

# **Między schematem a prawami człowieka – prawnomedyczne zagrożenia praw osób interpłciowych oraz europejskie modele ich ochrony, w kontraście do realiów krajowej opieki medycznej.**

## **Część 1: Możliwe płaszczyzny naruszenia dóbr osób interpłciowych**

### **A b s t r a k t**

Artykuł ten stawia za cel nakreślenie sylwetki osoby interpłciowej jako zarówno osoby przynależącej do mniejszości w zakresie postrzegania cech płciowych człowieka, jak i w perspektywie ochrony prawnej jej dóbr, w szczególności w obszarze opieki medycznej oraz uzyskiwania świadczeń w obrębie ochrony zdrowia. Analiza dostępnych danych zawierających informacje w obszarze medykalizacji cech świadczących o interpłciowości, jak również doświadczeń osób z tej grupy mniejszościowej w zakresie operacji ingerujących w rozwój ich cech płciowych, pozwala dostrzec zauważalny rozdźwięk związany z odmiennym traktowaniem osób interpłciowych i osób nieposiadających tej cechy. Jest to szczególnie zauważalne w perspektywie tak aksjologicznego, jak i faktycznego uzasadniania decyzji dotyczących podjęcia medycznej ingerencji w stan zdrowia tych osób. W niniejszej analizie przedstawione zostały możliwe płaszczyzny, w których zakresie decyzja o podjęciu działań zmierzających do ingerencji w rozwój cech świadczących o interpłciowości osoby wskazywać może na dyskryminacyjne w swoim charakterze naruszenie praw tej osoby. W obrębie

omawianego zagadnienia wyszczególnione zostały między innymi dylematy związane z naruszeniem prawa do autonomii cielesnej pacjenta, naruszenia mechanizmu udzielania należycie poinformowanej zgody na dokonanie zabiegu, czy naruszenia w obrębie prawa do uzyskania dostępu do dokumentacji medycznej pacjenta. Ze względu na konieczność dokonania obszernej analizy opisywanych zagadnień, tekst ten poświęcony jest w głównym zakresie teoretycznym możliwym naruszeniom praw tej grupy pacjentów, jak i ogólnych standardów etyki lekarskiej podczas sprawowania nad nimi opieki.

**Słowa kluczowe:** interplciowość, zaburzenia rozwoju płciowego, prawa pacjenta, ochrona zdrowia, poinformowana zgoda

## Uwagi wstępne

Zagadnienie ochrony praw osób interplciowych, jak i sama interplciowość jako taka to temat znajdujący się w najlepszym wypadku na marginesach dyskusji o prawach pacjenta w Polsce, nawet w kontekście debaty o ochronie praw pacjentów LGBTQIA+ w ogólności. Taki stan rzeczy pozwala na istnienie zaskakująco szerokiego pola do nadużyć, prowadzących do potencjalnego pokrzywdzenia tej konkretnej grupy osób, zwracając system opieki zdrowotnej przeciwko ich uzasadnionym interesom i przyrodzonym prawom już od pierwszych lat ich życia. Zagadnienia te ściśle wiążą się bowiem z naruszeniami na szkodę pacjenta pozbawionego zdolności wyrażania samodzielnej zgody na przeprowadzanie procedur medycznych, zaś ich skutki przekładają się na długofalowe rezultaty związane z dorosłym życiem takiej osoby, w codziennym funkcjonowaniu oraz także jako pacjenta. Analiza ta, czerpiąc z przykładów europejskiej legislacji, ma na celu przedstawienie mechanizmów pozwalających na zabezpieczenie interplciowego pacjenta przed ryzykiem naruszenia jego prawa do autonomii cielesnej oraz zaproponowanie hipotetycznego kształtu rozwiązań pozwalających na zbudowanie podobnego systemu ochrony na gruncie krajowego systemu opieki zdrowotnej.

W związku z rozległością oraz koniecznością należytego opisanie poszczególnych rozwiązań legislacyjnych związanych z ustanawianiem standardu ochrony praw osób interplciowych w kontekście prawa do autonomicznego kształtowania swojej tożsamości płciowej, autor zdecydował się na podział poniższej analizy na dwa odrębne teksty. Pierwsza, niniejsza część opracowania, poświęcona jest postrzeganiu interplciowości przez pryzmat oceny stanu przestrzegania praw osób niecisplciowych i nieheteronormatywnych w Europie oraz potencjalnym naruszeniom podstawowych praw tej grupy osób, zarówno w perspektywie ogólnej, jak i prawnomedycznej. Prawnokomparatystycznej analizie funkcjonujących na terenie państw europejskich rozwiązań prawnych odnoszących się do wspomnianych problemów, jak również analizie możliwości potencjalnego zastosowania podobnych mechanizmów, celem zwiększenia prawnej ochrony dóbr osób interplciowych na gruncie ustawodawstwa krajowego poświęcona zostanie druga część studium.

## Pojęcie i historia interplciowości i jej rozpoznawania

Aby właściwie zrozumieć powstawanie wspomnianych pól do ewentualnych nadużyć, należy najpierw uświadomić sobie, czym interplciowość jest oraz co wyróżnia osoby interplciowe w obszarze opieki medycznej i postrzegania ich praw jako pacjentów lub przynajmniej osób poddawanych czynnościom medycznym w placówkach opieki zdrowotnej. Gdy przeanalizować źródła piśmiennicze, rozpoznawanie interplciowości jako zjawiska, czy raczej – poprawniej – cechy posiadanej przez określoną grupę populacji, sięga czasów starożytnych, przynajmniej w kręgu kultury basenu Morza Śródziemnego. Potwierdzenie tego znaleźć można już w zachowanych pismach Arystotelesa z połowy IV wieku p.n.e. Opisy zawarte w traktacie *O rodzeniu się zwierząt*, a dotyczące anomalii związanych z rozwojem organizmów żywych zawierają pierwszą zachowaną w kulturze europejskiej wzmiankę o przypadkach urodzeń się osób z zarówno męskimi, jak i z żeńskimi organami płciowymi. Znajdują się one również

w dziełach astrologicznych Ptolemeusza z II wieku n.e.<sup>84</sup>. Późniejsze doniesienia o narodzinach dzieci, które w dzisiejszym rozumieniu określilibyśmy mianem osób posiadających cechę interplciowości, znajdują się w licznych zapisach historycznych i tekstach źródłowych. Pierwszą nowożytną rozprawę na temat zjawiska interplciowości (określanej w tekstach z epoki i ich nowoczesnych translacjach mianem „hermafrodytyzmu”<sup>85</sup>) stanowi dzieło Ambroise Paré *Des monstres et prodiges* z 1573 roku<sup>86</sup>. Pojedyncze wzmianki odnaleźć można również w relacjach o charakterze mniej naukowym, a bardziej administracyjnym (za przykład może posłużyć przypadek Estebanii de Valdaracete, opisany w 1580 roku w Hiszpanii)<sup>87</sup>. Ich wymowa świadczy o rozwiniętej zdolności rozpoznawania cech interplciowości oraz o przejawiającym się w wielu przekazach pozytywnym stosunku do tego zjawiska, ukształtowanym na przestrzeni wieków. Zauważalna zmiana nastawienia społecznego w stronę patologizacji interplciowości w oczach opinii publicznej, szczególnie w Europie i Stanach Zjednoczonych, nastąpiła w połowie XX wieku, zaś w drugiej jego połowie – pierwsze pozytywne przemiany opisywanego podejścia<sup>88</sup>. Wreszcie – w początkach wieku obecnego zostały dostrzeżone potencjalnie negatywne skutki nadmiernej medykalizacji i prób ustandaryzowania ciał osób interplciowych<sup>89</sup>.

Zgodnie z aktualnym stanem wiedzy naukowej dla sprecyzowania znaczenia terminu „interplciowość” można posłużyć się definicją sformułowaną w publikacjach pod auspicjami ONZ, zgodnie z którą osobą

---

<sup>84</sup> D. Lewandowska, *Androgyn czy hemafrodyta? Studium nad hemafrodytyzmem w źródłach antycznych*, wyd. Naukowe Sub Lupa, Warszawa 2019, s. 146.

<sup>85</sup> Pojęcie to, jakkolwiek używane jest w naukach przyrodniczych do opisu zarówno ludzi, jak i zwierząt, stosuje się także dla określania osób urodzonych z cechami wskazującym na interplciowość. Uznawane jest ono jednak za obraźliwe w stosunku do opisu organizmu człowieka, stąd też współcześnie zalecane jest nieużywanie go do celu dyskursu na temat osób interplciowych.

<sup>86</sup> Za D. Lewandowska, *Androgyn czy hemafrodyta...*, s. 18.

<sup>87</sup> Za: R. Cleminson, F. V. Garcia, *Sex, Identity and Hemaphrodites in Iberia, 1500–1800*, Routledge, Oxon 2016, s. 42.

<sup>88</sup> L. Liao, *Medical and Psychological Controversies*, [w:] tegoż, *Variations in Sex Development: Medicine, Culture and Psychological Practice*, Cambridge University Press 2022, s. 37, 42–44.

<sup>89</sup> D. C. Ghattas, *Ochrona osób interplciowych w Europie. Podręcznik dla prawników i decydentów*, (tłum. M. Rakita), OII Europe, Fundacja Interakcja 2019, s. 13.

interplciową jest „osoba urodzona z zestawem cech płciowych, obejmujących anatomiczną budowę organów reprodukcyjnych, gonad lub układu chromosomalnego niewpisujących się w typowy podział binarnych cech płciowych męskich lub żeńskich”<sup>90</sup>. Definicja ta jest celowo skonstruowana dosyć szeroko, ma bowiem na celu stworzenie inkluzyjnego „parasola” opisującego przypadki zarówno osób z niewielkimi, jak i ze znaczącymi zmianami względem modelu dzielonego na cechy męskie i żeńskie. W jej zakresie mieszczą się i przypadki najbardziej jaskrawe, jak urodzenie się z gonadą o utkaniu mieszanym i obecność zmian związanych z gospodarką hormonalną czy funkcjonowaniem i umiejscowieniem drugorzędnych cech płciowych, trudniejszych do rozpoznania bez wiedzy i doświadczenia medycznego z dziedziny endokrynologii czy seksuologii. Z legislacyjnego punktu widzenia, nastawionego na stworzenie definicji legalnej interplciowości, stanowi to jednak wyzwanie, aby stworzyć unormowania dostatecznie szerokie, a zarazem precyzyjne. W efekcie dana regulacja prawna nie zawsze będzie posługiwać się tym konkretnym pojęciem interplciowości czy też dostatecznie ścisłą jego definicją, by zamiast tego uszczegółowić ochronę dla wszystkich potrzebujących jej osób korzystających z opieki zdrowotnej.

Analiza przypadków osób interplciowych opisywanych w praktyce medycznej w aspekcie fizjologicznych oraz anatomicznych zmian ukształtowania się cech płciowych pozwala dostrzec, że odmienności w stosunku do organizmu endoplciowego<sup>91</sup> nie zawsze zostaną dostrzeżone już w okresie niemowlęctwa. Zazwyczaj nie dotyczą one wtedy najbardziej dostrzegalnych cech, takich jak posiadanie przez daną osobę gonad o utkaniu mieszanym. Świadczące o interplciowości cechy płciowe ujawniać mogą się bowiem w okresie dojrzewania, dopiero po osiągnięciu dorosłości, bądź nawet nie

---

<sup>90</sup> Office of the High Commissioner for Human Rights, *Free & Equal Campaign Fact Sheet: Intersex* (2015).

<sup>91</sup> Pojęcie endoplciowości rozumiane jest na potrzeby niniejszych rozważań jako przeciwieństwo posiadania cech świadczących o interplciowości – za: B. Sándor, *Jak zapobiegać i przeciwdziałać się dyskryminacji oraz przemocy wobec dzieci i młodzieży LGBTI+?*, (tłum. J. Kata, M. Przepiórkowski), Stowarzyszenie Lambda Warszawa, 2021, s. 20.

ujawnić się przez cały okres życia<sup>92</sup>. Dwie ostatnie kategorie przypadków mogą czasem rodzić komplikacje natury zdrowotnej spowodowane możliwym rozwojem zmian cech płciowych bez odpowiedniego rozpoznania i obserwacji. Ze względu na późne ujawnienie (o ile ono nastąpi) pozwalają jednak na świadomy udział interplciowego pacjenta we wszelkich decyzjach dotyczących jego organizmu. Już teraz można zaznaczyć, że kwestia tej świadomości oraz prawnego ustanowienia granicy umożliwiającej swobodne wyrażenie przez osobę interplciową zgody na poddanie się zabiegom medycznym bądź kosmetycznym będzie kluczowa dla dalszych rozważań.

Ze względu na pionierski charakter niektórych badań nad interplciowością i metodami jej diagnozowania, a także odnotowane niedostatki wiedzy personelu medycznego, która pozwalałaby na zidentyfikowanie cech interplciowości w każdym przypadku, szacuje się, że podawane przez ONZ dane<sup>93</sup>, według których cechy interplciowości może posiadać do 1,7% populacji<sup>94</sup>, mogą być zaniżone z racji błędnej diagnostyki. Dodatkowe przyczyny niedoszacowania to lata stygmatyzacji społecznej, a także brak standaryzacji badań nad zagadnieniami ochrony osób ze zróżnicowanymi cechami płciowymi oraz definiowaniem na ich potrzebę terminu interplciowości<sup>95</sup>. Istnieją także badania, w których wciąż utrzymuje się wnioskowanie oparte na zdecydowanym przywiązaniu do binarnego podziału płci człowieka i analizie jedynie najbardziej skrajnych przypadków urodzeń niepozwalających na przypisanie do jednej z dwóch binarnie rozumianych płci. Przedstawiają one niekiedy dane o jakoby niższym odsetku interplciowych urodzeń niż uznawany obecnie na forum międzynarodowym<sup>96</sup>.

---

<sup>92</sup> A. Tamar-Mattis, *Exceptions to the Rule: Curing the Law's Failure to Protect Intersex Infants*, 21 Berkeley J. Gender L. & Just. 59, 2006, 59–110, s. 63–64; za: Intersex Society of North America, *What is Intersex?*: [https://isna.org/faq/what\\_is\\_intersex](https://isna.org/faq/what_is_intersex), [dostęp: 25.10.2023 r.]

<sup>93</sup> Office of the High Commissioner for Human Rights, *Free & Equal...*

<sup>94</sup> M. Blackless, A. Charuvastra, A. Derryck, A. Fausto-Sterling, K. Lauzanne, E. Lee, *How sexually dimorphic are we? Review and synthesis*, „Am. J. Hum. Biol.” 2000, nr 12, s. 151–166.

<sup>95</sup> S. Monro, M. Carpenter, D. Crocetti, G. Davis i in., *Intersex: cultural and social perspectives*, „Culture, Health & Sexuality”, 2021, nr 23:4, s. 433.

<sup>96</sup> L. Sax, *How common is intersex? A response to Anne Fausto-Sterling*, „Journal of Sex Research”, 200, nr (39) 3, s. 174–178.

## Rozpoznawalność i ochrona praw osób interplciowych na tle ochrony praw osób LGBTQIA+ w Europie

W celu zdobycia ogólnej orientacji o rozpowszechnieniu ochrony tej grupy ludności w kontekście prawnym, szczególnie prawnomedycznym, należy najpierw poddać analizie samą kognicję interplciowości w prawie. Na potrzeby tego opracowania zostaną szerzej przedstawione i rozpatrzone przykłady pochodzące z państw europejskich, od razu jednak należy zaznaczyć, że rozwiązania mające na celu umożliwienie prawnej ochrony i należytej kognicji dla osób o zróżnicowanych cechach płciowych kształtowane są także poza euroatlantyckim kręgiem kultury prawnej. Jak wynika z analizy niektórych przypadków, jest to związane między innymi z mniej restrykcyjnie rozumianym binarnym podziałem płci w kulturach prawnych tych państw. Inną przyczynę mogą stanowić wcześniejsze doświadczenia tych regionów z postępowaniami bądź rozstrzygnięciami sądowymi dotyczącymi osób pozostających poza tak sformułowanym podziałem, skutkujące podjęciem prac nad konkretnymi rozwiązaniami prawnymi<sup>97</sup>.

W obszarze kontynentu europejskiego punktem wyjścia pozwalającym na dokonanie porównania prawnego statusu ochrony osób interplciowych jest szeroki opis ogólnej ochrony praw osób LGBTQIA+. Mimo że sama cecha interplciowości nie zawsze jest utożsamiana z przynależnością do społeczności osób Queer (miejscami zaś łączenie problematyki praw osób Queer oraz interplciowych krytykowane jest nawet jako umniejszające wagę naruszeń spotykających tę ostatnią grupę<sup>98</sup>), prawne rozwiązania mające na celu podwyższenie standardu ochrony praw tych grup mniejszościowych zazwyczaj realizowane są łącznie. Najczęściej wiążą się one z ochroną osób interplciowych z podwyższaniem standardu ochrony osób transplciowych i niebinarnych, między innymi w zakresie rozwiązań o charakterze

---

<sup>97</sup> A.J. Neuman Wipfler, *Identity Crisis: The Limitations of Expanding Government Recognition of Gender Identity and the Possibility of Genderless Identity Documents*, „Harvard Journal of Law and Gender” 2016, nr 39, s. 512–513.

<sup>98</sup> M. Bauer, D. Truffer, D. Crocetti, *Intersex human rights*, „The International Journal of Human Rights” 2020, nr (24) 6, s. 741.

prawno-medycznym, administracyjno-prawnym, czy związanym z prawem rodzinnym. Temat ten poruszany na forum prawnym pozwala na szybkie dostrzeżenie stopniowej ewolucji podejścia do tego zagadnienia na przestrzeni ostatnich dekad, ze szczególnym uwzględnieniem kontekstu rozszerzania się zainteresowania ochroną dóbr osób interplciowych na poziomie ponadnarodowym, przykładowo, europejskim<sup>99</sup>. Jednocześnie przydatnymi dla analizy omawianego trendu są zewnętrzne narzędzia, pozwalające w komparatystyczny sposób porównać stan prawnej ochrony tej grupy ludności na przestrzeni kontynentu. Warto zwłaszcza zwrócić uwagę na jeden z takich instrumentów, czyli tworzony przez pozarządową organizację ILGA Europe<sup>100</sup> ranking, analizujący poziom ochrony prawnej i rozwiązań chroniących obywateli Queer i zabezpieczający ich przed dyskryminacją. Jak można dostrzec studiując części składowe raportu powstającego wraz z rankingiem, pierwsze zaimplementowanie kategorii ocenianych przez to narzędzie, odnoszących się *explicit*e do pozycji osób interplciowych do struktury rankingu, miało miejsce w maju 2022 roku. Świadczy to o wzrastającym zainteresowaniu zapewnianiem należytej ochrony prawnej dla osób interplciowych dopiero w XXI wieku i to nieomalże w ostatnich miesiącach. Zgodnie z najnowszym raportem (czyli za rok 2023), jakkolwiek formę prawnej kognicji interesów osób interplciowych dostrzec można w ustawodawstwie sześciu państw europejskich: Hiszpanii, Niemiec, Portugalii, Islandii, Grecji oraz Malty<sup>101</sup>. To ostatnie państwo uznawane jest za szeroko rozumianego pioniera ochrony praw osób interplciowych oraz niecisplciowych na tle europejskiego standardu ochrony praw pacjenta, w tym małoletniego<sup>102</sup>.

---

<sup>99</sup> Parliamentary Assembly of the Council of Europe, Resolution 2191 (2017), *Promoting the human rights of and eliminating discrimination against intersex people*, Res. 2191, 12 October 2017, <https://pace.coe.int/en/files/24232#trace-5>, [dostęp: 25.10.2023 r.].

<sup>100</sup> ILGA Europe jest niezależną, pozarządową organizacją międzynarodową, działającą w obszarze Europy i Azji Środkowej, zrzeszającą liczne krajowe oraz regionalne organizacje i grupy aktywistyczne, działające na rzecz równouprawnienia i zwiększania gwarancji prawnej ochrony osób LGBTQIA+ – za: <https://www.ilga-europe.org/about-us/who-we-are/>, [dostęp: 25.10.2023 r.].

<sup>101</sup> *2023 Annual Review Of The Human Rights Situation Of Lesbian, Gay, Bisexual, Trans And Intersex People In Europe And Central Asia* – ILGA Europe, Bruksela, 2023.

<sup>102</sup> A. J. Neuman Wipfler, *Identity Crisis...*, s. 511.



Kluczowe znaczenie dla rozważanego zagadnienia ma występujące we wszystkich sześciu wspomnianych systemach prawnych zestawienie ochrony osób interplciowych – w szczególności osób małoletnich – na gruncie przepisów prawa medycznego z ochroną ich praw jako pacjentów. W szerszej zaś perspektywie – poszanowanie autonomii tych osób jako małoletnich o pewnym stopniu zdolności decyzyjnej kształtowaniu swojej tożsamości i ekspresji płciowej. Ogólnie bowiem tak na poziomie rozwiązań ogólnych, jak i mających na celu wsparcie konkretnych grup społecznych, daje się dostrzec trendy mające na celu zagwarantowanie osobom Queer oraz osobom interplciowym ochronę przed dyskryminacją (co ma swoje odbicie również w prawie wspólnotowym Unii Europejskiej<sup>103</sup>). Konkretnie regulacje prawne, odnoszące się *explicite* do ochrony zdrowia oraz autonomii woli i nietykalności cielesnej pacjenta interplciowego, ograniczają się jednak do zaledwie kilku państw Unii Europejskiej. W perspektywie dyskusji o rozwiązaniach prawnych z obszaru naszego kontynentu zawęża to istotnie kategorię ochrony przed działaniami opisywanego w tej analizie typu. Nie odmawia to w żaden sposób istotności oraz skuteczności działań podejmowanych przeciwko bezpośredniej lub pośredniej dyskryminacji osób interplciowych gdzie indziej lub walki z wymierzoną w nie mową nienawiści. Warto także zaznaczyć już na tym etapie, że znaczącą rolę w budowaniu systemu sprzyjającego osobom interplciowym w obszarze ochrony ich praw – także na gruncie procedur związanych z medycyną – są wszelkie ułatwienia administracyjne. Chodzi o przyjęcie korzystnych i przyjaznych rozwiązań co do oznaczania identyfikacji płciowej w dokumentach, jak również ich późniejszej ułatwionej korekty. Szczególnie istotnym punktem zbudowania systemu ochrony tej grupy społecznej jest jednak bezpośrednie zabezpieczenie jej praw w perspektywie ochrony jako pacjentów, ze względu na bezpośrednią możliwość powstania poważnych i długotrwałych szkód w dobrostanie już na wczesnym etapie ich życia. Przykłady rozwiązań stosowanych we wspomnianych

---

<sup>103</sup> Komunikat Komisji Do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego I Komitetu Regionów Unia równości: strategia na rzecz równości osób LGBTIQ na lata 2020–2025, Bruksela, dnia 12.11.2020 r. COM (2020) 698 final.

sześciu państwach zostaną szczegółowo omówione w drugiej części analizy, z wyodrębnieniem zawartych w nich swoistych „modeli” ochrony przed naruszeniami praw na opisywanych polach.

### **Przed czym należy chronić interplciowych pacjentów?**

Można by stwierdzić, że w odpowiedzi na to pytanie kryje się sedno problemu zderzenia się pozycji prawnej interplciowego pacjenta z realiami opieki medycznej i systemu ochrony zdrowia danego państwa, które posługując się procedurami zbudowanymi w oparciu o przypadki osób endoplciowych, inaczej kreują zakres wymaganych działań niezbędnych dla zabezpieczenia stanu zdrowia. Mowa o problemie wdrażania procedur mających na celu eliminowanie symptomów określanych w literaturze przedmiotu jako ZRP – *differences in sex development (DSD)* – czyli zaburzenia rozwoju płciowego / zaburzenia rozwoju płci – na przykładzie terminologii funkcjonującej w polskim piśmiennictwie medycznym. Kategoria ZRP (*DSD*) obejmuje stosunkowo szeroką gamę przypadków, bazując na założeniu wpisania w jej zakres „powstania niezgodności między płcią genetyczną, gonadalną, genitalną, fenotypową (somatyczną) i psychiczną”<sup>104</sup>. Jest to kategoria, jak łatwo stwierdzić, pojemna, przez co stwarzająca możliwość nadużycia, polegającego na określeniu mianem „zaburzenia”, któremu należy przeciwdziałać w formie interwencji medycznej, także zmian jedynie pozornie lub hipotetycznie zagrażających prawidłowemu rozwojowi organizmu, w tym jego funkcjom związanym z rozwojem cech płciowych oraz realizacją funkcji seksualnych po osiągnięciu dojrzałości. W przypadku wystąpienia takich symptomów, gdy płeć dziecka jest możliwa do ustalenia w momencie urodzenia, częstokroć zapadają decyzje o podjęciu interwencji chirurgicznej w obszarze zewnętrznych cech płciowych, między innymi poprzez usunięcie gonad określonych jako objęte ryzykiem nieprawidłowego rozwoju. Celem korekty symptomów o charakterze

---

<sup>104</sup> K. Bajszczyk, M. Szarras-Czapnik, J. Słowikowska-Hilczner, *Zaburzenia rozwoju płci – nowa nomenklatura oraz wytyczne w postępowaniu terapeutycznym*, „Seksuologia Polska” 2014, nr (12) 2, s. 75.

endokrynologicznym bywa też wdrażana kuracja hormonalna. W modelu terapii ZRP nieprzewidującym konieczności konsultowania decyzji o interwencji z osobą interplciową lub jej opiekunami prawnymi, punktem wyjścia jest potraktowanie zmian w zewnętrznych cechach płciowych jako patologicznych i wymagających wyeliminowania<sup>105</sup>.

Działania takie skoncentrowane są więc, opierając się na zaprezentowanym toku myślenia, na zbliżeniu ukształtowania zewnętrznych cech płciowych oraz organów odpowiedzialnych za gospodarkę hormonalną organizmu do modelu opartego na występujących u większości populacji ukształtowaniach cech płciowych. Ich zakres opierać się może, między innymi, na wdrożeniu terapii hormonalnej, po rozpoznaniu u pacjenta innych niż właściwe dla przypisywanej jej płci wartości poziomu hormonów płciowych, bądź stwierdzeniu nieprawidłowego funkcjonowania narządów odpowiedzialnych za gospodarkę hormonalną<sup>106</sup>. Drugą grupę przykładów stanowią działania w oparciu o ukształtowanie drogą operacyjną narządów płciowych dotkniętych dysgenezją lub w skrajnych przypadkach całkowicie niewykształconych<sup>107</sup>. Głównym celem wyżej przedstawionych zabiegów jest wyeliminowanie odmienności w rozwoju cech płciowych i ograniczenie ich wpływu na zdrowie pacjenta.

Wydawać by się mogło, że podane rozumienie definicji Zaburzeń Rozwoju Płciowego oraz procedur medycznych wdrażanych w przypadku postępowania z osobą o innym niż endoplciowe zestawie cech płciowych obliguje personel medyczny do działań zmierzających ku upodobnieniu, zbliżeniu cech płciowych osoby interplciowej do cech płciowych osoby endoplciowej. Za uzasadnienie służy zapewnienie prawidłowego rozwoju

---

<sup>105</sup> U. Liszewska, A. Dominiak, M. Kurowska, *Zaburzenia rozwoju płci – współczesne strategie interwencji terapeutycznych, postępowani prawnych i ich konsekwencje psychologiczno-seksuologiczne*, „Psychoseksuologia” 2018, nr 4, s. 103–104.

<sup>106</sup> L. Lin, J. Achermann, *Disorders of sex development*, [w:] S. Kehoe, L. Chitty, & T. Homfray (Eds.), *Reproductive Genetics*, (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Study Group), Cambridge: Cambridge University Press 2009, s. 21–26.

<sup>107</sup> K. Bangalore Krishna, C. Cinnatti, P. Hoebeke, A.-F. Spinoit, R. De Castro, P. A. Lee, *Individualized care for patients with intersex (differences of sex development): Diagnosis and treatment of aphallia*, „Journal of Pediatric Urology”, 2023, [https://www.jpuro.com/article/S1477-5131\(23\)00389-3/fulltext](https://www.jpuro.com/article/S1477-5131(23)00389-3/fulltext), [dostęp: 28.10.2023 r.].

psychofizycznego, przynajmniej wedle prawidłowości w przedstawionym rozumieniu<sup>108</sup>. Każda bowiem odmienność utrudniająca na etapie pierwszych chwil życia osoby stwierdzenie, że urodziła się ona zdrowa oraz jakie z dwóch binarnie rozumianych oznaczeń płci dokumentowej na podstawie oceny genitalnej można jej przypisać, może powodować potrzebę skorygowania tego stanu z perspektywy opiekujących się osobą interplciową zespołów medycznych oraz w odbiorze społecznym, w tym rodziców<sup>109</sup>. Na tym etapie odnotować należy, że większość przypadków opisywanych interwencji podejmowana jest bezpośrednio po urodzeniu osoby lub w pierwszych latach jej życia. W znacznym stopniu lub całkowicie wyłącza to więc możliwość świadomego podjęcia decyzji lub wyrażenia opinii po stronie samej osoby poddawanej zabiegowi. W efekcie, w zależności od analizowanego systemu prawnego, przekładać będzie się to na scedowanie uprawnień decyzyjnych, w różnej proporcji, na lekarza dokonującego oceny cech interplciowości oraz na opiekunów prawnych<sup>110</sup>.

Choć może to wydawać się sprzeczne ze standardami euroatlantycznego kręgu kulturowego w przedmiocie ochrony prawa do kształtowania własnej tożsamości oraz prawa do autonomii decyzyjnej w opiece zdrowotnej, wykonywanie takich zabiegów w swym aksjologicznym uzasadnieniu nie zawsze opiera się na zdrowotnej konieczności interwencji (o charakterze najczęściej chirurgicznym) w ciału interplciowego dziecka, podyktowanej ryzykiem rozstroju zdrowia, bądź nieprawidłowego rozwoju cech płciowych. Działania, jakim poddawane są osoby z opisywanej grupy mniejszościowej, mogą być podejmowane nie w potrzebie ratowania życia pacjenta czy zabezpieczenia go przed nieodwracalnymi zmianami jego fizjologii i rozwoju w okresie dojrzewania i dorosłości, lecz jedynie z własnej chęci zbliżenia funkcjonowania organizmu dziecka do

---

<sup>108</sup> J. Woweries, *Intersex: Medical Measures on the Test Bed*, [w:] E. Schneider & C. Baltes-Löhr (Ed.), *Normed Children: Effects of Gender and Sex Related Normativity on Childhood and Adolescence*, Bielefeld: transcript Verlag, 2018, s. 229.

<sup>109</sup> S. F. Ahmed, S. Morrison, I. A. Hughes, *Intersex and gender assignment; the third way?*, *Arch Dis Child.* 2004, nr (89), 9, s. 847.

<sup>110</sup> K. Sandberg, *Intersex Children and the UN Convention on the Rights of the Child*, [w:] J. Scherpe, A. Dutta, T. Helms (eds.), *The Legal Status of Intersex Persons* 2018, s. 527.

„modelu” endopłciowego. Decyzja taka może zostać arbitralnie podjęta, pomimo że zmiany w ukształtowaniu zewnętrznych lub wewnętrznych cech płciowych nie tylko nie wskazują na konieczność interwencji, lecz wręcz grożą negatywnymi konsekwencjami w przypadku pochoptego jej podjęcia<sup>111</sup>. Zabiegi takie zwykle nazywać się potocznie „operacjami normalizującymi” – z naciskiem jednak na zaznaczenie, że sama ta terminologia jest krytykowana przez organizacje zajmujące się aktywizmem na rzecz praw osób interplciowych. Powodem tego są pejoratywne konotacje i poczucie umniejszania wagi problemu w oczach opinii publicznej<sup>112</sup>. Intencją tych działań może być bowiem jedynie chęć tzw. „unormowania” rozwoju organizmu takiej osoby. Podstawa przystąpienia do nich może być zbudowana – zamiast na wskazaniach płynących z aktualnej wiedzy medycznej – na uprzedzeniach, niewiedzy, bądź wykazywanej przez rodzica obawie o przyszłe dobro dziecka i zaprzeczając bieżącemu stanowi zdrowia danej osoby oraz przewidywanym konsekwencjom. Lekarzom zdarza się przy tym działać nawet bez świadomej zgody opiekuna prawnego osoby małoletniej uzyskanej w sposób zgodny zarówno z konwencjami międzynarodowymi, jak i dobrą praktyką oraz etyką lekarską<sup>113</sup>.

Przedstawiona perspektywa stoi w zdecydowanej sprzeczności z szeregiem gwarancji przysługujących pacjentom lub innym osobom poddawanych czynnościom o charakterze medycznym, konstruowanych na podstawie uregulowań pochodzących bezpośrednio z krajowego systemu prawnego<sup>114</sup> oraz z szeregu uregulowań ponadnarodowych<sup>115</sup>. *Prima facie* zauważyć należy brak poszanowania dla podstawowej zasady związanej

---

<sup>111</sup> A. Tamar-Mattis, *Exceptions to the Rule: Curing the Law's Failure to Protect Intersex Infants*, 21 „Berkeley J. Gender L. & Just.” 2006, nr 59, s. 99.

<sup>112</sup> M. Bauer, D. Truffer, D. Crocetti, *Intersex human rights...*, s. 741.

<sup>113</sup> W zrealizowanym w 2019 roku badaniu *A long way to go for LGBTI equality* nad sytuacją osób interplciowych, 47% respondentów podało, że lekarze nie uzyskali od nich, lub ich opiekunów prawnych, poinformowanej zgody na interwencję medyczną przed jej przeprowadzeniem. (*A long way to go for LGBTI equality*, Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2020, s. 53, za: [https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra\\_uploads/fra-2020-lgbti-equality-1\\_en.pdf](https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2020-lgbti-equality-1_en.pdf), [dostęp: 25.10.2023 r.].

<sup>114</sup> Ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta, (tj. Dz. U. 2023, poz. 1545 ze zm. z dnia 25 września 2023 roku – Dz. U. 2023, poz. 1972) – dalej UPP.

<sup>115</sup> M. Bauer, D. Truffer, D. Crocetti, *Intersex human rights...*, s. 730–737.

z niedyskryminacyjnym traktowaniem pacjentów oraz prawa do poszanowania godności osoby w procedurze medycznej podczas późniejszej opieki zdrowotnej nad nią. Ponadto, działanie bez uzasadnionego celu leczniczego może podważać także samą ideę szczególnej swobody przynależnej osobie wykonującej zawód medyczny, związanej z dysponowaniem dobrem, jakim jest nietykalność cielesna osoby. Przeprowadzone zaś w opisywanej sytuacji działania mogą z kategorii dozwolonej ingerencji w tę nietykalność pacjenta przejść pod reżim odpowiedzialności za okaleczenia.

Ostatni poruszony aspekt zagadnienia mógłby prowadzić do hipotetycznego wniosku, że nieuzasadnione z medycznego punktu widzenia świadczenie otrzymywane przez małoletnią osobę interplciową nie ma charakteru „służącego zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia oraz innego działania medycznego wynikającego z procesu leczenia” w literalnym rozumieniu przepisów krajowych<sup>116</sup>. W rezultacie osobie interplciowej należałoby formalnie odmówić statusu pacjenta w rozumieniu art. 3 ust. 1 UPP<sup>117</sup>, a w konsekwencji – rozpatrywać jej sytuację poza tym reżimem prawnym. Odmowa przyznania osobie pokrzywdzonej statusu oraz uprawnień w opisywanych procedurach wiązałaby się ze znaczącym ograniczeniem jej praw do uzyskania ochrony w świetle krajowych i międzynarodowych aktów traktujących pacjenta jako osobę otrzymującą świadczenie o charakterze leczniczym. Trzeba jednak zwrócić uwagę, że charakter podejmowanych działań wymagających specjalistycznej wiedzy medycznej, ich złożoność oraz późniejsza długotrwałość procedur naprawczych, choćby połowicznie usuwających skutki pochopnie przeprowadzonych operacji, stanowią silny argument za utrzymaniem statusu poddawanych im osób jako pacjentów podczas wszystkich wykonywanych u nich medycznych czynności „adaptacyjnych”. Nadużycie przez lekarza leczniczego celu zabiegu nie może przecież stanowić o wyłączeniu spod

---

<sup>116</sup> Art. 2 ust. 10 Ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 roku o działalności leczniczej, (tj. Dz. U. z 2023, poz. 991).

<sup>117</sup> Art. 3 ust. 1 pkt 4: „pacjentem w rozumieniu ustawy jest osoba zwracająca się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystająca ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez podmiot udzielający świadczeń zdrowotnych lub osobę wykonującą zawód medyczny”.

ochrony należącej pacjentom wszystkich poszkodowanych takimi praktykami (a także – nawiasem mówiąc – wszystkich ofiar zbędnych zabiegów medycznych, zwłaszcza tych zbędnych w sposób oczywisty). Problematyka nieuzasadnionych medycznie „korektur” płci pokazuje przy tym jeszcze jedno niebezpieczeństwo obiektywnego pojmowania przesłanki celu leczniczego. Interesującą nas kwestię rozwiązuje natomiast przyjęcie zapatrywania, że decydujące znaczenie ma cel leczniczy, gdy subiektywnie przyświeca działającemu lekarzowi<sup>118</sup>. Dlatego wyrazić można przekonanie o niepodważaniu statusu osób interplciowych jako pacjentów w opisywanych przypadkach. Podobny model postrzegania sytuacji osób poddanych nieuzasadnionym procedurom medycznym postrzegany jest także w legislacji zagranicznej. W perspektywie oceny praw osób interplciowych jako praw pacjentów przeprowadzona zostanie także dalsza część niniejszej analizy, z bardziej szczegółową i dokładniejszą oceną przystawalności poszczególnych regulacji krajowych do sytuacji osób interplciowych przedstawioną w jej drugiej części.

---

<sup>118</sup> W nauce prawa panuje zgoda, że koniecznym składnikiem czynności leczniczej jest leczniczy cel. Czynności pozbawione tego celu, o ile wymagają środków i metod stosowanych w medycynie, kwalifikują się metodą przeciwności jako nielecznicze. (Zielińska, *Aspekty prawnokarne nieterapeutycznych zabiegów medycznych*, „Studia Iuridica” 1988, nr 16, s. 239; M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Prawa pacjenta*, Warszawa 2001, s. 74–77.) Przesłankę tę można jednak odczytywać na różne sposoby. (Zob. T. Sroka, *Odpowiedzialność karna za niewłaściwe leczenie. Problematyka obiektywnego skutku*, Warszawa 2013, s. 38.) W ujęciu obiektywnym czynność jest podjęta w celu leczniczym „gdy z obiektywnego punktu widzenia służy w szerokim rozumieniu, ratowaniu lub ochronie życia lub zdrowia konkretnego pacjenta”. (T. Sroka, *Odpowiedzialność karna za niewłaściwe leczenie...*, s. 38.) bądź gdy „w sposób zobiektywizowany skierowana jest na chorobę w sensie biologiczno-medycznym i zmierza do profilaktyki, diagnozy, terapii bądź rehabilitacji osoby dotkniętej jej skutkami” (P. Daniluk, *Cel leczniczy w świetle poglądów doktryny prawa*, „PiM” 2005, vol. 19, 2, s. 46.). Subiektywne podejście wykonawcy jest natomiast nieistotne. Z kolei w ujęciu subiektywnym czynność zostaje podjęta w celu leczniczym, gdy wykonawca „z punktu widzenia przeżyć psychicznych działa celem ratowania lub ochrony życia lub zdrowia konkretnego pacjenta”. (T. Sroka, *Odpowiedzialność karna...*, s. 38.), a bez znaczenia pozostaje obiektywny charakter czynności. Natomiast stanowisko mieszane uzna cel leczniczy tylko w działaniach spełniających oba te warunki łącznie. Subiektywistyczne pojmowanie można streścić zdaniem: nie czynność ma cel, lecz wykonawca, przy czym celem nazywa się przeżycie intelektualno-wolitionalne: wyobrażenie stanu nieistniejącego, lecz pożądanego, motywujące kogoś do działania albo też szczególną postać zamiaru bezpośredniego, nakierowaną na realizację takiego wyobrażenia (na podstawie: P. Konieczniak, *Czynność lecznicza i jej cel. Zagadnienie celu w prawie medycznym*, [w:] E. Zielińska (red. nac.), *System Prawa Medycznego*, t. 2 cz. 1., Wolters Kluwer, Warszawa 2019, s. 97 i n.).

Swoistym punktem wyjścia dla oceny, czy osoba interplciowa została potraktowana w sposób zgodny z prawnymi i etycznymi obowiązkami spoczywającymi na personelu medycznym, jest płaszczyzna potencjalnego konfliktu przed rozpoczęciem samego zabiegu. W zarysowywanym scenariuszu dotyczy ona prawa pacjenta do autonomii w kształtowaniu swojej sytuacji zdrowotnej, konkretniej zaś – prawa do wyrażenia zgody na leczenie, w tym interwencję chirurgiczną bądź prawa do jej odmowy. Tutaj rozbija się ona o zagadnienie kontrowersyjne samo w sobie, nawet w oderwaniu od problemu interwencji podejmowanych wobec nietypowej mniejszości. Mowa o przypadkach, gdy dysponentem dóbr – autonomii i nietykalności cielesnej – jest osoba małoletnia lub występujący w jej imieniu rodzice lub opiekunowie. U osób z doświadczeniem interplciowości operacje, są – jak wspomniano powyżej – w wielu przypadkach przeprowadzane są bardzo wczesnie, nierzadko w pierwszych jego miesiącach. Samo zagadnienie możliwości wyrażania świadomej zgody przez pacjenta małoletniego lub też scedowania tego obowiązku na opiekuna prawnego, jest w perspektywie międzynarodowej legislacji przedmiotem rozlicznych debat co do granic teźże autonomii oraz wieku dającego zdolność do wyrażenia świadomej zgody (w doktrynie doprecyzowywanej jako „zgodna po należyтым poinformowaniu pacjenta”. Wymusza to także namysł nad zasobem i formą przekazywania młodemu pacjentowi informacji, celem umożliwienia właściwego podjęcia decyzji o wyrażeniu zgody lub jej braku<sup>119</sup>). W przypadku dotyczącym opieki medycznej nad osobami interplciowymi jest ono niekiedy, pomimo coraz częściej wyrażanych zaleceń<sup>120</sup>, przyćmiewane przez postawę z góry zakładającą chęć przekonania rodzica, że jedna z dwóch binarnie rozumianych płci dziecka będzie możliwa do ustalenia jedynie po podjęciu odpowiedniej interwencji

---

<sup>119</sup> Zob. np. M. Boratyńska, P. Konieczniak, *Prawa pacjenta...*, s. 225–263; M. Świdorska, *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*, Toruń 2007, s. 63; P. Konieczniak, *Ograniczone „prawo” małoletniego pacjenta do informacji*, [w:] E. Zielińska (red. nacz.), *System Prawa Medycznego*, t. 2 cz. 1, Wolters Kluwer Warszawa 2019, s. 384–385; M. Boratyńska, *Dysfunkcjonalność ochrony praw pacjenta małoletniego. Część 1: Reprezentowanie interesów i prawo do informacji*, „Annales UMCS” 2023, vol. LXX, 1, s. 42–45 i tam przywołane piśmiennictwo.

<sup>120</sup> K. Bajszczak, M. Szarras-Czapnik, J. Słowikowska-Hilczet, *Zaburzenia rozwoju płci...*, s. 77–78.



medycznej<sup>121</sup>. Ponadto, jeżeli dana interwencja podejmowana jest w stosunku do osób całkowicie ze względu na wiek niezdolnych do choćby szcątkowego rozumienia sytuacji, w jakiej się znajdują, proces konsultacji dotyczących zabiegu zawężony jest wyłącznie do wspomnianej relacji pomiędzy opiekunem a lekarzem.

Docelowo, kluczowym dla prawidłowego przeprowadzenia procesu konsultacji z rodzicem albo opiekunem niesamodzielnego pacjenta jest, zgodnie z założeniem idei należycie poinformowanej zgody, przedstawienie, w tym wypadku opiekunowi prawnemu małoletniej osoby interplciowej, zgodnych z prawdą informacji zaprezentowanych w zobiektywizowany sposób, umożliwiającym podjęcie decyzji w oparciu o wszystkie relewantne dla decydującego przesłanki. W opisywanym spektrum stanów faktycznych mogą pojawić się jednak utrudnienia zaburzające ten modelowy proces.

Pierwszym z nich jest sama kwestia przekazania informacji, że dziecko urodziło się z cechami świadczącymi o interplciowości lub o uzasadnionym przypuszczeniu ich wystąpienia. W świadomości społecznej istnieje istotny czynnik presji związany z uznawaniem dziecka za zdrowe wtedy, gdy jego cechy płciowe nie odbiegają od cech osoby endoplciowej. Jeśli cechy świadczące o interplciowości dostrzeżone zostaną na etapie rozwoju prenatalnego, informacja może zostać udzielona w sposób nacechowany negatywnie, sugerujący konieczność działań stymulujących rozwój w „ustandaryzowany” sposób. Presja taka może być uwarunkowana dosłownym rozumieniem wytycznych traktujących cechy świadczące o interplciowości jako zaburzeń rozwoju płciowego, bądź też wynikać z chęci „ustandaryzowania”, czy „ubinarnienia” ciała. Można ją uznać za jeden z istotnych czynników decyzji o wdrożeniu nieuzasadnionej z medycznego punktu widzenia procedury leczniczej. Ponadto o pochoptnym wyrażeniu zgody może przesądzić znikoma zazwyczaj wiedza rodziców bądź opiekunów o zaburzeniach rozwoju płciowego (wynikająca, jak wykazują niektóre badania, z zaniedbań w zapewnieniu wsparcia i opieki psychologicznej podczas przekazywania drażliwych

---

<sup>121</sup> J. Daaboul, J. Frader, *Ethics and the Management of the Patient with Intersex: A Middle Way*, „Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism” 2001, nr 14(9), s. 1557.

informacji<sup>122</sup>). Łączyć może się ona z autentyczną troską o dobrostan dziecka, szokiem i brakiem emocjonalnego przygotowania na wiadomość o stwierdzonych u niego nietypowych cechach płciowych, jak również z tradycyjnym rozumieniem ról płciowych człowieka i chęcią ukształtowania rozwoju małoletniego w ich ramach<sup>123</sup>. Pomimo powolnego poprawiania się standardów<sup>124</sup> traktowania osób z cechami wskazującymi na interplciowość co do wstępnej oceny ich stanu zdrowia i cech płciowych, niekiedy zdarza się, że stosowana przez personel medyczny presja na opiekunów prawnych małoletniego pacjenta do wyrażenia zgody na podjęcie interwencji chirurgicznej przybiera formę manipulacji<sup>125</sup>. Zawierać może przy tym sugestie terapii jeszcze na etapie ciąży, z wykorzystaniem *off-label* środków medycznych o niepotwierdzonej z tego powodu skuteczności<sup>126</sup>, pomimo ryzyka szkód. Wreszcie, możliwe jest niedoinformowanie opiekunów prawnych i podejmowanie działań na własną rękę, z powiadomieniem o podjętej interwencji dopiero *post factum*<sup>127</sup>. Odnotowano przypadki skrajne, gdy przyszłym rodzicom zalecano terminację ciąży<sup>128</sup>. W ramach procedury zapłodnienia pozaustrojowego znane jest z tej samej przyczyny prewencyjne odrzucanie embrionów<sup>129</sup>. Preimplantacyjna selekcja embrionów jest bowiem niekiedy rekomendowana jako metoda minimalizowania ryzyka urodzenia dziecka z potencjalnie

---

<sup>122</sup> E. M. Leidolf, M. Curran, Scout, J. Bradford, *Intersex mental health and social support options in pediatric endocrinology training programs*, „J Homosex.” 2008, nr 54(3): 233–42, s. 236–241.

<sup>123</sup> K.-K. Ford, „*First, Do No Harm*”: *The Fiction of Legal Parental Consent to Genital-Normalizing Surgery on Intersexed Infants*, „Yale Law & Policy Review” 2001, nr 19(2), s. 486–488.

<sup>124</sup> J. Greenberg, *International Legal Developments Protecting the Autonomy Rights of Sexual Minorities: Who Should Determine the Appropriate Treatment for an Intersex Infant?*, [w:] S. Sytsma, (eds), *Ethics and Intersex*, International Library of Ethics, Law and the New Medicine 2006, vol. 29, s. 89–90.

<sup>125</sup> D. C. Ghattas (tłum. M. Rakita), *Ochrona osób interplciowych w Europie...*, s. 16.

<sup>126</sup> *Human rights and intersex people – Issue paper published by the Council of Europe Commissioner for Human Rights*, Council of Europe, 2015, s. 20.

<sup>127</sup> E. M. Horowicz, *Intersex children: Who are we really treating?*, „Medical Law International” 2017, nr (17) 3, s. 188.

<sup>128</sup> *Human rights and intersex people – Issue paper...*, s. 20.

<sup>129</sup> C. E. Orr, *Exorcising Intersex and Crippling Compulsory Dyadism*, Institute of Feminist and Gender Studies Faculty of Social Sciences University of Ottawa, 2018, s. 199–232.

zagrożającymi życiu bądź utrudniającymi rozwój cech płciowych schorzeniami takimi jak wrodzony przerost nadnerczy, zespół niewrażliwości na androgeny<sup>130</sup> czy zespół Klinefeltera<sup>131</sup>. Przeciwnicy tych praktyk podnoszą jednak ich interfobiczny charakter i określają je mianem „eugenicznych”<sup>132</sup>, naruszających prawo do życia osób interplciowych<sup>133</sup>, oraz wskazują na wydzwięk *wymazywania* ze społeczeństwa wszystkich osób niewpisujących się w reprezentowany przez większość schemat.

Wszystkie powyżej przedstawione wypaczenia, naganne same w sobie, w przypadkach osób interplciowych są jednak szczególnie istotnym zagrożeniem. Z jednej strony na szali kładziona jest wysoce inwazyjna ingerencja w organizm osoby interplciowej. Z drugiej zaś, obecnie można stwierdzić, że w skali europejskiej naruszenia takie mają raczej charakter reguł niż wyjątków<sup>134</sup>. Należy raz jeszcze zauważyć, że wszystkie opisane powyżej przykłady jako wspólny mianownik mają sam fakt występowania u danej osoby cech świadczących o interplciowości oraz postrzeganie terapii wyłącznie przez pryzmat rozbieżności względem ciała osoby endoplciowej, niezależnie od faktycznego stanu zdrowia bądź ryzyka jego rozstroju.

Jednym z argumentów wysuwanych w obronie tego typu operacji jest wspomniana wcześniej konieczność przypisania dziecku płci, do czego w wielu państwach europejskich lekarz zobligowany jest w stosunkowo krótkim czasie po jego narodzinach. Konieczność ta wynikać może z kształtu procedury administracyjno-prawnej bądź obowiązującego wzoru aktów stanu cywilnego w obrębie danego państwa. Trzeba jednak odnotować, że

---

<sup>130</sup> R. Sparrow, *Gender Eugenics? The Ethics of PGD for Intersex Conditions*, „The American Journal of Bioethics” 2013, nr 13(10), s. 29–30.

<sup>131</sup> M. P. Martinez, H. Elbardisi, A. Majzoub, M. Arafa, *Klinefelter Syndrome*, [w:] M. Arafa, H. Elbardisi, A. Majzoub, A. Agarwal (eds.), *Genetics of Male Infertility*, Springer, Cham, 2020, s. 198.

<sup>132</sup> G. Davis, *The Social Costs of Preempting Intersex Traits*, „The American Journal of Bioethics” 2013, nr 13:10, s. 51.

<sup>133</sup> M. Bauer, D. Truffer, D. Crocetti, *Intersex human rights...*, s. 734–735.

<sup>134</sup> W cytowanym wcześniej badaniu *A long way to go for LGBTI equality* zrealizowanym w 2019 roku, aż 62% respondentów wskazało, że interwencja medyczna co do kształtowania ich charakterystyki płciowej podjęta została bez zgody ich, lub ich rodziców / opiekunów prawnych – *A long way to go for LGBTI equality...*, s. 21, za: [https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra\\_uploads/fra-2020-lgbti-equality-1\\_en.pdf](https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2020-lgbti-equality-1_en.pdf), [dostęp: 25.10.2023 r.].

potrzeba oznaczenia płci w dokumentach staje tutaj w sprzeczności z kwestiami opieki nad małoletnim pacjentem: jego dobrostanu, fundamentalnego z perspektywy etyki lekarskiej unikania wyrządzania szkód zdrowotnych oraz ryzyka spowodowania nieodwracalnych, szkodliwych zmian w organizmie. Na tym etapie wartym odnotowania jest, że głosy za zliberalizowaniem wymogów co do oznaczania płci bądź za rozszerzeniem katalogu dostępnych jej oznaczeń o opcje niebinarne odzywają się regularnie i równoległe z propozycjami zorientowanymi na bardziej bezpośrednią ochronę prawnomedyczną na poziomie systemowym, która w pełni zabezpieczałaby osoby interplciowe przed naruszeniami<sup>135</sup>. Niekiedy w ramach jednego pakietu zmian, system administracyjnego określania płci w dokumentach tożsamości również przechodzi modyfikacje. Pozwalają one bądź na czasowe wstrzymanie się od oznaczenia płci, bądź na wprowadzenie markerów niewskazujących na płeć w rozumieniu binarnym<sup>136</sup>, na przykład oznaczenia „inne”<sup>137</sup>, czy na całkowite zrezygnowanie z jego umieszczania w dokumentach<sup>138</sup>. Temat oznaczenia płci w dokumentach tożsamości jest więc nierozzerwalnie związany także z prawami osób interplciowych do opieki medycznej.

---

<sup>135</sup> Postulaty takiej treści zawarte zostały in. w dokumentach: *The Yogyakarta Principles plus 10* (2017), stanowiącym uzupełnienie deklaracji *The Yogyakarta Principles* (2006) – tworzących łącznie międzynarodowo rozpoznawany zbiór działań mających na celu podwyższenie poziomu ochrony praw człowieka w odniesieniu do osób nieheteroseksualnych, niecisplciowych i nieendoplciowych. – *The Yogyakarta Principles Plus 10, Additional Principles And State Obligations On The Application Of International Human Rights Law In Relation To Sexual Orientation, Gender Identity, Gender Expression And Sex Characteristics To Complement The Yogyakarta Principles, As adopted on 10 November 2017*, Geneva, Principle 31, s. 9.

<sup>136</sup> Wśród państw europejskich rozwiązanie takie zapewniają obecnie między innymi Malta, Dania czy Niemcy – L. Holzer, *Non-Binary Gender Registration Models In Europe – Report on third gender marker or no gender marker options*, ILGA-Europe, 2018, s. 16.

<sup>137</sup> Za przykład posłużyć mogą uregulowania niemieckie – *Personenstandsgesetz vom 19. Februar 2007* (BGBl. I S. 122), *das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 17. Juli 2023* (BGBl. 2023 I Nr. 190) *geändert worden is*, (Ustawa o stanie cywilnym z dnia 19 lutego 2007 roku (BGBl. I s. 122), ostatnio zmieniona art. 3 ustawy z dnia 17 lipca 2023 roku. (BGBl. 2023 I nr 190) – [Personenstandsgesetz (PStG) – Art 22; Art 45b., [dostęp: 20.08.2023 r.]. Zob. też J. Holocher, „Małe rozwiązania”, „duże rozwiązania”, *godność i wolność człowieka...: zasady konstytucyjne w sporze o prawa osób transseksualnych w orzecznictwie Federalnego Sądu Konstytucyjnego Niemiec*, „PiM” 2018, vol. 70, 1.

<sup>138</sup> Propozycje takiego rozwiązania, chroniącego także osoby transplciowe oraz niebinarne przedstawiła w 2020 roku w Niderlandach ówczesna minister edukacji, kultury i nauki Ingrid van Engelshoven, z założeniem zrealizowania ich do 2024/2025 roku – L. Holzer, *Non-Binary Gender Registration...*, s. 6.

Nie sposób nie brać go pod uwagę jako czynnika zarówno decyzji podejmowanych przez zespoły medyczne, jak i na system ochrony osób interplciowych w ogólności. Tematem na osobne opracowanie powinno być jednak zagadnienie, czy pragnienie zrealizowania cywilno- lub administracyjno-prawnego obowiązku przypisania płci dziecka w dokumentach tożsamości (przy istnieniu w danym systemie takiego obowiązku prawnego) może lub powinno stanowić uzasadnienie dla podjęcia niewskazanej z medycznego punktu widzenia operacji charakteryzującej się tak głęboką ingerencją w ciało pacjenta. Przykłady ingerencji przedstawione zostaną poniżej.

Niezależnie od możliwości wyrażenia przez osobę poddawaną takim zabiegom świadomej zgody na ich podjęcie, pozostaje aktualna kwestia potencjalnych konsekwencji takich działań. Informacje na ten temat odnaleźć można w raportach przygotowywanych między innymi przez organizacje działające na rzecz osób interplciowych, jak Organisation Intersex International Europe (często przytaczaną pod nazwą OII Europe) oraz organizacje o charakterze międzynarodowym. W świetle podawanych tam danych, potencjalne konsekwencje pochopnej decyzji o nieuzasadnionej interwencji medycznej w ciało osoby interplciowej, obejmować mogą między innymi powikłania w rozwoju, jak schorzenia kości wynikłe z trwałego zaburzenia gospodarki hormonalnej, a także inne negatywne konsekwencje wieloletniej terapii endokrynologicznej<sup>139</sup>. W ramach tego typu interwencji dochodzić może do nieuzasadnionego usunięcia niestwarzających zagrożenia i zdolnych do spełniania swoich funkcji narządów płciowych oraz organów odpowiedzialnych za gospodarkę hormonalną, spowodowanego często nieprawidłowo ocenionym ryzykiem chorób nowotworowych<sup>140</sup>. Rezultatem takich zmian mogą być przewlekłe bóle i poczucie „braku przynależności” zoperowanych organów do reszty ciała<sup>141</sup>, trwale

---

<sup>139</sup> D. C. Ghattas, *Ochrona osób interplciowych w Europie...*, s. 12–13.

<sup>140</sup> M. Carpenter, *The human rights of intersex people: addressing harmful practices and rhetoric of change*, „Reproductive Health Matters” 2016, nr 24:47, s. 75.

<sup>141</sup> S. Zobel, *Intersex/Gender-Related Constitutiveness: Specific Realities, Specific Norms*, [w:] E. Schneider, C. Balthes-Löhr (ed.), *Normed Children: Effects of Gender and Sex Related Normativity on Childhood and Adolescence*, Bielefeld: transcript Verlag, 2018, s. 216.

blizny skutkujące dodatkową stygmatyzacją<sup>142</sup> i trudnościami na przyszłość w realizowaniu opieki ginekologicznej czy urologicznej. Wspomniane są także niekiedy problemy z osiągnięciem satysfakcji w życiu intymnym<sup>143</sup> i związane ze zdrowiem seksualnym<sup>144</sup>. Konsekwencją przeprowadzonych w młodym wieku operacji jest w niektórych przypadkach także wiele lat kosztownej i skomplikowanej opieki lekarskiej, w tym długotrwałych pobytów w placówkach medycznych<sup>145</sup>, co może negatywnie wpływać na możliwości rozwoju osobistego czy zawodowego<sup>146</sup>.

Jest przy tym oczywiste, że w niektórych przypadkach, gdy poważne odmienności zagrażają życiu lub zdrowiu na szeroką skalę, opisane powyżej działania, łącznie z usuwaniem gonad i szeroko zakrojoną plastyką narządów płciowych, mogą być uzasadnione i docelowo przynosić skutek pozytywny, jeżeli zmiany w rozwoju cech płciowych zostaną poprawnie zinterpretowane. Celem środowisk sprzeciwiających się okaleczeniom osób interplciowych nie jest wszak zakaz interwencji w sytuacjach medycznie uzasadnionych. Przykładowo, jako wymagane oraz konieczne dla ratowania zdrowia interwencje, podaje się między innymi leczenie wrodzonego przerostu nadnerczy jako stanu bezpośrednio zagrażającego życiu lub zdrowiu<sup>147</sup>. Podobnie rozpatrywane będą sytuacje rekonstrukcji narządów płciowych u osoby pozbawionej niektórych ich fragmentów, przy jednoczesnym zachowaniu, bez zauważalnych zmian, pozostałych narządów z tej grupy (np. przypadki afalii<sup>148</sup>). Co jednak jest dla powyższych rozważań kluczowe, wysoka inwazyjność większości z opisanych zabiegów nakazuje

---

<sup>142</sup> *Parliamentary Assembly of the Council of Europe, Resolution 2191 (2017). Promoting the human rights of and eliminating discrimination against intersex people*, Doc. 14404, 25 September 2017, s. 10.

<sup>143</sup> A. W. Berry, S. Monro, *Ageing in obscurity: a critical literature review regarding older intersex people*, „Sexual and Reproductive Health Matters” 2022, nr 30:1, s. 46.

<sup>144</sup> *Human rights and intersex people – Issue paper...*, s. 14.

<sup>145</sup> A. Tamar-Mattis, *Exceptions to the Rule...*, s. 70.

<sup>146</sup> *Parliamentary Assembly of the Council of Europe, Resolution 2191 [...] Doc. 14404 (2017)...*, s. 8.

<sup>147</sup> E. Barg, M. Tokarska, B. Wikiera, B. Kosowska, *Postępy w diagnostyce wrodzonego przerostu kory nadnerczy*, „Adv. Clin. Exp. Med.” 2003, nr 12, 4, s. 509.

<sup>148</sup> Czyli braku penisa. Zob. K. Bangalore Krishna, C. Cinnatti, P. Hoebeke, A.-F. Spinoit, R. De Castro, P. A. Lee, *Individualized care for patients with intersex...*

z najwyższą ostrożnością podejmować decyzje o ich wdrożeniu. Jeżeli jest to natomiast możliwe, do minimum powinno się ograniczać działania niezbędne przed osiągnięciem etapu umożliwiającego pacjentowi podjęcie, bądź przynajmniej współpodjęcie decyzji na temat swojego ciała<sup>149</sup>. Ma to na celu uniknięcie interwencji podejmowanych jedynie pod wpływem społecznej presji i schematyczności postępowania w tego rodzaju przypadkach. Niezwykle istotnym jest także dalszy rozwój metod bezstronnej, opartej o opinie więcej niż jednego specjalisty, obiektywnej i wielostopniowej oceny konieczności przystępowania do działań<sup>150</sup>.

W związku z koniecznością zachowania wzmożonej ostrożności w podejmowaniu interwencji medycznych, warto wskazać, że prawidłowo sformułowane uzasadnienie i poprawne odnotowanie go w dokumentacji medycznej pacjenta również może bezpośrednio przekładać się na późniejszy dobrostan poddanej operacji osoby. Istnieją doniesienia, że u osób dowiadujących się, iż podjęte wobec nich działania wykroczyły poza zdrowotną niezbędność, możliwe jest powstanie ogólnej niechęci do kontaktów z personelem medycznym, czy nawet bardziej złożonych traum i urazów psychicznych. Mogą one w przyszłości znacznie utrudniać takiej osobie kontakty ze światem medycyny, zarówno we własnym interesie zdrowotnym, jak i bliskich<sup>151</sup>. Przyczyniać może się do tego nie tylko sama przebyta w dzieciństwie operacja, lecz także późniejsza niedelikatność personelu medycznego przy badaniach. Szczególnie rażące są przypadki zachowań godzących w prawo do prywatności i intymności podczas dokonywania grupowych oględzin ciała pacjenta, traktowanego jako „studium przypadku”<sup>152</sup>, czy w trakcie dalszych, mających miejsce już w dorosłości procedur

---

<sup>149</sup> M. Cools, A. Nordenström, R. Robeva, J. Hall, P. Westerveld i in.; COST Action BM1303 working group 1, *Caring for individuals with a difference of sex development (DSD): a Consensus Statement*. „Nat Rev Endocrinol.” 2018 Jul, nr 14(7), s. 418.

<sup>150</sup> K. Bangalore Krishna, C. P. Houk, P. A. Lee, *Pragmatic approach to intersex, including genital ambiguity, in the newborn*, „Seminars in Perinatology” 2017, vol. 41, issue 4, s. 244–251.

<sup>151</sup> C. Carpenter, K. Makhubu, L. Moche, *An invisible public health crisis: the forced normalization of intersex people*, „HPHR” 2021, nr 30.

<sup>152</sup> S. E. Preves, *Negotiating the Constraints of Gender Binarism: Intersexuals’ Challenge to Gender Categorization*, „Current Sociology” 2000, nr 48(3), s. 31.

medycznych. Jeżeli informacja o chirurgicznym usunięciu cech interplciowości przekazana zostanie długo *post factum*, w późniejszym wieku<sup>153</sup>, pacjent, pozbawiony psychologicznego wsparcia narażony jest na szok, poczucie skrzywdzenia przez lekarzy oraz na gwałtowne załamanie kondycji psychicznej<sup>154</sup>. Ponadto, ze względu na stygmatyzację i dyskryminację w innych środowiskach, osoby interplciowe mogą doświadczać pogłębiania się wskazanych powyżej problemów, zalecane jest więc ułatwianie tej grupie dostępu do wsparcia i opieki psychologicznej<sup>155</sup>.

Na kanwie przytoczonego w ostatniej kolejności zagadnienia, czyli możliwej stygmatyzacji osób interplciowych pochodzącej z innych źródeł, a związanej z ich różniącym od otoczenia wyglądem czy ekspresją płciową, w skali globalnej dostrzec można formułowanie niekiedy argumentu, że dokonanie „przymusowego” ustalenia płci interplciowego dziecka poprzez dostosowanie jej do endoplciowego standardu leży w jego dobrze pojętym interesie. Jako uzasadnienie dla tego poglądu przyjmuje się rzekome ułatwienie tej osobie dostosowania się do norm społecznych, zagwarantowanie postrzegania w odpowiednich społecznych kategoriach<sup>156</sup> i uniknięcie stygmatyzacji, nawet jeśli interwencja taka nie ma podyktowanych stanem zdrowia podstaw<sup>157</sup>. Pogląd ten jednak można uznać za wysoce paternalistyczny w swej podbudowie, pomimo że racjonalnym jest założenie chęci zminimalizowania wpływu doświadczenia interplciowości

---

<sup>153</sup> Wątek ukrywania przed obecnie dorosłymi osobami informacji na temat ich interplciowości, ograniczania im dostępu do dokumentacji medycznej, czy wprost oklamywania przez personel medyczny nie jest odosobniony – „*I Want to Be Like Nature Made Me*” *Medically Unnecessary Surgeries on Intersex Children in the US*, 25.07.2017 r., interACT & Human Rights Watch, za: <https://www.hrw.org/report/2017/07/25/i-want-be-nature-made-me/medically-unnecessary-surgeries-intersex-children-us>, [dostęp: 28.10.2023 r.].

<sup>154</sup> *Human rights and intersex people – Issue paper...*, s. 24.

<sup>155</sup> L. Zeeman, K. Aranda, *A Systematic Review of the Health and Healthcare Inequalities for People with Intersex Variance*, „*International Journal of Environmental Research and Public Health*” 2020, nr 17(18) s. 10.

<sup>156</sup> P. D. E. Mouriquand, D. B. Gorduza, C.-L. Gay, H. F. L. Meyer-Bahlburg, L. Baker, L. S. Baskin i in., *Surgery in disorders of sex development (DSD) with a gender issue: If (why), when, and how?*, „*Journal of Pediatric Urology*” 2016, nr 12:3, s. 143.

<sup>157</sup> M. Carpenter, *The “Normalization” of Intersex Bodies and “Othering” of Intersex Identities in Australia*, „*Bioethical Inquiry*” 2018, nr 15, s. 489.



na relacje z grupą rówieśniczą, szczególnie na etapie dzieciństwa i wieku nastoletniego. Całkowicie nieproporcjonalną jest jednak relacja między dobrem dziecka rozumianym w kategoriach zdolności do dostosowania się do otoczenia poprzez zamaskowanie cech interplciowości a opisywaną powyżej skalą chirurgicznych interwencji. Przedstawiony punkt widzenia ignoruje także istotny dla późniejszego rozwoju i dorastania aspekt tożsamości płciowej danego pacjenta, który nie musi identyfikować się z tą przypisaną mu w okresie niemowlęctwa. Ponadto z góry narzucona decyzja co do ukształtowania cech płciowych ignoruje zarówno wolę poddawanej zabiegowi osoby, jak i jej prawo do autonomii i kształtowania swojej tożsamości (które to, jak głosi choćby *Konwencja Narodów Zjednoczonych O prawach Dziecka*<sup>158</sup>, przyznane jest już na etapie dzieciństwa<sup>159</sup>).

Dylemat związany z potencjalnym postrzeganiem małoletnich osób interplciowych jako różniących się od otoczenia należy rozwiązywać „od zewnątrz”, tj. przez podnoszenie kompetencji osób odpowiedzialnych za opiekę nad nimi, rozwój edukacji seksualnej i poszerzenie jej o tematykę interplciowości<sup>160</sup> czy zwiększanie inkluzywności wobec osób interplciowych w placówkach edukacyjnych<sup>161</sup>. Za istotne uważane jest także rozbudowanie i zapewnianie odpowiedniego wsparcia psychologicznego, zarówno dla osób interplciowych, jak i ich najbliższych<sup>162</sup>. Osobę taką można wspierać poprzez pomoc w dostosowaniu ubioru, wyglądu zewnętrznego czy relacji do innych osób z bliskiego otoczenia, a także przez komunikację i odpowiednie do wieku uświadamianie na temat jej stanu zdrowia, tak

---

<sup>158</sup> *Konwencja O Prawach Dziecka* przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych dnia 20 listopada 1989 roku, (Dz. U. 2000.2.11).

<sup>159</sup> K. Sandberg, *Intersex Children and the UN Convention...*, s. 525–530.

<sup>160</sup> T. Lundberg, K. Roen, C. Kraft, P. Hegarty, *How young people talk about their variations in sex characteristics: making the topic of intersex talkable via sex education*, „Sex Education” 2021, nr 21:5, s. 553–554, 562–563.

<sup>161</sup> L. Hunter, A. Zavros-Orr, A. Brömdal, K. Hand, B. Hart, *Intersex awareness and education: what part can health and physical education bodies of learning and teaching play?*, „Sport, Education and Society” 2023, nr 28:9, s. 1049, 1063–1065.

<sup>162</sup> U. Lampalzer, P. Briken, K. Schweizer, *Psychosocial care and support in the field of intersex/ diverse sex development (dsd): counselling experiences, localisation and needed improvements*, „Int J Impot Res” 2021, nr 33, s. 228–242.

ze strony osób najbliższych, jak i personelu medycznego<sup>163</sup>. Rozwiązania dotyczące chirurgicznego kształtowania cech płciowych należy, jeśli jest to możliwe, wdrażać dopiero, gdy dana osoba jest w stanie określić, a przynajmniej przejawiać cechy lub zachowania świadczące o identyfikacji z daną tożsamością płciową, a co ważniejsze, aktywnie partycypować w podjęciu decyzji na ten temat<sup>164</sup>. Przywołany wcześniej pogląd o postrzeganiu osób interplciowych w relacji do endoplciowych rówieśników oraz o operacyjnej konieczności rozwiązywania opisanego dylematu u jego podstawy należy więc, zdaniem autora, uznać za rażąco nietrafny.

Kolejną warstwą, w obrębie której istnieje ryzyko spowodowania uszczerbku na skutek nieuzasadnionej z medycznego punktu widzenia operacji, jest wyżej wspomniane poczucie tożsamości płciowej osoby z doświadczeniem interplciowości. Może on nastąpić w efekcie błędnego oznaczenia oraz w konsekwencji błędnego dostosowania cech płciowych tej osoby do jej identyfikacji płciowej i poczucia tożsamości, wyrażonego w późniejszym wieku. W przypadku niektórych osób przyczyna tego może leżeć w samym fakcie przypisania i „umodelowania” ich organizmu do kształtu uznanego przez zespół medyczny za właściwy jednej z dwóch binarnie rozumianych płci, zważywszy na głębokie zmiany wymuszone w tym wypadku na organizmie, celem dokonania takiego przypisania<sup>165</sup>. Niektóre badania wykazują, że odsetek osób interplciowych nieutożsamiających się z płcią nadaną im w ramach tych procedur dochodzić może do nawet ponad 1/3 przypadków<sup>166</sup>. Wskazuje się, że w przypadku osób interplciowych częstszą praktyką przy ustalaniu płci dziecka urodzonego z gonadami o utkaniu mieszanym jest operacyjne ukształtowanie zewnętrznych cech płciowych pod kątem nadania binarnego oznaczenia płci jako

---

<sup>163</sup> Intersex Society of North America, *Clinical Guidelines for the Management of Disorders of Sex Development in Childhood – Consortium On The Management Of Disorders Of Sex Development*, 2006, s. 22–23, 28, 31, 33, za: <https://dsguidelines.org/>, [dostęp: 25.10.2023 r.]

<sup>164</sup> M. Cools, A. Nordenström, R. Robeva, J. Hall, P. Westerveld i in.; COST Action BM1303 working group 1, *Caring for individuals...*, s. 418.

<sup>165</sup> J. Garland, S. Slokenberga, *Protecting the Rights of Children with Intersex Conditions from Nonconsensual Gender-Conforming Medical Interventions: The View from Europe*, „Medical Law Review” 2019, vol. 27, issue 3, s. 484.

<sup>166</sup> *Human rights and intersex people – Issue paper...*, s. 23.

żeńskej oraz kierowania się przesłanką uformowania organów płciowych przynajmniej w pewnym stopniu zdolnych do prowadzenia współżycia<sup>167</sup>. Oczywiście jednak nie jest to zawsze zgodne z późniejszą identyfikacją płciową tej osoby<sup>168</sup>. Zagadnienie to związane jest też bezpośrednio z zarysowanym wcześniej dylematem dotyczącym procedury dokonywania na późniejszym etapie życia osoby korekt oznaczenia płci w dokumentach oraz z systemami wymuszającymi przypisanie jedynie jednego z dwóch binarnie określanych oznaczeń płci.

### **FGM w kontraście do IGM – zarzuty i pytania o podwójne standardy**

Finalnie, prócz samego materialnego efektu w postaci naruszeń integralności cielesnej pacjenta, godnym potępienia z perspektywy etyki lekarskiej jest samo uzasadnienie i aksjologiczna podstawa dokonywania opisywanych zabiegów, zwłaszcza w świetle rozdzwiewku dostrzeganego w obszarze ochrony innych grup pacjentów przed dokonywaniem podobnych interwencji w swoim zakresie i w umotywowaniu. Dla kontrastu wobec opisywanego powyżej standardu można podać, że istnieje powszechny konsens co do niedopuszczalności i potrzeby zwalczania procederu okaleczania żeńskich narządów płciowych (często określane jako FGM – *Female Genital Mutilation*). Znajduje on poparcie zarówno w dyskusjach na forum medycznym, jak i politycznym, również w przestrzeni Unii Europejskiej. Zgodnie z definicją wypracowaną przez Światową Organizację Zdrowia [WHO] i stosowaną od 1997 roku, przez FMG rozumie się „wszelkie procedury, w których skład wchodzi częściowe lub całkowite usunięcie żeńskich zewnętrznych narządów płciowych lub inne rodzaje obrażeń zadawanych tym narządom z przyczyn umotywowanych kulturowo, lub z innych, nieterapeutycznych powodów”<sup>169</sup>. Zjawisko spotykane jest głównie na Bliskim Wschodzie oraz w Afryce Zachodniej

---

<sup>167</sup> A. D. Dreger, „*Ambiguous sex*” –or ambivalent medicine? Ethical issues in the treatment of intersexuality. „Hastings Cent Rep.” 1998, nr 28(3):, 24–35, s. 27–30.

<sup>168</sup> K. Bajszczyk, M. Szarras-Czapnik, J. Słowikowska-Hilczner, *Zaburzenia rozwoju płci...*, s. 78.

<sup>169</sup> World Health Organization, *Female genital mutilation: an overview*, World Health Organization, 1998, s. 6.

i Środkowej<sup>170</sup>, jednak w związku z migracjami ludności zaczęło pojawiać się w innych częściach świata, w tym w Ameryce Północnej, Europie i Australii<sup>171</sup>.

Powodem wykonywania FGM jest najczęściej lokalne, tradycjonalistyczne rozumienie ról płciowych oraz dyskryminacja na tle płci wynikająca z rytuałów towarzyszących dojrzewaniu, wstępowaniu w związek małżeński oraz dotycząca życia intymnego pokrzywdzonych oraz posiadania dzieci. FGM nie ma rzecz jasna żadnego uzasadnienia medycznego, a tylko powody o podłożu społecznym, religijnym i kulturowym<sup>172</sup>. Skala okaleczeń może przyjmować zróżnicowane formy, mniej lub bardziej drastyczne, takie jak częściowe/całkowite uszkodzenie lub amputację lechtaczki, warg sromowych mniejszych lub w nielicznych przypadkach cięższe okaleczenia, z całkowitym usunięciem zewnętrznych narządów płciowych i skaryfikacją włącznie. W klasyfikacji stosowanej przez WHO rodzaje tych okaleczeń są kategoryzowane ze względu na objęte nimi organy oraz ich skalę<sup>173</sup>. Czynności te przeprowadzane są we wczesnym okresie życia pokrzywdzonych, najczęściej obejmującym późne dzieciństwo lub wczesny wiek nastoletni, mogą one także być związane z późniejszymi rytualnymi okaleczeniami w momencie rozpoczęcia współżycia, czy po urodzeniu dziecka<sup>174</sup>. Niemal każdorazowo odbywają się one z całkowitym pogwałceniem i zanegowaniem praw osoby pokrzywdzonej do decyzji o autonomii własnego ciała, i idei wyrażenia świadomej, należycie poinformowanej zgody na dany zabieg<sup>175</sup>. Ich bezpośrednimi oraz długoterminowymi skutkami są, między innymi, ciężkie uszkodzenia naczyń

---

<sup>170</sup> R. C. Berg, E. Denison, *A Tradition in Transition: Factors Perpetuating and Hindering the Continuance of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) Summarized in a Systematic Review*, „Health Care for Women International” 2013, nr 34:10, s. 838.

<sup>171</sup> B. Molina-Gallego, L. Mordillo-Mateos, G. M. de Corral, S. Gómez-Cantarino, B. Polonio-López, M. I. Ugarte-Gurrutxaga, *Female Genital Mutilation: Knowledge and Skills of Health Professionals*, „Healthcare” 2021, nr 9, 974, s. 3.

<sup>172</sup> R. C. Berg, E. Denison, *A Tradition in Transition...* s. 843–845, 847–848.

<sup>173</sup> J. Abdulcadir, L. Catania, M. J. Hindin, L. Say, P. Petignat, O. Abdulcadir, *Female Genital Mutilation*, „Obstetrics & Gynecology” 2016, nr 128(5), s. 958.

<sup>174</sup> D. Rogowska-Szadkowska, T. Niemiec, *Obrzezanie kobiet – nowy problem w praktyce lekarza ginekologa w krajach Unii Europejskiej?*, „Ginekologia Polska” 2009, nr 80, s. 119.

<sup>175</sup> G. I. Serour, *Medicalization of female genital mutilation/cutting*, „African Journal of Urology” 2013, vol.19, issue 3, s. 147.

krwionośnych w obszarze krocza i dalsze uszkodzenia tkanek, problemy o charakterze ginekologicznym, choroby układu moczowego, trwale zaburzenie funkcji fizjologicznych organizmu, czy komplikacje w okresie ciąży, znacząco podnoszące ryzyko zgonu przy porodzie<sup>176</sup>. Ponadto, ze względu na często głęboko niehigieniczne warunki, przeprowadzanie tych działań przez osoby bez wykształcenia medycznego<sup>177</sup> oraz głęboką inwazyjność przeprowadzania tego typu zabiegów, nierzadko ich bezpośrednim skutkiem jest zakażenie rany i znaczne wydłużenie procesu rekonwalescencji, wywołanie choroby przewlekłej, a nawet śmierć osoby pokrzywdzonej w wyniku utraty krwi lub powikłań po okaleczeniu<sup>178</sup>. Należy także mieć na uwadze głębokie szkody wyrządzone w psychice osoby poddanej działaniom o charakterze FGM, w tym wysokie ryzyko powstania zaburzeń lękowych, stresu pourazowego, depresji<sup>179</sup>.

Na forum globalnym walka z FGM jest prowadzona zarówno pod auspicjami Światowej Organizacji Zdrowia, jak i regionalnych organizacji międzynarodowych. W zakresie działań o charakterze prawnym wskazać można zarówno działania o charakterze ponadnarodowym, opierające się o raporty, komitety badawcze i apele, wystosowywane między innymi przez Biuro Wysokiego komisarza Narodów Zjednoczonych do spraw praw człowieka czy Biuro Wysokiego komisarza Narodów Zjednoczonych do spraw uchodźców, a także rezolucje wystosowywane na forum ogólnym Organizacji Narodów Zjednoczonych<sup>180</sup>. Ponadto zauważalne są wysiłki

---

<sup>176</sup> E. Kelly, P.J. A. Hillard, *Female genital mutilation*, „Current Opinion in Obstetrics and Gynecology” 2005, nr 17(5), s. 491.

<sup>177</sup> Choć zwycająowo działania o charakterze FGM nie są dokonywane przez profesjonalistów, w niektórych państwach (m.in. w Sudanie i Egipcie) w znaczny odsetek rytualnych okaleczeń zaangażowane są osoby z wykształceniem medycznym – E. Leye, N. Van Eekert, S. Shamu, et al. *Debating medicalization of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C): learning from (policy) experiences across countries*, „Reproductive Health” 2019, nr 16, 158, s. 2.

<sup>178</sup> E. Kelly, P.J. A. Hillard, *Female genital mutilation...*, s. 491.

<sup>179</sup> P. Mulongo, C. Hollins Martin, S. McAndrew. *The psychological impact of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) on girls/women's mental health: a narrative literature review*, „Journal of Reproductive and Infant Psychology” 2014, nr 32(5), s. 475–480.

<sup>180</sup> United Nations General Assembly, *Resolution adopted by the General Assembly on 20 December 2012 [on the report of the Third Committee (A/67/450 and Corr.1)] 67/146. Intensifying global efforts for the elimination of female genital mutilations – A/RES/67/146.*

regionalnych organizacji, takich jak Unia Europejska<sup>181,182</sup>, lub Unia Afrykańska<sup>183,184</sup>. Niekiedy działania WHO koordynowane na poziomie globalnym poddawane są jednak krytyce, jako konstruowane z nadmiernie europocentrycznego punktu widzenia, i kontrskuteczne ze względu na niedostosowanie do lokalnych uwarunkowań<sup>185</sup>. Ponadto w poszczególnych państwach, stopniowo, pod wpływem tak politycznej, jak i społecznej inspiracji, rozwija się rozwiązania prawne wyraźnie zakazujące tego typu praktyk<sup>186</sup>. Nieoceniony jest także wkład organizacji pozarządowych i aktywistycznych, wspierających działalność legislacyjną i polityczną.

Kolejnym istotnym aspektem walki ze skutkami procederu FGM jest uświadamianie i szkolenie personelu medycznego w rozpoznawaniu i reagowaniu na szkody wyrządzane osobom pokrzywdzonym oraz tworzenie metod terapii pozwalających na odtworzenie i naprawę przynajmniej części zmian<sup>187</sup>. W procesie tym osoby pokrzywdzone bezspornie traktowane są z godnością oraz respektowane są ich prawa jako pacjentów. Kształcenie specjalistów w dziedzinie pomocy osobom dotkniętym FGM obejmuje także opiekę psychologiczną i wsparcie terapeutyczne<sup>188</sup>. Celem wszelkich wspomnianych działań jest, pomimo silnego zakorzenienia w lokalnych

---

<sup>181</sup> *European Parliament resolution of 7 February 2018 on zero tolerance for Female Genital Mutilation (FGM) (2017/2936(RSP))*.

<sup>182</sup> *European Parliament resolution of 12 February 2020 on an EU strategy to put an end to female genital mutilation around the world (2019/2988(RSP))*.

<sup>183</sup> Assembly/AU/Dec.737(XXXII) Page 1 32nd Ordinary Session of the Assembly, 10–11 February 2019, Addis Ababa, Ethiopia *Decision On Galvanising Political Commitment Towards The Elimination Of Female Genital Mutilation In Africa*.

<sup>184</sup> Fourth Ordinary Session Of The Specialised Technical Committee On Social Development, Labour And Employment (Stc-Sdle-4) 4–8 April 2022 Addis Ababa, Ethiopia – *Saleema Initiative Africa Union Initiative On Eliminating Female Genital Mutilation Programme And Plan Of Action 2019–2023*.

<sup>185</sup> B. D. Earp, S. Johnsdotter, *Current critiques of the WHO policy on female genital mutilation*, „International Journal of Impotence Research” 2021, nr 33, s. 201–204.

<sup>186</sup> End FGM – European Network, Equality Now, *Female Genital Mutilation/Cutting: A Call for a Global Response*, 2022, s. 22, 25–26, 38–40.

<sup>187</sup> B. Molina-Gallego, L. Mordillo-Mateos, G. M. de Corral, S. Gómez-Cantarino, B. Polonio-López, M. I. Ugarte-Gurrutxaga, *Female Genital Mutilation: Knowledge...*, s. 2.

<sup>188</sup> H. Smith, K. Stein, *Psychological and counselling interventions for female genital mutilation*, „International Journal of Gynecology & Obstetrics” 2017, nr 136, s. 61.

praktykach i tradycjach, zredukowanie liczby osób pokrzywdzonych przez zabiegi o tym charakterze, oraz docelowo wyeliminowanie tego szokująco i głęboko sprzecznego ze standardami prawnoczwoliecznymi oraz prawnomedycznymi, zjawiska.

Niemniej, poniekąd drugą stroną pochwalanej, i godnej wspierania walki z praktykami FGM, jest problem opisywanych tutaj IGM, czyli *Intersexual Genital Mutiliation* – opisywanych w niniejszej analizie, nieuzasadnionych stanem zdrowia pacjenta okaleczeń narządów płciowych osób interplciowych. Procedowane są one pomimo równie szkodliwych skutków, mających na celu jedynie dopasowanie ciała zdrowej osoby interplciowej do „modelowego” ciała osoby endoplciowej bez praktycznego, medycznego uzasadnienia. Jakkolwiek porównanie sytuacji osób doświadczających praktyk FGM oraz IGM może wydawać się z perspektywy personelu medycznego niesprawiedliwe lub szokujące, z racji rozbieżności co do tak metod, wykonawców, jak i wytłumaczeń dla tego typu zabiegów, mają one pewien punkt wspólny. Otóż zarówno w przypadku FGM, jak i IGM powodem dokonania nieuzasadnionego, inwazyjnego zabiegu jest jedynie nacisk krzywdzących dla pacjenta norm społecznych, kulturowych, czy uprzedzenia patologizujące odmienności w spektrum cech płciowych. Mimo tego działania wymierzone w osoby interplciowe, zamiast z potępieniem, nierzadko spotykały i nadal spotykają się z cichą, a w skrajnych przypadkach, otwartą akceptacją i poparciem rządów państw – członków Unii Europejskiej. Przykładami posłużyć mogą takie państwa jak Łotwa czy Szwecja (choć, co warte odnotowania, odbywa się to wbrew głosom płynącym ze strony środowiska medycznego i aktywistycznego<sup>189</sup>), skądinąd stojące na czele walki z procederem FGM<sup>190</sup>. Ta swoista hipokryzja jest też przyczynkiem do krytyki wobec działań na rzecz całkowitego zlikwidowania praktyk FGM, płynącej ze strony państw z euroatlantyckiego kręgu kulturowego, a zarzucającej stosowanie podwójnych standardów<sup>191</sup>.

<sup>189</sup> J. Garland, *Sweden*, [w:] J. Scherpe, A. Dutta, & T. Helms (eds.), *The Legal Status of Intersex Persons*, 2018 “Intersentia”, s. 271.

<sup>190</sup> J. Garland, S. Slokenberga, *Protecting the Rights of Children with Intersex Conditions...*, s. 486.

<sup>191</sup> B. D. Earp, S. Johnsdotter, *Current critiques of the WHO policy...*, s. 202.

Obserwowanie problemu tzw. operacji normalizujących przez pryzmat walki z FGM unaocznia w jeszcze dosadniejszym stopniu skalę dyskryminacji, z jaką spotykają się osoby interplciowe w analizowanym obszarze. Wielu specjalistów z zakresu nauk medycznych odmawia osobom urodzonym z widocznymi cechami interplciowości ochrony propagowanej przez te same grona, a przysługującej bezwarunkowo osobom urodzonym jako endoplciowe, uznanym za kobiety.

## Podsumowanie

Przedstawiona analiza zarysowuje przypadki naruszeń praw pacjenta w rozumieniu tak krajowym, jak i międzynarodowym, jak również pogwałceń międzynarodowego standardu ochrony godności i autonomii w decydowaniu o własnym ciele przez osoby interplciowe. Pomimo wysoce niezadowalającego stanu ochrony w skali globalnej, dostrzec należy, że problem ten w ostatnich dekadach rozpoznawany jest w coraz szerszej skali na forum międzynarodowym, a także w przestrzeni prawno-społecznej poszczególnych państw. Skutkuje to podejmowaniem kroków mających na celu wyeliminowanie, a przynajmniej zauważalne ograniczenie praktyk związanych z nieuzasadnioną krzywdą i cierpieniem pacjentów z doświadczeniem interplciowości.

Działania te skupione są na poprawie metod diagnozowania i oceny przypadków osób interplciowych w związku ze zwiększaniem świadomości personelu medycznego. Dotyczy to zaleceń kierowanych do tej grupy pacjentów, w tym postulatu opóźniania opisywanych interwencji medycznych do momentu, gdy dana osoba będzie w stanie podejmować świadome decyzje w sprawie wyrażenia lub odmowy na nie zgody, o ile ich przeprowadzenie nie jest pilne ze względu na zagrożenie trwałym pogorszeniem stanu zdrowia. Zauważalna jest także tendencja do obniżania wieku umożliwiającego pacjentowi złożenie prawnie wiążącego oświadczenia woli oraz liberalizowanie wymogów przypisania płci osobie zaraz po urodzeniu i w zakresie binarnego spektrum oznaczeń.



Przedstawione kierunki działań zasługują w opinii autora na zdecydowaną aprobatę. W związku z koniecznym dla pełnego i wyczerpującego przedstawienia mechanizmów kierujących ich działaniem oraz szczegółowego opisanie poszczególnych rozwiązań legislacyjnych wdrożonych we wspomnianych w tekście państwach z obszaru Unii Europejskiej, detale poszczególnych rozwiązań prawnych przedstawione zostaną w drugiej części rozważań. Również tam nastąpi bardziej rozbudowane omówienie krajowych uregulowań praw pacjenta, jak również innych, relewantnych dla kształtowania pozycji interplciowego pacjenta aktów prawnych oraz propozycji i postulatów ich nowelizacji lub uzupełnień. O ile obecnie krajowe rozwiązania prawne nie przewidują żadnych gwarancji bezpośrednio na potrzeby osób interplciowych, zmiany lub ich propozycje w innych obszarach mogą mieć bezpośrednie przełożenie na zagadnienia omawiane w niniejszej analizie. Za przykład posłużyć może uzupełnienie karnoprawnej regulacji przestępstwa spowodowania ciężkiego uszczerbku na zdrowiu o pkt 3 w § 1 art. 156 kk, penalizujące „wycięcie, infibulację lub inne trwale i istotne okaleczenie żeńskiego narządu płciowego”<sup>192</sup>. Przepis ten ma na celu bezpośrednio skonfrontowanie się z opisanym powyżej problemem zabiegów o charakterze FGM, lecz docelowo może mieć też wpływ na pozycję osób interplciowych w opiece medycznej. Jak jednak wspomniano powyżej, zagadnienie to wymaga odrębnego, bardziej szczegółowego opracowania.

Obecnie można wyrazić nadzieję, że dalsze rozszerzanie debaty publicznej na temat ochrony praw osób interplciowych, w szczególności w tak newralgicznym jak w przedstawionym aspekcie, umożliwi szybkie uzupełnienie krajowej oraz ponadnarodowej legislacji o rozwiązania bezpośrednio dotyczące przedstawionej problematyki i wyjściowo przewidujące skuteczną ochronę dla tej wyszczególnionej grupy mniejszościowej. Naczelnymi zasadami tej ochrony powinny być: wzmożona ostrożność w ocenie zróżnicowań cech płciowych osób interplciowych oraz zachowawczy charakter decyzji w sprawie ewentualnych interwencji

---

<sup>192</sup> *Ustawa z dnia 6 czerwca 1997 roku Kodeks karny* [Dz. U. 2022.1138 tj. z dnia 30.5.2022].

chirurgicznych. Niejednokrotnie zauważalna jest presja wynikająca ze społecznego podejścia do zagadnienia interplciowości, a determinująca także postawy rodziców dziecka, którzy pragną, aby ich potomstwo nie posiadało cech postrzeganych jako zagrażające zdrowemu, stabilnemu dorastaniu. Jak jednak wykazano w powyższej analizie, nazbyt pochopne korygowanie niezagrażających życiu ani zdrowiu różnicowań, może dawać efekt *de facto* pogarszający, nie zaś poprawiający stan zdrowia interplciowego pacjenta. W ocenie autora jeżeli dany przypadek umożliwia wstrzymanie lub ograniczenie działań do momentu możliwości współdecydowania, bądź całkowicie samodzielnego rozporządzenia przez tę osobę kształtowaniem swoich cech oraz zadeklarowania tożsamości płciowej, jest to kierunek działania potencjalnie korzystniejszy oraz co najmniej silnie zalecany.

## Bibliografia

- Abdulcadir J., Catania L., Hindin M. J., Say L., Petignat P., Abdulcadir O., *Female Genital Mutilation*, „Obstetrics & Gynecology” 2016, nr 128(5). Ahmed S. F., Morrison S., Hughes I. A., *Intersex and gender assignment; the third way?* „Archives of Disease in Childhood” 2004, nr 9(89).
- Bajszczak K., Szarras-Czapnik M., Słowikowska-Hilczer J., *Zaburzenia rozwoju płci – nowa nomenklatura oraz wytyczne w postępowaniu terapeutycznym*, „Seksuologia Polska” 2014, t. 12, nr 2.
- Bangalore Krishna K., Cinnatti C., Hoebeke P., Spinoit A.-F., De Castro R., Lee P. A., *Individualized care for patients with intersex (differences of sex development): Diagnosis and treatment of aphallia*, „Journal of Pediatric Urology”, 7.IX.2023.
- Bangalore Krishna K., Houk C. P., Lee P. A., *Pragmatic approach to intersex, including genital ambiguity, in the newborn*, „Seminars in Perinatology” 2017, vol. 41, issue 4. Barg E., Tokarska M., Wikiera B., Kosowska B., *Postępy w diagnostyce wrodzonego przerostu kory nadnerczy*, „Advances in Clinical and Experimental Medicine” 2003, nr 12, 4.
- Bauer M., Truffer D., Crocetti D., *Intersex human rights*, „The International Journal of Human Rights” 2020, nr 24:6. Berg R. C., Denison E., *A Tradition in Transition: Factors Perpetuating and Hindering the Continuance of Female Genital Mutilation/ Cutting (FGM/ C) Summarized in a Systematic Review*, „Health Care for Women International” 2013, nr 34:10. Berry A. W., Monro S., *Ageing in obscurity: a critical literature review regarding older intersex people*, „Sexual and

- Reproductive Health Matters” 2022, nr 30:1. Blackless M., Charuvastra A., Derryck A., Fausto-Sterling A., Lauzanne K., Lee E., *How sexually dimorphic are we? Review and synthesis*, „American Journal of Human Biology” 2000, nr 12.
- Boratyńska M., Konieczniak P., *Prawa pacjenta*, Warszawa 2001.
- Boratyńska M., Dysfunkcjonalność ochrony praw pacjenta małoletniego. Część 1: Reprezentowanie interesów i prawo do informacji, „Annales UMCS” 2023, vol. LXX, 1. Carpenter C., Makhubu K., Moche L., *An invisible public health crisis: the forced normalization of intersex people*, „Harvard Public Health Review” 2021, nr 30.
- Carpenter M., *The human rights of intersex people: addressing harmful practices and rhetoric of change*, „Reproductive Health Matters” 2016, nr 24:47. Carpenter M., *The “Normalization” of Intersex Bodies and “Othering” of Intersex Identities in Australia*, „Bioethical Inquiry” 2018, nr 15. Cleminson R., Garcia F. V., *Sex, Identity and Hemaphrodites in Iberia, 1500–1800*, Routledge, Oxon 2016.
- Cools M., Nordenström A., Robeva R., Hall J., Westerveld P. i in., COST Action BM1303 working group 1, *Caring for individuals with a difference of sex development (DSD): a Consensus Statement*, „Nature Reviews Endocrinology” 2018, nr 14(7).
- Daaboul J., Frader J., *Ethics and the Management of the Patient with Intersex: A Middle Way*. „Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism” 2001, nr 14(9). Davis G., *The Social Costs of Preempting Intersex Traits*, „The American Journal of Bioethics” 2013, nr 13:10. Dreger A. D., *“Ambiguous sex” –or ambivalent medicine? Ethical issues in the treatment of intersexuality*, „Hastings Center Report” 1998, nr 28(3).
- Earp B. D., Johnsdotter S., *Current critiques of the WHO policy on female genital mutilation*, „International Journal of Impotence Research” 2021, nr 33(2).
- Ford K.-K., *“First, Do No Harm”: The Fiction of Legal Parental Consent to Genital-Normalizing Surgery on Intersexed Infants*, „Yale Law & Policy Review” 2001, nr 19(2).
- Garland J., Slokenberga S., *Protecting the Rights of Children with Intersex Conditions from Nonconsensual Gender-Conforming Medical Interventions: The View from Europe*, „Medical Law Review” 2019, vol. 27, issue 3.
- Garland J., Sweden, [w:] Scherpe J., Dutta A., Helms T. (eds.), *The Legal Status of Intersex Persons*, 2018 Intersentia.
- Ghattas D. C. (tłum. Rakita M.), *Ochrona osób interplecionych w Europie: podręcznik dla prawników i decydentów*, OII Europe, Fundacja Interakcja, 2019.
- Greenberg J., *International Legal Developments Protecting the Autonomy Rights of Sexual Minorities: Who Should Determine the Appropriate Treatment for an Intersex Infant?* [w:] Sytsma S. (eds.) *Ethics and Intersex*. International Library of Ethics, „Law and the New Medicine” 2006, vol. 29. Holocher J., „Male

- rozwiązanie”, „duże rozwiązania”, *godność i wolność człowieka...: zasady konstytucyjne w sporze o prawa osób transseksualnych w orzecznictwie Federalnego Sądu Konstytucyjnego Niemiec*, „Prawo i Medycyna” 2018, vol. 70, 1. Horowicz E. M., *Intersex children: Who are we really treating?* „Medical Law International” 2017, nr 17(3), s. 183–218.
- Hunter L., Zavros-Orr A., Brömdal A., Hand K., Hart B., *Intersex awareness and education: what part can health and physical education bodies of learning and teaching play?*, „Sport, Education and Society” 2023, nr 28:9. Kelly E., Hillard P. J. A., *Female genital mutilation*, „Current Opinion in Obstetrics and Gynecology” 2005, nr 17(5). Konieczniak P., *Czynność lecznicza i jej cel. Zagadnienie celu w prawie medycznym*, [w:] Zielińska E. (red. nacz.), *System Prawa Medycznego* t. 2 cz. 1, Wolters Kluwer, Warszawa 2019.
- Konieczniak P., *Ograniczone „prawo” małoletniego pacjenta do informacji*, [w:] Zielińska E. (red. nacz.), *System Prawa Medycznego*, t. 2 cz. 1, Wolters Kluwer, Warszawa 2019.
- Lampalzer U., Briken P., Schweizer K., *Psychosocial care and support in the field of intersex/diverse sex development (dsd): counselling experiences, localisation and needed improvements*, „International Journal of Impotence Research” 2021, nr 33. Leidolf E. M., Curran M., Scout, Bradford J., *Intersex mental health and social support options in pediatric endocrinology training programs*, „Journal of Homosexuality” 2008, nr 54(3).
- Lewandowska D., *Androgyn czy hemafrodyta? Studium nad hemafrodytyzmem w źródłach antycznych*, wyd. Naukowe Sub Lupa, Warszawa 2019.
- Leye E., Van Eekert N., Shamu S., et al., *Debating medicalization of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C): learning from (policy) experiences across countries*, „Reproductive Health” 2019, nr 16, 158. Liao L., *Medical and Psychological Controversies*, [w:] *Variations in Sex Development: Medicine, Culture and Psychological Practice* Cambridge: Cambridge University Press, 2022. Lin L., Achermann J., *Disorders of sex development*, [w:] Kehoe S., Chitty L., Homfray T. (eds.), *Reproductive Genetics* (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists Study Group, pp. 15–34). Cambridge: Cambridge University Press, 2009.
- Liszewska U., Dominiak A., Kurowska M., *Zaburzenia rozwoju płci – współczesne strategie interwencji terapeutycznych, postępowania prawnych i ich konsekwencje psychologiczno-seksuologiczne*, „Psychoseksuologia” 2018, nr 4.
- Lundberg T., Roen K., Kraft C., Hegarty P., *How young people talk about their variations in sex characteristics: making the topic of intersex talkable via sex education*, „Sex Education” 2021, nr 21:5. Martinez M. P., Elbardisi H., Majzoub A., Arafa M., *Klinefelter Syndrome*, [w:] Arafa M., Elbardisi H., Majzoub A., Agarwal A. (eds.), *Genetics of Male Infertility*. Springer, Cham, 2020.

- Molina-Gallego B., Mordillo-Mateos L., de Corral G. M., Gómez-Cantarino S., Polonio-López B., Ugarte-Gurrutxaga M. I., *Female Genital Mutilation: Knowledge and Skills of Health Professionals*, „Healthcare” 2021, nr 9.
- Monro S., Carpenter M., Crocetti D., Davis G., *Intersex: cultural and social perspectives*, „Culture, Health & Sexuality” 2021, nr 23:4. Mouriquand P. D. E., Gorduza D. B., Gay C.-L., Meyer-Bahlburg H. F. L., Baker L., Baskin L. S., i in., *Surgery in disorders of sex development (DSD) with a gender issue: If (why), when, and how?*, „Journal of Pediatric Urology” 2016, nr 12:3. Mulongo P., Hollins Martin C., McAndrew S., *The psychological impact of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) on girls/ women’s mental health: a narrative literature review*, „Journal of Reproductive and Infant Psychology” 2014, nr 32(5). Neuman Wipfler A. J., *Identity Crisis: The Limitations of Expanding Government Recognition of Gender Identity and the Possibility of Genderless Identity Documents*, „Harvard Journal of Law and Gender” 2016, nr 39. Orr C. E., *Exorcising Intersex and Crippling Compulsory Dyadism*, Institute of Feminist and Gender Studies Faculty of Social Sciences University of Ottawa, 2018.
- Preves S. E., *Negotiating the Constraints of Gender Binarism: Intersexuals’ Challenge to Gender Categorization*, „Current Sociology” 2000, nr 48(3).
- Rogowska-Szadkowska D., Niemiec T., *Obrzezanie kobiet – nowy problem w praktyce lekarza ginekologa w krajach Unii Europejskiej?*, „Ginekologia Polska” 2009, nr 80.
- Sandberg K., *Intersex Children and the UN Convention on the Rights of the Child*, [w:] Scherpe J., Dutta A., Helms T. (eds.), *The Legal Status of Intersex Persons*, 2018.
- Sándor B., (tłum. Kata J., Przepiórkowski M.), *Jak zapobiegać i przeciwdziałać się dyskryminacji oraz przemocy wobec dzieci i młodzieży LGBTI+?*, Stowarzyszenie Lambda, Warszawa 2021.
- Sax L., *How common is intersex? A response to Anne Fausto-Sterling*, „Journal of Sex Research” 2002, nr 39(3).
- Serour G. I., *Medicalization of female genital mutilation/cutting*, „African Journal of Urology” 2013, vol. 19, issue 3.
- Smith H., Stein K., *Psychological and counselling interventions for female genital mutilation*, „International Journal of Gynecology & Obstetrics” 2017, nr 136.
- Sparrow R., *Gender Eugenics? The Ethics of PGD for Intersex Conditions*, „The American Journal of Bioethics” 2013, nr 13(10).
- Świdarska M., *Zgoda pacjenta na zabieg medyczny*, Toruń 2007.
- Tamar-Mattis A., *Exceptions to the Rule: Curing the Law’s Failure to Protect Intersex Infants*, 21 „Berkeley Journal of Gender, Law & Justice” 2006, nr 59.

- Woweries J., *Intersex: Medical Measures on the Test Bed*, [w:] Schneider E., Baltes-Löhr C. (ed.), *Normed Children: Effects of Gender and Sex Related Normativity on Childhood and Adolescence*, Bielefeld: transcript Verlag, 2018.
- Zeeman L., Aranda K., *A Systematic Review of the Health and Healthcare Inequalities for People with Intersex Variance*, „International Journal of Environmental Research and Public Health” 2020, nr 17(18).
- Zobel S., *Intersex/Gender-Related Constitutiveness: Specific Realities, Specific Norms*, [w:] Schneider E., Baltes-Löhr C. (ed.), *Normed Children: Effects of Gender and Sex Related Normativity on Childhood and Adolescence*, Bielefeld: transcript Verlag, 2018.
- Akty prawa obcego, opracowania i rezolucje
- 2023 Annual Review Of The Human Rights Situation Of Lesbian, Gay, Bisexual, Trans And Intersex People In Europe And Central Asia* – ILGA Europe, Bruksela 2023.
- A long way to go for LGBTI equality*, Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Assembly/AU/Dec.737(XXXII) Page 1 32<sup>nd</sup> Ordinary Session of the Assembly, 10–11 February 2019, Addis Ababa, Ethiopia *Decision On Galvanising Political Commitment Towards The Elimination Of Female Genital Mutilation In Africa*.
- End FGM – European Network, Equality Now, Female Genital Mutilation/Cutting: A Call for a Global Response*, 2022.
- European Parliament resolution of 7 February 2018 on zero tolerance for Female Genital Mutilation (FGM) [2017/2936(RSP)]*. *European Parliament resolution of 12 February 2020 on an EU strategy to put an end to female genital mutilation around the world [2019/2988(RSP)]*. *Fourth Ordinary Session Of The Specialised Technical Committee On Social Development, Labour And Employment (Stc-Sdle-4) 4–8 April 2022 Addis Ababa, Ethiopia – Saleema Initiative Africa Union Initiative On Eliminating Female Genital Mutilation Programme And Plan Of Action 2019–2023*.
- Holzer L., *NON-BINARY GENDER REGISTRATION MODELS IN EUROPE Report on third gender marker or no gender marker options*, ILGA-Europe, 2018.
- Human rights and intersex people – Issue paper published by the Council of Europe Commissioner for Human Rights*, Council of Europe, 2015.
- “I Want to Be Like Nature Made Me” – *Medically Unnecessary Surgeries on Intersex Children in the US*, 25.07.2017, interACT & Human Rights Watch.
- Intersex Society of North America, *Clinical Guidelines for the Management of Disorders of Sex Development in Childhood – Consortium On The Management Of Disorders Of Sex Development*, 2006.

*Komunikat Komisji Do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego I Komitetu Regionów Unia równości: strategia na rzecz równości osób LGBTIQ na lata 2020–2025*, Bruksela, dnia 12.11.2020 r. COM(2020) 698 final.

Office of the High Commissioner for Human Rights, *Free & Equal Campaign Fact Sheet: Intersex*, 2015.

*Parliamentary Assembly of the Council of Europe, Resolution 2191 (2017). Promoting the human rights of and eliminating discrimination against intersex people*, Doc. 14404, 25 September 2017.

*Parliamentary Assembly of the Council of Europe, Resolution 2191 (2017). Promoting the human rights of and eliminating discrimination against intersex people*, Res. 2191, 12 October 2017.

*Personenstandsgesetz vom 19. Februar 2007 (BGBl. I S. 122), das zuletz durch Artikel 3 des Gesetzes vom 17. Juli 2023 (BGBl. 2023 I Nr. 190).*

United Nations General Assembly, *Resolution adopted by the General Assembly on 20 December 2012 [on the report of the Third Committee (A/67/450 and Corr.1)] 67/146. Intensifying global efforts for the elimination of female genital mutilations – A/RES/67/146.*

*The Yogyakarta Principles Plus 10, Additional Principles And State Obligations On The Application Of International Human Rights Law In Relation To Sexual Orientation, Gender Identity, Gender Expression And Sex Characteristics To Complement The Yogyakarta Principles, As adopted on 10 November 2017, Geneva.*

*World Health Organization. Female genital mutilation: an overview.* World Health Organization, 1998.

## Abstract

### **Between a scheme of conducts and human rights – risks of infringements of intersexual people interests related to medical law and european mechanisms of their protection, in contrast with domestic healthcare system realities. Part 1: potential risk areas regarding intersexual people rights violations**

This article aims at presenting an intersex person both as a member of a particular minority in terms of sexual health perspective, as well as in a way of legal protection of their rights, in particular within a relation to participation in the healthcare system. Analysis of available data, regarding topics of medicalisation of intersexuality, and the experience of people forming the described minority, in relation to medical interventions interfering with their sexual health and development of sexual characteristics, allows finding a disturbing differentiation between schemes of procedures used towards intersexual people, and patients not recognised as possessing such traits. It is especially noticeable in terms of axiological, and practical justification of decisions about proceeding a medical intervention regarding upbringing and health development of these patients. Said analysis presents possible risk areas, within which a decision regarding an approval of such intervention might be regarded as a discriminatory infringement of patients rights. Among others, particular examination has been conducted within topics of violations of patients autonomy and body integrity, infringements of the mechanisms of providing an informed consent, and rights regarding access to ones medical records. Due to the complex nature of said analysis, and multiple intertwined aspects of said problem, regarding a legal study of regulations addressing the presented issues, this part of article consists of mostly theoretical examination and discussion about possible violation of intersex patients rights, as well as general obligations, and ethics binding medical personnel providing care for them.

**Key words:** intersexuality, DSD, patients rights, healthcare, informed consent