

## **Tożsamość płci w schizofrenii**

### **Gender identity in schizophrenia**

Jarosław Stusiński<sup>1</sup>, Michał Lew-Starowicz<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego,  
Zakład Seksuologii Medycznej i Psychoterapii

<sup>2</sup> Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, III Klinika Psychiatryczna

#### **Summary**

The aim of this paper is to present actual knowledge on how do people with schizophrenia experience themselves in the context of gender and how it affects their functioning.

A review of the literature available in PubMed, PsycNET and Google Scholar was performed accordingly. Study of gender identity issues in schizophrenia should take into account both the personal and social dimensions of patients' functioning. The research on the core gender identity poses numerous difficulties and has not yet provided reliable conclusions. Some indications allow to assume higher than in the general population incidence of gender dysphoria among people with schizophrenia and a higher incidence of schizoid and schizotypal traits among people with gender dysphoria. Some patients experience positive symptoms regarding sex change. The data on the gender roles in schizophrenia patients show that they differ from the general population in terms of typically female and male characteristics. This may cause adaptive difficulties and negatively influence social interactions, especially in males who suffer from this illness. To sum up, published reports indicate specific difficulties in relation to gender identity among people with schizophrenia.

**Słowa kluczowe:** schizofrenia, tożsamość płci, role płciowe

**Key words:** schizophrenia, gender identity, gender roles

#### **Wstęp**

Tożsamość płci (*gender identity*) oznacza subiektywne doświadczanie własnej płci i jest jednym z zasadniczych komponentów determinujących seksualność i tożsamość w ogóle. Jednocześnie jest to konstrukt wieloaspektowy i złożony. Począwszy od Moneya, poszczególni autorzy wyodrębniali zróżnicowane komponenty tożsamości płci, oscylujące wokół dwóch zasadniczych składowych: (1) wewnętrznego przekonania o przynależności do danej płci określanego jako

wewnętrzna tożsamość płciowa, tożsamość bazalna lub tożsamość rodzajowa (*core gender identity*) oraz (2) przyswojenia i realizowania socjokulturowych wzorców wyznaczających właściwe dla kobiet i mężczyzn zachowania, postawy i oczekiwania, nazywane rolą płciową [1–3]. Problematyka tożsamości płci w schizofrenii, po okresie zwiększonego zainteresowania tym zagadnieniem w latach siedemdziesiątych XX wieku, podejmowana jest nieproporcjonalnie rzadko w stosunku do rangi, jaką wymiar płci ma w życiu człowieka. Zdaniem Nasser i wsp. [4] dominacja perspektywy neurobiologicznej w badaniach nad schizofrenią doprowadziła do zaniedbania roli czynników socjokulturowych w rozumieniu obrazu i doświadczania tej choroby. Luka ta sprawia, że z jednej strony często w niedostatecznym stopniu dostrzega się, w jaki sposób osoby chorujące na schizofrenię przeżywają siebie w kontekście płci oraz jakie znaczenie ma płeć dla ich funkcjonowania. Jak stwierdzają Sajatovic i wsp. [5, s. 96]: „Być może w związku z głęboką i powszechną stygmatyzacją choroby psychicznej, mężczyźni i kobiety ze schizofrenią często wydają się «bezpłciowi», tak jak sama choroba psychiczna jest odbierana jako zaciemniająca inne czynniki tożsamości”. Z drugiej strony kliniczną ocenę zachowań mogą zniekształcać stereotypy płciowe, czego efektem jest tendencja do większego patologizowania funkcjonowania pacjentów przejawiających niezgodność z nimi. Wyjaśnienie złożonej roli płci w procesach choroby stanowi ważny kierunek badań, który zwiększyłby rozumienie złożoności objawów i subiektywnego doświadczania schizofrenii [4, 6]. Lewine [7, 8] zwrócił uwagę na konieczność rozróżniania między dwoma sposobami rozumienia płci w badaniach nad schizofrenią, tj. między demograficzną kategorią płci biologicznej, czyli byciem kobietą lub mężczyzną (*sex*), a specyfiką nasilenia cech przypisywanych danej płci, czyli kobiecością i męskością (*gender*). Według badacza takie rozróżnienie nie zawiera wyjściowych założeń na temat natury różnic płciowych, jednocześnie dostarczając wymiaru pozwalającego na dokładniejsze ich zbadanie. Niniejszy artykuł jest przeglądem literatury na temat identyfikacji z płcią w schizofrenii. Przegląd sporządzono na podstawie wyszukiwań dla hasła „schizophrenia” w połączeniu z „gender identity”, „gender identification”, „core gender identity” oraz „gender role” w wyszukiwarkach PubMed, PsycNET i Google Scholar. Wyszukiwanie przeprowadzono dwukrotnie: w listopadzie 2016 i lutym 2017 roku. Uwzględniono dostępne artykuły w języku angielskim i polskim.

### **Wewnętrzna tożsamość płciowa w schizofrenii**

Wewnętrzne przekonanie o przynależności do danej płci na ogół ustala się w wieku 2–3 lat i wykazuje niezmiennosc w ciągu życia [2, 3]. Arieti [za: 4] stwierdza, że jedną z względnie powszechnych charakterystyk obrazu siebie wśród chorych na schizofrenię była niepewność odnośnie identyfikacji płciowej w czasie dzieciństwa. LaTorre [1] zauważył, że ten składnik tożsamości jest trudny do bezpośredniego zbadania, ponieważ w dużej mierze opiera się na czynnikach nieuświadomianych. Zwrócił jednak uwagę na możliwość oceny tożsamości płci w schizofrenii przez zbadanie obrazu ciała chorych, ze względu na ścisły związek tych dwóch konstruktów. Badania z tego zakresu, często prowadzone za pomocą metod projekcyjnych

(zwłaszcza różnych form rysunku postaci ludzkiej), zawierały liczne mankamenty metodologiczne, a ich wyniki były niespójne i trudne w interpretacji. Podstawowe źródło wiedzy na temat wewnętrznej tożsamości płci w schizofrenii stanowią doniesienia dotyczące problemów pacjentów w tej sferze.

Literatura przedmiotu dostarcza danych o nieco częstszym niż w populacji ogólnej występowaniu dysforii płci w grupie chorych na schizofrenię [9–11]. Precyzyjne oszacowanie częstości występowania tego zjawiska może jednak nastęrczać trudności z powodu częstego niepodejmowania leczenia dysforii płci czy jej nieujawniania, jak również powszechnego wśród klinicystów przekonania o wzajemnym wykluczaniu się tych dwóch jednostek. Kroki zmierzające do chirurgicznego dostosowania ciała do przeżywanej płci podejmuje mniej niż 5% chorych na schizofrenię [12]. Badania prowadzone w grupach pacjentów leczonych z powodu dysforii płci wykazały zróżnicowane, aczkolwiek nierzadko wyższe niż spodziewane, odsetki występowania wśród nich schizofrenii [9, 13–17]. Współwystępowanie schizofrenii i dysforii płci jest sytuacją szczególnie problematyczną z powodu ich wzajemnego wpływu na siebie, co utrudnia właściwe postępowanie diagnostyczne i kliniczne [18–20], jak również ze względu na obecność przykrych dla pacjentów treści wytwórczych [21–23] oraz zwiększone ryzyko autokastracji czy samobójstwa [18, 24–26].

Chorzy względnie często doświadczają objawów wytwórczych dotyczących zmiany płci, przyjmujących różne warianty (brak przynależności do własnej płci, płciowa neutralność, jednoczesna przynależność do obu płci, przynależność do płci przeciwnej) [19, 24, 27–29]. Tego typu objawy mogą być traktowane jako postać urojeniowych zespołów błędnej identyfikacji [28]. Objawów wytwórczych dotyczących zmiany płci może doświadczać w pewnym momencie swojego życia do 25% chorych [19, 30, 31].

Dociekając specyfiki tożsamości płci w schizofrenii, warto odnieść się także do badań na temat cech schizoidalnych i schizotypowych wśród osób z dysforią płci. Wykazano istotnie większe nasilenie objawów schizotypowych u dorosłych osób, u których w okresie młodzieńczym zdiagnozowano zaburzenia seksualne i tożsamości płciowej [32] oraz współwystępowanie dysforii płci i osobowości schizoidalnej [33]. Także badania z zastosowaniem *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* (MMPI) wśród pacjentów z dysforią płci ujawniły wyższe wyniki w skali schizofrenii (Sc), jednak ta prawidłowość częściej dotyczyła pacjentów nieleczonych hormonalnie bądź funkcjonujących w roli niezgodnej z przeżywaną płcią [34, 35]. W badaniu Finneya i wsp. [36] zauważono, że w większości przypadków osoby zgłaszające się na operację zmiany płci nie były postrzegane jako psychotyczne przy bezpośrednim wywiadzie, a takie tendencje sugerowały analizy wyników w MMPI. Podwyższone wyniki w skali Sc mogą zatem być rezultatem nie tyle specyfiki osobowościowej transpłciowych pacjentów, ile ich izolacji w efekcie stygmatyzacji społecznej.

Kwestia wewnętrznej tożsamości płci w schizofrenii nadal pozostaje zagadnieniem słabo poznanym i wymagającym zweryfikowania w badaniach. Szczególnie pożyteczne byłoby uwzględnienie tożsamości płci w podłużnych badaniach osób zapadających na choroby psychiczne prowadzonych na dużych grupach od wczesnych faz rozwoju badanych. Potrzebne jest tu jednak wypracowanie odpowiedniej metodologii.

## Rola płciowa w schizofrenii

LaTorre [1] wyróżnił trzy komponenty roli płciowej, takie jak: (1) przyswojenie roli płciowej, (2) preferencja roli płciowej i (3) zdolność do pełnienia roli płciowej. Na podstawie przeglądu prowadzonych do połowy lat siedemdziesiątych XX wieku badań nad tymi komponentami w schizofrenii stwierdził, że mimo zróżnicowanej metodologii i częstej niejednoznaczności wniosków badania sugerują swoiste „osłabienie” roli płciowej, przynajmniej u części chorych.

### Wymiary kobiecości i męskości u osób chorujących na schizofrenię

Badania nad przyswojeniem i realizowaniem wzorców płciowych wśród osób ze schizofrenią podjęto, próbując zidentyfikować u nich kolejny wymiar psychopatologii, jak wówczas interpretowano rozbieżności między stereotypowymi płciowo cechami i zachowaniami a płcią biologiczną. Przykładowo w analizie nagrań interakcji rodzinnych w grupie 67 młodych dorosłych ze zdiagnozowaną schizofrenią i 56 osób bez tej diagnozy oceniono, że chorzy mężczyźni przejawiali wycofanie, niską aktywność i niski poziom dominujących zachowań, podczas gdy chore kobiety były dużo bardziej aktywne i dominujące niż kobiety z grupy kontrolnej [37].

Zmiana perspektywy nastąpiła w latach siedemdziesiątych XX wieku, za sprawą koncepcji Bem zakładającej, że wysokie nasilenie cech zarówno kobiecych, jak i męskich jest dla jednostki najbardziej przystosowawcze, a przez to najlepiej sprzyja zdrowiu psychicznemu. Pierwsze badania z zastosowaniem *Bem Sex Role Inventory* (BSRI) wśród pacjentów ze schizofrenią wykazały wyższe wyniki w skali kobiecości i sugerowały ich powiązanie z czasem trwania leczenia i pogorszeniem funkcjonowania psychicznego [1, 4]. LaTorre i Piper [38] wykazali niższe wyniki w skali męskości w BSRI u mężczyzn ze schizofrenią długotrwale hospitalizowanych, podczas gdy tej prawidłowości nie stwierdzono w grupie chorych kobiet, jak również obniżone wyniki w skali kobiecości wśród nowo przyjętych na oddział kobiet ze schizofrenią, co nie zostało odnotowane wśród nowo przyjętych mężczyzn. Na podstawie wyników w *Terman-Miles Attitude-Interest Analysis Test* stwierdzono adekwatną wiedzę związaną z płcią wśród chorych nowo przyjętych na oddział i posiadanie wiedzy bardziej typowej dla kobiet wśród pacjentów długotrwale hospitalizowanych. Wyniki w *Role Preference Test* wskazały na tendencję do preferowania ról płciowych właściwych dla płci przeciwnej. Te dane nie były spójne z wynikami w *Embedded Figures Test* i skali Mf w MMPI, które nie ujawniły żadnej specyfiki identyfikacji z płcią wśród pacjentów ze schizofrenią. Zdaniem LaTorre [1] przyczyn odnotowanego wśród pacjentów charakteru roli płciowej należy upatrywać nie tyle w hospitalizacji psychiatrycznej czy czasie jej trwania, ile w progresji samej choroby. Nasser i wsp. [4], komentując związki między gorszym funkcjonowaniem psychicznym chorych a większym nasileniem cech uznawanych za typowo kobiece, wskazują na niejasną naturę tego związku ze względu na stereotypowe postrzeganie jako bardziej kobiecej pasywności trwale wpisanej w funkcjonowanie osób chorujących przewlekłe.

Także bardziej aktualne badania potwierdzają pewne rozbieżności między kulturowymi wymogami a rolą płciową u osób ze schizofrenią. W badaniu 90 pacjentów chorujących na schizofrenię i zaburzenia schizoafektywne z zastosowaniem BSRI Sajatovic i wsp. [5] wykazali, że chorzy obu płci uzyskiwali wyniki w zakresie cech tradycyjnie związanych z rolą męską na poziomie niższym, niż zakładają to normatywne oczekiwania właściwe dla ich płci. Tsirigotis i Gruszczyński [39] zbadali 78 osób ze schizofrenią za pomocą wybranych skal z MMPI, stwierdzając silniejszą identyfikację z tradycyjną rolą społeczną związaną z płcią niż w grupie osób zdrowych. Chorzy ujawnili jednak mniejsze nasilenie cech powszechnie określanych jako „męskie” (stanowczość, inicjatywa i ekspansja). Natomiast 25,64% chorych odpowiedziało diagnostycznie na twierdzenia dotyczące zaburzeń w sferze identyfikacji płciowej.

Przedstawione dane pozwalają przypuszczać, że osoby ze schizofrenią mogą przejawiać mniejsze nasilenie cech uznawanych za typowe dla ich płci bądź większe nasilenie cech typowych dla płci przeciwnej. Ta właściwość powinna być traktowana w kategoriach zróżnicowania międzyosobniczego i nie świadczy sama w sobie o żadnej postaci patologii psychicznej. Może jednak ograniczać zdolności adaptacyjne chorych oraz utrudniać im sprostanie społecznym wymogom.

#### Wpływ roli płciowej na funkcjonowanie osób chorujących na schizofrenię

Badania eksplorujące różnice płciowe w schizofrenii wskazują u kobiet na wyższe wskaźniki funkcjonowania przedchorobowego, późniejszy początek i występowanie mniejszej liczby objawów choroby, częstsze bycie w związku i posiadanie dzieci oraz lepsze funkcjonowanie zawodowe i społeczne, a u mężczyzn na gorsze przystosowanie przed wystąpieniem i po wystąpieniu choroby, częstsze występowanie zachowań antyspołecznych oraz nadużywanie substancji psychoaktywnych [5, 40–49]. Za te różnice mogą odpowiadać, obok czynników biologicznych, zróżnicowane sposoby postrzegania chorych oraz oczekiwania formułowane względem nich. Andia i wsp. [45] wykazali, że przy wyrównanym poziomie nasilenia objawów i funkcjonowania neuropsychologicznego (ocenianego na podstawie *Halstead-Reitan Neuropsychological Battery* i *Testu inteligencji WAIS*), kobiety mogą doświadczać mniej niekorzystnych interpersonalnych i psychospołecznych konsekwencji schizofrenii. Duże znaczenie w tłumaczeniu tych różnic przypisywane jest wcześniejszemu zachorowaniu u mężczyzn. To, czy choroba wystąpi w okresie dorastania, czy po osiągnięciu dorosłości, faktycznie może znacznie modyfikować funkcjonowanie w wymiarze psychicznym, relacyjnym czy społeczno-zawodowym. Biorąc jednak pod uwagę gorsze przystosowanie przedchorobowe mężczyzn, sam wiek zachorowania może nie być czynnikiem zasadniczym [43]. Lewine [8] wskazał, że płeć w wymiarze biologicznym, lecz nie społeczno-kulturowym (ocenianym za pomocą skali Mf w MMPI), stanowiła istotny predyktor wieku pierwszej hospitalizacji wśród pacjentów chorujących na schizofrenię i zaburzenia schizoafektywne (wcześniejsza hospitalizacja u mężczyzn), nawet przy kontrolowaniu nasilenia objawów choroby. Biologiczna płeć żeńska

i wyższe u mężczyzn, a niższe u kobiet wyniki w skali Mf, interpretowane jako przyjmowanie w większym stopniu typowo kobiecych ról społecznych, pozwalały na przewidywanie lepszego funkcjonowania neuropsychologicznego (obejmującego język, funkcje wykonawcze, pamięć werbalną, pamięć przestrzenną, percepcję wzrokową, koncentrację i szybkość motoryczną), niezależnie od wykształcenia, wieku i nasilenia choroby. Mueser i wsp. [46], dowodząc lepszych zdolności społecznych kobiet ze schizofrenią mierzonych testem odgrywania ról, zwrócili uwagę, że nie są one prostym efektem różnych perspektyw oceny zachowań kobiet i mężczyzn, jako że zastosowali ujednolicone kryteria behawioralne. Podkreślili jednak, że kobiety mogą odczuwać mniejszą stygmatyzację społeczną oraz większą tolerancję względem ich choroby, co częściowo może mieć korzystny wpływ na ich kompetencje społeczne.

Płciowe zróżnicowanie odbioru chorych może modyfikować efekty ich leczenia. Salokangas i Stengård [47] stwierdzili wśród mężczyzn ze schizofrenią bardziej pesymistyczne przewidywania odnośnie swojego przyszłego funkcjonowania, które, oceniane po 2 latach, okazały się trafne i zbieżne z przewidywaniami psychiatrów. W badaniu Haas i wsp. [41] 92 pacjentów podzielono na dwie grupy, które poddane były leczeniu farmakologicznemu wraz z innymi oddziaływaniami terapeutycznymi, przy czym w jednej z nich dodatkowo zastosowano interwencję rodzinną (*Inpatient Family Intervention* – IFI). Po 18 miesiącach od wypisu stwierdzono lepszą odpowiedź na włączenie IFI w grupie kobiet – lepsze efekty kliniczne w zakresie zarówno objawów, jak i funkcjonowania. Natomiast u mężczyzn przy IFI obserwowano pogorszenie wyników. Zanotowano także różnice płciowe w zakresie postaw rodzin wobec chorych. Leczenie z IFI wiązało się z mniej krytycznymi postawami w dalszej obserwacji wśród rodzin kobiet, podczas gdy wśród rodzin mężczyzn mniej krytyczne postawy powiązane były z leczeniem bez IFI. Na rolę socjokulturowo warunkowanych postaw rodzin wobec chorych na schizofrenię zwracała także uwagę Seeman [50], wskazując, że w wypadku mężczyzn podstawowe obawy bliskich dotyczą głównie seksualnej impulsywności, zachowań agresywnych, przyjmowania alkoholu i narkotyków oraz braku aktywności, podczas gdy w odniesieniu do kobiet obawy koncentrują się na zachowaniach promiskuitywnych, niechcianej ciąży, doświadczeniu przemocy seksualnej, zdrowiu fizycznym, higienie, związkach interpersonalnych i wychowaniu dzieci. Seeman zauważyła, że w rodzinach chorujących mężczyzn może występować większe poczucie winy, co łączy z wcześniejszym występowaniem choroby u mężczyzn, czyli jeszcze przed opuszczeniem domu rodzinnego. W wypadku kobiet odpowiedzialność za ich zdrowie może być łatwiej przypisywana innym czynnikiem.

Nasser i wsp. [4] stwierdzają, że przejawianie przez chorych mężczyzn bardziej kobiecej roli wydaje się mieć dla nich więcej negatywnych skutków niż w wypadku kobiet przejawiających rolę bardziej męską z powodu większej w wypadku mężczyzn presji odgrywania konkretnej roli. Mężczyźni ze schizofrenią mogą być jednak mniej zdolni do aktywności związanych z normatywną rolą płciową niż kobiety dzielące tę samą diagnozę. Powstałej w ten sposób sytuacji impasu nie towarzyszą możliwości jej neutralizowania przez wsparcie społeczne. Mężczyźni ze schizofrenią mogą

doświadczają znacznych problemów z efektywnym podejmowaniem normatywnie im przypisywanej roli inicjatora w budowaniu związków diadycznych, co częściej skazuje ich na samotność. Natomiast większą łatwość w tworzeniu związków mają chorujące kobiety, wobec których przewidywana jest rola bardziej bierna w tym kontekście. Te czynniki mogą w znacznej mierze odpowiadać za niższe prawdopodobieństwo bycia w związku oraz niższe wskaźniki posiadania potomstwa wśród mężczyzn ze schizofrenią [1].

Bardziej restrykcyjne wymagania społeczne i zawodowe w stosunku do mężczyzn mogą przekładać się na nierealistyczne oczekiwania wobec ich przystosowania po wystąpieniu choroby, jak również na gorszą atmosferę emocjonalną w ich rodzinach [41, 50]. Pomoc ze strony bliskich, obejmująca zaangażowanie w proces leczenia, może kolidować z przekazami postulującymi unikanie przez mężczyzn zależności i ekspresji emocjonalnej. Chorujące kobiety mogą natomiast w większym stopniu akceptować pomoc bliskich i korzystać z niej ze względu na większe przyzwolenie na zależność kobiety od rodziny [4, 41]. Ponadto lepsze funkcjonowanie społeczne kobiet zarówno przed wystąpieniem objawów, jak i po ich wystąpieniu, daje możliwość bardziej skutecznego współdziałania z bliskimi. Z kolei częściej notowane wśród mężczyzn ze schizofrenią nadużywanie substancji psychoaktywnych i antyspołeczne zachowania mogą przekładać się na gorsze ogólne funkcjonowanie rodzin, a tym samym na mniejsze możliwości udzielenia przez nie wsparcia choremu [41].

Dotychczasowa weryfikacja problematyki przyswojenia i realizowania ról płciowych w schizofrenii opiera się na danych obserwacyjnych, co nie pozwala na wnioskowanie przyczynowe. Większość doniesień pochodzi z badań prowadzonych na próbach o niedostatecznej liczebności. Metody pomiaru poszczególnych aspektów roli płciowej mogą wymagać rewizji, ponieważ konstruowano je na podstawie społeczno-kulturowych wzorców płci podlegających intensywnym przemianom. Dociekania w tej materii domagają się zatem odniesienia również do kontekstu kulturowego.

### **Powiązania między schizofrenią a trudnościami w sferze tożsamości płciowej**

Na podstawie dostępnych doniesień można przypuszczać, że schizofrenia wiąże się z pewnym stopniem trudności z formowaniem i ekspresją szeroko rozumianej tożsamości płci. LaTorre [1] słusznie zaznacza, że problemy w tej sferze nie są specyficzne dla osób ze schizofrenią i nie należy zakładać, że mogą stanowić bezpośrednią przyczynę schizofrenii. Potencjalne powiązania schizofrenii i trudności identyfikacyjnych można wyjaśnić za pomocą czterech hipotetycznych mechanizmów.

#### **I. Trudności tożsamościowe jako stresor sprzyjający wystąpieniu objawów schizofrenii**

LaTorre [1], odwołując się do modelu predyspozycja–stres, wysuwa przypuszczenie, że „dezorientacja w zakresie tożsamości płci” (*gender-identity confusion*) może

stanowić zasadniczy stresor zwiększający prawdopodobieństwo zachorowania na schizofrenię u predysponowanych do tego osób. Jego zdaniem dezorientacja stanowi źródło licznych i nakładających się na siebie stresów w życiu osób niezdolnych do efektywnego radzenia sobie z nimi. Jej źródłem upatruje w zahamowaniu wykształcenia tożsamości zgodnej z płcią biologiczną na skutek wyrastania w zaburzonej rodzinie niedostatecznie zapewniającym właściwe wzorce i informacje na temat płci. W dalszej kolejności dana osoba może doświadczać znacznych trudności z przyswojeniem wzorców obecnych w pozarodzinnych obszarach funkcjonowania. Trudności identyfikacyjne mogą być bardziej problematyczne dla chłopców, co może mieć związek z wcześniejszym początkiem choroby [1, 4]. Autor spekuluje też, że głębsze problemy w zakresie tożsamości płci wiążą się z gorszym przystosowaniem przedchorobowym, jak również większym nasileniem objawów i przewlekłością choroby [1].

## II. Trudności tożsamościowe jako następstwo schizofrenii

W opozycji do upatrywania istotnej roli trudności identyfikacyjnych w etiopatogenezie schizofrenii można założyć, że są one następstwem samej choroby. Wywołane procesem psychotycznym zmiany postrzegania rzeczywistości mogą dotyczyć także obrazu siebie w wymiarze psychicznym, cielesnym i społecznym. W wypadku części chorych może to skutkować objawami wytwórczymi dotyczącymi zmiany płci. Również wpływ schizofrenii na życie chorych w postaci dezadaptacji w sferach samodzielności, aktywności zawodowej i relacji z innymi, a także leczenia, nierzadko wiążącego się z koniecznością hospitalizacji, może wyraźnie modyfikować realizowanie wzorców płciowych.

## III. Wspólne podłoże neurobiologiczne schizofrenii i dysforii płci

Rajkumar [9] wskazał, że istnieją podstawy uznania zarówno schizofrenii, jak i dysforii płci za zaburzenia neurorozwojowe. Jego zdaniem dotychczasowe neurobiologiczne badania obejmujące obrazowanie mózgu, analizy stosunku długości palców oraz lewo- i praworęczności wskazują na istotne podobieństwa między grupami osób ze schizofrenią i dysforią płci, co sugeruje powiązanie tych stanów ze zmianami w zakresie mózgowego dymorfizmu płciowego i mózgowej lateralizacji. Jako potencjalne wspólne mechanizmy przyczynowe wymienia zaburzenia stężeń hormonów płciowych w okresie rozwoju płodowego oraz obniżone stężenie neurotroficznego czynnika pochodzenia mózgowego (*Brain-Derived Neurotrophic Factor* – BDNF). Zwraca także uwagę na możliwą rolę infekcji toksoplazmą, uważaną za jeden z czynników ryzyka schizofrenii, który może jednocześnie mieć wpływ na maskulinizację płodu.

#### IV. Wpływ właściwych dla schizofrenii deficytów funkcji psychicznych na tożsamość płci

Ostatni z domniemych mechanizmów powiązań może odnieść się do specyfiki rozwoju psychicznego osób prepsychotycznych. Być może dobrze udokumentowane w ich wypadku deficyty funkcji poznawczych, emocjonalnych i społecznych upośledzają także procesy związane z kształtowaniem tożsamości płci. Dotyczy to procesów obejmujących zdolności do rozpoznawania i przyswajania socjokulturowych przekazów płciowych, a także tworzenia relacji z osobami znaczącymi (np. rodzicami czy rodzeństwem) czy wchodzenia w interakcje z grupą rówieśniczą osób zarówno tej samej, jak i przeciwnej płci. Rajkumar [9] przywołuje w tym kontekście doniesienia o deficytach osób z dysforią płci typu K/M w zakresie „empatyzowania” (*empathising*), będącego preferowanym trybem interakcji wśród kobiet, i o potencjalnym łatwiejszym identyfikowaniu się z mężczyznami preferującymi interakcję w trybie „systematyzowania” (*systemizing*). Choć te powiązania dotyczyły związku dysforii płci z cechami autystycznymi, jego zdaniem można w ten sposób wyjaśnić obserwowane u osób z dysforią płci cechy schizoidalne lub typu schizofrenii.

#### Wnioski

1. Dostępne dane sugerują występowanie powiązań między schizofrenią a trudnościami w zakresie rozwoju i realizacji różnych aspektów tożsamości płci.
2. Zgłębienia wymaga ich natura, tj. czy trudności tożsamościowe odgrywają rolę w etiopatogenezie schizofrenii, są wtórne wobec procesu psychotycznego i zmian powodowanych przez chorobę, czy też współwystępują z zaburzeniami psychotycznymi.
3. Empirycznej weryfikacji wymaga także specyfika relacji między wewnętrzną tożsamością płci a rolą płciową w kontekście schizofrenii, jak również związek między tożsamością płci a innymi aspektami seksualności osób chorujących na schizofrenię.

#### Piśmiennictwo

1. LaTorre R. *The psychological assessment of gender identity and gender role in schizophrenia*. Schizophr. Bull. 1976; 2(2): 266–285.
2. Bancroft J. *Seksualność człowieka*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2011.
3. Notman MT, Nadelson CC. *Gender, development, and psychopathology: A revised psychodynamic view*. W: Seeman MV. red. *Gender and psychopathology*. Washington–London: American Psychiatric Press; 1995. S. 1–16.
4. Nasser EH, Walders N, Jenkins JH. *The experience of schizophrenia: What's gender got to do with it? A critical review of the current status of research on schizophrenia*. Schizophr. Bull. 2002; 28(2): 351–362.

5. Sajatovic M, Jenkins JH, Strauss ME, Butt ZA, Carpenter E. *Gender identity and implications for recovery among men and women with schizophrenia*. *Psychiatric Services* 2005; 56(1): 96–98.
6. Strkalj Ivezić S, John N. *Gender and schizophrenia*. *Psychiatr. Danub.* 2009; 21(Suppl. 1): 106–110.
7. Lewine RRJ. *Sex: An imperfect marker of gender*. *Schizophr. Bull.* 1994; 20(4): 777–779.
8. Lewine R. *At issue: Sex and gender in schizophrenia*. *Schizophr. Bull.* 2004; 30(4): 755–762.
9. Rajkumar RP. *Gender identity disorder and schizophrenia: Neurodevelopmental disorders with common causal mechanisms?* *Schizophrenia Research and Treatment*. 2014. <https://www.hindawi.com/journals/schizort/2014/463757/> (dostęp: 18.06.2017).
10. Michel A, Mormont C, Legros JJ. *A psycho-endocrinological overview of transsexualism*. *Eur. J. Endocrinol.* 2001; 145(4): 365–376.
11. Manderson L, Kumar S. *Gender identity disorder as a rare manifestation of schizophrenia*. *Aust. N Z J. Psychiatry* 2001; 35(4): 546–547.
12. Sohn M, Bosinski H. *Gender identity disorders: Diagnostic and surgical aspects*. *J. Sex. Med.* 2007; 4(5): 1193–1208.
13. Gómez-Gil E, Trilla A, Salamero M, Godás T, Valdés M. *Sociodemographic, clinical, and psychiatric characteristics of transsexuals from Spain*. *Arch. Sex. Behav.* 2009; 38(3): 378–392.
14. Meybodi AM, Hajebi A, Jolfaei AG. *Psychiatric axis I comorbidities among patients with gender dysphoria*. *Psychiatry Journal*. 2014. <https://www.hindawi.com/journals/psychiatry/2014/971814/> (dostęp: 12.06.2017).
15. Cole CM, O’Boyle M, Emory LE, Meyer WJ. *Comorbidity of gender dysphoria and other major psychiatric diagnoses*. *Arch. Sex. Behav.* 1997; 26(1): 13–26.
16. Levine SB. *Psychiatric diagnosis of patients requesting sex reassignment surgery*. *Journal of Sex and Marital Therapy* 1980; 6(3): 164–173.
17. Okabe N, Sato T, Matsumoto Y, Ido Y, Terada S, Kuroda S. *Clinical characteristics of patients with gender identity disorder at a Japanese gender identity disorder clinic*. *Psychiatry Res.* 2008; 157(1–3): 315–318.
18. Baltieri DA, De Andrade AG. *Schizophrenia modifying the expression of gender identity disorder*. *J. Sex. Med.* 2009; 6(4): 1185–1188.
19. Borrás L, Huguelet P, Eytan A. *Delusional “pseudotranssexualism” in schizophrenia*. *Psychiatry* 2007; 70(2): 175–179.
20. Bhargava SC, Sethi S. *Transsexualism and schizophrenia: A case report*. *Indian J. Psychiatry* 2002; 44(2): 177–178.
21. Westheide J, Cvetanovska G, Albrecht C, Bliesener N, Cooper-Mahkorn D i wsp. *Prolactin, subjective well-being and sexual dysfunction: An open label observational study comparing Quetiapine with Risperidone*. *J. Sex. Med.* 2008; 5(12): 2816–2826.
22. Dell’Osso L, Casu G, Carlini M, Conversano C, Gremigni P, Carmassi C. *Sexual obsessions and suicidal behaviors in patients with mood disorders, panic disorder and schizophrenia*. *Ann. Gen. Psychiatry*. 2012; 11: 27. <https://annals-general-psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1744-859X-11-27> (dostęp: 12.06.2017).
23. Connolly FH, Gittleson NL. *The relationship between delusions of sexual change and olfactory and gustatory hallucinations in schizophrenia*. *Br. J. Psychiatry* 1971; 119(551): 443–444.
24. Urban M. *Transseksualizm czy urojenia zmiany płci? Uniknąć błędnej diagnozy*. *Psychiatr. Pol.* 2009; 43(6): 719–728.

25. Gössler R, Vasely C, Friedrich MH. *Autocastration of a young schizophrenic man*. Psychiatr. Prax. 2002; 29(4): 214–217.
26. Nakaya M. *On background factors of male genital self-mutilation*. Psychopathology 1996; 29(4): 242–250.
27. Urban M, Rabe-Jabłońska J. *Urojenia zmiany płci i dysmorfofobia w obrazie klinicznym schizofrenii paranoidalnej – opisy przypadków*. Psychiatr. Pol. 2010; 44(5): 723–733.
28. Krychman M, Carter J, Amsterdam A. *Psychiatric illness presenting with a sexual complaint and management by psychotropic medications: A case report*. J. Sex. Med. 2008; 5(1): 223–226.
29. Jiloha RC, Bathla JC, Baweja A, Gupta V. *Transsexualism in schizophrenia: A case report*. Indian J. Psychiat. 1998; 40(2): 186–188.
30. Campo à J, Nijman H, Merckelbach H, Evers C. *Psychiatric comorbidity of gender identity disorders: a survey among Dutch psychiatrists*. Am. J. Psychiatry 2003; 160(7): 1332–1336.
31. Commander M, Dean C. *Symptomatic trans-sexualism*. Br. J. Psychiatry 1990; 156(6): 894–896.
32. Fagel SSAA, Swaab H, De Sonnevill LMJ, Van Rijn S, Pieterse JK i wsp. *Development of schizotypal symptoms following psychiatric disorders in childhood or adolescence*. Eur. Child Adolesc. Psychiatry 2013; 22(11): 683–692.
33. Lai M-C, Chiu Y-N, Gadow KD, Gau SS-F, Hwu H-G. *Correlates of gender dysphoria in Taiwanese university students*. Arch. Sex. Behav. 2010; 39(6): 1415–1428.
34. Greenberg RP, Laurence L. *A comparison of the MMPI results for psychiatric patients and male applicants for transsexual surgery*. Journal of Nervous and Mental Disease 1981; 169(5): 320–323.
35. Keo-Meier CL, Herman LI, Reisner SL, Pardo ST, Sharp C, Babcock JC. *Testosterone treatment and MMPI-2 improvement in transgender men: A prospective controlled study*. J. Consult. Clin. Psychol. 2015; 83(1): 143–156.
36. Finney JC, Brandsma JM, Tondow M, LeMaistre G. *A study of transsexuals seeking gender reassignment*. The American Journal of Psychiatry 1975; 132(9): 962–964.
37. Cheek FE. *A serendipitous finding: Sex roles and schizophrenia*. J. Abnorm. Psychol. 1964; 69: 392–400.
38. LaTorre RA, Piper WE. *Gender identity and gender role in schizophrenia*. J. Abnorm. Psychol. 1979; 88(1): 68–72.
39. Tsirigotis K, Gruszczyński W. *Wybrane zagadnienia z życia psychoseksualnego chorych na schizofrenię*. Seksuologia Polska 2007; 5(2): 51–56.
40. McGlashan TH, Bardenstein KK. *Gender differences in affective, schizoaffective, and schizophrenic disorders*. Schizophr. Bull. 1990; 16(2): 319–329.
41. Haas GL, Glick ID, Clarkin JF, Spencer JH, Lewis AB. *Gender and schizophrenia outcome: A clinical trial of an inpatient family intervention*. Schizophr. Bull. 1990; 16(2): 277–292.
42. Chaves AC, Seeman MV, Mari JJ, Maluf A. *Schizophrenia: Impact of positive symptoms on gender social role*. Schizophr. Res. 1994; 11(1): 41–45.
43. Usall J, Haro JM, Ochoa S, Márquez M, Araya S, the Needes group. *Influence of gender on social outcome in schizophrenia*. Acta Psychiatr. Scand. 2002; 106(5): 337–342.
44. Test MA, Senn Burke S, Wallisch LS. *Gender differences of young adults with schizophrenic disorders in community care*. Schizophr. Bull. 1990; 16(2): 331–344.
45. Andia AM, Zisook S, Heaton RK, Hesselink J, Jernigan T i wsp. *Gender differences in schizophrenia*. J. Nerv. Ment. Dis. 1995; 183(8): 522–528.

46. Mueser KT, Bellack AS, Morrison RL, Wade JH. *Gender, social competence, and symptomatology in schizophrenia: A longitudinal analysis*. J. Abnorm. Psychol. 1990; 99(2): 138–147.
47. Salokangas RK, Stengård E. *Gender and short-term outcome in schizophrenia*. Schizophr. Res. 1990; 3(5–6): 333–345.
48. Canuso CM, Pandina G. *Gender and schizophrenia*. Psychopharmacol. Bull. 2007; 40(4): 178–190.
49. Riecher-Rössler A, Häfner H. *Gender aspects in schizophrenia: Bridging the border between social and biological psychiatry*. Acta Psychiatr. Scand. Suppl. 2000; 102(407): 58–62.
50. Seeman MV. *Schizophrenic men and women require different treatment programs*. Journal of Psychiatric Treatment Evaluations 1983; 5(2–3): 143–148.

Adres: Michał Lew-Starowicz  
Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie  
III Klinika Psychiatryczna  
02-975 Warszawa, ul. Sobieskiego 9  
e-mail: michallew-starowicz@wp.pl

Otrzymano: 28.10.2017  
Zrecenzowano: 1.12.2017  
Otrzymano po poprawie: 3.12.2017  
Przyjęto do druku: 3.12.2017