będzie przebieg rozwoju psychoseksualnego konkretnej jednostki z rozpoznaniem GID/GD w dzieciństwie<sup>3</sup> [45].

Obecnie specjalista podejmujący się pracy w obszarze GD u dzieci nie ma możliwości oparcia swojej decyzji dotyczącej wyboru określonego paradygmatu pracy na wynikach badań empirycznych nad skutecznością poszczególnych programów terapeutycznych. W związku z tym, że omawiane zagadnienie jest związane z dużym ładunkiem emocjonalnym, a podejmowanie obiektywnych decyzji wyjątkowo trudne, praktycy i badacze powinni ze szczególną uważnością oceniać informacje zawarte w dostępnej literaturze (która może znajdować się pod wpływem uprzedzeń i wątpliwych etycznie przesłanek) oraz monitorować własne postawy mogące wpływać na sposób i kierunek ich pracy. Taka sytuacja zmusza do refleksji nad nadrzędnymi zasadami, które stanowiłyby swojego rodzaju drogowskaz w procesie udzielania wsparcia dzieciom i ich rodzinom. Wydaje się, że takimi zasadami powinno być kierowanie się szeroko pojętym bezpieczeństwem doświadczającego GD dziecka oraz wzmacnianie jego odporności psychicznej. Specjaliści starający się udzielać wsparcia w oparciu o zasadę najlepszego interesu dziecka mogą zadawać sobie pytania, kto powinien decydować o tym, co leży w najlepszym interesie dziecka (ono samo, rodzice, terapeuci czy społeczeństwo ze swoimi standardami właściwej ekspresji płciowej), i czy to, co można by określić jako najlepszy interes kilkuletniego dziecka, jest spójne z interesem i potrzebami przyszłego dorosłego. Staranna diagnoza nasilenia uczuć dysforycznych i możliwych reakcji dziecka na ograniczanie go w ekspresji zgodnej z jego poczuciem tożsamości płciowej, jak również ocena środowisk, w których funkcjonuje rodzina i dziecko, w poszczególnych przypadkach mogą prowadzić do odmiennych, wypracowanych wraz z rodzicami kierunków postępowania. Z kolei wzmacnianie odporności psychicznej dziecka powinno stanowić uniwersalny element oddziaływań. Jest ona konieczna do radzenia sobie z trudnościami członków rodziny w zaakceptowaniu atypowej tożsamości płciowej, ze zróżnicowanymi reakcjami otoczenia w obliczu otwartej ekspresji GD/GV oraz koniecznością ukrywania jej w niektórych, zbyt zagrażających kontekstach. Potrzeba zatem kolejnych badań, które pomogłyby ustalić, w jakim stopniu za dotychczas obserwowane częstotliwości przetrwania i ustępowania dysforii płciowej odpowiedzialne są naturalne tendencje rozwojowe, a w jakim stopniu wpływ na nie mają interwencje terapeutyczne. Konieczne jest także prowadzenie dalszych badań nad długoterminowymi wynikami poszczególnych oddziaływań terapeutycznych.

<sup>3</sup> To get familiar with the applied diagnostic protocols, we refer readers to publications exploring this issue [36, 46].

<sup>3</sup> W celu zapoznania się ze stosowanymi protokołami diagnostycznymi odsyłamy do lektury publikacji poświęconych tej kwestii [36, 46].

### Conflict of interest/Konflikt interesu

Absent./Nie występuje.

### Financial support/Finansowanie

Absent./Nie występuje.

### References/Piśmiennictwo

1. American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition. Washington: American Psychiatric Association; 1980.
2. Eve KS. How to Bring Your Kids up Gay. Soc Text 1991; 29: 18-27.
3. Zucker KJ, Spitzer RL. Was the gender identity disorder of childhood diagnosis introduced into DSM-III as a backdoor maneuver to replace homosexuality? A historical note. J Sex Marital Ther 2005; 31: 31-42.
4. Drescher J. Queer diagnoses: parallels and contrasts in the history of homosexuality, gender variance, and the diagnostic and statistical manual. Arch Sex Behav 2010; 39: 427-460.
5. Bartlett NH, Vasey PL, Bukowski WM. Is gender identity disorder in children a mental disorder? Sex Roles 2000; 43: 753-785.
6. Ehrbar RD, Witty MC, Ehrbar HG, Bockting WO. Clinician judgment in the diagnosis of gender identity disorder in children. J Sex Marital Ther 2008; 34: 385-412.
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, Fifth Edition. Arlington: American Psychiatric Association; 2013 [Kryteria Diagnostyczne z DSM-5°. Wrocław: Edra Urban & Partner; 2015].
8. Leibowitz SF, Telingator C. Assessing gender identity concerns in children and adolescents: Evaluation, treatments, and outcomes. Curr Psychiatry Rep 2012; 14: 111-120.
9. Global Action for Trans\* Equality. Critique and Alternative Proposal to the “Gender Incongruence of Childhood” Category in ICD-11 GATE Civil Society Expert Working Group 2013: 1-23.
10. Światowa Organizacja Zdrowia. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych, rewizja 10. Kategorie 3-znakowe. 2000.
11. Drescher J, Cohen-Kettenis PT, Reed GM. Gender incongruence of childhood in the ICD-11: controversies, proposal, and rationale. Lancet Psychiatry 2016; 3: 297-304.
12. Van Beijsterveldt CE, Hudziak JJ, Boomsma DI. Genetic and environmental influences on cross-gender behavior and relation to behavior problems: A study of dutch twins at ages 7 and 10 years. Arch Sex Behav 2006; 35: 647-658.
13. Coolidge FL, Thede LL, Young SE. The heritability of gender identity disorder in a child and adolescent twin sample. Behav Genet 2002; 32: 251-257.
14. Knafo A, Iervolino AC, Plomin R. Masculine girls and feminine boys: genetic and environmental contributions to atypical gender development in early childhood. J Pers Soc Psychol 2005; 88: 400-412.
15. Berenbaum S, Hines M. Early androgens are related to childhood sex-typed toy preferences. Psychological Science 1992; 3: 203-206.
16. Korte A, Goecker D, Krude H, Lehmkühl U, Grüters-Kieslich A, Beier KM. Gender Identity Disorders in Childhood and Adolescence. Dtsch Aerztebl Int 2008; 105: 834-841.
17. Zucker KJ. Children with gender identity disorder: Is there a best practice? Neuropsychiatr Enfance Adolesc 2008; 56: 358-364.
18. Kipnis K, Diamond M. Pediatric ethics and the surgical assignment of sex. J Clin Ethics 1998; 9: 398-410.
19. Zucker KJ, Lawrence AA. Epidemiology of Gender Identity Disorder: Recommendations for the Standards of Care of the World Professional Association for Transgender Health. Int J Transgenderism 2009; 11: 8-18.
20. Cohen-Kettenis PT, Owen A, Kaijser VG, Bradley SJ, Zucker KJ. Demographic characteristics, social competence, and behavior problems in children with gender identity disorder: A cross-national, cross-clinic comparative analysis. J Abnorm Child Psychol 2003; 31: 41-53.
21. Hoshiai M, Matsumoto Y, Sato T, Ohnishi M, Okabe N, Kishimoto Y, et al. Psychiatric comorbidity among patients with gender identity disorder. Psychiatry Clin Neurosci 2010; 64: 514-519.
22. Spack NP, Edwards-Leeper L, Feldman HA, Leibowitz S, Mandel F, Diamond DA, et al. Children and adolescents with gender identity disorder referred to a pediatric medical center. Pediatrics 2012; 129: 418-425.
23. Wallien MS, Cohen-Kettenis PT. Gender Dysphoric Children: Causes, Psychosocial Functioning and Consequences. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2008; 47: 1413-1423.
24. Drummond KD, Bradley SJ, Peterson-Badali M, Zucker KJ. A follow-up study of girls with gender identity disorder. Dev Psychol 2008; 44: 34-45.
25. Singh D. A follow-up study of boys with gender identity disorder. Ontario Institute for Studies in Education, University of Toronto, 2012.
26. Steensma TD, Biemond R, de Boer F, Cohen-Kettenis PT. Desisting and persisting gender dysphoria after childhood: A qualitative follow-up study. Clin Child Psychol Psychiatry 2011; 16: 499-516.
27. Wallien MS, Cohen-Kettenis PT. Psychosexual outcome of gender-dysphoric children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2008; 47: 1413-1423.

28. Zucker KJ, Bradley SJ. *Gender Identity Disorder and Psychosexual Problems in Children and Adolescents*. New York: Guilford; 1995.
29. Zucker KJ. Gender Identity Disorder in Children and Adolescents. *Annu Rev Clin Psychol* 2005; 1: 467-492.
30. Dynarski W, Kłonkowska A. Słownik pojęć. In: Makuchowska M, Pawłęga M, editors. *Sytuacja społeczna osób LGBT. Raport za lata 2010 i 2011*. Warszawa: Wydawnictwo KPH; 2012, p. 220-227.
31. Byne W, Bradley SJ, Coleman E, Eyler AE, Green R, Menvielle EJ, et al. Report of the American Psychiatric Association Task Force on Treatment of Gender Identity Disorder. *Arch Sex Behav* 2012; 41: 759-796.
32. Hill DB, Menvielle EJ, Sica KM, Johnson A. An affirmative intervention for families with gender variant children: parental ratings of child mental health and gender. *J Sex Marital Ther* 2010; 36: 6-23.
33. Zucker KJ, Wood H, Singh D, Bradley SJ. A developmental, biopsychosocial model for the treatment of children with gender identity disorder. *J Homosex* 2012; 59: 369-397.
34. Rosenberg M. Children with gender identity issues and their parents in individual and group treatment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2002; 41: 619-621.
35. Vanderburgh R. Appropriate therapeutic care for families with pre-pubescent transgender/gender-dissonant children. *Child Adolesc Soc Work J* 2009; 26: 135-154.
36. de Vries ALC, Cohen-Kettenis PT. Clinical management of gender dysphoria in children and adolescents: the Dutch approach. *J Homosex* 2012; 59: 301-320.
37. Steensma TD, Cohen-Kettenis PT. Gender transitioning before puberty? *Arch Sex Behav* 2011; 40: 649-650.
38. Ehrensaft D. From gender identity disorder to gender identity creativity: true gender self child therapy. *J Homosex* 2012; 59: 337-356.
39. Menvielle EJ. A comprehensive program for children with gender variant behaviors and gender identity disorders. *J Homosex* 2012; 59: 357-368.
40. Drescher J, Pula J. Ethical issues raised by the treatment of gender-variant prepubescent children. *Hastings Cent Rep* 2014; 44: 17-22.
41. Riley EA, Sitharthan G, Clemson L, Diamond M. Recognising the needs of gender-variant children and their parents. *Sex Educ* 2013; 13: 644-659.
42. Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Delemarre-van de Waal HA, Gooren LJ, Meyer WJ, Spack NP, et al. Endocrine treatment of transsexual persons: an Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2009; 94: 3132-3154.
43. Antommaria AH. Pubertal suppression and professional obligations: may a pediatric endocrinologist refuse to treat an adolescent with gender dysphoria? *Am J Bioeth* 2014; 14: 43-46.
44. Royal College of Psychiatrists. *Good practice guidelines for the assessment and treatment of adults for the assessment and treatment of adults with gender dysphoria*. London: Royal College of Psychiatrists; 2013; p. 61.
45. Drescher J, Byne W. Gender dysphoric/gender variant (GD/GV) children and adolescents: summarizing what we know and what we have yet to learn. *J Homosex* 2012; 59: 501-510.
46. Meyer-Bahlburg HFL. Gender Identity Disorder in Young Boys: A Parent- and Peer-Based Treatment Protocol. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2002; 7: 360-376.