

Transseksualizm czy urojenia zmiany płci? Uniknąć błędnej diagnozy

Transsexualism or delusions of sex change? Avoiding misdiagnosis

Małgorzata Urban

Klinika Zaburzeń Afektywnych i Psychotycznych UM w Łodzi
Kierownik: prof. dr hab. n. med. J. Rabe-Jabłońska

Summary

The aim of this paper was to present basic data about gender identity disorders and psychotic transsexual desires.

From time to time in scientific literature there are descriptions of a diagnosis of psychotic disorders in persons previously diagnosed and treated as transsexuals, in whom the transsexual thinking disappears after using antipsychotic agents. Coexistence of transsexualism and schizophrenia causes a lot of doubt – it is observed in scientists opinions but also in the diagnostic criteria of DSM–IV and ICD–10. Moreover, delusions of sex change are probably more frequent than it is thought. It causes, that in some cases the differential diagnosis of psychosis and gender identity disorders may be very difficult.

Transsexuals treatment is on one hand connected with expected effects but on the other hand with many serious, often irreversible health consequences (e.g. cardiovascular disease, risk of neoplasma development, infertility, consequences of surgical sex reassignment). That is why the differential diagnosis of transsexualism and schizophrenia should be made carefully and thoughtfully.

Słowa kluczowe: schizofrenia, urojeniowe przekonania transseksualne, transseksualizm
Key words: schizophrenia, transsexual delusions, transsexualism

Termin „transseksualizm” został wprowadzony w 1949 r. przez Caudwella, jednakże transseksualizm jako zjawisko wzbudził większe zainteresowanie dopiero w roku 1952. Było to związane z pierwszą, tak bardzo nagłośnioną medialnie, operacyjną zmianą płci wykonaną przez duńskich lekarzy, dzięki której George Jorgensen stał się Christine Jorgensen [1]. Transseksualizm jako kategoria diagnostyczna pojawił się dopiero w trzeciej edycji DSM. Obecnie w DSM-IV jest umieszczony w grupie zaburzenia tożsamości płciowej i rozpoznawany zgodnie z następującymi kryteriami:

A. Silne i utrwalone utożsamianie się z płcią przeciwną (nie wynikające z pragnienia uznawanych kulturowych korzyści związanych z przynależnością do niej).

- B. Utrwalone poczucie niewygody związanej z własną płcią i poczucie niewłaściwości roli związanej z tą płcią.
- C. Zakłócenie nie współwystępuje ze stanem fizycznego interseksualizmu.
- D. Zakłócenie powoduje klinicznie istotne cierpienie lub ograniczenie funkcjonowania społecznego, zawodowego lub w innych ważnych dziedzinach.

Przejawia się takimi objawami, jak: stałe pragnienie przynależności do innej płci, częste podawanie się za osobę innej płci, pragnienie życia lub bycia traktowanym jak osoba innej płci albo przeświadczenie o swoich uczuciach lub reakcjach typowych dla innej płci [2].

W klasyfikacji ICD-10 transseksualizm został zaliczony do kategorii zaburzenia identyfikacji płciowej i jest zdefiniowany jako „pragnienie życia i uzyskania akceptacji jako osoba płci przeciwnej w porównaniu z własną, czemu towarzyszy zazwyczaj uczucie niezadowolenia z powodu własnych anatomicznych cech płciowych oraz poczucie ich nieprawidłowości, a także chęć poddania się leczeniu hormonalnemu lub operacyjnemu, by upodobnić własne ciało tak dalece, jak tylko to jest możliwe, do ciała płci preferowanej”. Kryteria diagnostyczne transseksualizmu są następujące:

1. Tożsamość transseksualna powinna utrzymywać się stale, przynajmniej od 2 lat.
2. Nie może być przejawem innego zaburzenia psychicznego, jak schizofrenia, czy też zaburzeń związanych z jakąkolwiek nieprawidłowością interseksualną, genetyczną lub dotyczącą chromosomów płciowych [3].

Osoby transseksualne, na użytek kliniczny, zostały podzielone na typ kobieta-mężczyzna (K/M) – poczucie przynależności do płci męskiej, znamiona ciała żeńskie, oraz typ mężczyzna-kobieta (M/K) – poczucie przynależności do płci żeńskiej, znamiona ciała męskie. W piśmiennictwie naukowym transseksualizm jest często zastępowany szerszym określeniem: gender identity disorder (GID) – zaburzenia identyfikacji płciowej.

Transseksualizm jest uważany za zjawisko stosunkowo rzadkie, jego rozpowszechnienie na świecie szacowane jest na 0,001%–0,002%, przy czym dominują transseksualiści M/K (M/K : K/M = 3 : 1) [4, 5]; większe rozpowszechnienie opisywano w Holandii (M/K – 1/12 000; K/M – 1/30 000) [6]. Istnieje duże prawdopodobieństwo, że dane te są niedoszacowane, ponieważ opierają się w większości na przypadkach zarejestrowanych w specjalistycznych ośrodkach terapii zaburzeń identyfikacji płciowej. Ponadto brakuje badań epidemiologicznych z innych rejonów świata niż Ameryka Północna i Europa Zachodnia. W jedynym opublikowanym badaniu dotyczącym rozpowszechnienia GID w populacji japońskiej autorzy odnotowali stosunek M/K : K/M = 0,66 : 1 [7]. Wyjaśniają taką proporcję tym, że ośrodek, z którego pochodzą opublikowane dane, jest jednym z nielicznych w Japonii, w których wykonuje się operacje K/M, natomiast leczenie chirurgiczne dla osób M/K jest dostępne w wielu innych ośrodkach. W populacji polskiej zdecydowanie dominują transseksualiści K/M (M/K : K/M = 1 : 5,5) [8]. Przyczyny tego zjawiska nie zostały dotąd jednoznacznie wyjaśnione. Niektórzy badacze sugerują, że może to mieć związek z odmiennymi koncepcjami dotyczącymi kobiecej roli płciowej w społeczeństwach państw Europy Zachodniej i Wschodniej [5].

Nie ustalono dotąd jednolitych standardów postępowania w przypadku osób potencjalnie transseksualnych. Szczegółowe zasady diagnostyki i terapii pacjentów starających się o zmianę płci różnią się w poszczególnych krajach. Próbę ujednoczenia norm postępowania terapeutycznego podjęło Międzynarodowe Stowarzyszenie Przeciwdziałania Zespołowi Dezaprobaty Płci im. Harry'ego Benjamina (Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association - HBIGDA) [9]. HBIGDA zaleca, aby opieką nad pacjentami z GID zajmował się kompleksowo interdyscyplinarny zespół profesjonalistów, podkreślając rolę psychiatry w procesie diagnostycznym i terapeutycznym. Pacjentom transseksualnym proponuje się tzw. terapię trójstopniową:

1. terapię hormonalną służącą zniwelowaniu fenotypowych cech płci biologicznej oraz rozwojowi cech płciowych charakterystycznych dla pożądanej płci [10];
2. test życia – akt wejścia w nową rolę płciową w codziennym życiu [9] – trwa zwykle 12–24 miesiące, umożliwia skonfrontowanie pacjenta z funkcjonowaniem w pożądanej roli płciowej jeszcze przed podjęciem radykalnych decyzji terapeutycznych; od pacjenta oczekuje się utrzymania pracy zawodowej, dobrego funkcjonowania zawodowego, szkolnego i społecznego;
3. operacyjną zmianą płci – transseksualiści K/M przechodzą mamectomię, histerectomię, bilateralną oforectomię (usunięcie jajników) oraz falloplastykę (wytworzenie prącia), transseksualiści M/K wymagają usunięcia jąder, wytworzenia pochwy (zwykle ze skóry prącia) oraz uformowania zewnętrznych kobiecych narządów płciowych; dodatkowo osoby transseksualne korzystają z zabiegów chirurgii i dermatologii estetycznej (depilacja owłosienia, lifting skóry twarzy, makijaż permanentny, zmniejszenie chrząstki tarczowatej krtani, plastyka nosa, plastyka powiek) [10].

Typowo, terapia trójstopniowa przebiega w przedstawionej powyżej kolejności, ale w niektórych przypadkach dopuszczalne są także inne sekwencje: test życia → terapia hormonalna → zabiegi chirurgiczne, lub terapia hormonalna → mamectomia → test życia → dalsze zabiegi chirurgiczne (sekwencja preferowana przez niektórych transseksualistów K/M) [9]. Oczywiście jest, że postępowanie terapeutyczne proponowane pacjentom transseksualnym przynosi im w wielu aspektach oczekiwane korzyści, ale także wiąże się z poważnymi, często nieodwracalnymi konsekwencjami zdrowotnymi. Dotyczy to nie tylko postępowania chirurgicznego, ale także przewlekłej terapii hormonalnej (tabele 1, 2 na następnej stronie).

Praktykowane w Polsce zasady postępowania diagnostyczno-terapeutycznego przedstawiono w tabeli 3 na następnej stronie.

HBIGDA zaleca, aby proponować osobom ubiegającym się o zmianę płci psychoterapię, zaznaczając jednak, że nie jest to postępowanie obligatoryjne. Jest to argumentowane spostrzeżeniem, że wielu pacjentów z GID korzystających z psychoterapii nie domaga się realizacji wszystkich etapów terapii trójstopniowej. Lothstein i Levine [11] opisali, że w grupie 50 pacjentów, oczekujących zmiany płci, po zastosowaniu psychoterapii – u 70% obserwowano istotne złagodzenie objawów dysforii płciowej, bez stosowania leczenia chirurgicznego.

Tabela 1. **Terapia hormonalna M/K (progesteron, estrogeny) [9, 10]**

DZIAŁANIA OCZEKIWANE PRZEZ PACJENTÓW	DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANE
1. Zmniejszenie rozmiaru jąder	1. Zwiększenie ryzyka zakrzepicy
2. Powiększenie piersi	2. Przyrost masy ciała
3. Zmiana dystrybucji tkanki tłuszczowej	3. Nadciśnienie tętnicze, cukrzyca
4. Zmniejszenie owłosienia ciała	4. Choroby wątroby i kamica żółciowa
5. Zmiana barwy głosu	5. Ryzyko rozwoju prolactinoma i raka sutka
6. Zmniejszenie częstości i jakości erekcji	6. Niepłodność

Tabela 2. **Terapia hormonalna K/M (testosteron) [9,10]**

DZIAŁANIA OCZEKIWANE PRZEZ PACJENTÓW	DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANE
1. Zanik menstruacji	1. Zwiększenie poziomu cholesterolu
2. Łagodna atrofia gruczołów piersiowych	2. Zwiększenie glikemii
3. Męski typ owłosienia ciała	3. Zwiększenie ryzyka chorób sercowo-naczyniowych
4. Zwiększenie masy mięśniowej	4. Choroby wątroby
5. Powiększenie łechtaczki	5. Niepłodność
6. Zmiana barwy głosu	6. Trądzik
7. Zmiana dystrybucji tkanki tłuszczowej	

Tabela 3. **Obowiązujące w Polsce zasady postępowania diagnostycznego z pacjentami potencjalnie transseksualnymi (wykład dr A. Robachy na spotkaniu Polskiego Towarzystwa Seksuologicznego w 2004 r.)**

1. Dokładnie zebrany wywiad
2. Badanie kariotypu
3. RTG czaszki lub NMR (ocena siodła tureckiego)
4. EEG
5. Badanie okulistyczne – ocena dna oka oraz badanie pola widzenia
6. Badanie psychiatryczne (dodatkowo możliwe badanie neurologiczne)
7. Badanie ginekologiczne i urologiczne (zależnie od typu transseksualizmu)
8. Badania laboratoryjne, w tym ocena poziomu hormonów płciowych
9. Pełna diagnostyka psychologiczna
Wskazana weryfikacja rozpoznania przez innego lekarza seksuologa

Regulacje prawne dotyczące ubiegania się o zmianę płci także różnią się pod pewnymi względami w różnych krajach. Jedne z bardziej liberalnych zasad postępowania w takich przypadkach obowiązują w Holandii, gdzie o zmianę płci biologicznej mogą wnioskować już adolescenti. Po ukończeniu 16. roku życia możliwe jest rozpoczęcie terapii hormonalnej. Każdego roku ok. 10 młodocianych rozpoczyna terapię zmiany płci na powyższych zasadach [12]. W Polsce zmiana płci jest dozwolona u osób transseksualnych, które ukończyły 18. rok życia. Nie istnieją odrębne przepisy prawne dotyczące zmiany płci metrykalnej, wykorzystuje się natomiast artykuł 189 Kodeksu postępowania cywilnego, który mówi, że „powód może żądać ustalenia przez sąd istnienia lub nieistnienia stosunku prawnego lub prawa, gdy ma w tym interes prawny”. Z przyczyn formalnych do sądu pozywani są rodzice pacjenta. Po uprawomocnieniu się wyroku sądu wprowadza się odpowiedni wpis do aktu urodzenia, wyznacza się pacjentowi nowe imię zgodne z przyjętą płcią oraz wymienia się dokumenty. Pacjent ponosi wszelkie konsekwencje prawne związane ze zmianą płci (np. wiek emerytalny). Operacyjna zmiana płci jest w świetle prawa dopuszczalna jedynie po wydaniu prawomocnego wyroku sądu o zmianie płci metrykalnej.

Transseksualizm i zaburzenia psychotyczne

Urojenia zmiany płci obserwuje się od dawna w praktyce klinicznej u pacjentów cierpiących na zaburzenia psychotyczne, szczególnie u chorych na schizofrenię. Zdarza się, że obecność tego objawu psychopatologicznego powoduje duże trudności w różnicowaniu prawdziwego transseksualizmu z zaburzeniami psychotycznymi, a czasem także z obsesjami dotyczącymi ciała (tzw. zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne ze słabym wglądem). Ta specyficzna kategoria urojeń, podobnie jak idea „metamorfozy płciowej” w schizofrenii, nie zyskała dotychczas wiele uwagi w piśmiennictwie naukowym. Udało się jednak wyodrębnić 4 typy pseudotransseksualnych urojeń w zależności od wypowiedzianych przez pacjenta treści [13]:

1. urojenia braku przynależności do własnej płci („nie jestem mężczyzną/kobietą”)
2. urojenia bycia neutralnym płciowo, braku płci („nie jestem ani mężczyzną ani kobietą”, „jestem nijaki, bezpłciowy”)
3. urojenia przynależności jednocześnie do obu płci („jestem jednocześnie kobietą i mężczyzną”)
4. urojenia przynależności do przeciwnej płci.

Najwięcej kontrowersji wzbudził rzecz jasna ostatni z wymienionych powyżej typów urojeń, ponieważ takie właśnie przekonania są charakterystyczne dla osób transseksualnych. Urojenia pseudotransseksualne są powszechnie uważane za rzadki objaw psychopatologiczny, jednakże wyniki nielicznych badań naukowych i obserwacje kliniczne wydają się temu przeczyć. Gittleson i Levine [14] wykazali obecność urojeń pseudotransseksualnych u 25% mężczyzn chorych na schizofrenię, podobne wyniki uzyskano w kolejnym badaniu dotyczącym kobiet z rozpoznaniem schizofrenii [15]. Bower [16] opisuje natomiast, że w swojej praktyce często spotykał się z chorymi, u których pseudodysforia płciowa i żądania zmiany płci okazywały się maską

psychozy. Commander i Dean [17] uważają, że u 1 na 5 chorych na schizofrenię występuje urojeniowe przekonanie, że jest osobą o odmiennej płci. Zdarza się, że urojenia zmiany płci współistnieją z genitalnymi omamami czuciowymi, mogącymi przybierać postać od prostych wrażeń (np. pieczenie) po niezwykle doznania zmysłowe. Pacjent może np. mieć wrażenie, że jest w niewidzialny sposób molestowany seksualnie [13]. W badaniach Gittleson i wsp. [14,15] wśród chorych na schizofrenię 44% kobiet i 30% mężczyzn przyznało się do przeżywania nieprawidłowych, niezwykle doznań czuciowych w obrębie genitaliów. Tego typu doznania omamowe oraz urojeniowe przekonania o przynależności do odmiennej płci są zwykle obserwowane w ostrej fazie psychozy. Mogą one jednak przetrwać i utrzymywać się w okresie poprawy [17]. Z tego powodu zdarza się, że chorzy na schizofrenię domagają się dokonania drastycznych zmian w swoim wyglądzie [13]. Opisano również przypadki autokastracji [18].

Możliwość współistnienia schizofrenii z transseksualizmem budzi bardzo wiele kontrowersji. Jest to widoczne nie tylko w wypowiedziach różnych badaczy na łamach prasy naukowej [12], ale także w DSM-IV i ICD-10. Aktualna wersja DSM dopuszcza możliwość współistnienia z transseksualizmem innych zaburzeń psychicznych, w tym psychozy. W ICD-10 transseksualizm można rozpoznać tylko po wykluczeniu innych zaburzeń psychicznych. Wiedza o współistnieniu transseksualizmu ze schizofrenią jest znikoma. Znakomita większość publikacji na ten temat to prace kazuistyczne [19, 20, 21]. W wielu przypadkach przekonania i pragnienia transseksualne ustępowały lub istotnie się zmniejszały po zastosowaniu leczenia przeciwpsychotycznego [22, 23, 24]. Borrás i wsp. [13] przedstawili dramatyczny opis pacjenta od wielu lat chorującego na schizofrenię paranoidalną, który po wielu latach starań przeszedł hormonalną i operacyjną terapię zmiany płci. Przyniosło to krótkotrwałą poprawę samopoczucia, jednakże po kilku miesiącach pacjent przestał przyjmować preparaty hormonalne i zażądał kolejnej operacji, dzięki której ponownie stanie się mężczyzną. Twierdził, że chciałby być hermafrodytą, aby w zależności od aktualnego pragnienia mieć narządy płciowe męskie lub kobiece. Przejawiał wrogie nastawienie do chirurgów, którzy przeprowadzili zabieg operacyjny. W trakcie terapii klozapiną uzyskano częściową poprawę stanu psychicznego pacjenta i złagodzenie pragnień pseudotransseksualnych, jednakże każdorazowa konfrontacja z nieodwracalnością przeprowadzonej terapii prowadziła do zaostrzenia się objawów choroby, łącznie z ujawnieniem się myśli suicydalnych.

Przekonania i pragnienia transseksualne opisywano także w innych zaburzeniach i chorobach psychicznych. Habermeyer i wsp. [25] przedstawili np. przypadek mężczyzny z jednoczesnym rozpoznaniem zaburzenia afektywnego dwubiegunowego (ChAD) i GID. Transseksualne pragnienia demonstrował on już od dzieciństwa, ale ich nasilenie miało charakter falujący w zależności od fazy ChAD – dominowały w okresie epizodów maniakałnych i hipomaniakałnych. Opisano także odmienny przypadek, w którym pacjent dystansował się do pragnień zmiany płci właśnie w epizodach maniakałnych [26]. Objawy odpowiadające GID obserwowano także u pacjentów z osobowością mnogą [27] oraz zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym [28].

W związku z licznymi kontrowersjami związanymi z diagnostyką i terapią GID, oraz ze współistnieniem tego rozpoznania z innymi zaburzeniami psychicznymi, Campo i wsp. [12] przeprowadzili badanie ankietowe, w którym pytali holenderskich

psychiatrów o ich doświadczenia związane z diagnostyką i leczeniem pacjentów z GID. Na ankietę odpowiedziało 186 lekarzy, którzy łącznie zbadali 584 pacjentów uważających się za osoby przeciwnej płci. W tej grupie u 225 (39%) osób zaburzenia identyfikacji płciowej były jedyną diagnozą. W pozostałej grupie GID współistniało z innymi zaburzeniami psychicznymi, takimi jak: zaburzenia osobowości, zaburzenia nastroju, zaburzenia dysocjacyjne oraz zaburzenia psychotyczne. Duża część ankietowanych psychiatrów (n = 78) wypowiedziała się krytycznie na temat obowiązujących dla rozpoznania transseksualizmu kryteriów DSM-IV, głównie w związku z dopuszczeniem jednoczesnego rozpoznania psychozy.

Podsumowanie

Nie ulega wątpliwości, że przynajmniej w niektórych przypadkach diagnostyka różnicowa transseksualizmu i objawów psychotycznych bywa niezwykle trudna. Jeśli jednak zostanie przyjęta możliwość współistnienia GID z innymi zaburzeniami psychiatrycznymi, a w szczególności schizofrenii, wpływ tych dodatkowych zaburzeń na obecność i nasilenie przekonań i pragnień dotyczących zmiany płci powinien być niezwykle wnikliwie zbadany. Niektórzy autorzy sugerują, że wymaga to co najmniej roku obserwacji pacjenta. Tylko pod warunkiem, że w tym okresie objawy zaburzeń identyfikacji płciowej utrzymują się stale, można rozważyć podjęcie kolejnych kroków terapeutycznych [25]. Takie postępowanie mogłoby okazać się pomocne w minimalizowaniu odsetka błędnych rozpoznań i związanych z nimi nieodwracalnych konsekwencji terapeutycznych. Ponadto, dzięki starannemu postępowaniu diagnostycznemu, prawdziwi transseksualiści cierpiący na inne zaburzenia psychiczne nie są a priori pozbawiani właściwego leczenia zaburzeń identyfikacji płci. Borrás i wsp. [13] wskazują test życia jako bardzo pomocny w różnicowaniu prawdziwego transseksualizmu i psychozy, ponieważ konfrontuje on pacjenta z codzienną rzeczywistością i umożliwia ocenę trwałości przekonań i pragnień dotyczących zmiany płci.

Транссексуализм или же бред изменения пола? Избегать ошибочного диагноза

Содержание

Заданием работы было представление основных информации, относящихся к нарушениям половой ориентировки и психологических желаний транссексуального типа.

Время от времени, в литературе появляются сообщения о распознавании психотических нарушений, у лиц ранее диагностированных и леченных как транссексуалистов, у которых транссексуальные уверенности в этом положении ликвидировались после применения нейролептиков. Существование транссексуализма и шизофрении пробуждает большие контroversии, а этот факт известен в мнениях ученых, а также в диагностических критериях DSM-IV и ICD-10. Кроме того, бред изменения пола, по-видимому, более частый, чем это считается. Это приводит к положению, что дифференциация между психозом а нарушениями идентификации пола, может быть в некоторых случаях очень трудной.

Лечение лиц с диагнозом транссексуализма связывается не только с эффектами, ожидаемыми пациентом, но также и с многими серьезными, часто необратимыми, конвенциями в состоянии здоровья (например – риск развития болезней сердечно-сосудистой системы, риск развития опухолевых болезней, бесплодие, конвенции хирургического изменения пола). По этому поводу, дифференциальная диагностика транссексуализма, нарушения

половой идентификации и шизофрении должна быть проведена с большой осторожностью и размышлением, чтобы минимизировать риск ошибочного диагноза и не подвергать пациента серьезным конвенциям проводимой терапии,

Transsexualität oder Geschlechtsänderung? Falsche Diagnose meiden

Zusammenfassung

Das Ziel der Arbeit war die Vorstellung der Grundinformationen zu Störungen der Geschlechtsidentifizierung und psychotischer transsexueller Begehren.

Von Zeit zu Zeit erscheinen in der Literatur die Meldungen über die Diagnosen der psychotischen Störungen bei den schon früher diagnostizierten Personen, die als Transsexuelle behandelt wurden, bei denen die transsexuellen Überzeugungen nach der Einnahme von Neuroleptika verschwanden. Die Komorbidität von Transsexualismus und Schizophrenie ist kontroversiv – es ist in den Meinungen der Wissenschaftler sichtbar, auch in den diagnostischen Kriterien DSM – IV und ICD – 10. Außerdem ist die Einbildung der Geschlechtsänderung wahrscheinlich häufiger als man meint. Es verursacht, dass die Unterscheidung zwischen der Psychose und Störungen der Geschlechtsidentifizierung in manchen Fällen sehr schwer sein kann.

Die Behandlung der Personen mit der Diagnose Transsexualismus hängt nicht nur mit den Erwartungen des Patienten zusammen, sondern auch mit vielen meist unabwendbaren gesundheitlichen Folgen (z.B. Risiko der Kreislauferkrankungen, Krebskrankheiten, Fruchtlosigkeit, Folgen der chirurgischen Geschlechtsänderung). Deswegen soll die Diagnostik von Transsexualismus, Störungen in der Geschlechtsidentifizierung und Schizophrenie mit großer Vorsichtigkeit geführt werden, um das Risiko der falschen Diagnosestellung zu verringern und den Patienten den ernsthaften Folgen der angewandten Therapie nicht auszusetzen.

Le transsexualisme ou les illusions du changement du sexe ? Éviter le mauvais diagnostic

Résumé

Ce travail a comme objectif la présentation des données fondamentales concernant les troubles de l'identification sexuelle et des psychotiques désirs transsexuels.

De temps en temps dans la littérature en question on trouve des données décrivant le diagnostic des troubles psychotiques chez les personnes diagnostiquées auparavant comme transsexuelles et traitées à cause de ces troubles avec les neuroleptiques – chez ces patients, après cette thérapie, leurs convictions transsexuelles disparaissent. La coexistence du transsexualisme et de la schizophrénie cause de plusieurs controverses, non seulement des savants mais aussi dans les critères diagnostiques de DSM-IV et ICD-10. De plus les illusions du changement du sexe sont probablement plus souvent que l'on le pense. Il en résulte que la différenciation (diagnostic) de la psychose et des troubles de l'identification sexuelle peut être parfois difficile.

Le traitement du transsexualisme se lie non seulement avec les effets attendus par le patient mais aussi avec les irréversibles conséquences pour la santé (le risque des maladies cardiovasculaires, d'infertilité, des maladies néo plastiques, des conséquences du changement chirurgical du sexe). C'est pourquoi le diagnostic différentiel du transsexualisme, des troubles de l'identification du sexe et de la schizophrénie doit être prudent pour minimaliser le risque de méprise et de la thérapie inadéquate.

Piśmiennictwo

1. Fajkowska-Stanik M. *Transseksualizm. Definicje, klasyfikacje i symptomatologia zjawiska*. Psychiatr. Pol. 1999; 33 (5): 769–781.
2. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.

3. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zachowania ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Kraków–Warszawa:Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, IPIŃ; 1997.
4. Roberto LG. *Issues in diagnosis and treatment of transsexualism*. Arch. Sex. Behav. 1983; 12 (5): 445–473.
5. Michel A, Mormont C, Legros JJ. *A psycho-endocrinological overview of transsexualism*. Eur. J. Endocrinol. 2001; 145: 365–376.
6. Bakker A, van Kesteren PM, Gooren LJ, Bezemer PD. *The prevalence of transsexualism in Netherlands*. Acta Psychiatr. Scand. 1993; 87: 237–238.
7. 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: 315–318.
8. Godlewski J. *Transsexualism and anatomic sex ratio reversal in Poland*. Arch. Sex. Behav. 1988; 17: 547–548.
9. Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association. *The standards of care of gender identity disorders*. 2001; www.wpath.org
10. Fajkowska-Stanik M. *Operacyjna zmiana płci i inne rodzaje korekt stosowanych w przypadku transseksualizmu*. Psychiatr. Pol. 1999; 33 (6): 959–967.
11. Lothstein LM, Levine SB. *Expressive psychotherapy with gender dysphoric patients*. Arch. Gen. Psychiatry 1981; 38: 924–929.
12. Campo J, Nijman H, Merckelbach H, Evers C. *Psychiatric comorbidity of gender identity disorders: a survey among Dutch psychiatrists*. Am. J. Psychiatry 2003; 160: 1332–1336.
13. Borrás L, Huguelet Ph, Eytan A. *Delusional 'pseudotranssexualism' in schizophrenia*. Psychiatry 2007; 70 (2): 175–179.
14. Gittleson NL, Levine S. *Subjective ideas of sexual change in male schizophrenics*. Brit. J. Psychiatry 1966; 112: 779–782.
15. Gittleson NL, Dawson-Butterworth K. *Subjective ideas of sexual change in female schizophrenics*. Brit. J. Psychiatry 1967; 113: 491–494.
16. Bower H. *The gender identity disorder in the DSM-IV classification: a critical evaluation*. Austr. NZJ Psychiatry 2001; 35: 1–8.
17. Commander M, Dean C. *Symptomatic transsexualism*. Brit. J. Psychiatry 1990; 156: 894–896.
18. Gössler R, Vasely C, Friedrich MH. *Autocastration of a young schizophrenic man*. Psychiatr. Prax. 2002; 29 (4): 214–217.
19. Caldwell C, Keshavian M. *Schizophrenia with secondary transsexualism*. Can. J. Psychiatry 1991; 36: 300–301.
20. Brüne M. *Wahnhafter „Pseudotranssexualism” bei schizophrenen*. Psychosoc. Psychiatr. Prax. 1996; 23: 246–247.
21. Hashimoto M. *Therapy of case of psychotic personality organization manifesting gender identity disorder*. Tokai J. Exp. Clin. Med. 1992; 17 (5–6): 205–212.
22. Baltieri DA, de Andrade AG. *Schizophrenia modifying the expression of gender identity disorder*. J. Sex. Med. 2009; 6 (4): 1185–1188.
23. Campo JM, Nijman H, Evers C, Merckelbach HL, Decker I. *Gender identity disorders as a symptom of psychosis, schizophrenia in particular*. Ned. Tijdschr. Geneesk. 2001; 29; 145 (39): 1876–1880.
24. Puri BK, Singl I. *The successful treatment of a gender dysphoric patient with pimozide*. Austr. NZJ Psychiatry 1996; 30: 422–425.
25. Habermeyer E, Kamps I, Kawohl W. *A case of bipolar psychosis and transsexualism*. Psychopathol. 2003; 36: 168–170.

-
26. O’Gorman EC. *The effect of psychosis on gender identity*. Brit. J. Psychiatry 1980; 136: 314–315.
 27. Modestin J, Ebner G. *Multiple personality disorder manifesting itself under the mask of transsexualism*. Psychopathol. 1995; 28 (6): 317–321.
 28. Marks I, Green R, Mataix-Cols D. *Adult gender identity disorder can remit*. Comprehens. Psychiatry 2000; 41 (4): 273–275.

Adres: Klinika Zaburzeń Afektywnych
i Psychotycznych
92-216 Łódź, ul. Czechosłowacka 8/10

Otrzymano: 2.05.2009
Zrecenzowano: 30.06.2009
Otrzymano po poprawie: 28.07.2009
Przyjęto do druku: 30.07.2009