

TRANS LIDI A RYBY ANEB V MOŘI GENDEROVÉ ROZMANITOSTI

Transsexuals and fishes or In a sea of gender diversity

Adam Suchý

Ordinace klinické psychologie, Prostějov, CZ; email: psycholog@adamsuchy.cz

Psychoterapie. 14 (2), 136–146; ISSN 1802-3983

ABSTRAKT

Článek představuje základní diagnostické a terapeutické přístupy k transsexuálům, přičemž autor prezentuje vlastní pohled Gestalt terapeuta na celou problematiku. Zároveň varuje před diferenciatně diagnostickými omyly a moderními trendy rychlých diagnóz a zahájení tranzice v co neútlejším věku. Zamýšlí se také nad tím, zda skutečně existuje až 100 různých způsobů, jakými lze popsat tzv. gender, a nakolik dochází k zaměňování klinické a populární terminologie, a také k legitimizaci psychopatologie. Článek se pokouší mj. vymezit roli psychoterapeutů v této problematice nejen na poli odbornosti, ale také v širším sociálním kontextu. A nakonec si klade i otázku, zda stále platí až nápadně nízká prevalence poruch pohlavní identity, nebo dochází k dosud nezmapovanému nárůstu. A zda se stále ještě vzhledem k výzkumům jedná o poruchy duševní nebo spíše biologické, nebo dokonce o biologicko-environmentální, jejichž komplexitu kvůli tzv. systémové slepotě přehlízíme.

Klíčová slova: transsexualita, poruchy pohlavní identity, gender, tranzice, gestalt psychoterapie

ABSTRACT

The article presents basic diagnostic and therapeutic approaches to transsexuals. The author presents his own view of the Gestalt therapist on the whole issue. At the same time it warns against differential diagnostic errors and modern trends in rapid diagnosis and the initiation of transition at an early age. It also consider whether there are really up to 100 different ways of describing gender and the extent to which clinical and popular terminology are confused, as well as legitimizing psychopathology. The article also attempts to define the role of psychotherapists not only in the field of expertise but also in the wider social context. Finally it wanders whether the prevalence of gender identity disorders (GID) is still noticeably low or there is an uncharted increase. And whether research is still a mental disorder, or rather a biological one, or even a biological-environmental one, whose complexity is overlooked due to the so-called systemic blindness.

Key words: transsexuality, gender identity disorders (GID), gender, gender transition, gestalt psychotherapy

Podle některých moderních zdrojů existuje až 100 různých způsobů, jakými lze

popsat tzv. gender (Brito, 2019; Höschl, 2018 etc.). Otázkou ale je, zda tento trend skutečně přispívá k osvobození lidské duše z rigidních okovů tradičního rozdělení pohlaví, nebo odborníky i jejich klienty ta rozmanitost v moři identit naopak pomalu začíná táhnout ke dnu?

Nejprve je třeba překonat vlny způsobené nepřesnými překlady a terminologickými zmatky. Slovo *gender* bychom nejlépe přeložili jako *rod* a odráží společenskou roli jedince, je to sociální konstrukt. Jako takový může být mj. neustále přetvářen a doplňován. Oproti tomu *pohlaví* vychází z biologických základů a mnoho prostoru pro novátorství nenabízí. Můžeme se setkat s mužským a ženským pohlavím, a pak už jen s intersexuálem, tedy hermafroditem.

Cyril Höschl (Höschl, 2018) k tématu na různých místech uvádí, že pohlavní diferenciace probíhá na několika na sobě nezávislých úrovních: chromozomální (chromozomy XX nebo XY), gonadální (varlata nebo vaječníky), genitální (penis nebo děloha a pochva), hypotalamické (mužská nebo ženská hormonální soustava) a psychické (identita a gender). Pokud je navzájem zkombinujeme, můžeme údajně získat úctyhodných 63 variant pohlaví, ale je třeba si uvědomit, že v případě nesouladu faktorů určujících pohlavní diferenciaci se jedná o patologické odchylky v biologickém vývoji, a tedy o odbornou lékařskou problematiku. Není to svobodná vůle jedince a není to gender, který z povahy věci a definice navíc sám o sobě poruchou není (i když se s poruchami spojovat může, viz dále). K oněm sto podobám genderu se ale i tak dopočítáme jen stěží...

MÍCHÁNÍ POJMŮ A RIZIKO LEGITIMIZACE PSYCHOPATOLOGIE

Obecně jsou kategorie a kritéria duševních poruch v manuálech ICD a DSM nejméně stabilní, nejvíce se během revizí mění a podléhají módním trendům. V současnosti však kromě změn v DSM V a ICD 11 dochází k nepřehlednému míchání uznané klinické a diagnostické terminologie s novotvory a termíny genderových hnutí: *binar*, *gender fluid*, *demigender*, *multigender*, *gender neutrois*, *gender apathetic*, *novigender*, *bigender*, *gender variant*, *gender questioning*, *pangender* atd. atp. To vše bývá v neodborných, ale i odborných textech promícháno s psychiatrickými a biologickými pojmy. Ostatně samotná komunita LGBTIQ či v ještě rozšířené verzi LGBTQIA+¹ ve svém názvu kombinuje poruchy pohlavní identity, odlišnou sexuální orientaci a biologický hermafroditismus plus cokoli dalšího, co vás ještě napadne, anebo by vás nikdy ani nenapadlo.

Transsexualismus jako takový má oproti tomu zatím poměrně jasně stanovená diagnostická kritéria a taktéž jasně vyjádřenou genderovou příslušnost – lapidárně řečeno, muž se cítí být ženou a žena mužem. Proto předpona *trans* ve významu přes, napříč, z jedné strany na druhou. A proto se mimochodem někteří transsexuálové (častěji MtF²) brání tomu, aby strávili přinejmenším

¹ LGBTIQ: lesbian, gay, bisexual, transgender, intersex, queer/questioning.

LGBTQIA+: lesbian, gay, bisexual, transgender, queer/questioning, intersex, asexual + cokoli dalšího (non-binární, pansexuální atd.)

² Zkratka se používá pro identitu a přeměnu MtF, Male to Female (z muže na ženu) nebo FtM, Female to Male (z ženy na muže).



**Adam
Suchý**

PhDr. Klinický psycholog, gestalt psychoterapeut, soudní znalec. Pracuje v privátní psychologické praxi v Prostějově, je členem trenérského týmu Institutu Dialog, vede skupiny lékařů MOU Brno. S pacienty s poruchami pohlavní identity pracuje psychodiagnosticky a psychoterapeuticky více než 15 let.

rok svého života s přechodovým neutrálním jménem jako „to“. Psychologicky to smysl nedává, legislativně dosud ano.

Velká část jiných poruch pohlavní identity je často diferenciatně diagnosticky součástí jiné psychopatologie, a jako takovým jim podle mého názoru nepřísluší samostatná diagnostická terminologie a neměly by být legitimizovány jako varianta normy. Např. *gender fluid* nebo *multigender* může být doprovodným symptomem hraniční poruchy osobnosti. Setkal jsem se také s různými *gender variant* u psychotického pacienta, který požadoval přeměnu pohlaví. Podobné *gender* odchylky se mohou objevit u i transvestitismu dvojí role či tzv. *Tomboy fenoménu* (lesbická dívka se chová a vypadá jako chlapec, ale netouží po změně pohlaví a nesplňuje tedy kritéria pro transsexualismus).

Aby to nebylo málo zamotané, tak i člověk s hraniční poruchou osobnosti může být transsexuál. A mnoho z těchto *genderových*

variací může doprovázet i samotný transsexualismus, ale tyto variace a odchylky se v průběhu hormonální léčby a tranzice proměňují a jsou jakýmsi ukazateli na cestě k sobě sama. Není výjimkou, že pacient referuje o změně sexuální orientace během procesů směřujících k přeměně pohlaví nebo na začátku tranzice popisuje sebe sama jako asexuálního, což se změní ve chvíli, kdy si najde partnera/partnerku. Taktéž např. popis sebe sama jako *gender neutrois* (usilující o zbavení vnějších znaků pohlaví, bezpohlavní) případně jako *genderově neutrální* se postupem času mění s tím, jak si pacient více uvědomuje svou transsexualitu a získává větší sebedoporu ve své nové identitě.

V neposlední řadě může být mnoho z těchto popisovaných odchylek od běžné identity jen přechodným stavem, který doprovází i obyčejné dospívání a hledání sebe sama. Klíčovou otázkou potom je, zda pacienti, se kterými se setkáváme, našli např. v komunitě transsexuálů konečně podporu pro svůj coming out a odvahu k přihlášení se ke „své“ diagnóze, anebo zde naopak našli inspiraci pro řešení jiných zástupných problémů (dysfunkční rodinné prostředí, traumata, chybějící identifikační figury a vzory atd. atp.), aniž by sami skutečně byli transsexuální. A je potom v takových případech opravdu vhodné začít v co neútlejším věku s podáváním hormonů a preparátů blokuujících pubertu?

MINIKAZUISTIKA

Pacientka 46 let, VŠ, vdaná, 2 děti, vztahy v rodině harmonické. Osobnost strukturována depresivně, přichází pro úzkostné projevy, v práci není schopna nastavovat hranice, připadá si přepracovaná, ve stresu.

Postupně mj. popisuje problémy s dospívající dcerou, která jí připadá depresivní, obléká se jako kluk, nechala se ostříhat na krátko. Během dalších sezení uvádí, že našla dopis, který naznačuje, že dcera má i suicidální rozvahy. Proběhla konfrontace a pacientka dceři nabídla po předchozí konzultaci sezení u mě.

Dcera 17 let, habitus chlapecký, popisuje typický obraz transsexuality, již několik let ví, že se odlišuje, líbí se jí holky, nějakou dobu si myslela, že je to homosexualita, ale nyní ví, že to tak není, uvažuje o sobě jako o klukovi. Líbí se jí, když si ji někdo splete s klukem a říká jí v mužském rodě. Sama tak o sobě také začíná mluvit. Na internetu si našla, že to je transsexualita, je si tím jistá, chtěla by si především nechat odstranit prsa. Z chirurgických zákroků má ale strach a obává se i reakce okolí.

Nabízím komplexní psychologické vyšetření a kontakt na sexuologa, ale zároveň edukuji rodinu s tím, že pokud navštíví sexuologa zaměřujícího se na tuto problematiku, zřejmě budou na základě popisovaného klinického obrazu zahájeny kroky vedoucí k přeměně pohlaví. Díky harmonickému rodinnému zázemí rodiče mj. netlačí ani na jednu stranu, tedy nerozmlouvají dceři její záměr ani nenaléhají na návštěvu u sexuologa. Dcera si bere oddechový čas s tím, že není kam spěchat a rozhodne se sama. Psychologické vyšetření zatím odmítá. Oceňuje akceptaci ze strany rodičů a možnost otevřeného dialogu. S dcerou jsme se dál neviděli, matka pokračuje dál v terapii.

Během následujícího půl roku pacientka referuje, že dcera o sobě přestává mluvit v mužském rodě a nepožaduje to od okolí. Její nálada už není depresivní, je více sociálně otevřená, oblékání postupně přestává

být striktně chlapecké. Následně pacientka uvádí, že dcera již neuvažuje o ablaci prsou ani jiných invazivních zákrocích.

SOUČASNÉ TRENDY

Postup výše uvedený v kazuistice není bohužel obvyklý. Pokud se člověk rozhodne pro změnu pohlaví, navštíví příslušného sexuologa. Ten si vyžádá psychologické vyšetření, jehož primárním cílem je především vyloučit jinou psychopatologii, která by mohla být kontraindikací, případně diferenciatně diagnosticky odlišit, zda se nejedná o např. již zmiňované poruchy pohlavní identity u hraniční poruchy osobnosti, psychózy atd. Samostatný psychodiagnostický test zaměřený na transsexualitu totiž pro českou populaci normovaný není, zahraniční screeniny dostupné na internetu jsou pouze orientační.³ Dále pacient/ka absolvuje endokrinologické a interní vyšetření, ženy gynekologické, a pokud je vše v pořádku, je zahájeno podávání hormonů. Jestliže pacient/ka stráví rok v roli pohlaví, s nímž se identifikuje (tzv. RLT či RLE)⁴, je provedeno kontrolní psychologické vyšetření (nesmí být starší než 3 měsíce) a může předstoupit před komisi, která schvaluje chirurgické zákroky vedoucí ke změně pohlaví.

Ačkoli k uvedeným chirurgickým zákrokům může dojít až po dosažení 18 roku života, redukční mammaplastika či ablaci prsou může být (a bývá) schválena dříve.

³ Např. <https://www.psycom.net/adult-gender-dysphoria-test/>

⁴ Používají se oba termíny, častější je RLT (Real Life Test), osobně chápu RLE (Real Life Experience) jako izolovanou zkušenost s vystupováním v roli opačného pohlaví před jinými lidmi a RLT jako rok strávený v roli opačného pohlaví ve všech prostředích, jak je v ČR legislativně vyžadováno.

A jak již bylo řečeno, současným trendem je časná blokáda puberty chemickou cestou a následně podávání feminizujících nebo maskulinizujících hormonů. Nejmladším klientům, kteří ke mně aktuálně přicházejí, je 13 let... Pokud jsme si diagnosticky jisti, potom to má své opodstatnění, sekundární pohlavní znaky ještě nejsou výrazné, u chlapců nenaroste muskulatura a zpomalí se fyzický růst, takže výsledek celkové přeměny je přesvědčivější a realističtější, než když přijde klient v 55 letech (neboť i v tomto věku přicházejí). Také nedochází ke komorbidním psychickým poruchám pramenícím z nepřijímání vlastního těla (deprese, anxieta, sociální izolace, automutilace atd.) a jejich chronifikaci.

Pravda, lodičky velikosti 48 se shánějí špatně a výsledek tranzice v pozdějším věku především u MtF nebývá vždy ideální, ale můžeme si být skutečně diagnosticky jisti u třináctiletého člověka? Jednoznačně můžeme pouze konstatovat, že vývoj osobnosti a celkový psychický vývoj v tomto věku rozhodně ukončený není a bude se ještě měnit. Známe odpověď na otázku, kolik tranzicí v tuto chvíli probíhá u podobných klientů či klientek, kteří neměli to štěstí na rodinné zázemí jako v uvedené kazuistice a nespěchali za rychlým řešením? Jistě, ani příběh uvedený v kazuistice nedospěl ke svému konci, takže se může stát, že u dcery mé pacientky bude nakonec transsexualita potvrzena, ale nemyslím si, že rychlost je to, co tato diagnóza s ohledem na (od určité fáze procesu) ireverzibilní a razantní invazivní zásahy do organismu potřebuje.

Podle mých zkušeností je Česká republika někde uprostřed mezi odmítáním a ostraizací této diagnózy na jedné straně a nad-

měrně liberálním přístupem ve stylu „řekni si, čím chceš být a my ti to splníme“ na straně druhé. Situace na východě od našich hranic je spíše neuspokojivá a mj. přispívá k rozvoji „trans turistiky“, kdy u nás přibývá klientů ze Slovenska, a dokonce i z Ruska. Některým slovenským klientům byla totiž v jejich domovině odmítnuta lékařská péče a vyšetření ve chvíli, kdy zdravotníci zjistili účel požadovaných výkonů, jiní byli rodinou a okolím nuceni vyhledat exorcistu a absolvovat vymítání ďábla. Ruští klienti, se kterými jsem se setkal, pochybnosti o pohlavní identitě ve své vlasti raději vůbec neventilují.

Oproti tomu především evropské severské státy a USA posouvají hranice liberálního přístupu stále dál a dál, takže v některých zemích či státech severní Ameriky již není nutno pro některé úřední, ale i fyzické změny pohlaví absolvovat odborné vyšetření či schvalování před komisí (Chalupská, 2014)⁵. Tomu odpovídají i úpravy v DSM V a následně ICD (MKN) 11, které podporují proces depatologizace transsexuality. Termín Gender Identity Disorder (GID) byl oficiálně nahrazen termínem Gender Dysphoria a fokus není již zaměřen na identitu jako takovou, ale na posouzení intenzity subjektivního prožitku stresu, který trans lidé zažívají v případě nesouladu se svým biologickým pohlavím. Tento krok v podstatě znamená, že transsexualita jako

⁵ Problematiku změny pohlaví v ČR upravuje Občanský zákoník § 29, část první, hlava druhá, který vešel v účinnost v lednu 2014. Toho samého roku vešel v platnost zákon, který umožňuje vydat jedinci úřední dokumenty, které odpovídají jeho genderové identitě, aniž by musel být diagnostikován nebo podstoupit chirurgické zákroky (v ČR je k úřední změně rodného čísla a dokladů nutná mj. hysterektomie a sterilizace).

taková již není psychickým onemocněním či poruchou a dále ji zřejmě čeká stejný osud jako před třiceti lety homosexualitu – bude pravděpodobně zcela vyškrtuta ze seznamu duševních nemocí.

PSYCHOTERAPIE REALITOU

Je jasné, že psychiatrická či psychotherapeutická léčba transsexuality jako takové (pokud se tedy skutečně jedná o transsexualitu) je neúspěšná, i když podobné pokusy byly samozřejmě prováděny (Fifková, Weiss, 2008; Baker, 1969). Mozek (zatím) přeprogramovat neumíme, tělo ano. Současná psychotherapie transsexuálů je tedy zaměřena na běžné okruhy, jaké známe z práce s jinými klienty. Pokud se budeme držet Gestalt psychotherapie, potom je to především zvyšování uvědomování, práce se sebedoporou a kontaktoými funkcemi (Perls, Hefferline, Goodman, 2004; Yontef, 2009; Mackewn, 2004 etc.). Jsou zde samozřejmě přítomna specifika vyplývající z primární diagnózy (viz dále), ale je třeba si uvědomit, že transsexuálové zdaleka nevyhledávají a neabsolvují psychotherapii tak, jak je uváděno v moudrých knihách a jiných publikacích.

Významným diagnostickým a zároveň terapeutickým nástrojem je totiž zmiňovaný Real Life Test (RLT) sám o sobě. Rok života strávený v roli pohlaví, se kterým jsou pacienti identifikováni, jednak poměrně spolehlivě vyfiltruje falešně pozitivní diagnózu, ale také velkou měrou přispěje k celkovému zlepšení psychického stavu a kvality života. Proces přeměny je účinnou terapií. Při srovnávání psychologických vyšetření před a po RLT obvykle konstatují lepší sebezpečí, sebevědomí a sebezpečí, větší sociální otevřenost a lepší psychickou stabilitu celkově. Depresivní či anxiózní

symptomatika je méně výrazná nebo vymizelá, pokud docházelo k automutilacím, tak již nejsou přítomny, lze pozorovat výraznější spontaneitu a komunikativnost. Dokonce díky celkově lepší psychické kondici dosahují transsexuálové při kontrolním vyšetření i lepších výsledků v kognitivních testech.

Některé kruhy odborné sexuologické společnosti považují za vysloveně neadekvátní požadavek, aby byl RLT uskutečněn před začátkem hormonální terapie. Osobně se ale domnívám, že je to jedna z možností, jak zabránit diagnostickým omylům a medicínským přešlapům, a to i navzdory tomu, že podle některých klientů i odborníků by se jednalo o traumatizující zkušenost. Máme-li sledovat podle etických principů blaho pacienta a neškodit (beneficence a non-maleficence), potom je jistě větším traumatem ireverzibilní a invazivní zákrok do organismu pacienta, který byl chybně diagnostikován jako transsexuál.

Hlavními tématy psychotherapie, pokud ji trans lidé vyhledají, jsou potom sociální adaptace, coming out a adaptace v nové roli. Ta zahrnuje do jisté míry i znovuprožití puberty, a to nejen kvůli hormonálnímu zásahu do organismu, ale i kvůli odchýlenému vývoji od psychicky prožívané identity a nesplněným vývojovým úkolům: „Když se v pubertě kluci nebavili s holkama a považovali je za blbé, nepatřila jsem nikam. Holky mě jako biologického kluka nebraly a klukům jsem jako holka nerozuměla. Teď se musím v tomto věku znovu učit, jak mluvit jako žena s muži, jak flirtovat, jak se líčit a co mi sluší. Vlastně teprve teď hledám svůj styl, což už mají jiné ženy dávno za sebou a já za nimi mám zhruba 20 let zpoždění,“ uvedla při sezení jednačtyřicetiletá pacientka MtF po úspěšné tranzici.

Obvyklejší je, že transsexuálové vyhledají psychoterapii v případě, že něco nejde podle plánu nebo je natolik specifické, že si s tím navzdory kontaktům s trans komunitou nevědí rady. Např. pacient/ka FtM před plánovanou tranzicí otěhotní, což výrazně dekompenzuje její stav, protože gravidita zdůrazní její femininní rysy a roli. Nebo se pacientka MtF žijící před tranzicí jako manžel a otec dítěte ve funkční rodině dohodne se svou partnerkou a synem, že s nimi bude i nadále tvořit rodinu. Protože však legislativa nařizuje před chirurgickou přeměnou pohlaví rozvod, budou nyní obě partnerky nově usilovat o registrované partnerství. Zároveň v párové terapii řeší neshody ohledně péče o domácnost a rozdělení rolí, protože pacientka MtF odmítá nyní dělat mužské práce...

Za poměrně zásadní považuji at už v rámci psychodiagnostické explorace či psychotherapeutické práce s projekcemi podrobné zkoumání a propracování očekávání. Tedy představy, co všechno bude jinak po nasazení hormonální terapie a co všechno bude jinak po chirurgických zákrocích. Několik let jsem psychotherapeuticky pracoval s klientem MtF, který byl sice původně správně diagnostikován jako transsexuál, ale nedůsledně ve smyslu dalších osobnostních rysů a struktury. Ty se během therapeutických sezení ukázaly jako výrazně nezralé a narcistické, a teprve během psychoterapie odhalil svá původní očekávání a projekce: Pacientka byla přesvědčená, že tranzice natolik změní její původní mužské rysy a posílí ty ženské, že se stane supermodelkou a bude muži adorována. Když si během probíhající přeměny pohlaví uvědomila, že je to představa reality velmi vzdálená, zůstala v podstatě na půli cesty mezi mu-

žem a ženou a upadla do hluboké deprese.⁶

Poslední uvedený příklad znovu ukazuje nejen na význam edukace (mj. třeba o nevratnosti změn, zdravotních rizicích, které nejsou dosud longitudinálně zkoumány atp.) a důsledné explorace, ale především času, který pacientům věnujeme. Jedno psychologické a jedno sexuologické vyšetření prostě nemusí být dost, i když je klinický obraz na první pohled jasný a diagnostická kritéria jsou splněna. V této souvislosti vnímám jako důležité prohlášení České společnosti pro psychoanalytickou psychoterapii, které vydala k léčbě genderové dysforie v dětství, a kde mj. považuje současný trend řešení poruch pohlavní identity především před 18 rokem věku za nebezpečný a neetický.⁷

Z výše uvedeného také vyplývá, že terapii navštěvují více klienti MtF. Transsexuální muži začínají s tranzicí později, protože nejsou tak konfrontováni s tělesnými změnami jako ženy. Jejich přeměna a adaptace jsou přitom horší, protože holka s krátkými vlasy v chlapecké mikině příliš pozornosti nevzbuzuje, zatímco dvoumetrový osvalený muž v sukni, kterému pod make-upem prosvítají vousy, přitáhne pozornost okolí téměř jistě. Také finální výsledek chirurgické přeměny vychází lépe ve prospěch FtM, výslední muži jsou někdy jen drobnější, ale často k nerozeznání od přírodou zamýšleného originálu.

⁶ Česká republika má již svou první transgender modelku Peťu Nitku, ale „modelkovské“ parametry rozhodně nelze automaticky očekávat od každé tranzice MtF.

⁷ Celé znění prohlášení naleznete zde: <http://cspap.cz/prohlaseni-ceske-spolecnosti-pro-psychoanalytickou-psychoterapii-k-lecbe-genderove-dysforie-v-detstvi-a-dospivani/>

GESTALT OPTIKA: RETROFLEXE IDENTITY

Podle Antonia Damasia (Damasio, 2000) sídlí vědomí Já (tedy uvědomované Já) v pons Varoli v mozgovém kmeni. Ten nám mj. zaručuje, že když se každé ráno probudíme, víme, že jsme to my. Zde sídlí kontinuita naší vlastní existence, ego, self, zde prožíváme sami sebe s celou svou historií, přítomností i uvažovanou budoucností, svou vlastní identitu. A jaký je to asi pocit, když se ta nejdůležitější figura (FDF)⁸ nemůže rozvinout?

Viděno přes optiku Gestalt terapie můžeme konstatovat, že transsexuálové prožívají od každého jednoho rána masivní a chronickou retroflexi, ke které se přidružují další narušení kontaktního cyklu (deflexe, projekce atd.). Snaha potlačit vlastní identitu je velmi vyčerpávající, a jako každá habituální retroflexe může vést k únavě, depresím, úzkostem, psychosomatické reaktivitě atp. Tedy k přidružené psychopatologii, se kterou se poměrně běžně při klinickém vyšetření transsexuálů setkáváme. Není to ovšem jen figura vlastní identity, ale i drobné každodenní potřeby, které nemohou být v cyklu FDF plně rozvinuty a uspokojeny. Jen namátkou: Jít na bazén. Jít na záchod dle své identity. Promluvit o sobě v opačném rodě. Obléct si to, co se mi líbí. Dělat sport, který přísluší spíše opačnému pohlaví. Uspokojit sexuální potřeby způsobem, který se neslučuje biologickou tělesnou schránkou. Nevysvětlovat každému úředníkovi či policistovi na základě předložených dokladů, kdo jsem a jak to se mnou je. Atd. atp.

⁸ V teorii Gestalt psychoterapie FDF (formování a destrukce figury) znamená mj., že potřeba, která je v popředí, neustále tlačí na to, aby byla uspokojena, a dokud se tak nestane, ustupuje do pozadí jen krátkodobě.

Jednoduše řečeno, to, co my tzv. cisgenderové lidé (tj. lidé, jejichž genderová identita odpovídá pohlaví) považujeme za samozřejmou startovní pozici a obvyklé pozadí pro naše další potřeby a snažení, je pro transgenderové lidi hlavně ze začátku nedosažitelným snem a cílem, který se neustále vrací do popředí a ovlivňuje veškerou každodennost. To je specifikum, které je třeba mít při psychoterapii na paměti, ale zároveň jak vyplývá z výše uvedeného, stále pracujeme s principy a narušeními, která již dobře známe. Obvyklé obavy typu „toho do terapie nechci, nemám s tím zkušenost“ proto nejsou na místě.

PREVALENCE – RYBNÍK NEBO MOŘE?

Na základě osobní zkušenosti i studia mnoha současných informačních zdrojů se domnívám, že v populaci dochází k nárůstu poruch pohlavní identity.⁹ Shodujeme se na tom i s kolegy, kteří s tímto typem klientely pracují, byť oficiální zdroje stále uvádějí optimisticky zanedbatelná promile výskytu genderové dysforie: 0,005–0,014 % mužů a 0,002–0,003 % žen (DSM V, 2015). Co ale za tímto zřejmě dosud nedostatečně zmapovaným nárůstem stojí?

Interpretace se liší podle toho, jakou hypotézu etiologie transsexualismu považujeme za platnou. Americká lékařka Lisa Littman (Littman, 2018) ve své vědecké

⁹ Mezinárodní nadace pro gender vzdělávání z Massachusetts odhaduje počet osob s poruchou pohlavní identity v populaci asi 20x až 60x větší, než je počet osob, které přeměnu pohlaví dokončily. Primářka Petra Sejblová uvádí v médiích na různých místech nárůst pacientů nejen na sexuologii FN Brno a jiných centrech v ČR, ale i nárůst počtu žádostí o změnu pohlaví evidovaných odbornou komisí – zatímco v roce 2012 to bylo v ČR 25 lidí, v loňském roce 125.

studii popisuje současnou zvyšující se prevalenci poruch pohlavní identity jako *sociální nákazu* a na základě dotazníku administrovaném rodičům adolescentů dokládá, že genderová dysforie se objevuje skupinově – adolescenti objevují svou transsexualitu na základě delšího kontaktu s jinými transsexuály (ať již se jedná o reálný kontakt nebo prostřednictvím internetu). V těchto skupinách potom dochází nejen ke vzájemnému utvrzování v genderové dysforii, ale také např. v nedůvěře k profesionálům z oboru klinické psychologie a psychiatrie. Rodiče těchto adolescentů mj. referovali, že se často ze strany mladistvých jednalo o náhlé sdělení bez toho, že by si všimli v předchozím vývoji jakékoli odlišnosti či nesouladu v jejich identitě a roli.

Osobně mám také zkušenost s klienty (s těmi s větší schopností sebereflexe a introspekce), kteří při vyšetření spontánně připouštějí, že jsou možná indoktrinováni transsexuálními komunitami, a že by si své postoje potřebovali nejprve ujasnit. Velkou roli v této možné indoktrinaci hrají témata jako pocity přijetí ze strany komunity a příslušnosti k sociální skupině, která s velkou (místy až bezbřehou) tolerancí akceptuje jedince v jeho rozmanitosti a jinakosti (jež ovšem nemusí být nutně transsexuální). Znamená to tedy, že přihlášení se k transsexuální identitě a komunitě může být i zástupným způsobem, jakým někteří jedinci řeší jiné psychické potíže. V neposlední řadě mohou hrát svou roli politicko-sociální faktory s akcentací individualismu, svobody a korektnosti, které vytvářejí dojem, že každý se může stát čímkoli se mu zachce, a nemělo by mu v tom být nijak bráněno.

Odpůrci sociálních a psychologických hypotéz etiologie transsexualismu oproti tomu jednak tvrdí, že nárůst není tak dramatický, a jednak jej vysvětlují jednoduše větší odvahou pro coming out, kterou podporuje liberální prostředí euroamerické civilizace. Pravdou je, že současná věda se přiklání k biologickým teoriím vzniku transsexualismu s tím, že vedle těch genetických aktuálně převládají teorie hormonální.

Ty předpokládají vystavení fétu ve druhém trimestru prenatálního života vlivu ženských sexuálních hormonů estrogenů a gestagenů, nebo naopak mužských sexuálních hormonů androgenů. Změny hladin specifických pohlavních hormonů vedou k trvalým strukturálním nebo biochemickým změnám těch oblastí mozku, které jsou spojeny s celoživotními variacemi chování v pohlavní roli (identitou). Nadprodukce, respektive nižší produkce může být způsobena nedostatkem enzymů a podpořena mateřským stresem v kritických obdobích prenatálního vývoje (Fifková, 2002).

Dovolím si teď trochu divergentní myšlenkové ekvilibristiky. Daniel Coleman (Coleman, 2014) v jedné ze svých knih popisuje tzv. systémovou slepotu – zaměřujeme se na události blízké v čase a prostoru, a navíc natolik úzce, že přehlízíme dynamiku rozsáhlejších systémů a nejsme schopni vnímat jejich komplexitu. Popisujeme vedlejší efekty, ale v systému žádné neexistují, jsou jen účinky předvídané, nebo naopak nepředvídané. Jak tato tvrzení můžeme aplikovat na problematiku transsexualismu?

Dnes již existuje nespočet studií, výzkumů a publikací (např. Jáníšová, 2013), které dokazují, že v hydrologickém cyklu země jsou přítomny cizorodé hormonálně

aktivní látky (tzv. xenohormony či endokrinní disruptory), které jsou obsaženy především v hormonální antikoncepci, lécích, čistících prostředcích či kosmetice. Pokud je nějaká cizorodá látka označena za hormonálně aktivní, znamená to, že je schopna aktivovat odpovídající receptory v těle živočichů i člověka. Úbytek spermií a zvýšená neplodnost jsou za poslední desetiletí dávány do souvislosti právě s přítomností hormonálně aktivních látek ve vodě a v životním prostředí obecně.

Když se teď rohlédneme po celém našem systému, po širých vodách genderové rozmanitosti, a to obrazně i doslova, nabízí se ještě jedna souvislost. Již v roce 1996 uveřejnil časopis *New Scientist* (Pearce, 1996) článek, který dával do souvislosti zvyšující se koncentraci hormonálně aktivních látek se změnami pohlaví u ryb. Některé ryby mění své pohlaví během vývoje přirozeně, ale biologové v posledních letech zaznamenávají výrazný nárůst změn pohlaví i u ryb, které tuto dispozici nemají. Jinými slovy, přibývá transsexuálních ryb. Charles Tyler (Tyler, 2014) ve své studii mj. dokumentuje, že každá pátá ryba testovaná v anglických řekách má transgenderové rysy. Protože pohlavní hormony jsou evolučně velmi staré a stejné pohlavní hormony jako člověk mají i ostatní savci, ptáci, plazi, obojživelníci a ryby, může látka poškozující pohlavní hormonální systém ryby uškodit i u člověka, a naopak.

Je to možná odvážná teorie, ale pokud platí, že nejpravděpodobnější příčinou lidského transsexualismu je hormonální dysbalance, neměli bychom ve světle výše uvedeného začít uvažovat i o faktorech environmentálních a ekologických?

BÝTI BEZPEČNÝM PŘÍSTAVEM

I když je situace jakkoli nepřehledná, pohlavní role proměnlivé a transsexualismus poruchou duševní nebo biologickou nebo environmentální nebo vlastně vůbec žádnou, naše odborná role by měla zůstat pokud možno stálá. Neměli bychom přehlížet kritéria dosud platné klasifikace nemocí (např. podmínka nejméně 2 let transsexuální identity jako by ze zorného pole některých kolegů úplně vypadla)¹⁰, vhodné by bylo seznámit se také s mezinárodními standardy WPATH, i když česky nejsou dostupné.¹¹ Domnívám se, že bychom měli upozorňovat na uvedené pochybnosti a rizika, explarovat prohlášení o identitě a genderových odchylkách a nepřijímat je automaticky tak, jak od klientů přicházejí (přesto nebo právě proto, že je to diagnóza, která je snad nejvíce založená na subjektivním prožitku pacienta). Měli bychom méně podléhat moderním trendům a jednoduše používat nejen odborné znalosti, ale také zdravý rozum. Víme, že změna je možná, jen pokud si dovolíme věci pojmenovat tak, jaké skutečně jsou, i kdyby to mělo být pojmenování nepopulární či nekorektní.

Byť mohou být diagnostická kritéria a pravidla péče omezující, stereotypní či již překonaná, právě díky nim můžeme ve všem tom rozmanitém vlnobití zůstat bezpečným přístavem i pro ty, které sžírá nejistota a problémy, a přitom nemají náтуру svou odlišnost

¹⁰ MKN 10 (1992, 2000): Pro stanovení této diagnózy by měla být transsexuální identita přítomna trvale alespoň 2 roky.

¹¹ Organizace WPATH (The World Professional Association For Transgender Health, Inc.), dříve HBIGDA, definuje mezinárodně uznávané základní standardy péče o transsexuální pacienty. Aktuální je 7 verze z roku 2012. www.wpath.org

proklamovat v médiích nebo v jiném veřejném prostoru. A když už jsem se zhostil této agitace, tak v neposlední řadě si myslím, že bychom k celé problematice měli přistupovat s pokorou a s vědomím, že toho pořád ještě víme docela málo. Pracujeme totiž s hypotézami a pravděpodobnostmi, nikoli s jistotou.

(Příspěvek zazněl ve zkrácené podobě na Gestalt konferenci v Mikulově 2019 pod názvem **Transsexualismus: zkušenosti s diagnostikou a terapií.**)

Konflikt zájmů: Bez konfliktu zájmů.

LITERATURA

- Brito, J. (2019): *64 Terms That Describe Gender Identity and Expression*. <https://www.healthline.com/health/different-genders>
- Cohen-Kettenis, P.T., Gooren, L. J. G. (1999): Transsexualism: A Review of Etiology, Diagnosis and Treatment. *Journal of Psychosomatic Research*. 46(4), 315–333.
- Coleman, D. (2014): Systémová slepota. In Coleman, *Pozornost – Skrytá cesta k dokonalosti* (s. 142–152). Brno: Jan Melvil Publishing.
- Damasio, A. (2000): *Descartesův omyl*. Praha: Mladá fronta.
- DSM V (2015). Praha: Testcentrum.
- Fifková, H. a kol. (2002). *Transsexualita: Diagnostika a léčba*. Praha: Grada.
- Fifková, H. a kol. (2008). *Transsexualita a jiné poruchy pohlavní identity*. Praha: Grada.
- Höschl, C., Libiger, J., Švestka, J. (2004): *Psychiatrie*. Praha: Tigris.
- Höschl, C. (2018): *Máme minimálně 63 pohlaví*. <https://dvojka.rozhlas.cz/cyril-hoschl-mame-minimalne-63-pohlavi-7630382>
- Chalupská, L. (2014). *Transsexualita v českém právním řádu v kontrastu cizích moderních úprav*. <https://www.pravniprostor.cz/clanky/rekodifikace/transsexualita-v-ceskem-pravnim-radu-v-kontrastu-cizich-modernich-uprav>
- Jánišová, M. (2013): *Hormonální látky ve vodách*. Brno: Lipka.
- Littman, L. (2018): *Parent reports of adolescents and young adults perceived to show signs of a rapid onset of gender dysphoria*. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0202330>. Datum přístupu 18.4.2020.
- Mackewn, J. (2004): *Gestalt psychoterapie. Moderní holistický přístup k psychoterapii*. Praha: Portál.
- MKN 10 (1992, 2000). Praha: Psychiatrické centrum.
- Pearce, F. (1996): *Hormones blamed for sex-changes fish*. <https://www.newscientist.com/article/mg15220560-800-hormones-blamed-for-sex-change-fish/> Datum přístupu 13. 3. 2020.
- Perls, F. S., Hefferline, F. E., Goodman, P. (2004): *Gestalt terapie. Vzrušení lidské osobnosti a její růst*. Praha: Triton.
- Shulman, P., Holt, N., Hope, D. (2017). A Review of Contemporary Assessment Tools for Use With Transgender and Gender Nonconforming Adults. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*. 4(3), 304–314.
- Tyler, Ch. (2014): *Endocrine disrupting chemicals in aquatic ecosystems: Impacts on new policies and guidelines, and economic benefits for the UK*. <https://impact.ref.ac.uk/casestudies/CaseStudy.aspx?Id=37264>
- Pechová, O. (2010): Muž, nebo žena? Pohlaví nejasné. *Psychologie dnes*. 16(2), 30–33.
- Weiss, P. (2008): *Sexuální deviace*. Praha: Portál. WPATH: wpath.org
- Yontef, G.M. (2009): *Gestaltterapie – uvědomování, dialog a proces. Historie a současnost*. Praha: Triton.

Došlo do redakce 18. 2. 2020, v revidovaném znění 18. 4. 2020. K publikaci přijato 25. 4. 2020.