

Izabela Łucka<sup>1</sup>, Marta Jurczyk<sup>2</sup>, Anna Łucka<sup>3</sup>

Received: 27.12.2021

Accepted: 22.03.2022

Published: 20.09.2022

## Gender dysphoria in adolescents with psychotic disorders – symptom or co-occurring phenomenon?

### Dysforia płciowa u nastolatków z zaburzeniami psychicznymi – objaw czy zjawisko współwystępujące?

<sup>1</sup> Department of Developmental, Psychotic and Geriatric Psychiatry, Medical University of Gdańsk, Gdańsk, Poland

<sup>2</sup> Department of Special Pedagogy, Faculty of Social Sciences, University of Gdańsk, Gdańsk, Poland

<sup>3</sup> Faculty of Law and Administration, University of Gdańsk, Gdańsk, Poland

Correspondence: Izabela Łucka, Department of Developmental, Psychotic and Geriatric Psychiatry, Medical University of Gdańsk, Srebniki 17, 80-282 Gdańsk, Poland, e-mail: izabelalucka@wp.pl

<sup>1</sup> Klinika Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych i Wieku Podeszłego, Gdański Uniwersytet Medyczny, Gdańsk, Polska

<sup>2</sup> Zakład Pedagogiki Specjalnej, Wydział Nauk Społecznych, Uniwersytet Gdański, Gdańsk, Polska

<sup>3</sup> Wydział Prawa i Administracji, Uniwersytet Gdański, Gdańsk, Polska

Adres do korespondencji: Izabela Łucka, Klinika Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych i Wieku Podeszłego, Gdański Uniwersytet Medyczny, ul. Srebniki 17, 80-282 Gdańsk, e-mail: izabelalucka@wp.pl

#### ORCID iDs

1. Izabela Łucka <https://orcid.org/0000-0002-6570-7758>

2. Marta Jurczyk <https://orcid.org/0000-0001-5161-3972>

3. Anna Łucka <https://orcid.org/0000-0001-9818-3471>

#### Abstract

The occurrence of gender dysphoria symptoms in adolescents presenting psychotic disorders generates great diagnostic and therapeutic difficulties. They are related not only to the question of what is the nature of the reported dissatisfaction with one's biological sex, but also to the normative period of uncertainty and searching in the process of psychosexual development in a young person. In this context, reaching a decision on gender correction treatment requires a particularly thorough analysis, a precise differential diagnosis and, above all, stabilisation of the psychological state as well as prolonged observation and exclusion of the delusional basis of gender dysphoria. It strikes us as particularly important to provide such patients with appropriate care. Allowing for gender correction, in the absence of a confirmed causal relationship between the two disorders, seems to be an appropriate, although debatable, therapeutic approach. Refusing medical interventions in adolescents in a timely manner poses a significant risk of psychological deterioration, may exacerbate gender dysphoria and contribute to self-representation provoking persecution and stigmatisation, and thus may increase stress levels, which is an important factor in psychotic decompensation.

**Keywords:** gender dysphoria, adolescents, psychotic disorders

#### Streszczenie

Występowanie objawów dysforii płci u nastolatków prezentujących zaburzenia psychiczne generuje duże trudności diagnostyczno-terapeutyczne. Związane są one nie tylko z pytaniem o charakter zgłaszanego niezadowolenia z płci biologicznej, ale także z normatywnym u młodego człowieka okresem niepewności i poszukiwań w procesie konstytuowania się psychoseksualności. Podjęcie decyzji o leczeniu ukierunkowanym na korektę płci wymaga tu niezwykle wnikliwej analizy, starannej diagnozy różnicowej, a przede wszystkim stabilizacji stanu psychicznego oraz przedłużonej obserwacji i wykluczenia urojeniowego podłoża dysforii płci. Zapewnienie prawidłowej opieki takim pacjentom wydaje się szczególnie ważne. Umożliwienie przejścia procesu korekty płci – w razie potwierdzenia braku związku przyczynowego między oboma zaburzeniami – wydaje się właściwym, choć budzącym uzasadnione dyskusje, postępowaniem terapeutycznym. Odmawianie nastoletnim pacjentom zastosowania interwencji medycznych w odpowiednim terminie wiąże się z istotnym ryzykiem pogorszenia stanu psychicznego, może nasilać dysfориę płciową i przyczynić się do autoprezentacji prowokującej prześladowanie i stygmatyzację, a w rezultacie spowodować wzrost poziomu stresu, co jest ważnym czynnikiem dekompensacji psychicznej.

**Słowa kluczowe:** dysforia płciowa, młodzież, zaburzenia psychiczne

## INTRODUCTION

**D**issatisfaction related to one's body perception, assigned biological sex, and social role is being increasingly reported by adolescents. While some of them report varying degrees of psychological discomfort, most do not develop full-blown gender dysphoria. The dilemmas experienced by adolescents lead to the necessity of addressing not only the nature of the reported dissatisfaction with one's biological sex, but also how this discomfort fits into the normative period of uncertainty and exploration in the young person's process of developing their psychosexuality. This is especially important since adolescents with gender dysphoria are more likely to present with co-occurring internalising disorders, such as anxiety and depression and/or externalising disorders, such as oppositional defiant disorder (Dora et al., 2021). The prevalence of autism spectrum disorders appears to be higher in these individuals compared to the general age-matched population (de Vries et al., 2010).

Despite the discussions continued since the 1990s regarding doubts whether diagnoses related to gender identity in children should exist at all, a shift in the thinking of clinicians was reflected in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) classification, which included separate diagnoses: "gender dysphoria in children" and "gender dysphoria in adolescents and adults" (American Psychiatric Association, 2013). The main premise, in comparison to earlier editions of this classification, is an effort to depathologise various forms of gender identity with the indication that dysphoria, that is persistent suffering and discomfort resulting from the discrepancy between the sex assigned at birth and one's own sense of gender (American Psychiatric Association, 2013; Grabski et al., 2020), is a problem qualifying for clinical interventions. According to this approach, diagnosis of gender dysphoria in an adolescent requires meeting two diagnostic criteria. The first criterion (A) reads, "a marked incongruence between the person's perceived/expressed sex and the sex assigned to that person, lasting at least six months and taking at least two of the following forms:

1. a marked mismatch between the person's perceived/expressed sex and the person's primary and/or secondary sex characteristics (or, in the case of adolescents, also the projected secondary sex characteristics);
2. a strong desire to be deprived of primary and/or secondary sex characteristics because of an apparent incongruity between the person's perceived/expressed gender (or, in the case of adolescents, a desire to avoid developing predicted secondary sex characteristics);
3. a strong desire to possess the primary and/or secondary sex characteristics of the opposite sex;
4. a strong need to be the opposite sex (or an alternative sex from the person's assigned sex);
5. a strong need to be treated as a person of the opposite sex (or an alternative sex from that assigned to the person);

## WPROWADZENIE

**N**iezadowolenie związane z percepcją własnego ciała, przypisaną do niego płcią biologiczną i rolą społeczną jest coraz częściej zgłaszane przez osoby nastoletnie. Część z nich wspomina o różnie nasilonym dyskomforcie psychicznym, jednak u większości nie dochodzi do rozwoju pełnoobjawowej dysforii płciowej. Dylematy pacjentów w wieku rozwojowym prowadzą do konieczności zmierzenia się z trudnymi pytaniami – nie tylko o naturę niezadowolenia z płci biologicznej, ale także o to, jak zgłaszany dyskomfort wpisuje się w normatywny u młodego człowieka okres niepewności i poszukiwań w procesie konstytuowania się psychoseksualności. To bardzo istotne, zwłaszcza że u osób nastoletnich z dysforią płciową dość powszechne jest współwystępowanie zaburzeń internalizacyjnych, takich jak lęk i depresja, i/lub zaburzeń eksternalizacyjnych, takich jak zaburzenia opozycyjno-buntownicze (Dora et al., 2021). Rozpowszechnienie zaburzeń ze spektrum autyzmu wydaje się w opisywanej grupie większe niż w ogólnej, analogicznej wiekowo populacji (de Vries et al., 2010).

Choć w dyskusjach toczonych od lat 90. ubiegłego stulecia pojawiają się wątpliwości, czy w przypadku dzieci powinno się w ogóle stawiać diagnozy związane z tożsamością płciową, zmiana w myśleniu klinicystów zaowocowała ustaleniami zawartymi w piątej edycji Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), w której znalazły się oddzielne rozpoznania: „dysforia płciowa u dzieci” oraz „dysforia płciowa u dorastających i dorosłych” (American Psychiatric Association, 2013). Główną przesłankę stanowi dążenie do depatologizacji różnych form tożsamości płciowej, z zaznaczeniem, że problemem kwalifikującym się do interwencji klinicznych jest dysforia, czyli utrwalone cierpienie i dyskomfort wynikające z rozbieżności między płcią przypisaną przy urodzeniu a własnym poczuciem płci (American Psychiatric Association, 2013; Grabski et al., 2020). Rozpoznanie dysforii płciowej u osoby w wieku nastoletnim wymaga spełnienia dwóch kryteriów. Kryterium A brzmi: „wyraźna niezgodność pomiędzy odczuwaną/wyrażaną przez osobę płcią a płcią tej osobie przypisaną, trwająca co najmniej sześć miesięcy i przybierająca co najmniej dwie spośród wymienionych postaci:

1. wyraźnej niezgodności między odczuwaną/wyrażaną przez osobę płcią a jej pierwszorzędowymi i/lub drugorzędowymi cechami płciowymi (lub w przypadku osób dorastających także przewidywanymi drugorzędowymi cechami płciowymi);
2. silnej chęci bycia pozbawionym pierwszorzędowych i/lub drugorzędowych cech płciowych z powodu wyraźnej niezgodności między odczuwaną/wyrażaną przez daną osobę płcią (lub w przypadku osób dorastających chęci uniknięcia rozwoju przewidywanych drugorzędowych cech płciowych);
3. silnej chęci posiadania pierwszorzędowych i/lub drugorzędowych cech płciowych płci przeciwnej;
4. silnej potrzeby bycia przeciwnej płci (albo płci alternatywnej od przypisanej danej osobie);

6. a clear belief that the person is expressing feelings and displaying reactions typical of the opposite sex (or the alternative sex from that assigned to the person).”

Meanwhile, the second criterion (B) reads as follows: “the condition described causes clinically significant distress or impairment in social, occupational, or other important functioning” (American Psychiatric Association, 2013; Grabski et al., 2020). It is worth mentioning that in the International Classification of Diseases – 11<sup>th</sup> Revision (ICD-11), issues regarding gender identity were placed in a new chapter entitled *Conditions Related to Sexual Health*, at the same time the term “transsexualism” was replaced by the phrase “gender incongruence” in adolescence and adulthood, which is characterised by “marked and persistent incongruence between an individual’s experienced gender and the assigned sex” (World Health Organization, 2019). Individuals with co-occurring symptoms of gender dysphoria and acute psychotic symptoms present a particularly difficult diagnostic challenge. Beliefs or ideas associated with the desire to change one’s gender – historically referred to by Richard von Krafft-Ebing as “metamorphosis sexualis paranoica” – have been documented in the course of schizophrenia for over a century. One of the most famous cases recorded in the literature describes Daniel Paul Schreber, whose case Sigmund Freud used as the basis for his psychodynamic reflections on schizophrenia. The patient analysed was deeply convinced that he would be transformed into a woman and that this would be part of his mission to redeem the world (Grotstein, 1985; McGlashan, 2009). Bhargava and Sethi (2002) presented a case of a 25-year-old patient requesting gender correction surgery, declaring a sense of being a female while being aware of having a male body. His interview revealed that since childhood he preferred female clothes and the company of girls, failed to complete his education, did not take up an employment, was withdrawn and neglected personal hygiene. Sleep disturbances, occasional aggressive behaviour, mainly towards his family, as well as auditory hallucinations, persecutory delusions and affect maladjustment were also diagnosed. Treatment with risperidone resulted in improvement in psychotic symptoms and no relapse over a 2-year period. However, his gender identity symptoms persisted, leading him to be diagnosed with both schizophrenia and gender dysphoria (Bhargava and Sethi, 2002). There are many similar descriptions of patients with schizophrenia who experienced distress related to disturbed perception of their gender identity (Baltieri and De Andrade, 2009; Borrás et al., 2007; Caldwell and Keshavan, 1991; Manderson and Kumar, 2001; Urban and Rabe-Jabłońska, 2010). In some cases, alleviation or resolution of gender dysphoria was observed after antipsychotic treatment, while in others the positive symptoms resolved, while the features of gender dysphoria persisted unchanged. Such observations led to a question whether the reported symptoms were part of the underlying disease process (schizophrenia), or whether they were separate from it (Caldwell and Keshavan, 1991).

5. silnej potrzeby bycia traktowanym jak osoba przeciwnej płci (albo płci alternatywnej od przypisanej danej osobie);

6. wyraźnego przekonania, że dana osoba wyraża uczucia i prezentuje reakcje typowe dla płci przeciwnej (albo płci alternatywnej od przypisanej danej osobie).”

Kryterium B sformułowano następująco: „opisany stan powoduje klinicznie istotne cierpienie lub pogorszenie funkcjonowania społecznego, zawodowego lub w innych ważnych obszarach” (American Psychiatric Association, 2013; Grabski et al., 2020). Warto zaznaczyć, że w jedenastej edycji International Classification of Diseases (ICD-11) zagadnienia dotyczące identyfikacji płciowej umieszczono w nowym rozdziale – *Stany związane ze zdrowiem seksualnym (Conditions Related to Sexual Health)*, a termin „transseksualizm” zastąpiono pojęciem niezgodności płciowej w adolescencji i dorosłości, która charakteryzuje się „wyraźną i trwałą niezgodnością między doświadczaną przez daną osobę płcią a płcią, jaka została jej przypisana” (World Health Organization, 2019). Szczególnie trudne wyzwanie diagnostyczne wiąże się z osobami, u których współwystępują objawy dysforii płciowej i ostre objawy psychiatryczne. Przekonania lub idee związane z pragnieniem zmiany płci – historycznie określane przez Richarda von Kraffta-Ebinga jako *metamorphosis sexualis paranoica* – były dokumentowane w przebiegu schizofrenii od ponad wieku. Jeden z najbardziej znanych opisów utrwalonych w literaturze dotyczy Daniela Paula Schrebera, którego przypadek Zygmunta Freuda wykorzystał jako podstawę swoich psychodynamicznych rozważań na temat schizofrenii. Chory był głęboko przekonany, że zostanie przemieniony w kobietę i że będzie to częścią jego misji odkupienia świata (Grotstein, 1985; McGlashan, 2009). W studium przypadku opublikowanym przez Bhargawę i Sethi (2002) przedstawiono casus 25-letniego pacjenta domagającego się operacji korekty płci i deklarującego poczucie bycia kobietą przy świadomości posiadania męskiego ciała. W wywiadzie ustalono, że od dzieciństwa preferował on żeńskie stroje i towarzystwo dziewcząt. Nie ukończył nauki, nie podejmował pracy, był wycofany i zaniedbywał higienę osobistą. Zdiagnozowano również zaburzenia snu, sporadyczne zachowania agresywne, głównie wobec rodziny, a także omamy słuchowe, urojenia przesładowcze i niedostosowanie afektu. Leczenie risperidonem przyniosło poprawę w zakresie objawów psychiatrycznych, przez 2 lata nie doszło do nawrotu choroby. Utrzymały się jednak objawy związane z tożsamością płciową, co pozwoliło rozpoznać zarówno schizofrenię, jak i dysforię płci (Bhargava i Sethi, 2002). Istnieją liczne opisy pacjentów ze schizofrenią, którzy doświadczali cierpienia związanego z zaburzoną percepcją własnej tożsamości płciowej (Baltieri i De Andrade, 2009; Borrás et al., 2007; Caldwell i Keshavan, 1991; Manderson i Kumar, 2001; Urban i Rabe-Jabłońska, 2010). W niektórych przypadkach po leczeniu przeciwpsychicznym obserwowano osłabienie lub ustąpienie dysforii płci, podczas gdy w innych objawy wytwórcze ustąpiły, a cechy dysforii płci utrzymywały się na niezmiennym poziomie. Podobne obserwacje skłaniały klinicystów do refleksji, czy

These deliberations undertaken by clinicians led to the current concept on the possible co-occurrence of gender dysphoria and schizophrenia (Baltieri and De Andrade, 2009). In recent years, this has resulted in a marked change in the DSM diagnostic classifications. While its third version required other mental disorders, including schizophrenia, to be excluded for the diagnosis of gender identity disorder (American Psychiatric Association, 1980), further classifications (DSM-IV, DSM-IV-TR and DSM-5) no longer formulated such a requirement (American Psychiatric Association, 1994, 2013; American Psychiatric Association; Task Force on DSM-IV, 2000). In the European International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10), the presence of mental disorders, including schizophrenia, excludes the diagnosis of gender identity disorder in the form of transsexualism (World Health Organization, 2012).

Difficulties with experiencing one's gender identity reported by patients with schizophrenia always require a thorough and careful diagnosis. Diagnosis should be made as a team effort, preferably by a specialist in both mental and sexual health. A thorough medical history of general and mental health and sexual activity is necessary. It is vital to verify that the patient has not taken illegally obtained hormonal agents. When pharmacological and surgical sex correction procedures are sought, a psychotic aetiology for these intentions must be excluded. In our opinion, the occurrence of gender dysphoria in adolescents with additional psychotic disorders is a particular clinical challenge. Especially in this group of patients, failure to perform appropriate differential diagnosis may cause far-reaching and irreversible changes (Coleman *et al.*, 2011; Hembree *et al.*, 2009; Nuttbrock *et al.*, 2010; Sohn and Bosinski, 2007).

## CASE STUDIES

### Damian

A 16-year-old patient, hospitalised psychiatrically for the first time, admitted in emergency for aggressive behaviour towards his parents, whom he believed not to be his real parents, but "replaced." After "sex change" he planned to run away from home, report this fact to the police and demand intervention. He claimed to have been surgically castrated by his parents at age of 7 years and to have testicular implants. His behaviour had been changed for about 2 weeks; he was timid, kept covering the windows, isolated himself from his surroundings, and felt watched.

He was born from a normal, first pregnancy, breastfed, had trouble suckling at first; he developed normally in early childhood. In his early childhood, he liked to play with girls, preferred games considered girly, collected cards with pictures considered girly. When expressing himself, he confused word endings and used feminine forms. He was a rather quiet boy. It was observed that in the middle school period he tended to isolate himself from his

zgłaszane objawy są częścią zasadniczego procesu chorobowego (schizofrenii), czy też są one od niego odrębne (Caldwell i Keshavan, 1991). Efektem rozważań jest obowiązująca współcześnie koncepcja, która dopuszcza możliwość współwystępowania dysforii płci i schizofrenii (Baltieri i De Andrade, 2009). W ostatnich latach zaowocowało to wyraźną zmianą w klasyfikacjach DSM. O ile zgodnie z DSM-III przy diagnostyce zaburzeń identyfikacji płci konieczne było wykluczenie innych zaburzeń psychicznych, także schizofrenii (American Psychiatric Association, 1980), o tyle w kolejnych klasyfikacjach – DSM-IV, DSM-IV-TR i DSM-5 – nie formułowano już takiego wymogu (American Psychiatric Association, 1994, 2013; American Psychiatric Association; Task Force on DSM-IV, 2000). Warto dodać, że w ICD-10 diagnoza zaburzeń psychicznych obejmujących schizofrenię wykluczała rozpoznanie zaburzeń identyfikacji z płcią w postaci transseksualizmu (World Health Organization, 2012). Trudności z doświadczaniem własnej tożsamości płci zgłaszane przez chorych na schizofrenię zawsze wymagają wnikliwej i ostrożnej diagnostyki. Diagnoza powinna być stawiana zespołowo, z udziałem specjalistów w zakresie zdrowia zarówno psychicznego, jak i seksualnego. Konieczne jest przeprowadzenie dokładnego wywiadu na temat ogólnego stanu zdrowia oraz funkcjonowania psychicznego i seksualnego. Należy zweryfikować, czy pacjent nie przyjmował nielegalnie pozyskiwanych środków hormonalnych. Jeśli dana osoba stara się o kwalifikację do farmakologicznych i chirurgicznych procedur korekty płci, trzeba wykluczyć podłoże psychotyczne. Występowanie dysforii płciowej u pacjentów w wieku rozwojowym prezentujących zaburzenia psychotyczne stanowi według nas wyjątkowe wyzwanie. Jest to bowiem grupa szczególna, w której zaniechanie właściwego różnicowania diagnostycznego może skutkować daleko posuniętymi i nieodwracalnymi zmianami (Coleman *et al.*, 2011; Hembree *et al.*, 2009; Nuttbrock *et al.*, 2010; Sohn i Bosinski, 2007).

## KAZUISTYKA

### Damian

Pacjent 16-letni, po raz pierwszy hospitalizowany psychiatrycznie, został przyjęty w trybie ostrym z powodu agresywnego zachowania w stosunku do rodziców, których uważał za nie swoich, „podmienionych”. Po „zmianie płci” chciał uciec z domu, pójść na policję i domagać się interwencji – twierdził, że w 7. roku życia został przez rodziców wsterylizowany chirurgicznie i ma wszczepione implanty jąder. Około 2 tygodni wcześniej zaczął się inaczej zachowywać: był wylęczony, zasłaniał okna, izolował się od otoczenia, czuł się obserwowany.

Po narodzinach (pierwsza ciąża i pierwszy poród matki, prawidłowy) chłopiec był karmiony piersią, początkowo miał kłopoty ze ssaniem. W okresie wczesnodziecięcym rozwijał się prawidłowo. W okresie wczesnoszkolnym lubił bawić się z dziewczynkami, zbierał karteczki z obrazkami

peers, preferring to stay with his sister and her friends. He had no company of his own, never really got along with his classmates. He incidentally wet himself during physical education classes, for which he was ridiculed by other students. At present, he attends the second grade of a state secondary school. He was under the care of a school psychologist, then a psychologist from a Psychological-Pedagogical Counselling Centre. He made attempts to contact a foundation working with transgender people. About six months before his hospitalisation, he approached his classroom teacher and then his parents with the information that he felt bad about being a boy and wanted to change his gender. His father was uncomfortable with this information and did not approve of his appearance (e.g. long, polished fingernails).

The boy is brought up in a full family, his parents are healthy, without addictions, he has a younger healthy sister, not causing any behavioural difficulties. The father's brother suffers from schizophrenia.

Mental state on admission to hospital: clear consciousness, normal auto- and allopsychic orientation, low mood, psychomotor drive with a tendency to low. Verbal contact is established, persecutory and dysmorphophobic delusions in statements, auditory hallucinations, sense of someone's presence. He reports fear, anxiety, suicidal thoughts without a tendency to execute them. He had considered suicide in the past through drug poisoning. Normal appetite, disturbed sleep, has difficulty falling asleep.

Somatic findings: typical masculine body, tall, well-built, with broad shoulders. Long, fair hair, carelessly styled, with receding hairline. Long, sloppily painted fingernails are noticeable. Clothing is rather masculine, usually T-shirts and short pants. Bizarre behaviour. Normal psychosexual development, Tanner stage V sexual development.

During individual interviews, he reported dissatisfaction with his masculine body since early childhood, and that inside he felt like a girl.

A suspicion had been growing in him for several weeks that his parents had a similar problem in their past, that they also felt uncomfortable with their bodies and had changed their gender. Evidence for this belief was to be found, for example, in a photograph of his pregnant mother ("it was not apparent that she was pregnant"). Therefore, he believed that he was born by his father, who plays this role after sex change, and that he was begotten by his mother, who became a woman only after the transition. He maintains his beliefs about having artificial testicles, denies the secondary and tertiary features of puberty, when asked for example, about his facial hair, he replies: "Maybe they gave me hormones?". In addition, he believes that other people look at him in a way "as if he had no testicles."

Psychological opinion: symptoms typical of an ongoing acute psychotic process.

Course of hospitalisation: After clinical observation and additional examinations, pharmacological treatment and therapeutic interactions were implemented. The patient

uważanymi za dziewczęce, takie też preferował zabawy. Wypowiadając się, mylił końcówki, używał form żeńskich. Był dzieckiem raczej spokojnym; zaobserwowano, iż w gimnazjum prezentował tendencję do izolowania się od rówieśników, wolał przebywać z siostrą i jej koleżankami. Nigdy właściwie nie miał kolegów. Incydentalnie moczył się podczas lekcji wychowania fizycznego, przez co był wyśmiewany przez innych uczniów. Obecnie jest uczniem II klasy liceum ogólnokształcącego. Korzystał z opieki psychologa szkolnego, a następnie psychologa z poradni psychologiczno-pedagogicznej. Podejmował próby kontaktu z fundacją zajmującą się osobami transpłciowymi. Około pół roku przed hospitalizacją zwrócił się do wychowawczynie klasy, a potem do rodziców z informacją, że źle czuje się jako chłopiec i pragnie „zmienić płeć”. Ojciec źle przyjął informację, nie akceptował wyglądu syna (m.in. długich, polakierowanych paznokci).

Damian wychowuje się w pełnej rodzinie, rodzice są zdrowi, nie mają nałogów. Młodsza siostra pacjenta nie sprawia problemów wychowawczych. Brat ojca choruje na schizofrenię. Stan psychiczny przy przyjęciu do szpitala: świadomość jasna, orientacja auto- i allopsychiczna prawidłowa, nastrój obniżony, napęd psychoruchowy z tendencją do obniżonego. Chłopiec nawiązuje kontakt słowny – w wypowiedziach urojenia prześladowcze i dysmorfofobiczne, omamy słuchowe, poczucie czyjejś obecności. Zgłasza lęk, niepokój, myśli suicydalne bez tendencji do ich realizacji. W przeszłości rozważał samobójstwo przez zatrucie się lekami. Łaknienie w normie, sen zaburzony – kłopoty z zasypianiem.

Somatycznie: budowa ciała typowo męska, pacjent wysoki, dobrze umięśniony, z szerokimi barkami. Długie, jasne włosy, niedbale ułożone, duże zakola na skroniach. Uwagę zwracają długie, niestarannie pomalowane paznokcie. Ubiór raczej typu męskiego: zwykle koszulki z krótkim rękawem i krótkie spodnie. Zachowanie dziwaczne, rozwój psychoseksualny prawidłowy, dojrzałość płciowa na V poziomie skali Tannera.

W trakcie rozmów indywidualnych Damian podawał, że od wczesnego dzieciństwa nie był zadowolony ze swojego chłopięcego ciała i wewnętrznie czuł się dziewczynką.

Kilka tygodni wcześniej zrodziło się w nim podejrzenie, że rodzice mieli w przeszłości podobny problem: źle czuli się w swoich ciałach i zmienili płeć. Jednym z dowodów ma być fotografia matki z okresu ciąży („Nie było widać, że jest w ciąży”). Chłopiec uważa więc, że został urodzony przez tatę, który ma za sobą korektę płci, a spłodzony przez mamę – dopiero teraz, po tranzycji, będącą kobietą. Podtrzymuje swoje przekonanie o posiadaniu sztucznych jąder, neguje drugo- i trzeciorzędowe cechy dojrzewania, a dopytywany o zarost na twarzy, rozważa: „Może podawali mi hormony?”. Dodatkowo widzi, że inne osoby patrzą na niego tak, „jakby nie miał jąder”.

W opinii psychologicznej stwierdzono objawy typowe dla toczącego się ostrego procesu psychiatrycznego.

Po przeprowadzeniu obserwacji klinicznej i badań dodatkowych wdrożono leczenie farmakologiczne i oddziaływania

was initially rather anxious, distrustful, suspicious and withdrawn. Dissatisfaction with his biological sex dominated in his statements, he was interested in his body, with a delusional interpretation of its structure. Delusional interpretation of parental figures and actions taken by them. Uncritical of his statements. In his behaviour he was calm, had superficial relations with peers, and showed no desire to initiate contact. Until the end of his stay, he remained in laconic contact, becoming animated only during conversations about gender correction. He attended school and therapy classes. After his mental state improved, he used passes to return home under the care of his parents, from which he would return satisfied. He used male pronouns and the name he was given at birth. He was discharged in a neutral mood, balanced psychomotor drive, affectively monotonous, without perceptual disturbances, with a persistent tendency to delusions of reference perception of the environment and delusional attitude towards parents. Gender dysphoria co-occurred with delusional interpretation of the structure and functioning of one's own body. Social activity was maintained at a low level. There was partial criticism of the disease. Sleep and appetite were normal. He negated suicidal thoughts.

During sexological consultation in the hospital he talked about the difficulties associated with functioning in his biological sex – using male toilets, male locker rooms at school, having to participate in physical education classes at the swimming pool were associated with considerable distress. When asked about his desire to undertake gender reassignment, he spoke of a dream to deprive himself of male secondary sexual characteristics and have female secondary sexual characteristics. However, he was aware that the current diagnosis and hospital stay would not accelerate the process. He mentioned difficulties in social functioning, and computer games as an escape from experiencing suffering in social life. When playing games he could generate his own gender identity – where he would choose female characters and names. Experiencing gender dysphoria resulted in the patient's social isolation, the world of games became the only form of functioning. When asked about romantic relationships, he spoke of difficulties in having them or even a complete lack of them due to the fact of experiencing minority stress. Peers ridiculed him for behaving “like a woman” and excluded him from his peer group, or thought he was a homosexual, which in both cases caused him distress and subjective suffering.

He was discharged with a diagnosis of paranoid syndrome in the course of schizophrenia (F20.0) and gender dysphoria (F64).

### Alicja

A 14.5-year-old female patient, hospitalised psychiatrically for the first time, admitted in emergency procedure due to severe anxiety combined with a strong belief that she is ridiculed by people, that they know her thoughts and that

terapeutyczne. Początkowo pacjent był raczej wylężniony, nieufny, podejrzliwy i wycofany. W jego wypowiedziach dominował wątek niezadowolenia z płci biologicznej, chłopiec był zainteresowany swoim ciałem. Urojeniuowo interpretował budowę własnego ciała, a także postacie rodziców i podejmowane przez nich działania. Był bezkrytyczny w stosunku do swoich wypowiedzi, spokojny. Pozostawał w powierzchownych relacjach z rówieśnikami, nie przejawiał chęci inicjowania kontaktów. Do końca pobytu utrzymywał z otoczeniem lakoniczny kontakt, ożywiał się jedynie podczas rozmów o korekcie płci. Uczęszczał na zajęcia szkolne i terapeutyczne. Po poprawie stanu psychicznego korzystał z przepustek do domu, z których wracał zadowolony. Używał zaimków męskich oraz imienia nadanego przy urodzeniu. Przy wypisie stwierdzono: nastrój obojętny, wyrównany napęd psychoruchowy, afekt jednostajny, brak zaburzeń spostrzegania, utrzymującą się tendencją do ksobnego odbioru otoczenia i urojeniuowego nastawienia do rodziców. Dysforia płciowa współwystępowała z urojeniuową interpretacją budowy i funkcjonowania własnego ciała. Pojawił się częściowy krytycyzm odnośnie do choroby. Sen i apetyt były w normie. Aktywność społeczną chłopiec realizował na niskim poziomie. Negował myśli suicydalne.

Podczas konsultacji seksuologicznej w trakcie pobytu w szpitalu Damian opowiadał o trudnościach związanych z funkcjonowaniem w płci biologicznej – korzystanie z męskich toalet i męskich szatni w szkole oraz uczestnictwo w zajęciach wychowania fizycznego na basenie wiązały się u niego ze znacznym cierpieniem. Zapytany o chęć korekty płci, mówił o marzeniu pozbawienia się męskich drugorzędowych cech płciowych i posiadaniu żeńskich drugorzędowych cech płciowych. Miał jednak świadomość, że aktualna diagnoza i pobyt w szpitalu nie przyspieszą tego procesu. Wspominał o trudnościach w funkcjonowaniu społecznym, od których ucieczką były dla niego gry komputerowe. W grze mógł samodzielnie wygenerować swoją tożsamość płciową – wybierał postaci i imiona kobiece. Doświadczenie dysforii płciowej skutkowało społeczną izolacją. Zapytany o relacje romantyczne, pacjent opowiadał o trudnościach w ich zawieraniu, a nawet o całkowitym ich braku – ze względu na odczuwanie stresu mniejszościowego. Relacjonował, że rówieśnicy wyśmiewają go, mówiąc, iż „zachowuje się jak baba” albo jest gejem. Obie cytowane opinie sprawiały mu przykrość i powodowały subiektywne cierpienie.

Pacjenta wypisano ze szpitala z rozpoznaniem zespołu paranoidalnego w przebiegu schizofrenii (F20.0) oraz dysforii płciowej (F64).

### Alicja

Pacjentka 14,5-letnia, po raz pierwszy hospitalizowana psychiatrycznie, została przyjęta w trybie ostrym z powodu nasilonego lęku przed ludźmi połączonego z silnym przeświadczeniem, że jest przez nich wyśmiewana i że znają jej myśli. Deklarowała, iż słyszy głosy wypowiadające przykre

she hears voices uttering unpleasant comments, commands, including those ordering her to commit suicide. She was afraid to leave the house. The girl's behaviour was bizarre, and she complained of "chaos in her head," combined with feelings of sadness, psychological pain and lack of acceptance of her biological sex. She declared that she had been feeling like a boy for some time and demanded to be addressed by male names, which was accepted and implemented by her parents.

She was born from the first, sustained pregnancy and first natural, though prolonged, childbirth; nevertheless, she received an Apgar score of 10. She was in the neonatology department for 7 days due to persistent jaundice. Her early childhood development was normal. She went to school at the appropriate time, she had always been a shy child, with an increased tendency to withdraw from peer relationships for about a year. The girl spent her time mainly at home, locked in her room. For the past six months she had insisted on being called David. Her mother accepted this, and made an appointment with school administration to record the change of name and to ask to address her child Alicja as David (she no longer responded to the name Alicja anyway). In the past, her behaviour and leisure activities were not significantly different from those in other girls.

Mental state on admission to hospital: clear consciousness, normal auto- and allopsychic orientation, restless in behaviour, increased psychomotor anxiety, increased psychomotor drive, lowered mood, crying, probably experiencing auditory hallucinations, with disorders of the vital functions in terms of sleep and appetite, confirming suicidal thoughts, without tendency to their implementation.

Somatic findings: slim physique, oversize clothes, short, dark hair obscuring the face, glasses; general appearance preventing unambiguous identification of gender. Normal psychosexual development, Tanner stage IV sexual development.

During hospitalisation: after clinical observation and additional examinations, pharmacological treatment and therapeutic and educational interactions were implemented. Initially, the girl had great difficulty adapting to her new environment, there was visible psychomotor impairment, she was withdrawn from peer interactions, isolated herself, and spent most of the time alone. She remained in superficial, laconic contact with both patients and personnel. In one-on-one interviews, she spoke of feelings of confusion, emptiness, and searching related to her perceived uncertainty about her person, her gender identity, and her sense of "gender nothingness." Under the influence of integrated therapeutic interventions, gradual improvement of the patient's well-being and functioning was observed. She became more involved with her peer group, became more involved in the life of the therapeutic community, even served as a member of the board, was active during school and educational activities. She was discharged in a balanced mood and psychomotor drive, in fairly good verbal contact, in superficial emotional contact. The affect

komentarze czy polecenia, także nakazy popełnienia samobójstwa. Bała się wychodzić z domu. Zachowywała się dziwacznie, skarżyła się na „chaos w głowie”, uczucie smutku, bólu psychicznego i braku akceptacji swojej płci biologicznej. Powiedziała, że od pewnego czasu czuje się chłopcem i wymaga, by zwracać się do niej imieniem męskim, co rodzice akceptują i realizują.

Dziewczynka pochodzi z ciąży pierwszej, podtrzymywanej; mimo przedłużającego się porodu siłami natury otrzymała 10 punktów w skali Apgar. Przez tydzień przebywała w oddziale neonatologii z powodu przedłużającej się żółtaczki. Rozwój wczesnodziecięcy oceniono jako prawidłowy. Do szkoły pacjentka poszła o czasie. Zawsze była nieśmiała, od około roku przejawiała silniejszą tendencję do wycofywania się z relacji z rówieśnikami. Czas spędzała głównie w domu, zamknięta w swoim pokoju. Od pół roku nalegała, by zwracać się do niej imieniem Dawid. Matka to zaakceptowała i poprosiła dyrekcję szkoły o zapisanie zmiany imienia i nazywanie dziecka – które na imię Alicja i tak przestało reagować – właśnie Dawidem. W przeszłości zachowania i zabawy pacjentki nie różniły się znacząco od zachowań i zabaw innych dziewczynek.

Stan psychiczny przy przyjęciu do szpitala: świadomość jasna, orientacja auto- i allopsychiczna prawidłowa, zachowanie niespokojne, nasilony niepokój psychoruchowy, wzmożony napęd psychoruchowym, nastrój obniżony, płaczliwość, prawdopodobne omamy słuchowe, zaburzenia życia popędowego w zakresie snu i łaknienia, myśli samobójcze bez tendencji do ich realizacji.

Somatycznie: szczupła budowa ciała, obszerne ubrania, krótkie, ciemne włosy zasłaniające twarz, okulary; ogólna prezencja uniemożliwiająca jednoznaczny identyfikację płci. Rozwój psychoseksualny prawidłowy, dojrzałość płciowa na IV poziomie skali Tannera.

Po przeprowadzeniu obserwacji klinicznej i badań dodatkowych wdrożono leczenie farmakologiczne oraz oddziaływania terapeutyczne i wychowawcze. Dziewczynka początkowo z dużą trudnością adaptowała się do nowego otoczenia, była wyraźnie spowolniona psychoruchowo, wycofana z interakcji z rówieśnikami. Większość czasu spędzała samotnie. Pozostawała w powierzchownym, lakonicznym kontakcie zarówno z pacjentami, jak i z personelem. W rozmowach indywidualnych mówiła o poczuciu zagubienia i pustki, a także o poszukiwaniach związanych z niepewnością odnośnie do swojej tożsamości płciowej i poczuciem „nicości płciowej”. Pod wpływem zintegrowanych oddziaływań terapeutycznych uzyskano stopniową poprawę samopoczucia i funkcjonowania pacjentki, która zbliżyła się do grupy rówieśniczej i zaangażowała w życie społeczności terapeutycznej – pełniła funkcję w zarządzie, była aktywna na zajęciach szkolnych i wychowawczych. Została wypisana w wyrównanym nastroju i napędzie psychoruchowym, w dość dobrym kontakcie słownym i powierzchownym kontakcie emocjonalnym. Afekt modulowała w wąskim zakresie, objawów psychiatrycznych nie prezentowała, omamy negowała, nie przejawiała też objawów lęku

was modulated within a narrow range, she did not present psychotic symptoms, she denied hallucinations, she also did not manifest symptoms of anxiety or restlessness. Her drive patterns with regard to sleep and appetite normalized. She negated suicidal thoughts.

During the sexological consultation she talked about functioning in a computer game, in which she took the name Daniel and, as she puts it, was a “humanoid,” a character without specific sexual characteristics (fictional humanoids are two-legged creatures with body shape similar to humans, but differing from humans in skin colour, amount and location of hair, height, body weight, shape of ears and nose; the presence of horns, claws or a tail is also possible). She very happily agreed to the suggestion of using the name Daniel during the consultation. At the time of the interview, she was in an elevated psychomotor drive, polyphonic, and had difficulty maintaining attention. She drew a “humanoid,” which is a game representation of herself, without sexual features, and talked about a romantic relationship she had with another “humanoid,” with whom she had contacted in real life. She cannot point to a specific place of the meeting, claims that it happened, but does not remember the name of the place. The girl declared a sense of nothingness related to gender sensation, denied being a girl, said she needed to be a boy. When asked about the desire to change gender, about specific possibilities and stages of gender correction – she significantly shallowed the contact with the examiner. She did not seem particularly interested in this topic.

The girl was discharged with the diagnosis: acute psychotic polymorphic disorder (F23.0). Does not meet the criteria necessary for the diagnosis of gender dysphoria; the reported symptoms were most likely due to an ongoing psychotic process.

## DISCUSSION

We believe that the clinical cases presented above reflect the difficulties that can be observed in adolescent patients with coexisting symptoms of distress arising from dissatisfaction with their own biological sex and the ongoing acute psychotic process. As pointed out by researchers, including Stusiński and Lew-Starowicz (2018), the most important diagnostic problem in such cases is to distinguish between delusions of gender reassignment and actual gender dysphoria, in which precise assessment of two factors such as can be helpful:

1. Patient criticism – individuals experiencing gender dysphoria have a subjective sense of belonging to the opposite sex and a strong desire to adjust their body and social functioning to accommodate this sense. However, they have a retained awareness of their metric sex and physique, as well as they understand that gender correction is a long-term process of psychological adaptation and external physical changes made through pharmacological and surgical procedures. Delusions of gender reassignment, on the other hand, involve the belief that

czy niepokoju. Życie popędowe w zakresie snu i łaknienia unormowało się. Dziewczynka negowała myśli suicydalne. Podczas konsultacji seksuologicznej opowiadała o funkcjonowaniu w grze komputerowej, w której przyjęła imię Daniel i była humanoidem, postacią bez konkretnych cech płciowych (fikcyjne humanoidy to stworzenia dwunożne, o kształcie ciała podobnym do ludzkiego, jednak różniące się od ludzi kolorem skóry, ilością i umiejscowieniem włosów, wzrostem, masą ciała, kształtem uszu i nosa; możliwa jest także obecność rogów, pazurów czy ogona). Z dużą radością przystała na propozycję używania imienia Daniel w trakcie konsultacji. Podczas wywiadu przejawiała podwyższony napęd psychoruchowy, była wielomówna, miała trudności z utrzymaniem koncentracji. Narysowała siebie jako humanoida bez cech płciowych i opowiadała o związku romantycznym z innym humanoidem, z którym kontaktowała się w realnym życiu. Nie umiała wskazać konkretnego miejsca spotkania – twierdziła, że się ono odbyło, ale nie pamiętała nazwy miejscowości. Deklarowała poczucie nicności związane z odczuwaniem płci, negowała bycie dziewczynką, mówiła o konieczności bycia chłopakiem. Pytana o chęć korekty płci i konkretne możliwości i etapy procesu tranzycji, znacząco spłycała kontakt z badającym i nie wydawała się szczególnie zainteresowana tematem.

Pacjentkę wypisano ze szpitala z rozpoznaniem: ostre wielopostaciowe zaburzenia psychiatryczne (F23.0). Stwierdzono, że dziewczynka nie spełnia kryteriów koniecznych do rozpoznania dysforii płciowej, a zgłaszane objawy najprawdopodobniej wynikają z toczącego się procesu psychiatrycznego.

## OMÓWIENIE

Zaprezentowane przypadki kliniczne odzwierciedlają naszym zdaniem trudności, które można obserwować u nastoletnich pacjentów z objawami cierpienia wypływającego z niezadowolenia z własnej płci biologicznej i równocześnie z toczącego się ostrego procesu psychiatrycznego. Jak wskazują badacze, m.in. Stusiński i Lew-Starowicz (2018), najważniejszym problemem diagnostycznym jest w podobnych przypadkach rozróżnienie między urojeniami zmiany płci a rzeczywistą dysforią płci, w czym pomocna może być precyzyjna ocena dwóch czynników:

1. Krytycyzmu 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. Są one jednak świadome swojej płci metrykalnej i budowy ciała, jak również rozumieją, że korekta płci to długotrwały proces adaptacji psychologicznej oraz zewnętrznych zmian fizycznych, które zachodzą za sprawą procedur farmakologicznych i chirurgicznych. Natomiast urojenia zmiany płci wiążą się z przeświadczeniem o rzeczywistym byciu osobą płci przeciwnej albo o samoistnym przechodzeniu tej zmiany.
2. Odpowiedzi na leczenie przeciwpsychotyczne – przedstawione analizy przypadków wskazują, że leczenie

one is actually of the opposite sex or that one is undergoing the change spontaneously.

2. Response to antipsychotic treatment – the case studies presented earlier suggest that antipsychotic treatment should have no significant effect on the persistence of actual gender dysphoria. In contrast, if gender reassignment beliefs are delusional in nature, appropriately selected pharmacotherapy should eliminate them relatively effectively.

A thorough differential diagnosis and psycho-sexological medical interview with particular attention to the patient's history and life course is also essential. A relatively sudden change in gender identity after a period of functioning in accordance with the metric sex may indicate a psychotic background of the gender dysphoria displayed. It is worth noting, nevertheless, that gender dysphoria itself does not always exhibit symptoms in early childhood – it may be latent, difficult to identify, occurring with the onset of puberty, which makes it even more difficult to establish a correct diagnosis. Only after a diagnostic team (physician, sexologist, psychologist) has completed the diagnostic process will it be possible to plan and implement appropriate treatment. Treatment of gender dysphoria in children and adolescents should be implemented according to the current version of the World Professional Association for Transgender Health (WPATH) standards (Coleman et al., 2011). Medical interventions in adolescents are divided into three categories or stages:

1. Fully reversible interventions – these include the use of gonadotropin-releasing hormone (GnRH) analogues to suppress oestrogen or testosterone production and ultimately delay the physical changes associated with puberty. Alternative treatment options include progestagens (medroxyprogesterone is the most commonly used) or other drugs (such as spironolactone) that reduce the effects of androgens secreted by the testicles of adolescents who are not receiving GnRH analogues. Continuous use of oral contraceptives (or slow-absorbing medroxyprogesterone) may be used to suppress menstruation.
2. Partially reversible interventions – these include hormone therapy that masculinises or feminises the body. Reversal of some hormone-induced changes may require reconstructive surgery (e.g. oestrogen-induced gynecomastia), while other changes are not reversible (e.g. testosterone-induced lowering of voice timbre).
3. Irreversible interventions – these include surgical procedures.

A staged process is recommended to provide options during the first two stages. The transition from one stage to the next should not occur until sufficient time has passed for the adolescent and their parents to fully assimilate the effects of previous interventions.

For individuals diagnosed with schizophrenia or psychotic episodes, the use of pharmacological and surgical approaches can be severely compromised due to:

1. the course of the disease itself – intermittent or gradual exacerbation of psychotic symptoms may make it

przeciwpsychotyczne nie powinno mieć znaczącego wpływu na utrzymywanie się rzeczywistej dysforii płci. Jeśli zaś przekonania o zmianie płci mają charakter urojeniowy, odpowiednio dobrana farmakoterapia powinna je względnie skutecznie wyeliminować.

Istotne są także wnikliwa diagnostyka różnicowa i wywiad psychologiczno-seksuologiczny ze szczególnym uwzględnieniem historii i przebiegu życia pacjenta. O psychotycznym podłożu przejawianej dysforii płci może świadczyć stosunkowo nagła zmiana tożsamości płciowej po okresie funkcjonowania zgodnego z płcią metrykalną. Warto jednak zaznaczyć, że dysforia płci nie zawsze przejawia się we wczesnym dzieciństwie – może być utajona, trudna do identyfikacji i ujawniać się wraz z rozpoczęciem okresu dojrzewania, co dodatkowo utrudnia diagnozę. Dopiero po ukończeniu procesu diagnostycznego przez zespół diagnostów (lekarz, seksuolog, psycholog) możliwe są zaplanowanie i przeprowadzenie adekwatnego leczenia.

Leczenie dysforii płci u dzieci i młodzieży powinno być prowadzone zgodnie z aktualną wersją standardów World Professional Association for Transgender Health (WPATH) (Coleman et al., 2011). Interwencje medyczne u młodzieży są podzielone na trzy kategorie lub etapy:

1. Interwencje w pełni odwracalne – głównie stosowanie analogów gonadoliberyny (*gonadotropin-releasing hormone*, GnRH) w celu zahamowania produkcji estrogenów lub testosteronu i w efekcie opóźnienie fizycznych zmian związanych z dojrzewaniem. Alternatywne opcje leczenia obejmują progestageny (najczęściej używany jest medroksyprogesteron) lub inne leki (takie jak spironolakton), które zmniejszają efekty działania androgenów wydzielanych przez jądra osób nastoletnich nieotrzymujących analogów GnRH. W celu zahamowania miesiączki można zdecydować się na ciągłe stosowanie doustnych środków antykoncepcyjnych (lub wolno wchłaniającego się medroksyprogesteronu).
2. Interwencje częściowo odwracalne – terapia hormonalna maskulinizująca lub feminizująca ciało. Odwrócenie niektórych zmian wywołanych przez hormony może wymagać rekonstrukcyjnych zabiegów chirurgicznych (związanych np. z ginekomastią wywołaną przez estrogeny), podczas gdy inne zmiany nie są odwracalne (np. obniżenie tembru głosu powodowane przez testosteron).
3. Interwencje nieodwracalne – procedury chirurgiczne. Polecane jest zastosowanie procesu etapowego, tak aby w trakcie dwóch pierwszych etapów możliwa była decyzja o wykorzystaniu różnych opcji. Przejście do kolejnego etapu nie powinno następować, dopóki nie minie odpowiedni czas, w którym osoba nastoletnia wraz z rodzicami w pełni przyswoją sobie efekty poprzednich interwencji.

W przypadku osób z rozpoznaniem schizofrenii czy epizodów psychotycznych zastosowanie metod farmakologicznych i chirurgicznych może być poważnie utrudnione ze względu na:

1. przebieg samej choroby – okresowe lub stopniowe zaostrenie objawów psychotycznych może nie pozwolić na realizację poszczególnych etapów leczenia dysforii

impossible to implement particular stages of gender dysphoria treatment; the psychotic process that is currently experienced precludes the use of surgical and pharmacological methods for gender correction;

2. treatment used – any possible interactions of pharmacological agents administered concurrently to treat psychosis and gender dysphoria should be identified and ruled out; hormone therapy may affect the patient's emotional state;
3. drug side effects – side effects of antipsychotic medications may hinder the implementation of particular hormonal and surgical interventions;
4. treatment-related stress – the transition process inherent in the treatment of gender dysphoria typically involves intense experiences and multiple stressors that can pose a significant threat to a person's mental state; however, the experience of gender dysphoria itself is equally experienced as highly stressful.

## CONCLUSION

The presence of gender dysphoria symptoms in patients with psychotic episodes generates serious diagnostic and therapeutic difficulties. On the one hand, arriving at a decision about treatment aimed at gender correction in the case of a psychotic process requires a thorough analysis of the differential diagnosis, stabilization of the mental state, prolonged observation and exclusion of the delusional nature of gender dysphoria. On the other hand, providing appropriate care to patients, including the possibility of undergoing gender correction, in the case of confirming the lack of a causal relationship between the two disorders, seems to be an appropriate therapeutic approach, although not without difficulties and risk of complications (Coleman *et al.*, 2011; Hembree *et al.*, 2009; Nuttbrock *et al.*, 2010; Stusiński and Lew-Starowicz, 2018). Refusing to implement medical interventions in adolescents in a timely manner poses a significant risk of exacerbating the stress and suffering associated with the lack of self-acceptance as a person, especially with regard to the body's appearance, which acquires definite features consistent with biological sex and puberty in adolescence. Masking already distinct external features through makeup, mannerisms, manner of movement or clothing of the preferred sex can provoke persecution and stigmatisation as well as subsequent psychotic decompensation (Stusiński and Lew-Starowicz, 2018). Therefore, withholding puberty suppression and subsequent feminizing or masculinizing hormone therapy is not an indifferent course of action from the perspective of adolescent well-being (Coleman *et al.*, 2011; Hembree *et al.*, 2009; Nuttbrock *et al.*, 2010; Stusiński and Lew-Starowicz, 2018).

### Conflict of interest

*The authors do not declare any financial or personal links to other persons or organisations that could adversely affect the content of this publication or claim rights thereto.*

płciowej, aktualnie przeżywany proces psychotyczny wyklucza użycie 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, gdyż terapia hormonalna może mieć wpływ na stan emocjonalny pacjenta;
3. działania niepożądane leków – działania niepożądane leków przeciwpsychotycznych mogą stanowić przeszkodę dla wdrożenia oddziaływań hormonalnych i chirurgicznych;
4. stres związany z leczeniem – proces przemiany właściwy dla leczenia dysforii płci to zazwyczaj źródło intensywnych przeżyć i licznych stresorów, które mogą stanowić istotne zagrożenie dla stanu psychicznego (niemniej samo doświadczenie dysforii płci również jest przeżywane jako silnie stresujące).

## WNIOSKI

Występowanie objawów dysforii płci u osób doświadczających epizodów psychotycznych generuje poważne trudności diagnostyczno-terapeutyczne. Z jednej strony podjęcie decyzji o leczeniu ukierunkowanym na korektę płci w przypadku procesu psychotycznego wymaga wnikliwej diagnozy różnicowej, stabilizacji stanu psychicznego, przedłużonej obserwacji i wykluczenia urojeniowego podłoża dysforii płci. Z drugiej strony zapewnienie właściwej opieki – obejmującej umożliwienie przejścia procesu korekty płci – pacjentom, u których potwierdzono brak związku między oboma zaburzeniami, wydaje się postępowaniem właściwym, choć niepozbawionym trudności i ryzyka komplikacji (Coleman *et al.*, 2011; Hembree *et al.*, 2009; Nuttbrock *et al.*, 2010; Stusiński i Lew-Starowicz, 2018). Odmawianie nastoletnim pacjentom zastosowania interwencji medycznych w odpowiednim terminie wiąże się z istotnym ryzykiem nasilenia stresu i cierpienia związanego z brakiem akceptacji siebie jako osoby, zwłaszcza w odniesieniu do wyglądu ciała, które w adolescencji nabiera zdecydowanych cech zgodnych z płcią biologiczną i dojrzewaniem. Maskowanie wyraźnych już cech zewnętrznych przez makijaż, maniery, sposób poruszania czy ubiór płci preferowanej może prowokować prześladowanie i stygmatyzację, a także kolejne dekompensacje psychotyczne (Stusiński i Lew-Starowicz, 2018). Dlatego wstrzymanie się z hamowaniem dojrzewania, a następnie feminizującą lub maskulinizującą terapią hormonalną nie jest postępowaniem obojętnym z punktu widzenia dobra osób nastoletnich (Coleman *et al.*, 2011; Hembree *et al.*, 2009; Nuttbrock *et al.*, 2010; Stusiński i Lew-Starowicz, 2018).

### Konflikt interesów

*Autorki nie zgłaszają żadnych finansowych ani osobistych powiązań z innymi osobami lub organizacjami, które mogłyby negatywnie wpłynąć na treść publikacji oraz rościć sobie prawo do tej publikacji.*

## References / Piśmiennictwo

- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3<sup>rd</sup> ed., American Psychiatric Association, Washington, DC 1980.
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4<sup>th</sup> ed., American Psychiatric Association, Washington, DC 1994.
- American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5<sup>th</sup> ed., American Psychiatric Association, Washington, DC 2013.
- American Psychiatric Association; Task Force on DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV-TR. 4<sup>th</sup> ed., text revision, American Psychiatric Association, Washington, DC 2000.
- Baltieri DA, De Andrade AG: Schizophrenia modifying the expression of gender identity disorder. *J Sex Med* 2009; 6: 1185–1188.
- Bhargava SC, Sethi S: Transsexualism and schizophrenia: a case report. *Indian J Psychiatry* 2002; 44: 177–178.
- Borras L, Huguelet P, Eytan A: Delusional “pseudotranssexualism” in schizophrenia. *Psychiatry* 2007; 70: 175–179.
- Caldwell C, Keshavan MS: Schizophrenia with secondary transsexualism. *Can J Psychiatry* 1991; 36: 300–301.
- Coleman E, Bockting W, Botzer M et al.: Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people, version 7. *Int J Transgend* 2011; 13: 165–232.
- Dora M, Grabski B, Dobroczyński B: Gender dysphoria, gender incongruence and gender nonconformity in adolescence – changes and challenges in diagnosis. *Psychiatr Pol* 2021; 55: 23–37.
- Grabski B, Mijas M, Dora M et al. (eds.): *Dysforia i niezgodność płciowa. Kompendium dla praktyków*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2020.
- Grotstein JS: The Schreber case revisited: schizophrenia as a disorder of self-regulation and of interactional regulation. *Yale J Biol Med* 1985; 58: 299–314.
- Hembree WC, Cohen-Kettenis P, Delemarre-van de Waal HA et al.: Endocrine treatment of transsexual persons: An Endocrine Society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2009; 94: 3132–3154.
- Manderson L, Kumar S: Gender identity disorder as a rare manifestation of schizophrenia. *Aust N Z J Psychiatry* 2001; 35: 546–547.
- McGlashan TH: Psychosis as a disorder of reduced cathetic capacity: Freud’s analysis of the Schreber case revisited. *Schizophr Bull* 2009; 35: 476–481.
- Nuttbrock L, Hwahng S, Bockting W et al.: Psychiatric impact of gender-related abuse across the life course of male-to-female transgender persons. *J Sex Res* 2010; 47: 12–23.
- Sohn M, Bosinski HA: Gender identity disorders: diagnostic and surgical aspects. *J Sex Med* 2007; 4: 1193–1207; quiz 1208.
- Stusiński J, Lew-Starowicz M: Gender dysphoria symptoms in schizophrenia. *Psychiatr Pol* 2018; 52: 1053–1062.
- Urban M, Rabe-Jabłońska J: [Delusion of sex change and body dysmorphic disorder in clinical picture of paranoid schizophrenia – case reports]. *Psychiatr Pol* 2010; 44: 723–733.
- de Vries AL, Noens IL, Cohen-Kettenis PT et al.: Autism spectrum disorders in gender dysphoric children and adolescents. *J Autism Dev Disord* 2010; 40: 930–936.
- World Health Organization: ICD-10. Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych – X Rewizja, Tom I. Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia, 2012.
- World Health Organization: International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems (11<sup>th</sup> ed.). 2019. Available from: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>.