Poruchy pohlavní identity

prof. PhDr. Petr Weiss, Ph.D.
Sexuologický ústav VFN a 1. LF UK, Praha

Autor definuje pohlaví na úrovni chromozomální, gonadální a psychické, definuje i pojem pohlavní identita a pohlavní role jako její vnější výraz. Popisuje základní diagnostická kritéria pro určení diagnózy porucha sexuální identity a možné formy projevu této poruchy, zejména ve formě transsexualizmu.

Klíčová slova: sexuální identifikace, sexuální role, transsexualizmus.

Gender identity disorders

Author describes the concepts of sex on the chromosomal, gonadal, and psychological level. He defines sexual identity and its external expression – the gender role. He provides the basic diagnostical criteria for the diagnosis gender identity disorder and the possible forms of this diagnosis, especially transsexualism.

Key words: sexual identification, gender role, transsexualism.

Psychiatr. praxi 2012; 13(3): 104–106

Úvod

Formování sexuality je komplexní proces založený na biologických, psychologických a sociálních determinantách projevujících se ve vzájemné součinnosti. Základy psychosexuálního vývoje jedince jsou určeny konstitučními faktory a modifikovány vlivy výchovy a učení, přičemž rozhodujícími aspekty tohoto vývoje jsou procesy sexuální identifikace, vytváření sexuální role, formování sexuálních preferencí a charakteristik sexuálního chování ve spojení s vývojem sexuálních emocí (1, 2).

Biologickým základem sexuality je především pohlavní dimorfizmus, který je určen chromozomálním pohlavím, gonadální diferenciací, hormonálními poměry, vnitřními reprodukčními orgány a morfologií zevního genitálu. Feminizace a maskulinizace genitálu (které probíhají ve druhém a počátkem třetího měsíce těhotenství) podléhají hormonální regulaci. Hlavním determinujícím faktorem sexuální diferenciace je testosteron (pokud dojde k jeho sekreci, genitál se vyvíjí mužským směrem, bez jeho přítomnosti směrem ženským). Působením fetálních androgenů se vytvářejí základy pohlavní identity v hypotalamu.

Psychosexuální vývoj lidí po narození je pokračováním embryonálního vývoje sexuálních struktur – tělesně pohlavní vývoj vytváří anatomické a funkční předpoklady pro sexuální diferenciaci chování, cítění a myšlení.

Pohlavní dimorfizmus se projevuje především v primárních pohlavních znacích, za které lze považovat chromozomální pohlaví (XX a XY) a mužský či ženský typ reprodukčních orgánů (gonadální pohlaví). Rozdíly v somatických tělesných znacích (stavba kostry, typ ochlupení, hlas apod.) patří k sekundárním znakům sexuálního dimorfizmu. K terciárním znakům pak řadíme rozdíly mezi muži a ženami v oblasti myšlení, cítění (emocí) i chování (verbálním i neverbálním, které hraje důležitou roli zvláště v oblasti sexuality) (3).

Pohlaví každého člověka je určováno na několika úrovních. Základní je pohlaví genetické (chromozomální), které je dáno pohlavními chromozomy. Na těchto chromozomech se nacházejí geny, které rozhodují již v rané fázi embryonálního vývoje o formování pohlavních žláz (varlat u mužů a vaječníků u žen) z původně indiferentní genitální lišty. Pohlavní žlázy jsou již během nitroděložního života aktivní a jimi produkované hormony se podílejí na utváření vnitřních i zevních pohlavních orgánů, tedy na formování genitálního nebo fenotypického pohlaví. Podle vzhledu zevního genitálu se zpravidla po narození určuje pohlaví novorozence, tedy pohlaví matriční – úředně přidělené (2).

Psychické pohlaví pak vyjadřuje skutečnost, zda se člověk cítí být mužem nebo ženou.

Sexuální identifikace (identita), tedy pocit příslušnosti k určitému pohlaví, se vytváří na základě genetických a fetálně gonadálních determinant zprostředkovaných organizačním vlivem sexuálních steroidů na centrální nervový systém ve druhém trimestru nitroděložního vývoje. Její definitivní formování pak probíhá po porodu součinností této predispozice s vlivy prostředí (4).

Pro vytvoření pohlavní identity je pravděpodobně rozhodující věk do 18 měsíců (5). Jak ukazují výzkumy na hermafroditech vychovávaných v opačné sexuální roli, než by odpovídalo jejich chromozomálnímu pohlaví, v pozdějších měsících života pravděpodobnost úspěšné změny pohlavní identity progresivně klesá (6).

Pohlavní identita tedy vyjadřuje subjektivně vnímaný pocit sounáležitosti či naopak rozporu s vlastním tělem, s jeho primárními a sekundárními pohlavními znaky, i se sociální rolí přisuzovanou danému pohlaví. Podle Fifkové a kol. (2) má kognitivní i emocionální komponentu, odráží se v myšlení, cítění i chování jedince včetně jeho profese, zájmů, společenských vztahů.

V češtině hovoříme o pohlavní identitě. V angličtině se však setkáváme s odlišným označením pro gender (rod) a sex (pohlaví). Pro obtížnost překladu výrazu gender do českého jazyka se tento termín začíná přejímat i do češtiny. Pro některé ne zcela jednoznačné poruchy pohlavní identity, případně pro jejich souhrn se někdy užívá název gender dysforia nebo transgenderizmus. Gender dysforii lze charakterizovat jako pocit subjektivně vnímané nepohody, která souvisí s neshodou mezi pohlavní identitou na jedné straně a svou pohlavní rolí a biologickým pohlavím na straně druhé. Transsexualita pak představuje nejvýraznější formu gender dysforie.

Vnějším výrazem pohlavní identity je pak sexuální role. I když se na jejím utváření podílí i konstituční faktory, rozhodující jsou zde kulturně-společenské vlivy, zprostředkovávané především rodinou. Rodiče jsou pro dítě hlavními identifikačními figurami, důležitými pro rozvoj adekvátních vzorců chování i postojů k druhému pohlaví. Ve školním věku se k rodičovskému vlivu na utváření pohlavní role připojuje i vliv vrstevnických skupin a jiné kulturně společenské vlivy (škola, média). Právě tyto instituce vytvářejí genderové (rodové) stereotypy, tedy apriorní (předem stanovené) představy o povahových rysech, způsobech chování a zvycích týkajících se rolí mužů a žen, maskulinity a femininity.

Porucha pohlavní identity v dětství

Jak uvádějí Fifková a Weiss (1), vlivem těchto stereotypů dochází k předběžnému očekávání, že náleží-li dítě danému biologickému pohlaví, budou se u něj vyskytovat příslušné vlastnosti. Existence stereotypů vede k odlišnému očekávání, a tedy i k odlišné výchově děvčátek a chlapců (7, 8). Dítě, jež svým chováním neodpovídá očekávaným stereotypům, vzbuzuje přinejmenším jistou pozornost. Chlapci genderově nekonformní například malují princezny, hrají si s panenkami, na domácnost, upřednostňují dívčí společnost, rádi se oblékají do dívčích šatů a krášlí se, někteří hovoří vyšším hlasem. Dívky nesplňující rodová očekávání preferují společnost chlapců, účastní se s nimi fyzických soupeřivých her. Brání se oblékání do dívčích šatů, nechtějí se stát matkami.

Diagnóza Porucha pohlavní identity v dětství (F 64.2) zahrnuje: touhu být příslušníkem opačného pohlaví, oblékání do oblečení příslušného pro opačné pohlaví, vyhledávání kolektivu vrstevníků opačného pohlaví (tedy heterofilie), preference zájmů typických pro opačné pohlaví. Objevuje se před nástupem puberty, nezřídka už v předškolním věku, kolem 5. roku života, a trvá alespoň šest měsíců.

Většinu prepubertálních dětí trpících poruchou pohlavní identity tvoří budoucí homosexuálové, nikoliv budoucí transsexuálové (tedy z dětí trpících poruchou pohlavní identity se mnohem častěji vyvinou lidé homosexuálně orientovaní než transsexuální jedinci). Podle studií provedených na chlapcích trpících poruchou pohlavní identity (včetně neléčených) z 99 zkoumaných osob se transsexualita nakonec projevila u pouhých šesti procent (9).

Pokud pak tato porucha přetrvá i do dospělosti, a tím se potvrdí diagnóza transsexualizmu, tedy plného rozpojení biologického a psychického pohlaví, naše zákony umožňují úplnou přeměnu pohlaví, včetně pohlaví matričního.

Transvestitizmus dvojí role

Mezi poruchy pohlavní identity řadíme i transvestitizmus dvojí role (F 64.1). Vyskytuje se převážně u heterosexuálně orientovaných mužů, kteří se občas převlékají do šatů opačného pohlaví, případně chvílemi žijí v této roli, ale nepřináší jim to pohlavní vzrušení, jen psychické uspokojení z možnosti dočasné změny. Není zcela vyjádřena jednoznačná touha po změně pohlaví, i když někteří z nich nad tímto řešením uvažují a u některých se skutečně jedná jen o přechodné stadium budoucího transsexualizmu. Žijí často v manželství či ve vztazích, a pokud se jejich partnerka o jejich poruše dozví, je často schopna ji akceptovat. Tito muži sice nevystupují plně komplementárně v párové roli, ale na druhou stranu jejich partnerky oceňují jejich schopnost intimity a vzájemné blízkosti.

Transsexualita

Transsexualita (F 64.0) je podle ICD 10 definována jako stav jedince, který si přeje žít a být akceptován jako příslušník opačného pohlaví. Obvyklý je pocit nespokojenosti s vlastním anatomickým pohlavím nebo pocit jeho nevhodnosti a přání hormonálního léčení a chirurgického zásahu, aby jeho/její tělo odpovídalo (pokud možno) preferovanému pohlaví (10). Transsexuální identita by měla trvat alespoň dva roky a porucha nesmí být projevem duševní poruchy, zejména psychózy, ani nesmí být sdružena s intersexuální, genetickou nebo chromozomální abnormalitou. V zásadě rozeznáváme transsexualitu female-to-male, tedy FtM (biologicky normální žena se cítí být mužem) a male-to-female, tedy MtF (biologický muž se cítí být ženou).

Z hlediska budoucího možného vývoje přístupu k transsexuálům i v jiných zemích je významné, že ve Francii už byla v roce 2009, symbolicky na Den boje proti homofobii a transfobii, na nátlak aktivistických organizací LGBT (Lesbien, Gay, Bisexual, Transsexual) a HEL (Association for Homosexuality and Socialism) transsexualita vyňata jako diagnóza ze seznamu ICD 10.

Odhady výskytu transsexualizmu u dospívajících a dospělých se pohybují mezi 1 : 3 000 a 1 : 30 000 (11). Řada transsexuálních jedinců (přičemž jejich počet nejsme schopni ani odhadnout) lékařskou asistenci nikdy nevyhledá. Dle našeho odhadu ročně přichází do sexuologických ambulancí v ČR s touto problematikou několik desítek nových pacientů (do 50), přičemž počty FtM a MtF jsou v posledních letech celkem vyrovnané.

Z hlediska etiologického zatím nejsou úplně jasné příčiny narušení vývoje sexuální identity transsexuálních jedinců. Proti v minulosti převládajícím psychologickým teoriím (hledajícím příčinu gender dysforie ve struktuře nukleární rodiny, v identifikačních vzorech apod.) dostupné výzkumy a studie posledních let ukazují spíše na rozhodující roli biologických faktorů v etiologii transsexuality. Předpokládá se především rozhodující význam vlivu sexuálních steroidů v kritických fázích fetálního vývoje na centra v mezimozku.

Klinická definice transsexuality je založena na některých specifických zvláštnostech tohoto syndromu (2). Ty například zahrnují víru, že dotyčný je příslušníkem opačného pohlaví, oblékání se a vystupování v roli opačného pohlaví, odpor k vlastnímu genitálu a přání ho změnit a trvající touhu po změně pohlaví operativní cestou. Primárním diagnostickým nástrojem je přitom nestrukturovaný rozhovor a klientova výpověď. Nedílnou součástí postupného diagnostického procesu je i RLT (Real Life Test, zkouška opravdového, skutečného života). V tomto období žije klient v roli pohlaví, s nímž se identifikuje. Jeho schopnost žít v této roli poskytuje důležité informace o průběhu léčby a současně potvrzuje i správnost diagnózy.

Nejspolehlivější metodou pro určení možného odchylného vývoje pohlavní identity je metoda anamnestického rozhovoru. Údaje o zvláštnostech psychosexuálního vývoje transsexuálních lidí získané touto cestou mohou informovaného diagnostika i při tradičním psychologickém, sexuologickém a psychiatrickém vyšetření vést ke specifikaci poruchy identity. Jsou to například údaje o inverzní preferenci hraček a her v předškolním věku, preference oděvu opačného pohlaví už od dětství, odpor k primárním i sekundárním pohlavním znakům a jiným biologickým projevům dospívání, neerotické sny a denní fantazie (kdy se vyskytují v těle, které je adekvátní jejich psychické identitě, v roli, která tomu odpovídá, a v typech vztahů, které to umožňují), masturbační fantazie a erotické sny (kdy je sexuální vzrušení spojené s představou sebe jako příslušníka opačného biologického pohlaví při sexuálním styku), možnost naplňovat sociální aspekty vytoužené pohlavní role, která je pro pacienty důležitější než její aspekty sexuální (vybírají si obvykle profese typické pro pohlaví, s nímž se identifikují – FtM pracují často jako příslušníci policie či bezpečnostních služeb, řidiči či montéři, MtF pak jako prodavači, cukráři atd., touží po možnosti navštěvovat toalety dle své identity, FtM se snaží močit vestoje, MtF klienti si při tom obvykle po ženském způsobu sedají).

Česká republika (resp. bývalé Československo) byla jednou z prvních zemí, která umožnila transsexuálním jedincům kompletní změnu pohlaví, a to včetně změn operativních, které jsou hrazeny zdravotním pojištěním. V současné době trvá léčba obvykle jeden až dva roky a zahrnuje fázi diagnostickou, fázi hormonální terapie (během které probíhá i Real Life Test – tedy pacient si už ověřuje svou schopnost žít v roli vytouženého pohlaví) a fázi chirurgickou, ve které dochází k ireverzibilním změnám (především odstranění hormonálně aktivních pohlavních orgánů) a formování nového genitálu odpovídajícího cítění

pacienta. Operace se provádí až po souhlasu zvlášť k tomu určené komise, jmenované ředitelem nemocnice, ve které je zákrok prováděn. Podle návrhu nového zákona o specifických zdravotnických službách přebírá tuto roli od 1. 4. 2012 centrální komise jmenovaná ministerstvem zdravotnictví. Úspěšnost přeměny pohlaví u českých transsexuálních pacientů je extrémně vysoká, případy pacientů nespokojených s výsledky přeměny a snažících se o návrat k původnímu pohlaví jsou ojedinělé (evidujeme v posledních 20 letech dva podobné případy).

Závěr

I když pacienti s poruchou pohlavní identity tvoří jen malé procento klientely sexuologických ambulancí, jde bezpochyby o poruchu, která velmi závažným způsobem ovlivňuje život nejen těchto jedinců, ale i jejich blízkého okolí. I když by bylo jistě v případě transsexuálních jedinců jednodušší snažit se přizpůsobit cítění jejich tělu, software hardwaru, zatím toho současná medicína není schopna. Jsme jim schopni pomoci pouze více či méně úspěšným přizpůsobením těla jejich psychické identitě. Lze však jednoznačně konstatovat, že i tím jsme schopni podstatně zvyšovat kvalitu života našich transsexuálních pacientů.

Literatura

1. Weiss P, Fifková H. Poruchy pohlavní identity v dětství a v dospívání. Pediatr praxi 2010; 11(3): 174–176.
2. Fifková H, Weiss P, Procházka I, et al. Transsexualita a jiné poruchy pohlavní identity. Praha: Grada, 2008.
3. Klein Z. Sexuální obtěžování z pohledu etologie člověka. Psychiatrie 1997; 1: 117–120.
4. Zvěřina J. Lékařská sexuologie. Praha: H and H, 1995.
5. Money J, Erhardt AA. Man and woman, boy and girl. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1972.
6. Stoller RJ. Sex and gender. London: Hogarth, 1968.
7. Zucker KJ. Gender Identity Disorder in Children and Adolescents. Annual Review of Clinical Psychology 2005; 1: 467–492.
8. Zucker KJ. Gender Identity Disorder. In David Wolfe & Eric Mash (eds.): Behavioral and Emotional Disorders in Adolescents (pp. 535–562). New York: Guilford, 2006.
9. Green R. The „sissy boys syndrome" and the development of homosexuality. New Haven and London: Yale University Press, 1987.
10. WHO (1992): Duševní poruchy a chování. WHO a Psychiatrické centrum, Praha, 1992.
11. Cohen-Kettenis P, Pfaefflin F. Poruchy pohlavní identity v období dětství a dospívání. In: Fifková H, et al. Transsexualita a jiné poruchy pohlavní identity. Praha: Grada, 2008.

Článek doručen redakci: 11. 10. 2011
Článek přijat k publikaci: 21. 2. 2012

prof. PhDr. Petr Weiss, Ph.D.
Sexuologický ústav VFN a 1. LF UK
128 00 Praha 2
weisspetr@volny.cz