

Zalecenia Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego dotyczące opieki nad zdrowiem dorosłych osób transpłciowych – stanowisko panelu ekspertów

Recommendations of the Polish Sexological Society on medical care in transgender adults – position statement of the expert panel

Bartosz Grabski^{1,2}, Dominik Rachoń³, Wiesław Czernikiewicz^{4,5},
Stanisław Dulko⁶, Sławomir Jakima⁷, Łukasz Müldner-Nieckowski⁸,
Małgorzata Trofimiuk-Müldner^{8,9}, Dorota Baran^{2,4}, Marta Dora^{2,8},
Grzegorz Iniewicz^{2,10}, Magdalena Mijas¹¹, Sylwia Stankiewicz¹²,
Milena Adamczewska-Stachura¹³, Anna Mazurczak¹⁴

¹ Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Katedra Psychiatrii,
Pracownia Seksuologii

² Szpital Uniwersytecki w Krakowie, Poradnia Seksuologiczna

³ Gdański Uniwersytet Medyczny, Zakład Endokrynologii Klinicznej i Doświadczalnej

⁴ SWPS Uniwersytet Humanistycznospołeczny w Warszawie

⁵ Szpital Nowowiejski w Warszawie, Poradnia Seksuologiczna i Patologii Współżycia

⁶ Zakład Seksuologii Medycznej i Psychoterapii w Warszawie

⁷ Prywatna praktyka lekarska w Warszawie

⁸ Centrum Terapii Synteza w Krakowie

⁹ Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Katedra i Klinika Endokrynologii

¹⁰ Uniwersytet Jagielloński, Wydział Filozoficzny, Instytut Psychologii

¹¹ Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum, Wydział Nauk o Zdrowiu,
Instytut Zdrowia Publicznego

¹² Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

¹³ Biuro Rzecznika Praw Obywatelskich w Warszawie

¹⁴ Knut Mazurczak Adwokaci w Warszawie

Summary

Attempts at unifying the diagnostic and therapeutic procedures for transgender individuals experiencing gender dysphoria were first undertaken in Poland in the 1980s. Since then, there

has been a change in the perception of transgenderism, almost paradigmatic, expressed in subsequent editions of the diagnostic systems (DSM, ICD), which is also associated with the fundamental changes in the principles of conducting trans-specific healthcare. This triggered the need to formulate recommendations for specialists practicing in Poland, which would at least partly reflect the evolution of views and guidelines on clinical care in transgender adults seeking help due to gender dysphoria.

Słowa kluczowe: dysforia płciowa, niezgodność płciowa, transseksualizm

Key words: gender dysphoria, gender incongruence, transsexualism

Wstęp

Rozumienie transpłciowości podlegało w ostatnich kilkunastu latach niezwykle dynamicznym zmianom. Jest to widoczne w kolejnych edycjach systemów diagnostycznych takich jak DSM-5 i ICD-11 [1, 2]. W tym pierwszym, pochodzącym z 2013 roku, transpłciowa tożsamość *per se* traci znaczenie psychopatologiczne, a uwaga klinicystów kierowana jest na rodzący chroniczne cierpienie stan rozbieżności pomiędzy doświadczaną tożsamością i wyrażaną ekspresją płciową a społeczną i/lub cielesną charakterystyką danej osoby, czyli na dysfориę płciową [1]. Klasyfikacja ICD-11 idzie jeszcze dalej. Proponuje się w niej nową jednostkę diagnostyczną – niezgodność płciową, która przyporządkowana zostaje nowej klasie zagadnień wymagających klinicznej uwagi, a mianowicie problemom związanym ze zdrowiem seksualnym. Znamiennej kwestią jest przy tym fakt umiejscowienia ich poza obszarem psychiatrii oraz rezygnacja z kryterium diagnostycznego, jakim jest odczuwanie cierpienia. Rozpoznaniu podlega niejako stan uporczywej niezgodności a interwencje mają ten stan załagodzić [2].

Równocześnie ewolucji ulegają kolejne edycje Standardów Opieki Światowego Stowarzyszenia Specjalistów do spraw Zdrowia Osób Transpłciowych (World Professional Association for Transgender Health, WPATH). Obecnie obowiązuje siódme wydanie Standardów z 2012 roku [3], a w nadchodzącym czasie planowane jest wydanie ósme. Już w obecnej wersji zrezygnowano z przesłanki diagnostycznej (w rozumieniu rozpoznania klinicznego) jako kryterium rozpoczęcia działań w formie medycznych interwencji afirmujących płeć, a przyjęto przesłankę objawową w postaci uporczywej dysfории płciowej¹. Podkreślono także znaczenie świadomej zgody wyrażanej przez pacjentów. Zachowano jednak znaczący udział specjalistów zdrowia psychicznego w procesie oceny gotowości do rozpoczęcia działań afirmujących płeć. Planowana wersja ósma ma jednak jeszcze bardziej uprościć cały proces, zbliżając go do modelu świadomej zgody, w którym to ciężar decyzji o rozpoczęciu medycznych działań afirmujących płeć spoczywa na pacjencie/tce, a rolą klinicysty jest zapewnienie przesłanek i umożliwienie podjęcia przez niego/nią świadomej decyzji [4–6].

W przedstawionym powyżej kontekście niezwykle znaczenia nabiera uaktualnienie i ujednolicenie zasad postępowania dotyczących opieki nad zdrowiem osób

¹ Niemniej jednak granica pomiędzy uporczywym objawem dysfории płciowej a kategorią diagnostyczną dysfории płciowej, która to utworzona została w oparciu o istnienie tego centralnego objawu, nie jest ostra.

transpłciowych w Polsce zgłaszających dysfориę płciową. Dotychczasowe zasady, nad którymi pracowano m.in. w Zakładzie Seksuologii i Patologii Więzi Międzyludzkich Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego (CMKP) w Warszawie w latach osiemdziesiątych XX wieku, siłą rzeczy musiały ulec dezaktualizacji. Poza tym nigdy nie zostały formalnie spisane. W międzyczasie codzienna praktyka kliniczna uległa chaotycznemu rozbiciu i wydaje się, że równolegle funkcjonują niekompatybilne ze sobą podejścia. Ich przedstawiciele, poprzez trzymanie się starych zdezaktualizowanych zaleceń albo poprzez kierowanie się arbitralnymi i subiektywnymi poglądami, nie uwzględniają najnowszych rozstrzygnięć. Rodzi to dezinformację i jest źródłem dodatkowego cierpienia pacjentów/ek, a także dezorientacji wśród specjalistów, którzy nieraz stają przed dylematami decyzyjnymi zarówno w praktyce klinicznej, jak i w roli biegłych sądowych.

Przesłanką do stworzenia niniejszych zaleceń była chęć przynajmniej częściowego, ramowego ujednoczenia zasad postępowania diagnostyczno-terapeutycznego wobec osób z niezgodnością płciową (transpłciowych) zgłaszających się do specjalistów celem rozpoczęcia procesu tranzycji medycznej i prawnej (sądowego postępowania mającego na celu uzgodnienie płci) w Polsce. Dodatkowymi przesłankami były: próba częściowego zbliżenia zaleceń do tych zaproponowanych w wersji siódmej Standardów Opieki WPATH oraz osiągnięcie konsensusu pomiędzy specjalistami reprezentującymi różne dziedziny i poglądy z uwzględnieniem szczególnego lokalnego kontekstu (sytuacji prawnej oraz dotychczasowej praktyki w tym zakresie).

Zalecenia powstały w oparciu o dyskusje pomiędzy specjalistami reprezentującymi różne profesje (lekarzami, psychologami, psychoterapeutami, prawnikami), różne specjalizacje (psychiatrami, seksuologami, ginekologami, endokrynologami, psychologami klinicznymi, seksuologami klinicznymi), i mającymi różnorodne doświadczenie (kliniczne, w udzielaniu wsparcia, organizacyjne, prawne) w opiece nad osobami transpłciowymi.

Treść zaleceń

- I. Cele procesu diagnostycznego:
 - A. Postawienie diagnozy, z wykorzystaniem rozpoznań z całej klasy F64 według ICD–10 (a nie tylko ograniczonych do kategorii F64.0) tak, aby odzwierciedlić realną i znaną już dzisiaj specjalistom różnorodność zgłaszających się pacjentów/ek, a zarazem możliwie najszerze uwzględnienie ujęcia zaproponowanego w postaci nowych jednostek diagnostycznych dysfории płciowej (DSM–5) i niezgodności płciowej (ICD–11).
 - B. Stwierdzenie zdolności do świadomej zgody, które uwzględnia:
 1. Ocenę i potwierdzenie względnej stabilności stanu psychicznego (wykluczenie dekompensacji stanu psychicznego o takim charakterze i nasileniu, który wpływałby na funkcje poznawcze i intelektualne oraz emocje, uniemożliwiając trafną ocenę trwałości i stabilności poczucia przynależności do danej płci i obecności uporczywej dysfории płciowej).
 2. Psychoedukację i ocenę wiedzy pacjenta/ki w zakresie:

- a) działania hormonów płciowych (także w odniesieniu do płodności i możliwości jej zachowania),
- b) psychospołecznych następstw tranżycji,
- c) omówienia aspektów prawnych związanych z tranżycją,
- d) urealnienia oczekiwań dotyczących tranżycji,
- e) ujawnienia się (*coming-out*) i korzyści wynikających z funkcjonowania w roli zgodnej z odczuwaną tożsamością płciową,
- f) możliwości podjęcia psychoterapii wspierającej w procesie tranżycji,
- g) normalizacji doświadczania transpłciowości,
- h) wskazania zasobów społecznościowych i organizacji pozarządowych, mogących udzielić wsparcia.

Ważne: Polskie Towarzystwo Seksuologiczne zaleca, żeby nie przedłużać nadmiernie procesu diagnostycznego. Zazwyczaj spełnienie powyższych celów zajmuje kilka miesięcy regularnych spotkań diagnostycznych i powinno być warunkiem rozpoczęcia medycznych działań afirmujących płeć (MDAP), to jest: substytucji hormonalnej i/lub chirurgicznych zabiegów korygujących.

II. Wymagania do postawienia diagnozy obejmującej kategorię z klasy F64 według ICD-10:

A. Wywiad, którego celem jest:

1. Potwierdzenie występowania uporczywej dysforii/niezgodności płciowej.
2. Wykluczenie wtórnego pochodzenia dysforii płciowej lub objawów, które mogą ją przypominać, np. urojeń. (Uwaga: uporczywa dysforia/niezgodność płciowa może współwystępować z innymi zaburzeniami, w tym z zaburzeniami osobowości i zaburzeniami psychotycznymi, co nie wyklucza możliwości jej rozpoznania i rozpoczęcia MDAF. Jednak w tym przypadku dopuszczalne jest i nieraz wskazane wydłużenie procesu diagnostycznego oraz zalecenie równoległego leczenia psychiatrycznego i/lub psychoterapii.)
3. Upewnienie się, że sytuacja psychologiczna osoby diagnozowanej jest na tyle stabilna, że umożliwi ocenę i postawienie rozpoznania, a także wdrożenie postępowania leczniczego.

B. W indywidualnych i wspartych wywiadem oraz badaniem fizykalnym przypadkach zasadne jest wykonanie badania kariotypu.

C. W uzasadnionych klinicznie przypadkach zasadne jest także wykonanie badań dodatkowych, w tym badań obrazowych ośrodkowego układu nerwowego.

Ważne: W procesie diagnostycznym zalecana jest współpraca przynajmniej dwóch specjalistów, mogących dokonać oceny lekarsko-psychologicznej. W skład zespołu powinien wchodzić lekarz specjalista psychiatra lub specjalista seksuolog oraz psycholog posiadający certyfikat seksuologa klinicznego (preferencyjnie) albo specjalista psychologii klinicznej, ewentualnie specjalista psychoseksuologii. Wskazane jest, aby diagnozujący posiadali doświadczenie w opiece nad pacjen-

tami/kami transpłciowymi z dysforią płciową i/lub mieli możliwość konsultacji u takich doświadczonych specjalistów. W uzasadnionych przypadkach (np. braku dostępności odpowiednich ekspertów lub w jednoznacznych sytuacjach klinicznych, jak w przypadku wysoko funkcjonujących pacjentów, bez współwystępujących problemów) dopuszcza się możliwość, aby udział jednego z pary specjalistów był ograniczony do minimum (np. do postawienia formalnej diagnozy przez lekarza), pod warunkiem posiadania przez nich odpowiednich kompetencji i doświadczenia w pracy klinicznej z osobami transpłciowymi (rozwiązanie to dotyczy jedynie kwalifikacji do włączenia substytucji hormonalnej i zabiegów operacyjnych w obrębie klatki piersiowej (mastektomii lub plastyki piersi).

III. Uwagi dotyczące oceny dokonywanej przez psychologa:

- A. Głównym narzędziem w ocenie psychologicznej osób transpłciowych jest podmiotowe badanie psychologiczne (wywiad).
- B. W uzasadnionych przypadkach może być uzupełnione o diagnostykę testową lub kwestionariuszową.

IV. Badania poprzedzające rozpoczęcie substytucji hormonalnej:

- A. Badania wymagane:
 1. Badanie podmiotowe (z uwzględnieniem wywiadu rodzinnego).
 2. Badanie fizykalne, w tym pomiary antropometryczne (wzrost, masa ciała i obwód talii) oraz pomiar ciśnienia tętniczego krwi i tętna.
 3. Badania laboratoryjne: morfologia krwi obwodowej, lipidogram, glikemia na czczo, profil wątrobowy (ALT, AST, GGTP i bilirubina) oraz stężenie kreatyniny, prolaktyny, LH, FSH, testosteronu i 17β -estradiolu.
- B. Badania zalecane (uwaga: jeśli pacjent/ka odmówi poddania się poniższym badaniom, nie stanowi to przeciwwskazania do rozpoczęcia substytucji hormonalnej, jakkolwiek fakt ten należy zapisać w dokumentacji lub/i uzyskać pisemną zgodę na wdrożenie substytucji hormonalnej pomimo niepoddania się badaniu²):
 1. Badanie ginekologiczne u transpłciowych mężczyzn obejmujące USG przezpochwowe (*transvaginal*, TV) lub przez powłoki brzuszne (*transabdominal*, TA), badanie cytologicznego wymazu z szyjki macicy oraz USG piersi.

² Ta grupa badań jest ze wszech miar zalecana, oczywiście według stanu faktycznego i potrzeb, jednak należy sobie zdawać sprawę, że u niektórych osób transpłciowych nasilenie dysforii płciowej jest tak skrajne, że uniemożliwia przeprowadzenie niektórych badań, np. badania ginekologicznego czy urologicznego. Jako że nasilona dysforia płciowa nie jest obojętna dla zdrowia i związana jest z cierpieniem, obniżoną jakością życia, a nawet ze zwiększonym ryzykiem samobójstwa, wymaga wdrożenia celowanego postępowania. Możliwość wdrożenia takiego postępowania pomimo dokonanej przez pacjenta odmowy ma realizować zasadę minimalizowania szkód (np. poprzez zapobieganie przyjmowania hormonów z „czarnego rynku” poza dozorem lekarskim) i nieść szybką ulgę w cierpieniu. Nie oznacza to wcale, że lekarz nie może i nie powinien podjąć się omówienia zasadności przeprowadzenia takiego badania w przyszłości, po tym, jak nasilenie dysforii osłabnie. Takie sytuacje mają miejsce w praktyce. Należy także podkreślić, że zalecenia mają raczej za zadanie wskazywać pożądany kierunek postępowania oraz stanowić wsparcie dla praktykujących klinicystów, a nie przymuszać ich do działań niezgodnych z rozpoznaniem indywidualnej sytuacji danego pacjenta, z których wynikać może uznanie danego badania za niezbędne do podjęcia przez nich decyzji o rozpoczęciu MDAF.

2. Badanie urologiczne u transpłciowych kobiet, a w przypadku planowania potomstwa także seminogram.
- C. Kontrolne badania w trakcie hormonoterapii:
1. Przez pierwszy rok substytucji hormonalnej badania stężenia hormonów płciowych: testosteronu (u transpłciowych mężczyzn) i 17 β -estradiolu (u transpłciowych kobiet) średnio co 3 miesiące. W kolejnych latach substytucji hormonalnej oznaczenia stężeń hormonów płciowych 1–2 razy w roku.
 2. W przypadku transpłciowych mężczyzn poza oznaczeniami stężenia testosteronu także przede wszystkim ocena morfologii krwi obwodowej ze względu na ryzyko poliglobulii (co 3 miesiące przez pierwszy rok substytucji i 1–2 razy w roku w kolejnych latach). W przypadku transpłciowych kobiet poza oznaczeniami estradiolu także stężenie prolaktyny ze względu na ryzyko hiperprolaktynemii oraz rozwoju guza przysadki produkującego prolaktynę (prolaktynoma) w przebiegu stosowania estrogenów. Dodatkowo w przypadku stosowania antyandrogenów takich jak octan cyproteronu lub spironolakton, odpowiednio: transaminazy (ryzyko uszkodzenia wątroby) lub stężenie potasu (ryzyko hiperkaliemii).
 3. Nie zaleca się wykonywania badań układu krzepnięcia przed ani w trakcie substytucji hormonalnej. Ryzyko powikłań zakrzepowo-zatorowych w przypadku stosowania doustnych estrogenów powinno być szacowane na podstawie wywiadu rodzinnego oraz obecności innych czynników ryzyka takich jak otyłość (BMI > 30), palenie papierosów oraz wiek powyżej 40. roku życia.
 4. W przypadku pojawienia się krwawienia z dróg rodnych (u transpłciowych mężczyzn) konieczne jest wykonanie badania USG TV lub TA celem oceny grubości endometrium oraz badania cytologicznego wymazu z szyjki macicy.
 5. W przypadku transpłciowych kobiet do czasu orchidektomii zalecane jest samobadanie jąder. Dodatkowo w przypadku podejrzenia rozrostu gruczołu krokowego oznaczenie stężenia PSA oraz ultrasonograficzna jego ocena.
- V. Badania poprzedzające zabiegi w obrębie klatki piersiowej (mastektomię lub plastykę piersi):
- A. Analogicznie jak w przypadku kwalifikacji do substytucji hormonalnej (ocena dokonana przez zespół dwóch specjalistów).
 - B. Należy zaznaczyć, że przed zabiegami w obrębie klatki piersiowej nie jest wymagana substytucja hormonalna.
- VI. Badania poprzedzające panhisterektomię i orchidektomię:
- A. Analogicznie jak w przypadku kwalifikacji do substytucji hormonalnej (ocena dokonana przez zespół dwóch specjalistów).
 - B. Dodatkowe kryteria:
 1. Zakończenie postępowania sądowego mającego na celu uzgodnienie płci. (Uwaga: autorzy niniejszego artykułu są świadomi faktu, że pomimo

dominującej praktyki w naszym kraju opinie autorytetów prawniczych w tym zakresie nie są jednoznaczne. Niektórzy eksperci dopuszczają możliwość przeprowadzenia zabiegów operacyjnych, które w efekcie prowadzą do pozbawienia płodności przed zakończeniem postępowania sądowego wtedy, gdy dysponują zgodą pacjenta, a cel jest leczniczy. Jednak do czasu sformułowania bardziej jednoznacznych rozstrzygnięć prawnych autorzy niniejszych zaleceń rekomendują to konserwatywne stanowisko.)

2. 12 miesięcy funkcjonowania w roli zgodnej z odczuwaną tożsamością.
3. Jeśli pacjent/ka zdecydował/a się na rozpoczęcie substytucji hormonalnej, czas trwania kuracji powinien wynosić przynajmniej 12 miesięcy (nie jest to jednak dodatkowe 12 miesięcy względem wymaganego okresu funkcjonowania w roli zgodnej z odczuwaną tożsamością).

Ważne: Postępowanie sądowe o ustalenie płci można rozpocząć od razu po zakończeniu procesu diagnostycznego, tj. po postawieniu formalnej diagnozy obejmującej kategorię z klasy F64 według ICD-10.

VII. Język i komunikacja z pacjentem:

- A. Zalecamy poszanowanie tożsamości pacjenta i adekwatne odnoszenie się do pacjenta, niezależnie od etapu tranzycji. Odsyłamy do odpowiednich publikacji, np. organizacji pozarządowych lub uznanych autorytetów, w celu zapoznania się z zasadami „transafirmatywnych” działań (np. Fundacji Trans-Fuzja, Transgender Europe, publikacji *Language and trans health* [7]).

VIII. Treść skierowań i opinii:

- A. Informacja o rozpoznaniu i jego uzasadnienie.
- B. Informacja o tożsamości płciowej i jej trwałości oraz o dysforii i jej uporczywości.
- C. Informacja o zdolności do wyrażenia świadomej zgody.

Ważne: Zaleca się ograniczenie umieszczania w zaświadczeniach i opiniach (zwłaszcza na potrzeby postępowania sądowego) informacji biograficznych i osobistych pacjentów/tek jedynie do tych, które stanowią przesłankę do formułowanych wniosków. Dotyczy to zwłaszcza informacji na temat funkcjonowania seksualnego (zachowań, fantazji, orientacji i preferencji seksualnych).

Zalecenia zostały opracowane dnia 31 stycznia 2020 roku w Krakowie przez grupę następujących ekspertów:

dr n. med. Bartosz Grabski, FECSM – lekarz, specjalista psychiatra i seksuolog, certyfikowany psychoterapeuta PTPPB – przewodniczący panelu ekspertów

prof. dr hab. n. med. Dominik Rachoń – lekarz, specjalista chorób wewnętrznych i endokrynologii

dr n. med. Wiesław Czermikiewicz – lekarz, specjalista ginekolog i seksuolog

dr n. med. Stanisław Dulko – lekarz, specjalista psychiatra i seksuolog

dr n. med. Sławomir Jakima – lekarz, specjalista psychiatra i seksuolog, psychoterapeuta

dr n. med. Łukasz Müldner-Nieckowski – lekarz, specjalista psychiatra i seksuolog, psychoterapeuta, superwizor psychoterapii SNP PTP oraz PTS, analityk jungowski IAAP

dr n. med. Małgorzata Trofimiuk-Müldner – lekarka, specjalistka chorób wewnętrznych, endokrynologii oraz medycyny nuklearnej

mgr Dorota Baran – psycholożka, certyfikowana seksuolożka kliniczna i sądowa PTS, certyfikowana psychoterapeutka PTPB

mgr Marta Dora – psycholożka, seksuolożka kliniczna PTS, psychoterapeutka, doradczynie testowania w kierunku HIV certyfikowana przez Krajowe Centrum ds. AIDS

dr hab. Grzegorz Iniewicz, prof UJ – specjalista psycholog kliniczny, psychoterapeuta PTP i EAP, supervisor PTP

mgr Magdalena Mijas – psycholożka

mgr Sylwia Stankiewicz – psycholożka kliniczna, psychoterapeutka

mgr Milena Adamczewska-Stachura, LL.M – prawniczka

mgr Anna Mazurczak – adwokatka

Standardy w obecnym brzmieniu zostały przyjęte przez Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego na spotkaniu, które odbyło się 19 czerwca 2020 roku.

Piśmiennictwo

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)*. Washington, DC: American Psychiatric Press; 2013.
2. *ICD-11 – Mortality and Morbidity Statistics*, <https://icd.who.int/browse11/l-m/en> [dostęp 14 kwietnia 2020].
3. Coleman E, Bockting W, Botzer M, Cohen-Kettenis P, DeCuypere G, Feldman J i wsp. *Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7*. *Int. J. Transgenderism* 2012; 13(4): 165–232.
4. De Cuypere G. *Gender dysphoria / gender incongruence: Evolution in the last decades*. Konferencja Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego, 23 listopada 2019; Warszawa.
5. Cavanaugh T, Hopwood R, Lambert C. *Informed Consent in the Medical Care of Transgender and Gender-Nonconforming Patients*. *AMA J. Ethics* 2016; 18(11): 1147–1155.
6. Schulz LS. *The Informed Consent Model of Transgender Care: An Alternative to the Diagnosis of Gender Dysphoria*. *J. Humanist. Psychol.* 2017; 58(1): 72–92.
7. Bouman WP, Schwend AS, Motmans J, Smiley A, Safer JD, Deutsch MB i wsp. *Language and trans health*. *Int. J. Transgenderism* 2017; 18(1): 1–6.

Adres: Bartosz Grabski
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum
Katedra Psychiatrii, Pracownia Seksuologii
31-501 Kraków, ul. Kopernika 21a
e-mail: bartosz.grabski@uj.edu.pl

Otrzymano: 25.06.2020

Zrecenzowano: 27.07.2020

Przyjęto do druku: 28.07.2020