

Urojenia zmiany płci i dysmorfofobia w obrazie klinicznym schizofrenii paranoidalnej – opisy przypadków

Delusion of sex change and body dysmorphic disorder in clinical picture of paranoid schizophrenia – case reports

Małgorzata Urban, Jolanta Rabe-Jabłońska

Klinika Zaburzeń Afektywnych i Psychotycznych UM w Łodzi
Kierownik: prof. dr hab. n. med. J. Rabe-Jabłońska

Summary

Aim. The aim of the paper was to present the basic data about delusions of sex change and body dysmorphic disorder and describe two cases of patients with these symptoms and paranoid schizophrenia.

Method. Analysis of the course of illness and medical documentation.

Results. Coexisting of transsexualism and schizophrenia cause a lot of doubt. Moreover, delusions of sex change are probably more frequent than it is thought. It causes that in some cases the differential diagnosis of psychosis and gender identity disorders may be very difficult. Treatment of transsexuals is on one hand connected with expected effects but on the other hand with many serious, often irreversible health consequences. That is why the differential diagnosis of transsexualism and schizophrenia should be made carefully and thoughtfully.

Body dysmorphic disorder can appear as nonpsychotic or psychotic disorder. The delusional variant can cause diagnostic and therapeutical problems as well as diagnostic mistakes. Sometimes people suffering from this disorder can be diagnosed as having schizophrenia. It usually takes place when psychotic symptoms, obsessions and compulsive activities connected with hiding of the imaginary look problem significantly distort everyday functioning.

Conclusions. Rare, atypical psychopathological symptoms can coexist with schizophrenia. In this situation it is necessary to act carefully and precisely to make a proper diagnosis.

Słowa kluczowe: schizofrenia, dysmorfofobia, urojenia zmiany płci

Key words: schizophrenia, body dysmorphic disorder, delusion of sex change

Współistnienie schizofrenii i pewnych rzadkich zaburzeń psychicznych, takich jak np. zaburzenia identyfikacji płciowej (gender identity disorder – GID) czy dysmorfofobia (body dysmorphic disorder – BDD) budzi wiele kontrowersji. Nie wszyscy badacze są zgodni, że taka koincydencja rzeczywiście istnieje. Skłaniają się raczej do postawienia jednoznacznego rozpoznania psychozy. Zdarzają się także odmienne sytuacje, kiedy np. u psychotycznego pacjenta diagnozuje się transseksualizm i staje

się on dzięki temu uprawniony do przejścia pełnego procesu zmiany płci biologicznej, łącznie z poważnymi i często nieodwracalnymi konsekwencjami. Właściwe rozpoznanie w takich przypadkach może być czasem niezwykle trudne, jednakże rzetelna analiza każdego z nich daje możliwość zastosowania właściwej terapii, zmniejszenia cierpień pacjenta i uniknięcia poważnych konsekwencji związanych z postawieniem błędnej diagnozy. Przedstawione poniżej przypadki pacjentek ilustrujące rzadkie, nietypowe objawy psychopatologiczne, są przykładem trudności diagnostycznych, jakie mogą pojawić się w praktyce klinicznej.

Urojenia zmiany płci

Urojenia zmiany płci obserwuje się od dawna w praktyce klinicznej u pacjentów cierpiących na zaburzenia psychotyczne. Zdarza się, że obecność tego objawu psychopatologicznego powoduje duże trudności w różnicowaniu prawdziwego transseksualizmu z zaburzeniami psychotycznymi, a czasem także z obsesjami dotyczącymi ciała (tzw. zaburzenie obsesyjno-kompulsyjne ze słabym wglądem). Ta specyficzna kategoria urojeń, podobnie jak idea „metamorfozy płciowej” w schizofrenii, nie zyskała dotychczas wiele uwagi w piśmiennictwie naukowym. Udało się jednak wyodrębnić 4 typy „pseudotransseksualnych” urojeń w zależności od wypowiedzianych przez pacjenta treści [1]:

- 1 – urojenia braku przynależności do własnej płci („nie jestem mężczyzną/kobietą”)
- 2 – urojenia bycia neutralnym płciowo, braku płci („nie jestem ani mężczyzną ani kobietą”, „jestem nijaki, bezpłciowy”)
- 3 – urojenia przynależności jednocześnie do obu płci („jestem jednocześnie kobietą i mężczyzną”)
- 4 – urojenia przynależności do przeciwnej płci.

Najwięcej kontrowersji wzbudził rzecz jasna ostatni z wymienionych powyżej typów urojeń, ponieważ takie właśnie przekonania są charakterystyczne dla osób transseksualnych. Urojenia zmiany płci są powszechnie uważane za rzadki objaw psychopatologiczny, jednakże zarówno wyniki nielicznych badań naukowych, jak i niektóre obserwacje kliniczne wydają się temu przeczyć. Gittleson i Levine [2] wykazali obecność takich urojeń u 25% mężczyzn chorych na schizofrenię; podobne wyniki uzyskano w kolejnym badaniu dotyczącym kobiet z rozpoznaniem schizofrenii [3]. Bower [4] opisuje natomiast, że w swojej praktyce często spotykał się z chorymi, u których pseudodysforia płciowa i żądania zmiany płci okazywały się maską psychozy. Commander i Dean [5] uważają, że u 1 na 5 chorych na schizofrenię występuje urojeniowe przekonanie, że jest osobą o odmiennej płci. W codziennej praktyce podobne objawy są jednak znacznie rzadziej opisywane. Rozpowszechnienie ich wymaga dalszych badań, nie można jednak wykluczyć, że przynajmniej część pacjentów, obawiając się krytyki czy negatywnej oceny, nie przyznaje się do nich. Zdarza się, że urojenia zmiany płci współistnieją z genitalnymi omamami czuciowymi, mogącymi przybierać postać od prostych wrażeń (np. pieczenie) po niezwykle doznania zmysłowe. Pacjent może np. mieć wrażenie, że jest w niewidzialny sposób molestowany seksualnie [1]. W badaniach

Gittleson i wsp. [2, 3] wśród chorych na schizofrenię 44% kobiet i 30% mężczyzn przyznało się do przeżywania nieprawidłowych, niezwyklej doznań czuciowych w obrębie genitaliów. Tego typu doznania omamowe oraz urojeniowe przekonania o przynależności do odmiennej płci są zwykle obserwowane w ostrej fazie psychozy. Mogą one jednak przetrwać i utrzymywać się w okresie poprawy [5]. Z tego powodu zdarza się, że chorzy na schizofrenię domagają się dokonania drastycznych zmian w swoim wyglądzie [1]. Opisywano również przypadki autokastracji [6].

Możliwość współistnienia schizofrenii i transseksualizmu budzi bardzo wiele kontrowersji. Jest to widoczne nie tylko w wypowiedziach różnych badaczy na łamach prasy naukowej [7], ale także w DSM-IV i ICD-10. Aktualna wersja DSM dopuszcza możliwość współistnienia z transseksualizmem innych zaburzeń psychicznych, w tym psychozy [8]. W ICD-10 transseksualizm można rozpoznać tylko po wykluczeniu innych zaburzeń psychicznych [9]. Wiedza o współistnieniu transseksualizmu i schizofrenii jest znikoma. Znakomita większość publikacji na ten temat to prace kazuistyczne [10, 11, 12]. W wielu przypadkach przekonania i pragnienia transseksualne ustępowały lub istotnie się zmniejszyły po zastosowaniu leczenia przeciwpsychotycznego [13, 14, 15]. Borrás i wsp. [1] przedstawili dramatyczny opis pacjenta od wielu lat chorującego na schizofrenię paranoidalną, który po wielu latach starań przeszedł hormonalną i operacyjną terapię zmiany płci, po której obserwowano krótkotrwałą poprawę samopoczucia. Jednakże po kilku miesiącach przestał przyjmować preparaty hormonalne i zażądał kolejnej operacji, dzięki której ponownie stanie się mężczyzną. Twierdził, że chciałby być hermafrodytą, aby, w zależności od aktualnego pragnienia, mieć narządy płciowe męskie lub kobiece. Był wrogo nastawiony do chirurgów, którzy przeprowadzili zabieg operacyjny. W trakcie terapii kłozapiną uzyskano częściową poprawę jego stanu psychicznego i złagodzenie pragnień pseudotransseksualnych, jednakże każdorazowa konfrontacja z nieodwracalnością przeprowadzonej terapii prowadziła do zaostrzenia się objawów choroby, łącznie z występowaniem myśli suicydalnych.

Przekonania i pragnienia transseksualne opisywano także w innych zaburzeniach i chorobach psychicznych. Habermeyer i wsp. [16] przedstawili np. przypadek mężczyzny chorującego na zaburzenie afektywne dwubiegunowe (ChAD) z jednoczesnym rozpoznaniem GID. Transseksualne pragnienia ujawniał już od dzieciństwa, ale ich nasilenie miało charakter falujący w zależności od fazy ChAD – dominowały w okresie epizodów maniakałnych i hipomaniakałnych. Opisano także odmienny przypadek, w którym pacjent nabierał dystansu do pragnień zmiany płci właśnie w epizodach maniakałnych [17]. Objawy odpowiadające GID obserwowano także u pacjentów z osobowością mnogą [18] oraz zaburzeniem obsesyjno-kompulsyjnym [19].

Opis przypadku

Pacjentka, lat 56, leczona psychiatrycznie od 1973 r. (od 20 r.ż.) z powodu schizofrenii paranoidalnej, jednakże dane z wywiadu wskazują, że objawy choroby pojawiły się już 2 lata wcześniej. Była 25 razy hospitalizowana psychiatrycznie – pierwszy raz w 1975 r. Ma wykształcenie średnie ogólne, jest panną, mieszka z rodzicami. Ma troje rodzeństwa – 2 braci i siostrę. Nikt w jej rodzinie nie chorował psychicz-

nie. Z wywiadu od rodziny wiadomo, że pacjentka zmieniła się w 18 r. ż. Zaczęła izolować się od otoczenia, niechętnie nawiązywała kontakt z rówieśnikami, zaczęła się dziwnie i nieadekwatnie zachowywać, twierdziła, że ma w sobie „siły dobra i zła”, odmawiała przyjmowania posiłków. Opowiadała, że widzi zmienione ludzkie twarze – „jakby miały maski”, ujawniała nastawienie urojeniowe wobec członków rodziny – mówiła, m.in., że ojciec jest szatanem i chce ją zabić. Wypowiadała także urojenia religijne i posłannicze. W czasie pierwszej hospitalizacji, po zastosowaniu farmakoterapii, wszystkie objawy wycofały się. Podczas kolejnych pobytów w szpitalu obserwowano podobny do opisanego powyżej obraz choroby. Pacjentka często była pobudzona psychoruchowo, zaczepna, wulgarna, agresywna słownie i fizycznie. Za każdym razem, podczas kolejnych hospitalizacji, twierdziła również, że od 5 r.ż. była chłopcem, nadal czuje się mężczyzną i tak naprawdę nigdy nie była kobietą. Mówiła, że ma ciało kobiety, ale psychikę mężczyzny. Wypowiadała się w formie męskiej, nosiła męskie stroje i fryzurę, przybrała męskie imię i wymagała od personelu szpitala i innych chorych, aby właśnie tak się do niej zwracano. Mówiła, że mężczyzną czuje się od dawna i w tej roli jest szczęśliwa. Często adorowała i zaczepiała inne kobiety, ale kiedy zwracano jej uwagę – mówiła, że nic im nie robi, ponieważ jest mężczyzną, a mężczyźni nie krzywdzą kobiet. W trakcie licznych hospitalizacji przeszła wiele kuracji lekami przeciwpsychotycznymi (m.in. haloperidol, lewomepromazyna, perfenazyna, chlorprotiksen, perazyna, kłozapina, olanzapina), które, po uzyskaniu poprawy, często samowolnie przerywała. Z dokumentacji medycznej wynika, że po zastosowaniu farmakoterapii objawy psychotyczne ustępowały lub ich nasilenie istotnie się zmniejszało, a pacjentka stawiała się wobec nich częściowo krytyczna. Jedynym objawem, wobec którego pozostawała bezkrytyczna, i który nigdy całkowicie nie ustąpił, było poczucie przynależności do płci męskiej, choć nasilenie tych przekonań miało charakter falujący. W dostępnej dokumentacji medycznej nie odnaleziono żadnej wzmianki na temat ewentualnych żądań lub starań pacjentki o zmianę płci biologicznej. Mimo prezentowanego podczas pobytów w szpitalu zainteresowania seksualnego płcią żeńską, wiadomo, że przynajmniej w początkowym okresie choroby, utrzymywała kontakty seksualne z mężczyznami.

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

Opisany powyżej przypadek ilustruje przetrwałe urojeniowe przekonania o przynależności do odmiennej płci. Pacjentka nigdy nie była szczegółowo diagnozowana w kierunku zaburzeń identyfikacji płci. W dostępnej dokumentacji medycznej brakuje danych przemawiających za jakimikolwiek działaniami mającymi na celu zmianę płci biologicznej, co więcej – pacjentka nigdy nie werbalizowała takich zamiarów.

Swoje „transseksualne” przekonania relacjonowała w sposób stereotypowy, nie rozwijając wątku. Nasilenie objawu miało charakter falujący i zmniejszało się wraz z ustępowaniem innych symptomów schizofrenii. Nasilenie i obraz kliniczny objawów obserwowanych u pacjentki zdecydowanie przemawia za psychotycznym podłożem jej „transseksualnych” przekonań, które nie spełniały kryteriów diagnostycznych transseksualizmu zawartych ani w ICD-10 (wykluczeniem jest już sama obecność psychozy!), ani w DSM-IV. Mimo tego, należy podkreślić, że pacjentka była obserwowana głównie w okresach wyraźnego zaostrzenia się objawów schizofrenii, zatem nie można wykluczyć, że jej pseudotransseksualne przekonania mogły budzić wątpliwości diagnostyczne w okresie, kiedy ustępowały inne objawy psychozy. Od 2004 r. nie była hospitalizowana, nie ma też danych na temat jej dalszego leczenia ambulatoryjnego.

Dysmorfofobia

Dysmorfofobię (body dysmorphic disorder – BDD) rozpoznajemy wówczas, gdy stwierdzamy:

- 1 – nadmierne zaabsorbowanie wyimaginowanym lub realnie istniejącym, niewielkim defektem w swoim wyglądzie,
- 2 – zaabsorbowanie defektem powodującym cierpienie lub istotne zaburzenia funkcjonowania społecznego na wszystkich polach,
- 3 – objawy nie wynikające z innych zaburzeń psychicznych [8, 9].

W zależności od przeprowadzonych badań, podaje się, że BDD dotyczy 0,7–2,3% populacji ogólnej, ale uważa się, że w selektywnych grupach psychiatrycznych (np. w schizofrenii) rozpowszechnienie zaburzeń jest być może większe, w zależności od rodzaju grupy badanej [20, 21].

Etiologia BDD ciągle jest niejasna. Uważa się, że zaburzenie to jest heterogenne i w jego powstaniu znaczenie mają zarówno czynniki psychologiczne, jak i neurobiologiczne. W pewnych przypadkach może to być uwarunkowanie genetyczne. Wyniki leczenia farmakologicznego wskazują na zaburzenia neuroprzekąźnictwa serotoninerгіcznego, a także być może dopaminergicznego, natomiast kombinacja, stwierdzonych w badaniach neuroobrazowych, dysfunkcji w obwodzie podkorowym czołowym i obszarach korowych prawego płata skroniowego, płatów ciemieniowych i struktur limbicznych odpowiada zarówno za symptomy BDD, jak i specyficzne zaburzenia funkcji poznawczych [21, 22, 23].

Wiadomo, że BDD może mieć postać niepsychotyczną i psychotyczną, które są klasyfikowane w DSM-IV jako odrębne zaburzenia, odpowiednio: zaburzenia somatopodobne i zaburzenia urojeniowe, typ somatyczny [8]. Dostępne informacje pokazują, że obydwie formy BDD mają wiele podobieństw i zdaniem większości badaczy różnicuje je przede wszystkim spektrum wglądu oraz funkcjonowanie społeczne, zwykle istotnie bardziej zaburzone w nasilonych wariantach urojeniowych BDD [24, 25, 26]. Co więcej, wydaje się, że możliwe jest przechodzenie jednego wariantu w drugi, czasem zależnie od stosowanego leczenia, ale także niezależnie od terapii, być może w związku ze zmianą sytuacji życiowej pacjentów. Nowsze badania, w których oceniano urojeniowe myślenie w BDD za pomocą Brown Assessment of Beliefs Scale

(BABS), potwierdziły brak wglądu u cierpiących na dysmorfofobię pacjentów, silne urojeniowe przekonania o defekcie wyglądu i o tym, że wszyscy widzą ten defekt, zwracają nań szczególną uwagę, co było najważniejszym powodem ich pozostawania w izolacji [27, 28].

Model ciągłego lub wymiarowego (continuum, dimensional model) rozwoju urojeń, proponowany również dla rozumienia tych objawów w przebiegu innych zaburzeń, np. w schizofrenii, uznaje, że urojenia rozwijają się raczej stopniowo niż w sposób: „wszystko albo nic” [29, 30]. Podobnie dzieje się w urojeniowej postaci BDD, ale także w urojeniowej postaci OCD (zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego), hipochondrii, jadłowstrętu psychicznego, zaburzeń nastroju [31, 32]. Nadal jednak bez odpowiedzi pozostaje ważne pytanie, dlaczego tylko niektórzy pacjenci tracą wgląd i rozwijają się u nich warianty psychotyczne tych zaburzeń.

Interesujące jest to, że postać urojeniowa, wbrew oczekiwaniom, często poprawia się istotnie po leczeniu tylko lekami działającymi na układ serotonergiczny, np. z grupy SSRI, po klomipraminie, a czasem tylko po CBT, lub po terapii łącznej, a z reguły efekty leczenia przeciwpsychotycznego są gorsze [21, 33, 34].

Postać psychotyczna BDD bywa źródłem pomyłek diagnostycznych i zdarza się, że osoby na nią cierpiące otrzymują diagnozę schizofrenii, szczególnie wówczas, gdy nasilone urojenia somatyczne prowadzą do wycofania się z relacji, a nasilenie natrętnych myśli na temat wyolbrzymionego, realnie istniejącego lub wyimaginowanego defektu w wyglądzie, oraz natrętne czynności związane z jego sprawdzaniem, maskowaniem itd. zajmują większość aktywności i uniemożliwiają prawidłowe funkcjonowanie w różnych rolach. Trzeba też zaznaczyć, że w wielu wcześniejszych pracach uważano BDD za prodrom schizofrenii lub jej specyficzny kliniczny wariant [32]. Jeszcze większe trudności diagnostyczne pojawiają się wówczas, gdy występują dodatkowo inne objawy psychotyczne, np. halucynacje słuchowe (głosy mówiące o brzydocie danej osoby czy też nakazujące zabicie się z tego powodu – „tak brzydki człowiek nie powinien istnieć”). Właśnie te przypadki stanowią największy problem diagnostyczny i wielu badaczy sądzi, że są rzadko występującym współistnieniem BDD i schizofrenii czy też zaburzeń schizoafektywnych [21]. Przykładem na istnienie takiej możliwości jest opis poniższego przypadku.

Opis przypadku

Pacjentka, lat 17, jedynaczka, sprawna intelektualnie, zawsze wycofana, mająca od wczesnego dzieciństwa duże trudności w nawiązywaniu relacji z ludźmi, przede wszystkim z rówieśnikami, nie cierpiąca z tego powodu, zdaniem rodziców od dziecka „nad wiek poważna”, skryta, słabo i bardzo rzadko ujawniająca emocje, ponad pół roku temu zaczęła wypowiadać przekonanie, że jej włosy (nie odbiegające w kolorze, gęstości, strukturze od przeciętnych w populacji) są szczególnie brzydkie. Spędzała coraz więcej czasu przed lustrem, układając kolejne fryzury, lecz żadna jej nie satysfakcjonowała. Najpierw używała licznych spinek, gumek, potem domagała się od rodziców kupienia treski, a w końcu peruki. Coraz niechętniej chodziła do szkoły, unikała innych wyjść z domu, nawet w towarzystwie rodziców. Wielokrotnie w ciągu

dnia sprawdzała swoje odbicie w lustrze, wypytywała matkę o to, jak wyglądają jej włosy. Początkowo bywały dni lepsze i gorsze, czasem nawet była krytyczna wobec stanu swych włosów, przyznawała, że „przesadza”. Stopniowo jednak systematycznie narastająca aktywność związana z wyglądem zaczęła jej uniemożliwiać wywiązanie się z zadań wynikających z nauki w LO. W końcu zaczęła odmawiać wychodzenia z domu i kontaktu z innymi ludźmi, albowiem uważała, że wszyscy widzą „brzydotę jej włosów”, mówią o tym, śmieją się z niej z tego powodu. Jednocześnie stała się smutna, drażliwa, a nawet agresywna słownie wobec rodziców, którzy odmawiali kupienia peruki. Zaczęła być przekonana, że z jakichś nieznanych jej powodów działają przeciwko niej. Przestała uczęszczać do szkoły, źle sypiała, czas spędzała na tworzeniu coraz bardziej dziwacznych fryzur, które jej zdaniem nieco poprawiały jej wygląd, choć tak naprawdę z powodu swojej niezwykłości zwracały uwagę. Używała licznych szamponów, czasem kilka razy w ciągu jednego dnia. Wypowiadała również myśli samobójcze, uważała, że nie może żyć z „takimi włosami”. Pojawiły się również halucynacje słuchowe, słyszała głosy ludzi, dobiegające z ulicy, którzy śmiali się z jej włosów. Kiedy rodzice zaprzeczali temu, podejrzewała ich o spisek z tymi osobami. „Głosy w głowie” kazały jej układać włosy w określony sposób i namawiały ją czasem do odebrania sobie życia (pseudohalucynacje słuchowe). Pojawił się zmienny nastrój w ciągu dnia. W końcu zaczęła zasłaniać okna swojego mieszkania znajdującego się na 5 piętrze, bo czuła, że jest obserwowana i wyśmiewana przez bliżej nieokreślone osoby. Narastał niepokój, pojawiły się dziwaczne wypowiedzi o powodach brzydoty włosów: „to kara”, „to wynik działania jakichś wrogich osób, może rodziny”.

Prześledzenie historii pacjentki pozwoliło na postawienie hipotezy rozwoju zaburzeń psychicznych. Pacjentka z cechami osobowości schizoidalnej w okresie późnej adolescencji zaczęła prezentować symptomy początkowo BDD, potem wariantu urojeniowego BDD, a w końcu przyjęto, że liczba i różnorodność objawów psychotycznych wykracza poza wariant urojeniowy BDD i postawiono również rozpoznanie schizofrenii paranoidalnej (zgodnie z kryteriami ICD-10). Pacjentka była leczona kwetiapiną w dawce średniej 500 mg/dobę. Nastąpiła wyraźna poprawa jej stanu psychicznego, zniknęły wszystkie objawy psychotyczne. Nadal pozostały objawy miernie nasilonego, niepsychotycznego BDD. Mówiła o brzydocie swoich włosów, lecz często przyznawała, że pod tym względem „jest przewrażliwiona”. Działania, które w związku z tym podejmowała, miały jednak całkiem już inny charakter – obcięła i ufarbowała włosy u dobrego fryzjera. Nie występowały wahania nastroju, relacjonowała go jako obojętne. Pojawiły się natomiast wyraźne objawy negatywne: istotnie ograniczała kontakty społeczne, rzadko spontanicznie rozmawiała z rodzicami. Choć wyraźnie zmniejszyło się nasilenie myśli i czynności natrętnych, skarżyła się na duże trudności w skupieniu uwagi, zrobiła się mało aktywna, nie powróciła do wcześniejszych zainteresowań. Nie uważała siebie za osobę chorą.

Podsumowanie

Opisane powyżej przypadki pokazują, że w praktyce klinicznej istnieją często poważne trudności w postawieniu właściwej diagnozy w przypadku współistnienia

objawów psychotycznych i objawów innych zaburzeń psychicznych, wyodrębnionych w systemach diagnostycznych. Możliwe są różne warianty: objawy innych zaburzeń stanowią integralną składową psychozy (przypadek 1) lub współistnieją objawy dwóch zaburzeń, z których jedno nasila się w okresie ostrej psychozy (przypadek 2). Tylko umiejętne rozróżnienie tych dwóch sytuacji pozwala na podjęcie właściwych działań terapeutycznych.

Бред изменения пола и дисморфофобия в клинической картине параноидальной шизофрении – описания наблюдений

Содержание

Задание. Представление основной информации, относящихся к бреду изменения пола и дискомфорта, а также описание двух наблюдений пациенток. Больные женщины указывали на такие симптомы, на основании которых была у них диагностирована параноидальная шизофрения.

Метод. Анализ течения болезни и медицинской документации пациенток.

Результаты. Сосуществование транссексуализма и шизофрении пробуждает много controversий. Бред изменения пола, повидимому, более частые, нежели обычно считаются. Это обстоятельство приводит к факту, что дифференциация между психозом и нарушениями идентификации пола могут быть, в некоторых случаях, очень трудными. Лечение больных с диагнозом транссексуализма связывается не только с эффектами ожидаемыми больными, а также со многими серьезными, часто необратимыми консенквенциями в состоянии здоровья. Поэтому, дифференциальная диагностика транссексуализма, нарушений идентификации половой принадлежности и шизофрении должна быть проводима с большой осторожностью и размышлением чтобы минимализовать риск ошибочного диагноза, а тем самым не подвергать пациента на серьезные последствия проводимой терапии.

Дисморфофобия может появляться в непсихотической и психотической формах. Диагностической проблемой, а также и лечебной может быть, прежде всего, бредовой вариант, который бывает источником диагностических ошибок. Иногда бывает, что больные с такими симптомами диагностируются как шизофреники. Это встречается особенно в тех случаях, когда психотические симптомы и obsessивные мысли и деятельности, связаны с маскированием псевдодефекта красоты и существенным образом нарушают ежедневное существование.

Выводы. Редкие атипичные симптомы или синдромы психопатологического характера могут сосуществовать со шизофренией. В таких случаях необходимым является докладное и осторожное диагностирование болезни.

Wahnhafte Geschlechtsänderung und Dymorphophobie im klinischen Bild paranoider Schizophrenie – Fallbeschreibung

Zusammenfassung

Ziel. Die Darstellung der Grundinformationen zur wahnhaften Geschlechtsänderung und Dymorphophobie und die Darstellung von zwei Fällen der Patientinnen, bei denen solche Symptome erschienen und bei denen paranoide Schizophrenie diagnostiziert wurde.

Methode. Die Analyse des Krankheitsverlaufs und der medizinischen Dokumentation der Patientinnen.

Ergebnisse. Die Komorbidität von Transsexualismus und Schizophrenie ist sehr kontroversiv. Die wahnhafte Geschlechtsänderung ist wahrscheinlich häufiger als man glaubt. Es ist die Ursache dafür, dass die Unterscheidung zwischen der Psychose und den Störungen der Geschlechtsidentifizierung in manchen Fällen sehr schwer sein kann. Die Behandlung der Personen mit dem diagnostizierten Transsexualismus hängt nicht nur mit dem vom Patienten erwarteten Effekt zusammen, sondern

auch mit vielen ernsthaften, meist unabwendbaren gesundheitlichen Folgen. Aus diesem Grund soll die Unterscheidungsdiagnostik von Transsexualismus, Störungen der Geschlechtsidentifizierung und der Schizophrenie mit großer Vorsicht und mit Bedacht geführt werden, um das Risiko einer Fehldiagnose zu minimalisieren und den Patienten nicht den ernsthaften Folgen der angewandten Therapie aussetzen.

Die Dysmorphophobie kann vom psychotischen und nicht psychotischen Typ sein. Das diagnostische und therapeutische Problem kann vor allem der Wahn sein, der die Ursache von diagnostischen Fehlern bildet. Manchmal wird bei den Personen, die darunter leiden, die Diagnose Schizophrenie gestellt. Es kommt besonders dann vor, wenn die psychotischen Symptome, Gedanken und die Tätigkeiten, die mit dem Maskieren des scheinbaren Schönheitsdefekts verbunden sind, im Wesentlichen das tägliche Funktionieren stören.

Schlussfolgerungen. Die seltenen, nicht typischen psychopathologischen Symptome können mit Schizophrenie komorbid sein. In solchen Fällen ist es notwendig die Diagnose vorsichtig und ausführlich zu stellen.

Les illusions du changement de sexe et la dysmorphobie dans l'image clinique de la schizophrénie paranoïde – description de deux cas

Résumé

Objectif. Présenter les données fondamentales touchant les illusions du changement de sexe et la dysmorphobie et décrire les cas de deux patientes souffrant de ces troubles et diagnostiquées – schizophrénie paranoïde.

Méthode. On analyse le cours de maladie et la documentation médicale des patientes.

Résultats. La coexistence du transsexualisme et de la schizophrénie cause toujours des controverses. Les illusions du changement de sexe sont probablement plus fréquentes que l'on le pense. Il en résulte que la différenciation diagnostique de la psychose et des troubles de l'identification sexuelle reste difficile dans certains cas particuliers. Le traitement du transsexualisme se lie non seulement avec les effets attendus par les patients mais aussi avec plusieurs, très graves conséquences, souvent irréversibles. C'est pourquoi le diagnostic du transsexualisme, de troubles de l'identification sexuelle et de la schizophrénie doit être attentif et prudent pour minimaliser le risque du faux diagnostic et des conséquences irréversibles de la thérapie appliquée. La dysmorphobie peut être psychotique et non-psychotique. La version avec les illusions cause des problèmes diagnostiques et thérapeutiques aboutissant au mauvais diagnostic. Parfois les patients souffrant de ces troubles sont diagnostiqués- « la schizophrénie ». Il en est ainsi dans le cas où les symptômes psychotiques, les obsessions et les compulsions, liés avec le camouflage du faux défaut de la beauté troublent fortement le fonctionnement quotidien.

Conclusions. Les symptômes rares, atypiques ou les syndromes psychopathologiques peuvent coexister avec la schizophrénie. Dans ces cas il faut être prudent et précis dans le diagnostic.

Piśmiennictwo

1. Borrás L, Huguelet Ph, Eytan A. *Delusional 'pseudotranssexualism' in schizophrenia*. Psychiatry 2007; 70 (2): 175–179.
2. Gittleson NL, Levine S. *Subjective ideas of sexual change in male schizophrenics*. Brit. J. Psychiatry 1966; 112: 779–782.
3. Gittleson NL, Dawson-Butterworth K. *Subjective ideas of sexual change in female schizophrenics*. Brit. J. Psychiatry 1967; 113: 491–494.
4. Bower H. *The gender identity disorder in the DSM-IV classification: a critical evaluation*. Aust. NZ J. Psychiatry 2001; 35: 1–8.
5. Commander M, Dean C. *Symptomatic transsexualism*. Brit. J. Psychiatry 1990; 156: 894–896.

6. Gössler R, Vasely C, Friedrich MH. *Autocastration of a young schizophrenic man*. Psychiatr. Prax. 2002; 29 (4): 214–217.
7. à Campo J, Nijman H, Merckelbach H, Evers C. *Psychiatric comorbidity of gender identity disorders: a survey among Dutch psychiatrists*. Am. J. Psychiatry 2003; 160: 1332–1336.
8. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Washington DC: American Psychiatric Association; 1994.
9. *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zachowania ICD-10*. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne. Kraków–Warszawa: Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, IPIŃ; 1997.
10. Caldwell C, Keshavian M. *Schizophrenia with secondary transsexualism*. Can. J. Psychiatry 1991; 36: 300–301
11. Brüne M. *Wahnhafter „Pseudotranssexualism” bei schizophrenener*. Psychosoc. Psychiatr. Prax. 1996; 23: 246–247.
12. Hashimoto M. *Therapy of case of psychotic personality organization manifesting gender identity disorder*. Tokai J. Exp. Clin. Med. 1992; 17 (5–6): 205–212.
13. Baltieri DA, de Andrade AG. *Schizophrenia modifying the expression of gender identity disorder*. J. Sex. Med. 2009; 6 (4): 1185–1188.
14. Campo JM, Nijman H, Evers C, Merckelbach HL, Decker I. *Gender identity disorders as a symptom of psychosis, schizophrenia in particular*. Ned. Tijdschr. Geneesk. 2001; 29; 145 (39): 1876–1880.
15. Puri BK, Singls I. *The succesful treatment of a gender dysphoric patient with pimozide*. Aust. NZ J. Psychiatry 1996; 30: 422–425.
16. Habermeyer E, Kamps I, Kawohl W. *A case of bipolar psychosis and transsexualism*. Psychopathol. 2003; 36: 168–170.
17. O’Gorman EC. *The effect of psychosis on gender identity*. Brit. J. Psychiatry 1980; 136: 314–315.
18. Modestin J, Ebner G. *Multiple personality disorder manifesting itself under the mask of transsexualism*. Psychopathol. 1995; 28 (6): 317–321.
19. Marks I, Green R, Mataix-Cols D. *Adult gender identity disorder can remit*. Comprehens. Psychiatry 2000; 41 (4): 273–275.
20. Otto WM, Wilhelm S, Cohen LS, Harlow BI. *Prevalence of body dysmorphic disorder in a community sample of women*. Am. J. Psychiatry 2001; 158: 2061–2063.
21. Rabe-Jabłońska J. *Dysmorfofobia. Obraz kliniczny, kryteria rozpoznawania, rozpowszechnienie, przebieg, leczenie*. Psychiatr. Pol. 1998; XXXII: 133–142.
22. Philips KA. *The broken mirror: understanding and treating body dysmorphic disorder*. New York: Oxford University Press; 1996.
23. Tranel D. *Functional neuroanatomy, neuropsychological correlates of cortical and subcortical damage*. W: Yudofsky SC, Hales RE, red. Neuropsychiatry. Washington: American Psychiatric Association; 1992, s. 71–78.
24. Philips KA. *Psychosis in body dysmorphic disorder*. J. Psychiatric. Res. 2004; 38; 1: 63–72.
25. Philips KA. *Delusional vs nondelusional body dysmorphic disorder*. Poster presentations and abstracts. Brown Brain Science Research Day. Providence: Brown University School of Medicine; 1997.
26. Philips KA. *A comparison of delusional and nondelusional; body dysmorphic disorder in 100 cases*. Psychopharmacol. Bull. 1994; 30: 179–186.
27. Browmen-Minter O, Lydiard RB, Philips KA. *Body dysmorphic disorder in patients with anxiety disorders and major depression*. Am. J. Psychiatry 1995; 152: 1665–1667.

28. Eisen JL, Philips KA, Baer L, Beer DA, Atala KD, Rasmussen SA. *The Brown Assessment of Beliefs Scale: reliability and validity*. Am. J. Psychiatry 1998; 155: 102–106.
29. Kendler KS, Glazer WM, Morgenstern H. *Dimensions of delusional experience*. Am. J. Psychiatry 1982; 140: 466–469.
30. Strauss JS. *Hallucinations and delusions as points on continua function*. Arch. Gen. Psychiatry 1969; 21: 581–586.
31. Eisen JL, Rasmussen SA. *Obsessive-compulsive disorder with psychotic features*. J. Clin. Psychiatry 1993; 54: 373–379.
32. Fisher S. *Body image in neurotic and schizophrenic patients*. Arch. Gen. Psychiatry 1966; 15: 91–100.
33. Hollander E, Liebowitz MR, Winchel R, Klumker A, Klein DF. *Treatment of body dysmorphic disorder with serotonin reuptake blockers*. Am. J. Psychiatry 1986; 146: 768–770.
34. Sonderheimer A. *Clomipramine treatment of delusional disorder, somatic type*. J. Am. Acad. Child Adolesc. Psychiatry 1988; 27: 188–192.

Adres: Małgorzata Urban
Klinika Zaburzeń Afektywnych i Psychotycznych
92-216 Łódź, ul. Czechosłowacka 8/10

Otrzymano: 20.09.2009
Zrecenzowano: 1.03.2010
Otrzymano po poprawie: 28.05.2010
Przyjęto do druku: 12.07.2010

ARCHIVES OF PSYCHIATRY AND PSYCHOTHERAPY

VOLUME 12 ISSUE 3 SEPTEMBER 2010

- 5 **Interpersonal behaviour and BPD. Are specific interpersonal behaviours related to borderline personality disorder? An empirical study using the Core Conflictual Relationship Theme Standard Categories.**
Martin Drapeau, John Christopher Perry, Annett Körner
- 11 **Mental disorders and psychoactive substance use in metropolitan late adolescent population: assessment of prevalence with self-report scales**
Renata Modrzejewska, Jacek Bomba
- 21 **Contemporary tendencies in infants and toddlers psychotherapy**
Lidia Popek
- 27 **Application of group psychotherapy in the treatment of adolescent girls and women with anorexia nervosa (a model of therapeutic work conducted in the “Dąbrówka” Neurosis and Eating Disorders Centre – author’s own experience)**
Bernadetta Izydorczyk, Elżbieta Niziołek
- 37 **Psychiatrist’s opinions on somatic health in patients with schizophrenia – results of a Polish nationwide study**
Andrzej Kiejna, Andrzej Czernikiewicz, Tomasz Adamowski
- 47 **Prevalence of subjectively assessed symptoms of sexual disorders in schizophrenia. Preliminary report.**
Andrzej Kokoszka, Mona Abd El Aal, Aleksandra Jodko, Agnieszka Kwiatkowska
- 57 **Pilot study of KON-2006 in the Czech Republic**
Veronika Ježková, Petra Matulová
- 63 **Self perception among patients with multiple sclerosis**
Karolina Korwin-Piotrowska, Teresa Korwin-Piotrowska, Jerzy Samochowiec
- 69 **Reducing stigma of criminal insanity**
Andrew Axer, Robert C. Beckett, Jennifer Jones