

Fenomen transseksualizmu. Problemy terminologiczne

The phenomenon of transsexualism. Terminological problems.

STANISŁAW DULKO

Z Zakładu Seksuologii i Patologii Więzi Międzyludzkich CMKP w Warszawie

STRESZCZENIE: *Praca omawia różne definicje i klasyfikacje transseksualizmu w piśmiennictwie światowym. Wskazując na problemy ze znalezieniem właściwej terminologii Autor w codziennej praktyce klinicznej stosuje następujące rozpoznanie: Zespół dezaprobaty płci; transseksualizm typu kobieta-mężczyzna (lub mężczyzna-kobieta).*

SUMMARY: *Various definitions and classifications of transsexualism proposed in the literature are discussed in the paper. Pointing out the difficulties connected with finding appropriate terms, the autor in his everyday clinical practice uses the following diagnostic categories: the gender disapproval syndrome, male-to-female (or female-to-male) transsexualism.*

Słowa kluczowe: transseksualizm/terminologia

Key-words: transsexualism/terminology

Termin transseksualizmu wprowadził w 1949 roku Cauldwell. Natomiast najwcześniejszą próbę objaśnienia zjawiska określonego dzisiaj terminem transseksualizmu podjął Hirschfeld w pracy z 1910 roku. Zdefiniował go jako: "... *impuls przebierania się w strój charakterystyczny dla płci, do której dana osoba zgodnie z wyglądem swoich organów płciowych nie należy, impuls ten często wymaga bardzo silnej ekspresji ...*". Hirschfeld wykluczył z tej definicji przebieranie się w celu zabawy lub ukrycia się. Innymi wcześniej używanymi terminami były określenia: "*mental cross-sexualism*", "*cross dressing*", "*eonizm*", "*metatropizm*". Transseksualizm wzbudził szersze zainteresowanie w świecie medycznym na początku lat sześćdziesiątych.

Najbardziej wszechstronną definicję transseksualizmu podali Imieliński (1982), Imieliński i Dulko (1988, 1989, 1991a, b). Transseksualizm w tym ujęciu oznacza rozbieżność między poczuciem psychicznym płci, a budową ciała morfologiczno-biologiczną oraz płcią socjalną (metrykalną, prawną), które odczuwane są jako "obce" i należące do płci przeciwnej.

Transseksualista czuje się mężczyzną "uwięzionym" w ciele kobiety - lub odwrotnie. W związku z tym oraz w związku z odrazą do posiadanego ciała, należącego do innej płci, występuje znaczne poczucie cierpienia oraz pragnienie akceptacji społecznej w roli zgodnej z płcią przeżywaną psychicznie. Transseksualiści ubierają się w odzież zgodną z własnym poczuciem psychicznym płci (lecz niezgodnie z płcią cielesną), odczuwają satysfakcję, gdy zostaną uznani za osobę należącą do tej płci, oraz wykazują zwykle silne pragnienie przekształcenia swego ciała nawet w drodze skomplikowanych zabiegów chirurgicznych. Dążenie do zmiany płci anatomicznej staje się często głównym celem życia transseksualistów. Pośród płciowy skierowany do osobników tej samej płci (według znamion ciała) uważają za heteroseksualny - transseksualista przy swobodnym wyborze partnera erotycznego za punkt odniesienia przyjmuje poczucie psychiczne własnej płci, a nie posiadane znamiona ciała.

Transseksualizm według Imielińskiego, Imielińskiego i Dulko (1982, 1988, 1989,

1991a,b) nie jest dewiacją seksualną (przy założeniu, że pojęcie dewiacji funkcjonuje w uzależnieniu od norm kulturowych zachowania seksualnego wyznaczających granic "normalności"), nie jest również zaburzeniem pierwotnie zlokalizowanym w sferze seksualnej. Problemy seksualne są zjawiskiem wtórnym, natomiast istota zaburzenia tkwi znacznie głębiej i dotyczy identyfikacji i roli płciowej. Zainteresowania seksualne transseksualistów schodzą na plan dalszy wobec ich dążeń związanych z pragnieniem dostosowania budowy cielesnej do płci przeżywanej psychicznie oraz dążeń do społecznego uznania wybranej roli. Na użytek kliniczny zostało wprowadzone terminologiczne rozróżnienie transseksualistów na dwa typy: typ kobieta-mężczyzna K/M (psychiczne poczucie przynależności do płci męskiej, znamiona ciała żeńskie) i typ mężczyzna-kobieta M/K (psychiczne poczucie przynależności do płci żeńskiej, znamiona ciała męskie).

Literatura psychiatryczna i psychologiczna, w tym szczególnie psychoanalityczna, od szeregu dziesięcioleci opisuje osoby, których erotyzm i funkcjonowanie społeczne związane są z przebieraniem się w odzież płci odmiennej i dążenie do zmiany¹ płci poprzez zabieg chirurgiczny. Do tego typu przypadków psychoanalizy podchodzili z punktu widzenia teorii zбочzeń płciowych. Zazwyczaj starano się przedstawić genezę tego zjawiska, natomiast mało uwagi poświęcano samemu dążeniu (w sensie motywacji) do zmiany płci.

Fenomenolodzy-psychiatrzy w okresie ostatniego trzydziestolecia ograniczali się do badania transseksualizmu w aspekcie psychiatrycznym, od kiedy Cauldwell w 1949 roku wprowadził termin *psychopathia transsexualis*, a Benjamin (1953) spopularyzował go w literaturze medycznej. Szereg autorów - szczególnie skandynawskich - popularyzując tego terminu wiąże z głośną w 1952 roku sprawą Christine Jorgensen (Money, 1991). Wcześniej, termin "transseksualista" nie był w

szerokim użyciu. Pacjenci klasyfikowani byli jako transwestyci, a kiedy "pragnienie" zmiany płci w drodze zabiegu chirurgicznego stawało się nieodparte, jako hermafrodyty, których płeć błędnie określano w chwili urodzenia.

Poglądy na temat klasyfikacji klinicznej objawów u osób ubiegających się o zmianę płci są bardzo zróżnicowane. Trudności te związane są z osobistym dramatem pacjenta, zmiennym obrazem klinicznym i brakiem jedności na temat fundamentalnych problemów etiologicznych.

Pierwszego podziału klinicznego dokonał właściwie Cauldwell (1949) wyodrębniając z transwestytyzmu transseksualizm (*psychopathia transsexualis*). Od tego czasu wzrosło zainteresowanie tym zjawiskiem, ale nadal nie zostały sprecyzowane jasno zależności czy też związki między transseksualizmem i transwestytyzmem.

Lukianowicz (1959) dokonując przeglądu literatury na temat transwestytyzmu wyraził pogląd, że transseksualiści typu M/K różnili się od transwestytów tym, że "... transseksualiści mieli silniejsze pragnienie, aby być kobietą ...".

Gebhard i wsp. (1965) wyodrębnili cztery jednostki kliniczne transwestytyzmu:

-
-
1. homoseksualizm
 2. transwestytyzm prawdziwy
 3. transseksualizm
 4. osoby przebierające się w odzież płci odmiennej w celu ukrycia się lub znalezienia pracy.
-
-

Benjamin (1966) uważał, że nie istnieją istotne różnice między transwestytyzmem a transseksualizmem. Dlatego też podzielił on oba te zespoły kliniczne na sześć typów według orientacji płciowej pacjentów.

Typ I (pseudo-transwestyci) - pacjenci należący do tego typu przebierali się w odzież płci

¹ Do przeprowadzenia zmiany płci istnieją różne powody i motywacje. Może być motywacja ogólna - wynikająca przede wszystkim z psychicznego poczucia płci - i seksualna, wynikająca z preferencji erotycznych. W przypadku drugiej przeprowadzanie zmiany płci warunkuje możliwość osiągnięcia satysfakcji seksualnej (przede wszystkim przez partnera).

odmiennej tylko sporadycznie i masturbowali się. Ich orientacja płciowa (według skali Kinseya) była hetero-, bi- lub homoseksualna.

Typ II (transwestyci fetyszystyczni) - pacjenci przebierali się od czasu do czasu w odzież płci odmiennej. Pod względem orientacji płciowej byli heteroseksualistami i wykazywali cechy fetysyzmu.

Pacjenci typu III i typu IV przebierali się w odzież płci odmiennej tak często jak to było możliwe, przy tym w pełni, albo przynajmniej częściowo, akceptowali swoją "nową" płć i pragnęli zmiany płci, ale tylko przez leczenie hormonalne. Pod względem orientacji płciowej byli bardziej heteroseksualistami niż homoseksualistami. Pacjenci typu III wykazywali cechy fetysyzmu. Natomiast pacjenci typu IV albo byli aseksualni, albo byli wyłącznie onanistami. Benjamin nie wyjaśnia czy pacjenci zaliczani do typu IV demonstrowali cechy fetysyzmu i czy miały one związek z masturbacją.

Pacjenci typu V i VI byli "prawdziwymi" transseksualistami. Domagali się oni zmiany płci poprzez leczenie chirurgiczne. Pod względem orientacji płciowej byli homoseksualistami. Niektórzy z nich byli żonaci i posiadali dzieci. Nie podano czy ten typ pacjentów demonstrował cechy fetysyzmu.

Przy okazji należy podkreślić, że Benjamin (1966) uważał, iż transwestytyzm fetyszystyczny może rozwinąć się w pełny obraz kliniczny transseksualizmu. Rok później Benjamin (1967) podtrzymał swój dotychczasowy pogląd, że nie da się wyodrębnić znaczącej różnicy między transwestytyzmem a transseksualizmem i dokonał klasyfikacji transseksualizmu na trzy typy:

Typ I stanowili transwestyci heteroseksualni, którzy odczuwali większą lub mniejszą satysfakcję seksualną z powodu przebierania się w odzież płci odmiennej.

Transseksualiści typu II charakteryzowali się pragnieniem zmian anatomiczno-fizjologicznych (poprzez przyjmowanie hormonów i mammoplastykę).

Transseksualiści typu III domagali się zmiany płci w drodze zabiegu chirurgicznego.

Pauly (1968) był zdania, że należy odróżnić transseksualizm od transwestytyzmu. Uważał on, iż silne pragnienie transwestytów, aby nosić odzież płci odmiennej należy tłumaczyć tym, że jest to dla nich podniecające seksualnie, a nie tym, że traktują siebie jako osoby należące do płci odmiennej.

Hoening i wsp. (1970) stwierdzili, że należy odróżniać transseksualizm od homoseksualizmu i transwestytyzmu.

W latach następnych próbowano udoskonalić diagnozę transseksualizmu. Uważano, że jedną z cech wykluczających rozpoznanie transseksualizmu jest fetysyzm. Na przykład Baker (1969) twierdził, że nawet pojedynczy epizod przebierania się i związane z nim podniecenie seksualne wystarcza, aby wyeliminować diagnozę transseksualizmu. Stoller (1971) również podkreślał, że fetysyzm wyklucza diagnozę transseksualizmu poprzez fakt, że satysfakcja seksualna płynąca z posiadanych narządów płciowych nie występuje u transseksualistów. Stoller i wsp. (1973) przyjęli "dwubiegunowy" punkt widzenia dzieląc osoby dążące do zmiany płci na: "transseksualistów właściwych" i "nie-transseksualistów", którzy pragną zmiany płci. Transseksualiści typu M/K według Stollera są najbardziej sfeminizowanymi mężczyznami, u których nie wykształciło się psychiczne poczucie przynależności do płci męskiej. Natomiast "nie-transseksualiści" - jego zdaniem - zawsze demonstrowują pewien stopień identyfikacji z płcią męską.

Meyer (1974, 1975, 1977, 1978) zapożyczył z teorii względności pojęcie continuum i traktował osoby ubiegające się o zmianę płci - w większym lub mniejszym stopniu - jako podobne do siebie. Z naciskiem podkreślał, że istnieją wspólne cechy u tych osób, ale jednocześnie dostrzegł, iż przy systematycznej analizie stałych objawów klinicznych zaburzenia identyfikacji z płcią występuje różnorodność kliniczna. Fakt ten tłumaczył tym, że lekarze spotykają zwykle typy pośrednie, a nie dychotomię. Kliniczne prowadzenie takiego pacjenta jest łatwiejsze, jeżeli lekarz rozpoznaje u niego objawy kliniczne charakterystyczne dla danej

podgrupy osób ubiegających się o zmianę płci. Przy tym podkreśla się, że każda podgrupa kliniczna ma objawy wspólne z innymi podgrupami. Właśnie te wspólne objawy mogą odróżniać podgrupy kliniczne od psychoz i dewiacji seksualnych.

W 1974 roku Meyer wśród transseksualistów typu M/K wyodrębnił dwie postacie kliniczne: "młodszych transseksualistów" i "starszych transseksualistów". W ocenie Wise i Meyera (1980) te postacie kliniczne są bardzo ważne z teoretycznego punktu widzenia, ponieważ ilustrują związek (zależność) między zaburzeniem identyfikacji z płcią a transseksualizmem. Ważne są one także z klinicznego punktu widzenia z powodu dynamiki ich dążeń do zmiany płci, obrazu klinicznego i sposobu ich leczenia. Wszystkie te elementy są u wielu pacjentów wyraźnie zaznaczone.

"*Starsi transseksualiści*" są zwykle w wieku średnim. Charakteryzują się oni ekstremalnie męskim zachowaniem i kobiecymi dążeniami, oczekiwaniami i życzeniami. Najczęściej są żonaci i mają dzieci. Są zazwyczaj zamknięci w sobie i nie przyznają się otwarcie do swoich dążeń do zmiany płci - są raczej pełni poczucia winy z powodu przebijania się w damskie ubrania. W okresie starań o zmianę płci przebijanie się w odzież płci odmienniej traci zwykle "swoją urok" - pacjenci często wówczas mówią, że lepiej czują się, gdy są ubrani normalnie (zgodnie z posiadaną budową ciała). W tej grupie pacjentów często obserwowano stany depresyjne z towarzyszącymi myślami samobójczymi. Dlatego też ich dążenie do zmiany płci było zazwyczaj dramatyczne (częste zaburzenia afektywne, stany psychotyczne - przypadki opisane przez Golosowa, Weitzmana (1968). Często ci "starsi transseksualiści" leczenie chirurgiczne traktowali jako alternatywne między samobójstwem lub samokastracją. Zmianę płci poprzez zabieg chirurgiczny traktowali oni jako sposób na uwolnienie się od konfliktów intrapsychicznych - wewnętrznej walki między psychicznym poczuciem

płci a doznaniem związanymi z posiadaniem budowy ciała płci odmienniej.

Natomiast "*młodszy transseksualiści*", których jest najwięcej w grupie osób z zaburzoną identyfikacją płci, mieli częściej doświadczenia erotyczne homoseksualne niż grupa "starszych". Zmiana płci poprzez zabieg chirurgiczny stanowiła dla nich ucieczkę od "perwersyjnego" przebijania się w kobiece ubrania oraz dawała im możliwość nawiązania "pełnych" związków z męskimi partnerami.

Wise i Meyer (1980) stwierdzili w obu powyższych grupach dużą różnicę w zakresie doznawanych stresów w chwili zgłaszania się do przeprowadzenia zmiany płci. "Młodszy transseksualiści" często byli w sytuacji konfliktowej z żoną, a powodem tego stanu rzeczy były nalegania żony na współżycie płciowe. W grupie "starszych transseksualistów" każdy pacjent przeżył albo chorobę, albo separację, albo śmierć żony, albo przejście na emeryturę. Wyniki badań sugerują, że dwie grupy są w różny sposób podatne na pewne stresy, a to z kolei - ich zdaniem - sugeruje, że obie te grupy pod względem dynamiki obrazu klinicznego są w pewnym sensie różne tak, jak różna jest ich etiologia.

Bentler (1976), w oparciu o badania empiryczne, podzielił grupę transseksualistów typu M/K (na podstawie charakterystycznych zachowań) na podgrupy².

Stwierdził on znaczne różnice pod względem doświadczeń erotycznych homo- i heteroseksualnych. Uzyskane przez Bentlera wyniki badań pokrywały się z wynikami innych badaczy. Stąd przyjął on następującą klasyfikację transseksualizmu typu M/K:

-
1. *osoby heteroseksualne* przebijające się w odzież płci odmienniej
 2. *sfeminizowani homoseksualiści* (chętnie przebijają się w stroje kobiece, korzystają z ozdabiania się i makijażu, jako partnerów erotycznych preferują mężczyzn)
 3. *aseksualni transseksualiści*

² Kryterium klasyfikacji: budowa ciała a nie psychiczne poczucie płci

4. *biseksualiści* (w podobnym lub jednakowym stopniu preferują partnerów erotycznych obu płci - dotyczy to także wyobrażeń i fantazji).

Slavitz (1976) dokonał klasyfikacji zaburzeń identyfikacji płci w następujący sposób:

1. hermafrodytyzm
2. pseudohermafrodytyzm
3. homoseksualizm
4. transwestytyzm
5. transseksualizm
6. transgenderyzm

Transgenderyzm jest względnie nowym terminem w seksuologii. Stanowi on postać kliniczną pośrednią między transwestytyzmem a transseksualizmem. Transgenderysta - jak podkreśla Slavitz - nie pragnie, a nawet ma niechęć do przeprowadzenia zmiany płci poprzez zabieg chirurgiczny, natomiast chętnie poddaje się leczeniu hormonalnemu, a niekiedy nawet mastectomii lub mammoplastyce (zależnie od stanu faktycznego). W tym względzie zbliża go to do transseksualisty, ale transseksualistą nie jest. Termin ten nie jest jeszcze zaakceptowany przez wszystkich seksuologów.

Buhrich i McConaghy (1977b) starali się uporządkować opisy osób ubiegających się o zmianę płci. Podjęli oni próbę określenia związku między transwestytyzmem a transseksualizmem. Grupę transwestytów typu M/K i grupę transseksualistów typu M/K porównano biorąc pod uwagę następujące czynniki: w jakim wieku występowały pierwsze doświadczenia z przebieraniem się w stroje płci odmiernej, w jakim wieku miało miejsce całkowite przebieranie się, jaka była częstotliwość częściowego przebierania się, a jaka częstotliwość pełnego przebierania się, czy i kiedy miało miejsce przyjmowanie hormonów, odkąd występują fantazje, że jest się kobietą.

Uzyskane wyniki wskazują na znaczne różnice między pacjentami z transwestytyzmem,

a transseksualistami pod względem parametrów identyfikacji płciowej, podniecenia fetyszystycznego i preferencji erotycznych. Buchrich i McConaghy stwierdzają więc, że transwestytyzm i transseksualizm są odrębnymi jednostkami klinicznymi. W swoich kolejnych badaniach Buhrich i McConaghy (1977c) podzielili pacjentów, którzy określali siebie jako transwestytów na dwie klinicznie odrębne grupy:

1. *podstawowa grupa transwestytów*, których zadawała przebieranie się w strój płci odmiernej,
2. *grupa "marginalna"*, która oprócz przebierania się, żywiła pragnienie feminizacji poprzez terapię hormonalną lub operację chirurgiczną.

Buhrich i McConaghy (1979) dążyli do ustalenia czy transwestytów "marginalnych" można porównać z transseksualistami, którzy reprezentowali transwestytyzm typu fetyszystycznego. W obydwu tych grupach objawiło się podniecenie seksualne jako reakcja na przebieranie się. Osoby badane z grupy "marginalnej" transwestytów porównywano z osobami, które wykazywały fetyszystyczne podniecenie, lecz mimo to określały siebie jako transseksualistów, gdyż zgłosiły się do kliniki poszukując możliwości wykonania operacji całkowite zmieniającej płeć. Te i inne spostrzeżenia kliniczne oraz wyniki badań naukowych pozwoliły na rozróżnienie dwu zespołów klinicznych: "marginalnego" transwestytyzmu i "fetyszystycznego" transseksualizmu. Zdaniem Buhricha i McConaghy-ego (1979) można było zatem uznać, że istnieją trzy klinicznie odrębne typy fetyszystycznego przebierania się w strój płci odmiernej:

1. *podstawowy transwestytyzm*
2. *"marginalny" transwestytyzm*
3. *"fetyszystyczny" transseksualizm*.

Są one klinicznie rozróżniane na podstawie znacznych różnic w zakresie preferencji erotycznych, siły identyfikacji płciowej żeńskiej oraz intensywności pragnień feminizacji poprzez leczenie hormonalne i zabieg chirurgiczny.

Powyższy autorzy dla obydwu grup pacjentów transwestytnych zaproponowali wspólną nazwę - transwestytyzm feministyczny. Termin "*femmiphilia*" (oznaczający: wielbielcie kobiecości) podkreśla te aspekty, które są głównym powodem przebiegania się. Przy określeniu transwestytyzmu feministycznego diagnoza nie jest zależna od preferencji erotycznej heteroseksualnej, podniecenia fetyszystycznego lub identyfikacji płciowej. Poza tym Buhrich i McConaghy stwierdzili, że nie ma wystarczających dowodów na to, aby przyjąć, że cechy fetyszystyczne wykluczają diagnozę transseksualizmu. Być może już wkrótce będziemy dysponowali dowodami na to, że wśród takich pacjentów istnieją różne podgrupy o odrębnych i specyficznych objawach klinicznych. Można przypuszczać, że pacjenci będą mieli wówczas pomyślniejsze rokowania lub odrębną etiologię lub, że będą podatni na inne leczenie niż dotychczas stosowane. Dopóki takich dowodów nie mamy, nie ma powodów, aby nie akceptować faktu, że transseksualiści mogą mieć cechy fetysyzmu.

Prince (1978), osoby ubiegające się o zmianę płci poprzez zabieg chirurgiczny, dzieli na dwie grupy.

"Prawdziwi" transseksualiści - są to osoby motywowane do przeprowadzenia zmiany płci przez rolę seksualną (w przypadku transseksualistów typu M/K, aby funkcjonować pod względem seksualnym jako kobieta), stąd jej zdaniem, "zdobycie odpowiedniego wyposażenia genitalnego jest sprawą logiczną"; prawdopodobnie taki zabieg spowoduje, że będą oni szczęśliwi i bardziej "produktywni" jako obywatel;

Pseudo-transseksualiści - są to osoby motywowane do przeprowadzenia zmiany płci rolą płciową (w przypadku transseksualistów typu M/K, aby być zdolnym do funkcjonowania

społecznego jako kobieta), stąd zdaniem Prince, "ta motywacja jest nielogiczna, ponieważ operacja nie jest konieczna, aby być kobietą". Kobiecość jest zjawiskiem związanym z płcią żeńską, a nie zjawiskiem seksualnym. Trzeba się jej uczyć zarówno wtedy gdy się jest kobietą "z urodzenia", jak i wtedy, gdy się jest kimś, kto zmienił swoją płć z męskiej na żeńską. Zabieg chirurgiczny może zmienić zewnętrzne narządy płciowe, ale nie istnieje możliwość takiej zmiany psychicznego poczucia przynależności do określonej płci.

Money (1980) zaburzenia identyfikacji i roli płciowej klasyfikuje w sposób następujący:

-
-
1. biseksualizm
 2. homoseksualizm
 3. transwestytyzm
 4. transseksualizm.
-
-

Podstawowymi kryteriami klasyfikacji są: czas trwania zaburzeń (epizodyczne, cykliczne lub przewlekłe) i pełność obrazu klinicznego (częściowy, całkowity lub arbitralny).

Freund i Steiner (1982) na podstawie wieloletnich badań klinicznych i psychologicznych (przy użyciu specjalnie skonstruowanych Skali Identyfikacji Płciowej dla mężczyzn i osobno dla kobiet oraz skal dodatkowych, między innymi fetysyzmu, sadyzmu, masochizmu) i w oparciu o wyniki badań innych autorów wyodrębnili cztery kategorie diagnostyczne osób z zaburzoną identyfikacją płci.

Transwestytyzm - jest to stan, w którym osoba podniecona seksualnie wyobraża sobie, że jest przedstawicielem płci odmiennej. Jak podkreślają autorzy, tak pojmowany transwestytyzm jest preferencją erotyczną. W większości przypadków odzież płci odmiennej - rzadziej jakiś inny symbol identyfikacji z płcią odmienną - jest mocno podniecającym fetyszem.

Transseksualizm graniczny (borderline) - jest to stan identyfikacji z płcią pośredni, wahający się między poczuciem psychicznym płci męskiej i żeńskiej u osoby nie podnieconej

seksualnie. Jest to kategoria odpowiadająca granicznemu transwestytyzmowi w klasyfikacji Buhricha i McConaghy'ego (1977a).

Transseksualizm typu A - charakteryzuje się tym, że jego wystąpienie nie jest poprzedzone homoseksualizmem, ani transwestytyzmem i nie towarzyszy mu fetyszyzm płci odmiernej.

Transseksualizm typu B - charakteryzuje się tym, że jego wystąpienie jest poprzedzone homoseksualizmem lub transwestytyzmem i towarzyszy mu fetyszyzm płci odmiernej. Buhrich i McConaghy dla tego typu przypadków używają określenia transseksualizm fetyszystyczny.

Transseksualizm autorzy definiują jako trwałą³ identyfikację z płcią odmienną, obecną nawet wtedy, gdy nie występuje podniecenie seksualne. Towarzyszy temu dążenie do upodobnienia swojego ciała do ciała płci odmiernej poprzez leczenie hormonalne, a w przypadku transseksualistów typu K/M - przez mastektomię.

W tym miejscu należy wyjaśnić, że zdaniem Hoeniga i Kenna (1974) nie ma podstaw, aby transseksualizm uważać za nienormalną preferencję erotyczną lub seksualną. Badacze ci argumentują to w następujący sposób: reakcja transseksualistów na farmakologiczne zmniejszenie siły popędu płciowego i na kastrację różni się znacznie od reakcji osób z nienormalnymi preferencjami erotycznymi. Podczas gdy u osób z nienormalnym wzorem erotycznym następuje radykalne zmniejszenie działań erotycznych lub seksualnych, to transseksualizm trwa nadal lub dalej się rozwija. Poza tym należy podkreślić, że transseksualiści popęd płciowy skierowany do osób tej samej płci (według znamion ciała) uważają za heteroseksualny (transseksualista przy swobodnym wyborze partnera erotycznego za punkt odniesienia przyjmuje poczucie psychiczne własnej płci, a nie posiadane znamiona ciała).

Badania Freunda i Steiner (1982) potwierdziły opinie Buhricha i McConaghy'ego

(1979), że transwestytyzm i transseksualizm są odrębnymi syndromami. Ponadto badania Freunda i Steiner wykazały, że przynajmniej przy obecnych procedurach diagnostycznych, opartych głównie na własnych opisach pacjentów, najbardziej przydatnym rozróżnieniem dla rozmaitych typów klasyfikacji z płcią odmienną, jest rozróżnienie na hetero- i homoseksualistów.

W świetle różnic między identyfikacją z płcią odmienną hetero- a homoseksualną nasuwa się pytanie: czy rozróżnienie to jest tak wyraźne ze względu na różne preferencje co do partnera (u hetero- i homoseksualistów), czy też ze względu na inne, bardziej etiologiczne różnice. Część autorów (np. Buhrich i McConaghy, 1977a) skłania się ku pierwszemu wyjaśnieniu. Natomiast inni (np. Freund i wsp., 1982) na podstawie obserwacji klinicznych identyfikacji z płcią odmienną u hetero- i homoseksualistów uważają, że drugie wyjaśnienie jest bliższe prawdy (niezależnie od tego ile przypadków ma tło genetyczne, a ile wynika z wychowania i doświadczenia).

Imieliński (1982) klasyfikuje transwestytyzm i transseksualizm jako dwie odrębne jednostki kliniczne. Opracowując nowoczesną klasyfikację zaburzeń seksualnych w oparciu o nowe poglądy, koncepcje i kierunki rozwojowe seksuologii oraz własne badania naukowe, klasyfikował on transwestytyzm jako odchylenie seksualne w zakresie obiektu (sam fakt przebijania się w odzież odmiernej płci dostarcza rozkoszy i zaspokojenia seksualnego). Natomiast transseksualizm włączył do grupy nietypowych odchyłek seksualnych, podkreślając przy tym, że istota zjawiska polega na zaburzeniu identyfikacji z płcią, a nie zaburzeniu kierunku popędu płciowego. Wyjaśnia on dalej, że transwestytyzm często jest mylony z transseksualizmem, w którym jednym z objawów również jest przebijanie się w odzież płci odmiernej. Jest to jednak tylko część szerszego zespołu, w którego skład

³ Na użytek swej klasyfikacji autorzy przyjęli, że za cechę stałą uważają tę, która występuje niezmiennie od co najmniej jednego roku (tzn., że w ciągu roku pacjent miał zawsze to samo psychiczne poczucie przynależności do płci odmiernej).

wchodzą poza tym: poczucie psychiczne płci (niezgodne z budową ciała i narządów płciowych), pragnienie akceptacji społecznej w roli odmiennej płci oraz pragnienie zmiany płci cielesnej poprzez zabieg chirurgiczny. Imieliński podkreśla, że za transwestytów uważa się tylko tych pacjentów, którzy wkładają odzież odmiennej płci z motywacji seksualnych. Skłonności transwestytyczne - jego zdaniem - często występują w połączeniu z innymi zaburzeniami seksualnymi. Stąd wyodrębnia postacie kliniczne transwestytyzmu:

-
-
1. transwestytyzm homoseksualny
 2. transwestytyzm narcystyczny
 3. transwestytyzm automonoseksualny
 4. transwestytyzm ekshibicjonistyczny
 5. transwestytyzm masochistyczny
 6. transwestytyzm aseksualny.
-
-

Wobec istnienia obiektywnych trudności w różnicowaniu transseksualizmu, transwestytyzmu oraz homoseksualizmu, a także przy innych jeszcze trudnościach związanych z różnicowaniem, niektórzy autorzy (Laub i Fisk, 1974; Imieliński i wsp., 1976) proponują, aby dla osób domagających się operacyjnej zmiany płci wprowadzić odrębną grupę nozologiczną, którą nazywają zespołem dezaprobaty płci (*Gender Dysphoria Syndrome*). Wymienieni autorzy zaliczają do tego zespołu transseksualistów, niektórych homoseksualistów i transwestytów, niektórych neurotyków z agresywnym nastawieniem wobec własnych narządów płciowych, niektórych psychotyków z zaburzeniami identyfikacji płciowej oraz socjopatów i psychopatów. Jako cechy różnicujące - dla klasycznego transseksualizmu - autorzy podają następujący zespół cech:

2. stałe, nieodparte pragnienie "bycia kobietą/mężczyzną" - zależnie od stanu faktycznego - co znajduje odbicie w sposobie ubierania się i zachowania oraz w wypełnianiu innych ról społecznych zgodnych z psychicznym poczuciem płci, a niezgodnym ze znamionami ciała,
 3. stałą dążność do przeprowadzenia "zmiany płci" poprzez skomplikowane zabiegi chirurgiczne, zwykle rozumiane następująco: u transseksualistów typu K/M - usunięcie piersi i wytworzenie penisa, natomiast u transseksualistów typu M/K usunięcie penisa, jąder i wytworzenie pochwy i rozwinięcie piersi,
 4. popęd płciowy skierowany do osobników tej samej płci (według znamion ciała) i traktowany przez jednostkę jako heteroseksualny,
 5. brak pozytywnych doznań płynących z posiadanych narządów płciowych zewnętrznych,
 6. w przypadku braku realizacji oczekiwań co do "zmiany płci" poczucie ogromnego cierpienia (myśli i próby samobójcze),
 7. kariotyp prawidłowy i zgodny z posiadanymi znamionami ciała.
-
-

Przy obecnym stanie wiedzy na temat transseksualizmu wszyscy powinniśmy zdawać sobie sprawę z tego, że to, z czym mamy do czynienia w klinice, podobnie jak w schizofrenii i wielu zaburzeniach nerwicowych - to tylko zespół objawów. Nadal brakuje ścisłych kryteriów etiologicznych, które pozwoliłyby na wyodrębnienie podgrup klinicznych. Jeśli wyodrębnia się poszczególne jednostki kliniczne o znanej etiologii, wtedy stosuje się odpowiednią nazwę dla tej jednostki, np. "nadcisnienie wywołane zwężeniem tętnicy nerkowej", przy czym pozostała grupa nadal ma nazwę "nadcisnienia". W Zakładzie Seksuologii i Patologii Więzi Międzyludzkich CMKP w Warszawie, w codziennej praktyce klinicznej, w odniesieniu do przypadków transseksualizmu stosujemy następujące rozpoznanie: "zespół dezaprobaty płci, transseksualizm typu kobieta-mężczyzna lub typu mężczyzna-kobieta" (w zależności od stanu faktycznego)". Przy okazji należy zaznaczyć, że nie tylko seksuologia ma kłopoty ze znalezieniem właściwej terminologii. Uważam jednak, że trudności te należy przezwyciężać i tworzyć standardową

-
-
1. niezgodność między poczuciem psychicznym płci a budową morfologiczno-biologiczną oraz płcią socjalną (metrykalną),

metodologię opisywania przypadków, która zawierałaby podstawowe i konieczne kryteria diagnostyczne, a tym samym byłaby pomocna przy wyborze odpowiedniej metody terapeutycznej. Przy tym trzeba wyjaśnić, że sama decyzja o przeprowadzeniu leczenia chirurgicznego w przypadkach transseksualizmu wymaga, poza kryteriami diagnostycznymi, kryteriów dodatkowych, uwzględniając takie czynniki jak: głębokość i siła motywacji pacjenta, zdolność do radzenia sobie w "nowokreowanej" roli płciowej, możliwość oparcia "duchowego" w bliższym i dalszym otoczeniu czy też środowisku społecznym oraz stabilność emocjonalna pacjenta.

PIŚMIENNICTWO

- Baker H.J.: Transsexualism - problems in treatment. *Amer.J.Psychother.* 1969, 125/10,1412-1418.
- Benjamin H.: Transvestism and transsexualism. *Int.J.Sexol.*,1953,7,12-14.
- Benjamin H.: *The transsexual phenomenon.* New York, 1956.
- Benjamin H.: Transvestism and transsexualism in the male and female. *J.Sex.Res.*1967, 3: 107-127.
- Bender P.M.: A typology of transsexualism: Gender, identity, theory and data. *Arch.Sex.Behav.* 1976, 5: 567-584.
- Buhrich N.: Transvestism in history. *J.Nerv.Ment.*, 1977a, 165,65-67.
- Buhrich N. i McConaghy N.: The discrete syndrome of transvestism and transsexualism. *Arch.Sex.Behav.*1977b, 6, 483-495.
- Buhrich N. i McConaghy N.: Clinical comparison of transvestism and transsexualism: An overview. *Aust. N.Z.J. Psychiat.*1977c, 11, 36-83.
- Buhrich N. i McConaghy N.: Three categories of fetishistic transvestism. *Arch. Sex. Behav.*1979, 2.
- Cauldwell D.: *Psychopathia transsexualis.* Sexology, 1949,16: 274-280.
- Freund K., Steiner B.W. i Chan S.: Two types of cross-gender identity. *Arch.Sex.Behav.*1982,1.
- Golosow N. i Weitzman E.L.: Psychosexual and ego repression in the male transsexual. *J.Nerv.Ment.Dis.* 1968,149,328-336.
- Hirschfeld M.: *Die Transvestiten.* Berlin 1910.
- Hoenig J. i Kenna J.C.: A follow-up study of transsexualist-s. Social and economic aspects. *Psychiat. Clin.*, 1970,3, 85-100.
- Imieliński K., Godlewski J., Lamacz M., Oriowska K. i Szałankiewicz M.: Zespół dezaprobaty płci. *Pol.Tyg. Lek.*,1970, 31/42,1803-1805.
- Imieliński K.: *Zarys seksuologii i seksiatrii.* PZWL, Warszawa 1982.
- Imieliński K., Dulko S.: *Przekleństwo Androgyne. Transseksualizm: mity i rzeczywistość.* PWN, Warszawa 1988.
- Imieliński K., Dulko S.: *Apokalipsa płci.* Glob, Szczecin 1989.
- Imieliński K., Dulko S.: *Zbłąkana płęć.* Almapress, Warszawa1991a.
- Imieliński K., Dulko S.: *Galemiczy seksu.* Almapress, Warszawa 1991b.
- Laub D.R., Fisk M.: A rehabilitation program for gender dysphoria syndrome by surgical sex change. *Plast. Reconstr. Surg.*1975,53,388-403.
- Lukianowicz N.: Survey of various aspects of transvestism in the light of our previous knowledge. *J.Nerv. Ment.Dis.*1959,128,38-64.
- Meyer J.K.: Clinical variants among sex reassignment applicants. *Arch.Sex.Behav.*1974,3,527-558.
- Meyer J.K.: Individual psychotherapy of sexual disabilities. W: *Comprehensive textbook of psychiatry*, pod red. A.M. Freemana, H.I.Kaplana i B.J.Sadocka. Baltimore 1975.
- Meyer J.K.: *Transsexualism: Symptom or identity.* Review of Stoller R.: *Sex and Gender, Vol. II: The Transsexual Experiment* *Contemp.Psychol.*1977,22, 120-121.
- Meyer J.K.: *Towards a theory of gender dysphoria.* Presented at Georgetown University Medical Center 1978.
- Money J.: Serendipities on the sexological pathway to research in gender identity and sex reassignment: *Journal of Psychology and Human Sexuality* 1991, 1.
- Pauly I.B.: The current status of the change of sex operation. *J.Nerv.Dis.*1968,147,460-471.
- Prince V.: Transsexuals and pseudotranssexuals. *Arch.Sex.Behav.*1978,7,4.
- Slavitz H.: *Transsexualism: A radical crisis in gender identity.* W: *Sexuality today and tomorrow: Contemporary issues in human sexuality.* Pod red. S. Gordon i R.W. Libby. Duxbury Press 1976.
- Stoller R.J.: The term "transvestism". *Arch.Gen. Psychiat.* 1971,24,230-237.
- Stoller R.J.: Male transsexualism: Uneasiness. *Amer. J. Psychiat.*1973,130,536-539.
- Wise T.N. i Meyer J.K.: The border area between transvestism and gender dysphoria. *Arch. Sex. Behav.*1980,9, 327-342.

*Autor: Dr Stanisław Dulko, Zakład Seksuologii i Patologii Więzi Międzyludzkich CMKP,
ul. Gen. E. Fieldorfa 40, 04-158 Warszawa.*