

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

ZÁVĚREČNÁ PRÁCE

2016

Hana Štěpánková

UNIVERZITA JANA AMOSE KOMENSKÉHO PRAHA

**STUDIUM V OBLASTI PEDAGOGICKÝCH VĚD – SPECIÁLNÍ
PEDAGOGIKA**

KOMBINOVANÉ STUDIUM

2014–2016

ZÁVĚREČNÁ PRÁCE

Hana Štěpánková

Porucha sexuální identity v dětství

Praha 2016

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená závěrečná práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracoval(a) samostatně. Veškerou literaturu a další zdroje, z nichž jsem při zpracování čerpal(a), v práci řádně cituji a jsou uvedeny v seznamu použitých zdrojů.

Souhlasím s prezenčním zpřístupněním své práce v univerzitní knihovně.

V Praze dne 30.4.2016

Hana Štěpánková

Anotace

ZÁVĚREČNÁ PRÁCE POPISUJE KONKRÉTNÍ DÍTĚ S PORUCHOU SEXUÁLNÍ IDENTITY. CÍLEM PRÁCE JE ZMAPOVAT CESTU DÍVKY, KTERÁ SE CÍTÍ BÝT CHLAPCEM ZA ŠESTILETÉ OBDOBÍ VÝVOJE A ADAPTACE DO CHLAPECKÉ ROLE, ZAHÁJENÍ PŘEMĚNY POHLAVÍ A REAKCI OKOLÍ NA TYTO ZMĚNY.

Klíčová slova

Doporučený postup péče o děti a dospívající s poruchami pohlavní identity (Gender Identity Disorder GID), pohlavní dysforie, pohlavní nekonformnost, pohlavní identity porucha, přeměna pohlaví, sexuální orientace, transsexualita

ÚVOD.....	6
1 PŘÍCHOD DANIELY DO DĚTSKÉHO DOMOVA	7
2 OSLOVENÍ ODBORNÍKŮ	10
3 CO JE PORUCHA SEXUÁLNÍ IDENTITY	12
4 POHLAVNÍ DYSFORIE U DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH.....	19
5 POPIS DOSAVADNÍ LÉČBY.....	20
6 BUDOUCÍ ETAPY PROCESU PŘEMĚNY POHLAVÍ.....	24
ZÁVĚR	26
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ	27
SEZNAM ZKRATEK	28
SEZNAM PŘÍLOH.....	29

ÚVOD

Pracuji jako vychovatelka v dětském domově. Jsem klíčovou vychovatelkou osmičlenné rodinné skupiny dětí ve věk od dvou do devatenácti let. Z této skupiny dětí je šest sourozenců ze tří různých rodin. V této práci budu popisovat cestu jednoho z našich dětí ke změně pohlavní identity. V našem dětském domově žije šest let i se svým bratrem. Cílem této práce je, na základě kazuistiky tohoto dítěte, seznámit širší veřejnost s problematikou změny pohlavní identity v dětství. Ke zpracování jsem přistoupila z toho důvodu, že tato problematika není příliš známa ani řešena mezi odbornou ani laickou veřejností.

Se svěřenými dětmi vychovatelé prožívají jejich radosti i starosti, úspěchy i neúspěchy. V případě jakýchkoli zdravotních problémů jsou ti první, kteří je s daným dítětem řeší. To byl i níže popisovaný případ dítěte, které již v raném věku vykazovalo poruchu pohlavní identity. Na základě jeho přání jsem se toho ujala a po schválení ředitelkou dětského domova byla a je celá záležitost řešena řadou odborníků. Podrobný dosavadní průběh léčby popisuji níže. Jsem připravena toto dítě doprovázet na jeho nelehké nastoupené cestě až do dospělosti, kdy bude náš dětský domov opouštět.

1 PŘÍCHOD DANIELY DO DĚTSKÉHO DOMOVA

Osmiletá Daniela žila společně se dvěma mladšími bratry v sociálně slabé a naprosto nefunkční rodině. Rodiče byli závislí na alkoholu a na drogách, měli mezi sebou časté rozepře, hádky a fyzické násilí byli na denním pořádku. Rodiče se o děti řádně nestarali, nebyli schopni jim zajistit základní životní podmínky.

Daniela se narodila ze sedmého fyziologického těhotenství matky. Porod proběhl v 39. týdnu těhotenství, porodní váhu měla 245 gramů. Není nám známo, že by během porodu, nebo po něm nastaly nějaké komplikace. Novorozenec prospíval dobře a vyvíjel se bez komplikací. Prodělal běžná dětská onemocnění.

Matka výchovu dětí dlouhodobě zanedbávala, od rodiny se několikrát odstěhovala, až je nakonec opustila a založila si rodinu s novým partnerem. Starší děti z předchozích partnerství matka zanechala v péči jejich otců, někteří z nich vyrůstají v pěstounských rodinách. Děti se mezi sebou vzájemně nestýkají, někteří se ani neznají. V roce 2013 se chlapec zcela náhodně seznámil se svými dvěma staršími polorodnými sestrami. Jejich otec se totiž s děvčaty přistěhoval do města, ve kterém sídlí náš dětský domov, a všechny děti chodily do stejné základní školy. Jejich vzájemný vztah je bezproblémový, nekonfliktní ale jaksi chladný a rozpačitý. Otec Daniely a jejich dvou mladších bratrů se v rámci svých možností snažil o děti postarat. Žil s dětmi ve společné domácnosti se svými rodiči, kde docházelo k řadě konfliktních situací. Příležitostně se snažil pracovat, ale nebyl schopen sám zajistit řádnou výchovu dětí. Nezajistil své děti ani finančně, nedokázal si požádat o dávky státní sociální podpory. O děti se převážně starala babička, otcova matka, která opakovaně žádala orgán sociálně právní ochrany dětí o umístění svých vnoučat do dětského diagnostického ústavu. Její zdravotní stav jí nedovoloval převzít si děti do vlastní péče a zajistit jim řádnou výchovu. Matka se k rodině na krátkou dobu vrátila, odstěhovali se společně do nového jednopokojového bytu v restauraci, kde byl provozován Night Club. Vzhledem k dlouhodobé nefunkčnosti rodiny a špatné péči rodičů byla soudně nařízena Daniele a jejímu mladšímu bratrovi ústavní výchova. Nejmladší bratr zůstal v péči otce.

Po příchodu do dětského domova koncem roku 2010 bylo Danielce 8 let. Oba sourozenci si v domově rychle zvykli. Dobře se zadaptovali, byli nadšeni z dostatku jídla,

hraček a péče vychovatelů. Obě děti byly milé, užívaly si přízně tet vychovatelek a všech dospělých zaměstnanců domova. Danielka ani její bratr neměli základní hygienické návyky, nezvládali sebeobsluhu, byli rozjívení, hluční, neukáznění.

Již od prvních dnů o sobě Daniela hovořila v mužském rodě. Začlenila se do kolektivu chlapců, ráda s nimi hrála kopanou, napodobovala jejich chování a mluvu. Otec, který se o děti příležitostně zajímal a navštěvoval je v domově, nám sdělil, že i doma v rodině o sobě Daniela hovořila, jako o chlapci a celou situaci objasňoval tím, že Daniela doma vyrůstala se dvěma bratry a proto se přizpůsobuje jejich chování.

První větší problém nastal o Štědrém dni, kdy Danielka dostala pod stromeček kočárek a panenku. Ihned propadla v hysterický pláč a dárky odmítla přijmout. Uklidnila se až po pohotové reakci tety, která ji obdarovala míčem a řekla jí, že se Ježíšek asi spletl. Podobně reagovala i na dívčí oblečení. Postupně jsme museli dívce vyměnit celý šatník za neutrální a chlapecké oblečení.

Danielu jsme respektovali a nechali jsme ji účastnit se sportovních aktivit s chlapci, nevnucovali jsme jí dívčí oblečení a hračky. Dívka si začala hledat důvěru k výchovným pracovníkům v domově.

Daniela byla vždy hyperaktivní a živelná. Později se u ní začaly objevovat projevy nesoustředěnosti, roztěkanosti a začal se zhoršovat i její školní prospěch. Na krizové situace reagovala velmi nepřiměřeně, neunesla ani náznak kritiky jejího chování a školních výsledků. Často plakala, objevovaly se u ní záchvaty vzteku, odmítala si plnit školní povinnosti se slovy, že to neumí, že tomu nerozumí, že to dělat nebude a že je jí jedno, jestli dostane pětku.

Zažádali jsme o pomoc psycholožku, která nám po vyšetření dívky doporučila návštěvu dětské psychiatrické ambulance. Dětský psychiatr v říjnu 2011 diagnostikoval u Daniely poruchu ADHD, předepsal jí medikaci (Concerta 36,0mg a Chlorprothixen 15mg). Po této léčbě se projevy nesoustředěnosti upravily, Danielka si výrazně zlepšila školní prospěch.

Stále však vystupovala v roli chlapce, vyžadovala chlapecké oblečení, vyhledávala společnost chlapců, hrála chlapecké hry, sportovala s chlapci a hrála si s auty a

stavebnicemi. Tato její identifikace s chlapeckým chováním se nám po nějakém čase zdála nestandartní, její postoje a názory byly tak výrazné, že jsme se začaly společně s paní ředitelkou dětského domova blíže zajímat o to, jak Daniele pomoci a celou situaci řešit. Poprvé jsme tuto situaci řešili s dětským psychiatrem, který měl Danielu ve své péči. Na naše podezření z poruchy sexuální identity však lékař reagoval odmítavě. Domníval se, že Daniela má potřebu na sebe strhnout veškerou pozornost.

Daniela však stále neměnila svůj názor na svou pohlavní identitu a navíc se u ní začaly projevovat obavy z růstu prsou a příchodu menstruace. Projevovala velký odpor vůči ženským tělesným rysům.

Musím se přiznat, že tato situace byla složitá i pro nás vychovatele. Snažili jsme se o této poruše získat nové informace a kontaktovat odborníky.

2 OSLOVENÍ ODBORNÍKŮ

Pro první krok k řešení Danieliny situace bylo nezbytné získat co nejvíce informací o poruše sexuální identity. Začali jsme proto hledat informace na internetu, sháněli jsme knihy, které jsme si vzájemně mezi sebou půjčovali a podrobně jsme je pročítali. Paní ředitelka našeho dětského domova se zúčastnila odborného semináře v Praze, který vedl Prof. PhDr. Petr Weiss Ph.D. Na tomto semináři, mimo důležitých informací, získala paní ředitelka i několik kontaktů na odborníky a podařilo se jí zajistit pro Danielu psychologické vyšetření u samotného PhDr. Petra Weisse. Ten dívku po primárním psychodiagnostickém vyšetření předal do péče sexuoložky MUDr. Hany Fifkové.

MUDr. Fifková nás pozvala na první konzultaci v listopadu 2012. Na první návštěvu sexuologické ambulance jsme jely s paní ředitelkou bez Daniely. MUDr. Fifková nás informovala o tom, že ona, ani jiný lékař by neměl příznaky pohlavní dysforie přecházet a bagatelizovat, neměl by vůči nim vyjadřovat negativní postoj. Měl by nabízet zevrubné prozkoumání pohlavní identity a souběžných duševních potíží. Měl by klienty i jejich rodiny poučit o možnostech léčby. Posouzení pohlavní dysforie a psychického zdraví by mělo být důkladné a dlouhodobé, mělo by zahrnovat též psychodiagnostické a psychiatrické posouzení emocionálního fungování klienta, jeho vztahů s vrstevníky, sociální adaptaci, intelekt a školní prospěch. Důležitou součástí je zhodnocení fungování rodiny.

Byly jsme seznámeny s projevy poruchy sexuální identity a byly nám doporučeny léčebné postupy, jak se k dítěti chovat, jak informovat děti a výchovné pracovníky dětského domova a pedagogy v základní škole, kterou Daniela navštěvovala. Na další návštěvy už jsme jezdili s Danielou. Paní doktorka si s dívkou o celé věci povídala a mnoho jí toho také vysvětlila. Na Daniele byla vidět velká úleva, že někdo porozuměl jejímu trápení, chápe ji a snaží se jí pomoci.

S výsledky první konzultace jsme nejprve seznámili celý pedagogický sbor našeho dětského domova i ostatní nepedagogické zaměstnance. Po té jsme si sjednali schůzku s třídní učitelkou Daniely školní psycholožkou. Paní učitelka k celé situaci zaujala velmi vstřícný postoj. Sama vysvětlila ostatním žákům ve třídě, v jaké situaci se Daniela ocitla a umožnila Daniele, aby se začala podepisovat a hovořit o své osobě jako o Danielovi.

Dodnes si pamatuji s jakou chutí a nadšením si Daniel přepisoval své jméno na všech školních sešitech.

Děti jsou velmi přizpůsobivé a nehledají problémy tam, kde nejsou. Tak jako chlapci v dětském domově neměli žádný problém s tím, že Daniela o sobě mluví jako o chlapci a hraje s nimi kopanou, tak jako děvčata v domově nepřemýšlela o tom, proč Daniela nenosí sukni a nehraje si s nimi s panenkami, tak rychle si i spolužáci zvykli na to, že ze spolužačky Daniely, která byla „trochu divná“ mají spolužáka Daniela, který je fajn kluk a dobrý kamarád.

V květnu 2013 byl Daniel, na doporučení MUDr. Fifkové, předán do péče Fakultní nemocnice v Hradci Králové na dětskou endokrinologii k MUDr. Davidu Neumannovi, PhD. Diagnóza zněla: Dlouhodobě deklarovaná a diagnostikovaná porucha pohlavní identity v dětství s pravděpodobným přechodem k transsexualismu.

3 CO JE PORUCHA SEXUÁLNÍ IDENTITY

Transsexualismus se v učebnicích odborných škol definuje jako „přání žít a být akceptován, jako příslušník opačného pohlaví“. Pacient bývá obvykle nespokojen s vlastním anatomickým pohlavím, nebo má pocit, že je jeho pohlaví nevhodné. Jeho přáním bývá hormonální léčba a chirurgický zásah, který zajistí pacientu tělo odpovídající preferovanému pohlaví. Pro stoprocentní stanovení této diagnózy je vyžadována přítomnost transsexuální identity po dobu alespoň dvou let a neměla by být příznakem žádné duševní poruchy nebo jiné intersexuální, genetické nebo chromozomové poruchy.

Transsexualita je deviací v sexuální identifikaci jedince. Transsexuální muž se ztotožňuje s pohlavím ženským (M to F), transsexuální žena potom naopak s pohlavím mužským (F to M) Transsexuální jedinci se cítí „uvězněni“ v těle opačného pohlaví.

Tato odchylka postihuje asi promile populace a v sexuologických ordinacích tvoří tito pacienti pouze malý zlomek všech vyšetřovaných. Nejvyšší odhad četnosti transsexualismu udává takzvaný singapurský údaj, který ho předpokládá u jednoho člověka z devíti tisíc. Nicméně jde o velice náročné případy, kdy je nutná značná trpělivost a profesionalita ošetřujícího lékaře.

V zemích střední a východní Evropy s bývalým komunistickým režimem se setkáváme s ne zcela jasným jevem: V těchto zemích (alespoň v České republice, Polsku a nových Německých spolkových zemích) statistiky uvádí, že třikrát více je transsexuálů ženského tělesného pohlaví, kteří se cítí mužem V ostatních evropských zemích je tomu podle statistik naopak.

V naší péči tedy převažují transsexuálové ženského tělesného pohlaví, kteří se cítí být muži, a chtějí změnit své pohlaví na mužské. Tato situace bývá vysvětlována sociálními faktory, jako je sociální postavení ženy v bývalých socialistických zemích, nebo obtížnější výkon ženské role. Dalším důvodem se může jevit důsledek odlišné schopnosti sebeprosazení a osobnostních rysů transsexuálů rozdílného pohlaví v podmínkách nedemokratického společenského uspořádání. Zatímco transsexuálové F to M bývají většinou zralí, vyrovnaní a asertivní jedinci, kteří velmi energicky prosazují svůj

požadavek na přeměnu pohlaví, transsexuálové M to F bývají nezdědka lidé s nestálými a nevyrovnanými povahovými rysy.

Průzkumy uvádí další zajímavý fakt, že zatímco naprostá většina transsexuálů F to M se sexuálně orientuje v souladu se svou pohlavní identitou, tedy eroticky je přitahují ženy, tak nemalá část transsexuálů M to F uvádí transestitní sklony a sexuálně je přitahují partnerky. Od finální přeměny pohlaví je pak může odradit složité hledání životní partnerky. Někteří z nich se dokonce oženili a založili si rodinu, čímž zpochybnili svou diagnózu a zkomplikovali si možnost řešení své situace přeměnou pohlaví.

Po roce 1989, po změně společenského systému v naší zemi u nás přibylo transsexuálních pacientů M to F. V našich ordinacích však stále zůstávají v převaze transsexuálové F to M.

Rozeznáváme jednak úplnou inverzi sexuální identity – transsexualismus, a dále pak neúplnou, kam patří poruchy pohlavní identity v dětství a transvestitismus dvojí role. Pouze u transsexualismu hovoříme o jádrové, zcela inverzní změně vnímání vlastního pohlaví. Při ostatních poruchách se jedná spíše o změněnou sexuální roli a nejednoznačnou jádrovou identitu. V těchto případech má chování a citění odpovídající druhému pohlaví pouze přechodný a neerotický charakter.

Transsexualismus je úplná inverzní pohlavní identita, kdy muž se cítí ženou, žena mužem a své tělesné uspořádání vnímají jako nespravedlnost či omyl přírody. V této opačné roli i vystupují nebo alespoň si přejí vystupovat a žádají, aby tak byli společensky přijímáni. Pohlavní znaky příslušné jejich tělesnému pohlaví vnímají negativně, včetně jejich sexuálního dráždění. Odmítají stimulaci od partnera, někteří jsou schopni s ambivalentními pocity masturbovat.

Pokud je narušena somatická pohlavní diferenciaci, nejedná se o transsexualismus. Výskyt transsexualismu bývá ve společnosti mnohem méně častý než výskyt homosexuality. Transsexuálové bývají tedy často okolím považováni za homosexuály, což vnímají jako nepochopení svého stavu a působí to na ně, zejména v období jejich osobního dozrání, tísnivě a znejišťuje je to.

Známky transsexuality mohou být pozorovány již v dětství, kdy například chlapci inklinují spíše k dívčím kolektivům, jejich hlavními hračkami bývají panenky, rádi se oblékají, zdobí, rádi se učí například ručním pracím. Dívky naopak vyhledávají kamarády převážně mezi chlapci, se kterými hrají typické chlapecké hry.

Znaky narušené pohlavní identity v dětství zejména v oblasti chování, oblékání a her pozorujeme i u jiných dětí. Tyto znaky většinou během let ustoupí. I přesto je důležité mít na paměti, že u třiceti až sedmdesáti pěti procenty z těchto dětí se v budoucnu rozvine homosexuální orientace. Podle statistik se toto tvrzení častěji týká chlapců.

Terapeuticky ani preventivně se tato situace řešit nedá. Odborníci doporučují dítěti jeho chování nezakazovat, ale ani ho v něm nepodporovat. Veškerá rozhodnutí nechat na něm. Rodiče dítěte musí počítat s možností homosexuální orientace či transsexuality v dospělosti a svého potomka chápat a usnadnit mu jeho dospívání. Tyto děti mívají často špatný vztah se svým otcem, což bývá zapříčiněno skutečností, že otec se více snaží psychicky ovlivňovat pohlavní identitu a roli svých potomků. Ti, kteří jeho představu nesplňují, pak bývají otcem odmítáni či trestáni.

Problém nastává, pokud se transsexuál snaží žít jako „ostatní normální lidé“, což v praxi znamená adaptovat se na okolí a potlačit své vlastní pocity. Tyto snahy končí často neúspěchem a jedinec usiluje alespoň o změnu sexuální role. V mnoha případech však tito jedinci vyhledávají pomoc odborníků.

MUDr. Hanka Fifková popisuje základní etapy procesu přeměny pohlaví v knize *Transsexualita a jiné poruchy pohlavní identity*, od kolektivu autorů Hanka Fifková, Petr Weiss, Ivo Procházka, Peggy T. Cohen-Kettenis, Friedemann PfAfflin, Ladislav Jarolím, Jiří veselý, Vladimír Weiss takto (2008, s. 77,78): *„Proces přeměny pohlaví je dlouhodobou a komplexní záležitostí, která probíhá dle určitých pravidel. Základní model užívaný v minulosti v naší republice byl vytvořen v Sexuologickém ústavu 1. lékařské fakulty a Vojenské fakultní nemocnice v Praze a byl ve své době liberálním a revolučním činem, který jen upevnil postavení české sexuologické školy v celosvětovém měřítku. Tento terapeutický plán dělil proces přeměny pohlaví do období pěti let a stanovil přísná indikační kritéria.*

V prvním roce probíhala opakovaná tělesná a psychologická vyšetření s cílem zjistit psychickou identifikaci a motivaci k léčbě. Ve druhém roce se aplikovaly hormony opačného pohlaví, ve třetím roce se podával návrh na změnu jména na neutrální. Čtvrtý rok byl ve znamení podání návrhů na chirurgické zákroky a v pátém roce se dokončovala přeměna matriční změnou pohlaví. Jako kontraindikace byly stanoveny interní poškození neumožňující hormonální léčbu, mentální defekt, těžká psychopatie, kriminalita a sociální maladaptace, alkoholismus, toxikomanie a psychóza.

V současné době je již dle našeho názoru možné používat méně striktně vymezené postupy s maximálním zřetelem na individuální situaci klienta. Dle modelu, který se nám osvědčil, lze proces přeměny pohlaví rozdělit do následujících fází:

- a) diagnostika,*
- b) rozhodovací proces,*
- c) RLT, RLE (Real Life Test, Real Life Experience),*
- d) hormonální terapie,*
- e) operativní zákroky,*
- f) pooperační období*

Obecně pak můžeme konstatovat, že u některých fází existuje zcela přesné a konkrétní vymezení časem (například minimální doba hormonální terapie před operačními zákroky), jiné probíhají časově velice individuálně (diagnostika), některé fáze se vzájemně překrývají (RLT zasahuje do diagnostiky i hormonální fáze terapie). Léčba psychologickými prostředky, tedy psychoterapie, se prolíná všemi fázemi.

Trvání diagnostické fáze lze v konkrétních případech jen těžko odhadnout či naplánovat. Někteří klienti již na prvním sezení přesvědčivým a vyčerpávajícím způsobem demonstřují svou psychickou identitu a nenechají nikoho na pochybách o tom, že znají svou pohlavní příslušnost. Následný proces diagnózu jen potvrdí. Na druhou stranu je i mnoho takových, kteří se hledají doslova celé roky a diagnostickou fází u nich nelze jakkoli urychlovat

Z hlediska potřeby sjednotit diagnostické metody na jednotlivých českých pracovištích bychom pak navrhovali následující rozdělení diagnostických vyšetření:

- vyšetření nezbytně nutná (řízený diagnosticky orientovaný rozhovor; psychologické vyšetření, interní a endokrinologická vyšetření apod.)*
- vyšetření doporučená (například PPG a VPG)*
- vyšetření prováděná z výzkumných účelů, o jejichž absolvování je třeba klienta speciálně požádat a vysvětlit mu jeho účel (například vyšetření genetické)“*

Po nezvratném potvrzení diagnózy transsexuality by měla následovat rozhodovací fáze. Stejně jako u předchozí fáze jde o období, které někteří klienti časově minimalizují, protože sexuologickou ordinaci vyhledali již s jasnými představami o dalším postupu léčby i o výsledném cíli přeměny. Terapeut je ale i v tomto případě vždy povinen klienta podrobně informovat o všech možnostech terapie, o výhodách jednotlivých fází postupu i o jejich možných rizicích s nimi spojených. Někteří pacienti potřebují na rozhodovací fázi více času. Terapeut v tomto případě do celé fáze svému klientovi zasahuje pouze minimálně, poskytne mu dostatek času a celou fázi ho pouze provází a poskytuje mu všechny dostupné informace spojené s léčbou.

Další fází přeměny pohlaví je testovací období. Pacient má v tomto období možnost otestovat si v praxi, zda je opravdu připraven žít v těle opačného pohlaví, v těle, které se shoduje s jeho psychickou identitou. V této roli začíná postupně žít ve všech oblastech běžného života.

V tomto období získává pacient mnoho nových poznatků, zkušeností a může si ověřit, zda jeho rozhodnutí bylo opravdu správné. Jde o složité období. Jednou z důležitých pomocných podpor je i dočasná změna jména a příjmení na neutrální tvar. O tuto změnu je nutné požádat na matrice a společně s ní dojde i k výměně některých osobních dokladů pacienta. Transsexuálním lidem jejich původní jméno komplikuje život a proto právě v této fázi testování je pro ně dočasná změna jména velmi důležitá.

Pokud pacient projde úspěšně testovacím obdobím, které musí trvat minimálně několik měsíců, ideálně potom jeden rok, ujistí se o správnosti svého rozhodnutí, může

zahájit další fázi procesu a tou je hormonální terapie. V praxi tato terapie může být zahájena v zásadě jen u pacientů F to M, kteří již v mužské roli žili před první návštěvou lékaře, a nečinilo jim to žádné potíže.

F to M se nachází v mnohem složitější situaci, protože jim jejich testovací období komplikují některé jejich biologické znaky. Zahájení jejich hormonální terapie tady nelze podmiňovat zahájením RLT a RLE. U těchto pacientů je většinou nezbytné začít nejprve užívat hormony a projít opakovaně epilačními a depilačními procedurami tak, aby zahájení života v ženské roli o ně předznamenalo sociální sebevraždu. Někdy se pacientům v této situaci doporučuje po zahájení hormonální terapie ještě určitou dobu setrvat v neutrální formě existence. Doporučuje se nosit neutrální, unisex oblečení bez zvýraznění rysů daného pohlaví a používat neutrální formulace v řeči. Někteří odborníci se ale k tomuto postupu staví jako k ne vždy nejvhodnějšímu. Vždy je třeba brát do úvahy individuální situaci klienta. Pro klienta jsou reakce jeho okolí právě v tomto období velmi důležité. Ověřuje si na nich, zda a nakolik bude ve své nové roli akceptován. Aby se okolí pacienta mohlo na novou situaci adaptovat, potřebuje jasné signály jako je oblečení, účes, úprava zevnějšku, formulace řeči s používáním jasných rodů, zejména v přítomnosti minulém.

Pacienti, kteří si představují, že mohou čekat v neutrální formě existence na hormonální efekt, který způsobí veškerou změnu sekundárních znaků, ze kterých okolí samo pozná, o co jde a samo začne reagovat, se mýlí.

Transsexualita a jiné poruchy pohlavní identity, od kolektivu autorů Hanka Fifková, Petr Weiss, Ivo Procházka, Peggy T. Cohen-Kettenis, Friedemann Pfäfflin, Ladislav Jarolím, Jiří veselý, Vladimír Weiss (2008, s. 79): *„V tomto období jsou pro naše klienty důležité i informace o nejrozličnějších lékařských i nemedicínských službách, které je možné využít v rámci změn zevnějšku, ať už to jsou služby odstraňující nebo korigující některé nežádoucí znaky (například vousy, ochlupení u MtF) či služby požadované znaky zvýrazňující (růst svalové hmoty u FtM).*

Hormonální terapie trávající déle než jeden rok pomocí hormonální substituce a splnění všech podmínek umožňuje klientovi písemně požádat příslušnou komisi jmenovanou ředitelem dané nemocnice o operativní přeměnu pohlaví. Komise pak rozhodne na

základě doporučení ošetřujícího odborníka a dalších specialistů o operativní přeměně pohlaví.

Při přeměně transsexuální lidé využívají služby estetické chirurgie. Tyto zákroky jsou především využívány MtF a nejsou hrazeny zdravotními pojišťovnami.

4 POHLAVNÍ DYSFORIE U DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH

Pohlavní (rodová, genderová) dysforie vyjadřuje dyskomfort či stres, způsobovaný rozporem mezi pohlavní identitou dítěte nebo dospívajícího a jeho biologickým pohlavím. Pohlavní dysforie v dětství nemusí přetrvávat do dospělosti, u některých dětí s nástupem puberty však tyto pocity sílí a stupňují se. Relativně častý je pak souběh pohlavní dysforie v dětství a dospívání s úzkostnými a depresivními poruchami.

Diagnózu poruchy pohlavní identity v dětství pak vyslovujeme pro dívky tehdy, když:

1. Dítě pociťuje trvalé a intenzivní utrpení v souvislosti s tím, že je děvče, a vyjádřilo touhu být chlapcem nebo trvá na tom, že chlapec je.

2. Musí být přítomna některá z následujících charakteristik: Zřetelná přetrvávající averze k normálním ženským šatům a trvání na typickém mužském oblečení. Přetrvávající odmítání ženských anatomických struktur, což by mělo být doloženo jedním z následujících opakujících se tvrzení: Dívka tvrdí, že má nebo jí naroste penis. Odmítá močit vsedě. Prohlašuje, že nechce, aby jí narostly prsy a že nechce menstruuovat.

3. Porucha se projevila ještě před nástupem puberty.

4. Porucha musí trvat nejméně šest měsíců

5 POPIS DOSAVADNÍ LÉČBY

V dubnu 2012 absolvoval Daniel první konzultaci u MUDr. Hany Fifkové v sexuologické ambulanci v Praze. Paní doktorka vysvětlila Danielovi co se s jeho tělem a s jeho psychikou děje.

Dostali jsme mnoho užitečných rad a doporučení, kterými jsme se řídili a řídíme.

Rady pro Daniela:

- Nevyčítej si nic, protože za to nemůžeš.
- Nestyd' se za nic, protože to není ke stydění.
- Pokud máš zázemí, svěř se alespoň jednomu člověku.
- V žádném případě neodkládej návštěvu odborníků. Pomůžou ti pochopit tvoji situaci a najde řešení.
- Neztrácejte čas.

Rady pro rodiče a vychovatele:

- Nevyčítejte mu nic, protože za to nemůže.
- Nevyčítejte nic ani sobě, ani vy za to nemůžete.
- Vaše rodina se nemusí za nic stydět, smát se vám mohou jenom hlupáci a zakomplexovaní lidé.
- Pokuste se dítě pochopit a neodsuzovat ho, stálo ho spoustu sil se vám svěřit.
- Neodmítejte ho, možná jste jediní, na koho spoléhá.
- Navštivte spolu odborníka.
- Dejte mu najevo, že je stále vašim milovaným dítětem.

Konzultace u paní doktorky stále pokračují. Daniel se na schůzky vždy těší, naplňují ho porozuměním, dalšími nadějemi, dostane tu vždy odpovědi na všechny své otázky, které se týkají jeho problému. Pro Daniela totiž jeho situace ještě stále problémem je.

Od května 2013 je Daniel v péči MUDr. Davida Neumanna PhD. z dětské endokrinologie Fakultní nemocnice v Hradci Králové. Zde mu byl nejprve speciálním vyšetřením zjištěn kostní věk, růstová křivka a hladina estrogenů. Kostní věk byl určen jako opožděný o 1,75 roku. Z tohoto důvodu mu ještě nebyla zahájena blokádní terapie do doby potvrzení pubertálních hladin estrogenů. Blokáda vzhledem k progresi dospívání byla zahájena v červnu 2014 Dipherelinem 3mg injekčně do svalu. Tuto léčbu podstupoval Daniel jedenkrát měsíčně ve čtyřech dávkách. Tato léčba potlačuje v Danielově těle projevy dívčích pubertálních znaků, jako je růst prsou a menstruace. V září 2014 byl Danielovi při páté kontrole na dětské endokrinologii ve Fakultní nemocnici v Hradci Králové rentgenologickým vyšetřením zkontrolován kostní věk a následně předepsána aplikace Diphereline 11,25mg. Při poslední kontrole v únoru 2016 bylo zjištěno opoždění kostního věku o 0,9 roku. Nadále pokračuje blokáda izosexuální puberty a nově byla Danielovi zavedena hormonální substituce testosteronem. Tato léčba navodí v Danielově těle změny pohlavních znaků. Podáváním testosteronu dojde k postupnému nárůstu vousů, zhrubění hlasu a celkovému mužskému vzhledu.

V září 2013 začal Daniel studovat na osmiletém gymnáziu ve vedlejší městě. Abychom mu ulehčili vstup do nového kolektivu, požádali jsme o spolupráci Danielovi rodiče a společně jsme mu na matrice nechali změnit jméno a příjmení. Tak se z Daniely stal Daniel a koncovka jeho příjmení se změnila na neutrální „ů“. Po těchto změnách na matrice jsme zažádali ještě o výměnu průkazky pojištěnce zdravotní pojišťovny a o změnu jména v cestovním pase. Rodné číslo však zůstalo v původním stavu, což často mate personál zdravotnických zařízení, kteří nejsou seznámeni s případem Daniela. Změna školního kolektivu a prostředí se odrazila na psychické pohodě Daniela. Nastoupil na gymnázium již jako chlapec.

Otec Daniela nás po počátečních rozpacích začal podporovat a snaží se spolupracovat. Matka se k celé situaci staví laxně.

V zájmu zachování anonymity dítěte neuvádím v této práci skutečné jméno popisovaného dítěte. Proto ani neuvedu jméno v neutrálním tvaru. Je velice složité vybrat neutrální křestní jméno. Kromě obourodých oficiálních jmen jako Nikola, René, Saša se pro osoby s poruchou sexuální identity osoby připouští též použití obourodých domáckých podob jmen Jára, Míša, Pěťa. Je rovněž možné použít cizí křestní jména, ta už ale nemusí být obourodá v rámci jednoho jazyka. Například jméno Janis je v angličtině ženské a v řečtině mužské. Andrea je v italštině mužské jméno a Robin v anglicky mluvících zemích ženské jméno. Proto jsme pečlivě vybírali takové jméno, které bude dítěti co nejvíce vyhovovat.

U změny příjmení se postupuje následovně: Jestliže původní příjmení tvoří podstatné jméno, vytvoří se z něj neutrální tvar přidáním koncovky „ů“ (Nováků, Vlčků, Jahodů atd.) Pokud bylo ve tvaru přídavného jména, připojí se koncovka „ých“ (Pokorných, Červených, Malých, apod.)

V České republice mají transsexuální lidé, nebo jejich zákonní zástupci možnost požádat na matrice v místě trvalého bydliště o změnu jména na neutrální tvar. Po předložení potvrzení od ošetřujícího lékaře je tato změna bezplatná.

V primě osmiletého gymnázia došlo u Daniela k velkému zhoršení školního prospěchu. Daniel tento neúspěch snášel velmi těžce. Ztratil zájem o školní přípravy, stresovaly ho vysoké nároky vyučujících. Po osobní konzultaci s učiteli jsme se dohodli na individuálním přístupu a doučování. Poté se prospěch mírně zlepšil, ale přesto ho lze hodnotit jako podprůměrný. V sekundě se jeho školní výsledky nezlepšily, stále dochází na individuální doučování. Nyní v tercii se školní prospěch mírně ustálil, ale stále u Daniela přetrvává nechuť k plnění svých studijních povinností. Zadané úkoly plní na poslední chvíli, nebo vůbec. Přesto je naší společnou snahou Danielovi co nejvíce pomáhat, aby zvládal dané učivo. Důsledně kontrolujeme jeho školní přípravu, aby setrval na gymnáziu po dobu povinné školní docházky. Návrat do původního školního kolektivu na základní škole, kterou navštěvoval jako dívka, by byl pro něho velice stresující. S jeho vyučujícími, kteří k Danielovu problému přistupují velice empaticky, máme vizi, že po ukončení kvarty přestoupí na méně náročnou střední školu, kde bude učivo lépe zvládat.

Po příchodu do dětského domova byl Daniel hlučný, divoký, vulgární a nezvládal základní hygienické návyky. Stále je emocionálně nestabilní a nevyrovnaný. Osobním založením je spíše vstřícný, ochotný a milý. Nemá však pevnou vůli a je egoistický. Pokud se mu něco nedaří, snadno se uchýlí k podvodu, nebo ztropí hysterickou scénu, než aby se snažil vlastními silami nebo s dopomocí věci řešit. Stále obtížně zvládá stresové situace a neúspěch. Ve vyhrocených situacích reaguje hystericky. Z těchto důvodů potřebuje individuální přístup a velkou dávku pochopení. Všechny tyto projevy si je vědom a učí se s nimi pracovat. V současné době nemá potíže navazovat a udržet si kamarádský vztah se svými vrstevníky. Jeho sebevědomí se zvedlo o mnoho procent.

Hygienické návyky jsou upevněny a na velmi dobré úrovni. Je samostatný a soběstačný v sebeobsluze.

V nové škole ho berou jako chlapce. Jeho sociální přizpůsobivost je na celkem dobré úrovni. Jeho vztah s mladším bratrem je komplikovaný. Bratr ho často a rád provokuje a raduje se, když se Daniel zlobí a pláče. Vztah k nejmladšímu bratrovi, který je stále v péči otce a jeho nové přítelkyně, je chladný. Projevuje se zde žárlivost, že zůstal v péči otce, zatímco oni, starší, musí být v dětském domově.

Mezi jeho koníčky patří zejména sportovní aktivity, například kopaná, florbal, jízda na kole, parkur, lyžování a bruslení. Baví ho také hry na PC.

Daniel je i nadále v péči dětského psychiatra. Projevují se u něj vývojové poruchy učení a chování, neurotické a úzkostné poruchy. Vzhledem k věku se u něj projevují i opoziční poruchy. Jelikož byl odebrán rodičům ve věku osmi let, nevytvořila se u něj pevná vazba k jakékoli osobě. Při afektivním chování má sklony k sebepoškozování. Potíže se sexuální identitou jsou z psychologického hlediska jedním ze znaků psychopatologické osobnosti.

6 BUDOUCÍ ETAPY PROCESU PŘEMĚNY POHLAVÍ

Proces přeměny pohlaví bude pokračovat v dalších operativních krocích. Chirurgická léčba je realizována plastickými chirurgy a urology rekonstrukcí penisu.

V pooperačním období bude následovat definitivní dokončení změny úřední identity. Bude mu vystaven nový rodný list a rodné číslo. Změní se i všechny doklady a dokumenty i se zpětnou platností. Proces přeměny pohlaví je velice dlouhodobou záležitostí. Daniel se nachází v počátečním stadiu užívání hormonální terapie testosteronem. Postupně se mu budou dávky testosteronu zvyšovat. Jeho tělo bude procházet velkými změnami. Postava bude mít stále více mužských znaků. Brzy mu začne mutovat hlas, zvýší se mu ochlupení tváře a těla, zvýší se mu tělesná hmotnost. Nadále bude docházet na psychologické terapie a individuální sezení s odborníky.

Po dosažení plnoletosti se už Daniel bude rozhodovat sám a zřejmě bude žádat o operativní změnu pohlaví. Té bude předcházet ještě operativní odstranění dělohy a vaječníků. Vzhledem k tomu, že u Daniela došlo již v raném věku k zahájení hormonální léčby, nerozvinuly se u něj druhové pohlavní znaky a nebude proto muset absolvovat odstranění prsů.

Podle zákona je možné k chirurgickým změnám genitálu přistoupit až po 18. roce života (zákon č. 373/2011 Sb.).

Transsexuální osoba by měla před těmito typy zákroků žít minimálně jeden rok v požadované pohlavní roli a absolvovat minimálně roční hormonální (maskulinizující/feminizující) terapii (viz Věstník MZ č. 8/2012). Odstranění prsů lze provést i dříve, po dostatečně dlouhém, minimálně šesti měsíčním období života v požadované roli a předcházejícím dlouhodobém minimálně šesti měsíčním užívání preparátů s testosteronem.

Proces přeměny pohlaví bude pokračovat v dalších operativních krocích. Chirurgická léčba je realizována plastickými chirurgy a urology rekonstrukcí penisu.

Zamítnutím včasného lékařského zákroku u dospívajících se může zvyšovat míra jejich psychického utrpení. Oddalování výše uvedených typů zásahů není v případě

dospívajících neutrální variantou řešení. Mezioborová spolupráce je důležitá ve všech uvedených etapách diagnostiky i terapie dětí a dospívajících s GID. Hlavní zodpovědnost za průběh celého procesu nese sexuolog. V případě blokády puberty úzce spolupracuje s dětským endokrinologem, v procesu maskulinizující/feminizující hormonální terapie pak s endokrinologem erudovaným v problematice GID.

V diagnostice GID i ve všech etapách terapie dlouhodobě spolupracuje s dětským psychologem a psychiatrem, žádoucí je spolupráce s ošetřujícím pediatrem.

Vytvoření informovaného, v oblasti GID vzdělaného a dobře komunikujícího mezioborového týmu by mělo být jedním z cílů při péči o pohlavně nekonformní dítě.

V pooperačním období bude následovat definitivní dokončení změny úřední identity. Bude mu vystaven nový rodný list a rodné číslo. Změní se i všechny doklady a dokumenty i se zpětnou platností.

ZÁVĚR

Naším cílem je chlapci pomáhat v jeho nelehké situaci. Ve spolupráci se školou mu vytvořit podnětné, klidné a chápající prostředí, ve kterém by mohl dospět a dokončit tak přeměnu celé své osobnosti. Dále se budeme snažit posilovat jeho sebevědomí a podporovat ho v oblastech, ke kterým má předpoklady. Povedeme ho k zodpovědnosti, vytrvalosti, pravidelnosti, cílevědomosti a pečlivosti v plnění svých povinností.

Daniela čeká během dvou let aplikace testosteronu, aby se začala měnit jeho postava a hlas do mužské podoby. V osmnácti letech bude řešit operativní změnu pohlavního orgánu. Naším cílem je individuálním přístupem pomáhat dítěti v jeho nelehké životní situaci a doprovodit ho až k úplné přeměně jeho těla. Má před sebou ještě hodně dlouhou cestu.

Tuto práci bych chtěla věnovat všem rodičům a dětem, kteří se nachází v podobné situaci, jako Daniel. Shrnula jsem v ní všechny informace o poruše sexuální identity a doplnila je o poznatky z praxe.

Já sama jsem pochopila, že je velice důležité v pedagogické praxi a samozřejmě i rodinách naslouchat svým dětem. Vnímat jejich představy o životě, trable, přání, sny a akceptovat je. To je myslím si to nejdůležitější. Jen tímto přístupem můžeme dítěti pomoci v jeho nelehké situaci. Nepochopení a nepřijetí svým okolím dítě trpí a prožívá obrovskou bolest a trápení. Bohužel jsou v naší společnosti i lidé, kteří nejsou ochotni akceptovat jedince s nějakými odlišnostmi. Nesnaží se ani pochopit problémy, které si transsexualita sebou nese a díky své hlouposti ubližují.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Seznam použitých českých zdrojů

Hanka Fifková, Petr Weis, Ivo Procházka, Peggy T. Cohen-Kettenis, Friedemann Pfäfflin, Ladislav Jarolím, Jiří Veselý, Vladimír Weis, 2008, *Transsexualita a jiné poruchy pohlavní identity*. 2.vyd. Praha: Grada.

ISBN 978-80-247-1696-1

Vladimír Hort, Michal Hrdlička, Jana Kocourková, Eva Malá a kol., 2000, *Dětská a adolescentní psychiatrie*. 1. vyd. Praha: Portál

ISBN 80-7178-472-9

Seznam použitých internetových zdrojů

Hanka Fifková, *Když se hádá duše s tělem*. Dostupné z: <http://www.translide.cz/duse-proti-telu>

Antonín Brzek, Ivo Procházka, Petr Weiss, *Poruchy psychické příslušnosti k pohlaví*. Dostupné z: <http://www.translide.cz/gdi>

SEZNAM ZKRATEK

FtM - female to male, přeměna z ženy na muže

MtF – male to female, přeměna z muže na ženu

PPG – phalopletysmografie

RLT – Real Life Test

RLE – Real Life Experience

GID – Gender Identity Disorder

SEZNAM PŘÍLOH

Příloha A - Doporučený postup péče o děti a dospívající s poruchami pohlavní identity(Gender Identity Disorder – GID).....I-VII

Příloha A

Doporučený postup péče o děti a dospívající s poruchami pohlavní identity (Gender Identity Disorder – GID)

A. Co je cílem doporučeného postupu

Hlavním cílem doporučeného postupu je formulovat profesionální konsensus pro ČR z hlediska sexuologického, psychiatrického, psychologického, endokrinologického, pediatrického, gynekologického a chirurgického přístupu k řešení poruch pohlavní identity v dětství a dospívání. Společným cílem komplexní terapie je zlepšení kvality života dětí a dospívajících trpících pohlavní dysforií.

B. Co je to pohlavní nekonformnost, pohlavní dysforie a porucha pohlavní identity v dětství

Pohlavní (rodová, genderová) nekonformnost je odlišnost pohlavní identity či role daného dítěte nebo dospívajícího od kulturních norem, přijatých společností pro osoby konkrétního pohlaví.

Pohlavní (rodová, genderová) dysforie vyjadřuje dyskomfort či stres, způsobovaný rozporem mezi pohlavní identitou dítěte nebo dospívajícího a jeho biologickým pohlavím. Pohlavní dysforie v dětství nemusí přetrvávat do dospělosti, u některých dětí s nástupem puberty však tyto pocity sílí a stupňují se. Relativně častý je pak souběh pohlavní dysforie v dětství a dospívání s úzkostnými a depresivními poruchami.

Diagnózu poruchy pohlavní identity v dětství (F 64.2 dle ICD 10) pak vyslovujeme tehdy, když:

Pro dívky:

1. Dítě pocítuje trvalé a intenzivní utrpení v souvislosti s tím, že je děvče, a vyjádřilo touhu být chlapcem nebo trvá na tom, že chlapec je.

2. Musí být přítomna některá z následujících charakteristik: Zřetelná přetrvávající averze k normálním ženským šatům a trvání na typickém mužském oblečení. Přetrvávající odmítání ženských anatomických struktur, což by mělo být doloženo jedním z následujících opakujících

se tvrzení: Dívka tvrdí, že má nebo jí naroste penis. Odmítá močit vsedě. Prohlašuje, že nechce, aby jí narostly prsy a že nechce menstruuovat.

3. Porucha se projevila ještě před nástupem puberty.

4. Porucha musí trvat nejméně 6 měsíců.

Pro chlapce:

1. Dítě pociťuje trvalé a intenzivní utrpení v souvislosti s tím, že je chlapec, a vyjádřilo touhu být dívkou, nebo trvá na tom, že dívka je.

2. Musí být přítomna jedna z následujících charakteristik: Zaujetí pro stereotypní ženské aktivity, převlékání se do dívčího oblečení nebo napodobování ženského oděvu, nebo silné přání účastnit se dívčích her a zábavy a odmítání stereotypních mužských hraček, her a aktivit. Přetrvávání odmítání mužských anatomických struktur, což by mělo být doloženo jedním z následujících opakujících se tvrzení: Vyroste a bude ženou. Jeho penis a varlata jsou odporná, zmizí. Bylo by lepší je nemít.

3. Porucha se projevila ještě před nástupem puberty

4. Porucha musí trvat nejméně 6 měsíců.

C. Role sexuologa

1. Diagnostika a léčba pohlavní dysforie u dětí a dospívajících.

2. Poskytování rodinného poradenství a podpůrné psychoterapie, usnadňující dětem a dospívajícím bližší prozkoumání jejich pohlavní identity, odbourání stresu souvisejícího s pohlavní dysforií a zlepšení dalších psychosociálních potíží.

3. Posouzení a léčba souběžných duševních potíží (anxieta, deprese apod.), případné doporučení péče jiného odborníka.

4. Doporučování dospívajících k tělesným terapeutickým zásahům v rámci odbourání pohlavní dysforie, a to výhradně v rámci zákonné úpravy. Poskytnuté doporučení by mělo zahrnovat posouzení pohlavní dysforie a duševního zdraví dotyčného dospívajícího, jeho způsobilost k tělesnému zásahu a všechny další údaje týkající se zdraví pacienta

5. Osvětová činnost a ochrana zájmů dětí trpících pohlavní dysforií, jakož i jejich rodin v rámci příslušné komunity.

6. Poskytování informací dětem, dospívajícím i jejich rodinám.

D. Posuzování psychického stavu dětí a dospívajících

1. Sexuolog ani jiný lékař by neměl příznaky pohlavní dysforie přecházet a bagatelizovat, neměl by vůči nim vyjadřovat negativní postoj. Měl by nabízet zevrubné prozkoumání pohlavní identity a souběžných duševních potíží. Měl by klienty i jejich rodiny poučit o možnostech léčby.

2. Posouzení pohlavní dysforie a psychického zdraví by mělo být důkladné a dlouhodobé, mělo by zahrnovat též psychodiagnostické a psychiatrické posouzení emocionálního fungování klienta, jeho vztahů s vrstevníky, sociální adaptaci, intelekt a školní prospěch. Důležitou součástí je zhodnocení fungování rodiny.

E. Psychosociální zákroky

1. Odborníci by měli pomáhat rodinám v budování vstřícného a láskyplného postoje vůči dítěti trpícímu pohlavní dysforií

2. Psychoterapie by se měla zaměřovat na zmírňování stresu, který dítě či dospívající zažívá, a na zmírnění dalších potíží psychosociálního charakteru. Dospívajícím toužícím po změně pohlaví by měla být vyjadřována podpora během celého procesu. **Léčba, usilující o změnu pohlavní identity ve smyslu jejího sladění s pohlavím biologickým, byla v minulosti uplatňována bez úspěchu a v současnosti je považována za neetickou.**

3. Rodinu je třeba podporovat ve zvládnání nejistoty a v rozvoji pozitivního vnímání sebe sama.

4. Klienty a jejich rodiny je potřeba podporovat při obtížném rozhodování ohledně rozsahu kroků v rámci projevení pohlavní identity i v otázce případného sociálního přechodu a v otázkách, zda a kdy informovat ostatní o situaci daného dítěte či dospívajícího.

5. Odborníci by měli podporovat klienty a jejich rodiny též osvětovou činností v rámci dané komunity, spolupracovat např. s pedagogy.

6. Odborníci by měli usilovat o udržení trvalého terapeutického vztahu s dětmi, dospívajícími a jejich rodinami během veškerých následných sociálních či tělesných zásahů.

7. Od prvního kontaktu s dítětem s pohlavní dysforií je třeba dbát na ochranu jeho soukromí i soukromí celé rodiny.

F. Změna pohlavní role v raném dětství

1. Některé děti dávají najevo touhu po změně pohlavní role dlouho před nástupem puberty. Jednotlivé rodiny se pak liší v míře, ve které tento přechod dětem umožní. Sexuolog může rodinám pomoci při rozhodování ohledně načasování a průběhu všech případných změn v rámci pohlavní role dítěte, a to i eventuálních změn úředních (změna jména a příjmení na neutrální tvary). Měl by pomáhat zvažovat potenciální výhody a rizika jednotlivých variant.

2. Změnu role je možné prezentovat jako život na zkoušku, nikoli jako nevratný krok. Je důležité dítě informovat, že si tím neuzavírá cestu zpět. Nedovolí-li rodiče dítěti uskutečnit změnu pohlavní role, je důležité jim poradit, jak citlivě a přínosně dítěti vycházet vstříc tak, aby mohlo dále svou identitu v bezpečném prostředí zkoumat a projevovat.

G. Tělesné zákroky u dospívajících

Před zvažováním jakýchkoli tělesných zákroků u dospívajících by mělo být provedeno rozsáhlé zkoumání psychologických, psychopatologických, rodinných a sociálních aspektů.

1. Plně reversibilní zásahy

Zahrnují potlačení produkce estrogenů či testosteronu analogy gonadoliberinů a následné oddálení pubertálních tělesných změn.

2. Částečně reversibilní zásahy

Sem patří hormonální terapie za účelem maskulinizace či feminizace těla.

3. Ireversibilní zásahy

Jde o chirurgické zákroky

Plně reversibilní zásahy

Před blokádou dospívání se doporučuje nechat dospět izosexuální pubertu dětí s GID minimálně do druhé fáze dospívání podle Tannerovy stupnice tak, aby byl dospívající vystaven vlivu biologicky odpovídajících hormonů. Blokáda, je-li podána, poskytuje dospívajícímu více času tak, aby mohl dále zkoumat svou identitu, a současně má zabránit rozvoji sekundárních pohlavních znaků, které, pokud k blokádě není přistoupeno, vyžadují provedení zákroků chirurgických v eventuálním následujícím procesu přeměny pohlaví. Cílem je též zlepšení kvality života dospívajícího jedince. Potlačování puberty může probíhat několik let, během nichž je třeba dospět k rozhodnutí o přerušení/ukončení blokádní terapie nebo přechodu na maskulinizující/feminizující léčbu.

Kritéria pro zahájení blokádní terapie:

Dospívající vykazuje dlouhodobou (minimálně 6 měsíců trvající) pohlavní dysforii

Tato dysforie se projevila nebo zesílila s nástupem puberty

Mentální, psychologická, zdravotní i sociální situace klienta léčbu umožňuje

Dospívající i jeho zákonný zástupce udělili informovaný souhlas.

1. Blokádní terapii indikuje, vede a monitoruje sexuolog na základě vyšetření a doporučení dětského endokrinologa, který dítě dispenzarizuje minimálně v ročních intervalech. K zahájení je nutné vyjádření dětského psychologa a dětského psychiatra. Je třeba informovat i ošetřujícího praktického lékaře pro děti a dorost.

2. Načasování ukončení blokádní terapie s přechodem na léčbu hormony opačného pohlaví provádí sexuolog v součinnosti s dětským endokrinologem.

Částečně reversibilní zásahy

1. Dospívající mohou být způsobilí k zahájení feminizující/maskulinizující hormonální terapie, obvykle po 15. roce věku

2. Rozhodnutí ohledně zahájení tohoto typu léčby by měl udělat dospívající klient spolu s rodiči a terapeutickým týmem. Hormonální terapie pro dospívající by měla být přizpůsobena tělesnému, emocionálnímu a duševnímu vývoji konkrétního jedince v jednotlivých etapách dospívání.

3. Tento typ terapie indikuje a vede sexuolog po konzultaci s endokrinologem erudovaným v problematice GID.

Ireversibilní zásahy

1. Podle zákona je možné k chirurgickým změnám genitálu přistoupit až po 18. roce života (zákon č. 373/2011 Sb.).

Klient by měl před těmito typy zákroků žít minimálně jeden rok v požadované pohlavní roli a absolvovat minimálně roční hormonální (maskulinizující/feminizující) terapii (viz Věstník MZ č. 8/2012).

2. Odstranění prsů lze provést i dříve, po dostatečně dlouhém (minimálně 6 měsíčním) období života v požadované roli a předcházejícím dlouhodobém (minimálně 6 měsíčním) užívání preparátů s testosteronem.

Zamítnutím včasného lékařského zákroku u dospívajících se může zvyšovat míra jejich psychického utrpení. Oddalování výše uvedených typů zásahů není v případě dospívajících neutrální variantou řešení

H. Mezioborová spolupráce a kompetence

1. Mezioborová spolupráce je důležitá ve všech uvedených etapách diagnostiky i terapie dětí a dospívajících s GID. Hlavní zodpovědnost za průběh celého procesu nese sexuolog. V případě blokády puberty úzce spolupracuje s dětským endokrinologem, v procesu

maskulinizující/feminizující hormonální terapie pak s endokrinologem erudovaným v problematice GID.

2. V diagnostice GID i ve všech etapách terapie dlouhodobě spolupracuje s dětským psychologem a psychiatrem, žádoucí je spolupráce s ošetřujícím pediatrem.

3. Vytvoření informovaného, v oblasti GID vzdělaného a dobře komunikujícího mezioborového týmu by mělo být jedním z cílů při péči o pohlavně nekonformní dítě.

Coleman, E. et al.: Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7. International Journal of Transgenderism, 13:165–232, 2011

Fifková, H. et al.: Transsexualita a jiné poruchy pohlavní identity. Grada, Praha 2008

Verze ČR 1, říjen 2013

H. Fifková

P. Weiss

D. Neumann

ve spolupráci se sekci dětské sexuologie Sexuologické společnosti ČLS JEP

BIBLIOGRAFICKÉ ÚDAJE

Jméno autora: Hana Štěpánková

Název kurzu: Studium v oblasti pedagogických věd – speciální pedagogika

Název práce: Porucha sexuální identity v dětství

Rok: 2016

Počet stran textu bez příloh: 20

Celkový počet stran příloh: 7

Počet titulů českých použitých zdrojů:2

Počet titulů zahraničních použitých zdrojů:0

Počet internetových zdrojů:2