

## **Transseksualizm jako fenomen interdyscyplinarny (artykuł dyskusyjny)**

### **Transsexualism as an interdisciplinary phenomenon**

Adam Bilikiewicz, Jadwiga Gromska

Klinika Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych i Wieku Podeszłego AM w Gdańsku  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. L. Bidzan

#### **Summary**

The authors express their criticism on the currently abiding Polish diagnostic and therapeutic criteria of transsexualism. Relying on their clinical experience and expertise (opinions for the court) as well as current literature, they point to the necessity of a discussion between specialists from various medical fields (psychiatry, sexology, urology, surgery, endocrinology, genetics) and humanistic sciences (psychology, sociology, law, ethics) on this interdisciplinary phenomenon.

*Słowa klucze:* transseksualizm, zaburzenia identyfikacji płciowej, identyfikacja płciowa a psychiatria

*Key words:* transsexualism, sexual identity disorder, sexual identity and psychiatry

Samo pojęcie transseksualizmu nie jest w piśmiennictwie światowym powszechnie akceptowane. Przykładem może być system diagnostyczno-klasyfikacyjny Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego DSM (por. ostatnią wersję DSM-IV-TR z 2000 r. [1]. Termin „transseksualizm” tam się nie pojawia. W obowiązującej w Polsce *Klasyfikacji zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10* transseksualizm (kod F 64.0) został zaliczony do zaburzeń identyfikacji płciowej – występuje w rozdziale „Zaburzenia osobowości i zachowania dorosłych” (F 60-F 69) [2].

W niniejszym artykule, napisanym na zamówienie redakcji „Psychiatrii Polskiej”, postaramy się uzasadnić, dlaczego zjawisko transseksualizmu ma charakter interdyscyplinarny.

Przede wszystkim wyjaśniamy, dlaczego zajęliśmy się, jako psychiatrzy, tym problemem. Jaka była chronologia zdarzeń, które skłoniły nas do bliższego zajęcia się transseksualizmem?

Otóż w ciągu ostatnich kilku lat zaczęły się do nas zgłaszać osoby, które domagały się zaświadczenia, że nie ma przeszkód zdrowotnych, tj. psychiatrycznych, do przeprowadzenia operacyjnej zmiany płci. Zaświadczenie to miało być formalnym załącznikiem, którego domagali się chirurdzy, urolodzy i inni specjaliści zajmujący się leczeniem transseksualistów. W zdecydowanej większości przypadków usiłowaliśmy, wobec wątpliwości, osoby te przekonać o potrzebie i celowości poddania się obserwacji klinicznej. Przeważnie nie wyrażały na to zgody. Informowały zresztą, co odpowiadało prawdzie, że są już w trakcie leczenia. Niektóre osoby były w trakcie leczenia hormonalnego – np. transseksualistki typu K/M otrzymywały duże dawki testosteronu. Inne zostały już zoperowane, np. dokonano u nich mastektomii i oczekiwały na zabieg wytworzenia na drodze chirurgicznej męskiego członka. Otrzymywaliśmy też postanowienia sądów, które domagały się od nas, jako biegłych sądowych w dziedzinie psychiatrii lub równocześnie seksuologii (J. Gromska), opinii, czy uzasadniona jest prośba o zmianę płci metrykalnej. W jednym przypadku młodego człowieka, transseksualisty typu M/K, prośba sądu miała nieco inny charakter, chodziło bowiem o przywrócenie pierwotnej, czyli męskiej płci metrykalnej. Okazało się, że człowiek ten zgłosił się do psychiatry z prośbą o leczenie z powodu „głósów”. Lekarz psychiatra rozpoznał schizofrenię paranoidalną, wdrożył leczenie przeciwpsychotyczne i uzyskał bardzo dobry wynik. Pacjent wyrażał żal, że go okaleczono, miał przecież urojenia, że jest kobietą, i domagał się nie tylko przywrócenia anatomicznych atrybutów płci męskiej, ale powrotu na drodze sądowej do męskiej płci metrykalnej. Inny z badanych na życzenie sądów nie wyraził zgody na obserwację szpitalną. Mimo że oboje podejrzewaliśmy schizofrenię – został zoperowany. Jednak wkrótce odebrał sobie życie.

Oto przykład naszej przeciętnej konsultacji: Badany ma predyspozycje do żeńskiego repertuaru zachowań seksualnych typu M/K mimo niezgodności między psychicznym poczuciem płci a budową biologiczną. Żąda doprowadzenia swojego męskiego ciała do transseksualnej płci wyobrażeniowo-życzeniowej; jego wyobrażeniom towarzyszy sąd realizujący, typowy dla urojeń w psychozie schizofrenicznej. Jest przy tym bajkowo infantylny i życzeniowo oderwany od rzeczywistości. Ma uszkodzony rozwój seksualny, między innymi: późny samogwałt, wcześniej zaburzona identyfikacja (od trzeciego roku), pederastia (od 17 roku życia – kilka stosunków seksualnych), brak wytrysku podczas stosunku seksualnego, brak pobudzenia seksualnego wobec płci przeciwnej oraz zupełnie wybiórcze do płci własnej. Jako podstawę swojego świata widzi wymarzoną sytuację rodzinną z sobą jako matką rodziny i dziećmi ze związku z mężczyzną. Dzieci nie będzie uświadamiał, bo uświadomienie następuje przez rozwój. Uważa, że zbieżność preferencji płci życzeniowej z płcią rzeczywistą jest normą, to znaczy – każdy ma taką płeć, jaką sobie wyobrazi. Leczy się dlatego, że nie ma tej płci, którą czuje w sobie. Wypowiedzi te są rozkojarzone i ambivalentne. W wywiadzie omamy słuchowe i urojenia wielkościowe płytko pokryte remisją, życie popędowe z uszkodzonym rozwojem seksualnym. Całość objawów równa się transseksualizmowi na podłożu schizofrenicznym, albo uszkodzeniu życia popędowego w wyniku uszkodzonego rozwoju osobowości. Wskazane podjęcie prób zachowania właściwej płci biologicznej, farmakologiczna eliminacja psychozy, psychoterapia psychologiczna, przerwanie „leczenia” hormonalnego zmieniającego płeć. Wskazań

nie zrealizowano, pacjent popełnił samobójstwo.

Przedstawione fakty zasiały w nas niepokój i wątpliwości. Sięgnęliśmy do piśmiennictwa i napisaliśmy krótki artykuł, który ukazał się w Biuletynie Informacyjnym Okręgowej Izby Lekarskiej w Gdańsku, pt. *Wątpliwości związane z transseksualizmem* [3]. Artykuł ten zakończyliśmy zdaniem, które w tym miejscu zacytujemy: „Wydaje się, że problem osiągnął ten poziom wątpliwości natury prawnej, lekarskiej, psychologicznej i etyczno-moralnej, że zasługuje na interdyscyplinarną dyskusję z udziałem zwolenników i przeciwników leczenia (transseksualistów) przez operacyjną zmianę płci”. Niestety, artykuł ten nie spotkał się z żadnym odzewem ze strony środowiska lekarskiego.

W dalszym ciągu spotykaliśmy się z osobami żądającymi zmiany płci na drodze chirurgicznej. Szczególnie poruszył nas przypadek młodego mężczyzny, który trafił do naszej kliniki z wyraźnymi objawami psychozy paranoidalnej. Pozostawał już od pewnego czasu w leczeniu specjalistycznym i otrzymywał duże dawki hormonów. Kiedy zaproponowano mu leczenie przeciwpsychotyczne i odstawiono terapię hormonalną, wypisał się na własne żądanie ze szpitala, pozbawiony pomocy.

W tej sytuacji zdecydowaliśmy się skierować w dniu 23 lutego 2004 r. obszerny list otwarty do dr. n. med. Konstantego Radziwiłła – prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej. Równocześnie kopię tego listu przesłaliśmy do redaktora naczelnego „Gazety Lekarskiej” z prośbą o zamieszczenie go na jej łamach. Niestety, redakcja naszego listu nie opublikowała. Dla lepszego zorientowania Czytelników „Psychiatrii Polskiej” w naszej argumentacji przytoczymy fragmenty owego listu: „Szanowny Panie Prezesie, zwracamy się z uprzejmą prośbą o zainteresowanie się problemem transseksualizmu w Polsce. Nie chodzi nam o pozycję nozologiczną i stronę diagnostyczną tych uznanych w Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 zaburzeń [...] lecz o implikacje praktyczno-lecznicze tego rozpoznania psychiatrycznego [...] W 2000 r. skierowaliśmy z naszej Kliniki krótki artykuł pt. „Wątpliwości związane z transseksualizmem” do druku w Biuletynie Informacyjnym OKL [o czym wspomnieliśmy powyżej – A.B. i J.G.]. Kilkakrotnie usiłowaliśmy zainteresować tematem Komisję Etyki Naczelnej Rady Lekarskiej, niestety bez rezultatu [...] Od czasu do czasu transseksualizmowi poświęcają uwagę media. W numerze 29 (6712) „Rzeczpospolitej”, z 4 lutego 2004 r. ukazał się obszerny artykuł p. red. Izabeli Redlińskiej pt. „Trzecia płć”. Lektura tego artykułu nie pozostawia wątpliwości, że problem wymaga nie tylko dyskusji w środowisku lekarzy, psychologów i prawników, ale przede wszystkim jakichś sensownych rozwiązań legislacyjnych, których nie można oczywiście oczekiwać od psychiatrów. Nasze wątpliwości budzi podjęta przed wielu laty wielospecjalistyczna terapia transseksualistów. W prowadzonej terapii stosuje się duże dawki (megadawki) hormonów płciowych (u transseksualistów K/M hormonów męskich, u transseksualistów M/K hormonów żeńskich, zamiast odwrotnie), następnie kwalifikuje się ich do leczenia operacyjnego, aż wreszcie dokonuje się sądowej zmiany płci metrykalnej. Wielu prawników zgłasza w tym względzie zastrzeżenia [...] W naszym przekonaniu, jako lekarzy, dokonywanie operacyjnej „zmiany płci” budzi jednak największe wątpliwości [...] Naszym zdaniem zabiegi te wyczerpują wszystkie znamiona eksperymentu medycznego bez dostatecznego, jak sądzimy, uzasadnienia

merytorycznego, ale również formalno-prawnego (jaką np. ma wartość zgoda klienta na operację dotkniętego psychozą?). Proponujemy, ażeby Naczelna Rada Lekarska zainteresowała się tym bulwersującym tematem. Znane są nam przypadki samookaleczeń transseksualistów, którzy po pewnym czasie chcą powrócić do poprzedniej płci [...] Odczuwają rozczarowanie, gdyż oczekiwali czegoś więcej. Jeden z pacjentów, któremu laryngolog usuwał „jabłko Adama”, próbował sam usunąć aparat podsłuchowy, który lekarz miał mu wszczepić (chory na schizofrenię, leczony z powodu transseksualizmu) [...] Skala zjawiska – w Polsce mieszka kilka tysięcy transseksualistów, płęć zmieniło 1,5 tysiąca z nich, około tysiąca osób jest w trakcie terapii – każe podejść do problemu z całą powagą. Należy dodać, że osoby te trafiają do psychiatrów z żądaniem wydania im odpowiedniej opinii, chociaż są już w zaawansowanym stadium transformacji płci. Pomijamy fakt, że pacjenci ci opłacają terapię z własnej kieszeni (od 15 do 24 tys. zł – dane z cytowanego nr Rzeczpospolitej)”.

Na nasz list otrzymaliśmy 18.06.2004 r. odpowiedź prezesa Naczelnej Rady Lekarskiej dr. Konstantego Radziwiłła, którą przytoczymy tutaj in extenso: „Szanowna Pani Profesor, Szanowny Panie Profesorze, przepraszam bardzo za tak wielką zwłokę z odpowiedzią na Państwa list. Problem przez Państwa poruszony jest niewątpliwie trudny i chyba na obecnym etapie wiedzy medycznej niemożliwe jest sformułowanie jednoznacznych opinii. W wielu krajach jako standardową metodę leczenia transseksualizmu stosuje się operacyjną zmianę płci od dziesiątków lat, a w Polsce pierwszy zabieg wykonano w 1963 roku. Mimo wątpliwości procedura operacyjna jest leczeniem cierpienia, którego powodem jest zaburzenie psychiczne, jakim jest transseksualizm, nieleczenie którego prowadzi do powikłań, z których najczęstszym i najgroźniejszym jest samobójstwo. Według informacji konsultanta krajowego w dziedzinie seksuologii i prof. Lwa Starowicza, w Polsce są określone przeciwwskazania do podjęcia operacyjnego leczenia, jak i procedury lecznicze, które odnoszą się do kilku metod stosowanych chronologicznie w określonym przedziale czasu. Leczenie transseksualizmu wiąże się z problemami prawnymi i etycznymi. Europejska Karta Praw Człowieka daje podstawy do podjęcia leczenia, a zgodnie z art. 16 Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych każdy ma prawo do uznania swej podmiotowości prawnej, a płęć jest elementem tej podmiotowości. Generalnie, prawo dopuszcza możliwość poprawiania błędów natury dotyczących nieprawidłowości także w seksualnej sferze człowieka. Z badań katamnesticznych wynika, że około 2/3 operowanych ujawnia poprawę stanu zdrowia psychicznego i funkcjonowania w społeczeństwie, a 16% pogorszenie tego stanu. Z etycznego punktu widzenia zabieg jest możliwy, jeżeli jest efektywną metodą leczenia prowadzącą także do subiektywnie odczuwanej przez pacjenta poprawy jakości życia. Niewątpliwie stosowane interwencje hormonalne i chirurgiczne są próbą rozwiązania problemów psychicznych i społecznych określonej osoby. List Państwa spowodował, że odbyło się w Naczelnej Izbie Lekarskiej posiedzenie z udziałem seksuologów, psychiatrów, psychologów, etyków, na którym zastanawiano się nad wszystkimi wspomnianymi problemami. W konkluzji zebrani zgodzili się, że problem jest złożony i wymaga dalszej interdyscyplinarnej dyskusji, w celu opracowania przez kompetentne towarzystwa naukowe precyzyjnych standardów medycznych opartych na dowodach naukowych, i przygotowania dokładnych regulacji prawnych.

Realizację tych zadań należy powierzyć przede wszystkim Polskiemu Towarzystwu Seksuologicznemu i konsultantowi krajowemu w dziedzinie seksuologii. Serdecznie dziękuję za list otwarty skierowany do mnie, który zainicjował dyskusję na ten temat w środowisku samorządu lekarskiego. Łączę wyrazy szacunku”.

Na list ten odpowiedzieliśmy oczywiście, w dniu 30 czerwca 2004 r. Zacytujemy fragmenty. „Szanowny Panie Doktorze, w imieniu p. prof. Jadwigi Gromskiej i własnym pragnę Panu Doktorowi serdecznie podziękować za list z 18.06.2004. oraz za rzeczową i wyczerpującą odpowiedź na nasze pismo dot. transseksualizmu. Doceniam fakt, że Pan Prezes z całą powagą podszedł do tego problemu. Proszę mi wierzyć, że naszym celem była i jest troska o dobro nieszczęśliwych ludzi, którym często przedstawia się iluzoryczną wizję „radikalnej zmiany płci”, chociaż wiemy o tym wszyscy, tzn. lekarze i biolodzy, że jest to niemożliwe. Zmienia się jedynie chirurgicznie zewnętrzne atrybuty płciowości. Sprawa wymaga, o co zabiegamy od wielu lat, poważnej wielodyscyplinarnej dyskusji. Argument, że „w wielu krajach operacyjna zmiana płci jest standardową metodą leczenia transseksualizmu”, nie przekonuje nas. Nie musimy koniecznie wzorować się na innych krajach. Dam dwa przykłady. W niektórych krajach zalegalizowano eutanazję. U nas też są jej zwolennicy. Ja osobiście do końca życia będę temu przeciwny, co głoszę publicznie w kraju i poza jego granicami. Drugi przykład. W niektórych krajach, np. w USA, dokonuje się stereotaktycznych zabiegów psychochirurgicznych w nerwicy natręctw. Nagłośnienie przez media w Polsce jednego przypadku operowanego w Bydgoszczy spowodowało, że Zarząd Główny Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego powołał ad hoc komisję, która opracowała kryteria dopuszczalności takich zabiegów. Zgadzam się z Panem Doktorem, że Polskie Towarzystwo Seksuologiczne, którego jestem członkiem honorowym, jest właściwym adresatem naszego apelu o dyskusję nt. transseksualizmu [...] Na życzenie Redaktora Naczelnego „Psychiatrii Polskiej”, p. prof. Jerzego Aleksandrowicza, zamierzamy wspólnie z p. prof. Jadwigą Gromską przygotować artykuł o transseksualizmie. Sprawa przybiera dość niebezpieczny obrót. Proszę zapoznać się z artykułem red. Pawła Zarzecznego, pt. „Igrzyska brojlerów. Wkrótce tylko transseksualiści będą bić sportowe rekordy”, w tygodniku „Wprost” z 6 czerwca 2004 r.”.

W cytowanym artykule mowa jest m.in. o tym, że Stanisława Walasiewiczówna była mężczyzną, zdobyła złoty medal na olimpiadzie i ustanowiła 37 rekordów świata w sprincie. Nasuwa się oczywiście pytanie, czy Walasiewiczówna była transseksualistką, czy może transwestytką (transwestytą), a to zasadnicza różnica wedle znawców problematyki.

Fenomen transseksualizmu jest zjawiskiem relatywnie nowym w polskim piśmiennictwie. Ażeby pogłębić wiedzę na ten temat, obok prac zagranicznych, przestudowaliśmy dwie liczące się publikacje książkowe, jakie ukazały się w kraju. Pierwsza to książka Kazimierza Imielińskiego i Stanisława Dulki *Przekleństwo androgyne. Transseksualizm: mity i rzeczywistość*, która wyszła drukiem w 1988 r. [4], oraz druga, Małgorzaty Fajkowskiej-Stanik *Transseksualizm i rodzina. Przekaz pokoleniowy wzorców relacyjnych w rodzinach transseksualnych kobiet* z 2001 r. [5]. W obydwu tych książkach autorzy zadali sobie trud bardzo wyczerpującego omówienia wszystkich aspektów transseksualizmu. Fajkowska-Stanik opublikowała zresztą w 1999 r.

na łamach „Psychiatrii Polskiej” trzy prace poświęcone: definicji, klasyfikacji, symptomatologii, a także etiologii zjawiska oraz operacyjnej zmianie płci i innych korekt stosowanych w przypadku transseksualizmu [6, 7, 8].

Imieliński i Dulko [4] w sposób bardzo elementarny przypominają cechy płciowe, dzieląc je na cechy pierwszorzędne – odrębność gonad (jajniki i jądra), cechy drugorzędne – odrębność dróg płciowych (jajowody, nasieniowody) i narządów kopulacyjnych (pochwa, prącie), i cechy trzeciorzędne – odmienność postaci (np. wzrost, kształty, typ owłosienia). Jak piszą dalej, współcześnie płeć określa się za pomocą następującego zespołu kryteriów: Płeć chromosomalna (genotypowa) wyznaczona zostaje przy zapłodnieniu. Decydują o niej dwa chromosomy płciowe: XY u mężczyzn i XX u kobiet. Oprócz chromosomów płciowych człowiek ma 44 autosomy. Stąd kariotyp, czyli wzór genetyczny mężczyzny, oznaczany jest jako 46 XY, a kobiety – jako 46 XX. Płeć gonadalną określają gruczoły płciowe: jądra u mężczyzn, a jajniki u kobiet. Płeć ta zaznacza się od siódmego tygodnia życia płodowego. W tym okresie z niezróżnicowanego wspólnego związku (zygoty) zaczyna się wykształcać gonada męska lub żeńska. Proces różnicowania kończy się zwykle na porodzie. Płeć hormonalną kształtuje czynność wewnątrzwydzielnicza jąder lub jajników. Obydwa te gruczoły płciowe wytwarzają hormony płciowe (androgeny i estrogeny), lecz w różnym stosunku proporcjonalnym. Płeć wewnętrznych narządów płciowych (gonadoforyczna) określana jest przez zróżnicowanie dróg rozrodczych, rozwijających się z przewodów gonad (przewody Wolffa u mężczyzn, przewody Müllera u kobiet). Oznaką płci zewnętrznych narządów płciowych jest obecność moszny i prącia u mężczyzn, a sromu u kobiet. Płeć fenotypowa (somatotypowa, biotypowa) określana jest przez wygląd zewnętrzny dojrzałego człowieka (czyli przez drugo- i trzeciorzędne cechy płciowe). Płeć metaboliczna określana jest przez rodzaj aparatu enzymatycznego niektórych systemów metabolicznych. Na przykład hormony płciowe męskie (androgeny) mogą aktywizować pewne układy enzymatyczne w okresie życia płodowego w sposób nieodwracalny; ich dalsza aktywność nie zależy już potem od poziomu tych hormonów płciowych. Płeć socjalna (metrykalna, prawna) ustalana bywa tuż po urodzeniu na podstawie budowy zewnętrznych narządów płciowych. Płeć ta ma później wyznaczać rolę męską lub żeńską. Płeć psychiczna to identyfikowanie się człowieka z osobnikiem danej płci, poczucie przynależności do danej płci. Kształtuje się ona w kilku pierwszych latach życia, pod wpływem całościowego oddziaływania czynników wewnętrznych i zewnętrznych. Płeć psychiczna jest niemal bez wyjątku, jak piszą autorzy, cechą stałą. Nadal jednak problemem otwartym pozostaje sprawa mechanizmów decydujących o kształtowaniu się poczucia przynależności do tej, a nie innej płci.

W dalszym ciągu Imieliński i Dulko piszą, że problem odczuwania przez człowieka związku z płcią, którą uznaje za własną, nie da się sprowadzić tylko do subiektywnego jej odczuwania, u podłoża psychicznego poczucia płci tkwią bowiem czynniki chromosomalne, gonadalne, hormonalne i psychiczne.

Czynniki biologiczne pomijamy, gdyż osoby dotknięte transseksualizmem, o czym będzie jeszcze mowa, mają „prawidłową” płeć genotypową, gonadalną, hormonalną, gonadoforyczną, wewnętrznych narządów płciowych, fenotypową, metaboliczną i metrykalną. Tę ostatnią, zgodnie z identyfikacją płci w czasie narodzin, określa lekarz położnik i pediatra. Można się zatem zgodzić z Fajkowską-Stanik [5], która wyraża

niepokój etyczny z powodu powszechnie panującego przekonania, że transseksualizm jest problemem wyłącznie medycznym i jego najlepszym rozwiązaniem jest operacyjna zmiana płci. Można oczywiście dodać, że leczenie dużymi dawkami hormonów ma wpływ na płęć hormonalną. Zdaniem autorki, takie postępowanie bywa przedwczesne i jest nie do końca uzasadnionym działaniem w świetle obecnego stanu wiedzy na temat etiologii zjawiska. Szeroko zakrojone badania medyczne poszukujące uwarunkowań biologicznych transseksualizmu nie dały jak dotąd żadnych jednoznacznych odpowiedzi, a spory i kontrowersje na temat transseksualizmu trwają nadal. Wszyscy autorzy w dostępnych nam publikacjach stwierdzają krótko, że etiologia transseksualizmu jest nieznaną. Należy więc jednoznacznie stwierdzić, że nie jest jak dotąd określona pozycja nozologiczna tego fenomenu.

Wątpliwości co do etiologii transseksualizmu mają swoje odbicie w dość zróżnicowanej terminologii [9]. Historycznie rzecz biorąc (cytujemy za Fajkowską-Stanik [5]), fenomen transseksualizmu pojawił się w piśmiennictwie medycznym już w 1853 r., kiedy to Frankel scharakteryzował przypadek nazwany przez niego „homomollia”. Opisał mężczyznę, który ubierał się jak kobieta i nawiązywał przygodne romanse z żołnierzami i marynarzami. Aresztowany, zlekceważony w swym nieszczęściu, w rezultacie popełnił samobójstwo. W 1925 r. Hirschfeld jako pierwszy zauważył, iż należy rozróżnić transwestytywne zachowania u mężczyzn od homoseksualizmu w rzeczy samej. Następnie w roku 1930 duński malarz Enigar Wegemar poddał się kastracji w szpitalu w Dreźnie, a książka pt. *Man into Woman* na jego temat ukazała się w 1933 r. Cauldwell w 1949 r., w „Sexology Magazine”, opisał dziwny, jak na tamte czasy, przypadek dziewczyny, która chciała być mężczyzną, i nazwał ten stan „psychopathia transsexualis”. Kilka lat później (1952 r.) świat miał okazję zapoznać się z przypadkiem transformacji George’a Jorgenssona w Christine Jorgensen. Nie był to pierwszy przypadek operacji płciowej, ale pierwszy, któremu nadano taki rozgłos. Zespół duńskich lekarzy na czele z endokrynologiem Hamburgerem opublikował w piśmie „Journal of the American Medical Association” (1953) historię choroby, naturę zjawiska, terapię i wreszcie operację płciową osoby transseksualnej. Wielu lekarzy, co pragniemy w tym miejscu silnie zaakcentować, odnosiło się bardzo krytycznie do tego sposobu terapii. Szczególnie ostro przeciw operacjom płciowym wypowiadali się, i do tej pory to czynią, psychoanalitycy, z Benjaminem na czele. To właśnie ten autor, w artykule zamieszczonym w „International Journal of Sexology”, użył terminu „transseksualizm” (1953) na określenie przypadku Jorgensen. Zaproponował, by takie osoby nazywać „transsexual” (1966). Różni autorzy w nieco odmienny sposób nazywali to zjawisko. Np. Van Emde Boas z Amsterdamu proponował określenie „transsexists” dla tego typu pacjentów. Money z John’s Hopkins University używał nazwy „contra-sexism”. Autor ten zaproponował różne nazwy dla transseksualizmu, uzależniając je od okresu ujawnienia się rozbieżności płciowych i nawet od faktu nieistnienia w ogóle tożsamości płciowej. Dopuszczał także odwracalność płci, zależną od struktur podwzgórza i czynników zewnętrznych. Jego poglądy ujawniają cały chaos zagadnienia. Z kolei Hamburger i wsp., mówiąc o transseksualizmie, podkreślali, że jest to raczej „genuine transvestitism” albo „enoizm”. Z kolei Brown pisał, że transseksualizm odnosi się do inwersji roli płciowej („sex role

inversion”), podkreślając w ten sposób, że taka osoba pragnie operacyjnej zmiany płci. W tym miejscu warto przywołać zapomniany termin „*inversio sexualis paranoica*” zaproponowany przez Ernsta Kretschmera. Wrócimy do tego terminu, omawiając relacje transseksualizmu do zaburzeń psychicznych.

Zarówno w piśmiennictwie światowym, jak i polskim, można napotkać różne definicje transseksualizmu. Jedną z nich zaproponowali Imieliński i Dulko. Twierdzą oni, że transseksualizm jest pewną odmianą zaburzeń wiążących się z identyfikacją i rolą płciową. Skrajne zaburzenie identyfikacji płciowej i roli płciowej przejawia się niezgodnością pomiędzy psychicznym poczuciem płci a biologiczną budową ciała, płcią socjalną, metrykalną i prawną. Popęd seksualny skierowany do osób tej samej płci (według budowy ciała) uważany jest za heteroseksualny. Nieodparte pragnienie medycznej zmiany płci stanowi naczelną dążność w życiu transseksualistów. Autorzy ci twierdzą, że transseksualizm nie jest dewiacją seksualną, ale zaburzeniem pierwotnie zlokalizowanym w sferze płciowej, niemniej jednak, jak przyznaje Imieliński [10], w większości klasyfikacji transseksualizm jest zaliczany do dewiacji.

Fajkowska-Stanik w cytowanej książce [5] transseksualizm definiuje jako zjawisko, w którym mamy do czynienia z nałożeniem się skrajnego zaburzenia w zakresie tożsamości płciowej oraz odchylenia seksualnego. Skrajnie zaburzona identyfikacja płciowa przejawia się całkowitą rozbieżnością między poczuciem płci a budową ciała, czego efektem jest odchylenie seksualne, polegające na orientacji seksualnej w kierunku osób tej samej płci. U jego podłoża leży tzw. dysforia płciowa. Definicja ta, jak pisze autorka, różni się od poprzednich tym, że nie zakłada wzajemnego wykluczania się zaburzenia płciowego i dewiacji seksualnej, a rozumie się je tu jako pozostające względem siebie w pewnym następstwie. Zakłada się, że płeć i seksualność człowieka to dwie różne, choć będące w bardzo ścisłej relacji sfery.

Dla porządku i zgodnie z obowiązującymi kryteriami diagnostycznymi *Klasyfikacji zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10* [2], o czym już była mowa na początku artykułu, transseksualizm umieszczono w podrozdziale „Zaburzenia identyfikacji płciowej” (F 64) i określono następujące kryteria: A. Pragnienie życia i akceptacji w roli osoby o przeciwnej płci, zwykle związane z żądaniem doprowadzenia ciała za pomocą zabiegów chirurgicznych lub leczenia hormonalnego do postaci tak zbieżnej z preferowaną płcią, jak to tylko możliwe. B. Tożsamość transseksualna występuje trwale, od co najmniej 2 lat. C. Zaburzenie nie jest objawem innego zaburzenia psychicznego (np. schizofrenii), ani nie wiąże się z nieprawidłowościami chromosomalnymi.

Wczytując się w przytoczone definicje i uwzględniając obowiązujące kryteria diagnostyczne, wydawałoby się, że wszystko jest jasne i zrozumiałe. Tymczasem wątpliwości powstają, kiedy uświadomimy sobie, iż na świecie wyróżnia się trzy główne podejścia do etiologii transseksualizmu, tj. model biologiczny (medyczny), intrapsychiczny (psychodynamiczny) oraz rozwojowy (uczenia się). Jako psychiatrzy zwróciliśmy uwagę na te poglądy, wedle których przyczyn powstawania fenomenu transseksualizmu należy upatrywać w predyspozycjach osobowościowych. Nie można zlekceważyć wyników badań, jakie cytujemy za Fajkowską-Stanik [5], które wskazują, w grupie transseksualistów, na wysoki stopień zaburzeń, np. nieprzystosowanie spo-

łeczne, alkoholizm, osobowość antyspołeczna, paranoiczna, typu borderline, wysoki poziom lęku. Częstym typem zaburzeń u transseksualistów jest osobowość paranoiczna, borderline, schizotypowa. Zdarza się, tak jak donosi Bower [cyt. wg 5], że pacjenci proszący o operacyjną zmianę płci „doświadczają schizofrenii”. Ten sam autor pisze, iż w starszych publikacjach problemy zaburzonej identyfikacji płciowej traktowano jako cechy schizofreniczne. W ostrej fazie psychozy pojawiały się problemy podobne do tych, które są obecne w transseksualizmie. Cytowany autor uważa, że należałoby zastanowić się, czy transseksualizm nie jest niczym innym jak tylko pewnym aspektem schizofrenii. Niektórzy, np. Binder i Bastrup [cyt. za 7], nazywają transseksualizm pomniejszoną jakościowo formą schizofrenii. Wielu autorów wyraża pogląd, że idei seksualnej metamorfozy w schizofrenii nie poświęcono w piśmiennictwie zbyt wiele uwagi. Istnieją publikacje, które donoszą o operacyjnej zmianie płci u prawie 25% osób schizofrenicznych. Mowa jest wprost o tym, że mamy do czynienia z czterema kategoriami urojeń w aspekcie zmiany płci, tj.: dłużej nie będę mężczyzną/kobietą; jestem kimś neutralnym o nijakim rodzaju; jestem jednocześnie kobietą i mężczyzną (ambisentencja); jestem kimś o płci odmiennej. To ostatnie urojenie pojawia się w transseksualizmie. Autorzy tych poglądów apelują o bardzo staranne diagnozowanie osób żądających operacyjnej zmiany płci, zdarza się bowiem tak, że ktoś żyje jako osoba innej płci, bo ma właśnie takie urojenie. Ci sami autorzy twierdzą, że na pięciu chorych na schizofrenię jeden ma urojenia, że jest osobą innej płci.

Z braku miejsca nie jesteśmy w stanie szczegółowo omawiać zawartości znakomitej mono grafii Fajkowskiej-Stanik, na którą wielokrotnie się powołujemy. Na szczególne podkreślenie zasługuje opracowanie przez nią bogatego piśmiennictwa dotyczącego założeń teoretycznych transseksualizmu i kategorii dyscyplin naukowych na ten temat. Naszym zdaniem istotną wartość ma konstatacja autorki, że orientacja seksualna oraz identyfikacja płciowa są wprawdzie wynikiem genetycznych bądź hormonalnych czynników wpływających na rozwijający się mózg, jednak trzeba dostrzegać wagę czynników środowiskowych oraz intrapsychicznych. Omawia ona wreszcie efekty medyczne i psychospołeczne operacyjnej zmiany płci i uważa, że sukces operacji jest często problematyczny; trudno nie zgodzić się z tą opinią. Podkreśla, że operacyjna zmiana płci jest często oceniana również z punktu widzenia moralności i religii, ale ze względu na brak miejsca zagadnień tych, niestety, nie omawia.

Zgodnie z założeniami własnych badań, w sposób niezwykle kompetentny i szczegółowy przedstawia ich metodologię. Dużo miejsca poświęca intergeneracyjnej teorii systemów rodzinnych, omawia narzędzia badawcze i charakteryzuje osoby badane w odniesieniu do trzech pokoleń, tj.: osoba transseksualna, jej rodzice i dziadkowie. Przebadała 30 osób (kobiet) transseksualnych. Grupę porównawczą stanowiły trzy pokolenia tzw. „rodzin normalnych”. Celem pracy było poszukiwanie uwarunkowań psychospołecznych w etiologii transseksualizmu.

W prezentacji wyników badań autorka stwierdziła, że z transseksualizmem współwystępują dysfunkcyjne wzory relacyjne, takie jak: niski poziom autorytetu osobistego w systemie rodzinnym, autonomii, indywiduacji, bliskości intergeneracyjnej (ale wysoki bliskości partnerskiej), dyferencjacji „ja”, fuzje, triangulacje, patologiczny wzór separacji, mity harmonii oraz wybawienia (mechanizmy obronne), dysfunkcyjne koalicje rodzinne, delegacje na poziomie superego i id, poczucie niesprawiedliwości

w zakresie dystrybucji dóbr rodzinnych. Grupa porównawcza różniła się od eksperymentalnej wyższym poziomem indywidualności, bliskości intergeneracyjnej, dyferencjacji ja, delegacjami na poziomie ego, dojrzałą separacją, funkcjonalnymi koalicjami, brakiem triangulacji, fuzji, mitów. W grupie eksperymentalnej w przekazie wzorów relacyjnych częściej uczestniczy matka niż ojciec, w grupie porównawczej obydwój rodzice. Odmienne układy wzorów relacyjnych rodziców w obydwu grupach współdeterminują określone wzory relacyjne u córek.

Bardzo ważny, z punktu widzenia zgłaszanych przez nas zastrzeżeń co do traktowania w Polsce transseksualistów, jest postulat autorki o włączeniu psychoterapii do standardów postępowania z transseksualistami nie tylko w okresie pooperacyjnym, jak zalecają niektórzy autorzy, ale przede wszystkim w okresie przedoperacyjnym, i nie tylko z transseksualistami, którzy wahają się w postanowieniu zmiany płci, ale we wszystkich przypadkach. Słuszne jest również sugerowanie organizowania spotkań o charakterze „informacyjno-podtrzymującym” z rodziną, wyjaśniających zjawisko transseksualizmu, jego objawy, przyczyny, wzmacniających poczucie sprawczości oraz ukazujących możliwości radzenia sobie z tym problemem. I wreszcie podpisujemy się pod trzecim postulatem – o potrzebie połączenia terapii indywidualnej z terapią systemową, która nie koncentruje się na transseksualnym objawie, ale na przedefiniowaniu fuzyjnych związków, która pogłębia wiedzę na temat dziedziczenia pewnych zachowań, wzorów relacji itp. Tym samym autorka podważa opinie niektórych psychologów, w enuncjacjach prasowych, o bezcelowości i nieskuteczności oddziaływań psychoterapeutycznych.

Podsumowując ten z konieczności krótki artykuł uważamy, że zagadka transseksualizmu pozostaje nadal nierozwiązana, chociaż omawiana rozprawa naukowa, zdaniem prof. Jerzego Brzezińskiego (cytat fragmentu recenzji zamieszczony na obwolucie książki Fajkowskiej-Stanik) spełnia wymóg Ajdukiewicza intersubiektywnej komunikowalności i intersubiektywnej kontrolowalności. W naszym głębokim przekonaniu, co brzmi może jak laurka, cytowana wielokrotnie książka jest wybitnym standardem naukowym, przedstawionym z psychologiczną delikatnością, wiedzą i wrażliwością. Niepisana przez lekarza jest bliższa wzorcowi klinicznemu aniżeli eksperymentowi.

Dla pobudzenia do dyskusji nadal podtrzymujemy nasze stanowisko nieakceptujące „przerabiania” ludzi na ich życzenie. Występujemy przeciwko sprowadzaniu roli lekarza (chirurga) do roli fryzjera przystrzygającego fryzurę na życzenie klienta i lekceważeniu istoty ludzkiej tożsamości.

Twierdzimy, że transseksualizm nie jest chorobą (w rozumieniu interpretacji nozologiczno-nozograficznej). Może być traktowany jako choroba tylko wtedy, gdy dołączy się do innej istniejącej już choroby albo gdy dołączy się do niej w jakimś momencie procesu psychopatologicznego. Najczęściej dołącza się do schizofrenii, depresji, obłądki, a nawet nerwicy o różnym obliczu. Psychiatrzy są w stanie rozstrzygnąć te zagadnienia. Natomiast, czy osoba ma dwie osobowości, czy osobowość ma dwie osoby, umiemy odpowiedzieć psychologowie.

W obecnym stanie wiedzy nasze stanowisko jest następujące: kształtowanie płci – tak, zmiana płci – nie; leczenie zachowań i zaburzeń seksualnych przez lekarza – tak, natomiast nadmierna psychologizacja – nie; tworzenie nowych standardów – tak, tradycjonalizm i preformizm – nie; uznawanie praw biologicznych – tak, a pomijanie ich – nie; tworzenie nowych algorytmów diagnostycznych – tak, negacja praw bio-

logicznych – nie.

Proponujemy spotkanie zainteresowanych badaczy tych fenomenów na łamach „Psychiatrii Polskiej” – o ile czytelnicy zechcą się podzielić z nami wynikami swoich rozważań dotyczących etiologii, fenomenologii i diagnostyki. Pozwoli to poszerzyć nasze wiadomości o transseksualizmie i jednoznacznie ustalić, czy transseksualizm może być chorobą, czy jest może innym zjawiskiem antropologicznym.

Wiemy, że nawet, gdy operacja się udaje, życie transseksualisty pozostaje nieudane. Podkreślamy to dlatego, że wskaźnik samobójstw u transseksualistów jest przerażający. Transseksualizm to smutna sprawa!

### Ńďříńńłęńóřęćę ęřę ćíńłďăćńóćď'ęćířďíúé ółńéłí (ăćńęóńńćííř' ńńřńü')

#### Ńíăłďćříćł

Řăńđđü ńńřńüć đ'đłăńńřăē'ťń ńăîć ńîēłíć' ,ęřęćł řęńóřęüń đ'ďćéłí'ťńń' â Đîēüřł î äćřăńńńć'łńę-  
ćő ęďćńłďć'ô ċ ēł'łíćć ńďříńńłęńóřęćęř. Íř ńńîîăříćć ńîăńńăłííúó ęēćíć'łńęćő ířăęťăłíćé ċ  
ńóăłăłířď'ńćőćřńďć'łńęćő ęęńđ'łďńć (íř đ'đíüăó ńóăř), ř ńřęćł ęćńłďřńóđíúó äřííúó óęřćúăřťń  
íř íłăóîăćēńńü řďđięię äćńęóńńć. Ńřęť' äćńęóńńć' äîēćíř äúńü đ'đíăłăłíř â ęďóăó đřęćć'íúó  
ńđ'łöćřęćńńă ēłăćőćíńęćő ćíříćé, ř ćéłííł: đ'ńćóćřńđíă, ńłęńóîēîăîă, óđîēîăîă, óćđóđăîă, ýîăîę-  
ďćíēîăîă,ăłíłńćęîă. Ęđđéł ńřęćő ńđ'łöćřęćńńă íłăóîăćēł äęęť'ćńü đ'ńćóîēîăîă, ńîöćíēîăîă,  
ťďćńńă ċ ęńćęîă. Ńřęię řýđđřă ēîă äú äłíńńć ńăîć äćăē'ăü íř ńłéó, ń.í., ńďříńńłęńóřęćęř ęřę  
ćíńłďăćńóćď'ęć-ířđíăł'ółńéłíř.

### Transsexualismus als interdisziplinäres Phänomen

#### Zusammenfassung

Die Autoren äußern ihren Bedenken gegen die Richtigkeit der aktuell in Polen angewandten diagnostischen Kriterien und Behandlungskriterien vom Transsexualismus. Aufgrund der eigenen klinischen Beobachtungen, Begutachtungen (für Gerichte) und der Literatur zeigen sie auf die Notwendigkeit einer breiten Diskussion unter verschiedenen Fachkräften aus dem Bereich Medizin (Psychiatrie, Sexuologie, Urologie, Chirurgie, Endokrinologie, Genetik) und humanistischer Wissenschaften (Psychologie, Soziologie, Rechtswissenschaft, Ethik) über dieses interdisziplinäre Phänomen.

### Le transsexualisme comme phénomène interdisciplinaire (article soumis à la discussion)

#### Résumé

Les auteurs mettent en doute les critères diagnostiques et thérapeutiques du transsexualisme utilisés actuellement en Pologne. En basant sur leurs propres recherches cliniques, diagnostiques (destinées aux cours de justice) et sur la littérature en question ils postulent la discussion de plusieurs spécialistes de la médecine (psychiatres, sexologues, urologues, chirurgiens, endocrinologues, généticiens) et des sciences humaines (psychologues, sociologues, juristes, philosophes de la morale).

#### Písmiennictwo

1. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth edition, Text Revision.* Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.

2. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*. Kraków–Warszawa Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”; 1998.
3. Bilikiewicz A, Stopa D. *Wątpliwości związane z transseksualizmem*. Biul. Inf. Okr. Izby Lek. 2000; 5(97): 34.
4. Imieliński K, Dulko S. *Przekleństwo androgyne. Transseksualizm: mity i rzeczywistość*. Warszawa: PWN; 1988.
5. Fajkowska-Stanik M. *Transseksualizm i rodzina. Przekaz pokoleniowy wzorów relacyjnych w rodzinach transseksualnych kobiet*. Warszawa: Wydawnictwo Instytutu Psychologii PAN; 2001.
6. Fajkowska-Stanik M. *Transseksualizm. Definicje, klasyfikacje i symptomatologia zjawiska*. Psychiatr. Pol. 1999; XXXIII, 5: 769–781.
7. Fajkowska-Stanik M. *Etiologia transseksualizmu*. Psychiatr. Pol. 1999; XXXIII, 5: 783–798.
8. Fajkowska-Stanik M. *Operacyjna zmiana płci i inne rodzaje korekt stosowanych w przypadku transseksualizmu*. Psychiatr. Pol. 1999; XXXIII, 6: 959–967.
9. Lew Starowicz Z, Zdrojewicz Z, Dulko S. *Leksykon seksuologiczny*. Wrocław: Continuo; 2002.
10. Imieliński K. *Seksjatria*. T. II. Warszawa: PWN; 1990.
11. Imieliński K, red. *Seksuologia – zarys encyklopedyczny*. Warszawa: PWN; 1985.

Adres: Adam Bilikiewicz  
Klinika Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych i Wieku Podeszłego AM  
80-282 Gdańsk-Wrzeszcz, ul. Srebrniki 1

*Praca zamówiona przez redakcję*