

Univerzita Palackého v Olomouci

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

GENDEROVÁ INKONGRUENCIA V KONTEXTE ANAMNÉZY A RANÉHO VÝVOJA

GENDER INCONGRUENCE IN CONTEXT OF ANAMNESIS
AND EARLY DEVELOPMENT



Magisterská diplomová práce

Autor: **Bc. Marcela Murínová**

Vedúca práce: **PhDr. Leona Jochmannová, Ph.D.**

Olomouc

2025

Týmto by som sa chcela poďakovať mojej vedúcej pani PhDr. Leone Jochmannovej, za jej veľkú trpezlivosť a porozumenie v ťažkých chvíľach, cenné rady a príjemný a milý prístup.

Ďalej by som sa chcela poďakovať aj mojim rodičom, za všetku podporu počas celého môjho štúdia a nekonečnú dávku podpory. Mojim spolužiakom za všetky vzájomné rady, konzultácie, psychickú podporu pri všetkých nárokoch štúdia, predovšetkým však mojej úžasnej kamarátke Kati. Naše spoločné kávové dýchanky, branche, psychické zrútenia a životné drámy ma niesli celým mojim štúdiom s väčšou ľahkosťou, úsmevom na tvári a vedomím, že keby nebolo štúdium nie sme ani my.

Ďakujem tiež mojej starkej a Milke za to, že boli mojou veľkou oporou v mojich najťažších momentoch štúdia a dokázali ma podporiť ako nikto a im aj patrí veľká zásluha, že mám možnosť písať túto prácu a byť tam kde som dnes.

Ďakujem môjmu priateľovi, ktorý dokázal neustále upokojuvať moju úzkostnú dušu, bojovať s mojimi katastrofickými scenármi, rozosmiať ma keď som mala pocit, že sa končí svete a nikdy nesklamať byť mi najväčšou oporou v každom jednom ohľade.

Miestoprísažne prehlasujem, že som magisterskú diplomovú prácu na tému: „Stratégie riešenia partnerských konfliktných situácií v kontexte vzťahovej väzby“ vypracovala samostatne pod odborným dohľadom vedúceho diplomovej práce a uviedla som všetky použité podklady a literatúru.

V Olomouci dňa

Podpis

OBSAH

ÚVOD.....	5
TEORETICKÁ ČASŤ.....	7
1 VYMEDZENIE TERMINOLÓGIE SPOJENEJ S GENDEROVOU DYSFÓRIOU	8
1.2 Základný koncept pohlavia a genderu	8
1.2 Identita	11
1.2.1 Genderová rola a identita	13
1.3 Novodobá terminológia	15
2 DIAGNOSTICKÉ VYMEDZENIE GENDEROVEJ INKONGRUENCIE	19
2.1 Vývoj klasifikácie podľa diagnostických manuálov	19
2.1.1 Etiológia genderovej inkongruencie	21
2.2. Diagnostické kritéria.....	24
2.3 Diagnostický proces.....	26
3 RANÝ VÝVOJ A VZŤAHOVÁ VÄZBA	31
3.1 Vývoj v raných štádiách	31
3.1.1 Vzťahová väzba v ranom detstve	35
3.2 Genderová dysfória v kontexte raného vývoja a vzťahovej väzby.....	38
4 AKTUÁLNE ŠTÚDIE GENDEROVEJ INKONGRUENCIE A PRIDRUŽENÝCH KOMORBIDÍT	41
4.1 Štúdie zamerané na problematiku komorbidít	41
4.1.1 Štúdie zamerané na pridružené komorbidity	44
VÝSKUMNÁ ČASŤ	48
5 VÝSKUMNÝ PROBLÉM, VÝSKUMNÉ OTÁZKY, VÝSKUMNÉ CIELE	49
5.1 Výskumný problém a výskumné ciele.....	49
5.1.1 Výskumné otázky.....	50
6 METODOLÓGIA VÝSKUMU	51
6.1 Design výskumu	51
6.2 Metódy výberu a výskumný súbor	52
6.3 Etika výskumu a ochrana súkromia	55
6.4 Reflexia výskumnej skúsenosti s témou výskumu	56
6.5 Metódy získavania dát	57

6.6.1 Konkrétne kroky vykonania analýzy a ukážka postupu.....	50
6.6 Metódy analýzy a spracovania dát.....	57
7 VÝSLEDKY ANALÝZY DÁT	62
7.1 Tematické okruhy	62
7.1.1 Významné udalosti v obecnej anamnéze	63
7.1.2 Identifikácia ranných ťažkostí.....	66
7.1.3 Komorbidity/ významné pridružené symptómy	71
7.1.4 Špecifiká klientov s gendrovou dysfóriou	75
7.2 Odpovede na výskumné otázky	86
8 DISKUSIA	93
9 ZÁVERY.....	102
SÚHRN	104
LITERATÚRA.....	108
PRÍLOHY.....	120

ÚVOD

Jednou z najhlbších a najťažšie uchopiteľných koncepcií ľudského bytia je identita. Pravdepodobne ide o tému, nad ktorou človek neuvažuje každý deň, ani niečo, čo by bol schopný jednoznačne opísať.

Aj na zdanlivo jednoduchú otázku, akou je „Kto som?“, by človek asi neodpovedal jednoslovne. Naše odpovede by boli pravdepodobne rozmanité a odrážali by sa v nich viaceré roviny, čo by nás viedlo k nekončiacemu počtu odpovedí. Je tomu tak preto, že to, kým sme, naša identita, je veľmi komplexný jav, ktorý nielen odráža jedinečnosť osobnosti, ale je zároveň formovaný sociálnou štruktúrou prostredníctvom rolí a sociálnych skupín, do ktorých sa jednotliviec počas života začleňuje (Blatný et al., 2010; Vranka, 2014). Už Stryke & Burke (2011) tvrdili, že človek disponuje rozsiahlym radom identít, ktoré vystupujú do popredia v závislosti od zažívanej situácie. Na základe toho vyzdvihli náročnosť nielen uchopenia, ale aj skúmania tohoto konceptu.

Napriek náročnosti skúmania a uchopenia tohto konceptu sa predovšetkým v posledných rokoch zvýšil záujem o zložku identity týkajúcej sa genderu (Rioux et al., 2022). Tvrdenie, že identita je často stabilná a predstavuje nikdy nekončiaci proces (Carr et al., 2021), tak dopĺňa Chappell (2011) myšlienkou, že neexistuje genderovo neutrálne prostredie a už od narodenia vstupujeme do sveta, ktorý nás neustále vedie k genderovej diferenciacii, ktorá formuje našu genderovú identitu. Čoraz častejšie sa stretávame s odklonom od binárnej diferenciacie, čo vedie k posunu chápania tradičných kategórií muž a žena (Brown et al., 2020).

Jedným z najčastejšie diskutovaných a skúmaných konceptov v tejto súvislosti sa stala genderová inkongruencia. Tá odráža nielen biologickú, ale aj sociálnu rovinu, pričom predovšetkým jej sociálny aspekt vedie k výraznému záujmu laickej aj odbornej verejnosti, v snahe čo najlepšie uchopiť túto problematiku. Významným prínosom v posledných rokoch boli zmeny tejto diagnózy v klasifikačných manuáloch, rovnako ako aj vznik medzinárodných klinických odporúčaní pre poskytovanie starostlivosti osobám s genderovou inkongruenciou (Coleman et al., 2022). Napriek tomuto pokroku sú tieto osoby častejšie vystavené diskriminácii, čo môže viesť k narušeniu ich psychického stavu a rozvoju rôznych ťažkostí. S tým súvisí aj to, že základ vnímania miery záťaže a dostupnosť mechanizmov na jej zvládania sú výrazne ovplyvnené podporou zo strany rodiny, a to

predovšetkým v období raného vývoja a formovania vzťahovej väzby. Tá zohráva významnú rolu v rozvoji adaptívnych vzorcov správania, ktoré znižujú riziko rozvoja psychických ťažkostí (Malta et al., 2020; Mastern & Cicchetti, 2010).

V našej práci sme sa preto snažili čo najviac zachytiť komplexný pohľad na koncept genderovej inkongruencie prostredníctvom preskúmania významných aspektov v celkovej aj ranej anamnéze, so zameraním najmä na obdobie formovania vzťahovej väzby. Zároveň sa venujeme mapovaniu možných psychických ťažkostí a špecifik, ktoré by mohli prispieť k hlbšiemu porozumeniu tejto problematiky a podporiť vytvorenie adekvátnejšej formy starostlivosti pre osoby s genderovou inkongruenciou. Diplomová práca čiastočne nadväzuje na projekt IGA_FF_2024_010.

TEORETICKÁ ČASŤ

1 VYMEDZENIE TERMINOLÓGIE SPOJENEJ S GENDEROVOU INKONGRUENCIOU

Aj napriek tomu, že genderová diverzita nie je novým javom, verejné aj odborné diskusie o genderi a pohlaví predstavujú pomerne novodobý fenomén, ktorý viedol k výraznému nárastu výskumov na túto tému. Koncept genderu začal získavať väčšiu pozornosť vďaka jeho rozšírenejšej prezentácii v politike, populárnej kultúre, tradičných médiách a online priestore. To umožnilo rozvoj terminológie zachytávajúcej rôzne formy genderovej diverzity a identity (Rioux et al., 2022). Presné rozlíšenie a jednotnejšia terminológia pojmov pohlavie a gender môže mať vplyv na spoločenské vnímanie (Thorne et al., 2019), čo podporili Pryzgoda a Chrisler (2000) a Hamilton (1991) tvrdením, že spôsob, akým ľudia komunikujú a počúvajú o danej téme, môže významne ovplyvniť ich myšlienky a presvedčenia.

Z tohto dôvodu, ako aj pre nevyhnutnosť jasného vymedzenia terminológie genderovej diverzity a identity v rámci vedeckého skúmania (Thorne et al., 2019), sa v tejto kapitole zameriavame na priblíženie a kategorizovanie niekoľkých kľúčových pojmov s cieľom poskytnúť čo najzrozumiteľnejší úvod do danej problematiky.

V českej a slovenskej literatúre je niekedy termín „gender“ je vyjadrený aj termínom „rod“ alebo sa často používajú súbežne. V súčasnosti sa však častejšie stretávame s pojmom „gender“ (Nečasová, 2008). Z toho dôvodu, ako aj pre lepšiu prehľadnosť a jednotnosť budeme v tejto práci pracovať s termínom „gender“.

1.1 Základný koncept pohlavia a genderu

Na svete existuje len málo vecí, ktoré ovplyvňujú životy ľudí od narodenia až po smrť tak výrazne ako ich pohlavie alebo gender. Až do sedemdesiatich rokov sa používal termín „pohlavie“ pre označenie chlapcov, dievčat, mužov, ženy a im príslušných pohlavných rolí, ktoré slúžili na kultúrne definovanie maskulinity a femninity. V posledných rokoch sa ale čoraz častejšie stretávame s termínom „gender“ na označení rovnakých fenoménov (Blakemore et al., 2013).

S rozširovaním novodobej terminológie zároveň pribúdalo množstvo definícií od rôznych odborníkov, ktorí sa snažili tieto termíny vysvetliť a kategorizovať (Vranka, 2014). Aj v súčasnosti ide o pomerne komplexnú a kontroverznú tému, ktorá vyvoláva vo verejnom aj akademickom svete neustále diskusie. Od prvých definícií týchto pojmov až po súčasnosť sa postupne objavujú komplexnejšie pohľady na ich význam a vzájomný vzťah.

K prvému, komplexnejšiemu pohľadu patrí definícia pohlavia podľa Duškovej et al. (2022), ktorí rozdeľujú pohlavie do viacerých rovín a jednou z nich je gender. Okrem základnej chromozomálnej, hormonálnej, gonádálnej a genitálnej roviny pohlavia zahŕňa aj piatu a šiestu rovinu, ktoré sa zaoberajú telesným pohlavím a psychickým a sociálnym pohlavím. V rámci telesného pohlavia môžeme pozorovať rôzne priemerné hodnoty ako výšku, telesnú konštrukciu či veľkosť a hmotnosť telesných orgánov. Ide o typ, v ktorom je prítomná veľká variabilita týchto znakov. Ako príklad autori uvádzajú rôznu telesnú výšku a stavbu medzi ľuďmi z rôznych kontinentov a krajín. Ďalším typom je psychické pohlavie, ktoré reprezentuje to, kým sa človek cíti byť a sociálne pohlavie, ktoré vyjadruje rolu, akú chce človek zastupovať v spoločnosti. Taktiež Neumann et al. (2022) popisuje, že gender súčasne vyjadruje aj telesnú príslušnosť k mužskému a ženskému telu.

Druhý pohľad ponúka prehľadnejšiu kategorizáciu týchto termínov. Pohlavie je chápané ako biologický systém, ktorý zahŕňa chromozómy X a Y, sexuálnu diferenciáciu pred a po narodení a hormóny ovplyvňujúce vývoj vonkajších pohlavných orgánov. Všetky tieto aspekty prispievajú k priradeniu pohlavia pri narodení (Hyde, 2019). Rider, (2005, citované v Muehlenhard & Peterson, 2011) definuje pohlavie ako biologické alebo fyzické aspekty mužskosti a ženskosti, pričom rozdiely medzi pohlaviami vychádzajú z rozdielov v anatómii a reprodukčných systémoch. Užšie vymedzenie pojmu ponúka Matlin (2008), podľa ktorého sa pohlavie vzťahuje najmä na vrodené biologické charakteristiky súvisiace s reprodukciou, ako sú pohlavné chromozómy či orgány. Podobne aj Nečasová (2008) vo svojom článku opisuje pohlavie ako koncept, ktorý diferencuje mužov a ženy na biologickej a telesnej úrovni.

Všetci spomínaní autori ho teda chápu ako biologickú charakteristiku slúžiacu na rozlíšenie medzi mužmi a ženami. Toto chápanie vychádza z dlhodobých poznatkov, že s výnimkou niektorých prípadov je v každom pohlavne sa rozmnožujúcom druhu rastlín a živočíchov pohlavie definované ako binárna premenná (Goymann, 2022). Bhargava et al. (2021) z tohto dôvodu uvádzajú, že termíny pohlavie a gender by sa nemali zamieňať, keďže

pohlavie majú ľudia aj zvieratá, zatiaľ čo gender je výlučne ľudský. Pohlavie opisujú ako binárnu premennú, ktorá je založená na nevyváženom vyjadrení génov pohlavných chromozómov, zatiaľ čo gender zahŕňa vnímanie osoby ako muža, ženy alebo iného pohlavia, a to ako jednotlivcom samotným, tak aj spoločnosťou.

V súčasnosti neexistuje jednotná definícia ani konvencia používania týchto termínov, prijatá všetkými odborníkmi v rámci psychológie. Zásadné rozlíšenie termínov „gender“ a „pohlavie“ ako prvý stanovil psychológ Johnson Money, ktorý rozlíšil genitálne pohlavie a gender (Blakemore et al., 2013; Money, 1973)

Na toto Moneyho hlavné rozlíšenie nadväzoval mnoho ďalší autori, ktorí rozdeľovali biologickú a sociokultúrnu zložku. Matlin (2008) sa vo svojej knihe okrem termínu pohlavie zameral aj na koncept genderu, ktorý nevníma ako stabilnú diferenciáciu, ale ako aktívny a dynamický proces, ktorý sa narozdiel od pohlavia vyvíja v čase a mieste. Najstručnejšou definíciou, ktorú popisujú Pryzgoda a Chrisler (2000) je, že gender predstavuje behaviorálne, sociálne a psychologické charakteristiky žien a mužov. Iné poňatie genderu sa opiera o to, že mužské a ženské kategórie sa od seba odlišujú súborom psychických vlastností a rolí, ktoré im spoločnosť priradila na základe biologického pohlavia (Etaugh & Bridges, 2023). Tieto definície termínu „gender“ vychádzajú predovšetkým z toho, ako sa jednotliviec prezentuje v spoločnosti.

Rozsiahlejší pohľad na termín gender poskytujú Tobin et al. (2010), ktorí ho vnímajú ako komplexný proces, ktorý nie je formovaný len spoločnosťou, ale je aj individuálnym procesom. V ňom si jedinec prostredníctvom sociálnej interakcie internalizuje genderovú identitu, osvojuje genderové stereotypy a zároveň na základe každodenných skúseností formuje svoje vnímanie genderu. Tento pohľad dopĺňa aj Hyde et al. (2019) vo svojom článku, v ktorom popisujú gender nielen ako sociokultúrne normy očakávané pre mužov a ženy, ale aj ako psychologické procesy, ako sú identita, feminita, maskulinita a genderová konformita či nekonformita.

Rozmanitejšie vnímanie môžeme pozorovať tiež u Mauvais-Jarvi et al. (2020). V článku popisujú, že okrem psychologickkej stránky, gender interaguje aj s pohlavím, teda s biologickými a fyziologickými znakmi, ktoré sa týkajú žien, mužov a osôb s intersex identitou. Gender je variabilný koncept naprieč časom a miestom pôsobenia, ale je aj nebinárny. Tento koncept zahŕňa spektrum maskulínnych a feminínných čŕt, ktoré môžu byť prítomné v rôznej miere. Genderové charakteristiky sú teda fluidné, pričom viac ako dve

tretiny ľudí vykazujú vlastnosti tradične pripisované opačnému pohlaviu. Podobné tvrdenie vyslovil Blackless et al. (2000), ktorí poskytujú odlišný pohľad na vnímanie rozdielov súvisiacich s pohlavím. Konštatujú, že kategórie „mužské“ a „ženské“ by nemali byť vnímané ako absolútne, ale skôr ako kombinácia znakov na kontinuálnej škále mužských a ženských charakteristík.

Definície a používanie daných pojmov sú teda nejednotné naprieč mnohými autormi. Niektorí autori používajú len jeden z termínov, iní ponúkajú viacero definícií, a niektorí z nich pracujú len s príbuznými pojmami, ako sú napríklad genderové rozdiely, genderové role a iné. Tieto a ďalšie termíny si bližšie predstavíme v ďalších častiach tejto práce.

1.2 Identita

Človek ako spoločenská bytosť, nie je utváraný len predstavou seba ako jedinečnej osoby, ale aj svojou predstavou o postavení v spoločnosti (Blatný et al., 2010). Na základe toho vnímame dva aspekty identity. Jedným z nich je pohľad človeka sám na seba, ktorý postupne objavuje a konštruuje na základe svojho subjektívneho vnímania. Druhým pohľadom, je to čo smeruje do vonkajšieho sveta, kde sa ľudia formujú na základe kultúrnych a sociálnych kontextom, ktoré si osvojujú a prijímajú ako súčasť identity. Obidve perspektívy sú dôležité pre možnosť uchopiť komplexné hľadisko identity. Identita teda významne súvisí s individualizáciou jednotlivca a je formovaná už od raného veku, keď si dieťa začína uvedomovať seba samého (McAdams et al., 2021; Vranka, 2014).

Ako uvádza Vágnerová a Lisá (2021), proces sebauvedomovania sa zdokonaľuje s pribúdajúcim vekom dieťaťa. Jeho rozvoj začína už v období batolaťa, v ktorom sa vytvára sebapojatie, ktoré vedie k rozpoznaní vlastnej jedinečnosti a zároveň aj k vytváraniu spojení s ostatnými ľuďmi. Tento proces je ovplyvnený aj fyzickým stavom mozgu a jeho diferenciaciou. S rastom a vývojom dieťa postupne nadobúda vedomie o sebe ako aktívnom činiteľovi, pričom si uvedomuje svoje schopnosti, možnosti a prežívanie. Sebapojatie v detstve zahŕňa vnímanie vlastných činov, zážitkov, emócií a túžob, ako aj reflexiu o sebe. K dosiahnutiu zrelosti je potrebný dostatočný rozvoj poznávacích schopností, citovej zrelosti a vyrovnanosti, ktoré sú predpokladom ďalšieho socializačného procesu. Sebauvedomenie úzko súvisí aj s vnímaním druhých ľudí a ich názorov. V ranom veku to sú predovšetkým pečujúce osoby, neskôr, v mladšom veku, aj rovesnícka skupina.

V mladšom školskom veku sa začína formovať sociálna identita, keď dieťa už začína vnímať a upravovať svoje sebapojatie na základe reakcií svojho okolia. Prosociálne

správanie dieťaťa zohráva dôležitú úlohu pri vytváraní sociálnych väzieb, ktoré následne formujú jeho sebaobraz (Procházka & Orel, 2021). Vrstovnícka skupina má najväčší význam v období ranej adolescencie, kedy sa prejavuje aj najintenzívnejšie sebahodnotenie na základe názorov druhých. Kľúčovým obdobím pre formovanie osobnej identity je stredná adolescencia, približne vo veku pätnásť až šestnásť rokov, kedy dieťa spája predchádzajúce sebapojatie s novou identitou. V tomto čase sa zvyšuje potreba sebapoznania a objavujú sa rôzne pohľady na seba ako osobnosti. V neskorej adolescencii, do dvadsiatich rokov, dochádza k ustáleniu sociálnej identity (Vágnerová & Lisá, 2021). V rámci sociálnej identity môžeme rozlišovať skupinovú identitu a rolu, ktoré sa formujú na základe účasti na sociálnych aktivitách alebo členstva v rôznych skupinách. Význam týchto identít je ovplyvnený nielen komplementárnymi rolami v sociálnom prostredí, ale aj charakteristikami skupín, do ktorých jednotlivec patrí (Stets et al., 2020; Vranka, 2014). Tieto skupiny poskytujú pocit sociálnej identity, teda vedomie príslušnosti k určitým skupinám, ktoré pre jednotlivca nesú emocionálny a hodnotový význam. Okrem toho dávajú človeku zakotvenie, zmysel a pocit výnimočnosti, čím posilňujú jeho sebaúctu a duševné zdravie. Pomáhajú čeliť ohrozeniam, pričom ak jednotlivec patrí k sociálne marginalizovanej alebo stigmatizovanej skupine, môže byť sociálna identita aj zdrojom podpory (Haslam et al., 2020).

Vek adolescencie je charakteristický hľadaním autentického naplnenia vlastnej identity, pričom rozvoj abstraktného uvažovania napomáha pri formovaní predstáv o sebe. Osobná identita nie je pevne daná a je neustále otvorenou otázkou, ktorá nikdy nie je úplne uzavretá, pretože sa mení v závislosti od času a zahŕňa minulosť, prítomnosť aj budúcnosť. Aj napriek tomu, že jednotlivci môžu mať predstavu o tom, kým sú alebo kým by chceli byť, v adolescencii sa mozog dramaticky mení a ich identita teda nemusí mať definitívnu podobu. Na konci adolescencie jednotlivec opúšťa závislosť na rodine a dôjde k osamostatneniu a dochádza k postupnej stabilizácii a vytvoreniu identity (Osher et al., 2020; Vágnerová & Lisá, 2021). Na základe zistení Seibela et al. (2018) je podpora zo strany rodičov stále dôležitá pre sebahodnotenie adolescenta. Podľa Marcia (1980) sa identita stabilizuje približne v dvadsiatom prvom až dvadsiatom piatom roku, keď už jednotlivci vytvoria o sebe stabilný obraz.

Osobná identita je neoddeliteľne spojená so sociálnym aspektom, pretože zahŕňa identifikáciu so skupinou, prijatie určitej sociálnej role a určenie vlastného sociálneho sveta. Napriek tomu, že je dynamická v čase, zachováva si určitú stabilitu naprieč rôznymi sociálnymi kontextami, rolami a skupinami. Sebavnímanie teda úzko súvisí so sociálnou

rolou, ktorú možno definovať ako súbor povinností, práv a záväzkov spojených s určitým spoločenským postavením. Osvojovanie sociálnych rolí predstavuje kľúčový aspekt socializačného procesu, ktorý sa začína už v ranom veku a intenzívne sa rozvíja s nástupom do školy, keď si jedinec osvojuje rolu žiaka (Carr et al., 2021; Langmajer & Krejčířová, 2006; Vranka, 2014). Všetky sociálne role počas života človeka zahŕňajú správanie a povinnosti, ktoré sú od jednotlivca očakávané, na základe sociálnej situácie alebo kontextu v ktorom sa nachádza (Tomasello, 2020).

Tieto roly sú odrazom sociálnych presvedčení, kultúrnych noriem a biologických rozdielov medzi pohlaviami. Od sociálnych rolí sa odvíjajú aj genderové role, ktoré sú kultúrne štruktúrované podľa toho, aké atribúty spoločnosť považuje za prirodzené pre mužov a ženy (Eagly & Wood, 2011).

1.2.1 Genderová rola a identita

Johnson Money, popísal gender ako aspekt, ktorý je zložený z vonkajších komponentov pohlavia, kam patrila genderová rola a vnútorných komponentov, pod ktoré patrili genderovej identity a sexuálnej orientácie. Toto definovanie sa podieľalo na rozlíšenie medzi genitálnym pohlavím a aspektami, ktoré formujú bytie muža a ženy (Blakemore et al., 2013; Money, 1973). Rovnako tak súčasné poznatky ukazujú, že genderová identita nevzniká výlučne ako výsledok genetických, hormonálnych, telesných a subjektívnych faktorov, ale že tieto koncepty môžu existovať aj nezávisle od seba (Etaugh & Bridges, 2023; Vranka, 2014).

Gender je jedným zo základných spôsobov ako je organizovaný spoločenský život ľudí, o čom svedčí aj prvá otázka, ktorú okolie vždy kladie pri narodení dieťaťa, a to či je to chlapec alebo dievča (Blakemore et al., 2013). Tento prístup vychádza z historického ukotvenia binárneho chápania genderu, ktorý je už od raného veku formovaný odlišnými očakávaniami od okolia (Chappell, 2011; Pletzer et al., 2019). Štúdia Campbell et al. (2004) zistila, že deti vykazujú pohlavne typizované správanie už medzi 24. a 36. mesiacom. Kojenci v ranom veku už postupne organizujú a pripisujú význam informáciám, ako sú tváre a hlasy, ktoré pozorujú a postupne sa tak začínajú identifikovať s jednou z binárnych kategórií. (Wingrave 2018). Výskum Trawick Smitha et al. (2015) potvrdil, že rozdiely v hraní medzi chlapcami a dievčatami sú viditeľné aj pri používaní rovnakých hračiek, pričom každé pohlavie sa zapája do hry odlišným spôsobom a rozvíja rôzne zručnosti. Deti sa môžu

naučiť preferovať určité hračky na základe správania významných dospelých, ktorí podporujú a propagujú konkrétne genderové prejavy.

V batolacom veku je vnímanie genderovej identity stále nestabilné, pričom významným krokom v jej vývine je osvojovanie si mužskej a ženskej role v predškolskom období. V období mladšieho školského veku deti aktívne podporujú genderové stereotypy opierajúce sa o vzhľad a prijímajú stereotypy týkajúcich sa rôznych aktivít (Brown et al., 2020). V detstve sú si chlapci a dievčatá ešte relatívne podobní, avšak výrazné zmeny nastávajú v puberte, spolu so zmenou telesného vzhľadu. Táto premena ovplyvňuje aj vzťah adolescentov k vlastnému telu, pričom dochádza k hormonálnym, fyziologickým a psychosexuálnym zmenám. V adolescencii sa začínajú prejavovať aj rozdiely vo vnímaní partnerských vzťahov medzi chlapcami a dievčatami, ktoré sú neoddeliteľnou súčasťou identity. U dievčat sa často pozoruje väčší záujem o vzťahy než u chlapcov. S pribúdajúcim vekom adolescentov dochádza k zmene postojov k partnerským vzťahom, ktoré postupne nadobúdajú väčší význam (Langmajer & Krejčířová, 2006; Vágnerová & Lisá, 2021). Štúdia Athenstaedta et al. (2004) ukázala, že aktivácia sebakoncepcie genderových rolí závisí od pohlavia osôb, s ktorými jedinec interaguje, ako aj od konkrétneho kontextu situácie.

Jednotlivci svojou genderovou rolou vyjadrujú, kým sa cítia byť a ako chcú, aby ich vnímali ostatní. Základné uvedomenie si vlastnej príslušnosti k mužskej/ženskej skupine sa označuje ako jadrová pohlavná identita. Narozdiel od nej, genderová identita odráža prežívanie a definovanie samotného jednotlivca ako príslušníka týchto skupín (Janošová, 2008). Miera, do akej jednotlivci preberajú mužské genderové role, sa označuje ako maskulinita, zatiaľ čo miera prispôsobenia sa ženským genderovým rolám sa nazýva feminita (Pletzer et al., 2019). K feminite sa zvyčajne priradujú atribúty ako jemnosť, emocionálnosť, upravenosť a krása, zatiaľ čo k maskulinite patria vlastnosti ako orientácia na prácu, dominancia a súťaživosť (Janošová, 2008).

S týmito pojmami výrazne súvisí aj sexuálna orientácia a identity, ktoré predstavujú výrazný aspekt sexuálneho a romantického prežívania a bytia. Sexuálna orientácia sa najčastejšie chápe ako fyzická príťažlivosť alebo vzrušenie, ktoré sa viaže k erotickému uspokojeniu a je stabilnou jednotkou. O predstavu sexuálnej orientácie sa často opiera sexuálna identita, ktorá je vzťahovo ukotvená a prevažne je chápaná ako identifikácia napríklad s heterosexuálnosťou, homosexualitou alebo bisexualitou. Obidva koncepty sú ale zároveň aj oveľa komplexnejšie a opiera sa aj o genderovú zložku jednotlivca (Blakemore

et al., 2013; van Anders, 2015). A čoraz častejšie sa koncept sexuality aj genderu vyčleňujú z tradičných binárnych kategórií muž/žena.

Koncept genderu sa rozšíril o používanie pojmov ako nebinárne či genderovo expanzívne identity. Mnohé výskumy poukazujú na narastajúcu diskusiu o nekonformite voči genderovým normám, pričom stále viac jednotlivcov vykazuje správanie, ktoré nezodpovedá tradičným očakávaniam spojeným s ich rodом (Brown et al., 2020). V ďalšej podkapitole preto predstavíme novodobú terminológiu, ktorá vznikla v dôsledku zmeny pohľadu na binárne kategórie.

1.3 Novodobá terminológia

Vek adolescencie je charakteristický hľadaním autentického naplnenia vlastnej identity a je silne ovplyvnený historickým a sociálnym kontextom, pričom dôležitú úlohu zohráva aj členstvo v konkrétnej generácii. Kľúčovou historickou udalosťou bol vznik a rozvoj sociálnych médií, ktoré pravdepodobne zohrali úlohu vo vývoji identity adolescentov narodených okolo roku 2000, najmä prostredníctvom poskytovania priestoru na interakciu medzi rôznymi subkultúrami a vytváranie online komúnít. Táto generácia bola prvá, ktorá mala prístup k sociálnym médiám už v mladom veku, čo otvorilo nový sociálny kontext, ktorý umožnil prístup k rôznorodému obsahu a vyjadrovanie pocitov a skúseností v oblasti genderovej identity. Tento nový spôsob komunikácie a formovania identity, ktorý sociálne médiá poskytovali zároveň ponúkal viac príležitostí na interakciu a podporu medzi ľuďmi s podobnými skúsenosťami a pohľadmi na tieto témy (Hammack, 2022). Proces väčšieho zdieľania, viedol aj k väčšiemu rozšíreniu rôznych a novo vzniknutých termínov a ich definícií.

Už zmieneným aspektom je, že nie všetci sa identifikujú s tradičným binárnym rozdelením muž a žena, čo viedlo k rozvoju ďalších termínov, ktoré definujú identity nachádzajúce sa medzi, mimo alebo za genderovým binárom. Jedinci, ktorí sa neidentifikujú s binárnym systémom, môžu byť pri narodení označení ako „muž“ alebo „žena“, pričom ich telá môžu v určitom čase zodpovedať týmto označeniam, avšak niektorí prešli genderovou afirmáciou alebo sú od narodenia intersexuálni. Spoločným prvkom týchto ľudí je, že sa neidentifikujú výlučne binárnym rozdelením. Rozvoj tohto javu sa začal viac skúmať až v posledných desaťročiach. Termíny na opis týchto identít sa rýchlo menia, pričom každý z nich reflektuje osobnú skúsenosť a vyjadrenie genderovej identity (Thorne, 2019). Výskum v oblasti lingvistiky genderových a sexuálnych identít v slovanských jazykoch je v

niektorých prípadoch ešte na začiatku, v iných je už pokročilejší, pričom postoje vedeckej a laickej obce, ako aj vyjadrovacie praktiky, sa stále líšia. Z toho dôvodu, nie všetky pojmy je možné preložiť do slovenčiny alebo češtiny (Valdarová & Kolek, 2023). Budeme preto v tejto práci uvádzať len anglický termín alebo slovenský s anglickým označením v zátvorke za ním.

Pre lepšiu kategorizáciu jednotlivých pojmov si predstavíme základné termíny, ktoré súvisia s genderovou diverzitou. Prvým základným termínom je genderová modalita, ktorá označuje individuálnu skúsenosť s rodom vo vzťahu k pohlaviu priradenému pri narodení, či už je táto skúsenosť v súlade – kongruentná, alebo nie – nekongruentná. Príklad môžu byť napríklad trans a cis ženy, ktoré majú rovnakú genderovú identitu – žena, ale ich genderová modalita sa líši – cisgender a transgender. Cisgender je označenie pre osobu, ktorej genderová identita je v súlade s pohlavným priradeným pri narodení a zvyčajne zodpovedá vonkajším pohlavným orgánom (Rioux et al., 2022).

Pôvodným termínom predchádzajúcim termínu transgender bol transsexuál. Tento pojem bol vyhradený pre jednotlivcov, ktorí sa usilujú o sociálnu tranzíciu, ktorá môže obsahovať hormonálnu liečbu alebo chirurgické zákroky. Pôvodne sa vzťahoval aj na pohyb medzi binárnymi kategóriami muž a žena. Novodobejší pojem transgедner označuje široké spektrum jednotlivcov a súčasné chápanie zahŕňa aj osoby, ktoré sa identifikujú ako nebinárne alebo genderovo nekonformné (de Freitas et al., 2020; Fiani & Han, 2019). Termín transgender teda označuje osoby, ktorých genderová identita sa líši od pohlavia priradeného pri narodení. Tento termín sa používa ako tzv. umbrella term, ktorý zahŕňa rôzne genderové identity, vrátane mužskej, ženskej, nebinárnej a ďalších. (Brown et al., 2020; Hammack, 2022; Broussard & Warner, 2019). Termíny transgender a cisgender sa používajú ako prídavné mená pred podstatným menom (napr. transgender muž/žena, cisgender muž/žena). Transgender žena, tiež označovaná ako male to female (M-F) sú biologicky muži s prežívanou ženskou identitou. Transgender muž alebo tiež female to male (F-M) je termín pre osoby s ženským biologickým pohlavím a prežívanou mužskou identitou. Koncept gender modality vysvetľuje, že transgender osoby majú rovnaké genderové identity ako cisgender osoby, pričom rozdiel spočíva v spôsobe formovania ich identity (Neumann et al., 2022). Pojem cisgender prispieva k inklúzii tým, že uznáva individuálne cesty pri formovaní genderovej identity a zabráňuje inakosti vnímania transgender, nebinárnych a genderovo rôznorodých osôb (Rioux et al., 2022). Štúdium genderového vývoja by malo zahŕňať rôzne genderové identity, aby sa mohol tento vývoj pochopiť komplexnejšie. Napríklad

transgender deti vykazujú odlišné vzorce vývoja genderovej identity, najmä v oblasti konzistencie genderu, v porovnaní s cisgender deťmi. Genderová identita je rôznorodá aj naprieč kultúrami preto je dôležité, aby budúci výskum na tému genderu zahŕňal aj kultúrne rôznorodé a genderovo rôznorodé perspektívy (Brown et al. 2020).

Sociokultúrny kontext, v ktorom sa jednotlivci nachádzajú, môže významne ovplyvniť aj ich genderovú expresiu, ktorá je druhým základným termínom. Je nezávislá od genderovej identity a môže byť vyjadrená rôznymi spôsobmi, ako je oblečenie, účes, telesné ozdoby, make-up, správanie, reč, pohyby, zámená a meno. Týka sa spôsobu, akým jedinec vyjadruje svoj gender prostredníctvom správania, rolí, jazykových prejavov či vzhľadu, čo ovplyvňuje vnímanie a reakcie spoločnosti. Bez ohľadu na genderovú modalitu alebo sexuálnu orientáciu, môže byť prítomná nezhoda medzi genderovou identitou a genderovou expresiou (Kriger & Keyser-Verreault, 2022; Rioux et al., 2022).

Tretím a posledným základným termínom je genderová identita. Jedná sa o aspekty genderu spojené s vnútorným vnímaním seba a nemusí vždy korešpondovať s biologickým pohlavím. V súčasných výskumoch je nesúlad genderovej identity vnímaný ako záležitosť ľudskej diverzity a nie je patologický (Ashley, 2021; Kronk et al., 2022). Príkladom genderovej identity je muž, žena alebo nebinárna osoba. Nebinárne osoby sa neidentifikujú výhradne ako muž alebo žena, ale môžu sa vnímať ako kombinácia oboch, niekde medzi nimi, ani jedno z uvedeného alebo iným spôsobom (Rioux et al., 2022).

Štúdia Zentnera a von Aufessa (2020) sa zaoberala vzťahom genderovej nekonformity a sebavedomia v rôznych krajinách s rôznou úrovňou rovnosti. Na základe výsledkov patrí Česká republika medzi krajiny s vyššou genderovou rovnosťou, čo naznačuje, že v tejto krajine je menší tlak na genderovú konformitu a jej vplyv na sebavedomie je slabší v porovnaní s krajinami s nižšou genderovou rovnosťou. S pociťovaným tlakom súvisí aj koncept „coming out“, ktorý označuje proces, počas ktorého si jednotlivci uvedomia svoje sexuálne alebo romantické pocity a príjmu svoju sexuálnu alebo genderovú identitu. S týmto procesom je často spájaná úzkosť, zmetenie a iné neprijemné pocity (Manning, 2014).

Skúmaniu časti populácie v Česku sa venovali Pitoňák a Macháčková (2023), ktorí robili na českej populácii 3429 respondentov. Najčastejšie vekové zastúpenie sa pohybovalo od 19 do 25 rokov a priemerný vek bol 24 rokov. Skupina respondentov pozostávala so skupiny žien, mužov, transgender mužov, transgender žien, ľudí, ktorých označili „NBi+“ a iných, ktorí nezapadali ani do jednej zo skupín. Do skupiny „NBi+“ patrili osoby, ktoré sa

označovali ako nebinárne, genderqueer, agender, genderfluidný a polygender. V tejto skupine zaznamenali najvyšší nárast, o 11 % oproti roku 2018 v oblasti nebinárnych ľudí, ktorých identitu nemožno vyhradiť ako ženskú ani mužskú. Spoločný percentuálny nárast trans mužov a trans žien autori zaznamenali o 3,3 %.

K ďalším pojmom, ktoré popisujú Rioux et al. (2022), Thorne (2019) a Zimman s Hayworthom (2020) ako významné v súvislosti s konceptom genderu, patria:

- **Agender** – Osoby, ktoré sa neidentifikujú so žiadnym genderom.
- **Bigender** – Osoby, ktorých identita zahŕňa dva gendery alebo medzi nimi prechádza.
- **Genderqueer** – Pojem, ktorý je určený k pomenovaniu ľudí, ktorí cítia, že ich gender nie je mužský ani ženský. Niektoré zdroje naznačujú, že tento pojem často používajú tí, ktorí odmietajú kultúrne normy tradične priradené k mužom a ženám, a preto tento termín nesie aj politický význam.
- **Genderfluidný** – Osoby, ktoré prežívajú gender ako dynamický a meniaci sa v čase.
- **Demiboy/demigirl** – Osoby, ktoré sa identifikujú čiastočne ako muž alebo žena, bez ohľadu na pohlavie priradené pri narodení.
- **Polygender** - Označuje osobu, ktorá sa identifikuje s viacerými gendermi, ale nie nutne iba s binárnymi gendermi (muž/žena). Tento termín poukazuje na flexibilitu a rôznorodosť v rámci genderovej identity, ktorá môže zahŕňať rôzne kombinácie alebo zmeny medzi rôznymi gendermi

2 DIAGNOSTICKÉ VYMEDZENIE GENDEROVEJ INKONGRUENCIE

Vývoj psychiatrických a medicínskych teórií o transsexuálnej identite a transgender fenoménach začal v 19. storočí v západnom svete. Až do polovice 20. storočia boli transgender prejavy často považované za psychopatologické. V tomto období sa dokumentovali prípady jednotlivcov, ktorí túžili žiť ako príslušníci opačného pohlavia, a tých, ktorí sa narodili v jednom pohlaví, ale žili ako príslušníci druhého. Teórie sexuality v tejto dobe často zamieňali transgenderizmus s homosexualitou. Postupne sa však začal rozlišovať rozdiel medzi túžbami homosexuálov, ktorí preferujú partnerov rovnakého pohlavia, a transsexuálmi, ktorí túžia žiť ako opačné pohlavie. Tento rozdiel bol lepšie pochopený až neskôr, keď sa začal podrobnejšie skúmať koncept rodovej identity, čo viedlo k rozvoju diagnostických kritérií (Drescher et al., 2012). V nasledujúcej kapitole sa preto zameriame na vývoj klasifikačných manuálov a diagnostických procesov v súvislosti s genderovou dysfóriou.

2.1 Vývoj klasifikácie podľa diagnostických manuálov

Rovnako ako terminológia, aj diagnóza genderovej inkongruencie prešla významným rozvojom v čase a naprieč rôznymi klasifikačnými manuálmi. V nasledujúcich častiach si predstavíme, ako bola táto diagnóza vnímaná v rámci jednotlivých klasifikačných manuálov.

Diagnostický a štatistický manuál (angl. *Diagnostic and Statistical Manual*), skrátene DSM je klasifikačný systém pre duševné poruchy, ktorý vydáva Americká psychiatrická asociácia (APA). Porucha pohlavnej identity sa vyvíjala naprieč rôznymi verziami klasifikačného manuálu DSM. V DSM-1 a DSM-2 sa žiadna takáto diagnóza nenachádzala. Až v DSM-3 vznikli dve diagnózy týkajúce sa genderovej identity, a to „porucha genderovej identity v detstve“ a „transsexualizmus“, ktorý bol vyhradený pre adolescentov a dospelých. Obe tieto diagnózy patrili do kategórie „psychosexuálnych porúch“. V revidovanej verzii DSM-3-R, pribudla diagnóza „poruchy genderovej identity v adolescencii a dospelosti ne-transsexuálny typ“. Všetky tri spomenuté diagnózy sa vo verzii DSM-4-TR (angl. *text revision*) zlúčili do jednej, ktorá bola pomenovaná ako „porucha

genderovej identity“, ktorá mala samostatné kritéria pre adolescentov a dospelých a samostatné pre deti. Nachádzala sa v sekcii „porúch sexuálnej a genderovej identity“, kde sa zaradila k parafiliám a sexuálnym dysfunkciám. Najnovšia verzia DSM-5 (APA, 2013) priniesla významné zmeny s cieľom znížiť stigmatizáciu a zdôrazniť subjektívnu skúsenosť prežívania. Hoci diagnóza naďalej zostáva klasifikovaná ako duševná porucha, medzi významné úpravy patrili premenovanie diagnózy na „genderovú dysfóriu“ (angl. *gender dysphoria*) a vytvorenie samostatných, vývojovo primeraných kritérií pre genderovú dysfóriu u detí (obdobie pred pubertou) a genderovej dysfórie u adolescentov a dospelých.

Medzi ďalšie zmeny patrili vytvorenie osobitej kategórie pre genderovú dysfóriu, oddelenej od sexuálnych dysfunkcií a parafilií, a pridanie dvoch nových špecifik, ktoré mali slúžiť na spresnenie diagnózy. Prvým špecifikom diagnózy bola „genderovú dysfóriu s poruchou sexuálneho vývoja“, vďaka tejto úprave sa mohla diagnostikovať aj v prípade narušenia sexuálneho vývoja, ako napríklad u intersex osôb. Druhým špecifikom bol „posttransition“, určený pre jednotlivcov, ktorí si už prešli tranzíciou. Poslednou zmenou bolo zrušenie špecifikácie sexuálnej orientácie, keďže bola vyhodnotená ako klinicky nerelevantná (Coleman et al., 2022; Drescher, 2016; Patarák, 2018).

Aktuálna verzia je DSM-5-TR. Nejedná sa však o úplne novú verziu, ale o textovú revíziu, ktorá aktualizuje opisné časti sprevádzajúce diagnostické kritériá na základe súčasných poznatkov z klinickej praxe preto v práci využívame klasifikáciu DSM-5 (APA, 2013). V DSM-5-TR došlo k aktualizácii terminológie týkajúcej sa genderovej dysfórie, ktoré boli nahradené modernejšími a citlivejšími výrazmi (APA, 2022; First et al., 2023).

International Classification of Diseases, alebo skrátené ICD, je systém klasifikácií chorôb a zdravotných problémov, ktorý je vydávaný Svetovou zdravotníckou organizáciou (WHO). Diagnóza prešla v rámci tejto klasifikácie vývoj od prvých verzií klasifikácie ICD-6, ICD-7, kedy sa táto diagnóza vôbec v manuály nevyskytovala. Prvá podoba diagnózy sa ocitla prvýkrát v ICD-8, kedy sa objavil pojem „transvestitizmus“ v kategórii sexuálnej deviácie, aj keď jeho definícia nebola úplne jednoznačná. V ICD-9 bol transvestitizmus nahradený dvoma novými diagnózami, a to „transvestitizmom“, definovaným nosením oblečenia opačného pohlavia, ale bez trvalej identifikácie s ním, a „transsexualizmom“, ktorý sa už bližšie priblížil súčasnej diagnóze. Obe z diagnóz však stále spadali pod sexuálnu deviáciu. Postupne, ako vznikali nové výskumy a rástli klinické skúsenosti odborníkov, prichádzali postupne aj zmeny v klasifikáciách (Drescher, 2016; Reed et al., 2016). ICD-10

sa stále používal pojem „transsexualimus“, pod ktorú spadalo päť rôznych variant a u detí bola diagnóza pomenovaná „poruchy genderovej identity v detstve“ (Fifková et al., 2008).

Aktuálna verzia ICD-11 (WHO, 2018) priniesla významnú zmenu v klasifikácii transrodovej identity, ktorá bola v predchádzajúcich verziách považovaná za mentálnu poruchu. Toto zaradenie viedlo k sociálnym, právnym a zdravotným ťažkostiam pre transrodových ľudí. Úplne odstránenie tejto diagnózy by však mohlo sťažiť prístup k potrebnej zdravotnej starostlivosti, pre týchto ľudí. Preto v nasledujúcej verzii ICD-11, ktorá je aktuálne najnovšou platnou verziou, sa zohľadňuje aj rovnováha medzi obavami zo stigmatizácie a potrebou diagnostických kategórií, ktoré umožňujú poskytovať zdravotnú starostlivosť. V tejto verzii bola navrhnutá zmena, ktorá premenovala diagnózu „transvestitizmus“ na „genderovú inkongruenciu“ (angl. *gender incongruence*) a presunula ju z kategórie duševných porúch do novej sekcie „Stavy súvisiace so sexuálnym zdravím“. Táto zmena mala za cieľ depatologizovať transgender identitu a zdôrazniť, že nejde o psychickú poruchu, ale o zdravotný stav, ktorý si vyžaduje medicínsku podporu a riešenie. Základným motívom tejto zmeny bolo zistenie, že nepríjemné psychické ťažkosti spojené s nesúlalom genderovej identity a priradeného pohlavia nevznikajú samotným nesúlalom, ale najmä v dôsledku sociálnej stigmatizácie, diskriminácie alebo nemožnosti podstúpiť tranzíciu (Drescher, 2016; Robles, 2022).

Medzinárodná klasifikácia nemocí, alebo skratene MKN, je český kvalifikačný manuál publikovaný Svetovou zdravotníckou organizáciou, ktorý vychádza z manuálu ICD (WHO, 2018). Následne preto popíšeme aktuálnu platnú verziu MKN-11 (WHO, 2022), ktorá sa neodlišuje obsahovo ale preklady diagnóz sa oproti ICD-11 líšia. V slovenskej verzii MKCH-11 bude „genderová dysfória“, pod diagnózou „rodový nesúlal“ a v českej verzii MKN-11 bude označená ako „genderový nesúlal“. Obidve varianty vychádzajú z pomenovania „genderová inkongruencia“ v ICD-11 (WHO, 2018). Táto diagostická kategória je ďalej vekovo diferencovaná na diagnózu „gendrový/rodový nesúlal v adolescencií a dospelosti“, a „rodový/genderový nesúlal v detstve“(Fifková et al., 2008, Patrák, 2018).

2.1.1 Etiológia genderovej inkongruencie

Napriek tomu, že počet výskumov skúmajúcich etiológiu genderovej inkongruencie narastá, doposiaľ neexistuje jednoznačná príčina jej vzniku. Hoci existuje viacero hypotéz a teórií zameraných na konkrétnu príčinu, väčšina výskumov vždy zdôrazňuje

multifaktoriálny charakter vzniku. V nasledujúcej časti predstavíme niekoľko oblastí, ktoré sú najčastejšie uvádzané v súvislosti so skúmaním etiológie genderovej inkongruencie.

Jednou z týchto oblastí je **psychologický aspekt**. Genderová inkongruencia bola dlho zaradená medzi duševné poruchy, čo ovplyvnilo aj rané teórie o jej príčinách. K dominantným teóriám patrili v 50. a 60. rokoch psychoanalytické a behaviorálne smery, podľa ktorých bol vývoj osobnosti predovšetkým naučený a ustanovený v prvých piatich rokoch. Tento pohľad bol aplikovaný aj na príčiny rozvoja genderovej identity u osôb. Významným predstaviteľom tohto názoru bol John Money spolu s kolegyňou Erhardtovou, ktorí zastávali názor, že sa genderová identita diferencuje až po narodení výchovou a pohlavím nastavením v prvom roku života. Psychoanalytické teórie predpokladali, že túžba dievčat po opačnom pohlaví je prirodzená v dôsledku Oidipovského komplexu. Iné teórie uvažovali o vplyve traumatických či iných náročných okolností na často krehkú genetickú a endokrinnú štruktúru jedinca, alebo o psychosociálnom vplyve. Súčasne psychologické teórie už v oveľa väčšej miere hovoria o vplyve genetickej výbavy v interakcii s množstvom psychologických premenných v období psychosexuálneho vývoja (Fífková et al., 2008; Vetri et al., 2021).

Genetické aspekty predstavujú ďalšiu oblasť, ktorou sa autori vo výskumoch zaoberali. Bežnou formou skúmania genetického vplyvu prostredníctvom realizácie štúdie na dvojčikách. Jednovaječné dvojčky majú identickú genetickú výbavu a zvyčajne vyrastajú v rovnakom prostredí, zatiaľ čo dvojvaječné dvojčky zdieľajú len polovicu génov, no ich vývojové prostredie býva taktiež spravidla rovnaké. Viaceré štúdie preukázali častejší výskyt nesúlady pohlavia a genderu u oboch jednovaječných dvojčiek ako u oboch dvojvaječných dvojčiek, čím poukázali na genetický vplyv. V posledných rokoch sa výskumy zameriavajú na identifikáciu konkrétneho génu, ktorý by mohol zohrávať významnú úlohu v kontexte genderovej inkongruencie. Napríklad štúdia Fernándezovej a ďalších autorov (2015) poukázala na vyšší výskyt mutácia alely CYP17–A2 u transgender žien v porovnaní s kontrolnou skupinou cisgender mužov a nižší výskyt u transgender mužov, ako u kontrolnej skupiny cisgender žien. Podobné výsledky týkajúce sa mutácie génu priniesla aj štúdia Yanga a ďalších autorov (2017), ktorí pomocou genotypovej analýzy identifikovali súvislosť medzi prítomnosťou genderovej inkongruencie a ojedinelej mutácie RYR3 génu. Najnovší výskum Theisena et al. (2024) z minulého roka naznačil súvislosť medzi hyperfunkciou v

rámci rodiny génov PCDH a rozvojom ženskej genderovej identity u respondentov male to female. Avšak, na potvrdenie tejto súvislosti sú potrebné ďalšie rozsiahle výskumy.

Na genetické zmeny nadväzujú tiež zmeny v **hormonálnej a neuroanatomickej oblasti**. Experimenty na zvieratách naznačujú prítomnosť zmeny sexuálnej diferenciácie mozgu predovšetkým vplyvom testosterónu, ktorý pôsobí cez androgénne a estrogénne receptory po jeho premene na estradiol (Vetri et al., 2021). Štúdia Hareho et al. (2009) identifikovala, že výskyt vyššieho počtu CAG repetícií v géne androgénového receptora (AR) znižuje efektivitu testosterónovej signalizácie, čo môže podľa autorov prispieť k rozvoju ženskej genderovej identity u osôb typu male to female (transgender žien). Ďalším možným faktorom je nedostatočná hladina estrogénu alebo znížená citlivosť na estrogén počas vývoja plodu predovšetkým na transmužov. Niektoré výskumy poukazujú na to, že maskulinizácia a feminizácia pohlavných žliaz neprebíha vždy v súlade s vývojom mozgu. Rozdielna anatomia mozgu žien a mužov zahŕňa taktiež odlišnú funkciu mozgu, ktorá je diferencovaná podľa pohlavia. Príkladom môže byť hypotalamická odpoveď na androstadienón, ktorá sa líši u rôznych pohlaví. Výsledky štúdie Bouchera a Chinnaha (2020) poukázali, že v testoch mali jedinci s genderovou dysfóriou hypotalamickú reakciu viac podobnú prežívanému genderu. Ďalšou významnou oblasťou, ktorá môže zohrávať úlohu pri genderovej dysfórii je limbický systém, konkrétne jadro terminálnej strie (angl. *nucleus of the terminal stria*) v hypotalame. Táto štruktúra sa podieľa na emocionálnej a stresovej reakcii a taktiež zohráva významnú úlohu v oblasti sexuality. Štrukturálne sa líši medzi pohlaviami a je teda ovplyvnená stimuláciou pohlavných hormónov počas vývoja mozgu. U mužov býva väčšia ako u žien. Vetri a ostatní autori (2021) popisujú, že transrodové ženy majú túto mozgovú štruktúru viac podobnú cirgenderovým ženám než cisrodovým mužom. Napriek tomu, že presná kauzálna príčina nie je doteraz zrejmá, vplyv biologických aspektov, najmä hormonálnych a génových mechanizmov je preukázaný viacerými štúdiami (Boucher & Chinnaha, 2020; Fifková et al., 2008).

Okrem vyššie spomenutých oblastí je potreba zohľadniť aj ďalšie faktory, ako je vplyv stresu v tehotenstve, genetické poruchy, neuroanatomické problémy a sexualita rodičov. Rovnako dôležité je brať do úvahy sociálne a kultúrne faktory, keďže genderová rola je často ovplyvnená spoločenskými normami a očakávaniami v súvislosti s pohlavím či genderom (Ghiasi et al., 2024; Vetri et al., 2021). Spomenuté výskumy naznačujú, že sa doposiaľ nedokázala odhaliť jednoznačná príčina mechanizmu vedúceho k rozvoju genderovej

identity. Všetky spomenuté oblasti sa navzájom prelínajú a vytvárajú komplexný obraz fenoménu, ktorý si vyžaduje multifaktoriálny prístup, ako to zdôrazňujú autori štúdií. Náročnosť zahrnutia biologickej predispozície, individuálnych skúseností, ako aj vplyvu sociálneho prostredia sťažuje proces skúmania etiológie tohto konceptu. Napriek tomu výskumná oblasť neustále napreduje a pribúdajú nové štúdie, ktoré môžu prispieť k lepšiemu porozumeniu tohto konceptu, vedúceho k možnostiam efektívnejšej diagnostiky a podpory ľudí s genderovou dysfóriou.

2.2. Diagnostické kritéria

V dôsledku rozvoja prírodných vied sa v 19. a 20. storočí sa rozvinul záujem o medicínske diagnózy, čo viedlo nielen k poskytovaniu potrebnej starostlivosti, ale aj k patologizácii jednotlivcov (Crocq, 2021), pričom patologizácia genderovej inkongruencie bola prítomná v predošlých verziách aktuálne platných klasifikácií ešte donedávna. Súčasne platné klasifikácie boli vytvorené s cieľom depatologizovať genderovú dysfóriu, pričom taktiež zachovať diagnostickú kategóriu, ktorá umožňuje poskytovanie zdravotnej starostlivosti týmto osobám (Drescher, 2016).

S platnosťou **DSM-5** (APA, 2018) boli schválené zásadné zmeny premenovanie porúch genderovej identity na genderovú dysfóriu, čo viedlo k odstráneniu slova porucha a vytvoreniu samostatnej kategórie, čo cielilo na depatologizáciu tejto diagnózy. Pre možnosť diagnostiky je podľa DSM-5 u týchto osôb potrebná prítomnosť dysfórie, teda klinicky významné ťažkosti vo fungovaní v dôsledku nesúladu medzi pociťovaným genderom a biologickým pohlavím. Pre stanovenie genderovej dysfórie u adolescentov a dospelých musí osoba podľa DSM-5 spĺňať dve základné kritéria. Prvým z nich je pociťovanie výrazného nesúladu medzi pociťovaným alebo vyjadrovaným genderom a jeho priradeným genderom pri narodení. Tento stav musí trvať minimálne po dobu šiestich mesiacov a musia sa objavovať aspoň dve z ďalších šiestich znakov v anamnéze. Pre možnosť určenia diagnózy je potrebné taktiež druhé kritérium, čo je prítomnosť úzkosti, nepohodlia, teda klinicky významných ťažkostí alebo narušenia v dôležitých oblastiach fungovania. Genderová inkongruencia u detí má rovnaké podmienky. Okrem prvého kritéria, v ktorom sa musí dodatočne u dieťaťa objavovať šesť z ôsmich popísaných znakov. Je potreba uviesť, že nie všetky transgedner osoby zažívajú dysfóriu v dôsledku nesúladu, ale v dôsledku negatívnych postojov zo strany okolia, čo vysvetľuje menšinový model stresu (de Freitas et al., Heumann, 2024; 2020, Patarák, 2018).

Rovnako ako DSM-5, aj najnovšia plná verzia klasifikácie **MKN-11** u nás, ktorá vychádza z prekladu **ICD-11**, sa zamerali na depatologizáciu a zmiernenie stigmatizácie. Táto skutočnosť viedla k zmene názvu diagnózy z transsexualizmu na genderový nesúlad (ang. *gender incongruence*), ktorý sa už taktiež nenachádza medzi duševnými poruchami. Zatiaľ čo v DSM-5 (APA, 2018) sú pocity dysfórie nevyhnutné pre určenie diagnózy, v MKN-11 (WHO, 2022) môžu, ale nemusia byť prítomné. Rovnako tak podľa MKN-11 nemusí byť nutne prítomná túžba alebo usilovanie jednotlivca o tranzíciu. V ďalšej oblasti, v ktorej sa odlišujú tieto manuály je dĺžka trvania symptómov, kedy ICD-11 oproti DSM-5 poskytuje vyššiu flexibilitu a udáva obdobie niekoľkých mesiacov. Toto nešpecifické ohraničenie má za cieľ znížiť riziko vážnych psychických ťažkostí, ktoré môžu vzniknúť pri neskorom poskytnutí starostlivosti (Coleman et al., 2022). V MKN-11 (WHO, 2022) je genderový nesúlad v adolescencii a dospelosti definovaný ako stav výrazného pretrvávajúceho a prežívaného nesúladu medzi individuálne pociťovaným genderom a priradeným pohlavím. MKN-11 tiež uvádza, že variantné genderové správanie alebo preferencie nie sú dostatočné pre identifikáciu diagnózy u detí, adolescentov ani dospelých. Dôležitým prvkom definície je slovo nesúlad, ktoré neodkazuje na binárnosť pohlavia a teda umožňuje zahrnúť do diagnostického procesu aj nebinárne osoby (Crocq, 2021; Drescher, 2016; Robles, 2022). Okrem naplnenia tejto definície musia osoby spĺňať najmenej dva z ďalších troch popísaných symptómov, ktoré sa týkajú silnej túžby žiť a byť akceptovaný ako osoba žiadaného genderu. Táto diagnóza nemôže byť indikovaná pred pubertou, pre toto obdobie je určená diagnóza genderového nesúladu v detstve. V tejto diagnostickej jednotke je už stanovené časové hľadisko po dobu trvania dvoch rokov prítomnosti symptómov týkajúcich sa pociťovaného nesúladu, silného odporu k pohlavnej anatómii a silnej túžbe mať iný gender (Patarák, 2018).

Na základe tejto zmeny terminológie v jednotlivých klasifikáciách sa zmenil aj hlavný aspekt, na ktorý sa v rámci diagnostiky odborníci sústredia. V DSM-5 (APA, 2018) sa v dôsledku premenovania diagnózy, pri stálom zachovaní jej klasifikácie ako duševnej poruchy, presunula pozornosť od identity k ťažkostiam spojeným s touto diagnózou. Liečba hormónmi a chirurgickými zákrokmi nerieši teda otázku genderu, ale má za cieľ sprostredkovať úľavu od pociťovanej dysfórie. V rámci manuálu MKN-11 (WHO, 2022), alebo jeho anglického znenia ICD-11 (WHO, 2018), sa skôr kladie dôraz na intenzitu a pretrvávajúce nezhody ako dobu jej trvania, čo podporuje aj neohraničená doba trvania symptómov v manuály. Tým, že na rozdiel od DSM-5 (APA, 2018) nevyžaduje pocity

dysfórie spojené s nesúlalom, umožňuje diagnostikovať genderový nesúlal aj osobám, ktoré netrpia výraznými psychickými alebo behaviorálnymi symptómami (Crocq, 2021; Patarák, 2018).

2.3 Diagnostický proces

Rovnako ako samotná diagnóza, aj jej diagnostický proces prechádza neustálym rozvojom a úpravami, aby čo najlepšie odrážal rôznorodosť potrieb týchto osôb. Od začiatku minulého desaťročia pozostáva liečba genderového nesúlalu primárne z medicínskej starostlivosti zameranej na genderovú afirmáciu. V posledných rokoch sa odborná diskusia čoraz viac zameriava na vyváženie prístupu, ktorý zahŕňa medicínsku intervenciu a prístup, ktorý sa sústreďuje na psychologickú pomoc (Saffie & Bäuerle, 2023). Hoci sa terminológia genderovej dysfórie či nesúlalu v priebehu času menila, diagnostický proces stále zostáva nedostatočne podchytený. Jeho úlohu nie je len stanovenie samotnej diagnózy, ale aj identifikácia individuálnych potrieb a vhodných foriem starostlivosti pre tieto osoby. Diagnostický proces, rovnako ako diagnóza, sa líši podľa veku osoby, a preto sa tiež špecifiká procesu menia v závislosti na tom či ide o dieťa, adolescenta alebo dospelého jedinca. V nasledujúcej časti sa preto zameriame na prehľad dostupných informácií o diagnostickom procese v medzinárodnom kontexte, ako aj na jeho charakteristiky v Českej republike a na Slovensku.

Na medzinárodnej úrovni tému zdravia a starostlivosti transgender a rodovo rôznorodých osôb zastrešuje Svetová profesionálna asociácia pre transgender zdravie (WPATH). Jedná sa o multidisciplinárnu, odbornú asociáciu, ktorá vytvorila klinické odporúčania určené predovšetkým pre zdravotníckych pracovníkov, ako poskytovať adekvátnu pomoc transgender a genderovo rôznorodým osobám k získaniu bezpečnej a efektívnej starostlivosti, ktorá bude viesť u týchto osôb k trvalému osobnému komfortu so svojim genderovým prežívaním. Súbor týchto klinických odporúčaní sa nazýva Štandardy starostlivosti (ang. *Standards of care* – SOC) a aktuálne je v platnú ich ôsma verzia, ktorá vychádza z dostupných vedeckých poznatkov a odborného konsenzu. Tieto odporúčania sú primárne určené pre lekárske a zdravotnícke pracovníkov, ale zahŕňajú aj sociálnu a právnu rovinu, preto ich môžu využívať aj sociálne inštitúcie, samotné osoby či ich rodiny (Coleman et al., 2022). Opiera sa o klasifikačný manuál ICD-11 (WHO, 2018), preto bude pri informáciách spojených s týmito štandardmi používať pomenovanie diagnózy genderový

nesúlád. Okrem štandardov starostlivosti sa v tomto dokumente nachádza aj terminológia s ňou spojená.

Mimo pojmov, ktoré sme si predstavili v predošlých kapitolách patria k ďalším podstatným pre starostlivosť o osoby s genderovým nesúlodom, podľa Heumann, 2024, Vernerovej a Suchého (2024) patria nasledovné:

- **Tranzícia** – Je proces, pri ktorom osoby zvyčajne menia svoje genderové vyjadrenie viažuce sa k ich pohlaviu priradenom pri narodení, na genderové vyjadrenie, ktoré lepšie odpovedá ich genderovej identite. Obsahuje sociálnu tranzíciu, kedy osoby začnú v spoločnosti vystupovať v zhode s ich genderovým vyjadrením, čo zahŕňa zmenu mena a vonkajšieho prezentovania. Taktiež zahŕňa aj medicínsku tranzíciu, ktorá pozostáva z hormonálnych a chirurgických zákrokov, ak sú požadované. U detí pred pubertou sa využívajú aj blokátory puberty.
- **Genderová afirmácia** – Tento pojem vyjadruje uznanie alebo potvrdenie genderovej identity, najčastejšie v sociálnej, lekárskej, psychologickej a právnickej oblasti (Heumann, 2024).
- **Retranzícia** – Ide o koncept označujúci opätovnú alebo následnú tranzíciu v sociálnej, lekárskej alebo právnej oblasti, pri ktorej osoba mení svoju genderovú identitu na inú. Môže nastať z rôznych dôvodov, ako sú vývoj genderovej identity, zdravotné, sociálne či finančné faktory.
- **Detranzícia** – Ide o pojem, ktorý sa používa na označenie procesu návratu ku genderu, ktorý zvyčajne odpovedá pohlaviu priradenému pri narodení

Najčastejšie diskutovanou oblasťou je to, kedy by sa malo začať s tranzíciou alebo genderovo afirmačnou liečbou, a za akých podmienok by mala byť realizovaná. Štandardy starostlivosti, vypracované organizáciou WPATH, sú prispôsobené rôznym krajinám, pričom sú pravidelne revidované a prekladané do príslušných jazykov. V Českej republike (ČR) je verzia týchto štandardov nazvaná podľa prekladu Heumanna (2024) „Štandardy péče o zdraví transgender a genderově rozmanitých osob, verze č. 8“. Podľa týchto štandardov je pred intervenciou súvisiacou s tranzíciou alebo retranszíciou odporúčané multidisciplinárne posúdenie odborníkmi v oblasti transgender zdravia, s dôkladným zvážením prvkov sociálnej tranzície. Pred začatím hormonálnej alebo chirurgickej liečby je potreba s jednotlivcom prediskutovať úlohu sociálnej tranzície. Nie všetci pacienti chcú sociálnu

tranzíciu alebo ju uprednostňujú pred, počas alebo až po ukončení medicínskej starostlivosti. Je dôležité oboznámiť osobu okolnosťami hormonálnej liečby (Dakkak et al., 2023). Na základe odporúčaní SP-8 (Heumann, 2024) by malo byť hodnotenie osôb prispôbené individuálnym potrebám, zdravotnému stavu a dostupnosti zdravotnej starostlivosti. Ku základným aspektom zdravotníckeho odborníka patria nasledujúce zásady.

Kľúčovou úlohou odborníka je identifikovať u osoby genderový nesúlad, posúdiť duševné zdravie a schopnosti pacienta porozumieť liečbe a jej dôsledkom. SP-8 (Heumann, 2024) tiež odporúča aby zdravotní odborníci konzultovali a spolupracovali s odborníkmi z rôznych disciplín. V súvislosti s multidisciplinárnym prístupom môže spolupráca zahŕňať odborníka na duševné zdravie, endokrinológa, všeobecného lekára, chirurga, odborníka na hlas a ďalších. Aj napriek tomu, že sa jedná o odporúčanie a tento prístup nie je nevyhnutný, SP-8 ho v niektorých prípadoch uvádza ako kľúčový. U detí a adolescentov zdôrazňuje WPATH vyššiu potrebu pocitu bezpečia a podpory zo strany okolia, v ktorom sa pohybujú. Pri lekárskych stretnutiach sa treba viac zamerať na vytvorenie bezpečného prostredia, edukáciu možností a rizík spojených s procesom genderovej afirmácie. Táto veková kategória má tiež vyššiu pravdepodobnosť neurodivergencie, preto treba podrobne zvážiť neuropsychiatrické a duševné aspekty (Dakkak et al., 2023). Obdobie **adolescencie** je kľúčové pre utváranie identity a to vrátane tej genderovej. SP-8 (Heumann, 2024) preto zdôrazňuje dôležitosť času potrebného na skúmanie a vyjadrenie genderovej rôznorodosti, aby mohol jedinec urobiť rozhodnutie o započatí genderovo afirmačného procesu. Kľúčové je preto posúdiť psychickú a kognitívnu zrelosť v súvislosti s jeho rozhodovacími schopnosťami. Keďže adolescenti sú často ešte závislí na svojich opatrovníkoch, je dôležité ich zahrnúť do celkového procesu. U detí SP-8 (Heumann, 2024) používa termín „genderovo rozmanitý“, keďže smer genderovej identity nie je jednoznačne daný. Pri deťoch, ako aj pri adolescentoch treba zohľadniť viacero zdrojov informácií, vývojových faktorov, neurokognitívnych funkcií a jazykových schopností. Je tiež potreba poskytovať konzultácie, psychoterapiu a spoluprácu s inými odborníkmi a inštitúciami na podporu psychickej pohody dieťaťa a rodiny. Rovnako ako u adolescentov, aj u detí je potrebná edukácia, ktorú treba prispôbiť vývojovej úrovni dieťaťa. Dôležitá je taktiež spolupráca s rodičmi.

Pred zahájením medicínskej genderovo afirmačnej starostlivosti je dôležité zhodnotenie duševného zdravia. Duševné zdravie môže ovplyvniť výsledky liečby, preto je pred jej započatím dôležitá spomenutá intervencia. Následne predstavíme niekoľko základných

odporúčaný podľa SP-8 (Heumann, 2024), ktoré sa vzťahujú k odborníkom na duševné zdravie, zahrňujúce všetky vekové kategórie osôb s genderovým nesúlalom:

- **Úloha odborníka na duševné zdravie:** Identifikovať prípadné príznaky, ktoré by mohli narušovať schopnosť jednotlivca súhlasiť s daným procesom. SOC-8 medzi tieto príznaky radí kognitívnu poruchu, psychózu alebo iné poruchy, ktoré by mohli narušovať spomínaný súhlas.
- **Oddialenie liečby:** Oddialenie liečby kvôli duševným ťažkostiam môže zhoršiť symptómy a vzťah medzi pacientom a odborníkom, preto by malo byť vykonané len v najextrémnejších prípadoch.
- **Vplyv genderovo afirmačných procedúr na duševné zdravie:** Genderovo afirmačné postupy majú pozitívny vplyv na duševné zdravie osôb, ktoré spĺňajú diagnostické kritériá pre genderový nesúlad, ale zhoršenie sociálnej podpory môže zhoršiť predchádzajúce duševné ťažkosti.
- **Podpora počas tranzície:** Je dôležité zabezpečiť podporu osobám počas tranzície, aby sa minimalizovali negatívne vplyvy na duševné zdravie.

Medicínska tranzícia v ČR začína a je aj vedená sexuológom. Odporúčajúci postup odborných spoločností nastáva ak sa objaví problematika transgedneru u detí okolo 12. roku života. Dieťa si prechádza klinicko-psychologickým, endokrinologickým, gynekologickým a ďalšími potrebnými vyšetreniami, po ktorých sa môžu nasadiť blokátory puberty. Táto fáza je úplne vratná a posudzujú ju endokrinológovia. Jedná sa o pomerne náročné rozhodnutie, ktoré môže viesť k dlhodobým dopadom na vývoj dieťaťa, preto je dôležité počas tejto doby absolvovať kontrolné vyšetrenia. Odporúča sa aj psychoterapia, ktorá môže poskytnúť pomoc v procese skúmania svojej genderovej rôznorodosti a rozhodovania o ďalších krokoch. Pokiaľ nesúlad pretrváva, môžu sa okolo 16. roku života nasadiť hormóny (tzv. HRT), čo je čiastočne vratná fáza. Ak jednotlivec absolvoval tzv. Real life test, teda obdobie aspoň jedného roku, kedy vystupoval v prežívanom genderi, môže od 18. rokov, teda plnoletosti, predísť pred komisiu k schváleniu chirurgického zákroku. Tieto zákroky je náročné zvrátiť a niekedy sú úplne nevratné (Heumann, 2024).

Najviac diskutovanou je diagnostika u detí a adolescentov, teda neustále sa vyvíjajúcich jedincov, u ktorých môže genderovo afirmačnosť starostlivosti predstavovať výrazný zásah do vývoja. Dierckxens a Baron (2024) vo svojom článku poukazujú na to, že súčasná

medicínska prax ponúka pri starostlivosti o deti a adolescentov, u ktorých sa objaví genderová inkongruencia, dva hlavné prístupy, a to afirmačný prístup a prístup pozorného vyčkávania (ang. *watchful waiting*). Afirmačný prístup zahŕňa medicínsku intervenciu, zatiaľ čo pozorné vyčkávanie je zamerané na zvládanie genderovej rozmanitosti bez zmeny tela. Diagnostická neistota a možné riziká hormonálnej terapie vyvolávajú dilemu pri rozhodovaní o najvhodnejšej liečbe. Ako alternatívu autori ponúkajú prístup fenomenologického rozhovoru, ktorý má za cieľ pomôcť deťom alebo adolescentom lepšie pochopiť ich prežívanie genderovej rozmanitosti a ich širšie sociálne aspekty. Jedná sa o diagnostickú a terapeutickú techniku, ktorá napomáha k lepšiemu porozumeniu svojho prežívania tela a identity. Zahŕňa predovšetkým empirický prístup, kritické hodnotenie vlastných predsudkov zo strany odborníka a aktívny dialóg s jednotlivcom.

Fenomenologický rozhovor podľa Zahaviho a Martinyho (2019) je založený na troch hlavných charakteristikách. **Otvorený a empatický prístup**, ktorý má za cieľ vytvoriť dôverné prostredie, v ktorom sa respondent cíti bezpečne pri zdieľaní svojich skúseností. **Sebakritické hodnotenie predsudkov**, ktoré predstavuje hlavne uvedomovanie a priebežné reflektovanie vlastných predsudkov a zaujatosti, čím minimalizuje ich vplyv na interpretáciu respondentových výpovedí. Posledné je **proaktívne zapojenie sa**, realizované aktívnym kladením otázok a podnecovaním podrobných opisov respondentových skúseností, čím umožní hlbšie porozumenie jeho prežívania.

3 RANÝ VÝVOJ A VZŤAHOVÁ VÄZBA

Raný vývoj je obdobím, ktoré je mimoriadne senzitívne na formovanie základných psychických a neurobiologických štruktúr dieťaťa. Vývojová neuroveda poukazuje na to, že rané biologické a psychosociálne skúsenosti v tomto období majú zásadný dopad na vývoj mozgu a celkový rozvoj dieťaťa. Negatívne faktory, ako je nedostatočná kognitívna stimulácia, nepriaznivé sociálne podmienky alebo vystavenie stresovým faktorom, môžu podstatne narušiť kvalitu vývoja. K minimalizácii týchto faktorov významne prispieva rodičovská starostlivosť, pričom kvalita interakcie dieťaťa a jeho primárnych opatrovateľov sa považuje za jeden z hlavných prostriedkov, ktorý vplýva na psychický vývoj dieťaťa. Tieto interakcie prispievajú k vytvoreniu vzťahovej väzby, ktorá zohráva významnú úlohu pri formovaní emocionálnej regulácie, vytváraní a udržiavaní medziľudských vzťahov a budovaní identity dieťaťa (Jeong et al., 2021; Vágnerová & Lisá, 2021; Walker et al., 2011). V nasledujúcej časti sa budeme venovať významným aspektom raného vývoja, ktoré ovplyvňujú rozvoj genderovej identity, a spôsobom, akým tieto faktory ovplyvňujú formovanie konceptu genderovej inkongruencie.

3.1 Vývoj v raných štádiách

Raná skúsenosť je už dlhodobo považovaná za zásadný predpoklad k adekvátnemu vývoju, čo dokazuje aj prítomnosť viacerých senzitívnych alebo kritických období počas tohto obdobia. Počas raného vývoja dochádza k rozsiahlemu dozrievaniu mozgu, preto je v týchto obdobiach vývoj jednotlivca citlivejší voči rôznym faktorom, ktoré môžu ovplyvniť jeho smerovanie. Ak je tento proces narušený, niektoré vzorce správania alebo schopností nemusia dosiahnuť svoj plný potenciál (Vágnerová & Lisá, 2021). Jeong et al. (2021) preukázali, že rodičovstvo je významným faktorom pre viacero oblastí raného vývoja, a to predovšetkým v prvých troch rokoch jeho života.

Medzi základné vývojové potreby patrí stabilita, pocit istoty a pozitívna spätná väzba od opatrovateľov, najmä vo forme prijatia a emočnej podpory. Skúsenosti v tomto období formujú mozgové a psychické procesy, ktoré následne vplývajú na osobnostné charakteristiky a správanie v ďalších fázach života. Je však potrebné zohľadniť, že aj keď platia určité univerzálne zákonitosti, vývoj každého jednotlivcov má svoje špecifické

charakteristiky (Procházka & Orel, 2021). Táto podkapitola sa zameriava predovšetkým na prvé tri roky života dieťaťa, a zahŕňa tieto štyri vývojové etapy: prenatálne, novorodenecké, kojenecké a batolacie.

Prenatálne obdobie

Významnou etapou je už vnútromaternicový vývoj v prenatálnom období, ktorý začína oplodnením a končí pôrodom. Dochádza tu k prvej významnej zmene z oplodneného vajíčka na novorodenca po pôrode. Prenatálne obdobie a prvé roky dieťaťa sú senzitívnym obdobím pre zásadné vývojové procesy. Medzi faktory, ktoré môžu ovplyvniť vývoj plodu patria chemické, fyzické, biologické faktory a faktory na strane matky, ako je nedostatok výživy, silný stres, úzkosti, depresie či telesné ochorenia počas tehotenstva. (Procházka & Orel, 2021). Gaignic-Philippe at al. (2014), ktorí sa v systematickej skúmaní zaoberali prenatálnym stresom, a zistili, že veľa autorov potvrdilo jeho dopad na rôzne oblasti vývoja, a to aj v neskorších etapách vývoja. Autori však zdôrazňujú, že nejde o priamu súvislosť, a je dôležité brať do úvahy aj ďalšie faktory, ako sú typ stresu alebo stratégie matky na jeho zvládanie.

Davis & Narayan (2020) vo svojom článku podporili túto skutočnosť a okrem samotného stresu poukázali aj na duševné ťažkosti a iné faktory, ktoré môžu ovplyvniť vývoj plodu počas tehotenstva. Prenatálne obdobie je citlivým obdobím, kedy sú dieťa aj matka zraniteľné voči negatívnym vplyvom. Pre pomoc v oblasti duševného zdravia, ako aj adekvátneho vývoja plodu, autori vyzdvihujú potrebu ochranných faktorov u matky v podobe blízkych vzťahov alebo intervenčných programov. Táto pomoc môže viesť k významnému zníženiu rizikových faktorov na strane matky aj dieťaťa počas prenatálneho obdobia.

Novorodenecké obdobie

Prvým obdobím raného vývoja je etapa po pôrode, ktorá sa nazýva novorodenecký vek a trvá približne jeden mesiac. Je charakteristická predovšetkým adaptáciou na nové prostredie, čo predstavuje nespornú záťaž pre ešte nezrelý organizmus. K adaptácii dieťaťa prispievajú aj samotné okolnosti pôrodu. Čím je šetrnejší k matke a dieťaťu, tým má pozitívnejší dopad na ich fyzické aj psychické zdravie (Langmajer & Krejčířová, 2006). K závažným a často prehliadaným témam patrí popôrodná depresia matky, ktorá postihuje 10-30% žien a môže vážne narušiť dyadický vzťah matky a dieťaťa, ako aj jeho vývoj a celkové rodinné vzťahy

(Als & Butler, 2008). Táto skutočnosť je významná, pretože v novorodeneckom veku nastáva senzitivné obdobie pre rozvoj materského chovania. Materské chovanie prispieva k vytvoreniu citovej väzby medzi dieťaťom a matkou. Novorodenecké obdobie sa vyznačuje vysokou plasticitou mozgu dieťaťa a bohatou stimuláciou novými podnetmi. Podľa Piageta sa dieťa nachádza v senzomotorickom období, kedy sa primárne učí prostredníctvom zmyslového vnímania a reakciou na podnety (Pakpahan & Saragih, 2022). Jeho odpovede na stimuly sú prevažne reflexívne. Prísun stimulov alebo podnetov je v tomto období základný, a ak by bol narušený alebo úplne absentoval, mohlo by dôjsť k závažnému narušeniu vývoja mozgu, a teda aj k narušeniu procesov prežívania, uvažovania a správania. Učenie je u novorodencov stimulované sociálnou interakciou, a to predovšetkým zo strany matky (Vágnerová & Lisá, 2021).

Kojenecké obdobie

Druhým obdobím raného vývoja je kojenecký vek, ktorý trvá od jedného mesiaca do jedného roku života dieťaťa. V tomto období tiež pokračuje intenzívny rozvoj mozgu, pričom prvý rok je kritickým obdobím pre stabilizáciu základných nervových sietí, počas ktorej sa vzájomne prepájajú a funkčne diferencujú oblasti mozgovej kôry. Vývoj je ovplyvnený vnútornými faktormi, predovšetkým biologickými, a vonkajšími faktormi, ako je výživa a vzťahová väzba (Oyetunji & Chandra, 2020). Rovnako ako ich mozog, aj ich telo začína byť veľmi aktívne a začínajú vnímať dôsledky rôznych činností. Po štvrtom mesiaci už vykonávajú cielené jednoduché reakcie. V tomto období je aj výrazný rozvoj pozornosti a pamäti, a dieťa už dokáže jasnejšie zaznamenať a na krátku dobu uchovávať objekty v pamäti. S touto schopnosťou prichádza aj separačná úzkosť z odlúčenia od matky, ktorá predstavuje kognitívny pokrok, ale taktiež odráža doposiaľ neosvojený jav stálosti objektu. Po čase dochádza k chápaniu tohto javu a separačná úzkosť odznieva v približne 8. mesiaci, kedy nastupuje strach s cudzích ľudí (Mcmullen, 2013; Procházka & Orel, 2021). Podľa Marget Mahlerovej tieto dva javy predstavujú začiatok procesu sebauvedomovania dieťaťa, ktorý sa končí približne v tretom roku dieťaťa subfázou individualizácie a vytvorením psychologického „ja“ (Langmajer & Krejčířová, 2006).

V kojeneckom veku nastáva druhé významné obdobie, v ktorom zohráva kľúčovú úlohu nadviazanie vzťahu medzi dieťaťom a primárnym opatrovníkom, najčastejšie matkou. Týmto vzťahom dochádza k rozvoju sociálnych interakcií, pričom proces dyadickej synchronizácie medzi matkou a dieťaťom podporuje vznik a upevnenie vzťahovej väzby. Tá

poskytuje základy pre empatiu, sebareguláciu, intimitu a viaže sa k viacerým vývojovým výsledkom v každom štádiu (Birk et al., 2022). Na utváraní väzby sa podieľajú predovšetkým zrkadlové neuróny, ktoré majú vplyv na emočný vývoj dieťaťa. Systém zrkadlových neurónov má dopad na pochopenie a rozlišovanie vlastných emočných prežitkov a utváranie špecifickej väzby medzi matkou a dieťaťom. Tieto neuróny majú význam aj pre kognitívny vývoj, ktorý sa podľa Piageta stále nachádza v senzomotorickej fáze, na ktorej konci už dokáže pochopiť stálosť objektu. Pre toto obdobie je stále dôležitá stimulácia a taktiež uspokojovanie psychických a biologických potrieb (Pakpahan & Saragih, 2022; Vágnerová & Lisá, 2021). Erikson medzi prvými skúmal ako sa vyvíja pocit identity a charakteru u detí. Vytvoril niekoľko fáz, ktoré sa začínajú od narodenia až po starobu. V kojeneckom období prebieha štádium dôvera verzus nedôvera, počas ktorého sa dieťa učí dôverovať, že jeho potreby budú naplnené primárnymi opatrovateľmi, najčastejšie matkou. Ak je tento proces narušený, môže dôjsť medzi matkou a dieťaťom k oslabeniu vývinu vzťahovej väzby (Johnson & Peterson, 2019).

Batoľacie obdobie

V rozmedzí od jedného do tretieho roku života sa dieťa nachádza v batoľacom veku. V tomto období pokračuje dynamické dozrievanie nervovej sústavy a postupne sa prepája prefrontálna a parietálna kôra. Významný je rozvoj motorických schopností, ktorý je spojený s autoreguláciou, ktorá podporuje postupne sa rozvíjajúcu samostatnosť dieťaťa (Vágnerová & Lisá, 2021). Podľa Eriksona sa dieťa v batoľacom veku nachádza vo fáze autonómia verzus pocit hanby a pochyby, počas ktorej začína objavovať nové schopnosti a zručnosti, pričom rozvíja svoju nezávislosť (Johnson & Peterson, 2019). Presadzovanie nezávislosti je často spojené s emočnou expresiou. Deti v tomto období aktívne presadzujú svoju identitu prostredníctvom preferencií, túžob, názorov a potrieb (Mcmullen, 2013). Senzitívnymi fázami v tomto období je rozvoj základných exekutívnych funkcií, ktorý je spojený s rozvíjaním kognitívnych funkcií a jazyka. Podľa Piageta sa od druhého roku života nachádza dieťa v predoperačnom štádiu kognitívneho vývoja, v ktorom sa rozvíja symbolické myslenie, ktoré sa najčastejšie odráža v hre. Výrazný je tiež egocentrický pohľad na svet, v ktorom sa dieťa riadi tým, čo vidí a nie podľa logických princípov (Pakpahan & Saragih, 2022; Vágnerová & Lisá, 2021).

Rozvoj exekutívnych funkcií sa tiež spája s emočnou reguláciou, ktorá už v priebehu druhého roka nie je riadená opatrovateľom, ale dieťa sa učí aktívnej sebaregulácii svojich

emócií. Vyššia emočná regulácia u detí sa často spája s lepšou sociálnou kompetenciou. Deti sa v tomto období stávajú sociálne vnímavejšie, rozvíjajú sa pocity príslušnosti k svojej skupine, ktoré sú sústredené stále predovšetkým v rámci rodiny a začínajú si v sociálnom prostredí osvojovať rôzne role (Ornaghi et al., 2017). Okrem tých sociálnych si začínajú osvojovať aj vedomosti ohľadom genderu. Sterling (2021) popisuje, že v tomto období deti stabilizujú svoje sebapoznanie v rámci genderovej identity prostredníctvom symbolického vyjadrovania poznatkov o genderi. To môže byť najčastejšie pozorovateľné v preferovanej farebnej schéme ružová/modrá, v oblečení alebo v hre. Halim et al. (2014) popisujú rigiditu, s akou deti od tretieho do šiesteho roku trvajú na používaní genderových symbolov, čo vedie k rozvoju sebapoznania v oblasti rodu. Výsledky ich štúdie zdôrazňujú, že deti si samé vyberajú, akým spôsobom sa budú správať a aké genderové stereotypy budú nasledovať a to už v pomerne skorom veku.

Na začiatku kapitoly sme uviedli, že aj napriek určitým obecným zákonitostiam vývoja každý jedinec rozvíja aj svoje individuálne charakteristiky. Jednou z týchto charakteristík je aj resiliencia. Resiliencia Šolcová (2011, s. 11) popisuje ako „úspěch v dosažení vývojových cílů“ a ako „o souhrnném výsledku dynamických procesů vzájemného působení mezi dítětem, rodinnou a prostředím v průběhu času“. Kritické alebo senzitivné obdobia predstavujú určité okná plasticity, kedy je organizmus citlivý na vonkajšie vplyvy v podobe negatívnych alebo rizikových faktorov (Boyce et al., 2021).

Expozícia rizika v ranom veku závisí najmä od rodiny, pričom deti sú obzvlášť zraniteľné voči problémom spojeným s rodičmi a opatrovateľmi. Medzi najtraumatickejšie udalosti patrí smrť rodiča či rozvod, a to najmä pri vysokom konflikte alebo strate kontaktu s jedným z rodičov. Ďalšími rizikovými faktormi sú psychické ťažkosti rodičov, zneužívanie, zanedbávanie, stresujúce životné udalosti a závislosti v rodine. Hoci jednotlivé faktory nemusia nevyhnutne viesť k ťažkostiam, kumulácia rodinných, sociálnych a ekonomických nevýhod zvyšuje riziko maladaptácie. Kľúčovým ochranným faktorom v ranom detstve je bezpečná vzťahová väzba, ktorá podporuje sebahodnotu dieťaťa a rozvoj adaptívnych stratégií zvládania problémov (Gutman, 2008).

3.1.1 Vzťahová väzba v ranom detstve

V predchádzajúcej podkapitole sme sa venovali významu ranej väzby medzi matkou a dieťaťom, ako aj jej úlohe v ranom vývoji. Táto kapitola podrobnejšie objasňuje koncept vzťahovej väzby, jej rôzne formy a vplyv na ďalšie vývojové fázy.

Kural a Kovacs (2021) sa zameriavali na hlbšie pochopenie vzťahu medzi resilienciou a vzťahovou väzbou a potvrdili, že interakcie s nekonzistentnými, nespoľahlivými a necitlivými osobami môže výrazne narušiť vzťahovú väzbu, čo vedie k zníženiu odolnosť voči stresovým životným situáciám a k zvýšeniu náchylnosti na psychologické problémy počas krízových období.

Na základe výskumov rizikových a produktívnych faktorov sa poukázalo na význam blízkeho a dostupného vzťahu, ktorý zároveň poskytuje dôveru a stabilitu. Takýto vzťah popísal v 50. rokoch 20. storočia John Bowlby, ktorý hovoril o „*biologicky zakódovanej potrebe dieťaťa naviazať sa na jednu opatroujúcu osobu (spravidla matku) a sekundárne aj na iné blízke osoby*“ (Hašto, 2005, s. 10). Tvrdil, že deti sa nerodia s funkčným systémom väzby, ale vytvára sa v dôsledku opakovaných interakcií s tou istou opatrovateľskou osobou a trvá približne šesť až sedem mesiacov kým sa plne rozvinie väzbový vzťah s daným opatrovateľom. V druhej polovici prvého roka začína zvyčajne rásť preferencia opatrovateľa, najčastejšie matky a spolu s rozvojom motorických a kognitívnych schopností dieťa aktívne vyhľadáva blízkosť svojho opatrovateľa. Obdobie prvých troch rokov dieťaťa je charakteristické vytváraním a udržiavaním primeranej blízkosti opatrovateľa, ktorý slúži ako akýsi prístav bezpečia a dodáva dieťaťu pocit istoty v situáciách odlúčenia. Tento koncept nazval „attachment“, čo chápal ako emočne angažovaný vzťah, ktorý je dostupný ako zdroj útechy, a je tiež významný pre nové informácie o intimitate a dôvere. (Duschinsky et al., 2024).

V našom prostredí sa môžeme stretávať s označením „attachment“ alebo aj „citová väzba“ alebo „vzťahová väzba“ (Vrtbovská, 2010). Bowlby svoje myšlienky o tomto koncepte rozvinul prostredníctvom skúmania separačnej úzkosti. Tvrdil, že u detí, ktoré zažívajú láskyplné prostredie, síce pri odlúčení od opatrovateľa prejavujú výrazné protesty, avšak v neskoršom vývoji sú schopné nadobudnúť väčšiu samostatnosť (Bretherton, 1992).

Ako uvádza Vágnerová a Lisá (2008), túto myšlienku ďalej rozpracovala Mary Ainsworthová, ktorá skúmala reakcie detí pri separácii od matky v neznámych situáciách a v prítomnosti cudzích osôb. Na základe svojho pozorovania identifikovala základné typy neistej vzťahovej väzby:

- **Úzkostná väzba**, ktorá sa prejavuje nadmernou závislosťou na kontakte s matkou a pri náznaku separácie a prítomnosti cudzej osoby sa jej dieťa bojí a drží sa pri matke.

- **Úzkostne-vyhýbavá väzba**, pri ktorej dieťa neprejavuje silný záujem o kontakt s matkou, má až tendenciu sa jej vyhýbať. Pre narušenú väzbu sú deti voči separácii od matky ľahostajné a vnímajú ju ako cudzieho človeka.
- **Ambivalentná väzba**, ktorá je znakom narušenej väzby, kedy matka dieťaťu neprejavuje dostatok citovej istoty a bezpečia a dieťa prejavuje kombinované tendencie potreby blízkosti a odmietania. Táto väzba vzniká ako odpoveď na matkino ambivalentné správanie záujmu a ľahostajnosti.

Ak nebol vzťah narušený, vytvorila sa **istá väzba**, ktorá sa prejavovala tým, že dieťa v prítomnosti matky spontánne preskúmavalo okolie. Pri separácii síce vykazovalo známky nepokoja, avšak po jej návrate s ňou okamžite nadviazalo kontakt a prejavovalo pozitívne emócie (Lečbych & Pospíšilíková, 2012). Langmajer a Krejčířová (2006) popisujú, že neskôr bol identifikovaný ďalší typ neistej väzby – **dezorganizovaný typ**. Deti s týmto typom najčastejšie vykazovali bizarné, netypické prejavy správania, ako „zamrznutie“ alebo prejavovali ambivalentné či agresívne reakcie. Tento typ vzťahu sa najčastejšie vyskytovali u detí, ktoré sa nachádzali v prostredí, kde dochádzalo k týraniu, zneužívaniu či inej forme patológie. Kvalita väzby je však dynamický proces, ktorý sa môže počas vývoja meniť v pozitívnom aj negatívnom smere. Hoci vzťah k matke zohráva kľúčovú úlohu, Duschinsky et al. (2024) poukazujú na to, že už John Bowlby zdôrazňoval možnosť rozšírenia vzťahovej väzby aj na ďalšie blízke osoby v širšej rodine.

Známosť zohráva v tomto procese kľúčovú úlohu. Druhou najbližšou osobou po matke býva otec, ktorý dieťaťu poskytuje pocit istoty a bezpečia. Väzba na otca sa formuje v priebehu prvého roka podobne ako na matku, pričom jeho prítomnosť je zreteľnejšia v batolacom veku, keďže vzťah s otcom sa rozvíja najmä prostredníctvom hry. Na rozdiel od matky, otec prináša nové podnety, podporuje rozvoj odlišných kompetencií a zastáva úlohu autority, čím prispieva k samostatnosti dieťaťa. Zároveň uľahčuje proces separácie od matky a zohráva významnejšiu úlohu pri formovaní genderovej identity. Vzhľadom na rigidnejšie vnímanie genderových rolí a stereotypov vytvára väčší tlak na prijatie tejto zložky sebaapojatia u dieťaťa (Vágnerová & Lisá, 2021).

3.2 Genderová inkongruencia v kontexte raného vývoja a vzťahovej väzby

Vzťahová väzba zohráva kľúčovú úlohu pri formovaní sebahodnotenia a vypracovaní stratégií mechanického zvládania stresových situácií. Rôzne výskumy v oblasti vývinovej psychopatológie sa zameriavajú na to, ako adaptívne a maladaptívne stratégie môžu ovplyvniť ďalší vývin jedinca, pričom môžu mať dlhodobé dôsledky buď pre zdravý, alebo narušený vývin. Tento koncept je spojený s myšlienkou kaskádového efektu, ktorý predpokladá, že niektoré patologické vzorce správania majú tendenciu šíriť sa v čase, pričom správne zásahy môžu prerušiť negatívne kaskády a podporiť pozitívne, zatiaľ čo iné môžu tento proces ovplyvniť opačne (Masten & Cicchetti, 2010). Vágnerová (2014) popisuje, že kumulácia viacerých faktorov, medzi ktoré môže patriť genetika, stres či traumatické zážitky, zvyšuje pravdepodobnosť rozvoja posttraumatickej stresovej poruchy (PTSD) u detí. Reakcie na takéto záťaž závisia nielen od doby ich trvania, ale aj od aktuálnych adaptačných kompetencií jedinca. Traumatické zážitky teda môžu mať prechodný charakter a posilniť schopnosť zvládať stres, čo utvára resilienciu, alebo naopak môže viesť k rozvoju rôznych psychických porúch. Každý človek reaguje na traumou odlišne, pričom symptómy sú výsledkom rôznych neurobiologických zmien. Trauma môže poškodiť telesnú integritu, narušiť identitu, pocit bezpečia alebo schopnosť vytvárať vzťahy (Sharma et al., 2020).

Kumulácia rodinných, sociálnych a ekonomických nevýhod zvyšuje riziko maladaptívnych stratégií mechanizmov zvládania. Resiliencia je teda významným faktorom v koncepte traumy. Odolnosť sa vzťahuje na schopnosť jednotlivca vyrovnať sa so závažnými životnými situáciami, vrátane tých traumatických. Konkrétne techniky, ktoré posilňujú resilienciu a podporujú proces adaptácie sú stratégie mechanizmu zvládania (Friedberg & Malefakis, 2022; Gutman, 2008).

Tahan a jeho kolektív (2021) vo svojom článku zdôrazňujú dôležitosť úlohy oxytocínu v koncepte traumy. Oxytocín je neuropeptid, ktorý od pôrodu pôsobí ako významný faktor v oblastiach sociálnej afiliácie, podpory, dyadického vzťahu matky a dieťaťa a dôvery. Autori tiež popisujú, že nízke hodnoty oxytocínu sa objavujú u pacientov s detskou traumou. Túto skutočnosť potvrdil aj Flanagan a ostatní autori (2019) tým, že zistili, že oxytocín súvisí s PTSD, a to najmä u jedincov so závažnou detskou traumou.

Na základe daných zistení môžeme hovoriť, že oxytocín zohráva dôležitú úlohu v reakcii na traumy, pretože je spojený s vytváraním a upevňovaním vzťahových väzieb, ktoré zohrávajú kľúčovú úlohu pri adaptácii a vyrovnávaní sa s ťažkými situáciami. Vznik a posilňovanie vzťahovej väzby sú významné ochranné faktory, najmä v detstve, ktoré sú zásadné pre rozvoj copingových stratégií. Deti, ktoré zažívajú stabilnú podporu a bezpečné vzťahy, si môžu vybudovať silnejšie adaptívne mechanizmy a väčšiu resilienciu, čo znižuje riziko rozvoja psychických ťažkostí, ako je napríklad PTSD. Na druhú stranu, deti s nízkou stabilnou podporou zažívajú vyššie riziko rozvoja psychických ťažkostí (Sharma et al., 2020).

Farina a ostatní autori (2019) psychologické traumy popisujú ako neznesiteľný a nevyhnutný zážitok, pri ktorom osoby pociťujú výrazné pocity bezmocnosti. Deti sú na tento stav ešte zraniteľnejšie a sú závislé na rodičoch, ktorí by mali zabezpečiť ich starostlivosť a ochranu. Pokiaľ tieto aspekty rodičia nenapĺňajú alebo sú sami zdrojom daného javu, môže to u detí viesť k vzniku tráum. Autori popisujú v tomto kontexte "attachmentové trauma" ako typ traumy, ktorý vzniká narušením vzťahov s rodičmi, kde rodič, ktorý má zároveň ohrozujúce a starostlivé správanie, spôsobuje zmätok u dieťaťa, ktoré je naň závislé. Ako špecifický typ uvádzajú dezorganizovaný typ väzby, ktorý môže mať dlhodobé následky a môže dôjsť k narušeniu vývoja dieťaťa, čo vedie k problémom s emocionálnym a kognitívnym spracovaním. Tieto vzťahové traumy môžu spôsobiť dlhodobé psychologické problémy.

Kozłowska a ostatní autori (2021) uskutočnili štúdiu, v ktorej sa zamerali na skúmanie vzorcov pripútania sa a copingových stratégií u detí s genderovou dysfóriou v porovnaní s neklinickou skupinou. Štúdia zistila, že deti s genderovou dysfóriou mali prevažne rizikové stratégie väzby oproti neklinickej skupine. Rizikové stratégie väzby sú spojené s distresom, psychopatológiou a zahŕňajú dysfunkčné emocionálne a kognitívne procesy. Tieto deti tiež vykazovali vysokú mieru maladaptívnych stratégií spojených so stratou alebo traumou. Autori tiež poukazujú na to, že problémy u detí s genderovou dysfóriou, vrátane ich väzbových vzorcov, sú formované komplexnou interakciou biologických a genetických faktorov, sociálnych faktorov a rôznych skúseností počas života. Štúdia tiež ukázala, že deti aj dospelí s genderovou dysfóriou vykazovali rizikové stratégie väzby, ktoré sa prejavovali problémom vytvoriť jasný a koherentný príbeh o svojich vzťahoch s rodičmi alebo blízkymi osobami.

Ďalšími autormi, ktorí sa zaoberali touto témou v kontexte traumy boli Giovanardi a jeho kolegovia (2018), ktorí sa zaoberali súvislosťami vzťahovej väzby, komplexnej traumy a genderovej inkongruencie. Štúdia skúmala dospelých jedincov s genderovou dysfóriou, ktorí uviedli, že ich genderová inkongruencia sa začala v ranom detstve. Medzi hlavné výsledky štúdie patrili zistenia, že účastníci výskumu boli často vystavení rôznym formám traumy a viktimizácie už v ranom veku, čo môže vysvetliť častú prítomnosť dezorganizovaného typu väzby u tejto vzorky respondentov. Taktiež mali často nižšiu podporu a akceptáciu zo strany otca, ale pohľad na matky sa nelíšil od neklinickej skupiny. Trans ženy častejšie trpeli zanedbávaním alebo zneužívaním zo strany otca a trans muži častejšie emocionálnemu zneužívaniu matiek. Autori však zdôrazňujú multidimenzionalitu faktorov, ktoré ovplyvňujú vývoj genderovej inkongruencie. Na záver štúdia zdôrazňuje, že pochopenie týchto vzorcov môže viesť k zlepšeniu klinickej praxe a poskytnutiu podpory pre rodiny a lepšiemu porozumeniu trans osôb.

4 AKTUÁLNE ŠTÚDIE GENDEROVEJ INKONGRUENCIE A PRIDRUŽENÝCH KOMORBIDÍT

V posledných rokoch pribúda dospievajúcich osôb, ktoré sú diagnostikované s genderovou dysfóriou a pridruženými psychiatrickými komorbiditami alebo inými psychickými ťažkosťami. V tejto časti sa zameriame na štúdie, ktoré sa venujú tejto problematike, ako aj na štúdie skúmajúce konkrétne komorbidity či iné ťažkosti spojené s genderovou dysfóriou.

4.1 Štúdie zamerané na problematiku komorbidít

Genderový nesúlad nie je klasifikovaný ako duševná porucha podľa MKN-11, avšak u tejto skupiny sa častejšie vyskytujú pridružené psychické ťažkosti. Tento jav potvrdzuje metaanalýza de Freitas et al. (2020), ktorá poukazuje na to, že v porovnaní s bežnou populáciou je prevalencia mentálnych porúch u osôb s genderovým nesúlalom výrazne vyššia, konkrétne 53,2 %. Najčastejšie sa vyskytujú poruchy nálady, úzkosti a zneužívanie návykových látok. Autori zdôrazňujú, že prevalencia duševných porúch v bežnej populácii sa líši podľa rôznych štúdií, keďže množstvo negatívnych postojov zo strany okolia je aj kultúrne a spoločensky dané. Tento jav môže ovplyvniť charakter duševných ťažkostí u osôb s genderovou dysfóriou.

Systematický prehľad od Frew a ostatných autorov (2021) podporil výsledky predchádzajúcej štúdie, pričom medzi najčastejšími komorbiditami boli identifikované aj poruchy nálady a úzkostné poruchy. Vo väčšine štúdií boli potvrdené i psychiatrické diagnózy. Väčšina štúdií tiež potvrdila prítomnosť psychopatológie pred riešením genderovej inkongruencie. Limitom tohto výskumu však bola nízka randomizácia a väčšina štúdií pochádzala zo Spojených štátov a Holandska.

Ďalšia štúdia Karvonen s kolegami (2022) sa zamerala predovšetkým na prítomnosť komorbidít u adolescentov s genderovou dysfóriou vo Fínsku. Respondenti sa nachádzali mimo aj v zdravotníckych zariadeniach. Výsledky ukázali, že menej ako polovica adolescentov nevykazovala žiadnu psychiatrickú diagnózu. Zo symptomatológie sa u skupiny s genderovou dysfóriou častejšie vyskytovali suicidálne myšlienky a výroky. Oproti

neklinickej skupine sa u nich vyskytovali menej často poruchy príjmu potravy a nadužívanie alkoholu. Autori tiež zdôrazňujú, že genderovo afirmačná starostlivosť nemusí byť dostatočným zásahom pre liečbu komorbidít spojených s genderovou dysfóriou.

Rozsiahlu desaťročnú štúdiu zameranú na prítomnosť komorbidít uskutočnili Gualerzi spolu s ďalšími autormi (2022) v Taliansku. Ich cieľom bolo preskúmať socio-demografické charakteristiky a zhodnotiť aktuálne alebo celoživotné komorbidity u osôb s genderovou dysfóriou. Všetci respondenti spĺňali kritériá pre genderovú dysfóriu, absolvovali dôkladnú diagnostiku zameranú na preskúmanie komorbidít a boli komplexne vyšetrení dvomi nezávislými odborníkmi na duševné zdravie. Štúdia nakoniec zahrnula 298 respondentov. Výsledky ukázali, že v súbore bolo väčšie zastúpenie M-F ako F-M, v pomere 2,07:1, pričom priemerný vek respondentov bol okolo 32 rokov. Medzi jednotlivé zistenia patrili:

- Z hľadiska rodinných vzťahov boli najčastejšie zastúpené dobré rodinné vzťahy ($n = 126$) a na druhom mieste boli konfliktné vzťahy, ktoré sa vyskytli u menej ako polovice respondentov v oboch skupinách. Žiadne rodinné vzťahy popísalo približne 29 respondentov.
- Prítomnosť psychiatrickej komorbidity bola u viac ako polovice súboru, konkrétne 164 respondentov.
- V rámci psychosociálnej histórie sa vyskytli významné prípady sexuálneho zneužívania a prostitúcie. Sexuálne zneužívanie a história prostitúcie sa častejšie vyskytovali u skupiny M-F.
- Medzi najčastejšie komorbidity patrili poruchy nálady, úzkostné poruchy a poruchy prispôsobenia sa. V rámci úzkostných porúch sa špecificky jednalo o generalizovanú úzkostnú poruchu, panickú poruchu a úzkosť spojenú s nadužívaním psychoaktívnych látok. Z porúch nálad sa objavovali najmä ťažká depresia a bipolárna porucha. Medzi ďalšie poruchy patrili problémy spojené s psychoaktívnymi látkami a častá konzumácia kanabinoidov.

Ďalšie rozsiahle skúmanie uvádza štúdia od Chao a ostatných autorov (2023), ktorí sa zamerali na skúmanie komorbidít genderovej inkongruencie v období desiatich rokov na Taiwane. Zber dát sa uskutočnil v období od roku 2010 do roku 2019 a výskumný súbor tvorili všetci diagnostikovaní s genderovou dysfóriou v tomto časovom období. Počet respondentov stúpol o polovicu a celkový počet účastníkov bol 1253, čo autori prisudzujú

zvýšenej edukácii o tomto fenoméne. Respondenti sa pohybovali od detí do 12 rokov až po dospelých nad 18 rokov. Medzi jednotlivé zistenia ohľadom komorbidít patrili:

- Medzi pozorované komorbidity patrili ADHD, poruchy autistického spektra (PAS), schizofrénia a depresia.
- U detí do 12 rokov malo 21,2 % M-F a 8,3 % F-M komorbiditu s ADHD. U F-M sa nevyskytla žiadna zo spomínaných komorbidít. U skupiny M-F bolo druhou najčastejšou komorbiditou PAS, nasledované schizofréniou a depesiou.
- Adolescenti (13-17 rokov) mali najčastejšie prítomnosť depresie. Druhou a tretou najčastejšou komorbiditou boli ADHD a PAS, pričom bol opäť vyšší výskyt u skupiny M-F v oboch prípadoch. Schizofrénia sa vyskytovala u 2 % celkového vzorku.
- Dospelí respondenti (nad 18 rokov) mali najčastejšie prítomnosť depresie. Na druhom mieste sa objavila schizofrénia s približne rovnakým zastúpením v oboch skupinách. ADHD a PAS sa vyskytli u menej než 1 % respondentov v oboch skupinách.

Ďalšie systematický prehľad uskutočnili Paz-Otero a jeho kolegovia (2021), ktorých cieľom bolo preskúmať prevalenciu psychiatrických porúch u ľudí s genderovou dysfóriou a rodovým nesúladom. Okrem toho sa zamerali aj na stigmatizáciu a diskrimináciu, ktorou tieto osoby často trpia. Pre tento účel zozbierali a zanalyzovali 27 štúdií na túto tému, publikovaných za posledných päť rokov. Štúdie zahŕňali obidve skupiny a populácia v rámci nich sa pohybovala od 12 do 29 rokov. Výsledky ukázali:

- Depresia a úzkosť sú časté v trans populácii, predovšetkým u adolescentov. U detí (3-14 rokov) je len mierne zvýšená úzkosť.
- Prevalencia samovražedných pokusov a sebapoškodzovania je výrazne vyššia u trans populácie, najmä u adolescentov, kde dominujú samovražedné myšlienky.
- Viac ako polovica populácie manipuluje s hmotnosťou kvôli svojej genderovej afirmácii.
- PAS vykazuje mierne vyššiu prevalenciu u trans populácie oproti tej bez diagnózy genderovej inkongruencie. Nebinárne osoby majú vyššiu prevalenciu ako trans osoby.
- Prevalencia disociatívnych porúch je výrazne vyššia u trans populácie v porovnaní s cis populáciou.

- Poslednou štúdiou v tejto podkapitole je štúdia Thompsona a jeho kolegov (2021), ktorá sa taktiež zameriavala na adolescentov. Do konečnej analýzy bolo zahrnutých 32 štúdií z 11 krajín, ktoré pokrývali približne 3500 adolescentov. Medzi výsledky tejto štúdie patrili:
- Približne okolo 70 % trans osôb malo diagnostikovanú psychickú poruchu pred tým ako im bola diagnostikovaná aj genderová inkongruencia.
- Približne 60 % trans osôb malo psychiatrickú diagnózu v priebehu 6 mesiacov pre tým ako im bola diagnostikovaná aj genderová inkongruencia.
- Najčastejšie sa vyskytovali depresívne a úzkostné poruchy, a taktiež poruchy pozornosti (ADHD).
- Medzi ďalšie psychické premenné patrilo zvýšené riziko samovrážd. Tretina osôb vykazovala problémovú rodinnú funkčnosť, ako aj horšiu kvalitu života, obzvlášť u osôb s PAS komorbiditou.

Limitom výskumu je, že mnoho štúdií pochádzalo z rovnakých krajín, čo mohlo ovplyvniť generalizovateľnosť výsledkov.

Na základe týchto výsledkov je možné pozorovať, že výsledky sa líšia medzi rôznymi krajinami, čo potvrdzuje aj metaanalýza de Freitas et al. (2020), pričom väčšina štúdií najčastejšie identifikovala úzkostné poruchy a poruchy nálady ako komorbidity u osôb s genderovou dysfóriou. V štúdiách sa tiež objavoval častý výskyt suicidálnej symptomatiky oproti cis populácii. Všetci autori týchto štúdií poukazujú na potrebu ďalšieho skúmania z pohľadu multifaktorovej dimenzie.

Žiadnu podobnú štúdiu, ktorá by sa uskutočnila v Českej alebo Slovenskej republike sme doteraz nezaznamenali.

4.1.1 Štúdie zamerané na pridružené komorbidity

V nasledujúcej časti si predstavíme niekoľko štúdií zaoberajúcich komorbiditami, ktoré sa najčastejšie vyskytujú v populácii trans osôb. Budeme vychádzať zo štúdií v predošlej podkapitole, ako aj novo vychádzajúcich a zameraných na špecifické komorbidity.

Prvou oblasťou je úzkostne depresívna symptomatika, na ktorú sa zamerala novodobá štúdia Silvia et al. (2021), ktorá skúmala predovšetkým ruminatívne myslenie spolu so symptomatikou depresie, úzkosti a stresu u osôb s genderovou dysfóriou. Výskum zahŕňal 189 účastníkov, s väčším percentuálnym zastúpením trans žien ($n = 111$) ako trans mužov

(n = 78). Dáta sa získavali polo-štruktúrovaným rozhovorom a odpoveďami z dvoch dotazníkov. Výsledky ukázali, že ruminantné myslenie sa objavovalo najčastejšie u trans žien, pričom s ním spojené symptómy depresie úzkosti, stres a samovražedné myšlienky vykazovali všetci respondenti z výskumného súboru.

Medzi štúdie zaoberajúce sa úzkostnou symptomatikou patrí aj tá od Sood et al.(2021), ktorí sa zamerali na súvislosť psychických ťažkostí s operáciou hrudníka (mastektómiou) u trans mužov a nebinárnych osôb. Výskum sa sústredil na výskumný súbor 156 osôb, ktoré sa narodili ako ženy a nachádzali sa vo vekovej skupiny 12-18 rokov. Priemerný vek sa pohyboval okolo 15 rokov a ani jeden z respondentov neabsolvoval v dobe pred výskumom operáciu hrudníka. Väčšina účastníkov štúdie sa identifikovala ako trans muž (n = 132) a zvyšní respondenti sa identifikovali ako nebinárni alebo genderovo rozmanití. Výsledky ukázali, že vyššia miera psychických ťažkostí spojených s anatómiou prs a nepodstúpením mastektómie koreluje v vysokou úrovňou úzkosti a depresie u skupiny trans mužov a nebinárnych osôb. Autori popisujú, že táto súvislosť je nezávislá od úrovne genderovej inkongruencie, vizuálnou stránkou a statusom sociálnej tranzície. Autori na základe štúdie poukazujú na dôležitosť psychologickéj intervencie u adolescentov s genderovou dysfóriou.

Vplyvom hormonálnej liečby na symptómy depresie a úzkosti u osôb s genderovou dysfóriou sa zaoberá longitudiálna štúdia Aldridge a jeho kolegov (2020). Zber dát prebiehal od roku 2014 do 2018 a zameriaval sa na efekt 18-mesačnej hormonálnej liečby na depresívnu a úzkostnú symptomatiku. Štúdie sa zúčastnilo 1271 respondentov približne vo veku 23 rokov. Štúdia zistila významné zníženie symptómov depresie u transgender osôb, pričom viac než pätina osôb vykazovala depresívnu symptomatiku pred začatím hormonálnej terapie. Štatistické zníženie úzkostnej symptomatiky sa nepotvrdilo. Výsledky ukázali, že úroveň rozvoja depresívnej alebo úzkostnej poruchy bola aj po hormonálnej terapii stále výrazne vyššia ako u bežnej populácie. Autori poukazujú na to, za akú krátku dobu môže dôjsť k zlepšeniu u trans osôb za predpokladu započatia hormonálnej terapie.

Thorne a ostní kolektívia (2020) sa v ich systematickom prehľade zamerali na ďalšie komorbidity identifikované v predchádzajúcej kapitole. Konkrétne sa zaoberali poruchou autistického spektra (PAS) a poruchou pozornosti (ADHD) u osôb s genderovou dysfóriou. Cieľom autorov bolo lepšie preskúmať tieto komorbidity, ktoré môžu ovplyvniť diagnostiku genderovej inkongruencie, a tým prispieť k zvýšenej informovanosti a poskytovaniu podpory pre trans osoby. Bolo identifikovaných dokopy 30 štúdií. Výsledky na vzorku

približne 6500 respondentov ukázali, že obidve diagnózy sa vyskytujú častejšie v transgender populácii. Autori však zdôrazňujú, že tieto výsledky sú veľmi skreslené nedostatočným diagnostickým hodnotením vo väčšine štúdií. Ako najdôležitejšie zistenia vidia, že diagnóza PAS by nemala vylučovať osoby z genderovo afirmačnej starostlivosti a mala by sa naopak zamerať na väčšiu podporu týchto osôb.

Touto skupinou sa zaoberala štúdia Coopera et al. (2022), ktorá sa zamerala na transgender a nebinárne osoby s genderovou dysforiou, ktorí sa nachádzajú na autistickom spektre. Cieľom štúdie bolo skúmať, aký je duševný stav týchto osôb a čo naň vplyva najvýraznejšie. Výsledky poukázali na výskyt distresu spôsobeného negatívnymi postojmi k vlastnému telu a taktiež symptómy depresie a úzkosti. Distres tiež vyvolávalo pochopenie a akceptácia genderovej identity, ale aj svojej identity ako autistickej osoby. S tým môže súvisieť aj prítomnosť spomínaných menšinových stresorov, ktorých vplyv na duševné zdravie môže byť zvýraznený diskrimináciou spôsobenou oboma prítomnými diagnózami. Mnohí zároveň čelili prekážkam v oblasti zdravotnej starostlivosti, kde ich špecifické potreby spojené s autizmom neboli dostatočne zohľadnené v rámci starostlivosti o tie genderové. Niektorí jednotlivci však považovali autizmus za pomoc pri pochopení svojej rodovej identity, pretože im umožni minimalizovať spoločenskú potrebu konformity a znížiť tak napätie s tým spojené.

Okrem spomenutých komorbidít sa novodobé výskumy zaoberajú aj komorbiditou hraničnej poruchy osobnosti. Väčšina týchto štúdií sa venuje diferenciálnej diagnostike medzi genderovou dysfóriou a hraničnou poruchou, pričom upozorňuje na riziko nesprávneho rozlíšenia týchto diagnóz a častú nesprávnu identifikáciu hraničnej poruchy (Rodriguez-Seijas et al., 2024; Shubert, et al., 2025).

Štúdie predstavené v tejto časti potvrdzujú závery z predchádzajúcej podkapitoly, predovšetkým v oblasti úzkostnej a depresívnej symptomatiky. Diagnózy PAS a ADHD sú oblasti, ktoré si vyžadujú hlbšie preskúmanie, pričom je potrebné dodržať systematickú diagnostiku a príslušné diagnostické kritériá pre obidve poruchy. Najmä diagnostika PAS zaznamenala výrazný nárast v trans populácii, čo zdôraznila štúdia Wittlin et al. (2023). Daná štúdia tiež zaznamenala zvýšenie miery duševných ťažkostí u tejto skupiny klientov, čo potvrdila aj štúdia od Stranga et al. (2021), ktorí popísali výraznejší výskyt depresívnej symptomatiky oproti bežnej populácii. Výsledky ukázali, že u transgender osôb s autizmom

je vyšší výskyt suicidálnych myšlienok, automutilácií, depresie a úzkosti. Táto skupina si stále vyžaduje väčšiu úroveň pozornosti a ďalšieho skúmania.

Ide o jediné štúdiu, ktorá poukazuje na významný nárast PAS v tejto skupine osôb, medzi nami zaznamenaných štúdií. Bolo by potrebné uskutočniť podobnú štúdiu vo viacerých krajinách, aby sme dokázali poukázať na jej významnosť.

VÝSKUMNÁ ČASŤ

5 VÝSKUMNÝ PROBLÉM, VÝSKUMNÉ OTÁZKY, VÝSKUMNÉ CIELE

5.1 Výskumný problém a výskumné ciele

V súčasnosti sa odborníci v zdravotníckych zariadeniach čoraz častejšie stretávajú s osobami, u ktorých bola diagnostikovaná genderová inkongruencia a ktoré zároveň vykazujú pridružené komorbidity alebo iné psychické ťažkosti (Wittlin et al., 2023). Ako bolo uvedené v teoretickej časti, existuje viacero súčasných výskumov z rôznych krajín, ktoré sa zaoberajú prítomnosťou pridružených psychických ťažkostí alebo samotnými komorbiditami u osôb s genderovou inkongruenciou (de Freitas et al., 2020; Karvonen et al., 2022; Gualerzi et al., 2022; Chao et al., 2023; Thompson et al., 2021). V Českej republike ani na Slovensku doposiaľ nebola realizovaná systematická štúdia v tejto oblasti, napriek tomu, že odborníci aj širšia verejnosť s touto problematikou prichádzajú do kontaktu čoraz častejšie a záujem o ňu narastá v odbornej aj laickej verejnosti.

V posledných rokoch došlo k významnému celosvetovému rozvoju tohto konceptu aj v rámci viacerých klasifikačných systémov v oblasti terminológie a diagnostických kritérií. Tieto zmeny majú za cieľ depatologizáciu gendrovej inkongruencie, pričom zároveň zachovávajú možnosť poskytovania potrebnej zdravotnej starostlivosti (Crocq, 2021; Drescher, 2016; Robles, 2022). Významný posun v chápaní tohto konceptu nastáva novým pomenovaním diagnózy a jej preradením zo sekcie duševných ochorení do sekcie stavov súvisiacich so sexuálnym zdravím. Túto zmenu priniesla Medzinárodná klasifikácia nemocí v novej 11. revízii. (WHO, 2018). Hoci podľa MKN-11 už táto diagnóza nepatrí medzi duševné poruchy, tieto osoby sa naďalej stretávajú s rôznymi psychickými ťažkosťami, ktoré vyžadujú potrebnú psychologickú intervenciu (Patarák, 2018). Pre poskytnutie najlepšej možnej starostlivosti je potrebné hlbšie preskúmanie problematiky narastajúcich psychických ťažkostí.

Vzhľadom k multifaktoriálnemu prístupu sme sa v našej práci rozhodli zamerať na oblasť ranného vývoja, špecificky obdobia tvorby vzťahovej väzby, ktorá môže ovplyvniť mieru náchylnosti alebo odolnosti jednotlivca k rozvoju duševných porúch (Farina et al., 2020). Taktiež môže ovplyvniť, či si jednotliviec osvojí adaptívne alebo maladaptívne stratégie

zvládania záťaže (Gervais & Jose, 2020). Viaceré štúdie podporujú súvislosť medzi zvládacími stratégiami a rozvojom duševných porúch (Farina et al., 2019; Vágnerová, 2014; Sharma et al., 2020).

Tento výskum sa preto sústredil na analýzu a identifikáciu významných udalostí v anamnéze klientov s gendrovou inkongruenciou, so špecifickým zameraním na ranný vývoj a vzťahovú väzbu z perspektívy klinických psychológov, ktorí pracujú s týmito klientmi.

V dôsledku daného výskumného problému je **hlavným cieľom** tejto práce hlbšie preskúmať, aké významné udalosti v anamnézach klientov sa môžu vyskytovať. Ďalším cieľom je preskúmať, aké významné komorbidity alebo pridružené symptómy je možné identifikovať u klientov, na základe praxe klinických psychológov. Rovnako sa práca zameriava na to, aké špecifiká a poznatky odborníci z klinickej praxe uvádzajú u týchto klientov, ktorí boli v ich starostlivosti, oproti inej klientele.

Dielčím cieľom je preskúmať aké významné okolnosti raného vývoja, najmä v období keď sa utvára vzťahová väzba k opatrovateľským osobám, sa môžu vyskytovať v anamnézach klientov, z pohľadu klinických psychológov.

5.1.1 Výskumné otázky

Výskumná otázka č. 1: Aké významné udalosti v anamnézach klientov s gendrovou inkongruenciou identifikujú odborníci z klinickej praxe?

Podotázka: Existujú nejaké významné udalosti v súvislosti s ranným vývojom a vzťahovou väzbou?

Výskumná otázka č. 2: Aké je možné identifikovať významné komorbidity alebo symptómy u klientov s gendrovou inkongruenciou?

Výskumná otázka č. 3: Popisujú odborníci nejaké významné špecifiká, ktoré zaznamenávajú v súvislosti s klientmi s gendrovou inkongruenciou? Aké?

6 METODOLÓGIA VÝSKUMU

V nasledujúcich častiach predstavíme výskumný dizajn zvolený na základe výskumného zámeru. Táto kapitola ďalej zahŕňa charakteristiku výskumného súboru a jeho výberu, priebeh zberu dát a proces ich vyhodnotenia.

6.1 Design výskumu

Pre účely našej práce sme z hľadiska typu výskumu zvolili kvalitatívny prístup. Tento typ výskumu umožňuje skúmať fenomén v jeho prirodzenom prostredí a poskytuje hlbší pohľad na procesy, ktoré v ňom prebiehajú. Aktérmi výskumného procesu sú nielen skúmané osoby, ale aj samotný výskumník, ktorý je hlavným nástrojom výskumu. Charakteristickým znakom tohto prístupu je vysoká miera interakcie medzi výskumníkom a respondentmi (Hendl, 2023; Novotná et al., 2019). Zároveň kladie dôraz na kritickú analýzu, elimináciu skreslení a získavanie spoľahlivých a validných údajov o skúmanom jave (Strauss & Corbin, 1999). Kvalitatívny výskum pracuje v porovnaní s kvantitatívnym prístupom s menšou vzorkou respondentov. Ak chceme zabezpečiť, čo najväčší súlad medzi získanými údajmi a interpretáciou reality, je nevyhnutné čerpať dáta z viacerých zdrojov. Týmto dosiahneme trianguláciu dát, ktorá prispieva k zvýšeniu validity výskumu (Ferjenčík, 2010; Gavora, 2006).

Vzhľadom na výskumný problém a definované výskumné otázky sme považovali kvalitatívny výskum za vhodný prístup, keďže sa zameriava na subjektívnu skúsenosť jednotlivca a vychádza z princípov jedinečnosti, kontextuálnosti, procesuality, reflexivity a dynamiky situácie. Výskum genderovej inkongruencie sa neustále rozširuje a prechádza dynamickým vývojom, čím reflektuje jeho komplexnosť. Vzájomné súvislosti si vyžadujú analýzu z rozsiahleho biopsychosociálneho hľadiska. Kvalitatívny výskum sa sústreďuje na vzťahy medzi rôznymi subjektmi, čo umožňuje dôkladnejšie preskúmanie danej problematiky. Keďže tento prístup umožňuje zachytiť komplexné a detailné aspekty skúmaného fenoménu, prispieva k jeho hlbšiemu porozumeniu (Gavora, 2006).

Kvalitatívny výskumu sme si zvolili aj pre jeho výhodu vo forme flexibility a otvorenosti, čo umožňuje prispôbiť sa skúmanému javu a preskúmať ho do hĺbky. Na druhej strane, jeho nevýhodou je obmedzená možnosť generalizácie výsledkov na širšiu populáciu

(Novotná et al., 2019; Strauss & Corbin, 1999). Hlavným prínosom kvalitatívneho výskumu je formulácia nových teórií a otázok, čo umožňuje objavovať nové perspektívy, na čo sme sa v našej práci snažili zamerať. Z hľadiska výskumného dizajnu sme sa rozhodli pre **viacprípadovú exploračnú štúdiu**. Tento prístup sme zvolili, pretože nám umožňuje skúmať väčší počet prípadov a zároveň sa zamerať na bližšie objasnenie skúmaného konceptu a získanie dostatočných informácií ako podkladu pre ďalší výskum (Hendl, 2023; Chrastina, 2019). Keďže sme sa zamerali na zmapovanie oblasti genderovej inkongruencie, predpokladali sme dynamické a komplexné procesy, pre ktoré bola prípadová štúdia vhodným metodologickým prístupom. Analýzu získaných dát sme realizovali pomocou metódy **tematickej analýzy** na základe štúdie Braun a Clarkovej (2006). Tento spôsob spracovania dát sme zvolili so zámerom čo najlepšie zmapovania daného konceptu a s predpokladom rozmanitých a komplexných dát.

6.2 Metódy výberu a výskumný súbor

Respondenti tohto výskumu boli získaní prostredníctvom metódy zámerného výberu. Táto metóda spočíva v cielenej selekcii účastníkov na základe vopred stanovených kritérií, ako sú špecifické charakteristiky alebo odborná skúsenosť respondentov. Výskumník na základe prítomnosti týchto kritérií oslovuje vybraných jednotlivcov s prosbou o účasť na výskume (Miovský, 2006). Zámerný výber v našom prípade prebiehal identifikáciou a oslovením klinických psychológov, ktorí sa vo svojej praxi venujú práci s osobami s genderovou inkongruencie. Proces explorácie zahŕňal internetové vyhľadávanie odborníkov v danej oblasti a ich následné kontaktovanie prostredníctvom e-mailu alebo telefonicky. Osloveným psychológom boli poskytnuté základné informácie o výskume spolu s prosbou o zapojenie sa.

Ako sme spomínali na začiatku, v rámci metódy zámerného výberu sme sa zameriavali na určité kritéria, ktoré by respondenti v našom výskume mali mať. Respondenti pre tento výskum museli spĺňať nasledujúce kritériá:

- ukončené vysokoškolské vzdelanie a absolvovaná alebo prebiehajúca atestácia v odbore klinická psychológia
- aktuálna odborná starostlivosť o minimálne jedného pacienta nachádzajúceho sa v rôznych fázach genderovo afirmačnej starostlivosti (pred jej začatím, počas nej alebo po jej absolvovaní).

Na základe metódy zámerného výberu sme oslovili osem klinických psychológov, ktorí súhlasili s účasťou na výskume. Vzorku z hľadiska pohlavia tvorilo päť žien a traja muži. Na záver rozhovoru boli všetci klinickí psychológovia požiadaní o vyplnenie sociodemografického dotazníka, ktorý obsahoval otázky týkajúce sa pohlavia, typu zariadenia, štátnej príslušnosti a špecializácie. Následne sa predstavíme najčastejšie zastúpené kategórie a prehľadnú tabuľku pre lepšiu orientáciu v týchto informáciách.

Najväčšie zastúpenie z pomedzia ôsmich klinických psychológov pochádzalo z Českej republiky, pričom v rámci pohlavia prevažovali ženy. Najčastejším typom zariadenia bola klinická psychologická ambulancia. Väčšina klinických psychológov mala výcvik v Gestalt terapii a zameriavali sa na vekovú kategóriu adolescentov a dospelých. Výsledky daného dotazníka sú zobrazené v tabuľke č. 1

Tabuľka 1: Sociodemografické údaje klinických psychológov

Kategoriálne premenné a ich úrovne		Počet
Krajina pôsobenia	Slovenská republika	2
	Česká republika	6
Pohlavie	Muž	3
	Žena	5
Typ zariadenia	Súkromné poradenské zariadenie	1
	Fakultná nemocnica	5
	Klinická psychologická ambulancia	2
Výcvik	Gestalt terapia	1
	Kognitívne - behaviorálna terapia	1
	Integratívna psychoterapia	1
	Výcvik PCA - Prístup zameraný na človeka	3
	Systematická psychoterapia	1
	Psychoanalytická psychoterapia	1
Kraj	Ústecký kraj	1
	Zlínský kraj	1
	Olomoucký kraj	3
	Moravskoslezský kraj	1
	(SR) Bratislavský kraj	2
Špecializácia (z hľadiska veku)	Deti	2
	Adolescenti a dospelý	5
	Všetky vekové kategórie	1

V rámci sociodemografických údajov sme sa zaoberali aj vekovej kategórii klinických psychológov, ako aj dĺžke ich doterajšej praxe. Ich vek sa pohyboval od najnižšej hranice 29 rokov po najvyššiu hranicu 50 rokov. Priemerný vek klinických psychológov bol približne 40 rokov. S daným údajom súvisela aj dĺžka ich praxe, ktorá sa pohybovala od 2 rokov až po 20 rokov obore klinickej psychológie. Priemerná dĺžka praxe bola 12 rokov (viď. tabuľka č. 2)

Tabuľka 2: Sociodemografické údaje veku a dĺžky praxe klinických psychológov

Kvantitatívne Premenné (roky)	Respondenti (n=8)		
	Priemer	Min.	Max.
Vek	40	29	50
Dĺžka praxe	12	2	20

Pozn.: min. = minimálny, max. = maximálny, n = celkový počet

Každý z vybraných klinických psychológov si ľubovoľne zvolil jedného klienta v určitej fáze tranzície, ktorého mal aktuálne v starostlivosti, a poskytol o ňom anamnestické údaje v rámci rozhovoru. Výsledky základných informácií o týchto ôsmich klientoch zhrnieme následne. Priemerný vek klientov bol **23** rokov, zastúpenie typológie F-M a M-F bolo v pomere **5:3** s prevahou typu **F-M**. Štyria klienti boli vo fáze hormonálnej terapie a traja už absolvovali operatívny zákrok vo finálnom procese tranzície. Jeden klient podstúpil operatívny zákrok, pričom bol zároveň vo fáze hormonálnej terapie.

6.3 Etika výskumu a ochrana súkromia

V tejto časti sa venujeme etickým aspektom realizácie výskumu a prezentácie jeho výsledkov. K informáciám o respondentoch, ktorí sa na výskume zúčastnili, ako aj k údajom získaným počas výskumu, bolo pristupované v súlade so zákonom o ochrane osobných údajov č. 110/2019 Sb. platným v Českej republike a zákonom o ochrane osobných údajov č. 18/2018 Z.z. v platnom znení na Slovensku. Výskumná časť tejto práce bola realizovaná v súlade s etickým kódexom Amerického psychologického združenia (2017).

Pred začiatkom výskumu boli všetci respondenti oboznámení s jeho účelom, čo všetko bude zahrnuté v spoločnom stretnutí a jeho približnú dĺžku. Zo všetkých osobných aj online rozhovorov bol vyhotovený audiozáznam, o čom boli respondenti predom informovaní a všetci súhlasili s vyhotovením a využitím nahrávky pre účely práce a po ukončení výskumu a odovzdaní práce budú všetky nahrávky výskumníkom vymazané. Taktiež im boli poskytnuté informácie o spôsobe spracovania údajov a forme anonymizácie pri ich uchovávaní a prezentácii. Pred rozhovorom respondenti podpísali informovaný súhlas so svojou účasťou na výskume a so spracovaním získaných údajov na účely diplomovej práce. Účasť vo výskume bola dobrovoľná a respondenti mali možnosť kedykoľvek odstúpiť alebo poskytnúť iba tie informácie, ktoré boli pre nich komfortné na zdieľanie. Žiadny z respondentov napokon z výskumu nevystúpil.

Klinickí psychológovia tiež zabezpečili prostredníctvom informovaného súhlasu v rámci zariadenia, v ktorom pôsobili, aby bolo umožnené spracovanie anonymných údajov o klientoch na výskumné účely. Anonymita respondentov bola v našom výskume zachovaná prostredníctvom vytvoreného kódu, ktorý pozostával z iniciál slovného spojenia „klinický psychológ“ (KP) a čísla od jedna do osem. Kódy tak mali nasledovnú podobu: KP-1, KP-2 atď. Keďže počet odborníkov pracujúcich v danej oblasti je obmedzený, ochrana ich anonymity bola zabezpečená aj pri vyhodnocovaní výsledkov. V prípadoch, keď sa na respondentov alebo ich tvrdenia odkazujeme, používame označenia „odborník“ alebo „klinický psychológ“, pričom tieto výrazy sú vždy uvedené v mužskom rode.

Rovnakým spôsobom bola zabezpečená anonymita osôb s genderovou inkongruencie, ktorých anamnézy klinickí psychológovia popisovali v rámci rozhovorov. Pri interpretácii výsledkov sme sa vyhli citáciám a konkrétnym informáciám, ktoré by mohli viesť k ich identifikácii.

6.4 Reflexia výskumnej skúsenosti s témou výskumu

S témou gendrovej inkongruencie som sa aj ja, podobne ako ostatní v mojom okolí začala stretávať čoraz častejšie, pričom vnímam viacero polarizovaných pohľadov na túto tému. V mojom okolí sa skôr vníma extrémistická stránka ako problematická, nie samotný koncept. Podľa môjho názoru to môže byť posilnené aj tým, že viacero ľudí, rovnako ako ja, sa stretáva s množstvom nových termínov, ktorým nevedia dostatočne porozumieť a uchopiť ich. S týmto problémom som sa stretla aj v rámci tohto výskumu, kde bolo často náročné aj pre samotných odborníkov uchopiť nejakú tému alebo termín, keďže sú stále prítomné veľké medzery v terminológii a jej definíciách. Z tohto hľadiska musím povedať, že sa mi s daným konceptom pracovalo pomerne náročne, no vďaka absolvovaniu konkrétnych rozhovorov, som mohla hlbšie preniknúť do danej problematiky a stala sa pre mňa oveľa uchopiteľnejšia. Stále však vnímam nedostatočné teoretické a konceptuálne uchopenie tejto témy, a to aj napriek narastajúcemu záujmu výskumníkov a rozvoju viacerých štúdií. Napriek tomu stále vnímam náročnosť uchopenia tak komplexného konceptu prežívania, akým je identita človeka. Preto som sa v tejto práci snažila o čo najhlbšie zmapovanie a uchopenie tohto konceptu.

6.5 Metódy získavania dát

Medzi najčastejšie metódy získavania údajov v kvalitatívnom výskume patria pološtruktúrované a neštruktúrované rozhovory, skupinové diskusie a pozorovanie (Miovský, 2006). Vzhľadom na povahu a dizajn výskumu bol zber dát realizovaný prostredníctvom pološtruktúrovaného interview, ktorý pozostával z vopred pripravených tém a im odpovedajúcim dvadsiatim trom otázkam. Tento typ rozhovoru sme si zvolili zo zámerom podrobnejšieho preskúmania danej problematiky v širšom hľadisku a získať relevantné informácie potrebné na dosiahnutie výskumného cieľa. Rozhovory s respondentmi sa uskutočnili online formou cez platformy Teams alebo Meet a osobným stretnutím. V oboch prípadoch boli dáta z rozhovorov zaznamenávané nahrávaním na mobilný telefón prostredníctvom funkcie diktafónu a uložené ako audiozáznamy. Každý rozhovor trval približne jednu hodinu a bol realizovaný online alebo osobne. Počas rozhovoru sme respondentov dopytovali na informácie v troch hlavných oblastiach. Vopred pripravená skupina otázok sa skladala z troch častí. Prvá časť sa zameriavala na všeobecné pozorovania a skúsenosti klinických psychológov pri práci s osobami s genderovou inkongruenciou. Druhá oblasť sa sústredila na anamnézu konkrétnej osoby, ktorá sa nachádzala v jednej z fáz genderovo afirmačnej starostlivosti – pred jej začatím, počas nej alebo po jej absolvovaní. Okruh anamnézy bol ďalej rozdelený na dve časti. V prvej časti sme sa zamerali na všeobecné informácie a otázky z praxe odborníkov týkajúce sa genderovej inkongruencie, zatiaľ čo v druhej časti sme podrobnejšie skúmali anamnézu ranného vývoja (do troch rokov), so zameraním na vzťahovú väzbu. Po ukončení rozhovoru sme spolu s respondentom doplnili údaje do sociodemografického dotazníka, prípadne sme sa dohodli na jeho neskoršom vyplnení a zaslaní prostredníctvom e-mailu.

6.6 Metódy analýzy a spracovania dát

Dáta z rozhovorov boli zaznamenávané nahrávaním na mobilný telefón prostredníctvom funkcie diktafónu a uložené ako audiozáznamy. Následne bola z týchto audiozáznamov prevedená transkripcia do písomnej podoby v programe Microsoft Word. Transkripcia dát je dôležitá pre opakované prečítanie a priradovanie kódov ku konkrétnym výrokom, čo predstavuje kľúčovú časť analýzy dát (Hendl, 2023; Braun & Clarke, 2006).

Prepísané dáta boli následne opakovane prečítané a významné body zaznamenané do prehľadnej tabuľky v programe Microsoft Excel. Na účely kódovania boli transkripty dát presunuté do programu Atlas.ti, kde sa postupne vytvárali jednotlivé kódy a ich skupiny.

Celý postup analýzy bol realizovaný metódou **tematickej analýzy**, ktorej presné kroky zadefinovali vo svojej štúdií autorky Braun a Clarke (2006). Tento spôsob spracovania dát sme zvolili so zámerom čo najlepšie zmapovať daný koncept, pričom sme predpokladali rozmanité a komplexné dáta. Autorky štúdie považujú za jednu z hlavných výhod tematickej analýzy jej flexibilitu, ktorá je zachovaná, ak sa výskumník drží standardizovaných krokov. Výhodou je tiež teoretická voľnosť, pričom si analýza stále zachováva možnosť dosiahnuť detailné a komplexné spracovanie dát. Hlavnou úlohou tematickej analýzy je identifikácia, analýza a interpretácia vzorcov (tém) v dátach. Pre čo najefektívnejšie spracovanie tematickou analýzou boli dáta opakovane prečítané a výskumník sa opakovane vracal k jednotlivým krokom analýzy.

Hlavným bodom tejto analýzy je vytvoriť témy, ktoré budú úzko súvisieť s výskumnou otázkou. Téma sa odvíja od frekvencie výskytu jednotlivých odpovedí, avšak nie vždy musí vysoká frekvencia naznačovať ich dôležitosť. Keďže proces analýzy sa postupne spresňuje, v rámci niektorých tém môžu vznikať menšie podkategórie. Keďže koncept genderovej inkongruencie je stále predmetom skúmania a jeho teoretické uchopenie sa neustále rozvíja, pološtruktúrované interview nám poskytlo širokú škálu dát. Preto sme sa rozhodli pre indukčnú formu identifikácie tém v rámci tematickej analýzy. Tento prístup nie je striktné riadený existujúcimi teóriami a nesnaží sa vtesnať zistenia do vopred stanovených kategórií, ale umožňuje identifikovať témy, ktoré nemusia priamo nadväzovať na jednotlivé otázky kladené respondentom (Braun & Clarke, 2006; Hendl, 2023).

6.6.1 Konkrétne kroky vykonania analýzy a ukážka postupu

Vo svojej štúdií Braunová a Clarková (2006) popísali presne definované fázy, ktoré sme v našom výskume nasledovali:

V prvej fáze sme sa **oboznámili s dátami**, najmä prostredníctvom prepisu našich rozhovorov, ich opakovaného prečítania a aktívneho skúmania. Zamerali sme sa predovšetkým na hľadanie významných bodov v dátach, ktoré sme na, v súlade s odporúčaniami autoriek, už počas čítania zaznamenávali a formovali predbežné kódy.

Keďže zber dát bol vykonávaný pološtruktúrovaným interview, v ktorom nebolo vždy dodržané rovnaké poradie otázok, vytvorili sme si tabuľku v Exceli, ktorá nám pomohla informácie dať do jednotného formátu a tak umožniť ľahšiu prácu s dátami. Tento formát obsahoval cieľ otázky, konkrétny výrok a kód klinického psychológa, ktorý tento výrok uviedol. Príklad tohto spracovania uvádzame v tabuľke č. 3.

Tabuľka č 3: Ukážka systematického zaradenia informácií do rovnakého poradia

Oblasť zamerania otázky	Výrok	Kód klinického psychológa
Počet klientov	„Tady v ambulanci já dělám teď kom rok a řekl bych, že za ten rok 20–30. Já bych řekl, že poslední dobou dělám asi 2-3 vyšetření měsíčně, asi tak. A tu posedné dobu ja bych řekl, že je to tak od léta 2024, 2-3 vyšetření transgednru alebo gendrovej dysforie za měsíc. V terapii mám teď kom aktuálně 2 pacienti.“	KP-7
Obdobie COVID-19	„Jo lidi obecně mají často tendenci jako rozlišovat období před covidem, po covidu. Jo, ale tady u těch lidí u těch vlastně co mám v péči, si nemyslím, že tam, že to tam nějak jako hraje roli. Aspoň si nevybavuji, že by to někdo říkal.“	KP-4
Individuálny/uniformný prístup	„(...) je to fakt jako individuální záležitost posuzovaná, která si myslím, že by měla být fakt jako vlastně individuálně posuzovaná. Jinak je riziko těch chyb prostě veliký.“	KP-8

Po usporiadaní dát, ich opätovnom dôkladnom prečítaní a tvorbe prvotných nápadov nasledoval krok **generovanie počiatkových kódov**. V tejto fáze sme sa sústredili na systematické označovanie prvkov, ktoré sme vnímali ako významné, a postupne sme vytvárali vhodné kódy v celom dátovom súbore. Následne sme priradili významné údaje a výroky ku konkrétnym kódom.

Keďže sme rozhovorili kódovali v programe Atlas.ti., bolo možné ich rozdeliť do samotných sekcií. V rámci týchto sekcií sme k výrokov prirad'ovali príslušné kódy a na **základe ich vzájomného vzťahu ich triedili do skupiny kódov**. Tieto skupiny kódov nám pomohla identifikovať hlavné témy, pričom opakujúce kóde predstavovali subtémy. Ukážku tohto procesu uvádzame v tabuľke č. 4. Jednotlivé **pomenovanie** sme sa snažili čo najvýstižnejšie zachytiť tak, aby jasne odrážali obsah tém a subtém a zároveň zapadali do celkového obrazu. Tento proces nám pomohol lepšie uchopiť štruktúru získaných dát a identifikovať kľúčové vzorce, ktoré nám umožnili získať hlbšie a bohatšie výsledky.

Tabuľka č. 4: Ukážka tvorby kódov a skupiny kódov, opierajúca sa o významné výroky klinických psychológov

Výrok	Kód	Skupina kódov
<i>„(...) takže tam len fungovanie v škole je celkom veľká výzva a tým, že asi päť sú, že idú zrovna maturovať tak tam sa rieši hlavne to, že ako to vôbec zvládnu čo bude po tom, aká bude budúcnosť, čiže tam je asi najväčšia otázka budúcnosti, dysfória a depresie.</i>	Sociálna oblasť	Zátťažové oblasti
<i>„Rodina se v desať letech snaží narvat do šatů a oni prostě nechtějí. Šaty nechtějí volány, chtějí triko a mikinu a hrají si na tatínka. A to mi potom říkají zpětně. Dost často to bývá i v dětských hrách prostě nechce, nechce přibírat roly toho pohlaví, ale v té době vůbec neřeší nějakou transproblematiku.“</i>	Okolo desiatich rokov	Prvotné pocity
<i>„Já bych řekl, že že to jsou ti, kteří zaštiťují vlastně celý ten tým těch specializací, ať už je to teda klinická psychologie, psychiatrie, endokrinologie, eventuálně neurologie a samozřejmě pak v součinnosti s pediatrem nebo s praktickým lékařem pro dospělé. A já vnímám, já bych řekl, že prostě do toho sexuologa to jde tak prostě do těch stran a k němu se vlastně všechny ty zprávy a všechny ty informace,“</i>	Sexuológ	Diagnostický proces

7 VÝSLEDKY ANALÝZY DÁT

V nasledujúcich častiach predstavíme hlavné tematické okruhy, ktoré sme získali prostredníctvom analýzy ôsmich rozhovorov s klinickými psychológmi z Českej a Slovenskej republiky. Táto časť je štruktúrovaná do štyroch tematických okruhov, ktoré vychádzajú z výskumných otázok. Pod jednotlivé okruhy sme zoskupili jednotlivé témy, ktoré sme identifikovali v rozhovoroch. V rámci niektorých tematických okruhov sme pre lepšiu prehľadnosť vytvorili tabuľku so zhrnutím informácií k téme alebo tematickému okruhu.

Pri každej téme sme sa snažili o čo najväčšiu štruktúrovanosť a prehľadnosť dát, aby sme mohli jasne zvýrazniť významné zistenia. V prezentácii výsledkov sme sa z dôvodu jednotného označovania rozhodli používať termín „klient“ ako jednotné označenie v celej výskumnej časti.

7.1 Tematické okruhy

V tejto podkapitole sa budeme zaoberať štyrmi hlavnými tematickými okruhmi, ktoré boli definované na základe výskumných cieľov:

1. Významné udalosti v obecnej anamnéze
2. Identifikované rané ťažkosti
3. Komorbidita/ významné pridružené symptómy
4. Špecifiká klientov s genderovou inkongruenciou

Do týchto okruhov sme zaradili aj jednotlivé témy. Prepojeniu jednotlivých tém sa budeme venovať v odpovediach na výskumné otázky. Pre lepšiu prehľadnosť bude každý tematický okruh v analýze označený veľkým písmom vždy na začiatku príslušnej časti. Konkrétne témy, pod ktoré patria ďalšie informácie budú uvedené s označením „Téma č.“. Ak sú prítomné **subtémy**, v texte budú označené podčiarknutím a tučným písmom. Dôležité informácie v témach a subtémach sú zvýraznené pre väčšiu prehľadnosť len tučným písmom. Pre väčšiu prehľadnosť na začiatku tematického okruhu predstavíme jednotlivé témy a ich subtémy vo forme tabuľky.

Prostredníctvom analýzy ôsmich rozhovorov sme identifikovali celkovo **deväť hlavných tém** s jednotlivými subtémami.

7.1.1 Významné udalosti v obecnej anamnéze

V tomto tematickom okruhu sme zoskupili aspekty od troch rokov klientov, ktoré klinickí psychológovia naprieč rozhovormi vnímali ako významné v anamnézach. Identifikované témy a subtémy reflektujú najčastejšie pozorované charakteristiky a pohľady a postoje odborníkov voči nim.

TÉMA č. 1 Významné životné udalosti od troch rokov po súčasnosť

Odborníci v anamnézach klientov s genderovou inkongruenciou vnímali viacero významných životných udalostí v období **od troch rokov života až po súčasnosť**. Jednotlivé oblasti spolu s počtom odborníkov, ktorí ich pozorovali je zaznamenaný v tabuľke č. 4.

Tabuľka 4: Významné životné udalosti od troch rokov a počet odborníkov, ktorí ich uviedli v rozhovoroch

Významné životné udalosti	Počet
Sociálne traumy	5
Separácia rodičov	4
Špecifická rodinná a výchovná dynamika	3
Somatické ťažkosti	3
Sexuálne zneužívanie	2
Hospitalizácia	2

Sociálne traumy:

Najčastejšie (n=5) odborníci identifikovali prítomnosť sociálnych tráum u vybraných klientov, pričom najčastejšie išlo o **šikanu a ostrakizáciu**. Viacerí z nich popisovali výskyt šikany, pričom dvaja odborníci uviedli, že k nej dochádzalo na úrovni základnej školy, u

jedného ako v škole, tak aj neskôr v pracovnom prostredí. U zvyšného jedinca nebola bližšie špecifikovaná časová ani situačná charakteristika. V súčasnosti žiadny z klientov v anamnéze neuvádza, že by bol vystavený šikane. U jedného z piatich spomenutých sa však vyskytla v anamnéze ostrakizácia, ktorá aj naďalej pretrváva a odborník ju popisuje nasledujúcimi slovami:

“Ve škole je zahrán do kouta nebo tam nechodí a nebo je nespokojený.” “Ale podle mě to není jako vztah jako kamarádský, oni ho trpí.” (KP-2)

Traja odborníci vo svojich anamnestických údajoch nepotvrdili prítomnosť sociálnych tráum u nimi vybraných klientov.

Separácia rodičov:

Rozvod alebo **rozchod** rodičov bol zaznamenaný u týchto osôb štyrmi odborníkmi, pričom ku rozpadu partnerského vzťahu došlo približne v období ich piateho roku života. Vo všetkých prípadoch zostali klienti v starostlivosti matky, tá si následne našla nového partnera, mala viacero partnerských vzťahov alebo je bez partnera až do súčasnosti.

Špecifiká aktuálneho rodinného systému:

Táto tematická oblasť zahŕňa špecifické rodinné fungovanie, v ktorých sa aktuálne nachádzajú klienti, pričom niektoré z nich vykazujú súvislosť aj s patologickými vzorcami. Odborník, ktorý zaznamenal patologické vzorce popisuje **narušenú rodinnú dynamiku** vo vzťahu k rodičom aj súrodencom, pričom dotknutá osoba sa ako jediná aktívne snaží o jej nápravu. Nepatologický vzorec narušenej rodinnej dynamiky sa podľa odborníka, vyznačuje v konkrétnom prípade **liberálnym prístupom a zanedbávaním pozornosti a angažovanosti vo výchove**. V jeho detstve sa podľa odborníka vyskytovalo až odmietanie, keďže pozornosť musel dostať starší súrodenec s ťažkou diagnózou. Prítomnosť viacerých diagnóz v rodinnom systéme zapríčiňuje existenciu špecifických rituálov v rodine a vedie k sústredeniu sa prevažne na individuálne potreby jej členov.

“Jasne, tam to majú veľmi, veľmi náročné, to sa ani nedá podľa mňa častokrát povedať, že oni nie sú tradičná rodina.” ; “Každý vlastne to svoje a snaží aby každý mal ten svoj nejaký koncept, ale je to náročné.” (KP-1)

Zaujímavosťou je, že v jednom prípade klient pochádza z **jednovaječných dvojčiek**, kde u oboch je prítomná genderová inkongruencia. Aktuálne sa obidve osoby nachádzajú vo finálnej fáze tranzície smerom k rovnakému požadovanému genderu. Súrodenci majú

aktuálne narušený vzťah a sú v prerušovanom kontakte. Posledný odborník ktorý vníma narušenú rodinnú dynamiku popisuje výchovný štýl matky ako **reštriktívny, kritický, vyžadujúci a autoritatívny**. Tento výchovný prístup významne ovplyvňuje vzťah medzi matkou a dieťaťom, ktorý odborník charakterizuje ako náročný, s obmedzenou schopnosťou vzájomného porozumenia. Ich vzťah popisuje odborník nasledovne:

“Baví se. Žijí spolu, ona díky té terapii s ním mluví, snažím je nějak korigovat, musím hodně pracovat s ní. Tak trošičku víc začíná chápat, že si nerozumí, že jsou jak voda a oheň. Tam se nepodařilo mu to navázání, ale podařilo se aspoň jako uvědomit si, že jsou takhle rozdílní, že vlastně to nefunguje mezi nimi.” (KP-2)

Sexuálna patológia v rodine:

Prítomnosť **sexuálneho zneužívania** bola zaznamenaná u dvoch klientov. Z dôvodu zachovania anonymity nebudú uvedené bližšie podrobnosti o charaktere týchto skúseností. Odborník popisuje, že v prvom prípade išlo o situáciu, v ktorej sa objavil sexuálny nátlak a aktivita zo strany pečujúcej osoby, pričom súčasťou boli aj medicínske zákroky na pohlavných orgánoch klienta, ktoré mu spôsobovali fyzickú bolesť.

V druhom prípade bolo rodinné prostredie charakterizované ako patologické. Vyskytovali sa v ňom **hádky, domáce násilie, a taktiež sexuálna odbrzdenosť**, ktorá pochádzala od pečujúcej osoby a jej partnerov. Zo strany partnerov malo tiež dôjsť k sexuálnym dotykom vo veku približne piatich rokov u oboch súrodencov. Následne sa u daného klienta mali objaviť aj formy sexuálneho nátlaku zo strany druhej pečujúcej osoby.

Somatické ťažkosti:

Nejakú z foriem ťažkostí týkajúceho sa fyzického zdravia zaznamenali traja odborníci z výskumného súboru. Jeden z odborníkov popisuje diagnostikované chronické ochorenie **astma bronchiale**, zatiaľ čo druhý zaznamenal výskyt opakujúceho sa **kožného ekzému**, ktorý sa podľa neho zhoršoval v stresových situáciách, ako popisuje nasledovne.

“Kožený problémy, čo už môže byť ako psychosomatický problém a on aj udáva, že je, pretože po konfliktoch v tých príbuzenských vzťahoch je to vždycky výrazí, hrozným spôsobom.” (KP-6)

Jeden odborník popisuje podľa informácií z anamnézy klienta osôb sledovanie pre **enurézu do 12 rokov**.

Hospitalizácia:

V anamnéze dvoch jedincov sa vyskytla hospitalizácia, pričom dôvody boli buď somatické, alebo psychiatrické. Jeden z odborníkov popisuje hospitalizáciu v mladšom školskom veku z dôvodu somatických ťažkostí. Konkrétne išlo o **úraz hlavy s podozrením na otras mozgu a neskôr o akútnu bolesť brucha**, pri ktorej bolo podozrenie na **zápal slepého čreva**. V oboch prípadoch sa diagnóza nepotvrdila. Druhý z odborníkov popísal hospitalizáciu pre psychiatrické ťažkosti.

7.1.2 Identifikácia ranných ťažkostí

V danom tematickom okruhu si bližšie predstavíme aspekty, ktoré klinickí psychológia vnímali ako významné do obdobia tehotenstva do troch rokov v anamnéze klientov. Taktiež sa budeme venovať špecifikám vzťahov s rodičmi, ktoré odborníci popisovali u klientov. V poslednej téme tejto časti sme sa venovali zoskupeniu dát k podotázke týkajúcej sa vzťahovej väzby a názoru odborníkov na jeho súvis s konceptom genderovej inkongruencie.

TÉMA č. 2 Významné životné udalosti do troch rokov

V rámci vývoja danej časti sa budeme zaoberať aspektami v období **od prenatálneho obdobia až do troch rokov**, ktoré odborníci v anamnéze klientov s genderovou inkongruenciou zaznamenali ako významné. Jednotlivé oblasti s spolu počtom klinických psychológov, ktorí ich pozorovali je zaznamenaný v tabuľke č. 5.

Tabuľka 5: Významné životné udalosti do troch rokov spolu s počtom odborníkov, ktorí ich uviedli

Významné životné udalosti	Počet
Prenatálne obdobie	3
Pôrod	3
Materská dovolenka	1
Narušený vývoj	1

Klinickí psychológovia zaznamenali najčastejšie sa opakujúce udalosti v dvoch oblastiach, a to počas tehotenstva a pôrodu.

Prenatálne obdobie:

Viacerí odborníci (n=3) popísali významnú udalosť v oblasti tehotenstva. U jednej klientki bolo tehotenstvo evidované ako **rizikové**, a preto musela **šesť týždňov užívať špeciálne hormóny**. Klient sa **narodil o mesiac skôr**, než bol plánovaný termín. V ďalšom prípade išlo pôvodne o dvojvaječné dvojčatá, avšak počas tehotenstva druhý plod odumrel v prvom trimestri.

Jeden z odborníkov tiež uvádza, že matka sa počas tehotenstva musela starať o klientovho staršieho súrodenca, ktorý mal závažnú diagnózu. Odborník teda popisuje, že matka počas **tehotenstva zažívala výrazný stres**, čo mohlo byť u nej spojené aj a prítomnosť **úzkostnej symptomatiky**.

Pôrod:

Počas pôrodu popisujú komplikácie traja odborníci. Dvaja z nich popisujú nevyhnutnosť vykonať **cisársky rez**, pričom u jedného sa v anamnéze podľa slov otca vyskytlo **pridusenie pri pôrode**.

Rodičovská dovolenka:

Medzi ďalšiu oblasť, ktorú odborníci vnímali ako významnú, ktorá sa vyskytla u jedného z klientov, patrí oblasť materskej dovolenky. Odborníci uvádzajú, že v tomto prípade bola **matka s dieťaťom doma iba približne pol roka** a potom sa o neho starali starí rodičia.

Narušený vývoj:

Podľa analýzy rozhovoru odborníka sa u jedného klienta vyskytol **oneskorený vývoj reči**. Začal rozprávať až **okolo piateho roku, a to hneď vo vetách**. Vzhľadom na diagnózu staršieho súrodenca mu nebola venovaná dostatočná pozornosť ako „*zdravému súrodencovi*“ (*KP-1*), a preto v rannom veku do veľkej miery fungoval samostatne. **Nočné desy** sa vyskytli u jedného z odborníkom vybraných jedincov, pričom sa objavili vo veku jedného až dvoch rokov a pretrvávali až do päť a pól roka. Odborník popisuje možný súvis s odchodom otca, ku ktorému došlo v období, keď mal jedinec päť rokov.

TÉMA č. 3: Vzťah s rodičmi

Väčšina (n=6) odborníkov v anamnéze klienta popisovala narušený vzťah s jedným alebo oboma rodičmi. Vo väčšine rozhovorov sa vyskytovala určitá forma narušenia vzťahu s **otcom**.

Štyria odborníci uvádzajú dlhodobú **neprítomnosť otca v dôsledku separácie rodičov** a následné prevzatie plnej starostlivosti matkou. Viacerí tiež konštatujú, že vzťah s otcom už predtým vykazoval známky narušenia, ktoré sa separáciou ešte prehĺbili, až napokon došlo k úplnej strate bližšieho kontaktu. U jedného klienta odborník popisuje otca ako „**simplexnejší typ**“, ktorého správanie často obsahovalo sexuálne narážky voči klientovi. V súčasnosti sa podľa odborníka klient snaží o opätovné nadviazanie kontaktu. V ďalšom prípade je **kontakt s otcom minimálny** a hoci proklamoval súhlas s procesom tranzície, vnútorne s tým nie je uzročený. Psychológ poukazuje na to, že komplikované vzťahy boli prítomné už pred začiatkom tranzície.

Dvaja odborníci popisujú aktuálne **prerušený vzťah s otcom a nezáujem o jeho obnovenie**. V jednom prípade zahŕňa došlo k prijatiu zo strany náhradného otca, zatiaľ čo u ďalšieho je vzťah s otcom úplne **absentujúci**. **Narušený vzťah bez separácie** sa podľa odborníkov vyskytol v dvoch prípadoch. V jednom z nich klient s otcom nemá blízky vzťah, zatiaľ čo v druhom úplne chýba akákoľvek vzájomná interakcia, napriek spoločnému bývaniu. Tú odborník popisuje nasledovne:

“On to všetko tak vníma, že všetko rieši mamina, čiže ten otec tam skoro vôbec nefiguruje. Alebo že no, otec je tam tak málo, ale to je maminina práca, musela ma odniesť otec, tak som sa nerozprával s ním celou cestou, lebo on tam nemá sedieť s nami vtedy v aute. Alebo narušilo sa to, tak som išiel s otcom, ale to som nevedel čo mu mám povedať.”; “On otca vníma, že je taký ako keby pomocník (..)” (KP-1)

Dvaja odborníci nepopisujú narušené vzťahy s otcom. V jednom prípade **otec pracuje v zahraničí a často nebýva doma**, no v anamnéze odborník popisuje **viacero spoločných aktivít**, pričom nenaznačuje problémový vzťah. Jeden z odborníkov popisuje lepší vzťah s otcom ako s matkou.

Narušený vzťah s **matkou** popisuje polovica (n=4) odborníkov. Traja z nich vnímajú patologický základ vzťahu.

V prvom prípade bola matka odborníkom popisovaná ako **emočne chladná, neprijímajúca a rigidná, s dôrazom na perfekcionizmus** v oblastiach ako vzťah

a pracovný výkon. Tento postoj súvisel aj s jej povoláním, ktoré si vyžadovalo vysoké pracovné nasadenie, pričom sa domov vracala až vo večerných hodinách. S jedincom bola na materskej dovolenke len pol roka, pričom **hlavnú starostlivosť zabezpečovali starí rodičia**. Aktuálne majú podľa psychológa veľmi minimálny kontakt, aby sa predišlo konfliktom. Ani v súčasnosti odborník nevníma zo strany matky skutočné prijatie a opisuje situáciu nasledovne. V druhom prípade bolo **rodinné prostredie jedinca dysfunkčné** – vyskytovali sa hádky, konflikty, domáce násilie a sexuálne obťažovanie. Odborník zároveň popisuje aj istú formu **manipulácie zo strany matky** v súvislosti s pohlavím jedinca, čo popisuje nasledovne.

“Maminka měla prostě určité úkony provádět pro toho pacienta, to bylo velmi bolestivé a vlastně stále na to vzpomíná jako na něco nepředstavitelného, že z pečující ruky vyjde taková bolest na takových místech.” (KP-3)

Táto dynamika súvisela s **neštandardnými výchovnými prostriedkami matky**. Psychológ opisuje ambivalentnosť vzťahu klienta k matke hoci zabezpečovala jeho biologické potreby, po emočnej stránke bolo jej správanie nepredvídateľné. **V súčasnosti sa však ich vzťah transformoval**, matka jedinca prijíma a podporuje ho. V treťom prípade je matka odborníkom popisovaná ako hystericky štruktúrovaná osobnosť s tendenciou k atakujúcemu správaniu a nedostatkom empatie. V tomto prípade bola prítomná aj patológia v podobe **sexuálneho zneužívania**. Matka vykazovala **sexuálne odbrzdené správanie** vo vzťahu k svojim partnerom a zľahčovanie sexuálneho zneužívania, ktorému boli klient a jeho súrodenec vystavení. Aktuálne je klient v kontakte s matkou a snaží sa o reparáciu ich vzťahu. Matka podľa odborníka stále nemá náhľad na situáciu, no má ku klientovi akceptujúci postoj.

V jednom z prípadov odborník nepopisoval **patológiu vo vzťahu s matkou**, ale často sa objavujúce drobné konflikty, pričom klient vychádza lepšie s otcom. Zvyšní štyria klienti majú podľa odborníkov **dobrý vzťah s matkou**. Matky sú prijímajúce a klienti sa na ne môžu obrátiť, keď potrebujú podporu.

TÉMA č 4: Pohľad odborníkov na význam konceptu vzťahovej väzby v procese diagnostiky gendrovej inkongruencie

V danej téme sme zoskupili tvrdenia, ktoré odborníci uviedli či sa zaoberajú v procese diagnostiky vzťahovou väzbou a ak áno, na koľko majú o nej informácie u konkrétneho

klienta. Následne uvádzame odpovede na otázku o tejto skutočnosti, od jednotlivých odborníkov.

"Lebo väčšina týchto prípadov akože stále tam vznikne, niečo tam vznikne také, že či už otec vôbec nefiguroval, to je väčšina ako keby prípadov, že úplne ako keby tá rola otca neexistuje alebo sa stalo niečo kde jeden z rodičov tam či už došlo k nejakej traumatickej udalosti, takže tým je to narušené." (KP-1)

"Ano. Myslím si, že určite. Vlastne tam strašne narušený vzťahy, s rodičmi vlastne, ja som už o tom hovorila a to je niečo čo je pravda, sa ako opakuje. Nie je tam dobrá vzťahová väzba. " (KP-2)

"Takže ja se ranému období moc teda jako až zas tak nevěnuju. Já se snažím s těmi pacienty zvládat aktuální fungování. Velmi řekněme, byť i pečlivá analýza je vždycky ovlivněna konkrétním prožíváním, konkrétní situací toho člověka a já z praxe v tom nevidím nějakou intenzivní souvislost." (KP-3)

„To je opravdu komplikovaná otázka, jo, pokud jsem, pokud jsem třeba řekl, že tady u těch jako dětí, kde ty poruchy pohlavní identity sou nebo transgender problematiky se vyskytnou jako vo 15.,16. letech a řekl jsem, že pravděpodobně to nasedá na nějaký jako poruchy osobnosti, jo, respektive disharmonický vývoj, tak tím pádem vlastně svým způsobem i říkám, že v tom ranném dětství nějaký jako nápadnosti ve vztahu jako k těm po primárním objektům museli být. Jo, pokud pokud budeme brát v úvahu různý hlubinný nebo dynamický teorie jako vývoje osobnosti“ (KP-4)

"Nemyslím si že je priamy súvis s nejakou neistou vzťahovou väzbou a transgender. To čo môže zohrávať prosím nie nejakú úlohu, sú nejaký traumatizácie, ktoré sa vlastne dejú počas detstva. Nejaké znásilnenie, zneužívanie v detstve môže podľa mňa môže mať dopad. Ale to nie transrodovosť potom v pravom slova zmysle. Vnímanie je, že človek môže napríklad odmietnuť rolu toho agresora dajme tomu, že keď bol zneužívaný nejakým mužom, tak potom môže odmietnuť tú mužskú rolu a môže sa potom snažiť alebo myslieť, si že je trans. No takže skôr takto, ale priamo vo vzťahovej väzbe, nemyslím si, že to má priamy dopad. I keď je pravda že veľa klientov čo prichádza má ťažkosti aj vo vzťahovej väzbe alebo to nepochopenie tam niekde, ale tým, že prevláda vždy bezpečná vzťahová väzba, je celkovo v populácii podstatne menej. Tak nemyslím si, že myslím si že je tomu ťažké sa vyhnúť aby mi prichádzali do ambulancie ktorí majú bezpečnú vzťahovú väzbu." (KP-5)

„Ja to mám vo svojej hlave stále ako hypotézu, ktorá môže byť veľmi pravdepodobná a keď sa to nakombinuje s faktormi doby, s užívaním tých hormonálnych liekov. Tak si myslím, že to svoju ako súvislosť nejakú to môže mať. Stále ešte teda ja som sa k tomu nedostal, že mám, nemám tie, alebo nie sú ešte vyskúšané tie zdroje toho prečo to tak je.“ (KP-6)

"Já vlastně nevím, nemám to uchopený, že by to nějak konkrétně, jako přímo s tím gendrem nebo přímo s identitou. Prostě nemám to nějak vypořádané." (KP-7)

"Jo já vám nevím. Já jsem snad schopný říct to, že prostě každá doba má svoje. (...) Přiznám se, že zas až tak hluboko do toho ranýho vývoje nejde jo, jak jsem vám říkal většinou oni, oni mi ho stejně nejsou schopní říct, protože řeknou, že si to nepamatuju. Jo a ať ti praktici ti pediatři mi tam to stejně nenapišou. Častokrát tam spíš chybí, prostě, u toho to ne, ale u těch jiných ten třeba chybí, nebo i tam, nebo se pro změnu tam ty chlapy střídají." (KP-8)

Z daných tvrdení možno usudzovať, že dvaja odborníci sú presvedčení alebo predpokladajú súvislosť vzťahovej väzby a genderovej inkongruencie. Obaja odborníci sú klinickí psychológovia so zameraním na psychoterapiu a majú podrobnejšie informácie o medziľudských vzťahoch klientov. Viacerí odborníci sú naklonení názoru, že vzťahová väzba môže zohrávať určitú úlohu, ale sama o sebe nemá priamy súvis. Môže mať vplyv, ak ju vnímame ako formu traumatizácie, ktorá podľa nich do istej miery ovplyvňuje genderovú inkongruenciu. Zvyšní odborníci súvislosť nevyklúčujú, ale nedokážu sa jednoznačne vyjadriť pre nedostatok informácií z praxe. Jeden z odborníkov vo výskumnom súbore uviedol, že sa raným vývojom nezaobrá v takej miere vo svojej praxi.

Žiadny z výskumníkov nemal diagnosticky podloženú znalosť o úrovni vzťahovej väzby u vybraných klientov. Zaoberajú sa raným vývojom, ale častokrát samotní klienti o tomto období nemajú dostatok presných informácií a do obdobia troch rokov skoro žiadne. Viacerí odborníci tiež popisujú, že je náročné sa dostať k týmto informáciám do väčšej hĺbky. V rámci testových a projektívnych metód sa viac zameriavajú na aktuálny stav, s cieľom vylúčiť stavy nezlučiteľné z možnosťou započatia hormonálnej terapie.

7.1.3 Komorbidity/ významné pridružené symptómy

V nasledujúcej časti predstavíme komorbidity a pridruženú symptomatiku súvisiacu s genderovou inkongruenciou, ktoré odborníci zaznamenali u vybraných klientov. Analýza

rozhovorov zároveň odhalila informácie o prvotných pocitoch odlišnosti až po uvedenie klientov, že ide o genderovú inkongruenciu.

TÉMA č 5: Prežívanie genderovej identity

V rozhovoroch klinickí psychológovia popisovali momenty, keď sa u konkrétnych klientov začali prejavovať pocity inakosti. Klienti si začali všímať, že preferujú oblečenie, hry a sociálne prostredie, ktoré neboli v súlade s ich biologickým pohlavím. **Rozvoj vnímania nesúladu** nemusel byť bezprostredne spojený s transproblematikou, avšak už v tomto období pociťovali odlišnosť. Viacero (n=4) klinických psychológov uviedlo, že tento jav nastal u klientov vo veku medzi **10 a 11 rokmi**, zatiaľ čo ďalší štyria odborníci spomínali rozmedzie **12 až 13 rokov**. Celkovo sa teda všetci klinickí psychológovia z výskumného súboru zhodli na tom, že jedinci začali vnímať svoju odlišnosť v rozhraní veku **10 až 13 rokov**. Oblasti, v ktorých sa tieto pocity inakosti prejavovali, **zahŕňali vonkajší vzhľad (oblečenie, účes), hry a sociálny okruh**. Vo všetkých týchto aspektoch uprednostňovali vzorce správania typické pre žiadaného genderu, a nie pre svoje biologické pohlavie.

Viacerí (n=4) odborníci na základe anamnézy odpozorovali, že približne **od 14. roku začali klienti svoje pocity presnejšie identifikovať** ako súčasť problematiky genderovej inkongruencie, po čom nasledovali kroky k jej riešeniu. Väčšina odborníkov popísala, že klienti sa o tejto problematike dozvedeli prostredníctvom internetu alebo sociálneho kruhu v ich okolí. V jednom prípade si jednotlivec dlhý čas nechcel pripustiť, že by mohlo ísť o túto problematiku, „*nechcel byť taký*” (KP-1), a v druhom prípade zohrávala významnú úlohu aj **viera**, ktorá oddialila počiatočné konkrétne kroky k tranzícii.

Sociálna otvorenosť/uzavretosť:

Najčastejšie (n=5) odborníci popisovali **sociálna uzavretosť**. V anamnézach osôb týchto odborníkov sa objavoval veľmi úzky okruh rovesníckych vzťahov (maximálne dvaja kamaráti). U troch týchto jedincov sa v súčasnosti nevyskytujú žiadne sociálne väzby medzi rovesníkmi a dvaja uprednostňujú **virtuálne vzťahy pred osobnými**. Niekoľkí jedinci aktuálne nejavia záujem ani o romantické alebo intímne vzťahy. Všetci piati klienti aktuálne dochádzajú na pravidelnú psychoterapiu.

Zvyšný traja odborníci u osôb s gendrovou inkongruenciou v anamnéze nezaznamenali v súčasnosti problémy v sociálnom fungovaní. Po začatí tranzície sa u dvoch z nich **zlepšila**

sociálna otvorenosť a komunikácia, pričom u jedného sa už v období pred tranzíciou nevyskytovali narušené sociálne vzťahy

TÉMA č. 6: Pridružené psychické ťažkosti

Na základe analýzy sme identifikovali opakujúce sa pridružené psychické ťažkosti, ktoré klinickí psychológovia uviedli v anamnézach konkrétnych klientov s genderovou inkongruenciou. Pre lepšiu prehľadnosť uvádzam tabuľku č 6, v ktorej je uvedený zoznam typov psychických ťažkostí spolu s počtom klientov, u ktorých boli diagnostikované na základe rozhovorov s odborníkmi. Pod tabuľkou sú tieto typy podrobnejšie rozpracované.

Tabuľka č. 6: Komorbidity a pridružená symptomatika u vybraných klientov spolu s počtom odborníkov, ktorí ich uviedli v rozhovoroch.

Psychické ťažkosti	Počet
Automutilácia	5
Úzkostne depresívna porucha	4
Porucha autistického spektra (PAS)	2
Porucha osobnosti	2
Poruchy pozornosti s hyperaktivitou (ADHD)	1
Suicidálny pokus	1
Obsedantno kompulzívna porucha (OCD)	1
Depresia	1

Automutilácia:

Sebapoškodzovanie bolo najčastejšou identifikovanou symptomatikou pridruženou k genderovej inkongruencie u odborníkmi popisovaných klientov. U jedného z vybraných štyroch klientov sa vyskytovalo **škriabanie do krvi**, avšak odborník uvádza, že toto správanie patrí skôr medzi obsesívne činnosti, keďže daný klient má diagnostikovanú **obsedantne kompulzívnu poruchu (OCD)**. U zvyšných štyroch klientov sa sebapoškodzovanie **aktuálne už nevyskytuje**.

Jeden klinický psychológ popisoval u klienta, okrem automutilácie aj **viacnásobný suicidálny pokus**, ktorý viedol k následnej hospitalizácii. Počas hospitalizácie sa zistilo, že šlo o stav spojený s genderovou inkongruenciou, ktorú tento klient pociťoval.

Úzkostne depresívna symptomatika:

Jeden z vybraných klientov bol hospitalizovaný pre úzkostnú symptomatiku, ktorá sa prejavovala **strachom chodiť do školy**, a bola mu diagnostikovaná **úzkostne depresívna porucha**. Aktuálne sa jeho stav na základe informácií od odborníka zlepšil, vrátane sociálnych vzťahoch. Na toto zlepšenie môže mať podľa odborníka vplyv aj pravidelná psychoterapia, ktorú klient absolvuje. Zvyšní dvaja majú aktuálne diagnostikovanú úzkostne depresívnu poruchu a sú zamedikovaní. Jeden z odborníkov popisuje u klienta aktuálnu prítomnosť **depresie**.

Porucha autistického spektra (PAS):

Dvaja klienti majú diagnostikovanú PAS. U oboch sa jedná o **vysokofunkčný autizmus**, pričom jeden z nich má špecificky diagnostikovaný **Aspergerov syndróm**. Jeden odborník popísal, že sa špeciálne zameriava vo svojej praxi na osoby s genderovou inkongruenciou a komorbiditou s PAS. Aktuálne má v starostlivosti osem klientov, ktorí dochádzajú dlhodobo. Dvaja odborníci v rozhovore uviedli, že ich vybraní klienti vykazujú **autistické rysy**. V rámci rozhovoru sa jeden z klinických psychológov vyjadril k tomuto fenoménu nasledovne:

“Ale já jsem si na začátku, když tohle nějak celý jako začínalo být víc vidět, tak myslel, že autismus víc patří k těm kontraindikacím, že takový jako, asi ne, nebo já nevím, je to spíš jako z tohohle radia. Jenomže teď se zdá na chvíli všech těch studií, že je to jako naopak vlastně, že až 20% lidí s autismem má tuhleto komorbiditu, a že vlastně je to spíš jakoby faktor, kterej to víc potvrzuje, než jako vyvrací, což je hrozně zajímavý. Ale další vysvětlení nemám, nebo se k němu zatím jako nedobrali. Ale prostě to tam je spolu přítomný a jediný, co o tom můžeme spolehlivě říct, že to neznamená, že by to byl vylučující faktor a prostě to tam je.” (KP-8)

Poruchy pozornosti:

U jedného s pacientov bola prítomná diagnóza **ADHD nepozorného typu**.

Poruchy osobnosti:

Dvaja jedinci, ktorých si v rámci anamnézy klinickí psychológovia vybrali, majú diagnostikovanú **emočne nestabilnú poruchu osobnosti hraničného typu**. Presný diagnostický popis jedného z týchto klientov odborník uvádza nasledovne:

“Jo, ta už je ted’ plnoletá, takže já jsem já jsem jí nakonec vedl jako jako disharmonický vývoj z emočně nestabilními a hraničními rysama (...)” (KP-4)

7.1.4 Špecifiká klientov s gendrovou dysfóriou

V tejto časti sme zachytili všetky významné špecifiká, ktoré odborníci pozorovali u klientov s gendrovou inkongruenciou v rámci svojej praxe.

TÉMA 7: Počet klientov a zastúpenie typológie M-F/F-M

Prvá analyzovaná téma sa zaoberá informáciami týkajúcich sa rozmanitosti vývoja klientov s gendrovou inkongruenciou z hľadiska početného zastúpenia a typológie male-to-female (M-F) a female-to-male (F-M). Spoločným prvkom bolo zaznamenanie **nárastu evidovaných klienti** genderovou inkongruenciou v praxi jednotlivých klinických psychológov.

Nárast počtu klientov v rámci svojej praxe za uvedené časové obdobie zaznamenala väčšina (n=5) klinických psychológov. Jeden z psychológov uviedol, že najvýraznejší nárast pozorovala pred 1–2 rokmi, pričom odvtedy zaznamenával skôr mierny pokles. Tento trend však môže súvisieť so špecifikami zariadenia, v ktorom pôsobí, keďže podľa jeho slov už neprijíma nových klientov, aby sa mohol naplno venovať práci bližšie odpovedajúcej typu zariadenia. Zvyšní psychológovia uvádzajú rôzne príčiny tohto javu. Najčastejšie uvádzaným vplyvom nárastu v ich praxi je **rozšírenie sietí odborných spoluprac a kontaktov**, ako popisujú nasledujúce tvrdenia.

“Áno 4 roky je tam jednoznačný nárast, ale nemyslím si že to je nárast kvôli tomu, že narastá počet ľudí transrodových, ale skôr si myslím, že máme spolupráce s nejakými psychiatrami, a tí už vlastne automaticky vedia, že, dávajú kontakt na mňa (...)” (KP-5)

Pozorovanie tejto zmeny, v rámci rozhovorov, úzko súviselo aj s dĺžkou odbornej praxe jednotlivých klinických psychológov v oblasti genderovou inkongruenciou. Na základe tohoto javu dvaja odborníci nedokázali jednoznačne určiť zmenu v počte klientov.

Problematike genderovej inkongruencie sa začali obaja venovať približne pred rokom a predtým sa venovali iným oblastiam. Obaja však subjektívne vnímajú celkové zvýšenie záujmu o túto tému, a to nielen v médiách, ale aj v odborných kruhoch. Túto skutočnosť zjednocuje tvrdenie jedného z nich.

“Takže spíš bych řekl že vnímám ten narůst asi tak jako všichni ostatní. Hodně se o tom mluví, hodně se o tom píše v médiích, hodně vychází články. Na konferencích to bývá hlavní téma. Nedávno koncem loňského roku byla přímo konference zaměřená, jednodenní v Praze, která byla vysloveně zaměřená na transgender problematiku.” (KP-7)

Ďalšími faktormi nárastu boli podľa dvoch odborníkov **sociálny vplyv a zvýšené povedomie o genderovej inkongruencií a obecné témy genderu v spoločnosti**. Jeden klinický psychológ však zmenu nezaznamenal.

Klinickí psychológovia okrem nárastu počtu klientov s gendrovou inkongruenciou pozorujú aj vyššie zastúpenie skupiny F-M v rámci **typológie M-F/F-M**. Toto vyššie zastúpenie zaznamenala väčšina (n=5) klinických psychológov vo svojej praxi. Jeden z nich, s dvadsaťročnými skúsenosťami, pozoroval aj zmenu v tejto typológii. Podľa jeho tvrdení v rozhovore, v poslednom období došlo k posunu, keď predtým prevažovala skupina M-F. Tiež uvádza, že skupina **F-M vykazuje vyšší podiel „regretu“ (ľútosti) ohľadom tranzície**. Zvyšní traja klinickí psychológovia vo svojej praxi pozorovali rovnomerné zastúpenie oboch typológií. V jednom prípade klinický psychológ, ktorý sa venoval diagnostickému procesu aj terapii, uviedol, že v rámci diagnostiky vníma rovnaké zastúpenie typológií, avšak v **terapeutickej praxi prevažuje typológia F-M**. Túto skutočnosť vyjadril vo svojom tvrdení nasledovne:

“Jako ne, řekl bych, že to tak jak to je, fakt na půl na půl, za ten poslední rok bych řekl, že jich mám tak půl na půl. V terapii teda je to 100% z těch dvou F-M.” (KP-7)

V jednom z rozhovorov psychológ zmienil aj skupinu klientov s gendrovou inkongruenciou, ktorá nezapadala do uvedenej typológie a bola označená odborníkom ako **“fluidný gender”**, ktorý ho vysvetlil nasledovne:

“Ta nestabilita toho genderu, je to nestabilita. Kolísá v různých životních fázích, se ten pacient identifikuje buďto s jedným nebo s druhý, genderem, nebo to koexistuje většinou. Je

to neoddělitelné. To je prostě neoddělitelné. Jsou období, kdy je to intenzivnější, kdy ten člověk má potřebu a to i potřebu prezentovat se.” (KP-4)

TÉMA 8: Zátěžové oblasti

Ďalšou témou, ktorú sme stanovila procesom analýzy, sú spoločné záťažové aspekty, s ktorými sa klinickí psychológovia stretávajú vo svojej praxi u klientov s genderovou inkongruenciou. Z komplexného biopsychosociálneho hľadiska spolu tieto faktory úzko súvisia, avšak pre potreby tejto práce a väčšiu štruktúrovanosť sme ich uviedli ako samostatné subtémy.

Ako prvou oblasťou, ktorá sa objavovala naprieč rozhovormi, ktorá bola záťažová bola **sociálna oblasť**. V rámci nej je zhrnutých niekoľko sociálnych fenoménov, ktoré sú pre všetkých alebo väčšinu klientov veľkou záťažou a opakovane sa objavujú ako téma, v praxi klinických psychológov. Z klinickej praxe odborníci u klientov často pozorujú **zatajovanie ťažkostí a nevyhľadanie odbornej pomoci**, ktoré sú dôsledkom **strachu** z odmietnutia. Tento strach sa odzrkadľuje v **kontakte s odborníkom** a nepôsobia na odborníka dôveryhodne. Vplyv na to má podľa psychológov vnímanie stretnutia ako skúšky z pohľadu klienta, v ktorej musia uspieť, aby získali potvrdenie svojej identity a akceptáciu zo strany okolia.

Rodina:

Odmietavý postoj väčšina (n=5) klinických psychológov zaznamenala v oblasti rodiny ako primárnej sociálnej skupiny. Dvaja psychológovia zároveň pozorovali, že tento faktor často súvisí s **nefunkčnosťou rodinných vzťahov** alebo s **prerúšením kontaktov medzi členmi rodiny pred započatím tranzície**. Daný jav približujú uvedené citácie z rozhovorov.

“ (...) oba dva ti moji kluci mají náročné vztahy v rodině velice velice, zdá se mi až jako to nechci to,... no velká disharmonie a řekněme to takhle, jo, dysfunkčné to tam je a o to je to těžší, že vlastně řeší tyto potíže i tyto potíže s těmi rodiči, do toho teda svoji tranzici, (...)” (KP-2)

Jednou z príčin neprijatia zo strany rodiny, ktorú jeden z odborníkov pozoroval vo svojej praxi, je **nedostatočná pozornosť venovaná podpore rodičov pacientov s gendrovou inkongruenciou**. Tento faktor následne prispieva k napätým vzťahom v rodine, keďže aj rodičia pacientov čelia tlaku zo strany svojho sociálneho kruhu a častokrát nemajú dostatok

prostriedkov ako sa vyrovnat' s touto zásadnou zmenou. Jeden klinický psychológ sa za svoju prax nikdy nestretol s neprijatím zo strany rodiny.

Sociálny okruh klientov:

Druhou významnou oblasťou, ktorú popisovali traja odborníci je neprijatie je zo strany **rovesníckej skupiny alebo širšej spoločnosti**. Jej dôsledkom je **sociálne nezapadanie čo vedie k vyčleňovaniu zo skupín**. Aktuálne táto oblasť už nebola považovaná u väčšiny odborníkov ako problematická, a to z dôvodu väčšej populárnosti tejto témy v spoločnosti, ako aj **jej rozšírenia na sociálnych sieťach**. Keďže je táto téma populárnejšia medzi mladšou generáciou, prijatie zo strany vrstovníckej skupiny už častokrát nepredstavuje takú ťažkosť. Túto skutočnosť reprezentuje nasledujúci výrok.

“(...) aktuálne mám pocit, že to sociálne okolie je nastavené trochu lepšie.. Mám pocit, že tá mladšia generácia, už to vníma viac prirodzenejšie a tým pádom je aj menej nejakých sociálnych ťažkostí, (...)” (KP-5)

Školské prostredie:

Na akceptáciu zo strany sociálneho okolia nadväzuje aj problematika školského prostredia. Prístup škôl k týmto pacientom **vnímali odborníci výrazne polarizovaný**. Niektorí odborníci uvádzajú, že školy sú ústretové a snažia sa prispôbiť systém tak, aby vyhovoval aj týmto žiakom. Na druhej strane však existujú školy, kde sa títo žiaci stretávajú so šikanou aj zo strany učiteľov. Ako jedno z odporúčaných opatrení odborníci **navrhujú počkat' s tranzíciou na moment**, keď dieťa prechádza do nového školského prostredia, najmä ak ide o relatívne krátky časový úsek. Tento postup odporúča s cieľom **znižit' riziko neprijatia a zmiernit' emočnú záťaž spojenú so sociálnou tranzíciou**. Začiatok v novom prostredí môže mať na pacienta pozitívny vplyv.

“Oni teda väčšinou vždycky využijou nejakej prechod, že prostě pohodlnější začít v novým prostředí už jakoby jinak než měnit nějaký zaběhlý pořádky. I se to tak někdy doporučuje. Jo třeba když nevím někomu zbývá půl roku dokonce základní školy a jde někam na střední a řeší jako blokátory nebo ten coming out nebo něco.” (KP-8)

Najčastejšie z **emocionálnej oblasti** sa objavovalo **neprijatie seba samého**.

Sebaláska a sebakprijatie:

Záťažová oblasť seba prijatia a sebalásky je niečo, s čím sa stretáva väčšina (n=6) klinických psychológov zapojených do výskumu. Prežívanie klientov s genderovou inkongruenciou v tejto súvislosti ilustruje výrok jedného z odborníkov:

“Tá emocionálna výzva je taká každodenná konfrontácia so svojim telom hej, že je pre nich vždy náročné pohľad do zrkadla, uvedomenie si, že aj napriek tomu, že sa nejako oblečú, namaľujú alebo akokoľvek nastylujú k želanému pohlaviu, tak ten pohľad do zrkadla odzrkadluje tú realitu a to je to s čím sa denno denne stratávajú.” (KP-5)

Traja odborníci sa zhodli, že u klientov sa stretávajú aj s **výzvou prijať svoje nové telo po tranzícii**. Najčastejšie opisovali odborníci menštruáciu a poprsie u skupiny F-M a F-M to bol najčastejšie hlas a ohryzok. V rozhovoroch uviedli, že sa snažia tento faktor zohľadniť už v počiatočnej fáze, prostredníctvom zberu informácií o očakávaniach pred začiatkom tranzície. Taktiež s klientom pracujú na tejto téme v rámci terapeutického procesu.

Podľa všetkých odborníkov zahrnutých vo výskume, **klienti po absolvovaní tranzície vykazujú vyššiu mieru spokojnosti**. Dvaja psychológovia však zdôrazňujú, že tento pozitívny vývoj môže byť do istej miery dôsledkom psychoterapeutickej starostlivosti, ktorú niektorí klienti začínajú absolvovať v priebehu procesu tranzície.

Klinickí psychológovia vo svojej praxi popisujú aj **d'alšie aspekty, ktoré sa u klientov často vyskytujú**: emočná labilita, najmä úzkostné a depresívne prežívanie, pocity viny, vyčerpanosť, narušený spánok, uzavretosť či pocity nepatričnosti a inakosti. Otázka, na ktorú odborníci stále nemajú jednoznačnú odpoveď zostáva, či tieto aspekty nadväzujú na genderovú inkongruenciu alebo jej predchádzajú.

TÉMA 9: Diagnostický proces

Počas rozhovorov sme zistili, že klinickí psychológovia pracujúci s týmito klientmi sa venujú dvom hlavným oblastiam: **psychoterapii a diagnostike**. Každý z týchto odborníkov sa zaoberal inou časťou procesu. Klinickí psychológovia v mojom súbore vykonávali obe časti práce s primárnym zameraním na psychodiagnostiku alebo sa venovali len jednej oblasti, psychoterapii. Tieto dva typy klinických psychológov často spolupracovali pri poskytovaní starostlivosti klientom s genderovou inkongruenciou.

Okrem vzájomnej spolupráce medzi rôznymi typmi klinických psychológov je najčastejšia spolupráca s odborníkmi zo sexuológie a psychiatrie. V tejto oblasti sa však

informácie od odborníkov z Českej republiky a Slovenska líšili. V rámci tejto témy som identifikovala niekoľko **odborníkov**, u ktorých sa väčšina klinických psychológov zhodovali na roly v procese genderovo afirmačnej starostlivosti. Na práci s osobami s genderovou inkongruenciou sa podieľajú odborníci z oblasti lekárstva a psychológie. Analýzou rozhovorov sme identifikovali dva typy **klinických psychológov**.

- Klinický psychológ s náplňou diagnostickej aj terapeutickej práce s primárnym zameraním na psychodiagnostiku
- Klinický psychológ len s psychoterapeutickou náplňou práce

Vo výskumnom súbore bola väčšina (n=6) klinických psychológov s diagnostickou aj psychoterapeutickou náplňou práce. Odpovede na otázky zamerané na diagnostický proces počas rozhovorov títo odborníci zodpovedali podrobnejšie, a to predovšetkým priebeh **psychodiagnostického procesu**. Na základe analýzy ich rozhovorov sme zistili, že sa zhodli v troch hlavných častiach tohto procesu:

Anamnéza:

Prvá časť začína zoznamovacím stretnutím a následným úvodným klinicko-psychologickým rozhovorom v rámci psychologického vyšetrenia, ktorý zahŕňa zber základných informácií a preskúmanie očakávaní klienta. Zber **anamnestických údajov o klientovi viacerí odborníci považujú za najvýznamnejšiu súčasť** diagnostického procesu, avšak nie vždy je na ňu dostatok priestoru, v kombinácii s testovými a projektívnymi metódami. Preto jeden z nich zdôrazňuje dôležitosť spolupráce s klinickými psychológmi orientovanými na psychoterapeutický proces, ktorým sa získava podrobnejšia anamnéza klienta. Tá sa následne využíva ako doplnenie k neklinickým metódam. Výhody takejto spolupráce bližšie opisuje jeden z odborníkov z psychoterapeutickým zameraním vo svojich vyjadreniach.

“Že je lepšie to ako rozdeliť a je to aj kvôli objektívnejšiemu pohľadu, keď máte človeka v terapii, máte nejaké terapeutické spojenectvo a máte predsa len tendenciu mu nadržovať potom v testoch to tak proste je. Ale pretože sme si toho vedomí tak je to lepšie takto rozdeliť. Kolega sa na neho pozrie úplne objektívnymi očami aj bez tých anamnestických dát vlastne vníma len tie testové metódy. A potom si to takto ako spojíme dostane to sexuológ a oni už potom nejak spolupracujú (...)” (KP-6)

Testové a projektívne metódy:

Druhou časťou diagnostického procesu sú **neklinické metódy**, ktorým sa podrobnejšie venujeme v nadchádzajúcej časti. Dôležitou súčasťou diagnostiky sú aj **kontrolné vyšetrenia**. Ak odborníci počas vyšetrenia identifikujú faktory, ktoré by mohli predstavovať riziko pre proces tranzície, odporúčajú psychiatrické alebo psychoterapeutické prešetrenie, po ktorom vykonávajú opakované kontrolné vyšetrenie. Kontrolné vyšetrenia sa vykonávajú aj v priebehu samotnej tranzície, pričom sa zameriavajú na mapovanie spokojnosti pacienta s procesom a poskytujú mu priestor na prípadné prehodnotenie svojho rozhodnutia.

Problematickou oblasťou s ktorou sa stretávajú traja odborníci, je oblasť postojov zo strany klientov vo svojej praxi. Klientov týchto psychológov často **chýba edukácia** aký význam má psychodiagnostické vyšetrenie v danom procese a vnímajú toto psychologické vyšetrenie ako **“príjímačky na transgender”**, slovami odborníka. Na túto skutočnosť nadväzuje druhý klinický psychológ, ktorý tiež považuje daný aspekt za problematický, a to z dôvodu, že systém **nie je nastavený ako spolupráca medzi odborníkmi a klientom**. Tí často prichádzajú s mylnou predstavou o vyšetrení a cítia tlak na to, aby uspeli, čo môže ovplyvniť výsledky vyšetrenia.

“(…) když jako když těm lidem vysvětlíme, že to nejde změřit a rozhodně tam nejsme od toho, abychom říkali, co jsou nebo ne, ale já prostě můžu ventilovat svoje obavy. Jo, hele mám trošku obavu, jestli to není z jiného ranku, jestli toho nebudeš jako litovat za rok a fakt řešit, ale jako zcela přirozeně.”; “Jakože fakt individuálně, ale jako cílit to jako spolupráci ne prostě tenhle ten test, protože pak tam vznikají tyhlety zkreslení.” (KP-8)

Zvyšní štyria klinickí psychológovia sa vo svojej praxi **sústredili na psychoterapeutickú prácu s klientom s genderovou inkongruenciou**. Rozhovory mali podrobnejšie informácie o anamnéze klientov. Niektorí z týchto odborníkov mali prehľad o diagnostickom procese, iní nie, pričom **ich pozornosť bola zameraná výlučne na klienta** a to, čo prináša do terapie.

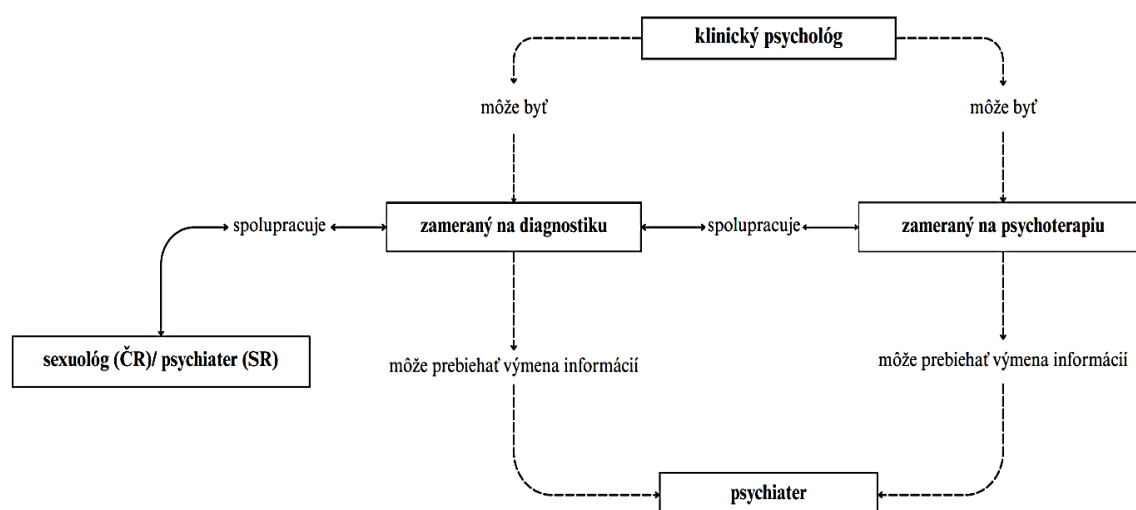
Špecializácia lekárskeho odborníka:

Druhou skupinou odborníkov, ktorí sa podieľajú na práci s klientmi s genderovou inkongruenciou, sú špecialisti zo **sexuológie a psychiatrie**. Ako sme už spomenuli, v tejto oblasti sa prístupy slovenských a českých klinických psychológov líšili. Traja **českí** klinickí psychológovia popísali primárnu spoluprácu so **sexuológmi**, zatiaľ čo dvaja **slovenskí**

klinickí psychológovia so **psychiatrami**. Všetci oslovení odborníci však opísali podobnú náplň lekárskej činnosti týchto špecialistov, ktorá predstavovala odporúčenie klienta na ďalšie lekárske vyšetrenia – **endokrinologické, urologicko-gynekologické** a v niektorých prípadoch aj psychiatrické. Presný priebeh tejto spolupráce si podrobnejšie rozoberieme v nasledujúcej časti.

Väčšina klinických psychológov (n=7) popísalo spoluprácu s viacerými odborníkmi. **Spolupráca** na základe informácií z rozhovorov prebieha ako **komplexný proces**. Všetci klinickí psychológovia sa zhodli na niekoľkých odborných zložkách. Proces ich fungovania sme pre prehľadnosť zobrazili aj vo vizuálnej schéme na obrázku č. 1.

Obrázok 1: Systém spolupráce medzi klinickými psychológmi a lekáorskými odborníkmi



- Klinický psychológ s náplňou diagnostickej aj terapeutickej práce s primárnym zameraním na psychodiagnostiku - “zameraný na diagnostiku“
- Klinický psychológ len s psychoterapeutickou náplňou práce - “zameraný na psychoterapiu”
- Sexuológ v Českej republike a psychiater na Slovensku - “sexuológ (ČR)/psychiater (SK)”
- Psychiater, ako samostatný odborník v Českej republike - “psychiater”

Viacero českých klinických psychológov zaradených do výskumného súboru sa proces zvyčajne začína u odborníka v oblasti sexuológie, ktorý býva **najčastejším prvým kontaktom klienta**. Po vyšetrení môže sexuológ indikovať možnú diagnózu genderovej inkongruencie. Na základe toho sa začína proces, ktorý zahŕňa **psychosexuologické**

vyšetrenia, vyšetrenia u klinického psychológa, endokrinológa, gynekológa/urológa alebo iných potrebných odborníkov. Psychologické vyšetrenie závisí od typu klinického psychológa. Sexuológ spolupracuje s klinickým psychológom so zameraním na diagnostiku, ktorý vykonáva psychodiagnostické vyšetrenie klienta. Klinický psychológ obidvoch zameraní si môže vymieňať informácie s psychiatrom.

Psychologické vyšetrenie:

Vyšetrenie klinickým psychológom, zameraným na diagnostiku obsahuje **úvodný rozhovor, testové a projektové metódy**. Ak psychológ identifikuje **rizikové faktory**, ktoré by mohli predstavovať **kontraindikáciu pre tranzíciu**, odporučí klientovi psychoterapiu alebo konzultáciu s psychiatrom ešte pred začiatkom hormonálnej terapie. V takýchto prípadoch sa stanoví individuálne časové obdobie, po ktorom klient absolvuje **kontrolné vyšetrenie**.

Odporúčenie psychoterapie pred začatím hormonálnej terapie posudzuje **každý sexuológ individuálne**. Jeden z klinických psychológov túto skutočnosť označil za problematickú, keďže rozhodnutie závisí významne od osobných preferencií sexuológa, čo môže viesť k rozdielom v prístupe ku klientom s genderovou inkongruenciou.

“Ta obrovská nejednotnost i v malé české republice jsou sexuologové, kteří vlastně mají takovou jako liberální tendenci, hned začít s hormonama se vším. To je to, co jsem říkal, systém vás chvátí, vy si vytáhnete z bonboniery zrovna tohohle (..)” (KP-8)

Ak sexuológ odporučí psychoterapiu, pacient pred tranzíciou navštevuje terapie u klinického psychológa, pričom spolupráca psychológa je primárne zameraná na samotného klienta. Výsledkom tejto spolupráce je doplnenie **anamnestických údajov** z psychoterapie do diagnostického procesu. Výstupy z tejto fázy sú následne odovzdané sexuológovi, ktorý ich zohľadní pri ďalšom postupe. Ak už nie sú prítomné žiadne rizikové faktory brániace tranzícii, sexuológ schváli začatie hormonálnej terapie, pričom klient najprv vstupuje do fázy podávania **blokátorov hormónov**. V priebehu hormonálnej terapie sa pacient **pravidelne podrobuje kontrolným vyšetreniam**, počas ktorých klinický psychológ **monitoruje jeho psychický stav a celkovú spokojnosť**. Klient môže naďalej pokračovať v psychoterapii, kde psychológ pracuje s jeho prežívaním v širšom kontexte a **pomáha mu zvládať výzvy** nielen v súvislosti s tranzíciou. Ak je klient zároveň v starostlivosti psychiatra, klinický psychológ s ním úzko spolupracuje.

Obidvaja slovenskí klinickí psychológovia v rozhovore popísali, že do apríla minulého roka na **Slovensku platil štandardizovaný postup**, ktorým sa osoby s diagnostikovaným transsexualizmom musel riadiť pri procese tranzície. V súčasnosti sa psychológovia týmto postupom čiastočne stále riadia. Odborníci popisujú, že v praxi sa naďalej dodržiava **spolupráca s lekárom – psychiatrom**, základná štruktúra diagnostického procesu a vykonávanie kontrolných vyšetrení. Spolupráca so sexuológom nie je nevyhnutná, avšak jeden z klinických psychológov vo výskumnom súbore, ju vo svojej praxi využíva. Štandardizovaný diagnostický proces odborník popisuje ako **tri stretnutia**, kde sa venuje klinickým ako testovým a projektívnym metódam, za priebežnej konzultácie s psychiatrom. Medzi každým stretnutím je minimálne mesiac rozstup pre prípadné rozmyslenie si procesu zo strany klienta. Psychologické vyšetrenie sa zameriava hlavne na odhalenie **rizikových faktorov**. V rámci pôvodného štandardizovaného manuálu bola pred tranzíciou povinná rediagnostika po uplynutí jedného roka, avšak táto požiadavka v súčasnosti už neplatí.

Rovnako ako v Českej republike, aj na Slovensku po schválení psychológom a psychiatrom nasleduje začatie hormonálnej terapie. Po jej zahájení psychológ s klientom okrem všeobecných ťažkostí rieši aj adaptáciu na zmeny súvisiace s hormonálnou terapiou.

Viacerí klinickí psychológovia sa zhodli na dvoch typoch **diagnostických metód** ktoré využívajú v praxi. V úvode psychologického vyšetrenia najčastejšie využívajú **klinické metódy** zamerané na zber **anamnestických údajov**. Tie sa primárne týkajú základného zmapovania osobnej, rodinnej, sociálnej a psychiatrickej anamnézy klienta. Psychológovia v rámci tejto fázy kladú dôraz najmä na **identifikáciu rizikových a patologických faktorov**. Rozhovorom sa tiež skúmajú **očakávania a edukácia** klienta o procese tranzície.

Následne sú tieto údaje dopĺňajú informáciami získanými od klinických psychológov so špecializáciou na psychoterapiu, aby **spresnili anamnestické údaje a slúžili na lepšiu interpretáciu výsledkov** testových a projektových metód. Dvaja klinickí psychológovia z výskumného súboru opisujú aj **podrobnú sexuologickú anamnézu**, ktorá sa realizuje približne na treťom stretnutí v rámci psychodiagnostického procesu. Táto časť je zámerne zaradená až do záverečnej fázy vyšetrenia, pretože zahŕňa citlivý obsah, ktorý môže byť pre klienta náročný zdieľať.

Všetci klinickí psychológovia zameraný na diagnostiku sa zhodli na nasledujúcich **testových a projektových metódach** ktoré využívajú vo svojej praxi. Vo forme zoznamu

tých, ktorí odborníci využívajú ako základné a tie ktoré využívajú podľa individuálnej potreby. Medzi **základné** patrí:

- Rorschachova metóda (ROR),
- Minnesota Multiphasic Personality Inventory – II (MMPI-2),
- Krátky inteligenčný test (KIT),
- Kresba postavy,
- Wechslerova inteligenčná škála pre dospelých - III (WAIS–III)/ Wechslerova inteligenčná škála pre deti – III (WISC–III).

A **podľa individuálnej potreby** využívajú nasledujúce metódy:

- Tématický apercepčný test (TAT),
- Inventár štýlov osobnosti a porúch osobnosti (PSSI),
- Beckova škála depresie - II (BDI–II),
- Montreálsky kognitívny test (MOC),
- Dotazník sebaopojatia detí a adolescentov Piers-Harris 2,
- EAT – 26,
- Blochov viacdimenzionálny kresbový test (MDZT),
- Hamburský test.

Na Slovensku sa používa ešte špeciálna verzia **Rorschachovej metódy**, ktorá je **zameraná na sexuálne obsahy**. Z čoho pozostáva, vysvetľuje nasledujúca citácia odborníka.

“(...) potom čo spravíte štandardného ROR sa ide druhé. kolo a povieť, že tak dobre a teraz to pôjdeme odznova a skúste mi povedať, keby ste tam mali vidieť nejaké sexuálne obrazce, tak aké by boli, a na základe toho teda to je to druhé alebo tretie kolo hej, keď rátam ešte Inquiry.” (KP-5)

Ako už bolo spomenuté, počas diagnostického procesu sa klinickí psychológovia zameriavajú na identifikáciu **rizikových faktorov a kontraindikácií**. Kontraindikácie u psychológov brané ako niečo čo vedie k pozastaveniu procesu a odporúčenie prešetrenia psychiatrom. Ako rizikové faktory je brané čokoľvek, čo **proces nezastavuje** ale signalizuje odborníkovi, že je potreba väčšieho monitorovania osoby. Niektorí odborníci vnímajú ako problematické, že rizikové faktory a kontraindikácie nie sú presne definované a niektorí vnímajú, že ich štandardizácia by mohla viesť k nárastu psychických ťažkostí u niektorých klientov . Aktuálne všetci **odborníci posudzujú kontraindikácie a rizikové faktory podľa**

vlastného uváženia a konkrétneho prípadu. **Kontraindikácie** boli tiež vnímané v aktuálnej fáze teda neboli definitívnym dôvodom na vylúčenie tranzície. Ak prebehla návšteva príslušného odborníka a stabilizovanie stavu, mohlo byť zvážené zahájenie tranzície. Posúdenie tohto aspektu je vysoko individuálne a závisí od viacerých faktorov, ktoré klinickí psychológovia pri diagnostickom procese zohľadňujú.

Kontraindikácie:

Najčastejšie (n=6) popisovanou kontraindikáciou v rozhovoroch s odborníkmi bol **akútny psychotický stav**. Druhým najčastejšie zmieňovaným faktorom bola **emočne nestabilná porucha osobnosti** (hraničného alebo histriónskeho typu), ktorú identifikovalo päť odborníkov. Tretím najčastejším faktorom bola **sociálna a emočná nezrelosť osobnosti**, ktorú spomenuli traja odborníci. Na túto skutočnosť nadväzuje aj tvrdenie jedného z psychológov na základe ktorého vyzdvihol aj potrebu zmeny systému, kedy by sexuologickej starostlivosti mala predchádzať psychologická. Tá podľa neho dokáže viac pomôcť osobám v oblasti zrelosti a rozvoja identity.

V súvislosti s hraničným typom osobnosti jeden z odborníkov pozoroval, že u klienti, ktorí v Rorschachovom teste vykazovali **hraničné rysy osobnosti**, po roku hormonálnej terapie tieto znaky v testových výsledkoch už neboli prítomné. Tento jav vysvetľuje nasledovne:

“Protože logicky, pokud se asi někdo pere s identitou, je křehčí, tak bude nestabilní. Jo, bude prostě to jako rozlítaný a plnit těch těch fenoménů, takže fakt je možný, nebo mě připadá, že je možný vzhledem k tomu, jak to pak porovnáváme, což samozřejmě porovnáváme tak, že to prostě může hodit úplně falešně klinické obraz.” (KP-8)

Medzi ďalšie rizikové faktory patrili znížený intelekt až **mentálna retardácia**, ktorý uviedli traja odborníci a **závažná traumatická symptomatológia** (znásilnenie, sexuálne zneužitie), ktorú popísali ako rizikové dvaja odborníci.

7.2 Odpovede na výskumné otázky

V nasledujúcej kapitole si predstavíme odpovede na výskumné otázky stanovené na začiatku výskumu.

VO.1: Aké významné udalosti v anamnézách klientov s gendrovou inkongruenciou identifikujú odborníci z klinickej praxe?

Medzi významné udalosti v anamnéze, ktoré popísala väčšina odborníkov, patrila šikana alebo ostrakizácia. U všetkých osôb, u ktorých sa vyskytla v anamnéze, sa táto skúsenosť viazala hlavne na obdobie základnej školy a pred započatím tranzície. U jedného z klientov bola prítomná aj v pracovnom prostredí. Väčšina odborníkov popisuje prechod na strednú školu ako bod, kedy zahájili osoby s GD najčastejšie tranzíciu. Príchod do nového prostredia, s už prebiehajúcimi zmenami, mal pozitívny dopad na prežívanie klientov. Odborníci však mali ambivalentné názory na školské prostredie. Niektorí psychológovia popisovali školu ako ústretovú voči problematike genderovej inkongruencie, zatiaľ čo iní uvádzali neprijímajúci postoj až šikanu zo strany učiteľov.

Ďalšou frekventovanou oblasťou, ktorú popísala polovica odborníkov, bola nejaká forma separácie (rozvod/rozchod) v detstve u osôb s GD. Najčastejšie išlo o situáciu, kedy matka dostala plnú starostlivosť o klienta a došlo k odchodu otca z domácnosti. Ako najvýznamnejšie vnímali odborníci v anamnézach najčastejšie neštandardnú rodinnú a výchovnú dynamiku, v rámci ktorej sa u klientov v anamnéze objavoval liberálny prístup spojený s nedostatkom pozornosti a angažovanosti vo výchove. V ďalšom prípade odborník popisoval u klienta žijúceho v spoločnej domácnosti s matkou, že matkin štýl výchovy je reštriktívny, kritický, vyžadujúci a autoritatívny. Ich kontakt je aktuálne obmedzený na minimum. V rámci patologického podkladu bolo rodinné prostredie popisované ako dysfunkčné a objavovali sa v ňom prvky sexuálneho zneužívania, sexuálnej odbrzdenosti a domáceho násillia.

Odborníci tiež zaznamenali somatické ťažkosti u klientov, medzi ktoré patrili astma bronchiale a taktiež kožný ekzém, ktorý odborník popisuje ako psychosomatický problém. Klientka si všimla, že sa jeho závažnosť zhoršuje v prípade rodinných konfliktov. Jeden z odborníkov, tiež popisuje prítomnosť enurézy do 12 rokov v anamnéze klienta.

Odborníci taktiež popisujú dve hospitalizácie v anamnézach klientov. V jednom prípade šlo o opakované hospitalizácie s úrazmi hlavy a podozrením na otras mozgu a akútnu bolesť brucha s podozrením na zápal slepého čreva. Ani jedna diagnóza sa nepotvrdila nakoniec. V druhom prípade išlo o psychiatrickú hospitalizáciu v dôsledku opakovaných suicidálnych pokusov a automutilácie. Nakoniec sa zistilo, že šlo o stav spojený s genderovou inkongruenciou.

Podotázka: Existujú nejaké významné udalosti v súvislosti s raným vývojom a vytáhovou väzbou? Aké?

Oblasťou raného vývoja ako aj oblasťami týkajúce sa vzťahovej väzby najviac skúmali klinickí psychológovia zameraní na psychoterapiu. Počas rozhovorov poskytli veľmi bohaté a presné informácie o faktoroch týkajúcich sa raného vývoja, v rámci konceptu vzťahovej väzby. Títo odborníci vnímali hlavné dopady narušenia v ranom vývoji v klientových medziľudských vzťahoch. Taktiež počas rozhovoru zdôrazňovali váhu vzťahov s rodičovskými figúrami pri práci s týmito osobami a vnímali častokrát priamy súvis medzi vzťahovou väzbou a genderovou inkongruenciou.

Klinickí psychológovia, ktorý sa zaoberali na oblasť diagnostiky väčšinou nemali tak presné informácie o rannom vývoji či faktoroch vzťahujúcich sa k vzťahovej väzbe. Odborníci popisovali, že je náročné sa pýtať na ranný vývoj samotného klienta, keďže si ho nepamätá, a preto ho často nedokážu preskúmať do hĺbky. Ak však zistia potrebu sa zamerať na ranný vývoj z dôvodu identifikácie rizikových faktorov, obrátia sa na rodičov alebo pediatra. Títo odborníci teda nemajú informácie o súvislostiach vzťahovej väzby a genderovej inkongruencie. Ak súvis popisujú, vnímajú narušenie vzťahovej väzby ako súčasť traumatického obrazu, ktorá je väčšinou odborníkov braná ako rizikový faktor, ktorý treba v procese zohľadniť a pri ktorom odporúčajú psychoterapeutickú starostlivosť. Klinickí psychológovia zameraní na diagnostiku nevnímajú skúmanie úrovne vzťahovej väzby za nevyhnutnú súčasť posúdenia stavu klienta s genderovou inkongruenciou.

Odborníci popísali niekoľko významných udalostí od prenatálneho obdobia až po troch roky života klientov. Najčastejšie sa objavovali významné udalosti v fáze prenatálneho obdobia a počas pôrodu.

Počas prenatálneho obdobia jeden z odborníkov popisuje, že matka mala evidované rizikové tehotenstvo a po dobu šiestich týždňov musela užívať špeciálne hormóny a klient sa narodil o mesiac neskôr. V druhom prípade odborník popisuje, že sa pôvodne bola matka pôvodne tehotná s dvojvaječnými dvojčkami, ale v prvom semestri jeden z plodu odumrel. Posledný z odborníkov popisuje výrazný stres matky počas tehotenstva z dôvodu ťažkej diagnózy prvého dieťaťa. Odborník tiež popisuje u matky úzkostnú symptomatiku a OCD.

Medzi ďalšie významné udalosti patrí čerpanie materskej dovolenky po dobu pol roka u jednej matky. Kde zároveň odborník popisuje, že o klienta sa starali predovšetkým starí rodičia. V anamnézach klientov sa tiež vyskytli neurovývojové ťažkosti do troch rokov. U jedného z klientov odborník popisuje narušený vývoj reči, kedy klient začal rozprávať až v

piatich rokov v celých vetách. U druhého klienta sa vyskytli nočné desy vo veku jedného až dvoch rokov, ktoré pretrvávali do päť a pól roku.

Významným faktorom, ktorý popísalo viacero odborníkov v anamnézach osôb s gendrovou dysfóriou, bol vzťah klientov k ich rodičom. Väčšina odborníkov uviedla, že v mnohých prípadoch došlo k strate kontaktu s otcom v dôsledku odlúčenia v detstve, pričom v prípade prítomnosti kontaktu sa v týchto vzťahoch objavovali dysfunkčné prvky. V súlade s tým sa odborníci zhodli na spoločnom prvku, ktorý zahŕňa absenciu otca alebo narušený vzťah s otcom u osôb trpiacich gendrovou dysfóriou. V rámci výskumného súboru sa však objavili aj prípady, kde odborníci popísali pozitívny vzťah s otcom, pričom v jednom prípade bol vzťah s otcom hodnotený ako lepší, než vzťah s matkou.

Dysfunkčné vzťahy s matkou boli popísané na základe anamnéz u polovice odborníkov. Väčšina z týchto odborníkov identifikovala patologické prvky zo strany matky, ktoré mali vplyv na vývoj jednotlivca. Najčastejšie sa jednalo o emočne neprístupnú, rigidnú matku so s manipulatívnym správaním. V dvoch prípadoch zohrala matka úlohu pri vzniku a pokračovaní sexuálnej patológie.

Druhá polovica odborníkov nezaznamenala v anamnézach narušenie vzťahu s matkou, pričom naopak v týchto prípadoch popisovali častú akceptáciu a podporu zo strany matky.

VO. 2: Aké významné komorbidity alebo symptómy možno identifikovať u klientov s GD?

Prítomnosť symptomatiky genderovej inkongruencie sa začala u klientov v anamnézach objavovať medzi 10 až 13 rokom života. V tomto období všetci odborníci popisujú, že sa vyskytli prvé pocity inakosti v anamnéze klientov. Najčastejšie sa prejavovali v oblastiach vonkajšieho vzhľadu, ako oblečenie, účes, ale taktiež v hre a sociálnom kruhu vrstovníkov. Vo všetkých týchto oblastiach klienti preferovali znaky žiadaného gendru. Väčšina odborníkov v anamnéze tiež pozorovala, že klienti najčastejšie okolo štrnásteho rokov začali identifikovať, že ide o genderovú inkongruenciu, a hneď potom začali podnikat' potrebné kroky smerom k genderovo afirmačnej starostlivosti. U dvoch klientov došlo k odkladaniu riešenia aj po jej uvedomení a to z dôvodu viery a odporu k pocitu byť iní ako ostatní.

Ako významnú symptomatiku odborníci vnímajú sociálnu stiahnutosť klientov. Jeden z odborníkov popisuje v anamnéze prítomnosť sociálnej fobie. Väčšina odborníkov popisuje, že sa stav klientov zlepšil, je tam prítomnosť pár kamarátstiev ale veľa z nich stále preferuje

virtuálne vzťahy pred osobnými. Traja z odborníkov popisujú výrazné zlepšenie, zvýšenú úroveň otvorenosti a komunikatívnosti po začatí tranzície.

Medzi najčastejšie pridružené psychické ťažkosti patrí sebapoškodzovanie, ktoré popisujú všetci odborníci v anamnézach klientov. Aktuálne sa už sebapoškodzovanie vyskytuje len u jedného z klientov, čo odborník odôvodňuje tým, že sa jedná o formu kompulzie, keďže klient má OCD. U jedného z klientov sa tiež vyskytol viacnásobný suicidálny pokus, ktorý vyústil do hospitalizácie. Počas hospitalizácie sa zistilo, že o stav spojený s genderovou inkongruenciou, pričom aktuálne absentuje automutilácia ako aj opakovaný suicidálny pokus.

Najčastejšou psychiatrickou komorbiditou bola úzkostne-depresívna symptomatika. Väčšina klinických psychológov popísala u klientov úzkostne depresívnu poruchu, pričom výrazné úzkosti sa hlavne spájali so sociálnym kontaktom. Všetci sú aktuálne v stabilnom stave pod medikáciou. Jeden z odborníkov popisuje aktuálnu prítomnosť depresie.

Druhou najčastejšou komorbiditou je PAS, ktorou sa jeden z odborníkov v rámci svojej praxe zaoberal len klientmi s genderovou dysfóriou a komorbiditou s PAS. Dva odborníci popísali túto komorbiditu, kedy išlo o vysokofunkčný autizmus, pričom jeden z klientov mal Aspergerov syndróm. Dvaja odborníci nepopísali komorbiditu s PAS, ale u klientov popisovali osobnostné charakteristiky slovami „autistický“. Jeden z odborníkov sa špecializoval na komorbiditu autizmu a genderovej inkongruencie a v rámci svojej starostlivosti aktuálne eviduje osem osôb s touto diagnózou. Ďalší odborník taktiež zaznamenal zaujímavé súvislosti v tejto komorbidite, avšak žiadny z psychológov ju nevníma ako kontraindikáciu.

Medzi ďalšie komorbidity, ktoré sa vyskytli v rozhovoroch, patrí ADHD nepozorného typu u jedného z klientov a dvaja odborníci popísali tiež komorbiditu s emočne nestabilnou poruchou osobnosti hraničného typu. Všetci z daných komorbidít sú podľa opisu odborníkov v stabilnom stave a klienti užívajú medikáciu.

VO. 3: Popisujú odborníci nejaká významné špecifická, kt. zaznamenávajú v súvislosti s klientmi s genderovou dysfóriou? Aké?

Väčšina klinických psychológov zaznamenala nárast osôb s genderovou inkongruenciou za posledných 5 rokov. Ako najčastejšie príčiny tohto javu uvádzali rozšírenie spolupráce s

inými odborníkmi, ako aj sociálny vplyv spojený so zvýšeným povedomím o tejto problematike v spoločnosti. V prípade že psychológ pôsobil v tejto oblasti približne jeden rok nedokázal adekvátne posúdiť dynamiku vývoja osôb s genderovou inkongruenciou. Napriek tomu vnímal, aj títo odborníci vnímali, že sa daná téma čoraz viac rozširuje, a to nielen v širokej verejnosti, ale aj v odborných kruhoch. Aspekt krátkodobej praxe sa často spájal s vyššou potrebou po jednotných postupoch pri práci s týmito klientmi.

Vzhľadom k zastúpeniu skupiny M-F/F-M väčšina odborníkov v súčasnosti vníma vo svojej praxi vyššie zastúpenie skupiny F-M a celkovo väčší dopyt po genderovo afirmačnej starostlivosti zo strany dievčat a žien, ktoré svoju genderovú identitu vnímajú ako mužskú. Klinický psychológ s dvadsaťročnou praxou zaznamenal, že pred niekoľkými rokmi prevažovala skupina M-F. Táto skupina je v súčasnosti menej zastúpená, pričom podľa jeho pozorovaní vykazuje vyšší podiel „regret“ (ľútosti) v súvislosti s tranzíciou. V rozhovoroch sa objavila aj skupina osôb s fluidnou genderovou identitou, ktorú odborník charakterizuje ako nevyhranenú voči mužskému alebo ženskému genderu, pričom jej prejavy sa menia v závislosti od sociálnych faktorov.

Klinickí psychológovia sa vo svojej praxi prirodzene stretávajú so záťažovými okolnosťami. U klientov s genderovou inkongruenciou ide prevažne o pocity neprijatia spojené so strachom z odmietnutia. Väčšina odborníkov označuje neprijatie zo strany rodiny za najzávažnejší a najčastejší sa vyskytujúci problém v anamnézach týchto osôb. Odborníci tiež uvádzajú, že v súčasnosti je rodinné prostredie v tomto ohľade problematickejšie ako širšia verejnosť alebo rovesnícke skupiny. Pocity neprijatia v rámci širšej spoločnosti popisalo len niekoľko odborníkov. Väčšina však vníma zvýšené povedomie o tejto problematike ako pozitívny faktor, ktorý podporuje vyššiu mieru akceptácie osôb s genderovou inkongruenciou. Predovšetkým mladšia populácia býva prijímajúcejšia, v dôsledku čoho väčšina osôb s genderovou inkongruenciou v období dospievania nachádza v rovesníckych skupinách prijatie. Za náročnejšie považujú odborníci staršie generácie, najmä ľudí vo veku štyridsať rokov a viac, kde podľa odborníkov rovesnícke skupiny už nebývajú tak otvorené a akceptujúce.

Väčšina odborníkov sa vo svojej praxi stretáva s narušenou oblasťou seba prijatia a sebalásky u osôb s genderovou inkongruenciou. Všetci klinickí psychológovia vo výskumnom súbore zaznamenali zvýšenie miery seba prijatia a sebalásky po vstupe do tranzície. Náročnosť však vidia v adaptácii na nové telo či v nesúlade medzi očakávaniami

a realitou po započatí tranzície. V tomto smere niektorí odborníci mapujú očakávania pred začatím genderovo afirmačnej starostlivosti. Mnohí však poukazujú na nedostatočnú informovanosť týchto osôb a vysoký tlak na čo najrýchlejšie riešenie, čo môže zvyšovať riziko sklamaní z nenaplnených alebo nerealistických očakávaní. Psychológovia preto často apelujú na sexuológov, aby poskytovali podrobnejšie informácie o zmenách, ktoré je možné dosiahnuť hormonálnou terapiou. Samotní psychológovia sa snažia podporovať klientov s počas tranzície monitorovaním životnej spokojnosti prostredníctvom testových metód alebo prácou na akceptácii nového tela v terapii. Medzi ďalšie emočné faktory, s ktorými sa odborníci stretávajú v praxi, patria emočná labilita, najmä úzkostné a depresívne prežívanie, pocity viny, vyčerpanosť, narušený spánok, uzavretosť či pocity nepatričnosti a inakosti.

Významnou oblasťou podľa odborníkov je účel, ktorý psychologická časť procesu. Niektorí s psychológov popisujú negatívny a ľahostajný postoj k psychologickému vyšetreniu zatiaľ čo iní popisujú nadmernú pripravenosť a distressom, čo vedie k náročnému vytvoreniu klinického obrazu. Tento jav niektorí z odborníkov prisudzujú nedostatočnej edukácii zo strany sexuológa a niektorý zo zle nastaveného systému spolupráce medzi osobou a odborníkom. Tu vidia súvis, s tým, že celý proces závisí od individuálneho posúdenia sexuológom, pričom niektorí sú príliš benevolentní a iní zas veľmi kritickí.

Niekedy je nežiaduca zdĺhavá terapeutická pomoc pred začatím tranzície, lebo to môže viesť k prehĺbeniu psychických ťažkostí a zvýšiť riziko automutilácie alebo suicidálneho pokusu. Odborníci však vyzdvihujú častú dôležitosť psychologickému pomoci, ktorá by mala predchádzať lekárskej a sústredila sa na lepšie zorientovanie v pocitoch spojených z náročným uchopením identity u daného klienta. Jednou z častých kontraindikácií, ktorú vnímajú odborníci je nedostatočná zrelosť na strane osoby s genderovou inkongruenciou čo spája aj s nedostatkom adaptačných mechanizmov a odolnosťou organizmu. V tomto prípade odborníci najčastejšie odporúčajú absolvovanie terapie a to aj z toho dôvodu, že proces tranzície je veľmi náročný proces.

Klinickí psychológovia vnímajú ako problematickú aj absenciu jednotnej testovej batérie, pričom každý z odborníkov si ju formuje individuálne. V oblasti testových a projektívnych metód sa všetci odborníci zhodli na využívaní ROR, MMPI-2, KIT, WAIS-III/WISC-III a Kresbu postavy. Zvyšné metódy sa volia podľa individuálnej potreby. Z toho vyplýva aj potreba jednotného stanovenia kritérií, na základe ktorých možno určiť kontraindikácie. Hlavnou úlohou psychológa je počas psychodiagnostického vyšetrenia posúdiť

diferenciálnu diagnostiku a identifikovať faktory, ktoré by mohli byť v kontraindikácii so začatím hormonálnej tranzície. O to väčšia je potreba jednotného uchopenia, hlavne u odborníkov z menšími skúsenosťami. Väčšina odborníkov sa zhodla na tom, že medzi kontraindikácie patria akútny psychotický stav, emočne labilná porucha osobnosti hraničného typu v nestabilizovanom stave, ako aj sociálnu a emočnú nezrelosť osobnosti spojenú s nedostatkom adaptačných mechanizmov. Významným špecifikom, ktoré psychológ popísal, bolo, že u osôb s emočnou poruchou hraničného typu, ktoré v ROR vykazovali hraničné rysy, tieto rysy po začatí tranzície na kontrolnom vyšetrení absentovali.

8 DISKUSIA

V rámci výskumnej časti tejto práce sme prezentovali viacprípadové štúdie založené na rozhovoroch s ôsmymi klinickými psychológmi. Pomocou metódy tematickej analýzy boli hlbšie skúmané významné udalosti, symptómy a komorbidity v anamnézach osôb s genderovou inkongruenciou, ktoré klinickí psychológovia identifikovali na základe svojej praxe. Detailnejšie sme sa venovali významným udalostiam v oblasti raného vývoja, najmä v období utvárania vzťahovej väzby. Rovnako boli skúmané aj špecifiká alebo poznatky klinických psychológov, ktoré vo svojej praxi evidujú u klientov s genderovou inkongruenciou v porovnaní s inou klientelou.

Ako uvádzame v teoretickej časti, koncept utvárania genderu je komplexný proces, ktorý sa podľa Tobin et al. (2010) formuje sociálnou interakciou a je často vnímaný ako sociálny konštrukt, ktorým človek reprezentuje, aký je a ako chce byť vnímaný (Dušková et.al., 2022). Táto skutočnosť môže mať za následok, že sme medzi najčastejšie významné udalosti v anamnézach klientov identifikovali sociálne traumy, špecificky šikanu. Toto zistenie podložili Pitoňák a Macháčková (2023), ktorí v rámci štúdie zmapovali situáciu LGBTQ+ komunity v Českej republike a zistili, že transgender osoby zažívajú vysokú diskrimináciu v školskom prostredí. Klinickí psychológovia v rozhovoroch popisovali najčastejšie u klientov šikanu na základnej škole, a to zo strany spolužiakov, tak aj učiteľov. Na základe analýzy odborníci vnímajú ako dôvod šikany započatie sociálnej tranzície klienta, ktorú jeho okolie vníma ambivalentne. Z tohto dôvodu navrhujú klientom začať genderovo afirmačnú starostlivosť zároveň s prestupom do iného prostredia. U vybraných klientov to najčastejšie zahŕňalo prestup na strednú školu, kde už odborníci u žiadneho z klientov neevidovali prítomnosť šikany. Pre adolescentný vek je kľúčové zapadanie do sociálnych skupín. Podľa Haslama et al. (2020) príslušnosť k skupine nesie emocionálny aj hodnotový význam, ktoré posilňujú u jednotlivca jeho sebaúctu a duševné zdravie. Jeho narušenie potom môže viesť k narušeniu psychického zdravia.

Túto skutočnosť podporilo aj zistenie, že všetci klinickí psychológovia popisovali sociálnu oblasť za najväčšiu záťaž, ktorej klienti ich praxe čelia. To častokrát viedlo k ich sociálnej uzavretosti a úzkemu sociálnemu kruhu vrstovníkov. U väčšiny vybraných klientov sa tento jav čiastočne zlepšil po začatí genderovo afirmačnej starostlivosti. Zo zistení vyplýva, že všetci klienti s úzkym sociálnym okruhom pravidelne absolvujú

psychoterapeutické sedenia, čo mohlo mať tiež vplyv na zlepšenie ich sociálnej otvorenosti. Väčšina klientov neprejavovala záujem o partnerské alebo intímne vzťahy, na ktorých utváraní sa úzko podieľa podľa Duschinskeho et al. (2024) koncept vzťahovej väzby. Väzbový vzťah medzi matkou a dieťaťom v ranom vývoji významne prispieva k vytváraniu a udržiavaniu medziľudských vzťahov (Jeong et al., 2021). Na základe toho môžeme predpokladať, že u týchto klientov mohlo dôjsť k istej forme narušenia tohto vzťahu. Pri tomto tvrdení je však stále potrebné zohľadniť aj multifaktoriálny charakter príčin.

Ďalšou významnou udalosťou, ktorú sme opakovane identifikovali na základe rozhovorov bola separácia rodičov. Jednalo sa o separáciu formou rozvodu alebo rozchodu, ku ktorej došlo u všetkých klientov v ranom období, okolo piateho roku. Toto obdobie je podľa Vágnerovej a Lisej (2021) významné nielen pre utváranie väzbového vzťahu s matkou, ale aj s otcom. Rigidnejší a autoritatívnejší postoj otca voči vnímaniu genderových rolí napomáha procesu vytvárania genderovej identity. Na to nadväzujú naše zistenie, že všetci klienti ostali po separácii v starostlivosti matky a s otcom následne udržiavali minimálny alebo žiadny kontakt. Ako dôležité vnímame zistenie, že nie všetci klienti mali narušený vzťah s otcom. Na základe toho možno konštatovať, že absencia pevnej väzby medzi dieťaťom a otcom v ranom vývoji predstavuje jeden z faktorov, ktorý môže vplývať na formovanie genderovej identity, nejdená sa však o priamy súvis. Vzťah klienta s matkou polovica odborníkov popísala ako podporujúci a akceptujúci a polovica ako narušený a dysfunkčný. V prípade narušeného vzťahu všetci odborníci popisovali prítomnosť patologických rysov, medzi ktoré patrili emočná nedostupnosť, neprijatie, manipulácia a v dvoch prípadoch sexuálne zneužívanie. Na základe rovnakého zastúpenia oboch skupín nie sme schopný konštatovať možný súvis s konceptom genderovej inkongruencie.

Medi ďalšie významné udalosti v anamnéze, ktoré väčšina odborníkov zaznamenala, patrili tie, ktoré sa odohrávali v rodinnom prostredí. Konkrétne sme identifikovali špecifickú rodinnú alebo výchovnú dynamiku a prítomnosť sexuálnej patológie v rodine. Vo všetkých prípadoch boli v dôsledku týchto skutočností nerušené vzťahy klienta s rodinou. Ďalšou významnou záťažou, ktorú evidovali odborníci bol strach z neprijatia. S uvedeným zistením a častým výskytom narušenia v oblasti rodiny súvisí aj pozorovanie odborníkov, že neprijatie zo strany rodiny je častejšie, ako zo strany vrstovníkov alebo širokej verejnosti. Ako možné dôvody odborníci uvádzajú nefunkčnosť rodinného systému pred začatím genderovo afirmačnej starostlivosti a nedostatočná pozornosť venovaná podpore rodičov. Túto skutočnosť podkladá Pitoňák a Macháčková (2023), ktorí zistili, že zo skúmaných

respondentov najviac svoju genderovú identitu transgender osôb skrývajú v prostredí rodiny. To úzko súvisí so zistením Seibela et al. (2018), ktorí zistili, že podpora zo strany rodičov zohráva dôležitú úlohu v sebahodnotení aj v období adolescencie. Na to nadväzuje tvrdenie Gutmana (2008) a Mastena a Cicchettiho (2010), podľa ktorých samotné faktory nemusia nutne viesť k ťažkostiam, ale kumuláciou rodinných, sociálnych alebo iných narušení sa môže zvyšovať riziko maladaptívnych stratégií zvládania záťaže, čo môže viesť k väčšiemu riziku rozvoja duševných ťažkostí. Na základe týchto zistení môžeme predpokladať, že nedostatočné prijatie alebo narušenie vzťahov v rodine má negatívny dopad na jednotlivca s genderovou inkongruenciou a vedie k väčšej predispozícii rozvoja alebo zhoršenia jeho psychického stavu.

Poslednými dvoma významnými udalosťami v rámci obecnej anamnézy boli somatické ťažkosti a hospitalizácia. Podobne ako pri narušenej rodinnej dynamike, aj tieto skutočnosti môžu odrážať úroveň resiliencie jednotlivca a jeho adaptívne alebo maladaptívne stratégie zvládania záťaže a dopadu na jeho psychický stav (Friedberg & Malefakis, 2022; Gutman, 2008).

Významnými obdobiami ovplyvňujúcimi vývoj a resilienciu jednotlivca je už prenatálne obdobie a raný vývoj, čo podporuje Procházka a Orel (2021) tvrdením, že sa jedná o senzitívne obdobia vyžadujúce stabilitu, pocit istoty a predovšetkým emočnú podporu od svojich opatrovateľov. Počas raného vývoja sa utvárajú mozgové a teda aj psychické procesy, ktoré môžu následne vplyvať na vývoj jednotlivca v ďalších fázach jeho života. Toto tvrdenie podporili klinickí psychológovia vo výskume zaznamenávaním viacerých významných udalostí v raných anamnézach. Najčastejšie významné udalosti sme identifikovali v prenatálnom období a počas tehotenstva. Medzi ďalšie identifikované udalosti z ranej anamnézy patrili krátka rodičovská dovolenka, oneskorený vývoj reči a prítomnosť nočných desov. Na to nadväzuje skutočnosť, že v tomto období sa na formovaní psychických procesov podieľa významne aj faktor formovania a upevňovania väzbového vzťahu dieťaťa a matky. Narušenie tohoto obdobia v jednej z oblastí, v ktorých sme identifikovali významné udalosti môže mať dopad na vývoj osobnosti z hľadiska sebahodnotenia a stratégií zvládania záťaže (Birk et al., 2022; Vágnerová & Lisá, 2021). Kvalita väzby je však dynamický proces, ktorý sa počas života mení a rozvíja sa (Langmajer & Krejčířová, (2006), preto aj napriek jej význame pri formovaní dopadu je potrebné zvážiť aj ostatné faktory.

Túto skutočnosť podporujú aj odborníci, ktorých sme sa dopytovali bližšie na oblasť raného vývoja, špecificky na obdobie tvorby vzťahovej väzby. Väčšina odborníkov sa zhodla na tom, že narušenie formovania vzťahovej väzby môže mať negatívny dopad na prežívanie jednotlivca. Väčšina odborníkov nevnímala priamy súvis, ale nepriamy dopad kumulovaných ťažkostí, ktoré prispeli k zníženiu resiliencie. Ďalší odborníci vnímajú obdobie tvorby tejto väzby ako typ narušenia vývoja alebo traumatizácie. S tým úzko súvisí reaktívna porucha príchylnosti, ktorá je charakteristická abnormálnou vzťahovou väzbou v ranom detstve, ku ktorej dochádza v dôsledku neadekvátnej starostlivosti zo strany opatrovateľa (Jochmannová, 2021). Ako popisuje Farina et al. (2019), najčastejšie ide o dezorganizovaný typ väzby, ktorý vedie k vyššiemu riziku rozvoja psychických ťažkostí. S týmto javom by mohlo súvisieť zistenie viacerých dysfunkčných vzorcov v rámci rodiny, ktoré odborníci pozorovali v anamnézach klientov. Opäť je však potrebné brať do úvahy aj multifaktoriálne hľadisko.

Odborníci sa venovali oblasti raného vývoja, pričom podrobnejšie informácie o nej mali psychológovia so zameraním na psychoterapiu. Ako náročnejšie vnímali dostupnosť informácií o ranom vývoji klientov odborníci zameraní na diagnostiku, keďže si toto obdobie klienti nepamätajú a získanie údajov od rodičov alebo pediatra je často náročné. Ešte väčšie ťažkosti odborníci zaznamenali pri získavaní informácií z obdobia raného vývoja, najmä v oblasti utvárania vzťahovej väzby. Žiadny z odborníkov nemal presný prehľad o úrovni vzťahovej väzby jednotlivých klientov. Klinickí psychológovia si diagnostické batérie vytvárali individuálne a doposiaľ nevnímali skúmanie úrovne vzťahovej väzby za nevyhnutnú súčasť posúdenia klienta.

Ďalšou oblasťou, na ktorú sme sa v rámci tejto práce sústredili boli komorbidity a pridružené symptómy u klientov s genderovou inkongruenciou. Všetci klinickí psychológovia identifikovali začiatok pocitov odlišnosti okolo desiatich až trinástich rokov, a to v oblastiach vonkajšieho vzhľadu, najčastejšie vlasov a oblečenia, hier a sociálneho okruhu. Vo všetkých týchto oblastiach popisovali vybraní klienti preferenciu žiadaného genderu, nie prideleného pohlavia. Od približne štrnástich rokov, podľa väčšiny odborníkov, začali vybraní klienti presnejšie rozpoznávať svoje pocity genderovej inkongruencie, **Toto uvedomenie možno ozančiť ako prvú vázu coming outu, ktorú popisujú rovnako** Pitoňák & Macháčková (2023) v období štrnástich rokov života u skúmaných respondentov.

Medzi ďalšími skúmanými oblasťami boli komorbidity a pridružené symptómy klientov s genderovou inkongruenciou. Najčastejšou symptomatikou pridruženou u vybraných klientov bola automutilácia. Výskyt automutilácie potvrdila aj Silvia et al. (2021), Thompsona et al. (2021), Karvoven et al. (2022) a Paz-Otero et al. (2021), ktorí zaznamenali zvýšený výskyt sebapoškodzovania ako aj samovražedných myšlienok a pokusov. Na to nadväzuje naše zistenie, kedy sme identifikovali u jedného z klientov opakované suicidálne pokusy, ktoré vyústili v psychiatrickú hospitalizáciu. V dobe rozhovoru sa už ani u jedného z klientov nevyskytovala automutilácia alebo suicidálny pokus po započatí tranzície. S tým úzko súvisí zistenie Aldridgeho et al. (2020), ktorí zistili výrazné zistenie depresívnej symptomatiky po hormonálnej terapii. Úroveň depresívnej a úzkostnej symptomatiky sa ale stále pohybovala nad priemerom bežnej populácie. Započatie hormonálnej terapie mohlo vplývať na zníženie depresívnej symptomatiky ako je automutilácia alebo suicidálny pokus. U jedného z klientov však odborník stále eviduje prítomnosť depresie aj v súčasnom stave. Vplývať na to môže aj jeho komorbidita s PAS, ktorá podľa Stranga et al. (2021) súvisí s vyšším výskytom depresie ako aj depresívnej symptomatiky ako sú suicidálne myšlienky a automutilácia.

Ako prvú najčastejšiu komorbiditu sme zistili úzkostne depresívnu poruchu, PAS, emočne nestabilnú poruchu osobnosti hraničného typu a vyskytli sa aj prípady ADHD nepozorného typu a obsedantne kompulzívna porucha (OCD). Zistenia o výskyte úzkostne depresívnej symptomatiky podporujú viaceré štúdie Freitas et al. (2020), Frew et al. (2021) a Gualaerti et al. (2022). Štúdia Thomsona et al. (2020) tiež potvrdila prítomnosť porúch ADHD u osôb s genderovou inkongruenciou. PAS je komorbidita, ktorej sa odborná verejnosť začala venovať len pomerne nedávno a jeden z klinických psychológov tiež uviedol, že ju dlho vnímal ako kontraindikáciu, ale dnešné výskumy už viac nasvedčujú, že sa jedná o komorbiditu, ktorá by nemala brániť započatie genderovo afirmačnej starostlivosti (Thorne et al., 2020). S tým úzko súvisí zistenie Cooper et al. (2022), podľa ktorého sú osoby s genderovou inkongruenciou a autizmom vystavené diskriminácii na základe oboch diagnóz a pri starostlivosti o genderovú inkongruenciu často narážajú na nedostatočné zohľadnenie svojich potrieb súvisiacich s autizmom. Vo výsledkoch štúdie boli aj takí jedinci, ktorí vnímali že im diagnóza PAS pomohla znížiť napätie spojené so spoločenskou konformitou. Komorbidita PAS a genderovej inkongruencie v posledných rokoch vzbudzuje čoraz väčší záujem odbornej verejnosti, ale stále si vyžaduje podrobnejšie

preskúmanie, rovnako ako komorbidita s OCD, ktorú žiadna zo štúdií uvedených v teoretickej časti nezaznamenala.

Na základe rozhovorov s klinickými psychológmi sme evidovali niekoľko komorbidít a faktorov, ktoré odborníci vnímajú ako rizikové pre začatie genderovo afirmačnej starostlivosti. Medzi komorbidity patrili akútny psychotický stav, emočne nestabilná porucha osobnosti hraničného alebo histriónskeho typu, ktorá nie je podchytená medikáciou, a sociálna a emočná nezrelosť. Nezrelosť bola najčastejšie spájaná s nedostatkom adaptačných mechanizmov, ktoré odborníci vnímajú ako potrebné pred vstupom do tranzície. Túto skutočnosť podporuje aj zistenie štúdie Kozłowskej et al. (2021), ktorá u skúmaného vzorku respondentov s genderovou inkongruenciou zistila prevahu využívania rizikových stratégií, špecificky dysfunkčné emocionálne a kongnitívne procesy. V prípade týchto komorbidít odporúčali klinickí psychológovia prioritne absolvovať psychoterapeutické alebo psychiatrické stretnutia. Tieto komorbidity neboli prekážkou znemožňujúcou začať v budúcnosti hormonálnu tranzíciu, ale jej začatie vyžadovalo ich stabilizovaný stav a pravidelné kontroly u klinického psychológa, pokiaľ to odsúhlasil sexuológ. Rizikové faktory, ktoré popisovali odborníci, bol znížený intelekt a prítomnosť závažnej traumatickej symptomatiky v anamnéze. Tieto faktory neboli prekážkou začatia hormonálnej terapie, taktiež si vyžadovali bližšie sledovanie prostredníctvom kontrolných vyšetrení a odporúčanej psychoterapeutickej starostlivosti.

S tým úzko súvisí aj zistenie u väčšiny odborníkov, podľa ktorého je systém nastavený skôr na najrýchlejšiu, než na adekvátnu pomoc, často bez potrebného psychoterapeutického zásahu. Odborníci tiež vnímajú ako problematickú nedostatočnú edukáciu klientov a subjektívny charakter posudzovania stavu sexuológmi, ktoré zohrávajú významnú úlohu v ďalšom priebehu procesu.

Poslednou oblasťou, na ktorú sme sa zamerali v našej práci boli špecifiká, ktoré odborníci v rámci svojej praxe evidujú u klientov s genderovou inkongruenciou oproti inej klientele. Prvým špecifikom, ktoré sme identifikovali z rozhovorov, boli dva typy klinických psychológov. Prvým typom boli klinickí psychológovia, ktorí vykonávali terapeutické aj diagnostické služby. Títo odborníci mali väčšie množstvo informácií o diagnostickom procese čo sa ukázalo aj v analýze kde sme od týchto odborníkov získali detailnejšie poznatky o diagnostike klientov s genderovou inkongruenciou. Druhým typom boli klinickí psychológovia, ktorí vykonávali len psychoterapeutickú starostlivosť a boli viac zameraní

na dlhodobú a konzistentnú spoluprácu s klientom. Od týchto odborníkov sa nám rozhovormi a analýzou podarilo získať presnejšie anamnestické údaje. Úlohou tohto typu klinických psychológov v diagnostickom procese bolo získať detailnejšie dáta z anamnézy, ktoré následne slúžili na lepšiu interpretáciu testových a projektových metód. Kombinácia týchto dvoch typov informácií poskytla bohaté informácie o koncepte genderovej inkongruencie z praxe odborníkov, čo naznačuje, že ich spolupráca má významný dopad na adekvátne poskytovanie starostlivosti týmto klientom. Na základe toho považujeme toto zistenie za dôležité a vyzdvihujeme potrebu bližšieho preskúmania a prípadného ukotvenia v štandardizovanom postupe práce s klientmi s genderovou inkongruenciou.

Klinickí psychológovia vnímajú nedostatočné príručky, ktoré by zjednotili poskytovanie psychologickej starostlivosti. Na základe analýzy sme identifikovali niekoľko spoločných faktorov diagnostického procesu, ktoré popisuje väčšina odborníkov. Patrí k nim: prvý kontakt so zdravotníckym odborníkom v oblasti sexuológie v ČR a psychiatra na SK, vykonávanie psychologickej diagnostiky prostredníctvom minimálne troch sedení a využívanie klinických, testových a projektových metód. Medzi najčastejšie používané metódy patrili anamnestický rozhovor, ROR, MMPI-II, KIT, WAIS-III/WICS-III a Kresba postavy.

Medzi ďalšie špecifiká, ktoré zaznamenala väčšina odborníkov je nárast klientov s genderovou inkongruenciou, čo potvrdilo aj skúmanie Pitoňáka a Macháčkovej (2023), ktorí oproti roku 2018 zaznamenali nárast transgender osôb o 3,3 %. Tento nárast sa mohol odzrkadliť vo väčšom záujme o psychologické vyšetrenia. Túto skutočnosť podporili aj odborníci, ktorí subjektívny nárast klientov prisudzujú zvýšenému počtu spoluprác so sexuológmi. Okrem nárastu tiež odborníci evidovali zvýšený výskyt skupiny F-M, oproti minulosti, kedy prevládala skupiny M-F, ktorú pozoroval klinický psychológ s najdlhšou praxou v tejto oblasti. U ostatných odborníkov sme tento fenomén neevidovali, čo môže súvisieť opäť so zisteniami Pitoňáka a Macháčkovej (2023), ktorí aj v roku 2018 evidovali väčšie zastúpenie skupiny F-M. V našom výskume sa objavila aj kategória „fluidný gender“. Prítomnosť tohto typu, môže vychádzať z tvrdenie Mauvais-Jarvi et al. (2020), ktorí tvrdili, že genderové charakteristiky fluidné, pričom viac ako dve tretiny ľudí vykazujú vlastnosti tradične pripisované opačnému pohlaviu.

Limity výskumu

Ako hlavným limitom výskum vnímame nerovnocenné zastúpenie obidvoch typov klinických psychológov. Na základe zistení, každý z typov klinických odborníkov poskytuje bohatšie informácie o inej oblasti konceptu genderovej inkongruencie. Na základe tohto predpokladu by mohlo byť rovnocenným zastúpením prispieť k dosiahnutiu presnejšieho a komplexnejšieho preskúmania konceptu z pohľadu odborníkov a ich praxe. Výskumná časť bola tiež ovplyvnená ľubovoľnosťou výberu klientov odborníkmi. Viacero z nich počas rozhovoru konštatovalo, že si vybrali „neproblémového“ alebo „toho zaujímavejšieho“ čo mohlo skresliť výsledky výskumu. Limitom súvisiacim s výberom kvalitatívneho dizajnu výskumu je aj subjektívna interpretácia výsledkov výskumníkmi.

Prínos výskumu

Hlavným prínosom tejto práce je podrobnejšie zmapovanie oblastí komorbidít, pridružených ťažkostí a významných udalostí v anamnéze. Ako dôležitý prínos tiež vnímame preskúmanie raného vývoja, najmä obdobie formovania väzbového vzťahu, na ktorý sme doposiaľ nezaznamenali žiadny výskum v Českej ani Slovenskej republike, ktorý by sa viazal na koncept genderovej inkongruencie. Významné je tiež priblíženie procesu psychologickkej starostlivosti z pohľadu klinických psychológov a ich praxe, keďže presný psychodiagnostický proces doposiaľ nebol stanovený. Zistenia z tejto práce môžu slúžiť ako podnet na ďalšie preskúmanie aspektov, ktoré by mohli prispieť k adekvátnejšiemu poskytovaniu starostlivosti pre klientov s genderovou inkongruenciou.

9 ZÁVERY

Daný výskum nám umožnil preskúmať pohľad ôsmych klinických psychológov na koncept genderovej inkongruencie z ich praxe. Získali sme presnejší obraz o významných udalostiach v anamnéze klientov, komorbiditách, pridružených symptómoch a špecifikách klientov s genderovou inkongruenciou oproti inej klientele. V nasledujúcej časti si predstavíme hlavné výskumné výsledky.

- Medzi významné udalosti v anamnéze celkovo patria najčastejšie. sociálne traumy, potom separácia rodičov, špecifická rodinná a výchovná dynamika, somatické ťažkosti, sexuálne zneužívanie a hospitalizácia.
- Väčšina klinických psychológov popísala neprijatie osôb s genderovou inkongruenciou zo strany rodiny a častejšie sa vyskytujúcej ako neprijatie zo strany rovesníckej skupiny a širokej verejnosti
- Medzi významné udalosti v anamnéze zameranej na raný vývoj, predovšetkým obdobie utvárania vzťahovej väzby patria: prenatálne obdobie, pôrod, rodičovská dovolenka a narušený vývoj
- V oblasti rodičovských vzťahov bol najviac narušený vzťah s otcom, kde bol kontakt narušený alebo bola prítomná jeho úplná absencia
- Odborníci skúmajú raný vývoj, ale podrobnejšie sa ním zaoberajú psychológovia so zameraním na psychoterapiu. V tejto vnímajú odborníci so zameraním na diagnostiku, problematické dostať sa k informáciám o ranom vývoji, najmä z obdobia utvárania vzťahovej väzby,.
- Skúmanie úrovne vzťahovej väzby odborníci vykonávajúci diagnostiku nepovažujú za nevyhnutnú súčasť posúdenia stavu klienta s genderovou inkongruenciou.
- Najčastejšou záťažovou pre klientov bol strach z neprijatia, ktorý klinickí psychológovia pozorovali zo strany rodiny ako rovesníckej skupiny alebo širšej verejnosti

- Všetci klinický psychológovia popísali obdobie od 10-13 rokov ako obdobie kedy si osoby s genderovou inkongruenciou začali pociťovať inakosť. Väčšina odborníkov popísala, že osoby identifikovali a začali riešiť proces spojený s genderovou inkongruenciou od 14 roku
- Kontraindikácie a pridružené ťažkosti, ktoré zaznamenali klinický psychológovia u vybraných klientov boli, najčastejšie automutilácia, potom úzkostne depresívna porucha, PAS, ADHD, emočne nestabilná porucha osobnosti hraničného typu, depresia a OCD
- Ako kontraindikácie v diagnostickom procese sú vnímané psychotický stav v akútnej fáze a nestabilizovaná emočne labilná porucha hraničného typu a emocionálna a sociálna nezrelosť (nedostatok adaptačných mechanizmov). Ako rizikové faktory sú znížený intelekt a prítomnosť závažnej traumatologickej symptomatiky v anamnéze.
- Problematickou oblasťou z pohľadu klinických psychológov je nízka informovanosť osôb s genderovou inkongruenciou a tlak systému na čo najrýchlejšiu, a nie najadekvátnejšiu, starostlivosť
- Väčšina klinických psychológov zaznamená nárast osôb s genderovou inkongruenciou vo svojej praxi rovnako aj väčšie zastúpenie skupiny female to male (F-M)

SÚHRN

Predkladaná diplomová práca sa zaoberá preskúmaním konceptu genderovej inkongruencie, pričom sa zameriava na zmapovanie významných životných udalostí v anamnéze klientov vo všeobecnosti a v období raného vývoja, najmä doby upevňovania väzbového vzťahu. V danej práci sme sa tiež sústredili na prítomnosť komorbidít, pridružených psychických ťažkostí a iných špecifik, ktoré klinickí psychológovia pozorujú u klientov s genderovou inkongruenciou oproti inej klientele vo svojej praxi.

TEORETICKÁ ČASŤ je tvorená štyrmi kapitolami, ktorých cieľom je oboznámiť čitateľa so základnými teoretickými poznatkami o terminológii súvisiacej so skúmaným konceptom a procese formovaní genderovej identity jednotlivca. Pre lepšie uchopenie skúmaného konceptu sa v teoretickej časti venujeme aj diagnostickému a klasifikačnému zaradeniu, pričom sa bližšie zameriavame na proces a kritériá diagnostiky. Posledné dve časti sa bližšie zameriavajú na oblasť vzťahovej väzby a jej súvislosť genderovou inkongruenciou, ako aj na aktuálne výskumy v oblasti komorbidít a pridružených ťažkostí u osôb s genderovou inkongruenciou.

Vymedzenie **terminológie** sa sústreďí predovšetkým na priblíženie základných termínov, ako je gender, pohlavie, cisgender a transgender. Pohlavie odkazuje na biologický systém, na základe ktorého je pri narodení pridelené pohlavie (Hyde, 2019). Oproti tomu gender najčastejšie zahŕňa psychické vlastnosti a spoločenské roly, ktoré sú jedinci pridelené na základe pohlavia (Etaugh & Bridges, 2023) a formuje sa individuálnymi a sociálnymi procesmi (Tobin et al., 2010). S tým súvisí genderová identita, ktorá odráža psychologický vzťah k určitým sociálnym hodnotám od ktorých sa odvíjajú sociálne a genderové role. Tie sa rozvíjajú súčasne s genderovou identitou (Vranka, 2014; Eagy & Wood, 2011). Nie všetci však zapadajú do sociálne tradičných a binárnych kategórií muž/žena, čo vedie k rozšíreniu konceptu o nebinárne či genderovo expanzívne identity (Brown et al., 2020). Osoby zažívajúce nesúlad medzi priradeným pohlavím pri narodení a genderovou identitou sa označujú najčastejšie spoločným termínom transgender (Neumann et al., 2022).

Diagnostické manuály prešli významnými zmenami v definovaní diagnózy. ICD-11 využíva termín gender incongruence, a z nej vychádzajúca MKN-11 termín genderový nesúlad, pričom sa zameriava na intenzitu prežívania osoby a je možné ju diagnostikovať aj bez prítomnosti psychických či behaviorálnych symptómov. Naopak, DSM-5-TR zaraďuje genderovú dysfóriu medzi duševné poruchy a vyžaduje prítomnosť

psychických ťažkostí (APA, 2022; Crocq, 2021; Patarák, 2018; WHO, 2018). Súčasný výskum etiológie gendrovej inkongruencie sa sústreďuje na genetické, hormonálne a neuroanatomické vplyvy (Theisena et al., 2024; Vetri et al., 2021). **Diagnostický proces** v Českej republike sa riadi klasifikačným manuálom a odporúčaniami Svetová profesionálna asociácia pre transgedner zdravie (WPATH), v českom preklade „Standardy péče o zdraví transgender a genderově rozmanitých osob, verze č. 8“ (Heumann, 2024).

Raný vývoj je obdobím, ktoré je citlivé na pôsobenie biologických a psychosociálnych rizík, ktoré ovplyvňujú vývoj mozgu a narúšajú vývin detí. Jednou z potencionálnych rizík je narušený proces formovania väzbového vzťahu najčastejšie medzi matkou a dieťaťom, ktorý zohráva významnú úlohu pri budovaní identity dieťaťa (Jeong et al., 2021; Walker et al., 2021) a pre rozvoj stratégií zvládania záťaže, ktoré ovplyvňujú riziko rozvoja psychických ťažkostí (Sharma et al., 2020). Súvis medzi raným vývojom, vzťahovou väzbou a genderovou inkongruenciou vyplýva zo štúdie Kozłowska et al. (2021), ktorý zistili, že osoby s gendrovou inkongruenciou najčastejšie vykazovali narušené väzbové vzorce a maladaptívne stratégie zvládania záťaže, ktoré vedú k vyššiemu riziku dlhodobých následkov (Masten & Cicchetti, 2010).

Súčasnne výskumy zameriavajúce sa na komorbidity potvrdili vyšší výskyt mentálnych porúch u osôb s genderovou inkongruenciou, pričom medzi pridružené ťažkosti a diagnózy na základe výsledkov patrili poruchy nálad, úzkostná symptomatika, suicidálne pokusy a myšlienky, sebapoškodzovanie, nadmerné užívanie psychoaktívnych látok, schizofrénia, PAS a ADHD.

VÝSKUMNÁ ČASŤ tejto práce mala za cieľ hlbšie preskúmať, aké významné udalosti v anamnézách, ktoré sa môžu vyskytovať u klientov s genderovou inkongruenciou. Ďalším cieľom bolo preskúmať, aké významné komorbidity alebo pridružené symptómy, ktoré je možné identifikovať u klientov, na základe praxe klinických psychológov. Rovnako sa práca zameriavala na to, aké špecifiká a poznatky odborníci z klinickej praxe uvádzajú u týchto klientov, ktorí boli v ich starostlivosti, oproti inej klientele. Dielčím cieľom bolo preskúmať aké významné okolnosti raného vývoja, najmä v období keď sa utvára vzťahová väzba k opatrovateľským osobám, sa môžu vyskytovať v anamnézách klientov, z pohľadu klinických psychológov. Na základe týchto cieľov boli definované tri výskumné otázky a jedna podotázka. Pre zodpovedanie týchto otázok bola zvolený výskumný dizajn viacprípadovej exploračnej štúdie (Hendl, 2023; Chrastina, 2019). Do výskumného súboru

bolo zahrnutých osem klinických psychológov zo Slovenskej a Českej republiky, ktorý boli do výskumu získaní metódou zámerného výberu. Títo klinický psychológovia si ľubovoľne vybrali jedného klienta v procese tranzície, ktorého mali aktuálne v starostlivosti. Výskumná časť tejto práce bola realizovaná v súlade s etickým kódexom Americkej psychologickéj asociácie (2017) a k údajom o klinických psychológoch aj klientov bolo pristupované v súlade so zákonom o ochrane osobných údajov. Anonymizáciu dát sme zachovali prostredníctvom vytvoreného kódu a nezahrnutia do výskumu konkrétnych informácií, ktoré by mohli viesť k identifikácii klienta. Dáta boli získavané pološtruktúrovaným interview s klinickými psychológmi osobne aj online formou, ktoré sa zameriavalo na oblasť pozorovaných špecifik v rámci praxe odborníkov a preskúmanie oblasti anamnézy z pohľadu významných udalostí, komorbidít a iných ťažkostí. V anamnéze sme sa tiež podrobnejšie dopytovali na oblasť ranného vývoja, najmä obdobie formovania väzbového vzťahu. Dáta z rozhovorov boli zaznamenávané nahrávaním, transkripciou upravené do písomnej podoby a následne spracovávané metódou tématickej analýzy podľa fázy Braunovej a Clarkovej (2006). Na základe tejto analýzy sme identifikovali deväť základných tém, medzi ktoré patrili: Významné životné udalosti od troch rokov po súčasnosť, Významné životné udalosti do troch rokov, vzťah s rodičmi, Pohľad odborníkov na význam vzťahovej väzby v procese diagnostiky genderovej inkongruencie, Prežívanie genderovej identity, Pridružené psychické ťažkosti, Počet klientov a zastúpenie typológie M-F/F-M, Zátiažové oblasti a Diagnostický proces.

K výsledným zisteniam výskumnej časti patrili významné udalosti v anamnéze celkovo, medzi ktoré patria: sociálne traumy, separácia rodičov, špecifická rodinná a výchovná dynamika, somatické ťažkosti, sexuálne zneužívanie a hospitalizácia.

Ako významné udalosti v anamnéze zameranej na ranný vývoj, predovšetkým obdobie utvárania vzťahovej väzby patria odborníci evidovali: prenatálne obdobie, pôrod, rodičovská dovolenka a narušený vývoj. Najčastejšie bola prítomná separácia od otca v rannom období a narušené vzťahy s otcom. Odborníci skúmajú ranný vývoj, ale podrobnejšie sa ním zaoberajú psychológovia so zameraním na psychoterapiu, Problematické odborníci vnímajú dostať sa k informáciám o ranom vývoji, najmä z obdobia utvárania vzťahovej väzby.

Ako kontraindikácie v diagnostickom procese sú vnímané psychotický stav v akútnej fáze a nestabilizovaná emočne labilná porucha hraničného typu a emocionálna a sociálna nezralosť (nedostatok adaptačných mechanizmov). Ako rizikové faktory sú znížený intelekt a prítomnosť závažnej traumatologickej symptomatiky v anamnéze. Medzi kontraindikácie a pridružené symptómy vyskytujúce sa u vybraných klientov patrili: automutilácia, úzkostne

depresívna porucha, PAS, ADHD, emočne nestabilná porucha osobnosti hraničného typu, depresia a OCD. Všetci odborníci pozorovali u klientov začiatky pocitov odlišnosti v období desiatich až trinástich rokov a konkrétnu identifikáciu nesúladu gendru a pohlavia v štrnástom rokoch. Oblasti, v ktorých pociťovali inakosti bol fyzický vzhľad, hra a sociálny okruh vrstevníkov.

Významné špecifiká, ktoré zaznamenali klinický psychológovia u klientov s genderovou inkongruenciou vo svojej praxi patrili: nárast osôb s gendrovou inkongruenciou vo svojej praxi rovnako aj väčšie zastúpenie skupiny female to male (F-M). Ako problematické vnímali nízka informovanosť osôb s gendrovou inkongruenciou a tlak systému na čo najrýchlejšiu, a nie najadekvátnejšiu, starostlivosť

LITERATÚRA

Aldridge, Z., Patel, S., Guo, B., Nixon, E., Pierre Bouman, W., Witcomb, G. L., & Arcelus, J. (2021). Long-term effect of gender-affirming hormone treatment on depression and anxiety symptoms in transgender people: A prospective cohort study. *Andrology*, 9(6), 1808-1816. DOI: 10.1111/andr.12884

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Publishing.

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.,text rev.). American Psychiatric Publishing.

Ashley, F. (2021). The misuse of gender dysphoria: Toward greater conceptual clarity in transgender health. *Perspectives on Psychological Science*, 16(6), 1159-1164. DOI: <https://doi.org/10.1177/174569161987298>

Athenstaedt, U., Haas, E., & Schwab, S. (2004). Gender role self-concept and gender-typed communication behavior in mixed-sex and same-sex dyads. *Sex Roles*, 50, 37-52. DOI: <https://doi.org/10.1023/B:SERS.0000011071.68830.48>

Bhargava, A., Arnold, A. P., Bangasser, D. A., Denton, K. M., Gupta, A., Hilliard Krause, L. M., ... & Verma, R. (2021). Considering sex as a biological variable in basic and clinical studies: an endocrine society scientific statement. *Endocrine reviews*, 42(3), 219-258. DOI: <https://doi.org/10.1210/endrev/bnaa034>

Birk, S.L., Stewart, L. & Olino, T.M. (2022). Parent–Child Synchrony After Early Childhood: A Systematic Review. *Clin Child Fam Psychol* 25, 529–551. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10567-022-00383-7>

Blackless, M., Charuvastra, A., Derryck, A., Fausto-Sterling, A., Lauzanne, K., & Lee, E. (2000). How sexually dimorphic are we? Review and synthesis. *American Journal of Human Biology: The Official Journal of the Human Biology Association*, 12(2), 151-166. DOI: 10.1002/(SICI)1520-6300(200003/04)12:2<151::AID-AJHB1>3.0.CO;2-F

Blakemore, J. E. O., Berenbaum, S. A., & Liben, L. S. (2013). *Gender development*. Psychology Press.

Boucher, F. J. O., & Chinnah, T. I. (2020). Gender Dysphoria: A Review Investigating the Relationship Between Genetic Influences and Brain Development. *Adolesc Health Med Ther*, 11, (89-99). DOI: <https://doi.org/10.2147/AHMT.S259168>

Boyce, W. T., Levitt, P., Martinez, F. D., McEwen, B. S., & Shonkoff, J. P. (2021). Genes, environments, and time: the biology of adversity and resilience. *Pediatrics*, 147(2). DOI: 10.1542/peds.2020-1651

Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology*, 28(5), 759–775. DOI: <https://doi.org/10.1037/0012-1649.28.5.759>

Brown, C. S., Biefeld, S. D., & Tam, M. J. (2020). *Gender in childhood*. Cambridge University Press.

Butler, S.C. & Als, H. (2008). Screening, Newborn and Maternal Well-Being. In Haith, M. M., & Benson, J. B. (Eds.), *Encyclopedia of infant and early childhood development* (str. 66–78). DOI: 10.1016/B978-0-12-809324-5.05880-6

Campbell, A., Shirley, L., & Candy, J. (2004). A longitudinal study of gender-related cognition and behaviour. *Developmental Science*, 7(1), 1-9. DOI: 10.1111/j.1467-7687.2004.00316.x

Carr, D. (2021). Personal identity is social identity. *Phenomenology and the cognitive sciences*, 20(2), 341-351. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11097-020-09702-1>

Coleman, E., Radix, A. E., Bouman, W. P., Brown, G. R., de Vries, A. L. C., Deutsch, M. B., ... Arcelus, J. (2022). Standards of Care for the Health of Transgender and Gender Diverse People, Version 8. *International Journal of Transgender Health*, 23(sup1), S1–S259. <https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2100644>

Crocq, M. A. (2021). How gender dysphoria and incongruence became medical diagnoses – a historical review. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 23(1), 44–51. <https://doi.org/10.1080/19585969.2022.2042166>

Dakkak, M., Kriegel, D. L., & Tauches, K. (2023). Caring for Transgender and Gender-Diverse People: Guidelines From WPATH. *American family physician*, 108(6), 626-629.

David, N., Hana, F., Jiřina, Z., Marta, Š., & Petr, W. (2022). Pohlavní/rodová neshoda v dětství. *Czecho-Slovak Pediatrics/Česko-Slovenská Pediatrie*, 77(3). DOI: 10.55095/CSPediatric2022/021.

Davis, E. P., & Narayan, A. J. (2020). Pregnancy as a period of risk, adaptation, and resilience for mothers and infants. *Development and psychopathology*, 32(5), 1625-1639. DOI: 10.1017/S0954579420001121

de Freitas, L. D., Léda-Rêgo, G., Bezerra-Filho, S., & Miranda-Scippa, Â. (2020). Psychiatric disorders in individuals diagnosed with gender dysphoria: A systematic review. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 74(2), 99-104. DOI: <https://doi.org/10.1111/pcn.12947>

Dierckxens, G., & Baron, T. R. (2024). Phenomenological Interview and Gender Dysphoria: A Third Pathway for Diagnosis and Treatment. *The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine*, 49 (1), 28 – 42. DOI: <https://doi.org/10.1093/jmp/jhad039>

Dreger, A. D. (1998). A history of intersexuality: From the age of gonads to the age of consent. *The Journal of Clinical Ethics*, 9(4), 345-355. DOI: <https://doi.org/10.1086/JCE199809402>

Drescher, J. (2016). Gender Diagnoses in the DSM and ICD. *Psychiatric Annals*, 46(6), 350-354. <https://doi.org/10.3928/00485713-20160415-01>

Drescher, J., Cohen-Kettenis, P., & Winter, S. (2012). Minding the body: Situating gender identity diagnoses in the ICD-11. *International Review of Psychiatry*, 24(6), 568-577. DOI: 10.3109/09540261.2012.741575

Duschinsky, R., Granqvist, P., & Forslund, T. (2023). *The Psychology of Attachment* (1st ed.). Routledge. DOI: 10.4324/9781003020349

Dušková, Š., Fafejta, M., & Sloboda, Z. (2022). *Trampoty s pohlavím: sociální a právní aspekty života intersex lidí*. Wolters Kluwer.

Eagly, A. H., & Wood, W. (2011). Social role theory. In Van Lange, P. A. M., Kruglanski A.W. & Higgins, E. T. (Eds.), *Handbook of theories of social psychology* (str. 458-476). Sage Publications Ltd. DOI: <https://doi.org/10.4135/9781446249222.n49>

Eckert, P., and G. S. McConnell (2013). *Language and Gender*. 2nd ed. Cambridge: Cambridge University Press.

Etaugh, C.A., & Bridges, J.S. (2023). *Women's Lives: A Psychological Exploration* (5th ed.). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781003231134>

Fafejta, M. (2016). *Sexualita a sexuální identita: sociální povaha přirozenosti*. Portál.

Farina, B., Liotti, M., & Imperatori, C. (2019). The role of attachment trauma and disintegrative pathogenic processes in the traumatic-dissociative dimension. *Frontiers in Psychology*, 10. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00933>

Fausto-Sterling, A. (2021). A dynamic systems framework for gender/sex development: From sensory input in infancy to subjective certainty in toddlerhood. *Frontiers in Human Neuroscience*, 15, 613789. DOI: <https://doi.org/10.3389/fnhum.2021.613789>

Fernández, R., Cortés-Cortés, J., Esteva, I., Gómez-Gil, E., Almaraz, M.C., Lema, E., Rumbo, T., Haro-Mora, J-J., Roda, E., Guillamón, A., & Pásaro, E. (2015). The CYP17 MspA1 Polymorphism and the Gender Dysphoria. *The Journal of Sexual Medicine*, 12 (6), 1329 – 1333. DOI: <https://doi.org/10.1111/jsm.12895>

Fiani, C. N., & Han, H. J. (2020). Navigating identity: Experiences of binary and non-binary transgender and gender non-conforming (TGNC) adults. *International journal of transgedner*, 20 (2-3), 181-194. DOI: 10.1080/15532739.2018.1426074

Fifková, H., Weiss, P., Procházka, I., Cohen – Kettenis, P. T., Pfäfflin, F., Jarolím, L., Veselý, J., & Weiss, V. (2008). *Transsexualita a jiné poruchy pohlavní identity*. Grada Publishing as.

First, M. B., Clarke, D. E., Yousif, L., Eng, A. M., Gogtay, N., & Appelbaum, P. S. (2023). DSM-5-TR: rationale, process, and overview of changes. *Psychiatric Services*, 74(8), 869-875. DOI: 10.1002/wps.20989

Flanagan, J. C., Sippel, L. M., Santa Maria, M. M. M., Hartwell, K. J., Brady, K. T., & Joseph, J. E. (2019). Impact of Oxytocin on the neural correlates of fearful face processing in PTSD related to childhood Trauma. *European journal of psychotraumatology*, 10(1). DOI: 10.1080/20008198.2019.1606626

Frew, T., Watsford, C., & Walker, I. (2021). Gender dysphoria and psychiatric comorbidities in childhood: a systematic review. *Australian Journal of Psychology*, 73(3), 255-271. DOI: <https://doi.org/10.1080/00049530.2021.1900747>

Friedber, A., & Melafakis, D. (2022). Resilience, Trauma and Coping. *Psychodynamic Psychiatry*, 50 (2), 382-409. DOI: <https://doi.org/10.1521/pdps.2022.50.2.382>

Gervais, C., & Jose, P. E. (2020). How does family connectedness contribute to youths' health? The mediating role of coping strategies. *Family process*, 59(4), 1627-1647. DOI: <https://doi.org/10.1111/famp.12514>

Ghiasi, Z., Khazaei, F., Khosravi, M., & Rezaee, N. (2024). Physical and psychosocial challenges of people with gender dysphoria: a content analysis study. *BMC public health*, 24(1), 16. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-023-17537-z>

Goymann, W., Brumm, H., & Kappeler, P. M. (2023). Biological sex is binary, even though there is a rainbow of sex roles: Denying biological sex is anthropocentric and promotes species chauvinism. *Bioessays*, 45(2), 2200173.

Graignic-Philippe, R., Dayan, J., Chokron, S., Jacquet, A. Y., & Tordjman, S. (2014). Effects of prenatal stress on fetal and child development: a critical literature review. *Neuroscience & biobehavioral reviews*, 43, 137-162. DOI: [10.1016/j.neubiorev.2014.03.022](https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2014.03.022)

Gualerzi, A., Capirone, F., Schettini, C., Bert, F., & Villari, V. (2022). Gender dysphoria and psychiatric comorbidity: a ten-years descriptive study. *Evidence-based Psychiatric Care*, 8, 41-47. DOI: <https://doi.org/10.36180/2421-4469-2022-4>

Gutman, L. M. (2008). Risk and Resilience. In Haith, M. M., & Benson, J. B. (Eds.), *Encyclopedia of infant and early childhood development* (str. 23–34).

Halim, M.L., Ruble, D.N., Tamis-LeMonda, C.S., Zosuls, K.M., Lurye, L.E., & Greulich, F.K. (2014). Pink frilly dresses and the avoidance of all things "girly": children's appearance rigidity and cognitive theories of gender development. *Developmental psychology*, 50 4, 1091-101. DOI: [10.1037/a0034906](https://doi.org/10.1037/a0034906)

Hamilton, M. C. (1991). Masculine bias in the attribution of personhood: People= male, male= people. *Psychology of Women Quarterly*, 15(3), 393-402. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1471-6402.1991.tb00415>

Hammack, P. L., Hughes, S. D., Atwood, J. M., Cohen, E. M., & Clark, R. C. (2022). Gender and sexual identity in adolescence: A mixed-methods study of labeling in diverse community settings. *Journal of adolescent research*, 37(2), 167-220. DOI: <https://doi.org/10.1177/074355842110003>

Hare L (2009) Androgen receptor length polymorphism associated with male-to-female transsexualism. *Biological Psychiatry* 65, 93-96. DOI: 10.1016/j.biopsych.2008.08.033

Haslam, S. A., Haslam, C., Jetten, J., Cruwys, T., & Dingle, G. A. (2020). Social identity. *The Wiley encyclopedia of health psychology*, 679-688. DOI: <https://doi.org/10.1002/9781119057840.ch119>

Heumann, V. (Trans.). (2024). *Standardy péče o transgender a genderově rozmanité osoby* (Verze č. 8). Národní ústav duševního zdraví. (Pôvodné dielo publikované v roku 2022).

Hyde, J. S., Bigler, R. S., Joel, D., Tate, C. C., & van Anders, S. M. (2019). The future of sex and gender in psychology: Five challenges to the gender binary. *American Psychologist*, 74(2), 171. DOI: 10.1037/amp0000307

Chappell, L. (2011). Nested newness and institutional innovation: Expanding gender justice in the international criminal court. *Gender, politics and institutions: Towards a feminist institutionalism*, 163-180. DOI: <https://doi.org/10.1177/0192512110388788>

Christiansen, D. M., McCarthy, M. M., & Seeman, M. V. (2022). Where sex meets gender: How sex and gender come together to cause sex differences in mental illness. *Frontiers in psychiatry*, 13 (856436). DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2022.856436>

Janošová, P. (2008). *Dívčí a chlapecká identita*. Grada Publishing as.

Jeong, J., Franchett, E. E., Ramos de Oliveira, C. V., Rehmani, K., & Yousafzai, A. K. (2021). Parenting interventions to promote early child development in the first three years of life: A global systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*, 18(5). DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003602>

Johnson, A. W., & Peterson, S. (2019). Supporting Individual and Community Identity Development in Infant-Toddler Classrooms. *Zero to Three*, 39(3), 18-24.

Jochmannová, L. (2021). *Trauma u dětí: Kategorie, projevy a specifika odborné péče*. Grada Publishing, a.s.

Karvonen, M., Karukivi, M., Kronström, K., & Kaltiala, R. (2022). The nature of co-morbid psychopathology in adolescents with gender dysphoria. *Psychiatry research*, 317, 114896. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2022.114896>

Kruger, D., & Keyser-Verreault, A. (2022). What is gender? In Kerr, G (Ed.), *Gender-based violence in children's sport* (str. 24-29). Routledge. DOI: 10.4324/9781003035138-5

Kronk, C. A., Everhart, A. R., Ashley, F., Thompson, H. M., Schall, T. E., Goetz, T. G., ... & Karnoski, R. (2022). Transgender data collection in the electronic health record: current concepts and issues. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 29(2), 271-284. DOI: 10.1093/jamia/ocab136

Langmajer, J., & Krejčířová, D. (2006). *Vývojová psychologie*. Grada Publishing as.

Lečbych, M., Pospíšilíková, K. (2012). Česká verze škály Experiences in Close Relationships (ECR): Pilotní studie posouzení vztahové vazby v dospělosti. *E-psychologie*, 6(3), 1-11.

Malta, M., LeGrand, S., Turban, J., Poteat, T., & Whetten, K. (2020). Gender-congruent government identification is crucial for gender affirmation. *The Lancet Public Health*, 5(4), e178-e179.

Manning, J. (2014). Communicating sexual identities: a typology of coming out. *Sexuality & Culture*. DOI: 10.1007/s12119-014-9251-4

Marcia, J. E. (1980). "Identity in adolescence." In J. Adelson (Ed.), *Handbook of adolescent psychology* (str. 109-137). New York: Wiley.

Masten, A. S., & Cicchetti, D. (2010). Developmental cascades. *Development and Psychopathology*. 22, 491–495. DOI: <https://doi.org/10.1017/S0954579410000222>

Matlin, M. W. (2008). *The psychology of women* 6th ed. Wadsworth/Thomson Learning

Mauvais-Jarvis, F., Merz, N. B., Barnes, P. J., Brinton, R. D., Carrero, J. J., DeMeo, D. L., ... & Suzuki, A. (2020). Sex and gender: modifiers of health, disease, and medicine. *The Lancet*, 396 (10250), 565-582. DOI: 10.1016/S0140-6736(20)31561-0

Mcmullen, M. (2013). Understanding development of infants and toddlers. In Copple, C., Bredekamp, S., Koraleck, D., & Charner, K. (Eds.), *Developmentally Appropriate Practice: Focus on Infants and Toddlers* (str. 23-50).

Money, J. (1973). Gender Role, Gender Identity, Core Gender Identity: Usage and Definition of Terms. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 1(4), 397-402. DOI: 10.1521/jaap.1973.1.4.397

Muehlenhard, C. L., & Peterson, Z. D. (2011). Distinguishing between sex and gender: History, current conceptualizations, and implications. *Sex roles*, 64, 791-803. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11199-011-9932-5>

Nečasová, D. (2008). Dějiny žen či gender history?. *Dějiny-Teorie-Kritika*, (01), 81-102. DOI: <https://doi.org/10.14712/24645370.2481>

Ornaghi, V., Pepe, A., Agliati, A., & Grazzani, I. (2019). The contribution of emotion knowledge, language ability, and maternal emotion socialization style to explaining toddlers' emotion regulation. *Social Development*, 28(3), 581-598. DOI: <https://doi.org/10.1111/sode.12351>

Osher, D., Cantor, P., Berg, J., Steyer, L., & Rose, T. (2020). Drivers of human development: How relationships and context shape learning and development. *Applied developmental science*, 24(1), 6-3. DOI: <https://doi.org/10.1080/10888691.2017.1398650>

Oyetunji, A., & Chandra, P. (2020). Postpartum stress and infant outcome: A review of current literature. *Psychiatry research*, 284 (112769). DOI: 10.1016/j.psychres.2020.112769

Pakpahan, F. H., & Saragih, M. (2022). Theory of cognitive development by Jean Piaget. *Journal of Applied Linguistics*, 2(1), 55-60. DOI: 10.52622/joal.v2i2.79

Patarák, M. (2018). Nozologické transformácie transrodovej identity v najnovších psychiatrických klasifikáciách. *Psychiatria – psychoterapia – psychosomatika*, 25 (3), 32 – 37.

Paz-Otero, M., Becerra-Fernández, A., Pérez-López, G., & Ly-Pen, D. (2021). A 2020 review of mental health comorbidity in gender dysphoric and gender non-conforming people. *J Psychiatry Treat Res*, 3(1), 44-55. DOI: 10.36959/784/425

Pletzer, B., Steinbeisser, J., Van Laak, L., & Harris, T. (2019). Beyond biological sex: interactive effects of gender role and sex hormones on spatial abilities. *Frontiers in neuroscience*, 13, 675. DOI: <https://doi.org/10.3389/fnins.2019.00675>

Procházka, R., & Orel, M. (2021). *Vývojová neuropsychologie*. Grada Publishing as.

Pryzgoda, J., & Chrisler, J.C. (2000). Definitions of gender and sex: The subtleties of meaning. *Sex Roles*, 43(7-8), 553-569. DOI: <https://doi.org/10.1023/A:1007123617636>

Reed, G. M., Drescher, J., Krueger, R. B., Atalla, E., Cochran, S. D., First, M. B., ... & Saxena, S. (2016). Disorders related to sexuality and gender identity in the ICD-11: revising the ICD-10 classification based on current scientific evidence, best clinical practices, and human rights considerations. *World psychiatry*, 15(3), 205-221. DOI: 10.1002/wps.20354

Robles, R., Keeley, J. W., Vega-Ramírez, H., Cruz-Islas, J., Rodríguez-Pérez, V., Sharan, P., ... & Reed, G. M. (2022). Validity of categories related to gender identity in ICD-11 and DSM-5 among transgender individuals who seek gender-affirming medical procedures. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 22(1), 100281. DOI: 10.1016/j.ijchp.2021.100281.

Rodriguez-Seijas, C., Morgan, T. A., & Zimmerman, M. (2024). Transgender and gender diverse patients are diagnosed with borderline personality disorder more frequently than cisgender patients regardless of personality pathology. *Transgender Health*, 9(6), 554-565. DOI: <https://doi.org/10.1002/pmh.70012>

Saffie J. P. R., & Bäuerle N. E. (2023) Etiology of gender incongruence and its levels of evidence: A scoping review protocol. *PLoS ONE*, 18 (3), 1-10. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0283011>

Seibel, B.L., de Brito Silva, B., Fontanari, A. M. V., Catelan, R. F., Bercht, A. M., Stucky, J. L., DeSousa, D. A., Cerqueira-Santos, E., Nardi H. C., Koller, S. H., & Costa, A. B. (2018). The Impact of the Parental Support on Risk Factors in the Process of Gender Affirmation of Transgender and Gender Diverse People. *Frontiers in Psychology*, 9 (399). DOI: 10.3389/fpsyg.2018.00399

Shubert, A., Griffin, N., Mashburn, A., Dorsey, S., & Rodriguez-Seijas, C. (2025). Stigma, Situational Triggers, and Symptoms: How Providers Justify Borderline Personality Disorder Among Sexual and Gender Minority Individuals. *Personality and Mental Health*, 19(2). DOI: <https://doi.org/10.1080/26895269.2024.2447783>

Schmitz, S. (2010). Sex, gender, and the brain – biological determinism versus socio-cultural constructivism. In I. Klinge, & C. Wiesemann (Eds.), *Gender and Sex in Biomedicine*. Theories, Methodologies, Results (str. 57-76). Universitätsverlag Göttingen.

Schöning, S., Engelien, A., Kugel, H., Schäfer, S., Schiffbauer, H., Zwitterlood, P., ... & Konrad, C. (2007). Functional anatomy of visuo-spatial working memory during mental rotation is influenced by sex, menstrual cycle, and sex steroid hormones. *Neuropsychologia*, 45(14), 3203-3214. DOI: 10.1016/j.neuropsychologia.2007.06.011

Silva, D. C., Salati, L. R., Villas-Bôas, A. P., Schwarz, K., Fontanari, A. M., Soll, B., ... & Lobato, M. I. R. (2021). Factors associated with ruminative thinking in individuals with gender dysphoria. *Frontiers in psychiatry*, 12. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.602293>

Sood, R., Chen, D., Muldoon, A. L., Chen, L., Kwasny, M. J., Simons, L. K., ... & Jordan, S. W. (2021). Association of chest dysphoria with anxiety and depression in transmasculine and nonbinary adolescents seeking gender-affirming care. *Journal of Adolescent Health*, 68(6), 1135-1141. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.02.024>

Stets, J. E., Burke, P. J., Serpe, R. T., & Stryker, R. (2020). Getting identity theory (IT) right. In *Advances in group processes* (pp. 191-212). Emerald Publishing Limited.

Strang, J. F., Anthony, L. G., Song, A., Lai, M. C., Knauss, M., Sadikova, E., ... & Kenworthy, L. (2023). In addition to stigma: Cognitive and autism-related predictors of mental health in transgender adolescents. *Journal of clinical child & adolescent psychology*, 52(2), 212-229.

Strang, J. F., Anthony, L. G., Song, A., Lai, M. C., Knauss, M., Sadikova, E., ... & Kenworthy, L. (2023). In addition to stigma: Cognitive and autism-related predictors of mental health in transgender adolescents. *Journal of clinical child & adolescent psychology*, 52(2), 212-229. DOI: 10.1080/15374416.2021.1916940

Stryker, S., & Burke, P. J. (2000). The past, present, and future of an identity theory. *Social Psychology Quarterly*, 63(4), 284-297. DOI: <https://doi.org/10.2307/2695840>

Svetová zdravotnícka organizácia. (2018). *Medzinárodná klasifikácia chorôb – 11. revízia (MKN-11)*. World Health Organization. <https://icd.who.int>

Tahan, M., Taheri, H., & Saleem, T. (2021). Review of psychological trauma: theory, practice, policy and research. *Rivista di psichiatria*, 56(2), 64-73. 10.1708/3594.35764

Theisen, J. G., Chorich, L. P., Xu, H., Knight, J., Kim, Hg., & Layman, L.C. (2024). Identification of rare genetic variants in the PCDH genetic family in a cohort of transgender women. *F&S Science*, 5 (3), 283 – 292. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.xfss.2024.06.005>

Thompson, L., Sarovic, D., Wilson, P., Säm fjord, A., & Gillberg, C. (2022). A PRISMA systematic review of adolescent gender dysphoria literature: 2) mental health. *PLOS Global Public Health*, 2(5). DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000426>

Thorne, N., Yip, A. K. T., Bouman, W. P., Marshall, E., & Arcelus, J. (2019). The terminology of identities between, outside and beyond the gender binary—A systematic review. *Non-binary and genderqueer genders*, 20 (2-3), 138-154. DOI: 10.1080/15532739.2019.1640654

Thrower, E., Bretherton, I., Pang, K. C., Zajac, J. D., & Cheung, A. S. (2020). Prevalence of autism spectrum disorder and attention-deficit hyperactivity disorder amongst individuals with gender dysphoria: A systematic review. *Journal of autism and developmental disorders*, 50, 695-706. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10803-019-04298-1>

Tomasello, M. (2020). The role of roles in uniquely human cognition and sociality. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 50(1), 2-19. DOI: <https://doi.org/10.1111/jtsb.12223>

Trawick-Smith, J., Wolff, J., Koschel, M. & Vallarelli, J. (2015). Effects of Toys on the Play Quality of Preschool Children: Influence of Gender, Ethnicity, and Socioeconomic Status. *Early Childhood Education Journal* 43 (4), 249–256. DOI: 10.1007/s10643-014-0644-7

Vágnerová, M. (2014). *Psychologie pro pomáhající profese*. Portál

Vágnerová, M., & Lisá, L. (2021). *Vývojová psychologie*. Karolinum.

Valdrová, J., & Kolek, V. (2023). Jazyk, gender a společenské procesy. *Gender a výzkum/Gender and Research*, 23(2), 3-19. DOI: 10.13060/gav.2022.021

Vernerová, A., & Suchý, A. (2024). *Transgender: otevřený rozhovor psychologa a matky trans dítěte*. JOTA

Vetri, M., Cataldi, A., Naselli, A., & Vetri, A. (2021). Gender Identity Disorder Etiology and Medical Treatment: Between Scientific Evidence and Personal Experiences. *Journal of Drugs Addiction & Therapeutics*, 112 (2), 2-12. DOI: [org/10.47363/JDAT/2021](https://doi.org/10.47363/JDAT/2021)

Vranka, M. (2014). Ako (ne)merat' gendrovú identitu: kritická analýza používaných metód merania gendrovej identity. (How to (not) measure the gender identity: critical analysis of methods for measuring the gender identity) *Ceskoslovenska psychologie* 58(3), 290-301.

Vrtbovská, P. (2010). *O ztraceném dítěti & cestě do bezpečí: attachment, poruchy attachmentu a léčení*. Tišnov : Sdružení SCAN ; Praha : Natama, 2010.

Walker, S. P., Wachs, T. D., Grantham - McGregor, S., Black, M. M., Nelson, Ch. A., Huffman, S. L., ... Richter, L. (2011). Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. *Child Development*, 378, 1325 – 1338. DOI: 10.1016/S01406736(11)60555-2

Wingrave, M. (2018). Perceptions of gender in early years. *Gender and Education*, 30(5), 587-606. DOI: <https://doi.org/10.1080/09540253.2016.1258457>

Wittlin, N. M., Kuper, L. E., & Olson, K. R. (2023). Mental health of transgender and gender diverse youth. *Annual review of clinical psychology*, 19(1), 207-232. DOI: 10.1146/annurev-clinpsy-072220-020326

World Health Organization. (2019). *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th ed.)*. World Health Organization.

Yanf, F., Zhu, Xh., Zhang, Q., Sun, Nx., Ji, Jz., Ma, Jz., Xiao, B., Ding, Hx., Sun, Sh., & Li, W. (2017). Genomic Characteristics of Gender Dysphoria Patients and Identification of Rare Mutations in RYR3 Gene. *Scientific Reports*, 7, 8339. DOI: <https://doi.org/10.1038/s41598-017-08655-x>

Zahavi, D., & Martiny, K. M. (2019). Phenomenology in nursing studies: New perspectives. *International journal of nursing studies*, 93, 155-162. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2019.01.014

Zimman, L., & Hayworth, W. (2020). Lexical change as sociopolitical change in trans and cis identity labels: New methods for the corpus analysis of internet data. *U. Penn Working Papers in Linguistics*, 25 (2).

PRÍLOHY

Zoznam príloh:

1. Abstrakt kvalifikačnej práce v slovenskom jazyku
2. Abstrakt kvalifikačnej práce v anglickom jazyku
3. Informovaný súhlas
4. Sociodemografický dotazník
5. Otázky pološtruktúrovaného interview

Príloha č. 1: Abstrakt kvalifikačnej práce v slovenskom jazyku

ABSTRAKT DIPLOMOVEJ PRÁCE

Názov práce: Genderová inkongruencia v kontexte anamnézy a raného vývoja

Autor práce: Bc. Marcela Murínová

Vedúci práce: PhDr. Leona Jochmannová, Ph.D.

Počet strán a znakov: 120, 220 620 znakov

Počet príloh: 5

Počet titulov použitej literatúry: 110

Abstrakt:

Práca sa zameriava na preskúmanie konceptu genderovej inkongruencie (GI) z pohľadu klinických psychológov, a to prostredníctvom skúmania anamnézy ich klientov s GI, vrátane špecifického zamerania na obdobie raného vývoja. Cieľom bolo hlbšie preskúmať významné udalosti, komorbidity, pridružené ťažkosti a ďalšie možné špecifiká klientov s GI alebo práce s nimi, vychádzajúce z praxe klinických psychológov. Dielčím cieľom bolo preskúmať významné okolnosti raného vývoja, najmä obdobia formovania vzťahovej väzby. Dané ciele boli definované tromi výskumnými otázkami a jednou podotázkou. Výskum mal kvalitatívny charakter s dizajnom viacprípadovej exploračnej štúdie. Metódou zámerného výberu sa podarilo zahrnúť osem klinických psychológov. Dáta boli získavané pološtruktúrovaným interview, ktoré pozostávali z dvoch častí - jednej zameranej na všeobecné otázky o klientele s GI z praxe odborníkov a druhej obsahujúcej anamnestické údaje o ľubovoľne vybranom klientovi s GI. Dáta boli následne spracovávané metódou tematickej analýzy. Analýzou rozhovorov bolo identifikovaných deväť hlavných tém, na základe ktorých boli zodpovedané výskumné otázky. Výsledky práce odhalili viaceré významné udalosti, komorbidity a pridružené ťažkosti u klientov s GI, ako aj špecifiká klientov s GI zaznamenané odborníkmi z ich praxe. Hlavným prínosom je ich potenciál využitia na zlepšenie poskytovania starostlivosti týmto klientom.

Kľúčové slová: genderová inkongruencia, anamnéza, ranný vývoj, vzťahová väzba

Príloha č. 2: Abstrakt kvalifikačnej práce v anglickom jazyku

ABSTRACT OF THESIS

Title: Gender incongruenc in the context of anamnesis and early development

Author: Bc. Marcela Murínová

Supervisor: PhDr. Leona Jochmannová, Ph.D.

Number of pages and characters: 120, 220 620 characters

Number of appendices: 5

Number of references: 110

Abstract:

This thesis focuses the concept of gender incongruence (GI) from the perspective of clinical psychologists by examining the histories of their clients with GI, including a specific focus on the early developmental period. The aim was to further explore significant events, comorbidities, associated difficulties and other possible specificities of clients with GI or working with them, based the practice of clinical psychologists. A sub-objective was to examine significant circumstances of early development, particularly the period of relational bond formation. The given objectives were defined by three research questions and one sub-question. The research was qualitative in nature with a multi-case exploratory study design. A purposive sampling method was used to include eight clinical psychologists. Data were collected through semi-structured interviews, which consisted of two parts - one focusing on general questions about GI clients from the professionals' practice and the other containing anamnestic data about an arbitrarily selected GI client. The data were then processed using a thematic analysis method. Nine main themes were identified through the analysis of the interviews, which were used to answer the research questions. The results of the thesis revealed several significant events, comorbidities and associated difficulties in clients with GI, as well as specific features of clients with GI noted by practitioners. The main contribution is their potential to be used to improve the delivery of care to these clients.

Key words: gender incongruence, anamnesis, early development, attachment

Príloha č. 3: Informovaný súhlas

Informovaný súhlas

Informovaný súhlas s účasťou na výskume v rámci diplomovej práce

Prehlasujem, že som bol/a oboznámený/á s podmienkami účasti na výskume k diplomovej práci s názvom „*Genderovej dysforie v kontexte anamnézy a ranného vývoja*“ a že dobrovoľne súhlasím s účasťou na tomto výskume a beriem na vedomie, že som povinný/povinná zabezpečiť, aby inštitúcia poskytla súhlas na moju účasť v tomto výskume.

Se získanými dátami bude nakladané v súlade so súvisiacimi normami (Obecným nariadením o ochrane osobných údajov, GDPR a Zákonom o spracovaní osobných údajov (110/2019 Sb.). Beriem na vedomie, že údaje poskytnuté pro účely tohoto výskumu sú **anonymné** (všetky spojitosti s osobnými údajmi budú pozmenené tak, aby nemohlo dôjsť k identifikácii participanta ani pracoviska). Výsledky nebudú použité inak než k interpretácii výsledkov v rámci diplomovej práce a výskumného projektu „*Genderová dysforie u detí a dospievajících*“, publikačných výstupov pro edukační a teoretické rozšíření povědomia o skúmanej problematike a pro potreby praxe. Výskumníci sa taktiež zaväzujú k dodržaniu mlčanlivosti. Súhlasím s tým, že rozhovor bude zvukovo zaznamenaný, následne spracovaný a zmazaný po obhájení diplomovej práce.

Taktiež beriem na vedomie, že môžem kedykoľvek vyjadriť zmenu postoja inštitúcie a z výskumu odstúpiť.

Dňa v

Inštitúcia

Meno a priezvisko

Podpis

Pre viac informácií či prípadné dotazy ma môžete kontaktovať na emaily:

marcela.murinova02@upol.cz

Príloha č. 4: Sociodemografický dotazník

SOCIODEMOGRAFICKÉ ÚDAJE

1. Základní údaj

Jméno/kontakt (anonymizováno):

Věk:

Délka praxe:

2. Pohlaví

1 ☐ muž 2 ☐ žena

3. Typ zařízení

1 ☐ Fakultní nemocnice	4 ☐ Klinická psychologická ambulance
2 ☐ Psychiatrická nemocnice	5 ☐ Soukromé poradenské zařízení
3 ☐ Okresní nemocnice	6 ☐ Jiné: _____

4. Specializace

1 ☐ Psychiatr	4 ☐ Klinický psycholog
2 ☐ Sexuolog	5 ☐ Psycholog
3 ☐ Endokrinolog	6 ☐ Jiná: _____

5. Specializace dle věku

1 ☐ děti 2 ☐ dospívající

Forma: _____

6. Dosavadní praxe (obecný přehled, např. ambulance, lůžková zařízení, děti, dospělí, psychiatrie, somatická oddělení aj.):

7. Psychoterapeutické vzdělání:

9. Kraj (Česko)

- | | | | | | | | | |
|---|--------------------------|----------------------|----|--------------------------|----------------------|----|--------------------------|-----------------|
| 1 | ☐ | Hlavní město Praha | 6 | ☐ | Středočeský kraj | 11 | ☐ | Jihočeský kraj |
| 2 | ☐ | Plzeňský kraj | 7 | ☐ | Karlovarský kraj | 12 | ☐ | Ústecký kraj |
| 3 | ☐ | Liberecký kraj | 8 | ☐ | Královehradecký kraj | 13 | ☐ | Pardubický kraj |
| 4 | ☐ | Kraj Vysočina | 9 | ☐ | Jihomoravský kraj | 14 | ☐ | Olomoucký kraj |
| 5 | ☐ | Moravskoslezský kraj | 10 | ☐ | Zlínský kraj | | | |

9. Kraj (Slovensko)

- | | | | | | |
|---|--------------------------|----------------------|---|--------------------------|------------------|
| 1 | ☐ | Bratislavský kraj | 6 | ☐ | Trenčiansky kraj |
| 2 | ☐ | Banskobystrický kraj | 7 | ☐ | Trnavský kraj |
| 3 | ☐ | Košický kraj | 8 | ☐ | Žilinský kraj |
| 4 | ☐ | Nitriansky kraj | | | |
| 5 | ☐ | Prešovský kraj | | | |

Príloha č. 5: Otázky pološtruktúrovaného interview

Úvodné otázky:

1. Koľko klientov so zahájenou tranzíciou máte aktuálne v starostlivosti? Na dopýtanie: Pozorujte nejaké výkyvy nárastu/poklesu v poslednej dobe? (konkretizovanie času: 1-3 roky?), Kto ich diagnostikoval?, Akých klientov? (M-F/F-M)
2. Aké sú najčastejšie problémy alebo výzvy, s ktorými sa stretávajú transgender klienti vo vašej praxi pred či počas tranzície? Či už emocionálneho, sociálneho alebo iného druhu.
3. Akú úlohu podľa Vás zohráva sexuológ/psychológ a ďalší odborníci v procese tranzície u transgender klientov, najmä v súvislosti s hormonálnou terapiou alebo chirurgickými zákrokmi?
4. Akým spôsobom obecné prebieha diagnostický proces u pacientov prichádzajúcich s otázkami ohľadom svojej genderovej identity? Riadite sa presne danými krokmi pri každom klientovi alebo je u každého klienta proces aj individuálny?
5. Ako prebieha diagnostika transgenderu z hľadiska psychologického vyšetrenia a aké kritériá sa pri nej uplatňujú?
6. Aký spoločný prvok ste si u daných klientov všimli, ktorý sa opakuje v anamnéze?
7. Ako klienti s transgender problematikou prežili obdobie COVID-19?
8. Sú klienti súčasťou fór či skupín na internete? Akých?

Fakty z anamnézy:

9. Aké významné momenty sa stali sa v živote pacientov (hospitalizácia, trauma, domce násilie,...) či už počas perinatálneho, ranného vývoja alebo v období dospievania?
10. Sú u pacientov prítomné nejaké komorbidity s iným duševným ochorením?
11. Je v rodine pacientov prítomná nejaká psychiatrická diagnóza?
12. Aké nápadnosti vo fungovaní rodičov dieťaťa v rámci genderových rolí? (rozdelenie genderových rolí a s nimi spojených povinností, vnímanie opačného pohlavia,...) ste si všimli?
13. Aké významné nápadnosti sa objavujú sa u pacientov vo vnímaní role svojho pôvodného gendru a toho, ktorého by chceli dosiahnuť tranzíciou?
14. Aké bolo vnímanie sexuality v rodinách daných pacientov? Aké nápadnosti sa objavili v sexuálnom vývoji? Aká orientácia sa u nich vyskytovala?
15. Aký majú pacienti vzťah k svojmu telu? Aká je ich životná spokojnosť a sebaapojatie?
16. V akom veku a na základe čoho sa u klienta objavilo téma genderovej inkongruencie?

Oblasť ranného vývoja zameraná na formovanie vzťahovej väzby:

17. Aký bol vývoj klienta od prenatálneho obdobia až do 3 rokov? Boli v pacientovom živote nejaké významné momenty, ktoré mohli mať dopad na vývoj attachmentu, ako napr. komplikácie v tehotenstve/počas pôrodu, odlúčenie od matky z dôvodu úmrtia, skoršieho odchodu do práce či iných dôvodov? Aké?
18. Aký bol výchovný štýl v primárnej rodine, kde dieťa vyrastalo? Boli prítomné nejaké nápadnosti? (dopýtanie na t – traumata, hyperprotektivitu, neprijatie dieťaťa,...)
19. Aké boli vzťahy pacienta s je ho rodičmi (matka, otec) pred a počas tranzície? Zmenili sa?
20. Aké boli vzťahy pacienta s jeho/jej sociálnym okruhom (vrstevníci, partneri,...) pred a počas tranzície? Objavili sa nejaké nápadnosti výrazné zmeny v sociálnom okruhu klienta?
21. Aké traumatické situácie sociálnej povahy sa vyskytujú v anamnéze pacienta? (šikana, ostrakizácia,...) spojené s genderovou dysforiou? (otázka na prijímanie/odmietanie zo strany rodičov a vrstevníkov)
22. Aká súvislosť podľa vás existuje medzi vzťahovou väzbou a rozvojom transgender konceptu u detí? Ak áno pozorujte ich súvis vo svojej praxi?
23. Je ešte niečo čo by Vás napadalo, čo by mohlo byť významné v rámci danej problematiky alebo čo by ste rád/rada zdelil/a?