

Małgorzata Urban, Jolanta Rabe-Jabłońska

Urojenia zmiany płci w obrazie klinicznym schizofrenii paranoidalnej – opis przypadku

Delusions of sex change in clinical picture of paranoid schizophrenia – a case report

Klinika Zaburzeń Afektywnych i Psychotycznych I Katedry Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

Kierownik Kliniki: prof. dr hab. n. med. Jolanta Rabe-Jabłońska

Correspondence to: Klinika Zaburzeń Afektywnych i Psychotycznych, I Katedra Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, ul. Czechosłowacka 8/10, 92-216 Łódź, e-mail: malgorzata.urban1@wp.pl

Streszczenie

Celem pracy było przedstawienie podstawowych informacji dotyczących zaburzeń identyfikacji płciowej i psychotycznych pragnień transseksualnych. Ponadto zaprezentowano opis przypadku, w którym w obrazie klinicznym były obecne objawy pseudotransseksualne. Co pewien czas w literaturze naukowej pojawiają się doniesienia o rozpoznaniu zaburzeń psychotycznych u osób wcześniej zdiagnozowanych i leczonych jako transseksualiści, u których przekonania transseksualne zniknęły po zastosowaniu neuroleptyków. Współwystępowanie transseksualizmu i schizofrenii budzi wiele kontrowersji – jest to widoczne w opiniach naukowców, ale także w kryteriach diagnostycznych DSM-IV i ICD-10. Ponadto urojenia zmiany płci są prawdopodobnie częstsze niż się powszechnie uważa. W efekcie różnicowanie między psychozą i zaburzeniami identyfikacji płciowej może być w niektórych przypadkach bardzo trudne. Leczenie osób z rozpoznaniem transseksualizmu wiąże się nie tylko z efektami oczekiwanymi przez pacjenta, ale także z wieloma poważnymi, często nieodwracalnymi konsekwencjami zdrowotnymi (np. ryzyko rozwoju chorób układu krążenia, ryzyko rozwoju chorób nowotworowych, niepłodność, konsekwencje chirurgicznej zmiany płci). Z tego powodu diagnostyka różnicowa transseksualizmu, zaburzeń identyfikacji płciowej i schizofrenii powinna być prowadzona z dużą ostrożnością i rozwagą, aby zminimalizować ryzyko błędnego rozpoznania i nie narażać pacjenta na poważne konsekwencje stosowanej terapii. Opisano przypadek pacjentki od lat chorującej na schizofrenię, u której przewlekłe utrzymywały się, ze zmiennym nasileniem, przekonania transseksualne mimo stosowanego leczenia przeciwpsychotycznego. Pacjentka twierdziła, że jest mężczyzną, nosiła męskie ubrania i fryzurę, a także przybrała męskie imię.

Słowa kluczowe: schizofrenia, psychoza, transseksualizm, zaburzenia identyfikacji płciowej, urojenia zmiany płci

Summary

The aim of this paper was to present basic data about gender identity disorders and psychotic transsexual desires. Moreover, a case report was presented with pseudotranssexual symptoms in clinical picture. From time to time in scientist literature there are descriptions of diagnosis of psychotic disorders in persons previously diagnosed and treated as transsexuals, in whom the transsexual thinking disappears after using antipsychotic agents. Coexisting of transsexualism and schizophrenia causes a lot of doubt – it is observed in scientists opinions but also in diagnostic criteria 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 treating on one hand is connected with expected effects but on the other hand with many serious, often irreversible health consequences (e.g. cardiovascular disease, risk of neoplasms development, infertility, consequences of surgical sex reassignment). That is why the differential diagnosis of transsexualism and schizophrenia should be made carefully and thoughtfully. The case report presents a patient suffering from schizophrenia for many years but pseudotranssexual ideations are still presented in clinical picture

despite the treatment. The patient claimed to be a man, she wore male clothes and haircut and she used male name.

Key words: schizophrenia, psychosis, transsexualism, gender identity disorder, delusions of sex change

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 między prawdziwym transseksualizmem i zaburzeniami psychotycznymi, a czasem także obsesjami dotyczącymi ciała, szczególnie w przebiegu tzw. zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego ze słabym wglądem. Tej specyficznej kategorii urojeń, podobnie jak idei „metamorfozy płciowej” w schizofrenii, nie poświęcono dotychczas wiele uwagi w piśmiennictwie naukowym. Udało się jednak wyodrębnić cztery typy „pseudotransseksualnych” urojeń, w zależności od wypowiedzianych przez pacjenta treści⁽¹⁾:

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 wzbudza ostatni z wymienionych typów urojeń, ponieważ takie właśnie przekonania są charakterystyczne dla osób transseksualnych. Urojenia zmiany płci są powszechnie uważane za rzadki objaw psychopatologiczny, choć wyniki nielicznych badań naukowych, jak również obserwacje kliniczne wydają się temu przeczyć. Gittleson i Levine⁽²⁾ wykazali obecność urojeń zmiany płci u 25% mężczyzn chorych na schizofrenię, podobne wyniki uzyskano w kolejnym badaniu dotyczącym kobiet z rozpoznaniem schizofrenii⁽³⁾. Bower⁽⁴⁾ opisuje z kolei, że w swojej praktyce często spotykał się z chorymi, u których pseudodysforia płciowa i żądania zmiany płci okazywały się maską psychozy. Commander i Dean⁽⁵⁾ 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 na przykład mieć wrażenie, że jest w niewidzialny sposób molestowany seksualnie⁽¹⁾. W badaniach Gittleson i wsp.^(2,3) wśród chorych na schizofrenię 44% kobiet i 30% mężczyzn przyznało się do przeżywania nieprawidłowych, niezwykłych doznań czuciowych w obrębie genitaliów. Tęgo 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 okresie poprawy⁽⁵⁾. Z tego powodu zdarza się, że chorzy na schizofrenię domagają się dokonania drastycznych zmian w swoim wyglądzie⁽¹⁾. Opisano również przypadki autokastracji⁽⁶⁾.

Możliwość współistnienia schizofrenii i transseksualizmu budzi bardzo wiele kontrowersji. Jest to nie tylko widoczne w wypowiedziach różnych badaczy na łamach prasy naukowej⁽⁷⁾, ale także znalazło odzwierciedlenie w klasyfikacjach zaburzeń psychicznych (DSM-IV i ICD-10). Aktualna wersja DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, IV Edition) dopuszcza możliwość współistnienia z transseksualizmem innych zaburzeń psychicznych, w tym psychozy⁽⁸⁾. W ICD-10 transseksualizm można rozpoznać tylko po wykluczeniu innych zaburzeń psychicznych⁽⁹⁾.

Wiedza na temat współistnienia transseksualizmu i schizofrenii jest znikoma. Znakomita większość publikacji na ten temat to prace kazuistyczne⁽¹⁰⁻¹²⁾. W wielu przypadkach przekonania i pragnienia transseksualne ustępowały lub istotnie zmniejszały się po zastosowaniu leczenia przeciwpsychotycznego⁽¹³⁻¹⁵⁾. Borrás i wsp.⁽¹⁾ przedstawili dramatyczny opis pacjenta od wielu lat chorującego na schizofrenię paranoidalną, który po latach starań przeszedł hormonalną i operacyjną terapię zmiany płci. Po tym zabiegu obserwowano u niego tylko krótkotrwałą poprawę samopoczucia. Po kilku miesiącach chory przestał przyjmować preparaty hormonalne i zażądał kolejnej operacji, dzięki której ponownie chciał stać się mężczyzną. Twierdził, że chciałby być hermafrodytą, aby w zależności od aktualnego pragnienia mieć narządy płciowe męskie lub kobiece. Prezentował wrogie nastawienie wobec 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 objawów choroby, łącznie z ujawnieniem się myśli suicydalnych.

Przekonania i pragnienia transseksualne opisywano także w innych zaburzeniach i chorobach psychicznych. Habermeier i wsp.⁽¹⁶⁾ przedstawili na przykład przypadek mężczyzny chorującego na zaburzenie afektywne dwubiegunowe (CHAD) z jednoczesnym rozpoznaniem zaburzeń identyfikacji płciowej – GID (*gender identification disorders*). Transseksualne pragnienia demonstrował już od dzieciństwa, ale ich nasilenie miało charakter falujący, zwiększało się w okresie epizodów maniakałnych i hipomaniakałnych. Opisano także odmienny przypadek, pacjent dystansował się od pragnień zmiany płci właśnie w epizodach maniakałnych⁽¹⁷⁾. Objawy odpowiadające GID obserwowano również u pacjentów z osobowością mnogą⁽¹⁸⁾ oraz zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym⁽¹⁹⁾.

W związku z licznymi kontrowersjami dotyczącymi diagnostyki i terapii GID oraz współistnienia tego rozpoznania z innymi zaburzeniami psychicznymi à Campo i wsp.⁽⁷⁾ przepro-

wadzili badanie ankietowe, w którym pytali holenderskich psychiatrów o ich doświadczenia związane z rozpoznaniem i leczeniem pacjentów z GID. Na ankietę odpowiedziało 186 lekarzy, którzy łącznie badali 584 pacjentów uważających się za osoby przeciwnej płci. W tej grupie u 225 (39%) osób GID było jedynym zaburzeniem, u pozostałych współistniało z innymi zaburzeniami psychicznymi, takimi jak zaburzenia osobowości, zaburzenia nastroju, zaburzenia dysocjacyjne oraz zaburzenia psychotyczne. Duża część ankietowanych psychiatrów (1=78) wypowiedziała się krytycznie na temat obowiązujących dla rozpoznania transseksualizmu kryteriów DSM-IV, głównie w związku z dopuszczeniem jednoczesnego zdiagnozowania psychozy.

OPIS PRZYPADKU

Pacjentka lat 56, leczona psychiatrycznie od 1973 roku (20. r.ż.) z powodu schizofrenii paranoidalnej, jednakże dane z wywiadu wskazują, że objawy choroby pojawiły się już 2 lata wcześniej. Była 25 razy hospitalizowana w Szpitalu im. J. Babińskiego w Łodzi – pierwszy raz w 1975 roku. Ma wykształcenie średnie ogólne, jest panną, mieszka z rodzicami. Ma troje rodzeństwa – dwóch braci i siostrę. Nikt w jej rodzinie nie chorował psychicznie. Z wywiadu rodzinnego wiadomo, że pacjentka zmieniła się w 18. r.ż. Zaczęła izolować się od otoczenia, niechętnie nawiązywała kontakt z rówieśnikami, zaczęła się dziwnie i nieadekwatnie do sytuacji zachowywać, twierdziła że ma w sobie „siły dobra i zła”, odmawiała przyjmowania posiłków. Opowiadała, że widzi zmienione ludzkie twarze – „jakby mieli maski”, prezentowała nastawienie urojeniowe wobec członków rodziny, mówiła między innymi, że ojciec jest szatanem i chce ją zabić. Wypowiadała także urojenia religijne i posłannicze. W czasie pierwszej hospitalizacji, po zastosowaniu farmakoterapii, wszystkie objawy wycofały się. Podczas kolejnych pobytów w szpitalu obserwowano podobny do opisanego powyżej obraz choroby. Pacjentka często była pobudzona psychoruchowo, zaczepna, wulgarna, agresywna słownie i fizycznie. Za każdym razem, podczas kolejnych hospitalizacji, twierdziła również, że od 5. r.ż. była chłopcem, nadal czuje się mężczyzną i tak naprawdę nigdy nie była kobietą. Mówiła, że ma ciało kobiety, ale psychikę mężczyzny. Wypowiadała się w formie męskiej, nosiła męskie stroje i fryzurę, przybrała męskie imię i wymagała od personelu szpitala i innych chorych, aby właśnie tak się do niej zwracano. Mówiła też, że mężczyzną czuje się od dawna i w tej roli jest szczęśliwa. Często bywała adorująca i zaczepna wobec innych kobiet, ale kiedy zwracano jej uwagę, odpowiadała, że nic nie robi innym pacjentkom, ponieważ jest mężczyzną, a mężczyźni nie krzywdzą kobiet. W trakcie licznych hospitalizacji kobieta przeszła wiele kuracji lekami przeciwpsychotycznymi (m.in. haloperidol, lewomepromazyne, perfenazyne, chlorprotiksen, perazyne, klozapina, olanzapina), które, po uzyskaniu poprawy, często samowolnie przerywała. Z dokumentacji medycznej wynika, że po zastosowaniu farmakoterapii objawy psychotyczne ustępowały lub ich nasilenie istotnie się zmniejszało, a pacjentka stała się wobec nich

częściowo krytyczna. Jedynym objawem, wobec którego pozostawała perswazyjna i który nigdy całkowicie nie ustąpił, było poczucie przynależności do płci męskiej, choć nasilenie tych przekonań miało charakter falujący. W dostępnej dokumentacji medycznej nie odnaleziono żadnej wzmianki na temat ewentualnych żądań lub starań pacjentki o zmianę płci biologicznej. Mimo prezentowanego podczas pobytów w szpitalu zainteresowania seksualnego płcią żeńską wiadomo, że pacjentka, przynajmniej w początkowym okresie choroby, utrzymywała kontakty seksualne z mężczyznami.

Ostatnio chora była hospitalizowana psychiatrycznie w 2004 roku. Zgłosiła się na izbę przyjęć w męskim stroju i fryzurze. Wypowiadała się w formie męskiej, przedstawiała się męskim imieniem, niezgodnym z danymi z dowodu osobistego. Nie protestowała jednak, podobnie jak przy poprzednich pobytach, przeciwko umieszczeniu na oddziale kobiecym. Wypowiadała urojenia ksbone, prześladowcze, oddziaływania, była napięta i drażliwa. W trakcie terapii olanzapiną ustąpiły objawy psychotyczne, zmniejszyło się także nasilenie przekonań transseksualnych (wypowiadała się również w formie żeńskiej, reagowała na swoje prawdziwe żeńskie imię), nadal jednak pacjentka nosiła męski strój i fryzurę.

PODSUMOWANIE

Opisany powyżej przypadek ilustruje przetrwałe urojeniowe przekonania przynależności do odmiennej płci. Pacjentka nigdy nie była szczegółowo diagnozowana w kierunku zaburzeń identyfikacji płci. W dostępnej dokumentacji medycznej brakuje danych przemawiających za jakimikolwiek działaniami mającymi na celu zmianę płci biologicznej, co więcej chora nigdy nie werbalizowała takich zamiarów. Swoje „transseksualne” przekonania relacjonowała w sposób stereotypowy, nie rozwijając wątku. Nasilenie objawu miało charakter falujący i zmniejszało się wraz z ustępowaniem innych symptomów pozytywnych schizofrenii. Nasilenie i obraz kliniczny objawów prezentowanych przez pacjentkę zdecydowanie przemawia za psychotycznym podłożem jej „transseksualnych” przekonań, które nie spełniały kryteriów diagnostycznych transseksualizmu ani zawartych w ICD-10 (wykluczeniem jest już sama obecność psychozy!), ani w DSM-IV. Mimo tego należy podkreślić, że chora była obserwowana głównie w okresach wyraźnego zaostrzenia objawów schizofrenii, zatem nie można wykluczyć, że jej pseudotransseksualne przekonania mogłyby budzić wątpliwości diagnostyczne w okresie ustępowania innych objawów psychozy.

Podobny przypadek opisywali à Campo i wsp. Pacjent był konsultowany psychiatrycznie w związku z objawami psychozy, które pojawiły się w trakcie kwalifikacji do pełnej terapii zmiany płci. Rozpoznano u niego schizofrenię paranoidalną. Po zastosowaniu farmakoterapii objawy psychotyczne istotnie zmniejszyły się, ustąpiło także przekonanie, że jest kobietą w ciele mężczyzny. Niestety, przed rozpoznaniem choroby psychicznej pacjent przyjmował przez kilka lat preparaty hormonalne, co wywarło ostatecznie niekorzystny wpływ

na jego zdrowie (atrofia jąder, powiększenie piersi, zaburzenia metaboliczne).

Nadal wiele kontrowersji budzi dopuszczenie przez DSM-IV jednoczesnego rozpoznania transseksualizmu i zaburzeń psychotycznych, mimo że taka koincydencja wydaje się niezwykle rzadka. Kiedy pacjent prezentuje objawy zaburzenia identyfikacji płciowej i jednocześnie cierpi z powodu psychozy, rozstrzygnięcie, które rozpoznanie powinno mieć status podstawowego, jest niezwykle trudne, a często wręcz niemożliwe. Postawienie diagnozy transseksualizmu otwiera pacjentowi drogę do terapii zmiany płci, także do zabiegów chirurgicznych. Ustalając takie rozpoznanie u osoby, wobec której lekarz nie ma pewności, że nie przejawia ona objawów choroby psychicznej, należy zdawać sobie sprawę z powagi i nieodwracalności skutków podjęcia przez nią terapii zmiany płci. Każdy pacjent prezentujący transseksualne przekonania i nalegający na możliwość podjęcia terapii zmiany płci powinien być rzetelnie diagnozowany, a ostateczną diagnozę należy postawić z dużą rozważą, biorąc pod uwagę jej dalsze konsekwencje.

PIŚMIENNICTWO:

BIBLIOGRAPHY:

1. Borrás L., Huguélet P., Eytan A.: Delusional „pseudotranssexualism” in schizophrenia. *Psychiatry* 2007; 70: 175-179.
2. Gittleson N.L., Levine S.: Subjective ideas of sexual change in male schizophrenics. *Br. J. Psychiatry* 1966; 112: 779-782.
3. Gittleson N.L., Dawson-Butterworth K.: Subjective ideas of sexual change in female schizophrenics. *Br. J. Psychiatry* 1967; 113: 491-494.
4. Bower H.: The gender identity disorder in the DSM-IV classification: a critical evaluation. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* 2001; 35: 1-8.
5. Commander M., Dean C.: Symptomatic trans-sexualism. *Br. J. Psychiatry* 1990; 156: 894-896.
6. Gössler R., Vesely C., Friedrich M.H.: Autocastration of a young schizophrenic man. *Psychiatr. Prax.* 2002; 29: 214-217.
7. à 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.
8. American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Wyd. 4, Washington DC 1994.
9. Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. *Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne*. Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, IPiN, Kraków, Warszawa 1997.
10. Caldwell C., Keshavan M.S.: Schizophrenia with secondary transsexualism. *Can. J. Psychiatry* 1991; 36: 300-301.
11. Brüne M.: Wahnhafter „Pseudotranssexualismus” bei schizophrener Psychose. *Psychiatr. Prax.* 1996; 23: 246-247.
12. Hashimoto M.: Therapy of a case of psychotic personality organization manifesting gender identity disorder. *Tokai J. Exp. Clin. Med.* 1992; 17: 205-212.
13. Baltieri D.A., De Andrade A.G.: Schizophrenia modifying the expression of gender identity disorder. *J. Sex. Med.* 2009; 6: 1185-1188.
14. Campo J.M., Nijman H., Evers C. i wsp.: Gender identity disorders as a symptom of psychosis, schizophrenia in particular. *Ned. Tijdschr. Geneesk.* 2001; 145: 1876-1880.
15. Puri B.K., Singh I.: The successful treatment of a gender dysphoric patient with pimozone. *Aust. N. Z. J. Psychiatry* 1996; 30: 422-425.
16. Habermeyer E., Kamps I., Kawohl W.: A case of bipolar psychosis and transsexualism. *Psychopathology* 2003; 36: 168-170.
17. O’Gorman E.C.: The effect of psychosis on gender identity. *Br. J. Psychiatry* 1980; 136: 314-315.
18. Modestin J., Ebner G.: Multiple personality disorder manifesting itself under the mask of transsexualism. *Psychopathology* 1995; 28: 317-321.
19. Marks I., Green R., Mataix-Cols D.: Adult gender identity disorder can remit. *Compr. Psychiatry* 2000; 41: 273-275.

SEKCJA NAUKOWA PSYCHIATRII DZIECI I MŁODZIEŻY

Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego

Sekretariat: Klinika Psychiatrii Młodzieżowej

Katedry Psychiatrii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

CSK UM, ul. Czechosłowacka 8/10, 92-216 Łódź, tel.: 042 675 77 16, faks: 042 675 74 03

ZAWIADOMIENIE

Uprzejmie informuję, że w dniu 10.03.2010 roku o godz. 13.00 w sali wykładowej Samodzielnego Wojewódzkiego Zespołu Publicznych Zakładów Psychiatrycznej Opieki Zdrowotnej w Warszawie przy ul. Nowowiejskiej 27 odbędzie się Zebranie Sprawozdawczo-Wyborcze członków Sekcji Naukowej Psychiatrii Dzieci i Młodzieży PTP, na które serdecznie wszystkich zapraszam.

*Przewodnicząca
Sekcji Naukowej Psychiatrii Dzieci i Młodzieży
Dr hab. n. med. prof. nadzw. Agnieszka Gmitrowicz*