

Objawy dysforii płci w schizofrenii

Gender dysphoria symptoms in schizophrenia

Jarosław Stusiński¹, Michał Lew-Starowicz²

¹ Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego,
Zakład Seksuologii Medycznej i Psychoterapii

² Instytut Psychiatrii i Neurologii w Warszawie, III Klinika Psychiatryczna

Summary

Gender dysphoria in individuals with schizophrenia may result from the delusionally changed gender identity or appear regardless of psychotic process. Distinguishing between these situations is not only a diagnostic challenge, but also affects the therapeutic decision-making. The review of the literature shows that different delusional beliefs regarding belonging to another gender, anatomy or changes within the genitals affect about one-fourth of patients with schizophrenia. Contemporary classifications of disorders are moving towards the elimination of psychotic disorders as a disqualifying criterion in diagnosing gender dysphoria. It is also established that schizophrenia may change the picture of gender dysphoria, e.g., by giving meaning and delusional interpretations of the fact of the incompatibility of phenotypic sex with the sense of gender. At the same time, before making a therapeutic decision (especially aimed at gender reassignment), it is necessary to exclude the psychotic background of the desire for gender reassignment. In case of co-occurrence of both disorders, it is crucial to evaluate the chronology and dynamics of the individual symptoms, their constancy (prolonged observation), patient's criticism and response to antipsychotic treatment.

Słowa kluczowe: schizofrenia, dysforia płci, zaburzenia identyfikacji z płcią

Key words: schizophrenia, gender dysphoria, gender identity disorder

Wstęp

Dysforia płci (*gender dysphoria*) oznacza stan niezadowolenia i cierpienia spowodowany rozbieżnością między własną tożsamością płciową a płcią biologiczną i prawną, jak również między indywidualnie pożądaną a społecznie oczekiwaną rolą płciową. Stan ten może się okazać dominującym aspektem funkcjonowania, negatywnie wpływającym na jakość życia oraz zdrowie psychiczne doświadczającej go osoby. Termin „dysforia płci” jest stosowany w klasyfikacji DSM-5 oraz standardach World

Professional Association for Transgender Health (WPATH). W klasyfikacji ICD-10 dysforia płci określana jest mianem „transseksualizmu” i wymieniana w grupie zaburzeń identyfikacji płciowej. Obecnie coraz częściej kwestionuje się terminy „transseksualizm” oraz „zaburzenia identyfikacji płciowej” jako patologizujące międzyosobnicze różnicowanie w zakresie tożsamości płci [1–7]. Cechy dysforii płci w przebiegu schizofrenii w większości przypadków stanowią treść objawów wytwórczych, a więc wchodzą w zakres symptomów psychozy. Niekiedy jednak ich obraz kliniczny może spełniać kryteria rzeczywistej dysforii płci.

Zmiana płci jako treść objawów wytwórczych

W literaturze przedmiotu, począwszy od prac pionierów seksuologii, dostrzega się występowanie objawów wytwórczych dotyczących zmiany płci w przebiegu psychozy. W *Psychopathia sexualis* von Krafft-Ebing [7] opisał urojenia zmiany płci nazwane *Metamorphosis Sexualis Paranoica*. Freud [8] przedstawił przypadek psychotycznego pacjenta pragnącego stać się kobietą. Określono cztery możliwe warianty urojeń zmiany płci w schizofrenii: (1) urojenia braku przynależności do swojej płci; (2) urojenia braku przynależności do żadnej płci; (3) urojenia jednoczesnej przynależności do obu płci i (4) urojenia przynależności do płci przeciwnej [9–12]. Krychman i wsp. [12] uznają urojenia zmiany płci za postać urojeniowych zespołów błędnej identyfikacji.

Oszacowania rozpowszechnienia objawów wytwórczych zmiany płci u chorych na schizofrenię wskazują na ich względnie częste występowanie. W dwóch badaniach z lat sześćdziesiątych XX wieku wykazano, że 36% kobiet i 30% mężczyzn doświadczało omamów dotyczących narządów płciowych, 24% kobiet i 20% mężczyzn – urojeń zmian narządów płciowych, a 25% kobiet i 27% mężczyzn – urojeń utraty własnej płci [13]. Według niektórych źródeł nawet 20–25% chorych na schizofrenię doświadcza urojeń dotyczących zmiany płci w pewnym momencie swojego życia [14–16]. Te objawy były częściej notowane w okresach zaostrzenia choroby, u pacjentów płci męskiej stanu wolnego. Nie stwierdzono natomiast związków między ich występowaniem a wiekiem, czasem trwania choroby czy typem schizofrenii [9]. Dokładne ustalenie powszechności występowania tego zjawiska może być utrudnione, ponieważ część pacjentów może nie przyznawać się do tego typu objawów w obawie przed negatywnym osądem [10].

Krychman i wsp. [12] zaprezentowali przypadek 60-letniej pacjentki chorującej na schizofrenię paranoidalną, przekonanej, że jej jajniki są jądrami wytwarzającymi spermę, a lechtaczka penisem zdolnym do erekcji i ejakulacji. Farmakoterapia przeciwpsychotyczna w połączeniu z psychoterapią spowodowały redukcję objawów, a pacjentka zrozumiała ich psychotyczne podłoże. Urban i Rabe-Jabłońska [10] opisały pacjentkę w średnim wieku od wielu lat chorującą na schizofrenię, która regularnie zgłaszała przeświadczenie o byciu mężczyzną i funkcjonowała w roli męskiej (ubiór, fryzura, imię, wypowiedzi). Choć różnicowane opcje farmakoterapii w toku leczenia nie eliminowały tego przekonania, to jego nasilenie zmniejszało się wraz z ustępowaniem innych symptomów schizofrenii. Częściową poprawę uzyskano po zastosowaniu olanzapiny – pacjentka zaczęła reagować na swoje żeńskie imię oraz stosować w wypowiedziach formę żeńską. Według autorek obraz objawów oraz ich falujące nasilenie dobitnie

świadczą o ich urojeniowym charakterze. Manderson i Kumar [17] opisali 35-letnią pacjentkę chorującą na schizofrenię od 15 lat, hospitalizowaną z powodu nawrotu choroby po odstawieniu leków. Twierdziła, że urodziła się mężczyzną, a jej matka po porodzie odcięła jej penisa i wstrzyknęła hormony przekształcające ją w kobietę. Przekonania o przechodzeniu transformacji płci współwystępowały z urojeniowymi treściami religijnymi. Pacjentka od 3 lat nosiła męskie stroje, przejawiała zainteresowanie seksualne kobietami, zaś wcześniej rzadko zgłaszała niezadowolenie ze swojej płci biologicznej i nie szukała możliwości korekty płci. Przywrócenie dotychczas stosowanej farmakoterapii przyniosło poprawę jej stanu i osłabienie objawów dysforii płci.

Opisane pacjentki nie podejmowały farmakologicznych czy chirurgicznych działań zmierzających do dostosowania ich ciała do żywionych przekonań ani nie deklarowały takich pragnień, a ich diagnozy psychiatryczne były jednoznaczne i potwierdzone długotrwałym przebiegiem choroby. Czasem jednak domaganie się medycznych procedur korekty płci może stanowić jedną z pierwszych manifestacji nierozpoznanej jeszcze choroby. Jiloha i wsp. [18] przedstawili przypadek 19-letniej studentki funkcjonującej w roli męskiej i zgłaszającej chęć operacyjnej korekty płci. Stwierdzono istotne pogorszenie wyników w nauce i relacji z rodziną, pacjentka ujawniała silne, lecz nie odwzajemnione uczucia do swojej koleżanki, łącznie z chęcią poślubienia jej. Świadomość budowy narządów płciowych była zachowana, przy jednoczesnym przekonaniu, że jej lechtaczka jest nierozwiniętym penisem. U pacjentki rozpoznano schizofrenię i zastosowano leczenie trifluoperazyną. Pragnienie zmiany płci i funkcjonowanie w roli męskiej ustąpiły po dwóch miesiącach leczenia, a dwuletnia obserwacja wykazała trwałe funkcjonowanie w roli żeńskiej.

Treści wytwórcze dotyczące zmiany płci w schizofrenii mogą dostarczać istotnych informacji o przebiegu choroby. Zafar [19] opisał 40-letniego pacjenta ze schizofrenią, u którego przekonanie o kobiecej płci i próby upodobnienia się do kobiety nasilały się wraz z pogorszeniem jego stanu psychicznego, stając się przy tym ważnym wskaźnikiem jego stanu zdrowia oraz wczesnym sygnałem nawrotu choroby. Objawy dysforii płci zniknęły wraz z uzyskaniem ogólnej poprawy po zastosowaniu amisulprydu i haloperidolu.

Współwystępowanie schizofrenii i dysforii płci

Pragnienie dokonania korekty płci czy subiektywne poczucie przynależności do przeciwnej płci w schizofrenii nie zawsze muszą stanowić objaw choroby. Współcześnie dopuszcza się bowiem możliwość współwystępowania dysforii płci i schizofrenii [15]. W ostatnich latach zaszła tu wyraźna zmiana, co widać w klasyfikacjach DSM. O ile trzecia wersja domagała się wykluczenia innych zaburzeń psychicznych, w tym schizofrenii, przy diagnostyce zaburzeń identyfikacji płci, to kolejne klasyfikacje – DSM-IV, DSM-IV-TR i DSM-5 – nie formułowały już takiego wymogu. W ICD-10 stwierdzenie występowania zaburzeń psychicznych obejmujących schizofrenię wyklucza rozpoznanie zaburzeń identyfikacji z płcią w postaci transseksualizmu. Być może w nowej edycji odstąpi się od tego warunku.

Choć dysforia płci u chorych na schizofrenię jest rzadkim zjawiskiem, to obserwowana jest częściej niż w populacji ogólnej [20, 21]. Sohn i Bosinski [22] podają, że

mniej niż 5% pacjentów ze schizofrenią szuka możliwości operacyjnej korekty płci. Nie wszystkie osoby transpłciowe są jednak zainteresowane tymi procedurami. Calnen [23] wskazał na wręcz powszechne występowanie symptomów transseksualizmu wśród kobiet ze schizofrenią, choć jego opisy przypadków przedstawiają raczej cechy kryzysu tożsamości seksualnej w osobowości chwiejnej emocjonalnie. Wyraźnie brakuje tu badań nad tożsamością płci w populacji chorych na schizofrenię. W badaniu Tsirigotisa i Gruszczyńskiego [24] prowadzonym za pomocą m.in. wybranych skal MMPI-2 ustalono, że 25,64% z 78 pacjentów ze schizofrenią diagnostycznie odpowiedziało na twierdzenia dotyczące zaburzeń w sferze identyfikacji płci. Zastosowana metodologia budzi jednak zastrzeżenia odnośnie trafności w kontekście dysforii płci.

Częstsze są badania szacujące występowanie zaburzeń psychicznych w grupach pacjentów poszukujących leczenia dysforii płci (tab. 1). Zagadnienie to oceniono także z perspektywy klinicystów. W jednym badaniu 186 psychiatrów opisało swoje doświadczenia kliniczne dotyczące pacjentów zgłaszających problemy w zakresie identyfikacji płci. I tak 76% ($n = 142$) badanych lekarzy przynajmniej raz w swojej karierze udzielało pomocy pacjentom doświadczającym problemów z tożsamością płciową. Respondenci podali informacje łącznie o 584 pacjentach, spośród których u 39% ($n = 225$) dysforia płci uznawana była za główne rozpoznanie. U pozostałych 61% ($n = 359$) opisanych pacjentów problemy w zakresie tożsamości płci współwystępowały z poszczególnymi zaburzeniami psychicznymi, przy czym u 75% osób ($n = 270$) z tej grupy były one traktowane jako wtórne względem zaburzeń psychicznych. Specyfika zaburzeń współwystępujących z problemami identyfikacyjnymi została określona przez 129 spośród badanych psychiatrów: 79% ($n = 102$) wskazało na występowanie u swoich pacjentów zaburzeń osobowości, 26% ($n = 34$) – ciężkich zaburzeń nastroju (*Major Mood Disorders*), 26% ($n = 34$) – zaburzeń dysocjacyjnych i 24% ($n = 31$) – zaburzeń psychotycznych [14].

Tabela 1. **Odnotowane w badaniach rozpowszechnienie psychoz wśród pacjentów z dysforią płci**

Autorzy i rok badania	Badana populacja	Częstość występowania zaburzeń psychotycznych
Gómez-Gil i wsp. (2009) [25]	230 pacjentów zgłaszających się na operację korekty płci	Zaburzenia psychotyczne występowały u 6 pacjentów (2,6%; u 3 kobiet i 3 mężczyzn).
Judge i wsp. (2014) [26]	Pacjenci z dysforią płci – 159 pacjentów z dysforią płci typu M/K i 59 pacjentów typu K/M	Występowanie schizofrenii wykazano u 8 badanych M/K (5%). Nie odnotowano współwystępowania dysforii płci i schizofrenii w grupie K/M.
Meybodi i wsp. (2014) [27]	83 pacjentów z dysforią płci	Nie odnotowano żadnego przypadku schizofrenii.
Cole i wsp. (1997) [28]	435 pacjentów kliniki leczenia dysforii płci	Schizofrenię rozpoznano u 4 pacjentów (0,92%).
Levine (1980) [29]	51 pacjentów domagających się operacyjnej korekty płci	Schizofrenię stwierdzono u 8% badanych.

dalszy ciąg tabeli na następnej stronie

Okabe i wsp. (2008) [30]	603 pacjentów kliniki leczenia dysforii płci	Odnotowano 5 pacjentów chorujących na schizofrenię, których nie objęto badaniem ¹ .
Burns i wsp. (1990) [31]	106 pacjentów kliniki leczenia dysforii płci	U 2 pacjentów rozpoznano schizofrenię.
Hepp i wsp. (2005) [32]	31 pacjentów leczonych z powodu dysforii płci	Nikt z pacjentów nie miał aktualnego rozpoznania zaburzeń psychiatrycznych. U jednej pacjentki stwierdzono zaburzenie psychiatryczne podobne do schizofrenii, a u drugiej nieokreślone zaburzenia psychiatryczne w wywiadzie.
Hoshiai i wsp. (2010) [33]	579 pacjentów z diagnozą dysforii płci	Schizofrenię rozpoznano u 2 pacjentek.

Dodatkowe informacje pochodzą ze studiów przypadków. Przykładowo Bhargava i Sethi [34] opisali 25-letniego pacjenta domagającego się operacji korekty płci, deklarującego poczucie bycia kobietą przy świadomości posiadania męskiego ciała. Ustalono, że od dzieciństwa preferował żeńskie stroje i towarzystwo dziewcząt, nie ukończył nauki, nie podjął pracy, był wycofany i zaniedbywał higienę. Stwierdzono zaburzenia snu, sporadyczne agresywne zachowania głównie wobec rodziny, a także omamy słuchowe, urojenia prześladowcze i niedostosowanie afektu. Leczenie risperidonem przyniosło poprawę w zakresie objawów psychiatrycznych i nie doszło do nawrotu choroby w okresie 2 lat. Utrzymały się jednak objawy w sferze tożsamości płci, co pozwoliło rozpoznać zarówno schizofrenię, jak i dysfориę płci.

Wzajemny wpływ objawów schizofrenii i dysforii płci

Baltieri i De Andrade [15] wskazali, że schizofrenia może modyfikować przebieg wcześniejszej dysforii płci. Przedstawili oni przypadek 19-letniej pacjentki od 8 lat chorującej na schizofrenię, zgłaszającej trwale pragnienie bycia mężczyzną. Była przekonana, że urodziła się jako chłopiec, lecz jej rodzice odcięli jej penisa, oraz żywiła pragnienie zapłodnienia przyszłej partnerki. Negatywnie oceniała swoje dzieciństwo ze względu na rozbieżność między swoimi preferencjami a wymogami otoczenia odnośnie aktywności, ubioru i towarzystwa. Od 12. r. ż. i wystąpienia menarche zaczęto u niej obserwować wycofanie społeczne, ucieczki z domu, mówienie i uśmiechanie się do siebie, oskarżanie rodziny o okaleczenie i wrogię wobec niej zamiary. Od 16. r. ż. rozpoczęto leczenie przeciwpsychotyczne, które jednak często przerywała, co zwiększało dezorganizację zachowania i pragnienie bycia mężczyzną. Wówczas zaczęła obwiązywać piersi i nosić męskie stroje. Poprawę stanu psychicznego uzyskano po 3 miesiącach farmakoterapii, którą kontynuowano w połączeniu z psychoterapią grupową. Chęć zmiany narządów płciowych uległa obniżeniu, jednak męskie zachowanie utrzymało się.

W wypadku schizofrenii przekonania o przynależności do płci przeciwnej mogą współwystępować z omamami smakowymi i zapachowymi [35] oraz czuciowymi

¹ Diagnozę dysforii płci stawiano na podstawie kryteriów DSM-IV, które nie wymagały wykluczenia zaburzeń psychiatrycznych.

w obrębie genitaliów [36, 37]. Objawy te są z reguły odczuwane przez chorych jako bardzo przykre, a w wypadku omamów czuciowych mogą wiązać się z przekonaniem o doświadczaniu przemocy seksualnej czy też podejmowaniem prób autokastracji [38, 39]. Zdaniem Baltiergo i De Andrade [15] ryzyko samouszkodzeń i samobójstw jest większe, jeśli zaburzenia psychotyczne współwystępują z transseksualizmem. Przegląd 110 udokumentowanych przypadków autokastracji wykazał występowanie schizofrenii w 48 z nich. U 42% osób z tej grupy stwierdzono zaburzenia w zakresie identyfikacji seksualnej. Transseksualizm rozpoznano jedynie w 10 przypadkach [40]. St. Peter i wsp. [41] zauważyli jednak, że przynajmniej w niektórych z analizowanych przypadków nie zastosowano dostatecznie ostrych kryteriów podziału między zaburzeniami psychotycznymi a dysforią płci.

Różnicowanie urojeń zmiany płci i dysforii płci

Skargi na problemy z tożsamością płci zgłaszane przez chorych na schizofrenię wymagają wnikliwej i ostrożnej diagnostyki. Diagnoza powinna być stawiana przez specjalistę w zakresie zdrowia zarówno psychicznego, jak i seksualnego. Jeżeli spełnienie tego wymogu nie jest możliwe, pacjent powinien być kierowany na dodatkowe konsultacje do seksuologa lub psychiatry (w zależności od tego, do kogo pierwszego się zgłosił). W każdym przypadku niezbędne jest przeprowadzenie dokładnego wywiadu na temat ogólnego stanu zdrowia oraz funkcjonowania psychicznego i seksualnego. Istotne jest zweryfikowanie, czy pacjent nie przyjmował nielegalnie pozyskiwanych środków hormonalnych.

W sytuacji starania się o farmakologiczne i chirurgiczne procedury korekty płci należy wykluczyć psychotyczne podłoże tych zamierzeń [15]. Zaniechanie właściwego różnicowania naraża bowiem pacjentów na daleko posunięte i nieodwracalne zmiany [9]. Istnieją doniesienia o błędnym rozpoznawaniu dysforii płci u mężczyzn chorych na schizofrenię skutkującym nieuzasadnionym podawaniem żeńskich hormonów powodujących m.in. atrofię genitaliów i rozrost piersi [14], a nawet przejściem operacyjnej korekty płci [9]. Fundamentalnym problemem diagnostycznym jest rozróżnienie między urojeniami zmiany płci a rzeczywistą dysforią płci, w czym pomocna może być precyzyjna ocena dwóch czynników, takich jak:

1. Krytycyzm pacjenta – u osób doświadczających dysforii płci występuje subiektywne poczucie przynależności do płci przeciwnej oraz silne pragnienie dostosowania swojego ciała i funkcjonowania społecznego do tego poczucia. Mają one jednak zachowaną świadomość swojej płci metrykalnej i budowy ciała, jak również rozumieją, że korekta płci to długotrwały proces adaptacji psychologicznej oraz zewnętrznych zmian fizycznych dokonywanych na drodze procedur farmakologicznych i chirurgicznych. Natomiast urojenia zmiany płci wiążą się z przeświadczeniem o rzeczywistym byciu osobą płci przeciwnej bądź o samoistnym przechodzeniu tej zmiany [15, 17, 22].
2. Odpowiedź na leczenie przeciwpsychotyczne – zaprezentowane wcześniej analizy przypadków wskazują, że stosowane leczenie przeciwpsychotyczne nie powinno mieć istotnego wpływu na utrzymywanie się rzeczywistej dysforii płci. Natomiast

jeśli przekonania o zmianie płci mają charakter urojeniowy, odpowiednio dobrana farmakoterapia powinna je względnie skutecznie wyeliminować.

Dodatkowych informacji może dostarczać analiza linii życia pacjenta. O psychotycznym podłożu przejawianej dysforii płci może świadczyć względnie nagła zmiana tożsamości płciowej po okresie funkcjonowania zgodnego z płcią metrykalną. Trzeba tu jednak pamiętać, że dysforia płci nie zawsze manifestuje się we wczesnych etapach życia, może być ukrywana, może być również trudna do uchwycenia ze względu na specyfikę funkcjonowania osób prepsychotycznych bądź też wczesne wystąpienie choroby.

Zapewnienie odpowiedniej pomocy

Dobór adekwatnej strategii terapeutycznej jest uzależniony od podłoża zgłaszanych problemów. W wypadku pragnień zmiany płci o podłożu psychotycznym obejmuje metody standardowo stosowane w leczeniu psychoz. Natomiast rzeczywiste współwystępowanie schizofrenii i dysforii płciowej wymaga jednoczesnego wdrożenia właściwych dla nich oddziaływań, co narzuca konieczność wiedzy specjalistycznej zarówno w zakresie psychiatrii, jak i seksuologii. Optymalnym rozwiązaniem jest powierzenie leczenia specjalistom w obrębie obydwu tych dziedzin bądź ścisła współpraca między psychiatrą a seksuologiem [12].

Sprawą ogromnej wagi jest ustalenie zdolności pacjenta do świadomego kierowania swoim życiem. Habermeyer i wsp. [42] rekomendują w razie współwystępowania objawów omawianych zaburzeń ich dokładną ocenę podczas trwającego minimum rok regularnego leczenia. Rozpoczęcie leczenia dysforii płci powinno być możliwe dopiero wtedy, gdy stwierdzi się, że utrzymała się ona mimo ustąpienia objawów psychotycznych. Pacjenci muszą bowiem mieć zdolność przełożenia na rzeczywistość pożądaną rolę płciową w swoim otoczeniu [9, 15]. W leczeniu dysforii płci zazwyczaj stosuje się tzw. test realnego życia polegający na funkcjonowaniu przez pacjenta w pożądaną rolę płciową w zasadniczych sferach życia przez okres 1–2 lat, choć w ostatnich latach sposób aplikacji tej metody oraz jej trafność spotykają się z krytyką. Może być ona szczególnie problematyczna w razie występowania trudności w zakresie funkcjonowania społeczno-zawodowego, powszechnych u osób chorujących na schizofrenię.

Leczenie dysforii płci powinno być prowadzone zgodnie z aktualną wersją standardów WPATH [43]. W wypadku osób chorujących na schizofrenię zastosowanie metod farmakologicznych i chirurgicznych może być poważnie utrudnione ze względu na:

- 1) przebieg schizofrenii – okresowe bądź stopniowe zaostrzenie objawów psychotycznych może uniemożliwiać realizowanie poszczególnych etapów leczenia dysforii płci; aktualnie przeżywany proces psychotyczny wyklucza zastosowanie metod chirurgicznych i farmakologicznych wykorzystywanych przy korekcie płci;
- 2) stosowane leczenie – należy określić i wykluczyć wszelkie możliwe interakcje środków farmakologicznych podawanych równolegle w leczeniu psychozy i dysforii płci; terapia hormonalna może mieć wpływ na stan emocjonalny pacjenta;

- 3) działania niepożądane leków – działania niepożądane leków przeciwpsycho-tycznych mogą stanowić przeszkodę dla wdrożenia poszczególnych oddzia-ływań hormonalnych i chirurgicznych;
- 4) stres związany z leczeniem – proces przemiany właściwy dla leczenia dysforii płci zazwyczaj jest źródłem intensywnych przeżyć i licznych stresorów, które mogą stanowić istotne zagrożenie dla stanu psychicznego danej osoby; niemniej samo doświadczenie dysforii płci przeżywane jest również jako silnie stresujące.

Wszystkie powyższe czynniki powinny być dokładnie przeanalizowane i omówio- ne z pacjentem z uwzględnieniem jego indywidualnych potrzeb i wyborów. Należy jednak pamiętać, że ryzyko strat nie może przewyższać potencjalnych korzyści tera- peutycznych. Pomocne może być uświadomienie pacjentowi zróżnicowania wariantów realizowania własnej tożsamości płciowej [13].

Wnioski

Występowanie objawów dysforii płci u osób chorujących na schizofrenię generuje wiele poważnych problemów diagnostyczno-terapeutycznych. Z jednej strony, podjęcie decyzji o leczeniu ukierunkowanym na korektę płci w wypadku procesu psychotycz- nego wymaga wnikliwej analizy, stabilizacji stanu psychicznego, przedłużonej obser- wacji i wykluczenia urojeniowego podłoża dysforii płci. Z drugiej strony, zapewnienie właściwej opieki pacjentom, w tym umożliwienie przejścia procesu korekty płci w razie potwierdzenia braku związku przyczynowego obu zaburzeń, wydaje się właściwym, choć nie pozbawionym trudności i ryzyka komplikacji postępowaniem terapeutycznym.

Piśmiennictwo

1. Dean J, T'Sjoen G. *Gender dysphoria*. W: Kirana P-S, Tripodi F, Reisman Y, Porst H. red. *The EFS and ESSM Syllabus of Clinical Sexology*. Amsterdam: MEDIX; 2013. S. 1064–1085.
2. Piegza M, Leksowska A, Pudło R, Badura-Brzoza K, Matysiakiewicz J i wsp. *Zaburzenia iden- tyfikacji płciowej czy zachowania andromimetyczne u ofiary kazirodztwa – studium przypadku*. *Psychiatr. Pol.* 2014; 48(1): 135–144.
3. Dziemian A, Łucka I. *Transseksualizm czy zinternalizowana homofobia – studium przypadku*. *Psychiatr. Pol.* 2008; 42(1): 105–114.
4. Radziwiłłowicz W, Magiera P, Smoczyński S. *Aspekty psychospołeczne i biologiczne transsek- sualizmu*. *Psychiatr. Pol.* 1996; 30(6): 953–962.
5. Antoszewski B, Kasielska A, Jędrzejczak M, Kruk-Jeromin J. *Akceptacja transseksualizmu wśród studentów łódzkiej uczelni wyższych*. *Psychiatr. Pol.* 2008; 42(1): 125–134.
6. Antoszewski B, Kasielska A, Kruk-Jeromin J. *Stereotyp transseksualisty typu kobieta-mężczyzna wśród studentów uczelni wyższych na podstawie dyferencjału semantycznego*. *Psychiatr. Pol.* 2009; 43(6): 729–738.
7. Krafft-Ebing von R. *Psychopathia sexualis*. 1886. <https://archive.org/details/psychopathiasex- ualis00kraf> (dostęp: 12.06.2017).

8. Freud S. *The Schreber Case*. New York: Penguin Classics Psychology; 2003.
9. Borrás L, Huguélet P, Eytan A. *Delusional "pseudotranssexualism" in schizophrenia*. *Psychiatry* 2007; 70(2): 175–179.
10. Urban M, Rabe-Jabłońska J. *Urojenia zmiany płci i dysmorfofobia w obrazie klinicznym schizofrenii paranoidalnej – opisy przypadków*. *Psychiatr. Pol.* 2010; 44(5): 723–733.
11. Urban M. *Transseksualizm czy urojenia zmiany płci? Uniknąć błędnej diagnozy*. *Psychiatr. Pol.* 2009; 43(6): 719–728.
12. 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.
13. Bancroft J. *Seksualność człowieka*. Wrocław: Elsevier Urban & Partner; 2011.
14. 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.
15. Baltieri DA, De Andrade AG. *Schizophrenia Modifying the expression of gender identity disorder*. *J. Sex. Med.* 2009; 6(4): 1185–1188.
16. Commander M, Dean C. *Symptomatic trans-sexualism*. *Br. J. Psychiatry* 1990; 156(6): 894–896.
17. Manderson L, Kumar S. *Gender identity disorder as a rare manifestation of schizophrenia*. *Aust. N Z J. Psychiatry* 2001; 35(4): 546–547.
18. 18. Jiloha RC, Bathla JC, Baweja A, Gupta V. *Transsexualism in schizophrenia: A case report*. *Indian J. Psychiat.* 1998; 40(2): 186–188.
19. Zafar R. *Schizophrenia and gender identity disorder*. *Psychiatric Bulletin* 2008; 32(8): 316–317.
20. 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: 12.06.2017).
21. Michel A, Mormont C, Legros JJ. *A psycho-endocrinological overview of transsexualism*. *Eur. J. Endocrinol.* 2001; 145(4): 365–376.
22. Sohn M, Bosinski H. *Gender identity disorders: Diagnostic and surgical aspects*. *J. Sex. Med.* 2007; 4(5): 1193–1208.
23. Calnen T. *Gender identity crises in young schizophrenic women*. *Perspect. Psychiatr. Care* 1975; 13(2): 83–89.
24. Tsirigotis K, Gruszczyński W. *Wybrane zagadnienia z życia psychoseksualnego chorych na schizofrenię*. *Seksuologia Polska* 2007; 5(2): 51–56.
25. 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.
26. Judge C, O'Donovan C, Callaghan G, Gaoatswe G, O'Shea D. *Gender dysphoria – Prevalence and co-morbidities in an Irish adult population*. *Front. Endocrinol.* 2014; 5(87): 1–5.
27. 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).
28. 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.
29. Levine SB. *Psychiatric diagnosis of patients requesting sex reassignment surgery*. *Journal of Sex and Marital Therapy* 1980; 6(3): 164–173.
30. 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.

31. Burns A, Farrell M, Brown JC. *Clinical features of patients attending a gender-identity clinic*. The British Journal of Psychiatry 1990; 157(2): 265–268.
32. Hepp U, Kraemer B, Schnyder U, Miller N, Delsignore A. *Psychiatric comorbidity in gender identity disorder*. J. Psychosom. Res. 2005; 58(3): 259–261.
33. Hoshiai M, Matsumoto Y, Sato T, Ohnishi M, Okabe N, Kishimoto Y i wsp. *Psychiatric comorbidity among patients with gender identity disorder*. Psychiatry Clin. Neurosci. 2010; 64(5): 514–519.
34. Bhargava SC, Sethi S. *Transsexualism and schizophrenia: A case report*. Indian J. Psychiatry 2002; 44(2): 177–178.
35. 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.
36. 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.
37. 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*. Annals of General Psychiatry. 2012; 11(27). <https://annals-general-psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1744-859X-11-27> (dostęp: 12.06.2017).
38. Vargas Alves Nunes L, Cogo Moreira H, Razzouk D, Odebrecht Vargas Nunes S, De Jesus Mari J. *Strategies for the treatment of antipsychotic-induced sexual dysfunction and/or hyperprolactinemia among patients of the schizophrenia spectrum: A review*. Journal of Sex & Marital Therapy 2012; 38(3): 281–301.
39. Gössler R, Vasely C, Friedrich MH. *Autocastration of a young schizophrenic man*. Psychiatr. Prax. 2002; 29(4): 214–217.
40. Nakaya M. *On background factors of male genital self-mutilation*. Psychopathology 1996; 29(4): 242–250.
41. St. Peter M, Trinidad A, Irwig MS. *Self-castration by a transsexual woman: Financial and psychological costs: A case report*. J. Sex. Med. 2012; 9(4): 1216–1219.
42. Habermeyer E, Kamps I, Kawohl W. *A case of bipolar psychosis and transsexualism*. Psychopathology 2003; 36(3): 168–170.
43. Coleman E, Bockting W, Botzer M, Cohen-Kettenis P, DeCuypere G i wsp. *Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, Version 7*. International Journal of Transgenderism 2011; 13(4): 165–232.

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: 20.07.2017

Zrecenzowano: 28.09.2017

Otrzymano po poprawie: 16.10.2017

Przyjęto do druku: 8.11.2017