

Magdalena Radko, Izabela Łucka, Joanna Pleskot-Kaczmarek

### Transseksualizm – pytania i wątpliwości

#### Transsexualism – questions and concerns

Klinika Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych i Wieku Podeszłego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.

Kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. Leszek Bidzan

Correspondence to: Izabela Łucka, Klinika Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych i Wieku Podeszłego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, ul. Srebrniki 17, 80-282 Gdańsk, e-mail: kpsych.mlodz-dziec@amg.gda.pl

Source of financing: Department own sources

#### Streszczenie

Wiek dojrzewania jest czasem określania własnej tożsamości, odkrywania pragnień, dążeń, również w sferze seksualności. Poszukiwanie siebie, własnej orientacji seksualnej, znajdowanie pierwszych obiektów pożądania jest dla adolescenta nowym, ważnym przeżyciem, wyzwajającym silne emocje. Czasami jednak młody człowiek staje wobec dużych trudności, bowiem to, co odkrywa w sobie, nie znajduje umocowania w społecznych normach, nie jest akceptowane przez rodzinę i otoczenie, a w związku z tym dla samego adolescenta staje się ciężarem trudnym do uniesienia. Konsekwencją nieradzenia sobie z własną seksualnością, jej odbiorem rodzinnym lub społecznym mogą być zaburzenia depresyjne, lękowe, zaburzenia odżywiania oraz różnorodne formy autoagresji. W obliczu wysokiego ryzyka występowania zaburzeń psychicznych u osób w wieku rozwojowym, u których seksualność kształtuje się w sposób odmienny, należy rozważać szerokie spektrum czynników mogących determinować takie, a nie inne oblicze seksualności. Intencją autorów pracy było przedstawienie, w oparciu o przypadek kliniczny, historii człowieka odkrywającego swoją tożsamość płciową, biorąc pod uwagę zarówno osobnicze uwarunkowania, przebyte zdarzenia traumatyczne, jak i kontekst rodzinny pacjenta oraz konsekwencje procesu *coming out*. Autorzy starali się zwrócić uwagę na złożoność i wielostopniowość procesu ujawniania się, który stał się możliwy dopiero po zapewnieniu adolescentowi zrozumienia, wsparcia i akceptacji. Tym samym ukazano kluczową rolę środowiska, które może sprzyjać procesowi odkrywania się i umożliwić go lub przeciwnie – utrudnić czy też całkowicie go zablokować. Transseksualizm w różnych środowiskach budzi sporo kontrowersji, pytań i wątpliwości. Historia hospitalizowanego pacjenta obrazuje złożoność problemów, z którymi zmagają się osoby z zaburzeniami tożsamości płciowej. W ocenie autorów priorytetem są kompleksowe i zintegrowane oddziaływania terapeutyczne, umożliwiające osobom transseksualnym spokojne i godne życie w harmonii ze sobą oraz otaczającym je światem.

**Słowa kluczowe:** transseksualizm, adolescencja, zaburzenia depresyjne, autoagresja, kazuistyka

#### Summary

Puberty is the time to determine self-identity, wishes and desires, also those concerning one's sexuality. Searching the self, one's sexual orientation, and finding first objects of desire are crucial as well as stressful and emotional experiences for adolescents. A young person faces many problems on her/his journey to self-discovery, especially if what she/he finds does not fit the social context and/or is not accepted by the families and friends. Such issues develop into a burden hard to bear for the adolescent. Problems with accepting one's sexuality and how it is perceived by the family and/or the society may result in depression, anxiety, eating disorders or different forms of self-aggression. In the face of such dangerous risks to mental health of an adolescent it is worth to consider the broad spectrum of aspects determining sexual diversity and the consequence of coming-out. The authors wanted to analyze the context of transsexualism based on a case study, taking into consideration the patient's personality patterns, family background,

trauma factors and the consequences of coming out within the family and social context in conservative society. The authors wanted to present a case study of a person discovering his sexual identity taking into consideration the inter-subject conditions, previous traumatic events as well as the patient's family context. The authors wanted to emphasize the complexity of the coming-out process, which is possible only in the atmosphere of understanding, support and acceptance. Thus the crucial role of the environment, which might foster and facilitate the process of self-discovery or thwart it, has been shown. Controversies, questions and doubts connected with transsexualism are present in many different environments. The case study of the hospitalized patient shows the complexity of problems the patients with sexual identity disorders have to deal with on daily basis. According to the authors, comprehensive and integrated therapeutic activities should be a priority giving transsexual patients a chance for calm and dignified life in harmony with themselves and the world around them.

**Key words:** transsexualism, adolescence, depression, self-aggression, case study

**W**iek dojrzewania jest czasem określania własnej tożsamości, odkrywania pragnień, dążeń, również w sferze seksualności. Poszukiwanie siebie, własnej orientacji seksualnej, znajdowanie pierwszych obiektów pożądania jest dla adolescenta nowym, ważnym przeżyciem, wyzwalającym silne emocje. Czasami jednak młody człowiek staje wobec dużych trudności, bowiem to, co odkrywa w sobie, nie znajduje umocowania w społecznych normach, nie jest akceptowane przez rodzinę i otoczenie, w związku z tym dla samego adolescenta staje się ciężarem trudnym do uniesienia. Konsekwencją nieradzenia sobie z własną seksualnością, jej odbiorem rodzinnym lub społecznym mogą być zaburzenia depresyjne, lękowe, zaburzenia odżywiania oraz różnorodne formy autoagresji. Z doniesień naukowych<sup>(1)</sup> wynika, że proces akceptacji swojej odmiennej orientacji seksualnej łatwiej przeżywają osoby dorosłe (po 20. roku życia), z ukształtowaną, w miarę stabilną strukturą osobowości. Formowanie tożsamości u osoby, która odczuwa odmiennosc w zakresie orientacji seksualnej przed okresem dojrzewania, jest procesem dużo trudniejszym. Obserwowany u pewnej grupy dzieci zespół dezaprobaty płci (1-2% chłopców chce być dziewczynkami i 2-4% dziewczynek chce być chłopcami) tylko u nielicznych okazuje się rzeczywistym problemem z identyfikacją płciową<sup>(2)</sup>. Teoretyczny model rozwoju ludzkiej seksualności, pozwalający umiejscowić i zrozumieć występujące zaburzenia tej sfery życia, został zaproponowany przez Martina Seligmana<sup>(3)</sup>. Uwzględnia on podział życia erotycznego na pięć warstw, z których każda kolejna opiera się na warstwie niższej. Pierwszą, podstawową, równoznaczną z posiadaniem odpowiednich narządów płciowych, jest tożsamość płciowa, czyli świadomość bycia kobietą lub mężczyzną. Zaburzeniem na tym poziomie może być zespół dezaprobaty własnej płci, czyli transseksualizm. Drugą warstwą, bazującą na tożsamości płciowej, jest orientacja seksualna. Najłatwiej zidentyfikować ją, analizując wybór obiektów budzących fantazje erotyczne (auto-, homo-, heteroseksualne oraz ich kombinacje). Problemem na tym poziomie może być brak akceptacji własnej orientacji, często połączony z chęcią jej zmiany. Trzecią warstwę stanowią preferencje i zainteresowania seksualne, czyli sytuacje, części ciała, typy osób będą-

cych obiektami pobudzenia seksualnego. Zaburzenia tutaj występujące określane są jako parafilie, obejmują fetyszizm, ekshibicjonizm, pedofilię itp. Czwartą warstwę stanowi rola płciowa, czyli publiczne wyrażenie tożsamości płciowej, związane z zaznaczaniem i akcentowaniem swojej męskości lub kobiecości. Na tym poziomie brak określonych kategorii zaburzeń. Ostatnia warstwa opisuje funkcjonowanie seksualne, czyli stopień adekwatności zachowań z odpowiednią osobą, w odpowiedniej sytuacji erotycznej. Zaburzenia tej warstwy to różne dysfunkcje seksualne, np. zaburzenia orgazmu, erekcji, awersja seksualna.

Model Seligmana pokazuje, że im niższa warstwa, tym bardziej jest osadzona biologicznie, a zatem mniej zależna od czynników świadomych, poddających się kontroli, trudniejsza do leczenia. Zaburzenia warstwy pierwszej (tożsamości płciowej) dotyczą transseksualizmu. Człowiek doświadczający tego problemu będzie się czuł kobietą uwięzioną w ciele mężczyzny lub mężczyzną uwięzionym w ciele kobiety. Posiadanie ciała o niewłaściwej budowie powoduje stałe cierpienie danej osoby, zatem jej celem będzie dążenie do pozbycia się cech płci biologicznej, zmiany ich na zgodne z poczuciem płci psychicznej. Zanim jednak osoba dostrzeże i zaakceptuje występowanie konfliktu tożsamości płciowej oraz podejmie decyzję prowadzącą do integracji ciała i ducha, przeżywa głębokie konflikty nierzadko prowadzące do poważnych zaburzeń psychopatologicznych, często prowadzących do hospitalizacji. Transseksualizm może wywoływać różnorodne problemy, między innymi zaburzenia depresyjne, próby samobójcze, zachowania typu *acting out*, nadużywanie środków psychoaktywnych, konflikty w relacjach z rówieśnikami, rodziną oraz partnerami<sup>(4-8)</sup>.

Historia jednego z pacjentów w naszym odczuciu stanowi zarówno ilustrację trudnego procesu odkrywania własnej tożsamości, jak i asumpt do dalszej dyskusji dotyczącej złożonego zjawiska, jakim jest transseksualizm.

## OPIS PRZYPADKU

Siedemnastoletni pacjent (K.), drobnej budowy ciała, niewysoki, szczupły, delikatnej urody, ze średniej długości kręconymi włosami, poruszający się z gracją, drobnymi kroka-

mi. Wypowiadał się modulowanym, dość wysokim głosem, był uważny na szczegóły ubiorów kobiecych, często komplementujący ciekawe według niego stylizacje.

Pacjent był trzykrotnie hospitalizowany na Oddziale Młodzieżowym Kliniki Psychiatrii Rozwojowej, Zaburzeń Psychotycznych i Wieku Podeszłego GUMed. Pochodzi z ciąży trzeciej, był urodzony w rodzinie pełnej, o czasie – waga 2850 g, otrzymał 10 punktów w skali Apgar. Dziecko z pierwszej ciąży zmarło w pierwszej dobie po porodzie, 21-letni brat jest studentem uczelni wojskowej.

Rodzice w chwili urodzenia pacjenta mieli 31 (matka) i 30 (ojciec) lat. Matka ma wykształcenie średnie, pracuje zawodowo. Jest osobą zdrową. Ojciec ma wykształcenie zawodowe, jest alkoholikiem, z napadami padaczki alkoholowej w wywiadzie. W rodzinie występował problem przemocy fizycznej i psychicznej, co doprowadziło do rozvodu rodziców. Rodzina ostatecznie rozpadła się 3 lata temu, początkowo przez kilka miesięcy wszyscy mieszkali osobno, obecnie pacjent mieszka wspólnie z matką i bratem, sytuację materialną określają jako dobrą.

K. rozwijał się prawidłowo w zakresie psychomotoryki i umiejętności społecznych. W okresie przedszkolnym był odważny, „wściekał się”, gdy czegoś mu odmawiano, umiał postawić na swoim. Bawił się przeważnie z dziewczynkami, lubił lalki, ale i komputery. Zaczął przewodzić w grupie rówieśniczej. Uczęszczał na zajęcia baletowe. W wieku 5 lat umiał pisać. Apetyt miał dobry, chociaż preferował określone grupy produktów.

Naukę w szkole podstawowej rozpoczął o czasie, dobrze się uczył, szczególne zdolności wykazywał w przedmiotach humanistycznych, był utalentowany plastycznie. Kontakty towarzyskie utrzymywał głównie z koleżankami, chłopcy czasami mu dokuczali, ale nie przejmował się tym, pozostawał otwarty na rówieśników, chętnie spędzał z nimi czas, nadal uczył się tańca.

W okresie dojrzewania, od czasu podjęcia nauki w gimnazjum, zaczął się „zamykać” na innych, stał się bardziej bierny w kontaktach z rówieśnikami, zwracał uwagę swoim wyglądem. W III klasie gimnazjum, po rozpadzie rodziny, pacjent znacznie opuścił się w nauce, początkowo całkowicie odizolował się od świata zewnętrznego, nigdzie nie wychodził. Po pewnym czasie nawiązał nowe znajomości z – według oceny matki – „ćpuńskim” środowiskiem.

Po zakończeniu edukacji w gimnazjum podjął naukę w technikum fryzjerskim. Pierwszą klasę powtarzał z powodu znacznej absencji. Do szpitala trafił, będąc uczniem II klasy.

W 16. roku życia K. został objęty ambulatoryjną opieką psychiatryczną. Trafił tam z powodu przyjęcia leków w celach samobójczych. Mimo iż od kilku lat dokonywał samookaleczeń, cierpiał z powodu zaburzeń odżywiania, na pierwszy plan wysuwały się dolegliwości o charakterze depresyjnym: dojmujące uczucie dyskomfortu psychicznego, anhedonia, kłopoty z koncentracją uwagi, myśli rezygnacyjne.

Kilka miesięcy później kolejny raz podjął próbę samobójczą, trując się lekami przeciwdepresyjnymi, był hospitalizowany z powodu intoksykacji na oddziale pediatricznym. Niedługo potem pacjent podjął kolejną próbę samobójczą poprzez zatrucie lekami. Podawał, że była ona wynikiem zawodu miłosnego (partner płci męskiej, pacjent deklarował się wówczas jako biseksualista).

Miesiąc później K. skierowano do szpitala psychiatrycznego z powodu zaburzeń depresyjnych, jednakże jednodzienna hospitalizacja zakończyła się wypisem na żądanie matki i pacjenta.

Kilka tygodni później miała miejsce kolejna, czwarta próba samobójcza. Pacjent zatrul się lekami, był hospitalizowany na oddziale toksykologii. Lek połknął, gdy dowiedział się, że nie zaliczy roku szkolnego, oraz ponieważ odczuwał wstyd i wyrzuty sumienia z powodu częstych, przypadkowych kontaktów homoseksualnych: „szmacilem się”. Był wówczas hospitalizowany w szpitalu psychiatrycznym, w leczeniu skoncentrowano się na zaburzeniach nastroju, stosowano farmakoterapię oraz oddziaływania psychoterapeutyczne (psychoterapię indywidualną i grupową). K. ujawniał pojedyncze mechanizmy zaburzeń odżywiania, ale podczas tego pobytu nie mierzył się z tym problemem. Był w dobrej relacji głównie z pacjentkami, wobec pacjentów zachowywał dystans. Deklarował orientację homoseksualną. Koniec pobytu w szpitalu ustalono, gdy nastrój pacjenta ustabilizował się, a jego funkcjonowanie nie budziło istotnych zastrzeżeń.

Ostatnia hospitalizacja miała miejsce w 17. roku życia pacjenta. K. zgłosił się do szpitala z powodu pogorszenia samopoczucia: odczuwał przygnębienie i apatię, trudności mobilizacyjne. Otwarcie mówił też o zaburzeniach odżywiania, które miały charakter mieszany – naprzemiennie występowały okresy ograniczania ilości przyjmowanych posiłków oraz objadania się, po których prowokował wymioty, stosował w nadmiarze środki przeczyszczające, intensywnie ćwiczył. W ciągu 5 miesięcy stracił około 7 kilogramów, przy przyjęciu ważył 50 kg (BMI=17,5).

Na początku pobytu podpisał kontrakt terapeutyczny, ukierunkowany na przywrócenie prawidłowych nawyków żywieniowych oraz naukę radzenia sobie z emocjami. Podczas tego pobytu istotnego znaczenia nabrały interakcje K. z innymi pacjentami. Popadał w konflikty, miał dużą trudność z rozdzieleniem tego, co sam chce robić, jaki chce być i jak chciałby się prezentować, a tym, czego oczekują od niego inni. Wchodził w relacje zależnościowe, doświadczał odrzucenia, które sam często prowokował. W realizację kontraktu był zaangażowany tylko pozornie. Często dyskredytował swoje zachowanie, nadmiernie chętnie przyznawał się do słabości czy niedociągnięć w zakresie realizowania kontraktu oraz funkcjonowania na oddziale. Prezentował postawę prowokującą innych do agresji wobec siebie, jakby domagając się kary. Chętnie słuchał i przyjmował negatywne komentarze pod swoim adresem. Był tak głęboko przekonany o swojej niskiej wartości, że zdawał się

w ogóle nie przyjmować do wiadomości wyrazów sympatii, pozytywnych komunikatów.

Rozpoczął pracę nad określeniem swojej seksualności, która – jak się wydawało – nie była tylko homoseksualna. Pacjent eksperymentował z kreowaniem własnego wizerunku, modelował włosy, depilował owłosione partie ciała, malował się w wyzywający sposób. Próbował zaangażować swoją rodzinę w doświadczanie procesu odkrywania się (*coming out*) – planował zaprezentować się na terapii rodzinnej w kobiecym ubraniu i makijażu. Do spotkania rodzinnego jednak nie doszło, ponieważ matka i brat nie przyszli.

W kontakcie indywidualnym pacjent początkowo ujawniał duży opór. Niechętnie podejmował rozmowę na temat swoich problemów, z trudem przychodziło mu mówienie o sobie. Pomimo deklarowanej chęci przyjęcia pomocy i rozumienia swoich trudności pozostawał przez dłuższy czas w powierzchownym kontakcie.

Dopiero podczas trzeciej hospitalizacji pacjent zaczął poruszać w rozmowach tematy trudne, bolesne, a także wspólnie z lekarzem zastanawiać się nad związkiem między tym, czego doświadczał, a objawami nawracającymi w postaci licznych, różnorodnych zachowań autodestrukcyjnych.

K. przywołał liczne wspomnienia z dzieciństwa: od najmłodszych lat był świadkiem przemocy fizycznej i psychicznej ze strony ojca, zwłaszcza w stosunku do mamy. Sceny te rozgrywały się głównie w nocy. K. jako mały chłopiec był ich przypadkowym świadkiem. Spał w jednym pokoju ze starszym bratem, który zdawał się nie widzieć tego, co dzieje się między rodzicami. Jednym z wczesnych wspomnień była duża niechęć ojca do dziewczęcego wyglądu pacjenta. K. wspominał, że ojciec był bardzo wzburzony, gdy podczas spacerów przypadkowi przechodnie mylili młodszego syna z dziewczynką i chwalili niezwykłą urodę dziecka. K. przypomniał sobie, że ojciec skrupulatnie dopilnowywał wizyt chłopca u fryzjera (strzyżenie włosów na krótko) i tego, by ubiór K. był zawsze chłopięcy (ubrania sportowe, chętnie stylizowane na wojskowe). K. pamięta, że ojciec bił go, ilekroć przyłapał na przykład na grze w gumę z dziewczynkami. Relację z mamą opisywał jako dobrą, była ona wobec niego czuła, opiekuńcza, spędzali razem dużo czasu.

Chłopiec zapamiętał z dzieciństwa liczne obelgi, jakimi „od zawsze” ojciec obrzucał osoby z nadwagą lub o odmiennej orientacji seksualnej – czy to wprost (obrażanie otyłej kuzynki), czy podczas oglądania programów telewizyjnych.

Istotnym punktem w życiu rodziny okazał się czas, kiedy matka podjęła pracę zawodową, a starszy brat rozpoczął naukę w liceum ogólnokształcącym. Ojciec pracował wówczas za granicą, przebywał w kraju przez kilka tygodni, po czym wyjeżdżał na podobny okres. Matka pracowała do godziny 19.00. Starszy brat pacjenta spędzał dużo czasu poza domem, tłumacząc to większą ilością nauki i zajęć po-

zalekcyjnych. K. rozpoczął wówczas naukę w gimnazjum. To K. był osobą, która odpowiadała za przygotowanie obiadu dla całej rodziny i podanie posiłku ojcu, jeśli przebywał on w domu. Narażony był na awantury, które ojciec wywoływał pod byle pretekstem. Chłopiec często decydował się na spędzanie czasu poza domem – błąkał się bez celu aż do wieczora, kiedy to odbierał mamę z przystanku kolejki miejskiej. Dopiero razem z nią wracał do domu.

W tym czasie K. po raz pierwszy zaczął wprowadzać diety redukcyjne, ograniczał przyjmowanie posiłków, podejmował próby głodzenia się. Wtedy też – podczas okresów nieobecności ojca – w tajemnicy, wraz z mamą, zaczął kupować ubrania inne niż dotychczas, by wyglądem wyrazić swój bunt, złość, jak również zaznaczyć swoją odmiennosc. Była to odzież, jak opisywał K., w mrocznym, gotyckim stylu. Gdy ojciec wracał z pobytu za granicą, pacjent i jego mama chowali przed nim wszystkie „zakazane” ubrania.

Niedługo potem matka, za namową swojego rodzeństwa i synów, zdecydowała się odejść od męża. Odbył się to w tajemnicy przed ojcem – K., jego brat i mama znaleźli na ponad rok schronienie u rodzeństwa mamy; każde z nich zamieszkało osobno, u innej rodziny. Przed dwoma laty matka uzyskała rozwód, udało jej się sprzedać działkę i kupić mieszkanie w innym mieście, gdzie zamieszkała razem z synami. Ojciec do dziś nie zna ich nowego adresu, a oni w obawie przed prześladowaniem z jego strony ukrywają się i nie chcą nawiązywać żadnego kontaktu.

W rozmowach na temat bieżących trudności pacjent początkowo opisywał problem, jaki sprawia mu prawidłowe odżywianie się. Przyznał, że tylko wówczas, kiedy się głodzi, czuje się „kimś”, ma dużo energii, motywację do nauki, czuje się czysty i „nawet trochę siebie lubi”. Zlokalizował początek występowania zaburzeń odżywiania – połączył to z ogromnym niepokojem, lękiem, jaki przeżywał, gdy mama poszła do pracy, pozostawiając go samego z ojcem. Już wcześniej czuł potrzebę ukarania siebie za bezsilność, której doświadczał, kiedy jako małe dziecko nie mógł obronić matki przed agresją ojca. Odczuwał potrzebę ponoszenia konsekwencji za sytuację w rodzinie oraz odkupienia „winy”. Odkąd pamięta, miał bardzo niskie poczucie własnej wartości.

Dodatkowo pacjent ujawniał nasilone poczucie winy związane z odkrywaniem własnej odmiennosci. Podczas jednego z kolejnych spotkań z lekarzem K. zdecydował się rozpocząć zgłębianie problemu własnej seksualności. Początkowo przedstawiał się jako zdeklarowany homoseksualista. Pierwsze doświadczenia w zakresie współżycia miał w wieku 12-13 lat, z rówieśnikiem, w którym, jak twierdzi, zakochał się. Wszystkie późniejsze kontakty erotyczne były homoseksualne, pacjent czuł pożądanie do wybranych osób płci męskiej, miał jednorazowy, przelotny, platoniczny związek z dziewczyną, który jednak z perspektywy czasu postrzegał jako przyjaźń. Przeżył też okres intensywnych, częstych, przygodnych kontaktów seksualnych w klubach



dla osób zorientowanych homoseksualnie. Jeden z nich odbył się bez wiedzy i zgody pacjenta, pod wpływem alkoholu i prawdopodobnie środków odurzających.

O swojej odmiennej orientacji seksualnej poinformował mamę i brata. Jak twierdził, nigdy nie mógłby poinformować ojca, w obawie przed eskalacją przemocy fizycznej: „ojciec pobiłby mnie albo zabił”. Nie odczuwał wyraźnego odrzucenia ze strony matki i brata, ale czuł, że starają się zaakceptować jego odmienność niejako wbrew sobie. Mama na przykład namawiała go, by nie kupował ubrań w stylu uniseks, nakłaniała do ubierania się w typowo męskie ubrania, była przeciwna długim włosom u chłopaka.

K. w trakcie zastanawiania się nad własną odmiennością odkrył, że choć od kilku lat określa siebie jako homoseksualistę i deklaruje 100% akceptację dla swojej odmienności w głębi duszy nie czuje się z tym dobrze i ma wrażenie „mylnej identyfikacji”. Przyznał, że drażni go własne zachowanie, styl, ubiór, przerysowane gesty oraz wszystkie atrybuty związane z odmiennością seksualną. Zauważył, że nie lubi przebywać w towarzystwie homoseksualistów, szczególnie tych intensywnie epatujących przynależnością do tej właśnie grupy mniejszościowej, oraz że zdecydowanie preferuje towarzystwo kobiet. Zaobserwował też, że obiektem pożądania są dla niego głównie heteroseksualni mężczyźni, o tradycyjnym, męskim wyglądzie.

Podczas pobytu na Oddziale pacjent spędzał czas głównie z dziewczętami, oddając się typowo dziewczęcym zajęciom i rozrywkom – czytał pisma kobiece, artykuły o modzie i urodzie, spędzał czas na układaniu fryzury sobie i innym, poświęcał czas na makijaż – codziennie malował się, depilował i układał włosy. Przywiązywał dużą wagę do ubioru, dobierał kolory, dodatki. Spędzał wiele czasu na rozmowach z koleżankami. Kolekcjonował przepisy kulinarne.

W rozmowach indywidualnych początkowo nie ustosunkowywał się do faktu występowania opisywanych powyżej zachowań. Jednak po pewnym czasie przyznał, że wyłącznie wtedy, kiedy wygląda jak dziewczyna, czuje się w 100% dobrze, właściwie, na swoim miejscu. Przyznał, że odczuwa pełną satysfakcję z wykonywania kobiecych zajęć. W związkach od zawsze czuje się kobietą. Stwierdził, że nigdy „duchowo” nie czuł się chłopcem ani mężczyzną. Przypomnił sobie, że z niechęcią i przerażeniem odkrywał w swoim wyglądzie wszelkie nowe męskie cechy, a gdy udało mu się je zwalczyć (np. depilacja zarostu), ponownie uspokajał się, czuł się „bardziej sobą”. Planował poddać się w przyszłości operacji wycięcia dolnych żeber oraz laserowego usunięcia zbędnego owłosienia. Czuł się bezradny i zmęczony ciągłą walką z kolejnymi, pojawiającymi się z wiekiem atrybutami męskości, jednak nawet sam przed sobą nie przyznawał się do tego, że czuje się dziewczyną i chciałby móc funkcjonować jako młoda kobieta w codziennym życiu.

Lęk przed dookreśleniem własnej tożsamości płciowej łączył z obawą przed nieuchronną zemstą i przemocą ze strony ojca, a także rozczarowaniem i brakiem akceptacji ze strony pozostałej części rodziny. Pacjent przyznał,

że wcześniej bał się pomyśleć o sobie jako o kobiecie zamkniętej w męskim ciele, choć „patrząc na siebie przez dziurkę od klucza, zawsze coś podejrzewał”.

Po określeniu i nazwaniu problemu w kontakcie indywidualnym zaobserwowano znaczną poprawę funkcjonowania pacjenta, redukcję napięcia psychicznego, niepokoju, ustąpienie zachowań autoagresywnych. Jednocześnie K. zdecydował się zakończyć pobyt szpitalny, motywując to tym, że wykonana praca wglądowa była przełomowa, ale trudna dla niego – potrzebuje czasu na refleksję, odpoczynek i przyzwyczajanie się do nowej sytuacji.

Na zespół dezaprobaty płci składają się przynajmniej cztery nieakceptowane wymiary: 1) cielesności, 2) roli społecznej, 3) seksualności, 4) tożsamości płciowej. W procesie diagnostycznym transseksualizmu Międzynarodowe Stowarzyszenie Przeciwdziałania Zespołowi Dezaprobaty Płci im. H. Benjamina<sup>(9)</sup> zaleca uwzględnienie takich zagadnień, jak:

- zabawy dziecięce (zgodne lub niezgodne z płcią biologiczną);
- sposób ubierania w dzieciństwie, z uwzględnieniem ewentualnego preferowania ubioru charakterystycznego dla płci przeciwnej;
- tożsamość płciowa w wieku dziecięcym, w okresie dojrzewania oraz obecnie;
- reakcje rodziny, przyjaciół, kolegów, innych ludzi na zachowanie dziecka związane z tożsamością płciową;
- odczucia pacjenta w stosunku do własnego ciała i reakcje na okres dojrzewania;
- wystąpienie zespołu dezaprobaty płci;
- historie przebierania się w stroje płci przeciwnej;
- inne doświadczenia odmiennej tożsamości płciowej w życiu dorosłym (przykładowo publiczne podawanie się za osobę płci przeciwnej);
- próby odgrywania roli przeciwnej do płci biologicznej (realizowane na przykład poprzez zmianę imienia);
- kontakty z grupami zrzeszającymi osoby o odmiennej tożsamości płciowej;
- cele zmiany płci.

Analizując historię życia naszego pacjenta, napotykamy niemal wszystkie wymienione wyżej kwestie. Można zatem stwierdzić, że K. jest osobą, która doświadcza konfliktu tożsamości płciowej i przeżywa związany z tym kryzys psychiczny. Przykład naszego pacjenta pokazuje, że brak akceptacji dla siebie w „nowej, prawdziwej odsłonie” może manifestować się różnorodnymi objawami z kręgu psychopatologii. Cierpienie psychiczne znacznie obniża komfort życia i staje się dla samego pacjenta poważnym zagrożeniem. Proces odkrywania własnej tożsamości płciowej wymaga wiele odwagi, jest trudnym i często bolesnym doświadczeniem – zarówno dla samego pacjenta, jak i dla jego najbliższych.

Wszystkie opisywane problemy są szczególnie trudne dla osób młodych, a zwłaszcza pochodzących z rodzin dysfunkcyjnych. Dlatego tak ważne wydaje nam się zapewnienie in-

tensywnego wsparcia lekarskiego i terapeutycznego młodzieży zmagającej się z problemem transseksualizmu. Warto wspierać również organizacje i instytucje zajmujące się pomocą osobom zmagającym się z zespołem dezaprobaty płci, bowiem stanowiąc bezpieczne środowisko dla swoich podopiecznych, mogą im ułatwić dokonanie procesu *coming out*, a także zapewnić późniejsze wsparcie, skierowane zarówno do osoby transseksualnej, jak i jej rodziny.

Konflikt tożsamości płciowej w ujęciu wielodyscyplinarnym może być ciekawym tematem wielu kolejnych badań naukowych. Transseksualizm w różnych środowiskach nadal budzi sporo kontrowersji, pytań i wątpliwości. Historia hospitalizowanego pacjenta obrazuje złożoność problemów, z jakimi zmagają się osoby z zaburzeniami tożsamości płciowej. W ocenie autorów priorytetem są kompleksowe i zintegrowane oddziaływania terapeutyczne – pozwolą one osobom transseksualnym spokojnie i godnie żyć, w harmonii ze sobą oraz otaczającym je światem.

## PIŚMIENNICTWO:

### BIBLIOGRAPHY:

1. Długołęcka A.: Pokochałaś kobietę... Elma Books, Warszawa 2005.
2. Zucker K.J., Bradley S.J.: Gender Identity Disorder and Psychosexual Problems in Children and Adolescents. Guilford Press, New York 1995.
3. Seligman M.E.P., Walker E.F., Rosenhan D.L.: Psychopatologia. Zysk i S-ka, Poznań 2003.
4. Carroll R.A.: Rozpoznanie i leczenie zespołu dezaprobaty płci. W: Leiblum S.R., Rosen R.C. (red.): Terapia zaburzeń seksualnych. Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2005.
5. Łucka I., Trybus-Piotrowska M., Rzeszotarska-Wichorowska R.: Zespoły psychopatologiczne a problem orientacji seksualnej u młodzieży. Psychiatr. Pol. 2006; 40; 1129-1136.
6. Fergusson D.M., Horwood L.J., Beautrais A.L.: Is sexual orientation related to mental health problems and suicidality in young people? Arch. Gen. Psychiatry 1999; 56: 876-880.
7. King M., McKeown E., Warner J. i wsp.: Mental health and quality of life of gay men and lesbians in England and Wales: controlled, cross-sectional study. Br. J. Psychiatry 2003; 183: 552-558.
8. Cochran S.D., Mays V.M.: Relation between psychiatric syndromes and behaviorally defined sexual orientation in a sample of the US population. Am. J. Epidemiol. 2000; 151: 516-523.
9. The World Professional Association for Transgender Health (WPATH), formerly known as the Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (HBIQDA). Adres: [www.wpath.org](http://www.wpath.org).