

Medyczne aspekty dysforii płci

Ewolucja paradygmatu dysforii płci w piśmiennictwie medycznym. Cz.I

Medical aspects of gender dysphoria

Part I. Evolution of gender dysphoria paradigm in medical literature

Krzysztof L. Krzystyniak prof dr hab., emerytowany Université du Quebec a Montreal, Quebec, Kanada
prof. dr hab., Wyższa Szkoła Inżynierii i Zdrowia w Warszawie

mgr Hanna Kalota Wyższa Szkoła Inżynierii i Zdrowia w Warszawie
City Clinic, Warszawa

PDF TEXT www.gabinetprywatny.pl

■ **Słowa kluczowe:** dysforia płci, niezgodność płci, transseksualizm, orientacja seksualna.

■ **Streszczenie:** Minione dekady przyniosły znaczący postęp w badaniach medycznych kontrowersyjnych zagadnień dotyczących rozwoju i dymorfizmu płci oraz neurobiologii ludzkich zachowań, takich jak tożsamość płci. Niedawne usunięcie niezgodności płci (*gender incongruence*) z zapisu chorób psychicznych z rejestru ICD-11 WHO jest istotnym etapem w ewolucji paradygmatu medycznego dysforii płci. Termin „zaburzenie tożsamości płci” w DSM-5 został w 2013 r. zastąpiony terminem „dysforia płci” (stan niepokoju lub uogólnionego niezadowolenia), który koncentruje się raczej na cierpieniu, niż na samej odmianie płci. W pierwszej części medycznych aspektów dysforii płci przedstawiamy terminologię medyczną i zarys historyczny tematu.

■ **Keywords:** gender dysphoria, gender incongruence, transgender, sexual orientation.

■ **Abstract:** The past decades brought a significant progress in medical research on controversial questions concerning development and maturation of sexual dimorphism and the neurobiology of human behavior, including sexual orientation. Recent exclusion of gender incongruence from the ICD11-WHO register of mental illnesses is an important step in the evolution of the medical paradigm of gender dysphoria. The DSM-5 term „gender identity disorder” was replaced in 2013 by „gender dysphoria” (state of unease or generalized dissatisfaction), focusing on distress rather than the gender variation itself. In the first part on the medical aspects of gender dysphoria we present medical terminology and historical outline of this topic.

■ Wprowadzenie

W lipcu 2018 r. po długich debatach z rejestru chorób psychicznych, jaki widnieje w oficjalnym spisie jednostek chorobowych Światowej Organizacji Zdrowia (WHO), został usunięty zapis odmiennej orientacji płci. Zmianę decyzji w dużej mierze spowodowały nowe dane i odkrycia medyczne, zebrane na przełomie ostatniego ćwierćwiecza. Inaczej mówiąc, dokonał się postęp w medycynie, który doprowadził do zmiany paradygmatu medycznego. Warto przyjrzeć się głębiej faktom i argumentacji wykluczającej dysforię płci z kategorii chorób psychicznych. Uczynmy fakt zmiany zapisu w WHO punktem

wyjścia dla przeglądu aktualnych danych medycznych dotyczących dysforii płci. Warto zapoznać się z rozmiarem prac naukowych poświęconych płci: w internetowej bazie danych PubMed liczba publikacji widniejących pod hasłem *gender/płeć* przekracza 100 tys. W zależności od podanego słowa-klucza, na hasło *gender variance* pojawia się 39 tys. publikacji, na hasło *homosexuality* – 28 tys. publikacji, *transgender* – 5 tys. prac, „LGBT” – 1700 prac, *gender incongruence* – 1200 publikacji, *gender-dysphoria* – 1100 prac.

Jako istoty biologiczne jesteśmy wyposażeni w dwa potężne instynkty: aby przetrwać jako

jednostka i aby przetrwać jako gatunek. Mamy płeć anatomiczną i świadomość płci. Płeć człowieka i psychiczna świadomość posiadania płci może być i jak najbardziej jest przedmiotem badań naukowych.

Kiedy dowiadujemy się o istnieniu własnej płci? Jako niemowlęta nie mamy świadomości płci i nie wiemy nawet, co to jest instynkt samozachowawczy (na marginesie: nie wiemy, to nie znaczy, że nie mamy; raczkujący nad przepaścią maluch cofnie się, nie spadnie). Dzieci uczą się różnic anatomicznych („dziewczynki nie mają siusiaków”), ale nieprawdą jest, że dopiero wyjście z wieku dojrzewania wzbogaca nas o świadomość własnej płci. Możemy ją nabywać znacznie wcześniej. Jak wynika z analiz wczesnej świadomości płci, własna tożsamość płciowa może stać się faktem już w wieku 2 lat [1]. Średnio tożsamość płci dziecko nabywa w wieku 5,6 lat, jednak budzenie się świadomości płci można stwierdzić w bardzo szerokim zakresie wiekowym, od 2 lat do 17 lat [1]. Odmienność płciową dzieci mogą odczuwać bardzo wcześnie, nawet w wieku poniżej 6 lat. W tym bardzo wczesnym wieku po raz pierwszy odmienność płci odczuwało 38% kobiet z urodzenia i 54% mężczyzn z urodzenia [2]. W badaniu w Los Angeles średnią wieku, w którym dziecko odczuwa odmienność płci, wyliczono na 8,3 lat [2]. Ostatnio na forach internetowych rodziców pojawiły się doniesienia dotyczące nowego zjawiska u dojrzewającej młodzieży, opisywanego jako „nagle pojawienie się zaburzenia tożsamości płci ROGD” (*rapid-onset gender dysphoria*) [3].

■ Nieco historii

Wśród naukowców, który jako pierwsi bez uprzedzeń analizowali zjawisko zmiennej orientacji płci, w początkach XX w., byli Karl Heinrich Ulrichs i Magnus Hirschfeld [4]. Zaprzeczając tezom Zygmunta Freuda założyli oni, że autentyczny homoseksualizm powstaje spontanicznie i w zasadzie niezależnie od czynników psychosocjalnych, jakie od urodzenia

towarzyszą człowiekowi. Również w początkach XX w. wykonywano już doświadczenia wszczepiania zwierzętom przeciwnych do ich płci gonad, tzn. kastrowanym samcom wszczepiano jajniki i odwrotnie, samicom pozbawionym jajników wszczepiano jądra. Wiedeński naukowiec Eugen Steinach stwierdził, że zachowania seksualne tych zwierząt zmieniały się odpowiednio pod wpływem hormonów produkowanych przez wszczepione gonady. We Francji w latach 30. ubiegłego wieku Vera Dantchakoff wykazała, że samice świnek morskich prenatalnie potraktowane testosteronem wykazywały ich maskulinizację. Zaczęto wiązać płeć z działaniem hormonów płciowych, ale oczywiście nie wyczerpywało to zagadnienia odmienności płci. Pytanie o genezę zmian tożsamości płci nurtowało świat medycyny. Doszukiwano się różnych przyczyn, powstawały kolejne hipotezy.

W latach 40. XX w. zaczęto zwracać uwagę na rozwój mózgu i tożsamości płci: postulowano istnienie mózgowego „centrum płci” [4]. Jednakże w świecie medycznym zmiana orientacji płciowej postrzegana była jako choroba psychiczna aż... do naszych czasów.

W 1964 r. Parlament Brytyjski zdominowany przez Partię Pracy (*Labour Party*) uznał, że homoseksualizm nie jest ani zbrodnią, ani występkiem, a ustawa z 1885 r. penalizująca seks między mężczyznami jest nie do utrzymania. Tym samym powrócono do sprawy Alana Turinga, genialnego matematyka, zwanego również ojcem współczesnych nauk komputerowych i sztucznej inteligencji, znakomitego kryptologa i specjalisty od łamania niemieckich szyfrów wojskowych w czasach II wojny światowej. Turing został oskarżony o homoseksualizm i skazany na chemiczną kastrację zastrzykami estrogenów. W 1954 r. popełnił samobójstwo. Pośmiertna rehabilitacja Turinga rozpoczęła się w 2009 r., kiedy to Gordon Brown, premier Wielkiej Brytanii, wystąpił o uznanie wyroku za co najmniej niegodziwy. W 2013 r. Turing został zrehabilitowany na podstawie decyzji kró-

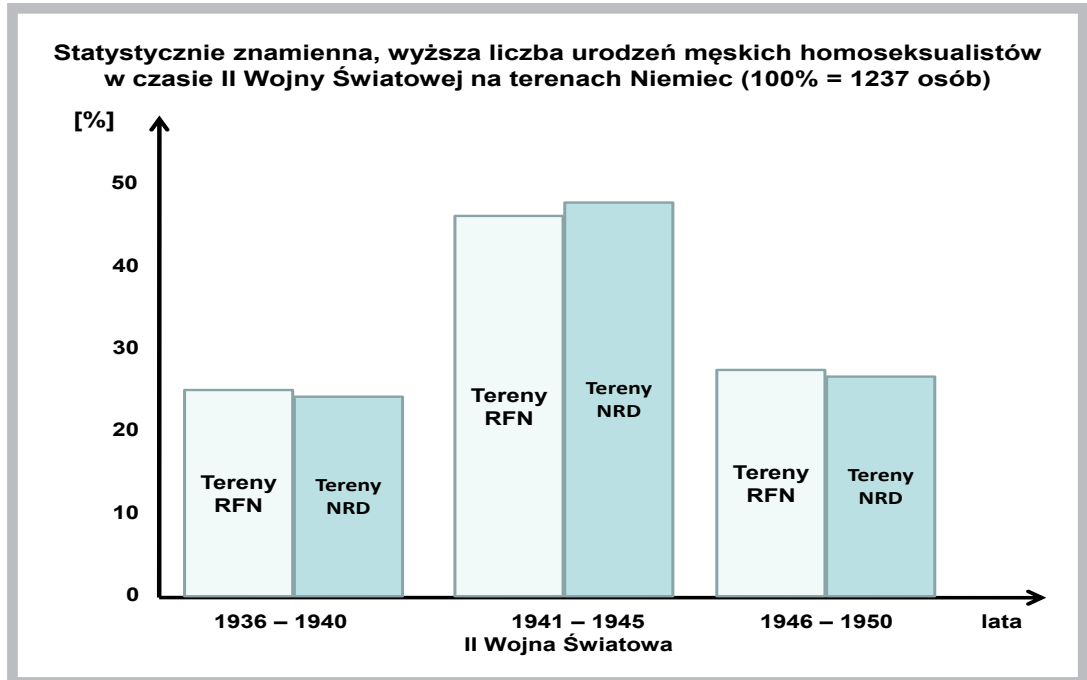
lowej Elżbiety II, która uznała wyrok sądu skazujący Turinga za niesprawiedliwy.

Po II wojnie światowej powstało kilka istotnych hipotez i obserwacji dotyczących rozwoju świadomości płci (*gender*):

- Za zachowania seksualne osobników męskich i żeńskich odpowiadają różne regiony mózgu.
- Jeżeli nastąpią zmiany poziomu hormonów płciowych w krytycznym okresie prenatalnym rozwoju mózgu, może dojść do permanentnego (nieodwracalnego) ukształtowania mózgowych struktur, czy też procesów biochemicznych, które zdeterminują na całe życie odmienne zachowania seksualne.
- Nawet pojedyncze podanie estrogenów powoduje dodatnie sprzężenie zwrotne u homoseksualnych mężczyzn, ale nie u mężczyzn heteroseksualnych.
- Czynniki stresu w okresie prenatalnym mogą wywołać biseksualne lub homoseksualne za-

chowania w wieku dorosłym. Dane z okresu przedwojennego, lat wojny i okresu powojennego opublikowano w 1974 r. [4].

Hipoteza zmiany tożsamości płci u potomstwa z powodu stresu wojennego, jakiego doświadczali niemieckie matki w czasie ciąży, wymagała potwierdzenia. W 1974 r. Dannecker i Reiche przedstawili wyniki dystrybucji czasowej dla 1237 męskich homoseksualistów urodzonych przed wojną, w czasie wojny i po wojnie na terenie Niemiec, łącznie na terenach przyszłej Republiki Federalnej Niemiec (RFN) i w Demokratycznej Republice Niemiec (NRD) – rys. 1 [4]. Z oczywistych względów dane te, dotyczące stresu warunków wojennych jako czynnika środowiskowego, nie mogły być poparte szczegółowymi danymi klinicznymi i analitycznymi. Warto w tym miejscu odnieść się do zjawiska podwyższonego ryzyka autyzmu z powodu czynników stresu matki w okresie ciąży. Współcze-



Rysunek 1. Liczba urodzeń męskich homoseksualistów (1237 osób = 100%) na terenach Niemiec (łącznie wschodnich i zachodnich) w latach 1936-1950. Wyniki z lat 1941-1945 są statystycznie wyższe od porównywalnych okresów przed wojną (1936-1940) i okresu powojennego (1946-1950) [4]

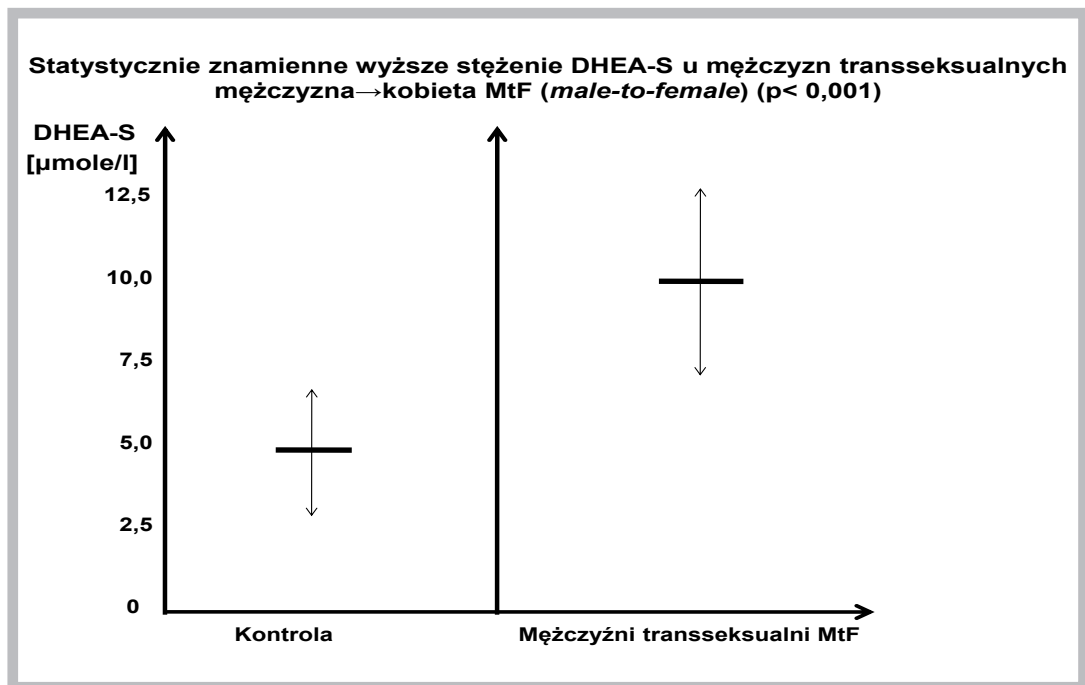
śnie uznaje się, że zwłaszcza przy powtarzających się czynnikach stresu w okresie prenatalnym, przypadki autyzmu mogą być cięższe [5]. Przepuszczalne współzależności autyzmu i nadreprezentacji dysforii płci wymagają szczegółowego omówienia, w osobnym materiale.

Już w latach 80. ubiegłego wieku zwrócono uwagę na różnice stężeń hormonów sterydowych u osób z dysforią płci: homoseksualistów i transseksualistów. Jako najbardziej ewidentną zmianę w odniesieniu do osób *cisgender* (bez zaburzeń orientacji płci) wykryto różnicę stężenia siarczanu dehydroepiandrosteronu (DHEA-S) (*dehydroepiandrosterone sulphate*) u transseksualistów mężczyzna-kobieta MtF (*male-to-female*) – rys. 2 [4]. Jest to jeden z hormonów sterydowych, który łatwo może być przekształcony do testosteronu lub estradiolu. Hormon (prekursorowy) DHEA (androstenolon) jest produkowany w nadnerczach, w gonadach i w mózgu, osiąga wysokie stężenie u dojrzewających nastolatków, później jego stężenie

zmniejsza się. Znacząco wyższe stężenie DHEA u transseksualistów MtF może przypuszczalnie wynikać z niedoborów jednego z enzymów, dehydrogenazy sterydowej. Również u homoseksualnych kobiet, a szczególnie u transseksualnych kobiet, wykryto częściowe niedobory enzymatyczne 21-hydroksylazy, co wiąże się przypuszczalnie z nadprodukcją androgenów w nadnerczach płodu żeńskiego XX [4].

W 1995 r. opublikowano przekonujące dane z eksperymentów na modelu zwierzęcym, w których uzyskano zmianę zachowań zwierzęcia, z heteroseksualnego na homoseksualne, pod wpływem celowo wprowadzonych uszkodzeń w dymorficznym ośrodku jądra podwzgórze [6].

W dokumentach Światowej Organizacji Zdrowia WHO (*World Health Organisation*) z 1992 r. widniała psychiczna jednostka chorobowa ICD-10 (*The International Classification of Diseases*), opisana jako „życzenie życia i akceptacji (swojej osoby) jako należącej do płci przeciwnej”.



Rysunek 2. Stężenie siarczanu dehydroepiandrosteronu (DHEA-S) w surowicy krwi osób transseksualnych mężczyzna-kobieta MtF (*male-to-female*), w porównaniu do mężczyzn heteroseksualnych [4]

Podobnie w amerykańskiej DSM-5, jakkolwiek odmienna tożsamość płciowa została przemianowana na „dysforię płci” (*gender dysphoria*), jest nadal rozpatrywana w kategorii chorób psychicznych. Podstawą takiego pojmowania *transgender*/dysforii płci jest argument „rozpaczy/cierpienia i/lub dysfunkcji towarzyszących tej kondycji” [7].

W specjalistycznych europejskich opracowaniach medycznych diagnozowano i opisywano jednostkę chorobową ICD-10 jako „transseksualizm” lub wcześniej jako „zaburzenie tożsamości płci” GID (*gender identity disorder*). Podobnie w amerykańskim wykazie chorób psychicznych DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) frekwencję ICD-10 podawano jako 0,45-23,6 na 100 tys. osób. W późniejszych zapisach podawano frekwencję ICD-10 jako 1: 10 tys. do 1: 20 tys. dla mężczyzn i 1-30 tys. do 1: 50 tys. dla kobiet [8].

W latach 80. ubiegłego wieku D. Barker wraz z zespołem zaproponował hipotezę nabywania zdrowia lub choroby zależnie od rozwoju organizmu DOHAD (*developmental origin of health and disease*), która od czterech dekad poparta jest licznymi nowymi dowodami. Według tej hipotezy zdrowie lub choroba człowieka zależy od warunków wczesnego rozwoju w okresie płodowym. Inaczej mówiąc, to kim jesteśmy, zależy nie tylko od genów, lecz również od warunków rozwoju płodu, w tym procesów neurorozwojowych. Warto tu dodać, że już w czasach Marie Skłodowskiej-Curie było wiadomo, że najbardziej wrażliwy na uszkodzenia (np. pod wpływem promieniowania) jest mózg rozwijającego się płodu dziecka.

Mniej więcej pod koniec lat 90. ubiegłego wieku w środowiskach medycznych przebiło się przekonanie (oparte na dowodach), że homoseksualizm nie jest kwestią wyboru, stylu życia, lecz jest zdeterminowany biologią człowieka. Wprawdzie poszukiwania „genu gejowego”, sygnalizowanego w 1993 r. jako Xq28, nie dały przekonujących rezultatów, niemniej aktualny paradygmat me-

dyczny opisujący homoseksualizm uwzględnia możliwy (przypuszczalny?) udział czynnika genetycznego w powstawaniu odmiennej orientacji seksualnej.

W Chinach już w 2001 r. homoseksualizm wykreślono z rejestru chorób psychicznych, co jednak nie oznaczało, że automatycznie zmieni się nastawienie społeczne do kwestii odmiennej tożsamości płci.

W 2006 r. ujednocicone zostało nazewnictwo nietypowych/niejednoznacznych narządów płciowych (*ambiguous genitalia*) u niemowląt z zaburzeniami chromosomów, gonad, płci anatomicznej, objętych wspólną nazwą „zaburzenia rozwojowe płci” DSD (*disorders of sex development*). Wcześniejsza nazwa *intersex*, która istniała w podkategoriach: (1) męski pseudohermafrodytyzm, (2) żeński pseudohermafrodytyzm, (3) rzeczywisty hermafrodytyzm, została zastąpiona terminami: 46 XX DSD, 46 XY DSD, oraz chromosomy płci DSD [9].

W 2011 r. Parlament Europejski jednogłośnie zaapelował do Światowej Organizacji Zdrowia WHO, aby usunąć odmienność płciową GID (*gender identity disorders*) z listy chorób psychicznych i behawioralnych oraz zmienić jej klasyfikację, umieszczając ją w rozdziale zjawisk niepatologicznych, w nowym zapisie ICD-11 [10].

W 2012 r. William Rice z Uniwersytetu Kalifornijskiego (Santa Barbara) postawił hipotezę udziału tzw. czynników epigenetycznych w powstawaniu orientacji seksualnej [11].

W wydaniu DSM-5 z 2013 r. (*American Psychiatric Association*) termin „dysforia płci” GD (*gender dysphoria*) został zastąpiony przez termin „zaburzenie tożsamości płci” GID. Samo słowo „dysforia” zawiera w sobie ujemny ładunek; jest to bowiem „stan niełatwego życia” czy też „stan ogólnego braku satysfakcji życiowej”.

Po długich wahaniach (i namowach), **w 2018 r. z dokumentacji WHO usunięto opis *transgender* w ICD-10 jako jednostki chorobowej należącej do chorób psychicznych.** W lipcu 2018 r. została opublikowana nowa wer-

sja: ICD-11, w której terminy „płeć przeciwna” (*opposite sex*) lub „płeć anatomiczna” (*anatomic sex*) zostały zastąpione przez takie pojęcia, jak „płeć odczuwana” (*experienced sex*) i „płeć przypisana” (*assigned sex*) [12].

W 2019 r. w Kalifornii (USA) wprowadzona została rezolucja SCR-110 „Charakterystyka płci”. Chodzi o opóźnienie lub wstrzymanie chirurgicznych korekt narządów płciowych u niemowląt, do czasu kiedy dziecko/młody człowiek wyrazi na to zgodę. Podobne legislacje przygotowywane są w Indianie, Teksasie i Nowadzie. Co więcej, biuro Praw Człowieka Narodów Zjednoczonych (ONZ) informuje poszczególne rządy krajów stowarzyszonych, aby zapobiegały niepotrzebnym (przedczesnym) operacjom u dzieci transpłciowych, do czasu wypowiedzenia się samych zainteresowanych. Przyuszczalnie te nowe legislacje zmieniają podejście rodziców/dorosłych do podejmowania decyzji dotyczących operacji chirurgicznych genitaliów w przypadkach zaburzeń rozwojowych płci DSD. W większości przypadków chodzi o męskie zaburzenia DSD 46 XY, tzn. niedorozwój lub malformacje męskich narządów płciowych z powodu rozmaitych mutacji. Terminu DSD praktycznie nie stosuje się w przypadkach anomalii żeńskich narządów płciowych, jednak u obu płci istnieje np. wrodzony przerost nadnerczy CAH (*congenital adrenal hyperplasia*), który u dziewczynek powoduje maskulinizację (95% przypadków DSD 46 XX). Co istotne, wśród dziewczynek CAH ze szczególną maskulinizacją notuje się więcej dysforii płci [13]. Wspomniana rezolucja SCR-110 (przynajmniej w Kalifornii) może zmodyfikować procedury niemowlęcej chirurgii genitaliów, łącznie z korektą spodziectwa, a nawet wpłynąć na podejście do obrzezania [14].

■ Co naprawdę zmieniło się w medycznym pojmowaniu płci?

Jeżeli ktoś deklaruje się jako stuprocentowa kobieta i ma dwa chromosomy X, należy do osób **cisgender**. Jeżeli ktoś deklaruje się stuprocen-

towym mężczyzną i jego kariotyp zawiera dwa chromosomy płciowe X i Y, jest również *cisgender*. Gatunek *Homo sapiens* w olbrzymiej większości składa się z osobników *cisgender*, tworzy społeczność *cisgender* i wytwarza tym samym presję społeczną *cisgender*. Ale to nie oznacza, że nie ma innych ludzi, zwyczajowo określanymi skrótem LGBT. W przeciwieństwie do nazwy *cisgender*, osoby o odmiennej tożsamości płci, czyli z dysforią płci, należą do grupy osób *transgender*. Zazwyczaj tę nazwę stosuje się do określania stosunkowo wąskiej grupy osób transseksualnych MtF i FtM (litera „T” w skrócie LGBT).

Nasze słownictwo nie rozróżnia słowa „płeć” (*sex*) od słowa „płeć” (*gender*). Dlatego zapożyczyliśmy sobie obco brzmiące słowo „gender”, które w zasadzie można by zastąpić polskim słowem „płciowość”. Ale pozostajmy przy *gender*, cytowanym w mediach i odmienianym we wszystkich przypadkach w mediach. Dlaczego potrzebne są aż dwa słowa w doniesieniu do „płci”?

Klasycznie płeć i *gender* miały od dawna dwie różne charakterystyki:

1. Płeć jako związana z genetycznym uwarunkowaniem kariotypu XX lub XY oraz charakterystyką biologiczną i anatomiczną płci.
2. Płeć jako indywidualne odczuwanie płci, pojęcie funkcjonujące w oddzieleniu od cech biologicznych jednostki, pojęcie przynależące bardziej do czynników środowiskowych i uwarunkowań społecznych.

Płeć i gender są wypadkową („are at interfacie”) interakcji czynników środowiskowych i hormonalnych z determinantami genetycznymi i epigenetycznymi wpływającymi na rozwój narządów, w tym również na rozwój struktur mózgowych [15].

Zacytujmy definicję tożsamości płciowej z klasycznego podręcznika (tłumaczenie polskie) Klinicznej Endokrynologii Ginekologicznej i Niepłodności [16]:

Tożsamość płciowa osoby (identyfikującej się jako kobieta lub mężczyzna) oraz morfologia na-

rzędów jest wynikiem działania genów, hormonów oraz środowiska, w jakim rozwijała się dana jednostka. Zawiera ona [w sobie – przyp. tłum.] także wszelkie zachowania mające związek z seksualnością, takie jak gesty, nawyki, przyzwyczajenia w mowie, preferowane formy rekreacji lub treści snów. Orientacja płciowa, zarówno homoseksualna, jak i heteroseksualna, może być traktowana jako wynik wpływu wszystkich czynników działających na jednostkę zarówno w okresie prenatalnym, jak i po urodzeniu. W szczególności tożsamość płciowa jest wynikiem następujących czynników determinujących: płci genetycznej, płci gonadalnej, wewnętrznych i zewnętrznych narządów płciowych, drugorzędowych cech płciowych pojawiających się w okresie pokwitania i uwarunkowań społecznych wynikających z prezentowanych cech płciowych [16].

Rozdzielanie płci na pojmowanie biologiczne i psychiczno-społeczne (oddzielenie sex od gender) jest obecnie kwestionowane przez wzrastającą liczbę danych medycznych, biologicznych, psychicznych i społecznych. Jednak pewien rozdział istnieje: adekwatną terminologią może być podział na *cisgender*, czyli pojmowanie własnej płci jako identycznej z genotypem i biologicznymi cechami płciowymi oraz na *transgender* (lub *cross-gender*), czyli osoby pojmujące swoją płć jako inną niż genotyp i biologiczne cechy płciowe. Jednakże nie w definicji tkwi sedno zagadnienia: czy postrzeganie własnej płci może być „chorobą psychiczną”, tak jak to klasycznie wpisano w rejestr zaburzeń psychicznych?

Wpisana w opracowania międzynarodowe (ICD-10/WHO, DSM-5/USA) definicja *transgender* jako choroby psychicznej/behawioralnej oparta była na przesłankach nieuchronnej patologii – rozpacz, stresu, upośledzonego funkcjonowania osób *transgender* w społeczeństwie. Stygmatyzowanie takiej osoby opierało się na mylnym, jak się okazało, przeświadczeniu o nieuchronności psychicznych anomalii typu rozpacz, skłonności samobójcze, nieprzystosowanie do życia w społeczeństwie.

Zmiana paradygmatu medycznego nieuchronności psychicznych i społecznych anomalii osoby *transgender* nastąpiła (i z oporami wciąż następuje) bardzo niedawno: w 2016 r. w czasopiśmie *Lancet Psychiatry* zostały opublikowane meksykańskie wyniki analizy zachowań osób *transgender* – *Mexican ICD-11 field study* [10], z których jednoznacznie wynikało, że nie wszystkie osoby z odmienną orientacją płci można scharakteryzować jako nieszczeniwe, skłonne do samobójstw, źle funkcjonujące w społeczeństwie. Fakt ten został potwierdzony przez analogiczne analizy w Republice Południowej Afryki oraz we Francji [12] i Brazylii [7]. Co więcej, z analiz tych okazało się, że rozpacz, skłonności samobójcze i dysfunkcja w społeczeństwie osób *transgender* wynika nie tyle z identyfikowania się jako osoby o odmienną orientację płci, ile z epizodów przemocy, odrzucania społecznego, codziennej dyskryminacji, jakich te osoby doświadczają.

Z dotychczasowej klasyfikacji dysforii płci jako choroby psychicznej (ICD-10) wynikały dwie przesłanki:

- skoro jest to choroba psychiczna, powinna być leczona/traktowana wyłącznie przez specjalistów – psychiatrów i tym samym dla osób z odmienną tożsamością płci nie mogły być dostępne inne formy pomocy i leczenia;
- skoro osoba *transgender* jest chora psychicznie, wobec tego władze mogą nie uznać praw takiej osoby np. do zmiany dokumentów, do samookreślenia się, podejmowania własnych decyzji, legalizacji związków, adopcji dzieci.

Wykreślenie *transgender* z rejestru chorób psychicznych zmienia status medyczny, społeczny i legalny osób z odmiennością orientacji płci.

■ Nieścisłości w nazewnictwie *transgender*-LGBT

Powtórzmy, w typowaniu osób np. do operacji zmiany płci, oprócz wywiadu, na którym wyłącznie opiera się lekarz kwalifikujący, nie mają

zastosowania żadne testy diagnostyczne [17]. W brytyjskich środowiskach medycznych powstało w 2017 r. memorandum w sprawie zrozumienia terapii konwersji, przyjęte przez środowiska lekarzy praktyków (lecz nie przez psychiatrów). Wiele zależy od sformułowania pytań w wypełnianych kwestionariuszach. Na przykład w amerykańskich badaniach środowisk studenckich NCHA (National College Health Assessment) na pytanie o płeć jako *transgender* zadeklarowało 0,45% badanych osób, natomiast na pytanie, czy identyfikujesz się jako transgender – odpowiedziało pozytywnie aż 1,8% badanych osób.

Według wcześniejszych ocen (z lat 90.) ok. 3% społeczeństwa identyfikowało się jako LGBT – lesbijki, geje, biseksualni, transpłciowi MtF + FtM [17]. Dowolne stosowanie nazwy *transgender*, często naprzemiennie z „LGBT”, powoduje szereg nieścisłości w analizie danych liczbowych. Określenie „grupa osób *transgender*” może dotyczyć albo wyłącznie węższej grupy osób, albo może obejmować wszystkie osoby określające się terminem *gender-nonconforming*. W rozmaitych kwestionariuszach często używane (i zakreślane) są terminy: *genderqueer*, *another gender*, *gender variant*, *gender dysphoria*, *gender incongruence*, natomiast 20% respondentów zakreślało termin *gender nonconforming* [18]. Wyjaśnijmy, że np. *genderqueer* to osoba, która nie zgadza się z konwencjonalnym różnieniem płci, ale nie identyfikuje się z żadną z nich, ani z obiema, ani z kombinacją płci męskiej i żeńskiej. Z kolei „dysforia” to stan niepokoju lub ogólne niezadowolenie z życia.

Podsumowanie

Środowiska medyczne mają świadomość istnienia realnej potrzeby ochrony osób kwestionujących własną płeć przed: dyskryminacją, odrzuceniem społecznym, skłonnościami samobójczymi, cierpieniami psychicznymi. Współwystępowanie z dysforią płci takich zaburzeń, jak schorzenia immunologiczne, zaburzenia neurologiczne, problemy z posiadaniem potomstwa w dysforii płci

i szereg innych zagadnień z dziedziny psychologii, neuropsychologii i psychiatrii, związanych ze zmienioną tożsamością płci, należy do nowych wyzwań medycznych. Trzeba przyznać, że są to tematy dopiero oczekujące na odpowiedź. © P

Artykuł stanowi fragment przygotowywanej przez Krzysztofa L. Krzysztyniaka i Halinę Kalota książki: „Gender w świetle faktów medycznych”, która ukaże się wkrótce nakładem wydawnictwa Medyk.

Piśmiennictwo:

- Robles R, Fresán A, Vega-Ramírez H, et al. Removing transgender identity from the classification of mental disorders: a Mexican field study for ICD-11. *Lancet Psychiatry*. 2016;3: 850-859. doi:10.1016/s2215-0366(16)30165-1.
- Cartaya J, Lopez X. Gender dysphoria in youth: a review of recent literature. *Curr Opin Endocrinol Diabetes Obes*. 2017;24: doi: 10.1097/MED.0000000000000378.
- Littman L. Rapid-onset gender dysphoria in adolescents and young adults: A study of parental reports. *PLOS One*. 2018. doi: 10.1371/journal.pone.0202330.
- Dorner G, Poppe I, Stahl F, et al. Gene- and environment-dependent neuroendocrine etiology of homosexuality and transsexualism. *Exp Clin Endocrinol*. 1991;98:141-150.
- Varcin KJ, Alvares GA, Uljarevic M, Whitehouse AJ. Prenatal maternal stress events and phenotypic outcomes in autism spectrum disorder. *Autism Res*. 2017;10:1866-1877.
- Manzouri A, Savic I. Cerebral sex dimorphism and sexual orientation. *Hum Brain Mapp*. 2017. doi: 10.1002/hbm.23908.
- Lobato MI, Soli BM, Brandelli Costa AB, et al. Psychological distress among transgender people in Brazil: frequency intensity and social causation – and ICD-11 field study. *Braslian J Psychiatry*. 2019. doi: 10.1590/1516-4446-2018-0052.
- Glidden D, Bouman WP, Jones BA, Arcelus J. Gender dysphoria and autism spectrum disorder: A systematic review of the literature. *Sex Med Rev*. 2016;4:3-14.
- Manzoor J, Aftab S, Yaqoob M. Ambiguous genitalia: An overview of 7 years experience at the Children's Hospital & Institute of Child Health, Lahore, Pakistan. *Pak J Med Sci*. 2019;35:151-155. doi: 10.12669/pjms.35.1.289.
- Robles R, Fresán A, Vega-Ramírez H, et al. Removing transgender identity from the classification of mental disorders: a Mexican field study for ICD-11. *Lancet Psychiatry*. 2016;3:850-859. doi:10.1016/s2215-0366(16)30165-1.
- Balter M. Can epigenetics explain homosexuality puzzle? *Science* 2015;350:148.
- Askevis-Leherpeux F, de la Chenelière M, Baleige A, et al. Why and how to support depsychiatrisation of adult transidentity in ICD-11: A French study. *Europ Psychiatry*. 2019;59:8-14.
- Pasterski V, Zucker, KJ, et al. Increased cross-gender identification independent of gender role behavior in girls with congenital adrenal hyperplasia: Results from a standardized assessment of 4- to 11-year-old children. *Archiv Sexual Behavior*. 2014;44:1363-1375. doi:10.1007/s10508-014-0385-0.
- Stark T, Shoag JE, Poppas DP. Eliminating early surgery for disorders of sex development: Risking adverse outcomes in 46, XX CAH. *J Urol*. 2019;201:871-873. doi: 10.1097/JU.0000000000000023.
- Dotto GP. Gender and sex - time to bridge the gap. *EMBO Mol Med*. 2019. e10668 doi: 10.15252/emmm.201910668.
- Speroff L, Fritz MA. *Kliniczna Endokrynologia Ginekologiczna i Niepłodność*. Wyd. Lippincott Williams & Wilkins (Medpage). Warszawa 2007.
- Bewley S, Clifford D, McCartney M, Byng R. Gender incongruence in children, adolescents, and adults. *British J Gen Practice*. 2019;69:170-171. doi:10.3399/bjgp19x701909.
- Watts TM, Holmes L, Raines J, et al. Sexual arousal patterns of identical twins with discordant sexual orientations. *Nature Sci Rep*. 2018;8:14970 doi: 10.1038/s41598-018-33188-2.

Autor korespondujący:
prof. dr hab. Krzysztof L. Krzysztyniak
ball@medyk.com.pl

Nadesłano: 05.08.2019; Copyright© Medyk Sp. z o.o.