



Genderová dysforie jako fenomén naší doby?

MUDr. Vladislav Chvála¹, PhDr. Ludmila Trapková²

¹Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci

²Ordinace klinické psychologie v Praze

Na našich pracovištích v Praze a Liberci přijímáme do rodinné terapie stále častěji rodiny s dospívajícími, kteří trpí genderovou dysforií. Situace nám začala připomínat devadesátá léta minulého století, kdy se u nás hromadily rodiny s poruchami příjmu potravy. Podobně jako tehdy, přitahuje naši pozornost rychlost, s jakou se fenomén, do té doby známý spíše jen na specializovaných pracovištích, šíří v celém západním světě. Podobnost je pro rodinného terapeuta významná. Oba fenomény se začínají manifestovat ve stejné vývojové fázi rodiny, na začátku puberty a během ní. V terminologii rodinné terapie jsou to symptomy obtíží separačního procesu z rodiny, v našem pojetí sociálního porodu. Od r. 1994 do r. 2021 jsme pečovali nejméně o 34 takových rodin. Patnáct jsme přijali v posledních třech letech a z nich deset v roce 2021. Při malé kapacitě našeho pracoviště, které je k dispozici psychosomatickým případům, je takový nárůst jediné diagnózy něčím výjimečným. Proto jsme se museli nad novým nápadným bio-psycho-sociálním jevem zamyslet, pokusit jej reflektovat v širším kontextu než jen na úrovni biologických znalostí.

Klíčová slova: gender inkongruence dysforie, porucha příjmu potravy, rodinná terapie, bio-psycho-sociální pojetí.

Gender dysphoria as a phenomenon of our time?

At our daily outpatient clinics in Prague and Liberec, we are increasingly recruiting families with adolescents who suffer from gender dysphoria for family therapy. The situation began to remind us of the 1990s, when we saw an increase in families with eating disorders. As then, our

KORESPONDENČNÍ ADRESA AUTORA: MUDr. Vladislav Chvála, chvala@sktlib.cz
Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch v Liberci, s.r.o.
Jáchymovská 385, Liberec 10, 46010

Psychiatr. praxi 2022;23(1):e33-e41
Článek přijat redakcí: 7. 1. 2022
Článek přijat k publikaci: 8. 2. 2022



attention is drawn to the speed with which the phenomenon, known only in specialized workplaces, is spreading throughout the Western world. The similarity is important for a family therapist. Both phenomena begin to manifest in the same developmental phase of the family, at the beginning of puberty and during it. In family therapy terminology, these are symptoms of the difficulties of the separation process from the family, in our view of social childbirth. From 1994 to 2021, we cared for at least 34 such families. We have admitted fifteen to treatment in the last three years, ten of them in 2021. Given the small capacity of our workplace, which is available to psychosomatic cases, such an increase in a single diagnosis is something extraordinary. Therefore, we had to think about a new striking bio-psycho-social phenomenon, try to reflect it in a broader context than just the level of biological knowledge.

Key words: gender incongruence dysphoria, eating disorder, family therapy, bio-psycho-social concept.

Úvod

Neschopnost, neochota či nemožnost dospívajících smířit se s tělesným pohlavím, které jim bylo dáno X a Y chromozomem při početí, je stále častějším problémem, se kterým se na nás obrací rodiny. Dříve vzácnou poruchu F to M či M to F transsexualitu¹ (TS) zastihuje mnohem častější fenomén gender incongruence dysforie (GID), která může dospět až k žádosti o tranzici². Podobný fenomén jsme na našich pracovištích zažívali v devadesátých letech. Tehdy nás začaly zaplavovat rodiny s poruchami příjmu potravy (PPP). Diagnóza byla pokládána za špatně léčitelnou. Fakt, že si s ní zdravotnictví moc nevědělo rady, nás nutil přemýšlet o jejím smyslu v rodinném systému, případně i transgeneračně. Objevovali jsme dynamiku sociální dělohy a pochopili jsme, že PPP je nejčastěji symptomem vývojové stagnace trojúhelníku matka-dítě-otec (1). Tyto rodiny nás tak naučily poruchu léčit kauzálně a nikoli jen symptomaticky. A už tehdy

jsme v této souvislosti vyslovovali první hypotézy o bio-psycho-sociálním významu transsexuality (2).

Mentální anorexie a bulimie mají s genderovou dysforií mnoho společného. Také ony se hlásí nejčastěji na prahu dospívání, kdy se tělesný vývoj začíná neúprosně projevovat sekundárními pohlavními znaky, na které reaguje okolí komplementárně eroticky. Jestliže na to není dospívající dítě psychosociálně připravené, a když navíc nemá ve svých rodičích oporu a přiměřenou ochranu před předčasnými sexuálními podněty, může své změněné tělo odmítat. Drastická redukce váhy u PPP dočasně zastaví rozvoj puberty, oslabí tělesnou erotickou signalizaci a sníží tak psychosociální napětí doposud málo zralé dospívající dívky. Vzácněji to vidíme u chlapců, kteří nejsou zdaleka tak často středem nežádaného erotického zájmu okolí. Již několik desetiletí je známo, že se rozevírají nůžky mezi tělesným a psychosociálním vývojem dětí.

Požadavek na chirurgické odstranění pohlavních znaků (u dívek především prsou) plní stejnou úlohu. Fantazie dospívajících, trpících genderovou dysforií, o světě bez binárního rozdělení na muže a ženy, bez pohlavních

1 V roce 1979 byl uváděn výskyt poruchy v USA 1 : 20 000 u žen a 1 : 50 000 u mužů. Výskyt tzv. gender incongruence dysforie je dnes uváděn u 1 ze 100 osob (.31)

2 Tzv. „změnu“ uváděného pohlaví především v osobních dokumentech pacienta.



rozdílů, které jsou zdrojem sexuálního chování a které často rozvrátilo jejich rodiny, se zdají být řešením v kritickém vývojovém období. V rámci něj hledá každý jedinec svou identitu a bojuje s konfuzí rolí, jak popsal význačný psychoanalytik Erik H. Erikson poprvé už před více než 50 lety (3). V západním světě, jehož běžnou součástí je dnes naprostá konfuse rolí, může jít o úkol stále těžší. Dospívající zaplavuje chaos. Ztraceni ve svém těle, ztraceni mezi svými vrstevníky i ve své rodině bolestně prožívají nesnesitelnou osamělost. Často se poškozují nebo pokouší o sebevraždu (4).

V našem vzorku 34 rodin s TS nebo GID je 28 dívek a jen 6 chlapců. Dívky si vybírají mužská jména a dožadují se oslovení v mužském rodě bez ohledu na to, jestli to odpovídá tomu, jak působí na své okolí. Nekompromisně žádají, aby se jim okolí jednostranně přizpůsobilo. Ale když si získáme jejich důvěru a pozorně se vyptáme, můžeme se dozvědět, že některým nejde v první řadě o to, aby staly mužem, ale odmítají být ženou. Nechtějí nést osudy svých matek a babiček. Pokoušejí se v sobě likvidovat dospělé ženství hned v samém zárodku, popírají ženské instinkty.

V případě M to F se chlapci, kteří jsou doposud v dětské symbióze s matkou, tak silně identifikují s jejím genderem, že nechtějí nebo nemohou obstát mezi muži, a to tím spíš, že nenacházejí ve svých otcích vzory k následování, mužné průvodce do světa mimo rodinu. Někteří chlapci svědčí o tom, že jsou tak silně přitahováni ženským tělem, že se jím chtějí sami stát a své mužské tělo odmítají. Popisují touhu „být taky tak atraktivní“, jak se jim jeví dívky. Stagnují na začátku sociálního porodu v identifikaci s matkou a jejím ženským světem.

V obou případech nenacházejí, jak dívky, tak chlapci, ve vztazích s rodiči bezpečné stabilizující osoby s vlastní pevnou bio-psycho-sociální identitou, ale znejistěné kalendářně dospělé, kteří bezradně podléhají

podobnému chaosu jako jejich dítě v konfrontaci s matoucími tvrzeními odborníků. Měli by rodiče dosavadní prožívání vztahu s vlastním dítětem popřít? Neví, jak si s takovým sebezapřením poradit, aby dítěti neublížili. Zmatek bývá výsledkem přenosů (psychosociálního dědictví) podobného chaosu z původních rodin dnešních rodičů, když byli dětmi. Jestliže se porucha přirozené vývojové dynamiky trojúhelníku matka-dítě-otec v dalších generacích neopravuje, ale má tendenci naopak zesilovat, proč by se s uplatněním epigenetických jevů nemohl ve třetí generaci narodit potomek trpící GID?

V individuálních případech často nelze, než dospívajícího doprovázet k tzv. změně pohlaví, i když ve skutečnosti jde jen o kastraci s lepší či horší úpravou vnějších tělesných znaků, s trvalou závislostí na dodávce hormonů. To ale neznamená, že si nemáme klást otázky po bio-psycho-sociálních zdrojích závažné poruchy vývoje dětí s důsledky pro další generaci, že se nemáme ptát, jestli není tato porucha zesilovaná transgeneračně a zda není v širším kontextu symptomem celé společnosti. Nelze se spokojit s bizarním, snad až buddhisticky znějícím vysvětlením, že se „narodily do špatného těla“.

Existují-li precipitující faktory v kterékoli z vrstev naší bio-psycho-sociální existence, je třeba jim věnovat pozornost a informovat veřejnost. Bez důsledného uplatnění bio-psycho-sociálního přístupu lze jen obtížně tuto poruchu pochopit, natož ovlivnit. Ale dokáže to naše medicína, rozvíjející převážně biologický pohled (5)? Engelův požadavek na změnu paradigmatu medicíny v duchu bio-psycho-sociální teorie zdraví a nemoci leží na stole již od roku 1977, ale jeho skutečné naplnění v praxi a výzkumu stěží naplňujeme, když na lékařských fakultách se ani psycho-, ani socio- nevyučuje a spolupráce napříč resorty je u nás pověstně špatná (6). Možná



právě až tato porucha, tragicky zasahující naše děti, nás donutí brát tento požadavek vážně.

Nedáváme návod k řešení, ale ukazujeme, co je úkolem rodinného terapeuta v případech genderové dysforie, kterou si prohlížíme s pacienty v co nejširším kontextu jejich života.

Malý rozdíl – velký význam

Malý rozdíl mezi genitálem dívky a chlapce u novorozence určuje diametrálně rozdílné životní linie. Budou to dívky, které jednou otěhotní, donosí a porodí novou generaci dětí, a budou to ony, kdo se ujmou mateřských funkcí se všemi důsledky, pokud k tomu dají svolení. A budou to opět ony, kdo za stejnou práci dostanou zapláceno v průměru o 19 % méně než jejich spolužáci. Ale až do doby, kdy dá hormonální bouře vyniknout dalším tělesným rozdílům, vypadají chlapci i dívky velmi podobně. Nebýt kulturních zvyklostí v oblečení nebo tzv. dívčích nebo chlapeckých činností, mohou snadno předpokládat, že je čeká stejný osud. Stačí označit tyto kulturně podmíněné projevy za nežádoucí stereotypy? Máme je ve jménu dekonstrukcionismu zpochybňovat? Usnadníme tím dívkám dospívání?

Nedávno uveřejněný výzkum týmu Sofie Arnoldové provedený na Bostonské univerzitě ukázal, že už v osmi letech dochází k významné změně ve schopnosti dětí vyjednávat s otcem, zástupcem mužské části populace. Dívky vzdávají vyjednávání s otcem dříve než chlapci a prosadí si tak na otci méně než jejich bratři (7). Autorky uvažují, že to může být důvod, proč mají ženy za stejnou práci menší finanční odměnu než muži. Výsledek svědčí o tom, že zhruba ve věku kolem osmi let se začíná chování chlapců a dívek lišit. Americký psycholog, bývalý prezident APA, Daryl Bem

dokonce pokládá toto spontánní rozdělení na dívčí a chlapecké vrstevnické skupiny před nástupem puberty za důležitý krok ve vývoji lidského sexuálního chování. Ve své práci uveřejněné v roce 1996 tvrdí, že právě díky takovému rozdělení jsme schopni postupně erotizovat nespecifické „vzrušení z exotického“, totiž při setkání s jedincem z genderově opačné skupiny vrstevníků (8). Tato erotizace nespecifického vzrušení bezesporu existuje. Svědčí o tom někdy až bizarní klinické nálezy, když v tomto kritickém období bylo erotizováno vzrušení z jiných než erotických zdrojů, třeba kašel umírající babičky nebo sádra na ruce (příklady z naší praxe). Současný důraz na stejnou a koedukovanou výchovu (někde dokonce i právní úpravy zakazují identifikovat v oslovování už předškolní děti jako buď dívky nebo jako chlapce) snižuje možnost dětí připravovat se na pozdější nástup tělesných rozdílů se všemi psychosociálními a psychosexuálními důsledky.

Dívka z našeho souboru, které se dva roky dařilo brzdit vývoj tělesných znaků omezováním potravy, byla pod obrazem mentální anorexie hospitalizována. Po zvýšení váhy byla ve svých 16 letech zaskočena prvním menstruačním krvácením. Šokovala personál nemocnice důrazným požadavkem na okamžité odstranění dělohy, s odůvodněním, že „tohle nehodlá snášet“, a tvrdě si to prosazovala.

Jiné dívky s GID z našeho vzorku, které byly ochotné o svých vnitřních stavech mluvit³, se shodovaly v tom, že nechtějí být rozpoznávány a oslovovány jako dívky. Ale protože je nečekaný vývoj tělesných znaků včetně menstruace tlačí do ženské vývojové linie, brání se tomu rozvíjením představ, že jsou chlapci. Virtuální svět her, komiksu a sdílení na sociálních sítích

³ Dospívající s GID se často vzájemně učí říkat to, co jim usnadní cestu k vytouženému cíli. Je obtížné se od nich dovědět, jak na tom opravdu jsou a co se jim honí hlavou.



jim v tom velmi pomáhá, protože tam na genderu nezáleží. Své ženské tělo nenávidí, často jej i poškozují. Chtějí být oslovovány v mužském rodě. Čeština je pro dospívající s GID nevýhodná. S výjimkou neutrálního rodu, určeného jen dětem bez sekundárních pohlavních znaků, nutí mluvčího neustále rozlišovat, zda hovoří k osobě mužského nebo ženského rodu. Může to být důvod, proč se někteří dospívající s GID uchylují raději k angličtině? V každém případě tento požadavek způsobuje zmatky v komunikaci s vrstevníky i s rodiči a je dalším důvodem k osamělosti, případně k šikaně (4).

V každém případě procházejí dívky i chlapci odlišným způsobem separačním procesem, tak jak jsme ho před časem popsali (9). Tento rozdíl může hrát významnou roli při vývoji genderové identity, která v rámci složité souhry dospívajícího s matkou a úplně odlišné souhry s otcem teprve dozrává. Důvěrný rozhovor s matkou je pro děti obvykle snazší než s otcem, jak o tom svědčí řada jazykových výzkumů po celém světě už od 70. let (10), (11). Odpoutávání od matky začíná paradoxně novým sblížením (zasvěcováním) na dospělejší úrovni, než tomu bylo v dětství. Tato fáze je pro dcery homoerotická, zatímco pro chlapce heteroerotická. Po jejím naplnění přichází ke slovu vztah s otcem opět na dospělejší úrovni, než tomu bylo v dětství. Sbližováním (zasvěcováním) dospívající dcery s otcem se naplňuje vývojový úkol fáze heteroerotické, zatímco u chlapce fáze homoerotické. Setkávání s otcem nebývá snadné už proto, že v mnoha rodinách vlastní otec chybí. Případně toto důležité období separace z rodiny sám se svým otcem nezažil, a tak nemusí tušit, co od něj bude současná generace vyžadovat a celý proces tím vážne. Přesto je pro vývoj jak synů, tak dcer právě otec nepostradatelný, jak dokazují některé výzkumy (12).

Přitažlivost ženského, ale i mužského světa, je pro obě pohlaví silná a nejspíš instinktivní. Pokládat chování dospívajících v těchto vývojových fázích za projev homosexuality je krajně předčasné. Současná generace dospívajících je však vystavena zcela bezprecedentní expozici pornografického materiálu, o jehož vlivu na zrání sexuality se z výzkumů dozvídáme jen velmi málo (13). Na internetu dospívající získávají detailní představu o scénářích homosexuálního chování, a také je prožívají. Jakmile se v nich probudí přitažlivost k jedincům stejného pohlaví, která ovšem psychologicky patří vztahu s rodičovskou postavou stejného pohlaví v tomto vývojovém období, mohou se ve svém zmatení za lesby nebo gaye pokládat a před ostatními se tak prezentovat zvláště tehdy, když nejsou rodiče dospívajícímu dostatečně k dispozici. Tak vstupuje internet a sociální sítě do složitého separačního procesu matoucím způsobem, který musíme pokládat za nový masivní vliv na celé populace. Rodiče se často naprosto mýlí v odhadu, jak brzy se jejich děti vystavují sexuálnímu obsahu internetu (14).

Rizikové sexuální interakce na sociálních sítích jsou překvapivě časté (15). Některé dívky z našeho souboru uvedly, že byly vystaveny pornografii už v předškolním věku! Bez sexuálního vzrušení může vyvolávat taková expozice pocity hnusu. Traumatické zážitky z předčasného vystavování sexuálními obrazům a podnětům, navíc v nevhodném kontextu, může narušovat přirozený proces erotizace nespécifického vzrušení. Sebepoškozování, časté mezi TS a GID jedinci, může být způsob, jak se nepříjemného napětí zbavují. To by vysvětlovalo vysoký výskyt takového jednání u osob jak s PPP, tak GID (16). Přirozená cesta k uvolnění masturbací může být zablokovaná traumaty z dětství, jak o tom svědčí někteří adolescenti z našeho souboru, kteří uvádí, že se „nedokáží svého genitálu ani dotknout“. Dynamiku ros-



toucího napětí až do vyvrcholení při záměrném tělesném sebepoškození s následnou úlevou popisuje více jedinců v našem souboru, dívek i chlapců. Je ale těžké se k takovým svědectvím dostat.

Podrobnosti o významu jednotlivých podnětů leží v oblasti subjektivního prožívání jedince, které však není v současné medicíně příliš cenné. Fantazie jsou pro ni „jen subjektivní“. Ve skutečnosti je v případech GID tento klíčový vnitřní subjektivní svět dostupný jen v dobrém vztahu s terapeutem. To je také hlavní význam hlubinné psychoterapie a rodinné terapie u GID. Musíme být k dispozici dospívajícímu a jeho vztahům s rodiči v jejich společném chaosu během významných fází separačního procesu. K tomu nestačí jen rodinné poradenství a tzv. podpůrná psychotherapie, jak uvádí doporučené postupy Sexuologické společnosti ČLS JEP. Souhlasíme s nimi v tom, že nejde jen o symptomatickou „léčbu usilující o změnu pohlavní identity ve smyslu jejího sladění s pohlavím biologickým“, která „byla v minulosti uplatňovaná bez úspěchu a v současnosti je považovaná za neetickou“.

Úkoly rodinné terapie v případech GID dospívajícího

Doporučený postup pro sexuology v péči o transsexuální pacienty předává část odpovědnosti za proces tranzice také na rodinné terapeuty (17). Proto si musíme klást otázku, jakou roli v těchto nesnadných případech hrajeme. Máme před sebou mnoho neznámých, ale jedno je jisté: Nápadný symptom přitahuje takovou pozornost, že často překrývá jiná důležitá témata v rodině (trauma, zneužití...) včetně vývojové stagnace v rodinách, kde vážne hlubinná vazba (attachement) ve vztahu s jedním nebo oběma rodiči.

Úkolem rodinného terapeuta není „přemluvit“ rodiče, aby se smířili s postojem svého dítěte během krize identity, tím méně rozhodovat o tom, jak se má dospívající cítit. Terapeut má pomoci vyvést rodinu z vývojové stagnace (v kterémkoli věku dítěte) tak, aby dítě postupně dospívalo ke své vlastní originální identitě, a to mnohem širším kontextu, než je ten genderový. A této volby bude dítě fakticky i právně schopné, až bude dospělé.

Tranzice dítěte zasahuje celou rodinu, nejen rodiče, ale i prarodiče, sourozence, partnery, děti. Rodiče pochopitelně v naprosté většině přijímají dítě takové, jaké je, a ujišťují je o své lásce. Někteří však na to připraveni nebývají. Rodinná terapie má prostředky vhodné k tomu, aby se dlouho tabuizované téma otevíralo všem a aby mohli v bezpečné atmosféře spolupracovat na vzájemné společné proměně.

Hledání identity v tom nejširším slova smyslu, nejen té genderové, je výzvou také pro rodiče, aby proměňovali svou rodičovskou identitu a překonávali vývojový práh od funkce „rodič dítěte“ k funkci „rodič dospělého dítěte“. Něco takového rodinného terapeuta nepřekvapí. Stagnace rodinného systému v tomto období je častá a podoby symptomů pestré. Vývoj se může zastavovat při jakékoli poruše či onemocnění, jak dítěte, tak některého z rodičů. Vždy hraje roli jejich souhra. Genderová dysforie by neměla být důvodem k jinému způsobu práce rodinného terapeuta. Problém ovšem vidíme v tom, že rodiny s GID chodí do léčby pozdě, až dlouho poté, co dítě prožívající v osamělosti konfusi rolí bez opory milujících a stabilních dospělých již přijalo nesnadnou volbu za svou. Nemluvě o tom, že si svou volbu již potvrdilo kontaktem se vzdálenými vrstevníky na internetu a nekompromisně na ní trvá. Očekává a vyžaduje už jen jedno: pomoc při prosazování cesty k řešení v podobě operace, která úplně zastíní ostatní podstatná témata hledání identity v tom nejširším slova smyslu.



Úkolem rodinné terapie tedy je, aby rodiče přijali případnou tranzici dítěte teprve tehdy, když byla překonána vývojová stagnace celé rodiny. Nestačí vysvětlení o údajně vrozeném původu poruchy.

Po zkušenosti s takovými rodinami, kterých nezvykle rychle přibývá, si klademe celou řadu otázek:

- Jak působí přeseexualizovaná společnost nejen na dospívající, ale už i na malé děti?
- Jak ztíženou nebo usnadněnou orientaci má dospívající, který řeší vývojovou krizi „identity versus konfuse rolí“ ve společnosti, ve které převládá na rozdíl od minulosti konfuse rolí?
- Jaký vliv na vývoj dítěte a jeho identity mají traumatické ztráty a výměny rodičovských postav?
- Jak mohou rodiče plnit dostatečně své rodičovské funkce, když neměli příznivé podmínky pro vlastní separační proces, a to možná už v několikáté generaci?
- Jaký vliv mají přesvědčení, že je TS vrozený/získaný stav?
- Jaký vliv na celou společnost mají aktivistická hnutí bojující za práva TS?
- Jaký vliv na stabilitu populace mají široce medializované možnosti reprodukční medicíny rozvíjené prakticky bez reflexe etických dilemat (29)?
- Jak by mohly osvětlovat téma vzniku TS/GID nové poznatky epigenetiky, jde-li o transgenerační proces podobně jako u přenosu traumatu?
- Co nás mohou naučit rodiny s problémem genderové identity?

Diskuse

Základní otázka, zda jde o vrozenou poruchu, nebo zmatek způsobený společenskými podmínkami, zůstává nezodpovězená. Zoufalí rodiče dětí

s GID se oprávněně ptají, zda je potíže jejich dítěte vrozená (a tedy za ni nenesou odpovědnost) nebo získaná (a tedy na ni měli, a ještě i mohou, mít vliv). Potřebují vědět, jestli mají nezvyklému přání svého dítěte vycházet vstříc nebo se mohou spoléhat na dynamiku vlastního prožívání ve vztahu s dítětem. Uspokojivou odpověď nenacházejí ani mezi odborníky. Přitom nelze říci, že by lékaři výzkum dříve velmi vzácného jevu podceňovali. Zvažovány byly i rodinné aspekty, vedle psychologických a vrozených aspektů, jak lze zjistit z rozsáhlé bibliografie Kennetha J. Zuckera (18).

Víme, že přibývá prací, ve kterých je prokazován biologický původ transexuality (přehled viz (19)). Hareho tým v r. 2008 analyzoval vzorky DNA od 112 mužských a ženských transsexuálů. Výzkumníci porovnávali genetické rozdíly s netranssexuály. Zjistili, že u transsexuálů mužů i žen nacházejí s větší pravděpodobností delší verze genu, o kterém je známo, že modifikuje působení pohlavního hormonu testosteronu (20).

European Society of Endocrinology uveřejnila v roce 2018 práci Julie Bakker, která zkoumala rozdíly mezi pohlavími v aktivaci mozku mladých transgender lidí (21). Studie zahrnovala dospívající chlapce i dívky s genderovou dysforií a využívala skenování magnetickou rezonancí (MRI) k posouzení vzorců aktivace mozku v reakci na feromon, o kterém je známo, že produkuje genderově specifickou aktivitu. Aktivace mozku u transgender dospívajících chlapců a dívek se více podobala aktivaci netransgender chlapců a dívek vyhlédnutého pohlaví. Navíc dospívající dívky s GID vykazovaly typický mužský vzorec aktivace mozku během cvičení vizuální/prostorové paměti. Proto ve světě přibývá pracovišť která se pokoušejí vyřešit poruchu chirurgicky a hormonálně.

Důkazů o vlivu sociálních podmínek na zdraví plodu, novorozence a na vývoj dítěte přibývá mnohem pomaleji. Ale existují. A nejsou to



jen ty klasické psychoanalytické, které mluvily jasně (22). Vliv stresu při zanedbávání dítěte na strukturu mozku nelze zpochybňovat (23, 24). Ani pokud jde o zjišťované genetické změny, neměli bychom spěchat s odpovědí. Je známo že i takové události jakou je ztráta otce, není bez vlivu na buněčnou úroveň.

Vědci Princetonské univerzity zjistili, že ztráta otce je jasně spojena s buněčnou funkcí, která závisí na délce telomer. Potvrdili, že jakákoli ztráta otce mezi narozením a devátým rokem věku vede ke snížení délky telomer. Účinek je největší u dětí, jejichž otcové zemřou. Zkráceny jsou asi o 16 % (25). Neměli bychom proto zavrhnout význam sociálních vlivů, i když se obtížněji prokazují. Kvantitativní pozitivistické výzkumy nestačí tam, kde chceme sledovat subjektivní proměnné. Tzv. chirurgická a hormonální léčba je v úplnosti nevratná a nemusí vést ke stabilním a uspokojivým výsledkům (26). Případ, kdy 21letá dívka žalovala Tavistockou kliniku za to, že jí dovolili operativní změnu pohlaví v 16 letech, je všeobecně znám. Soud rozhodl, že dospívající v 16 letech nemůže dát věrohodné svolení k takové operaci, a klinika soud prohrála.

Věc je opravdu zapeklitá. Pokud jsou nezralí dospívající zneklidňováni měnícími se tvary svého těla, hormonální zástava puberty jim opravdu může ulevit. Pokud se současně pracuje s rodinou a rodinný terapeut provází celou rodinu separačním procesem, určitě hrozí méně komplikací než při radikálním prosazování jediné cesty – tedy kastrace s úřední

změnou pohlaví (27). Diskuse lékařů a psychologů kolem nových fenoménů je nezbytná, ale potřebujeme také svobodu výsledky své práce publikovat. Situaci komplikují aktivisté LGBT komunity, kteří naléhají na co nejrychlejší a nejsvobodnější změnu pohlaví. Působí nejen v médiích, ale i ve státní správě a na univerzitách řady zemí. Máme pochopení pro jejich jistě dobré úmysly, ale v případě TS a GID situaci spíše zhoršují, protože leckde již nelze svobodně o složitém a závažném fenoménu diskutovat (28). Poukazovat na odlišné chápání nebo odporující si fakta se stává společensky nepříjemné a vyvolává prudkou mediální reakci aktivistů (29). Část viny za současnou neuspokojivou a nebezpečnou situaci je také na straně lékařů, když například velké pokroky v reprodukční medicíně prakticky nejsou reflektovány z etických hledisek. To způsobuje představu veřejnosti, že dítě může mít kdokoli s kýmkoli a že se s dětmi dá i obchodovat (30). Taková situace ovšem paralyzuje vědecké zkoumání a diskusi, která by mohla vést k pochopení této tragické komplikace individuálního vývoje.⁴ Co horšího, nejistota i v řadách odborníků vede ke zmatení veřejnosti, takže dítě propadající se do zmatku dospívání nenachází nikde ve svém okolí pevnou oporu (31).

⁴ O tom, jak silný vliv na vědecký výzkum v této oblasti mají aktivisté, si může čtenář učinit představu z aféry kolem výzkumné zprávy Lisy Littmanové uveřejněné v časopise Plos One (<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214157>), kde je nyní po protestech „veřejnosti“ uveřejněno rozsáhlé vysvětlení toho, „jak to autoři práce mysleli“, a k tomu opravená verze původní práce.

LITERATURA

1. Chvála V, Trapková L, Skorunka D. Social Uterus: A Developmental Concept. Contemporary Family Therapy. 2012; 34(2):293-312.
2. Trapková L, Chvála V. O smyslu transsexuality. Praktický lékař. 2005;85(8):464-466.
3. Erikson EH. Dětství a společnost. Praha: Argo; 2002.

4. Garthe RC, Kaur A, Rieger A, et al. Dating Violence and Peer Victimization Among Male, Female, Transgender, and Gender-Expansive Youth. Pediatrics. 2021 Apr;147(4):e2020004317. doi: 10.1542/peds.2020-004317.
5. Chvála V, Skorunka D. Bio-psycho-sociální přístup nabízí větší porozumění. Psychiatrie



pro praxi. 2017;18(1):42-6. doi: 10.36290/psy.2017.040.

6. Engel G. The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*. 1977 Apr 8;196(4286):129-36. doi: 10.1126/science.847460.

7. Arnold SH, McAuliffe K. Children Show a Gender Gap in Negotiation. *Psychol Sci*. 2021 Feb;32(2):153-158. doi: 10.1177/0956797620965544. Epub 2021 Jan 6.

8. Bem DJ. Exotic becomes erotic: A developmental theory of sexual orientation. *Psychological Review*. 1996 103(2):320-335. <https://doi.org/10.1037/0033-295X.103.2.320>.

9. Trapková L, Chvála V. Rodinná terapie psychosomatických poruch. Praha: Portál; 2017.

10. Glaeson BJ. Fathers and other strangers: men's speech to young children. In: Dato DP. *Developmental psycholinguistics, theory and applications*. Washington D.C.: Georgetown University Press; 1975.p.171-222.

11. Šulová L. Raný psychický vývoj dítěte. Praha: Karolinum; 2005.

12. Brown J. Father-Absent Homes: Implications for Criminal Justice and Mental Health Professionals. Minnesota Psychological Association., MPA [Internet]. 2020; [cited 2020 Aug 18]. Available from: https://www.mnpsych.org/index.php%3Foption%3Dcom_dailyplanetblog%26view%3Dentry%26category%3Dindustry%2520news%26id%3D54.

13. Coyne SM, Ward LM, Kroff SL, et al. Contributions of Mainstream Sexual Media Exposure to Sexual Attitudes, Perceived Peer Norms, and Sexual Behavior: A Meta-Analysis. *J Adolesc Health*. 2019 Apr;64(4):430-6. doi: 10.1016/j.jadohealth.2018.11.016. Epub 2019 Jan 26.

14. Lemish D. Generation Gap? 'Online Gap' Widens Divide Between Parents and Children. *Paediatr Child Health*. 2003 May-Jun8(5):275-278.

15. Byrne S, Katz SJ, Lee T et al. Predators and Porn: Predicting Parental Underestimation of Children's Risky Online Experiences. *Journal of Computer-Mediated Communication*. 2014;19(2):215-231.

16. Peterson CM, Matthews A, Copps-Smith E, et al. Suicidality, Self-Harm, and Body Dissatisfaction in Transgender Adolescents and Emerging Adults with Gender Dysphoria. *Suicide and Life-Threatening Behavior*. 2016;47(4):475-482.

17. Fifková H, Weiss P, Neumann D, et al. Doporučený postup. Doporučený postup pro sexuology v péči o transsexuální pacienty. *Sexuologická společnost ČLS J.E.P.* [Internet]. 2020; [cited 2022 Feb 23]. Available from: <https://www.sexuologickaspolecnost.cz/aktualne/doporuceny-postup-pro-sexuology-v-peci-o-transsexualni-pacienty-959>.

18. Zucker KJ, Green R. Psychological and familial aspects of gender identity disorder. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*. 1993 July 2(3):513-542.

19. Saffer JD. Transgender: Evidence on the biological nature of gender identity. *ScienceDaily* [Internet]. 2015 [cited 2022 Jan 2]. Available from: <https://www.sciencedaily.com/releases/2015/02/150213112317.htm>.

20. Hare L, Bernard P, Sánchez FJ, et al. Androgen Receptor (AR) Repeat Length Polymor-

phism Associated with Male-to-female Transsexualism. *Biol Psychiatry*. 2009 Jan 1;65(1):93-6. doi: 10.1016/j.biopsych.2008.08.033. Epub 2008 Oct 28.

21. Agana MG, Greydanus DE, Indyk JA, et al. Caring for the transgender adolescent and young adult: Current concepts of an evolving process in the 21st century. *Dis Mon*. 2019 Sep;65(9):303-356. doi: 10.1016/j.disamonth.2019.07.004. Epub 2019 Aug 9.

22. Bowlby J. Odloučení. Kritické období raného vztahu mezi matkou a dítětem. Praha: Portál; 2012.

23. Korosi A, Shanabrough M, McClelland S et al. Early-Life Experience Reduces Excitation to Stress-Responsive Hypothalamic Neurons and Reprograms the Expression of Corticotropin-Releasing Hormone. *J Neurosci*. 2010 Jan 13;30(2):703-13. doi: 10.1523/JNEUROSCI.4214-09.2010.

24. Monzer N, Hartmann M, Buckert M et al. Associations of Childhood Neglect With the ACTH and Plasma Cortisol Stress Response in Patients With Type 2 Diabetes. *Frontiers in Psychiatry*. 2021 Jun 17;12:679693. doi: 10.3389/fpsy.2021.679693. eCollection 2021.

25. Mitchell C, McLanahan S, Schneper L, et al. Father Loss and Child Telomere Length. *Pediatrics*. 2017 Aug;140(2):e20163245. doi: 10.1542/peds.2016-3245. Epub 2017 Jul 18.

26. Heyer W. Odvrácená strana transgenderu. Praha: Klika; 2020.

27. Khaleque A, Rohner RP. Transnational Relations Between Perceived Parental Acceptance and Personality Dispositions of Children and Adults: A Meta-Analytic Review. *Pers Soc Psychol Rev*. 2012 May;16(2):103-115. doi: 10.1177/1088868311418986. Epub 2011 Sep 1.

28. Matlocha P. Progresivisté na západních univerzitách potlačují jiné názory. Česká pozice [Internet]. 2019; [cited 2019 Aug 11]. Available from: ceskapozice.lidovky.cz/tema/progresiviste-na-zapadnich-univerzitach-potlacuji-jine-nazory.A190808_015340_pozice-tema.

29. Littman L. Rapid-onset gender dysphoria in adolescents and young adults: A study of parental reports. *PLoS ONE*, 13(8), Article e0202330. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0202330>.

30. Konečná H, Klůfa J, Doskočil O, et al. Anonymní dárcovství gamet a anonymní porody: společné etickopsychosociální a právní aspekty. *Prakt. Léč*. 2012;92(10-12):546-550.

31. Trapková L. V genderově zmatené době naše děti nevědí, čím jsou. *Vesmír*. 2020;99(2):100-3.