

PAŃSTWO I SPOŁECZEŃSTWO

STATE AND SOCIETY

E-ISSN 2451-0858 ISSN 1643-8299

ROK XXII: 2022, NR 1

DOI: 10.48269/2451-0858-pis-2022-1-013

Data wpłynięcia: 17.12.2021

Data akceptacji: 25.05.2022

TRANSSEKSUALIZM JAKO PROBLEM DIAGNOSTYCZNY

Zbigniew Liber¹

Zbigniew Jabłoński²

Wioletta Katarzyna Szepieniec¹

ORCID: 0000-0002-3490-7669

Paweł Szymanowski¹

ORCID: 0000-0002-9765-550X

¹ Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Wydział Lekarski i Nauk o Zdrowiu,
Katedra i Klinika Ginekologii i Uroginekologii

² Gabinet Psychologiczno-Seksuologiczny, ul. Wrocławska 15/30, 30-006 Kraków

Autor korespondencyjny:

Paweł Szymanowski, Krakowska Akademia im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego, Wydział Lekarski i Nauk
o Zdrowiu, ul. Gustawa Herlinga Grudzińskiego 1, 30-705 Kraków
e-mail: pszymanowski@afm.edu.pl, drpawelszymanowski@gmail.com

Streszczenie

Transseksualizm jest zaburzeniem identyfikacji płciowej. Osoba transseksualna wyraża pragnienie życia i społecznej akceptacji w roli płci przeciwnej niż posiadana płeć biologiczna. Rozpoznanie opiera się na stwierdzeniu klinicznej niezgodności między psychicznym poczuciem płci a budową morfologiczno-biologiczną (ustaloną badaniami klinicznymi i laboratoryjnymi). Transseksualizm jest najprawdopodobniej spowodowany organicznymi i czynnościowymi zmianami w morfologii jąder podwzgórzowych, które powstały już po chromosomalnej determinacji kierunku rozwoju narządów płciowych. Niestety nie dysponujemy markerami biochemicznymi czy morfologicznymi, które pozwalałyby przyżyciowo

potwierdzić charakter tych zmian. Diagnoza wymaga współpracy lekarza dysponującego doświadczeniem ginekologicznym, andrologicznym i endokrynologicznym z psychologiem i psychiatrą. Podstawowym pragnieniem osoby transseksualnej jest uzyskanie przez nią warunków do swobodnej społecznej egzystencji w płci odczuwanej. Konsekwentne uzgodnienie płci somatycznej (cielesnej) z odczuwaną wymaga sądowej korekty zapisów dotyczących płci w akcie urodzenia. Istnieje więc potrzeba ujednoczenia standardów diagnostycznych usprawniających rozpoznanie transseksualizmu dla specjalistów zajmujących się diagnostyką i leczeniem tych osób. Miałoby to również wpływ na przyspieszenie postępowania sądowego w celu uzyskania płci metrykalnej bez powoływania dodatkowych biegłych. Autorzy artykułu proponują zmianę nazewnictwa w odniesieniu do osób transseksualnych. Termin „transseksualistka” oznaczałby zespół wrodzonej dezaprobaty płci fenotypowej u kobiety (ZWDPF-K), zaś termin „transseksualista” zespół dezaprobaty płci fenotypowej u mężczyzny (ZWDPF-M). Terminy te obowiązywałyby w dokumentacji lekarskiej i wyznaczałyby kierunek odpowiedniej terapii hormonalnej (dla ZWDPF-M antyandrogeny i estrogeny, a dla ZWDPF-K androgeny). Powszechnie używany termin „transseksualizm” dla tego zaburzenia rozwojowego nic nie mówi o jego charakterze.

Słowa kluczowe: zaburzenie identyfikacji płciowej, zespół dezaprobaty płci, transseksualizm

Wprowadzenie

Transseksualizm (zespół wrodzonej dezaprobaty płci fenotypowej, ZWDPF) oznacza niezgodność między płcią odczuwaną a płcią anatomiczną i metrykalną, które nie są odczuwane jako własne [1]. Transseksualista czuje się jak kobieta uwięziona w ciele mężczyzny, a transseksualistka jak mężczyzna w ciele kobiety. Jest to więc zaburzenie tożsamości płciowej (*Gender dysphoria*) polegające na nieprawidłowym odczuwaniu płci anatomicznej [2–7].

Prawidłowy rozwój płciowy związany jest z jednoznacznie ukierunkowanym przez posiadane chromosomy rozwojem płci: gonadalnej, hormonalnej, fenotypowej, metabolicznej, psychicznej i społecznej. U osób transseksualnych tylko płeć psychiczna jest niezgodna z ukierunkowanymi genetycznie pozostałymi cechami płci. Skutkuje to zmianą wzorców zachowań społecznych na charakterystyczne dla płci odczuwanej.

Według Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 (F64.1) transseksualizm to pragnienie życia i społecznej akceptacji w roli osoby o przeciwnej płci niż ta posiadana oraz dążenie do doprowadzenia ciała poprzez leczenie chirurgiczne i hormonalne do jak największej zbieżności z płcią odczuwaną [2–6]. Obecnie transseksualizm, po wykreśleniu go z zaburzeń psychicznych, w najnowszym wydaniu ICD-11 został umieszczony w grupie zaburzeń rozwojowych.

Rozpoznanie transseksualizmu opiera się na stwierdzeniu [1,5,6]:

- 1) klinicznej niezgodności między płcią odczuwaną a budową morfologiczno-biologiczną, ustaloną poprzez badania kliniczne i laboratoryjne, oraz płcią socjalną;

- 2) stałego pragnienia życia zgodnego z płcią odczuwaną, używania ubioru i wzorców zachowań zgodnych z płcią odczuwaną;
- 3) wypełniania ról społecznych zgodnych z psychicznym poczuciem płci, jednak niezgodnych z cechami biologicznymi ciała;
- 4) awersji do posiadanych narządów płciowych i wynikającego z niej stałego dążenia do przeprowadzenia ich chirurgicznej korekcji, np. u transseksualistek plastyki redukcyjnej piersi, usunięcia macicy z jajnikami lub bez, wytworzenia penisa i moszny; u transseksualistów ablacji jąder i prącia oraz wytworzenia sromu i pochwy;
- 5) poczucia cierpienia z myślami i próbami samobójczymi w przypadku braku możliwości uzgodnienia płci.

Z przytoczonych, obowiązujących dotychczas kryteriów rozpoznawczych wynika zatem, że diagnoza transseksualizmu opiera się tylko na objawach podmiotowych, które sankcjonują wyżej wymieniony zespół objawów. Dlatego też do dnia dzisiejszego nie ma żadnych randomizowanych badań klinicznych wykonywanych przyżyciowo i dostarczających jakichkolwiek danych podpierających diagnozę transseksualizmu [7–23]. Zaburzenia rozwoju i różnicowania płci występują jako zaburzenia wrodzone i nabyte [24,25]. Transseksualizm, obok transwestytyzmu, jest w tym podziale nadal wśród zaburzeń nabytych. Transwestytyzm polega jednak na uzyskiwaniu psychologicznej lub seksualnej gratyfikacji poprzez noszenie ubioru płci przeciwnej, a osoby transseksualne próbują w ten sposób realizować się w roli społecznej zgodnej z ich płcią odczuwaną. Zaburzenia w różnicowaniu płciowym, w odróżnieniu od odchyleń rozwojowych innych układów, z reguły nie są letalne. Fakt ten umożliwia nie tylko poznanie obrazu klinicznego, ale także genetycznego i endokrynologicznego. O ile etiologia większości wrodzonych zaburzeń rozwojowych jest znana, o tyle przyczyna zaburzeń psychoseksualnych w zakresie poczucia płci nie została do dziś w pełni wyjaśniona [8–31].

Proces różnicowania płciowego jest długotrwały i złożony. Jego początku należy się dopatrywać w okresie zarodkowym, a końca po uzyskaniu dojrzałości płciowej. Do około 45 dnia od zapłodnienia rozwój obu płci przebiega identycznie, po czym zaczyna się anatomiczne i fizjologiczne różnicowanie na fenotyp męski i żeński. Proces ten regulowany jest przez wiele czynników [23,24,32]. Głównym czynnikiem jest informacja genetyczna, która determinuje płęć i nadaje kierunek rozwoju płci gonadalnej, a ta z kolei prowadzi do rozwoju płci fenotypowej.

Rozwój gruczołów płciowych zdeterminowany jest bezpośrednio informacją genetyczną, przede wszystkim informacją zawartą w chromosomach XX i XY. Na każdym etapie ich tworzenia może dojść do zaburzeń wywołanych przez czynniki zewnętrzne lub/i wewnętrzne. Czynniki te mogą prowadzić do zaburzeń w procesach sekwencyjnych w obrębie chromosomów oraz do nieprawidłowości w rozwoju odpowiedniego fenotypu podlegającego kontroli funkcji sekrecyjnej.

Powodem zaburzeń fenotypu mogą być zarówno zaburzenia genetyczne, jak i hormonalne. Ich konsekwencją może być brak skoordynowania cech fenotypowych, gonadalnych i genetycznych odpowiedzialnych za formowanie płci. W takich sytuacjach możliwy jest brak identyfikacji i zachowań seksualnych typowych dla danej płci.

Mechanizm tworzenia identyfikacji płciowej człowieka jest złożonym procesem poznawczym i należy powątpiewać, aby był on związany tylko z działaniem hormonów na struktury mózgu. Wydaje się, że mechanizm ten nie ma swojego odpowiednika w świecie zwierzęcym. Nic nie wnoszą tu też badania i eksperymenty przeprowadzane na zwierzętach, gdyż ich wyniki nie dają się bezpośrednio porównać z wynikami badań przeprowadzonych u ludzi [33–35].

Płeć człowieka definiuje się jako wynik niezaburzonego, złożonego procesu rozwojowego. Zdarza się jednak, że w kilku przypadkach na 10 000 urodzeń pojawiają się osobnicy z cechami fizycznymi nie odpowiadającymi jednoznacznie fenotypowi męskiemu lub żeńskiemu. Oznacza to brak prawidłowo rozwiniętych składników kształtujących płeć genetyczną, somatyczną, metaboliczną, hormonalną i psychiczną. Zaburzenie tożsamości płciowej występuje u jednego na 30 000 mężczyzn i jednej na 100 000 kobiet [1–7]. Zaburzenie to powstaje po zakończeniu rozwoju gruczołów płciowych i musi ono zostać odróżnione od zaburzeń anatomicznych związanych z zaburzeniami rozwojowymi. Powszechnie przyjętą metodą oznaczania płci od czasów starożytnych jest ocena zewnętrznych narządów płciowych. Niestety nie zawsze pozwala ona na jednoznaczne określenie płci. Opisano wiele zaburzeń rozwojowych skutkujących defektami czynnościowymi i anatomicznymi [23,24].

Celem pracy jest usystematyzowanie diagnostyki transseksualizmu i propozycja zdefiniowanej dokumentacji służącej ułatwieniu dokonania uzgodnień sędowo-prawnych, co umożliwi również wykonanie procedur medycznych służących dopasowaniu fenotypowemu zgodnemu z poczuciem psychicznym danej płci.

Seksualne różnicowania mózgowie i zachowań

Na podstawie dostępnych wyników badań przyjmuje się, że za męski lub żeński typ zachowania seksualnego u człowieka odpowiedzialne są struktury neuralne w okolicy jądra brzuszno-przyśrodkowego podwzgórza, pola przedwzrokowego środkowego i przedniej części jądra przedniego podwzgórza (*Sex – Behaviour – Center*) [34,36]. W tych obszarach mózgu znajdują się ośrodki odpowiadające za wytworzenie żeńskiego lub męskiego typu sprzężenia zwrotnego pomiędzy wydzielaniem gonadotropin i hormonów płciowych. Żeński typ sprzężenia ma charakter cykliczny, z kolei męski typ jest acykliczny i toniczny (*Hormonal – Sex – Center*). Stabilizacja funkcji tych ośrodków następuje dopiero wtedy, gdy prawie całkowicie ukończone jest różnicowanie somatyczne. W tym względzie

obserwowane są duże różnice międzygatunkowe. U ludzi do stabilizacji dochodzi między 4 a 7 miesiącem życia płodowego, a u szczurów w pierwszym tygodniu po porodzie. Końcowy wynik różnicowania podwzgórza uwidacznia się jednak dopiero po osiągnięciu pełnej dojrzałości płciowej i po ujawnieniu się popędu seksualnego. U większości osobników transseksualnych wiele zachowań uznawanych za typowe dla danej płci jest odmiennych i zauważalnych już przed pokwitaniem. Jądra podwzgórza odpowiedzialne za zachowania seksualne pełnią rolę sterującą w stosunku do ośrodków seksualnych zlokalizowanych w rdzeniu kręgowym, same zaś podlegają ośrodkom mieszczącym się w układzie limbicznym i korze mózgowej.

Bimorficzne płciowo cechy mózgu, nawet jeśli zależą one od wpływu steroidów płciowych, mają charakter różnic trwałych i nie daje się ich odwrócić przez wprowadzenie bodźców hormonalnych. Fakt ten należy uznać za wyraz rzeczywistego zróżnicowania płciowego [8–11,15–20,23,31,33–35,37–42].

U osób transseksualnych rozwój pierwszo-, drugo- i trzeciorzędowych cech płciowych jest prawidłowy, dlatego postawienie diagnozy transseksualizmu jest trudne. Opiera się ono na wywiadzie, który wskazuje na jednoznaczną dezaprobatę cech anatomicznych sygnalizujących płęć oraz nieustające dążenie do uzgodnienia obrazu ciała z płcią odczuwalną. Dotychczas nie dysponujemy żadnym obiektywnym markerem klinicznym pozwalającym na przyżyciowe ustalenie rozpoznania transseksualizmu. Wydaje się, że pozytronowa emisja tomograficzna (PET) i funkcjonalny rezonans nukleomagnetyczny (fMRI), które być może ujawnią morfologiczną lub czynnościową przyczynę transseksualizmu, mogą okazać się w przyszłości pomocne w potwierdzeniu diagnozy [13,27,28].

Istnieje wiele hipotez dotyczących źródeł transseksualizmu. Najbardziej prawdopodobnymi wydają się podłoże genetyczne oraz wpływ hormonów steroidowych na rozwijające się struktury mózgowe [25,42,43]. Ważny w tym kontekście może być fakt, że różnicowanie płciowe mózgu dokonuje się już po zakończeniu różnicowania gonad [43]. Wydaje się zatem, że różnice w strukturach mózgu osób transpłciowych mogą stanowić przyczynę zaburzeń identyfikacji seksualnej [25,42,44].

Należy zaznaczyć, że transseksualizm nie jest problemem seksuologicznym. Zainteresowania aktywnością seksualną u osób transseksualnych schodzą na dalszy plan wobec ich dążeń do dostosowania budowy cielesnej do płci przeżywanej psychicznie oraz społecznego uznania płci odczuwanej. Transseksualiści swój popęd płciowy skierowany do osób tej samej płci (biologicznie według znamion ciała) uważają za heteroseksualny; transseksualista, przy swobodnym wyborze partnera erotycznego, za punkt odniesienia przyjmuje poczucie własnej płci, a nie posiadane znamiona ciała.

Transseksualizm w żadnym wypadku nie może być traktowany jako dewiacja seksualna, przy założeniu, że pojęcie dewiacji funkcjonuje w odniesieniu do norm medycznych i kulturowych wyznaczających granice „normalności” zachowania

seksualnego. Nie jest to również zaburzenie pierwotnie zlokalizowane w sferze seksualnej. Problemy seksualne transseksualistów są zjawiskiem wtórnym, natomiast istota zaburzenia tkwi znacznie głębiej i dotyczy identyfikacji oraz roli płci.

Jak już zaznaczono, transseksualizm ujęty był w klasyfikacji ICD-10 w zaburzeniach psychicznych pomimo tego, że jedynym jak dotąd, uzasadnionym prawidłową diagnozą leczeniem tego „schorzenia” jest hormonalna supresja wydzielanych hormonów niezgodnych z płcią psychiczną i substytucja hormonalna właściwa dla płci odczuwanej. Następnym etapem leczenia jest ablacja gonad i operacyjna, plastyczna korekcja zmierzająca do wytworzenia sromu i pochwy u transseksualistów, a prącia z moszną u transseksualistek [1–7,26]. Ablacja gonad jest zarazem ubezpłodnieniem i w Polsce, zgodnie z obowiązującym prawem, tego typu zabiegi mogą być wykonywane dopiero po orzeczeniu sądowym korygującym zapis o płci w akcie urodzenia [45].

Dla uporządkowania nomenklatury autorzy niniejszego artykułu proponują zmianę obiegowo używanej terminologii. Dotychczas o kobiecie z płcią psychiczną męską mówiło się i pisało „transseksualista K/M”, a o mężczyźnie z płcią psychiczną żeńską „transseksualista M/K”. W miejsce tych określeń zgłaszana jest propozycja terminów: zespół wrodzonej dezaprobaty płci fenotypowej męskiej (ZWDPF-M) oraz zespół wrodzonej dezaprobaty płci fenotypowej kobiecej (ZWDPF-K). Określenia te obowiązywałyby w dokumentacji medycznej osoby z transseksualizmem do końca życia i wskazywałyby na kierunek właściwej terapii, tj. ZWDPF-K – androgeny, ZWDPF-M – estrogeny, bowiem osoby transseksualne okresowo wymagają różnych form leczenia, w tym dożywotniej suplementacji hormonalnej. To określenie implikuje również zmianę spojrzenia na tzw. tranzycję lub zmianę płci. Otóż osoba z ZWDPF nie zmienia płci, ale ją uzgadnia – zmienia ciało i dostosowuje je do tego, co czuje [46].

Protokół przygotowania do opiniowania przez sąd

Autorzy proponują, by kompleks badań przeprowadzanych w celu sporządzenia wiarygodnej i jednoznacznej dla sądu opinii uzasadniającej rozpoznanie transseksualizmu zawierał:

- a) badanie lekarskie fizykalne z wywiadem i ogólną oceną stanu zdrowia,
- b) badanie ginekologiczne lub andrologiczne w celu wykluczenia zaburzeń rozwojowych,
- c) w diagnozie wstępnej, obok oceny stanu zdrowia, stwierdzenie: ZWDPF-K (na podstawie wywiadu i badania fizykalnego stwierdzono takie cechy budowy, łącznie z genitaliami, które odpowiadają płci żeńskiej) lub ZWDPF-M (na podstawie wywiadu i badania fizykalnego stwierdzono takie cechy budowy, łącznie z genitaliami, które odpowiadają fenotypowi męskiemu),

- d) badania laboratoryjne ogólne i specjalistyczne, które weryfikują wstępną diagnozę lekarską i potwierdzają płć genetyczną, gonadalną, hormonalną oraz metaboliczną zgodną ze stwierdzonym fenotypem,
- e) badanie psychologiczne (opis sylwetki psychicznej badanego wraz z potwierdzeniem obecności u niego zespołu dezaprobaty płci i uzasadnieniem rozpoznania tego zespołu),
- f) konsultację psychiatryczną wykluczającą obecność zaburzeń psychotycznych u osoby badanej.

Jeśli wyniki powyższych badań dawałyby podstawę do rozpoznania transseksualizmu, to zgodnie z propozycją nazewniczą rozpoznanie brzmiałoby: ZWDPF-K lub ZWDPF-M.

Należy szczegółowo ustalić i ujednoczyć zakres badań laboratoryjnych i ewentualnie obrazowych osób zgłaszających dezaprobatę płci. Podobnie powinno się też ustalić optymalny zestaw testów psychologicznych i ankiet stosowanych do badania transseksualizmu.

W celu rzetelnego przeprowadzenia diagnostyki tego wrodzonego zespołu od strony medycznej należy być dobrze zaznajomionym z problemami endokrynologii, ginekologii, andrologii, seksuologii, ale też medycyny wewnętrznej. Nieodzowny jest także udział psychologa i psychiatry w procesie diagnostycznym.

Oczywiście można problem diagnozy transseksualizmu w oczywisty i bardzo łatwy sposób uprościć, np. po prostu uznać, że jeśli wykluczono psychozę, a badanie lekarskie nie stwierdza zaburzeń rozwojowych u kobiety miesiączkującej regularnie, która konsekwentnie dąży do zewnętrznego upodobnienia się do płci przeżywanej i chce realizować się w życiu jako mężczyzna, to diagnoza odpowiada ZWDPF-K. Podobnie można by rozpoznać ZWDPF-M u prawidłowo rozwiniętego mężczyzny z żywymi plemnikami w nasieniu, nie cierpiącego na psychozę i deklarującego żeńskie poczucie płci oraz usilne pragnienie życia w kobiecej roli. Takie, idące na skróty, postępowanie diagnostyczne byłoby jednak niewłaściwe. Zwłaszcza że rozpoznanie tego zespołu umożliwia osobie zainteresowanej, poza zmianą metryki urodzenia, podjęcie zabiegów nieodwracalnie zmieniających nie tylko jej ciało, ale i życie.

Już na wstępie rozważań procedur diagnostycznych ZWDPF warto postawić pytanie – kto przede wszystkim powinien przeprowadzać diagnostykę osób z dezaprobatą płci? Odpowiednio przeszkolony specjalista obeznany z problematyką transseksualizmu, psycholog kliniczny czy psychiatra? Celowo nie został wymieniony seksuolog, gdyż – jak już wspomniano – transseksualizm nie jest sensu stricto problemem seksuologicznym, zarówno w obiegowym znaczeniu tego słowa, jak i w rozumieniu definicji seksuologii jako nauki. Według tej definicji seksuologia zajmuje się wszelkimi konsekwencjami wynikającymi z podziału ludzi na dwie płcie i wszelkimi aspektami (biologicznymi, medycznymi, psychologicznymi, społecznymi) współżycia seksualnego [1]. Co więcej, seksuolodzy chcą, aby seksuologia była nauką normatywną, a niektórzy

wręcz uważają, że taką właśnie jest. Wszystkie te postulaty mają się nijak do problemu ZWDPF, w którym współżycie seksualne jest sprawą uboczną. To zaś, co dla osób transseksualnych stanowi wiodący problem, odnosi się głównie do możliwości uzyskania akceptacji społecznej i odpowiednich warunków do życia zgodnie z płcią odczuwaną [46]. Osoby z ZWDPF, co prawda nie bez oporów, zwykle dopiero po uzyskaniu dokumentów potwierdzających metrykalną zmianę płci, swobodniej rozmawiają o sposobach realizacji swoich potrzeb seksualnych oraz pojawiających się problemach związanych ze współżyciem. Wtedy dopiero seksuologia ma możliwość działania. Wydaje się zresztą, że problem ZWDPF bardziej wpisuje się w krąg psychiatrii niż seksuologii. W naszym kraju jednak jedyną grupą zawodową, która zaczęła walczyć o tolerancję dotyczącą wszystkich aspektów życia płciowego, byli właśnie seksuolodzy. Bez manifestacji i transparentów zaczęli oni pisać o ludzkich sprawach związanych ze współżyciem seksualnym i o jego znaczeniu w życiu człowieka. Transseksualiści byli wyizolowaną grupą ludzi, uważaną powszechnie za dewiantów bądź ekscentryków, i z tego względu szukali oni pomocy głównie u – uważanych za najbardziej tolerancyjnych – seksuologów. Tak jest prawdopodobnie do chwili obecnej – praktyka wskazuje, że osoby te zgłaszają się zwykle ze swoimi problemami do seksuologa, który często nie czuje się wystarczająco kompetentny, by podjąć się ich niełatwej diagnostyki.

Tworzenie centrów diagnostycznych

Odpowiadając na postawione wyżej pytanie, dotyczące tego, kto przede wszystkim powinien przeprowadzać procedurę diagnostyczną osób z dezaprobatą płci, wydaje się, że korzystnym rozwiązaniem byłoby prowadzenie tej diagnostyki przez odpowiednio dobrany zespół. Składałby się on z zaznajomionych z problematyką ZWDPF lekarzy oraz psychologa klinicznego.

Taki, nieformalny, team diagnostyczny utworzyli autorzy niniejszego artykułu. Osoba z dezaprobatą płci była poddawana diagnozie medycznej (załączniki nr 1 i 2) i psychologicznej. Podczas badań psychologicznych szczególnie dokładnie zbierana była biografia pacjenta. Umożliwiało to wnikliwe zapoznanie się z historią kształtowania się u niego dezaprobaty płci biologicznej od dzieciństwa aż do chwili obecnej. Prowadzone były również rozmowy psychologiczne dotyczące deklarowanej dezaprobaty płci i psychicznego funkcjonowania w aspekcie osobistym oraz społecznym.

Wywiad, rozmowy, omówienie z badanym dostarczonych przez niego zdjęć z różnych okresów życia, a także obserwowanie pacjenta podczas kolejnych wizyt diagnostycznych służą poznaniu jego obrazu psychicznego i seksualnego, zbadaniu stałości i nieodwracalności poczucia płci, niezgodnego z biologiczną budową ciała.

W zależności od rysującego się obrazu pacjenta, stosowane są wybrane testy psychologiczne (załącznik nr 3).

Jeśli po okresie diagnostycznych badań lekarskich oraz psychologicznych postawione zostało ostateczne rozpoznanie transseksualizmu, dla badanego sporządzana była odpowiednia dokumentacja. Stanowiły ją: opinia psychologiczna, badanie psychiatryczne wykluczające konieczność leczenia psychiatrycznego oraz wynikająca z obserwacji klinicznych opinia psychologiczno-seksuologiczna potwierdzająca rozpoznanie transseksualizmu. Dokumentację tę osoba badana mogła przedłożyć w sądzie cywilnym, występując o uzyskanie zmian zapisów dotyczących płci w akcie urodzenia.

Od roku 2019 konstytuowany jest Zespół diagnostyczno-terapeutyczny dla osób z ZWDPF, na bazie Kliniki Ginekologii i Uroginekologii Wydziału Lekarskiego i Nauk o Zdrowiu Krakowskiej Akademii im. Andrzeja Frycza Modrzewskiego.

Podsumowanie

Procedura uzyskania przez transseksualistę sądowego orzeczenia zmiany płci metrykalnej trwa w naszym kraju od kilku do kilkunastu miesięcy. Długi czas wyczekiwania na sądową decyzję może być skutkiem braku wiarygodnej dla orzekającego sądu opinii lekarskiej i psychologicznej, uzasadniającej rozpoznanie transseksualizmu u osoby badanej. Wynikać to może z faktu nieistnienia jednolitych kryteriów diagnostycznych stosowanych przez opiniujących. Jeśli sędzia powątpiewa w rzetelność takiej opinii bądź sam nie ma wiedzy na temat problematyki tego zaburzenia rozwojowego, decyzja o konieczności zmian zapisów dotyczących płci w akcie urodzenia nie zostanie wydana bez zwłoki. Wątpliwości sądu skutkują wtedy poszukiwaniem i powoływaniem biegłych, wzywaniem na świadków osób, które sporządziły opinię, a w konsekwencji odwlekaniem decyzji o metrykalnej zmianie płci. Uderza to boleśnie w osoby transseksualne, blokując ich plany życiowe, w tym często możliwość podjęcia pracy zarobkowej. Istnieje więc potrzeba ujednoczenia standardów diagnostycznych, których przestrzeganie obowiązywałoby specjalistów zajmujących się diagnostyką i leczeniem osób transseksualnych. Ustalenie takiego obowiązującego diagnostów standardu usprawniłoby rozpoznawanie transseksualizmu, sędziom zaś ułatwiłoby orzekanie bez konieczności powoływania biegłych, co znacznie skracałoby czas oczekiwania na uzyskanie dokumentów koniecznych do uzgodnienia płci.

Bibliografia

1. Imieliński K. *Zarys seksuologii i seksiatrii*. PZWL, Warszawa 1982.
2. Imieliński K, Dulko S. *Przekleństwo Androgyne. Transseksualizm – mity i rzeczywistość*. PWN, Warszawa 1988.
3. Gallarda T, Amado I, Coussinoux S, Poirier MF, Cordier B, Olié JP. *Le syndrome de transsexualisme: aspects cliniques et perspectives thérapeutiques* [The transsexualism syndrome: clinical aspects and therapeutic prospects]. *Encephale*. 1997; 23(5): 321–326.
4. Jokić-Begić N, Cikes AB, Jurin T, Lucev E, Markanović D, Rucević S. *Transseksualnost: zivot u krivom tijelu?* [Transsexuality: living in a wrong body]. *Lijec Vjesn*. 2008; 130(9–10): 237–247.
5. Starowicz-Lew Z. *Seksuologia sądowa*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa [cop. 2000]: 45–51.
6. Kucz EA. *Biologiczne aspekty seksualności człowieka* [w:] Beisert M (red.). *Seksualność w cyklu życia człowieka*. Wyd. 2 zm. WN PWN, Warszawa 2006: 33–62.
7. Seligman MEP, Walker EF, Rosenhan DL. *Psychopatologia*. Gilewicz J, Wojciechowski A (tłum.). Zysk i S-ka, Poznań 2003.
8. Kruijver FP, Fernández-Guasti A, Fodor M, Kraan EM, Swaab DF. *Sex Differences in Androgen Receptors of the Human Mamillary Bodies Are Related to Endocrine Status Rather Than to Sexual Orientation or Transsexuality*. *J Clin Endocrinol Metab*. 2001; 88(2): 818–227. doi: 10.1210/jcem.86.2.7258.
9. Kruijver FPM, Balesar R, Espila AM, Unmehopa UA, Swaab DF. *Estrogen receptor-alpha distribution in the human hypothalamus in relation to sex and endocrine status*. *J Comp Neurol*. 2002; 454(2): 115–139. doi: 10.1002/cne.10416.
10. Giltay EJ, Kho KH, Blansjaar BA, Verbeek MM, Geurtz PB, Geleijnse JM, Gooren LJ. *The sex difference of plasma homovanillic acid is unaffected by cross-sex hormone administration in transsexual subjects*. *J Endocrinol*. 2005; 187(1): 109–116. doi: 10.1677/joe.1.06307.
11. Buvat J, Lemaire A, Ratajczyk J. *Rôle des hormones dans les dysfonctions sexuelles, l'homosexualité, le transsexualisme et les comportements sexuels déviants: conséquences diagnostiques et thérapeutiques* [Role of hormones in sexual dysfunctions, homosexuality, transsexualism and deviant sexual behavior: diagnostic and therapeutic consequences]. *Contracept Fertil Sex*. 1996; 24(11): 834–846.
12. Elias AN, Valenta LJ. *Are all males equal? Anatomic and functional basis for sexual orientation in males*. *Med Hypotheses*. 1992; 39(1): 85–87. doi: 10.1016/0306-9877(92)90145-3.
13. Emory LE, Williams DH, Cole CM, Amparo EG, Meyer WJ. *Anatomic variation of the corpus callosum in persons with gender dysphoria*. *Arch Sex Behav*. 1991; 20(4): 409–417. doi: 10.1007/BF01542620.
14. Grasser T, Keidel M, Kockott G. *Frequenzanalytische EEG-Untersuchung zur Frage temporaler Funktionsstörungen bei Transsexualität* [Frequency analytic EEG study on the topic of temporal function disorders in transsexuality]. *EEG EMG Z Elektroenzephalogr Elektromyogr Verwandte Geb*. 1989; 20(2): 117–120.

15. Gooren L. *The neuroendocrine response of luteinizing hormone to estrogen administration in heterosexual, homosexual, and transsexual subjects*. J Clin Endocrinol Metab. 1986; 63(3): 583–588. doi: 10.1210/jcem-63-3-583.
16. Rohde W, Uebelhack R, Dörner G. *Neuroendocrin response to estrogen in transsexual men*. Monogr Neural Sci. 1986; 12: 75–78. doi: 10.1159/000412735.
17. Goodman RE, Anderson DC, Bu'lock DE, Sheffield B, Lynch SS, Butt WR. *Study of the effect of estradiol on gonadotrophin levels in untreated male-to-female transsexuals*. Arch Sex Behav. 1985; 14(2): 141–146. doi: 10.1007/BF01541659.
18. Dörner G, Rohde W, Seidel K, Haas W, Schott GS. *On the evocability of a positive oestrogen feedback action on LH secretion in transsexual men and women*. Endokrinologie. 1976; 67(1): 20–25.
19. Wiesen M, Futterweit W. *Normal plasma gonadotropin response to gonadotropin-releasing hormone after diethylstilbestrol priming in transsexual women*. J Clin Endocrinol Metab. 1983; 57(1): 197–199. doi: 10.1210/jcem-57-1-197.
20. Boyar RM, Aiman J. *The 24-hour secretory pattern of LH and the response to LHRH in transsexual men*. Arch Sex Behav. 1982; 11(2): 157–69. doi: 10.1007/BF01541981.
21. Hoenig J, Kenna JC. *EEG abnormalities and transsexualism*. Br J Psychiatry. 1979; 134: 293–300. doi: 10.1192/bjp.134.3.293.
22. Nusselt L, Kockott G. *EEG-Befunde bei Transsexualität – ein Beitrag zur Pathogenese [Electroencephalographic changes in transsexualism (author's transl)]*. EEG EMG Z Elektroenzephalogr Elektromyogr Verwandte Geb. 1976; 7(1): 42–48.
23. Skalba P. *Endokrynologia ginekologiczna*. Wyd. 2 [i.e. 3] zm. i uzup. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa [cop. 1998].
24. Baron J, Baron J. *Zarys endokrynologii ginekologicznej i położniczej*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 1996.
25. Garcia-Falgueras A, Swaab DF. *A sex difference in the hypothalamic uncinate nucleus: relationship to gender identity*. Brain. 2008; 131(Pt 12): 3132–3146. doi: 10.1093/brain/awn276.
26. Kruijver FP, Zhou JN, Pool CW, Hofman MA, Gooren LJ, Swaab DF. *Male-to-female transsexuals have female neuron numbers in a limbic nucleus*. J Clin Endocrinol Metab. 2000; 85(5): 2034–2041. doi: 10.1210/jcem.85.5.6564.
27. Schöning S, Engeli A, Bauer C, Kugel H, Kersting A, Roestel C, Zwitserlood P, Pyka M, Dannowski U, Lehmann W, Heindel W, Arolt V, Konrad C. *Neuroimaging Differences in Spatial Cognition between Men and Male-to-Female Transsexuals Before and During Hormone Therapy*. J Sex Med. 2010; 7(5): 1858–1867. doi: 10.1111/j.1743-6109.2009.01484.x.
28. Luders E, Sánchez FJ, Gaser C, Toga AW, Narr KL, Hamilton LS, Vilain E. *Regional gray matter variation in male-to-female transsexualism*. Neuroimage. 2009; 46(4): 904–907. doi: 10.1016/j.neuroimage.2009.03.048.
29. Gautier-Smith PC. *Atteinte des fonctions cérébrales et troubles du comportement sexuel [Cerebral dysfunction and disorders of sexual behaviour (author's transl)]*. Rev Neurol (Paris). 1980; 136(4): 311–319.
30. Cohen-Kettenis PT, van Goozen SH, Doorn CD, Gooren LJ. *Cognitive ability and cerebral lateralisation in transsexuals*. Psychoneuroendocrinology. 1998; 23(6): 631–641. doi: 10.1016/s0306-4530(98)00033-x.

31. Meyer-Bahlburg HF. *Hormones and psychosexual differentiation: implications for the management of intersexuality, homosexuality and transsexuality*. Clin Endocrinol Metab. 1982; 11(3): 681–701. doi: 10.1016/s0300-595x(82)80007-8.
32. Ostrowski K. *Embriologia człowieka: podręcznik dla studentów medycyny*. PZWL, Warszawa 1982.
33. Ohnishi H, Kondo Y, Sakuma Y. *Oestrogen-induced vigorous mounting in female rats carrying hypothalamic knife cuts*. J Neuroendocrinol. 2003; 15(6): 602–606. doi: 10.1046/j.1365-2826.2003.01040.x.
34. Lisk RD. *Neural localization for androgen activation of copulatory behavior in the male rat*. Endocrinology. 1967; 80(4): 754–761. doi: 10.1210/endo-80-4-754.
35. Lisk RD. *Sexual behavior: hormonal control* [w:] Martini L, Gannog WF (eds.). *Neuroendocrinology*. Vol. 2. Academic Press, New York – London 1967: 197–239.
36. Swaab DF. *Sexual differentiation of the brain and behavior*. Best Pract Res Clin Endocrinol Metab. 2007; 21(3): 431–444. doi: 10.1016/j.beem.2007.04.003.
37. Dittrich R, Binder H, Cupisti S, Hoffmann I, Beckmann MW, Mueller A. *Endocrine treatment of male-to-female transsexuals using gonadotropin-releasing hormone agonist*. Exp Clin Endocrinol Diabetes. 2005; 113(10): 586–592. doi: 10.1055/s-2005-865900.
38. Siiteri PK, Wilson JD. *Testosterone formation and metabolism during male sexual differentiation in the human embryo*. J Clin Endocrinol Metab. 1974; 38(1): 113–125. doi: 10.1210/jcem-38-1-113.
39. Amrhein JA, Meyer WJ 3rd, Jones HW Jr, Migeon CJ. *Androgen Insensitivity in man: evidence for genetic heterogeneity*. Proc Nat Acad Sci USA. 1976; 73(3): 891–894. doi: 10.1073/pnas.73.3.891.
40. Agmo A, Södersten P. *Sexual behaviour in castrated rabbits treated with testosterone, oestradiol, dihydrotestosterone or oestradiol in combination with dihydrotestosterone*. J Endocrinol. 1975; 67(3): 327–332. doi: 10.1677/joe.0.0670327.
41. Naftolin F, Ryan KJ, Petro Z. *Aromatization of androstenedione by the diencephalon*. J Clin Endocrinol Metab. 1971; 33(2): 368–370. doi: 10.1210/jcem-33-2-368.
42. Henningsson S, Westberg L, Nilsson S, Lundström B, Ekselius L, Bodlund O, Lindström E, Hellstrand M, Rosmond R, Eriksson E, Landén M. *Sex steroid-related genes and male-to-female transsexualism*. Psychoneuroendocrinology. 2005; 30(7): 657–664. doi: 10.1016/j.psyneuen.2005.02.006.
43. Swaab DF, Fliers E. *A sexually dimorphic nucleus in the human brain*. Science. 1985; 228(4703): 1112–1115. doi: 10.1126/science.3992248.
44. Koutcherov Y, Paxinos G, Mai JK. *Organization of the human medial preoptic nucleus*. J Comp Neurol. 2007; 503(3): 392–406. doi: 10.1002/cne.21355.
45. Warylewski J. *O duszy uwięzionej w obcym ciele. Dopuszczalność chirurgicznej zmiany płci w świetle prawa karnego*. Gazeta Sądowa. 2000; 73–74: 57.
46. Karnat-Napieracz A, Liber Z. *Odczarować ZWDPF – zespół wrodzonej dezakceptacji płci fenotypowej. Refleksje wokół książki Małgorzaty Bieńkowskiej Transseksualizm w Polsce. Wymiar indywidualny i społeczny przekraczania binarnego systemu płci (2012)*. Argument. 2015; 5(2): 501–518.

Transsexuality as a diagnostic problem

Abstract

Transsexuality is a gender identity disorder. A transsexual person expresses a desire for life and social acceptance in the role of the gender opposite to that of their biological sex. The diagnosis is based on a clinical discrepancy between the psychological sense of gender and morphological and biological structure (determined by clinical and laboratory tests). Transsexuality is most likely caused by organic and functional changes in the morphology of the hypothalamic nuclei after chromosomal determination of genital development. Unfortunately, we do not have any biochemical or morphological markers that would allow us to confirm the nature of these changes in a living person. The diagnosis requires cooperation between a doctor with gynecological, andrological and endocrinological experience and a psychologist and psychiatrist. The basic desire of a transsexual person is to find him/herself in the conditions in which s/he can function freely in the perceived gender. Complete reconciliation of the somatic (body) sex with the perceived one requires legal correction of the sex stated on the birth certificate.

Therefore, there is a need to unify diagnostic standards to improve the diagnosis of transsexuality for specialists dealing with the diagnosis and treatment of these patients. This would also result in court proceedings being speeded up so that the gender can be legalized without calling additional experts. The authors of this article propose a change in the nomenclature for transsexual people. The term "transsexual" female would denote female Phenotypic Gender Disapproval Syndrome (PGDS-F) and the term "transsexual" male Phenotypic Gender Disapproval Syndrome (PGDS-M). These terms would be used in medical records and would indicate the direction of appropriate hormone therapy (antiandrogens and estrogens for PGDS-M and androgens for PGDS-F). The term for this developmental disorder which is commonly used, "transsexuality", says nothing about its nature.

Key words: gender identity disorder, gender disapproval syndrome, transsexuality

Załącznik nr 1.

Propozycja medycznych standardów badania lekarskiego ZWDPF-K

I. Dane personalne

II. Wywiad ogólny z uwzględnieniem używek/leków, wywiadu rodzinnego, powodu wizyty

III. Wywiad ginekologiczny

IV. Wywiad seksuologiczny

1. Doświadczenia seksualne (masturbacja, petting)
2. Aktywność heteroseksualna
3. Aktywność homoseksualna
4. Satysfakcja z aktywności seksualnej
5. Podmiotowo określone problemy z realizacją potrzeby seksualnej
6. Przeżyte molestowanie i przemoc seksualna
7. Charakter obecnego związku jeśli transseksualistka w takim pozostaje
8. Plany na przyszłość dotyczące: leczenia hormonalnego, leczenia operacyjnego, ewentualnego związku z partnerem

V. Badanie fizykalne – badanie ogólne

VI. Badanie ginekologiczne

VII. Badania laboratoryjne ogólne

VIII. Badania specjalistyczne

- 1 badania hormonów płciowych*:
 - w pierwszej fazie cyklu PRL, FSH, LH, Estradiol, 17-OH progesteron, testosteron, androstendion, dehydroepiandrosteron (DHEA) DHEAS
 - w drugiej fazie cyklu poziom progesteronu
 2. badanie cytologiczne** (tarcza, kanał szyjki, sklepienie)
 3. badanie bakteriologiczne wydzieliny pochwowej
-

* badania powtórzyć po 3 miesiącach leczenia hormonalnego

** badanie powtarzać w ostępach nie dłuższych niż 2 lata do czasu usunięcia macicy

Załącznik nr 2.

Propozycja szczegółowych, medycznych standardów diagnostycznych
u osób z WZDPF-M

I. Dane personalne

II. Wywiad ogólny z uwzględnieniem używek/leków, wywiadu rodzinnego, powodu wizyty

III. Wywiad seksuologiczny

1. Doświadczenia seksualne (masturbacja, petting)
2. Aktywność heteroseksualna
3. Aktywność homoseksualna
4. Satysfakcja z aktywności seksualnej
5. Podmiotowo określone problemy z realizacją potrzeby seksualnej
6. Przeżyte molestowanie i przemoc seksualna
7. Charakter obecnego związku jeśli transseksualista w takim pozostaje
8. Plany na przyszłość dotyczące: leczenia hormonalnego, leczenia operacyjnego, ewentualnego związku z partnerem

IV. Badanie fizykalne – badanie ogólne

V. Badania laboratoryjne ogólne

VI. Badanie andrologiczne

VII. Badania hormonów płciowych*: PRL, FSH, LH, estradiol, testosteron, androstendion, dehydroepiandrosteron (DHEA) DHEAS

* Badania należy powtórzyć po 3 miesiącach leczenia hormonalnego

Załącznik nr 3.

Narzędzia diagnostyczne przydatne podczas badań psychologicznych przed wydaniem opinii dla sądu cywilnego w sprawie metrykalnej zmiany płci

Wywiad psychologiczny ze szczegółowym zapoznaniem się z biografią badanego, w tym z przebiegiem jego rozwoju psychoseksualnego oraz historią kształtowania się jego dezaprobaty płci od dzieciństwa do czasu obecnego.

Rozmowy psychologiczne (połączone z obserwacjami badanego podczas kolejnych wizyt diagnostycznych) dotyczące deklarowanej przez pacjenta dezaprobaty płci biologicznej i jego psychicznego funkcjonowania osobistego oraz społecznego. Wywiad, rozmowy, omówienie z badanym dostarczonych przez niego zdjęć z różnych okresów życia oraz obserwowanie pacjenta podczas kolejnych wizyt diagnostycznych mają służyć poznaniu jego obrazu psychoseksualnego, zbadaniu stałości i nieodwracalności jego poczucia płci, niezgodnego z biologiczną budową ciała.

Kwestionariusz Objawowy (KO „O”) jako narzędzie służące do diagnozy i opisu zaburzeń nerwicowych [1].

Kwestionariusz Osobowości Nerwicowej (KON-2006) będący narzędziem opisującym cechy osobowości związane z występowaniem i utrzymywaniem się zaburzeń nerwicowych. Według jego autorów globalny wynik kwestionariusza (wartość wskaźnika XKON) umożliwia odróżnienie zaburzeń nerwicowych związanych z dysfunkcjami osobowości od zespołu objawów czynnościowych związanych wyłącznie z sytuacją stresową, jak i zespołów związanych ze specyficznymi zaburzeniami osobowości. Kwestionariusz został opracowany na populacji polskiej [2].

Inwentarz Osobowości NEO-PI-R jako kwestionariusz do diagnozy cech osobowości zawartych w modelu pięcioczynnikowym: neurotyczność, ekstrawertyczność, otwartość na doświadczenie, ugodowość, sumienność (wraz z podskalami dla każdego z wymienionych czynników) [3].

Testy projekcyjne:

– **Test Uzupelniania Zdań** – test określający stan psychiczny badanego, stosowane mechanizmy obronne, ukryte konflikty wewnętrzne, lęki, cele życiowe, postawy itp. Test może być stosowany w różnych modyfikacjach oraz w wersji skróconej, pomocnej w pracy biegłego seksuologa [3].

– **Test Niedokończonych Zdań Rottera RISB** – narzędzie służące do oceny nieprzystosowania [4:32–43].

– **Test Rysunku Postaci Ludzkiej** (np. „narysuj osobę”, „narysuj osobę w deszczu”) [4].

– **Test Zaczarowania** – badający samoocenę, identyfikację oraz postawę wobec własnej i przeciwnej płci, nastawienie do partnera, do seksualności [3:373–376].

– **Inwentarz do Oceny Płci Psychologicznej (IPP)** – narzędzie służące do oceny płci psychologicznej jednostki. Płeć psychologiczna rozumiana jest jako spontaniczna gotowość do posługiwania się wymiarem płci w odniesieniu do siebie i świata [5–7]. **Aktualnie ten test ma ograniczoną przydatność ze względu na to, że podane są normy wyłącznie dla studentów.**

UWAGA: Stosowany niekiedy w ramach diagnostyki transseksualizmu **test MMPI (Minesocki Wielowymiarowy Inwentarz Osobowości)** nie jest licencjonowany w Polsce. Test nie posiada polskiej walidacji, więc stosowanie go nie zapewnia rzetelności wyników.

1. Aleksandrowicz JW, Hamuda G. *Kwestionariusze objawowe w diagnostyce i badaniach epidemiologicznych zaburzeń nerwicowych*. Psychiatria Polska. 1994; 28(6): 667–676.
2. Aleksandrowicz JW, Klasa K, Sobański JA, Stolarska D. *Kwestionariusz osobowości nerwicowej KON-2006*. Komitet Redakcyjno-Wydawniczy Polskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, Kraków 2006.
3. Lew-Starowicz Z. *Seksuologia sądowa*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa [cop. 2000].
4. Oster GD, Gould P. *Rysunek w psychoterapii*. Kacmajor A, Kacmajor M (tłum.). Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 1999.
5. Inwentarz Osobowości NEO-PI-R. Autorzy testu: Costa PT Jr, McCrae RR. Autor adaptacji i polskiego podręcznika: Siuta J.
6. RISB – Test Niedokończonych Zdań Rottera. Autorzy testu: Rotter JB, Lah MI, Rafferty JE. Autorzy podręcznika: Jaworowska A, Matczak A.
7. Inwentarz do Oceny Płci Psychologicznej. Autorka testu: Kuczyńska A.