

KRÁTKÉ SDĚLENÍ

Pohlavní/rodová neshoda v dětství

Gender incongruence in childhood

David Neumann¹, Hana Fífková^{2,3}, Jiřina Zapletalová⁴, Marta Šnajderová⁵, Petr Weiss^{6,7}

¹Dětská klinika Lékařské fakulty Univerzity Karlovy a FN Hradec Králové

²Sexuologická a psychotherapeutická poradna Praha

³Dětská sekce Sexuologické společnosti ČLS JEP

⁴Dětská klinika Lékařské fakulty Univerzity Palackého a FN Olomouc

⁵Pediatrická klinika 2. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a FN Motol, Praha

⁶Sexuologický ústav 1. lékařské fakulty Univerzity Karlovy a Všeobecné fakultní nemocnice, Praha

⁷Katedra psychologie Filozofické fakulty Univerzity Karlovy, Praha

SOUHRN

Neumann D, Fífková H, Zapletalová J, Šnajderová M, Weiss P. Pohlavní/rodová neshoda v dětství

Pohlavní/rodová neshoda v dětství znamená nesoulad mezi prožívaným rodem a zevními pohlavními znaky, který může být zjevný již u prepubertálních dětí. Nárůst počtu dospívajících, kteří zpochybňují svou rodovou identitu, zaznamenaný v posledních letech vyvolává oprávněný zájem s cílem porozumět důvodům a zvolit správný medicínský postup pro daného jedince. V souhrnném článku autoři poskytují přehled problematiky v České republice.

Klíčová slova: pohlavní/rodová neshoda v dětství, identita, tělesná dysforie, transsexualita

SUMMARY

Neumann D, Fífková H, Zapletalová J, Šnajderová M, Weiss P. Gender incongruence in childhood

Gender incongruence in childhood refers to the mismatch between a child's individual conception of their own gender and their assigned sex at birth based on their physical sex characteristics. This condition may present as early as in the prepubertal age. The upsurge in the number of adolescents questioning their gender identity in recent years has generated pronounced interest to understand the basis of this incongruity and subsequently provide appropriate medical support. In the following review article, the authors provide a background about this subject in the Czech Republic.

Key words: gender incongruence in childhood, identity, body dysphoria, transsexuality

Korespondenční adresa:

MUDr. David Neumann, Ph.D.
Dětská klinika FN Hradec Králové
Sokolská 581
500 05 Hradec Králové
david.neumann@fnhk.cz

ÚVOD

S nárůstem psychiatrických onemocnění u 7–18letých v letech 2011–2020 ze 35 tisíc na 46 tisíc stoupá paralelně v České republice počet dětí a dospívajících s pohlavní/rodovou neshodou.⁽¹⁾ Stav kopíruje vývoj ve vyspělých liberálních společnostech.⁽²⁾ Ve Spojeném království s 67 miliony obyvatel se zvýšil mezi roky 2011 a 2016 počet dětí a dospívajících referovaných pro transgenderovou problematiku ze 160

na 1760, v roce 2020 přibližně na 2600.⁽³⁾ V ČR ve stejném období z 56 na 132 a v roce 2020 na 484 (ÚZIS, Weiss P, 2022; nepublikovaná data). Nárůst se týká hlavně 17–18letých biologických dívek. Hormonální léčba byla nově indikována v ČR jen u jednoho dospívajícího do 16 let v roce 2011, u pěti v 2016 a u 39 v roce 2020 (autoři; nepublikovaná data). V roce 2021 počet klesl na 31.

Rodová neshoda jako stav nahrazuje v MKN-11, kapitola 17,⁽⁴⁾ diagnózu MKN-10 porucha pohlavní

identity, F64.⁽⁵⁾ Rodová neshoda v dětství se týká prepubertálních dětí, u starších jde o rodovou neshodu v adolescenci a dospělosti. Hloubka zásahu do života dospívajícího v souladu s jeho touhou po fyzických změnách, s tím související sociální důsledky a možné výsledky medicínské péče vedou ke spektru individuálních reakcí odborníků a veřejnosti. Stejně tak nezvyklost požadavků a nejednoznačnost objektivních diagnostických pilířů. Kromě vytížení psychologů, dětských psychiatrů, sexuologů zabývajících se dětmi a dětských endokrinologů situaci dále komplikuje vliv společenského mínění (vstřícného i odmítavého), médií a nátlakových skupin. Autoři předkládají text se základními informacemi o problematice v prostředí České republiky.

KONCEPT IDENTITY

Identita, sebepojetí, je vztah jedince k sobě samému.⁽⁶⁾ Identita je podstatou osobnosti s jejím tělesným schématem, hodnotovým systémem a sebeúctou. Je vrozená, ale prochází vývojem při interakcích s okolím (socializace).

Pohlavní/rodová identita je součástí identity jedince. Znamená identifikaci s mužským nebo ženským rodem: cítím se být chlapcem, cítím se být dívkou. Stav znalostí překračuje její tradiční pojetí, tedy jednotu mezi genetickým, hormonálním, tělesným a subjektivním vnímáním sama sebe, kde jsou jednotlivé prvky odvozovány jeden od druhého.⁽⁷⁾ Děti s pohlavní/rodovou neshodou jsou dokladem o vývoji identity nezávislém na genech a hormonech.⁽⁸⁾ Rodová identita je vnímána jako vrozená a v průběhu života neměnná,⁽⁹⁾ ale i ona podléhá vývoji, sebeurčení, zkoumání a může být zpochybněna nebo atakována vnějšími socio-psychologickými vlivy.⁽¹⁰⁾ I u prepubertálních dětí může nepřiměřená disruptivní zkušenost (psychologicky ničivá zkušenost přerušující lineární vývoj obvykle s agresivním nebo sexuálním obsahem) vést k zpochybnění identity nebo její binarity, tedy vymezení rodu/pohlaví. To je vystupňováno v období, kdy se sexualita formuje a zároveň vyjadřuje identitu osobnosti.^(11,12)

TERMINOLOGIE

Identita vyjadřuje podstatu já jedince. *Sexuální orientace* označuje objekt sexuality jedince. Jsou nezávislé. Anglicismus *gender* vyjadřuje současně *pohlaví*, zevní tělesnou příslušnost k mužskému nebo ženskému tělu, ale i *rod*, identitu člověka. I v anglojazyčném

prostředí se pro porozumění významovým odlišnostem vyčleňují termíny *gender* s významem *rod* a *sex* s významem *pohlaví*.⁽⁸⁾

Běžně se setkáváme s *binární kongruentní* identitou lidí. Znamená to, že jedinec rozlišuje výhradně mužský a ženský rod a jeho identita je v souladu s chlapeckými nebo dívčími tělesnými charakteristikami. Děti s pohlavní/rodovou neshodou jsou *binární inkongruentní*, tedy mají polarizovaný pojem rodu, ale zevní tělesné znaky jsou k jimi prožívanému rodu opačné, bez souladu. Velmi malá skupina jedinců referuje *non-binaritu*. Svou pohlavní/rodovou identitu vnímají mimo biologické rozdělení na mužský a ženský rod nebo se považují za tzv. *fluidní*, tedy s měnlivou identitou. Obě varianty vnímání sebe sama MKN-11 řadí do kategorie 17, *genderová neshoda, nespecifikovaná*, AH6Z.⁽⁴⁾ Skupinu popisuje množství termínů označujících nejasnou rodovou identifikaci (*genderqueer*).

Genderová nekonformita znamená, že se jedinec svou prožívanou rodovou identitou odlišuje od očekávaných kulturních norem společnosti. *Tělesná dysforie* je emocionálním vyjádřením nesouladu rodové identity s tělesnými znaky. Je podmínkou pro stanovení diagnózy.^(4,5) *Nekonformita* neznamená dysforii.⁽¹³⁾

Internalizovaná transmorfofobie znamená, že se jedinec s rodovou neshodou snaží přebrat normy společnosti a vyhovět jim, aby prožívaný rod odpovídal zevním pohlavním znakům. Je pro ně ale neúnosná a vede k zvýraznění vnitřního napětí, často vyjádřenému sebepoškozováním, v krajním případě suicidálním pokusem. *Coming out* je situace, ve které jedinec s rodovou neshodou oznámí svou prožívanou identitu okolí. *Real life test* je období léčby, kdy je bez jiných lékařských zásahů umožněno žít dítěti ve společnosti podle toho, jak se samo vnímá, ve společenské roli odpovídající prožívanému rodu.

Transsexualita je stále používaný, ale překonaný termín. *Male-to-female* jedinci, trans-ženy, jsou biologičtí muži s prožívanou ženskou identitou. *Female-to-male*, trans-muži, jsou biologické ženy, jejichž prožívaný rod je mužský. Jako *cis identita* je označován stav, kdy prožívaný rod jedince odpovídá pohlaví přiřazenému při porodu, je tedy kongruentní.

Rodová rozlada (gender dysphoria) je termín Diagnostického a statistického manuálu DSM-5. Je to zastřešující pojem pro jedince s rozporem mezi prožívaným rodem a tělesnými znaky při narození.

Tranzice (přeměna) je mezinárodně doporučený postup s cílem změnit tělesné znaky a sociální zařazení jedince tak, aby se sjednotily s prožívaným rodem. *Gender afirmativní terapie* (léčba k odstranění

znevýhodnění) označuje léčbu způsobující tělesné změny, které vedou k souladu s prožívaným rodem. Označení je vnímáno negativně, pokud se liberálně vyjde vstříc jedinci bez dostatečného zkoumání celého stavu. Odborníky je nejprve doporučovaný neutrální přístup respektujícího sledování, *wait and watch*. Protikladem obou postupů je *konverzní (reparativní) terapie*, snaha psychologicky přizpůsobit prožívaný rod zevním pohlavním znakům.⁽¹⁴⁾ Konverzní terapie stejně jako *SOGIECE (sexual orientation and gender identity and expression change effort)* jsou považovány za nefunkční, vědecky nepodložené způsoby péče s cílem odvrátit a potlačit orientaci nebo poruchu.⁽¹⁵⁾ *Detranzice* je odmítnutí již provedených zásahů a vůle jedince vrátit původní biologické znaky.

DEFINICE

Rodovou/pohlavní neshodu v adolescenci a dospělosti (gender incongruence of adolescence and adulthood) MKN-11 definuje jako stav výrazného trvajících nesouladu mezi prožívaným rodem (gender) a pohlavím přiřazeným při porodu (sex), trvajících nejméně 6 měsíců. Většinou vede k touze po tranzici. Diagnóza nemůže být stanovena před pubertou.

Rodová/pohlavní neshoda v dětství (gender incongruence of childhood) má identickou definici u prepubertálních dětí. Děti mají silnou touhu být opačného rodu, než je při porodu přidělené pohlaví; mají odpor k vlastní pohlavní anatomii nebo očekávaným sekundárním pohlavním rysům a/nebo silnou touhu po primárních a/nebo očekávaných sekundárních pohlavních znacích, které odpovídají prožívanému rodu; mají předstírané nebo fantazijní hry, hračky, hry nebo aktivity a kamarády typické spíše pro prožívaný rod než pro přiřazené pohlaví. Nesoulad musí přetrvávat minimálně 2 roky.⁽⁴⁾ Stav může, ale nemusí být spojený s distresem (utrpením, strádáním) nebo deteriorací jedince.^(4,16) Minoritní chování a preference samy o sobě nejsou důvodem ke stanovení diagnózy.⁽⁴⁾

KLINICKÝ OBRAZ

Klinický obraz je pestrý v intenzitě tělesné dysforie, sebepoškozování, věku prvních příznaků a věku coming out, v hloubce poškození sociální interakce a v sekundárních patologických jevech, šikaně, depresích, úzkosti, společenské izolaci apod. Obvykle děti oznamují svůj stav až v dospívání. Autoři se

z praxe shodli na čtyřech klinických vyjádřeních, která se odrážejí v doporučeních způsobu péče.

A. Děti s rodovou neshodou, která se projevuje od batolecího – předškolního věku neochotou k užívání jména odpovídajícího biologickému tělu, hrou a oblékáním typickým pro opačné pohlaví, u biologických dívek močením vestoje, hrou s vrstevníky takového pohlaví, jaký rod samy děti prožívají. Okolí potvrzuje nestereotypní chování, toleruje ho, později respektuje a obvykle v případě coming out dítě podporuje. Jedná se tedy o děti s pozitivní subjektivní i objektivní anamnézou. Nemívají známky sebepoškozování ani sekundární patologie. Jedná se o biologické dívky i chlapce. Je potřebné rozlišit děti, které pouze zkoumají svou identitu. U 60–80 % předškoláků s vybranými nebo málo vyjádřenými symptomy uvedenými výše se o rodovou/pohlavní neshodu nejedná.⁽¹⁷⁾ Při použití afirmativní namísto wait and watch terapie jsou výrazně zranitelnou skupinou s rizikem ztráty sebepojetí.⁽³⁾

B. Dospívající, kteří rodovou neshodu oznámí obvykle v době časného dospívání, nemají disruptivní zkušenost. Mohou procházet obdobím internalizace transmorfofobie, tedy snahy přijmout požadavky okolí na konvenční jednání a vyhovět jim. Stav často vyústí v hluboký vnitřní rozpor a sebepoškozování. Vyskytují se deprese, šikana, sociální izolace. Mívají subjektivní anamnézu od dětství, objektivní anamnéza chybí nebo si blízcí dítěte zpětně uvědomují jen náznaky v chování v časnějším věku. Diagnózu si obvykle stanoví dospívající sami zkoumáním své identity, často uvědoměním si, že se nejedná o non-heterosexuální pohlavní orientaci. V on-line prostředí mohou nějakou dobu žít v identitě odpovídající prožívanému rodu. Jedná se o dívky i chlapce.

C. Dospívající, kteří bez předchozí anamnézy náhle zjistí, že mají trans identitu. Jsou označováni jako *rapid onset gender dysphoria (ROGD)*. Jde o skupinu prudce zvyšující počty referovaných dětí. Jedná se téměř výhradně o biologické dívky.⁽¹⁾ Do klinického obrazu může patřit disruptivní zkušenost nebo ovlivnění sociálními sítěmi a neověřenými/neověřitelnými informacemi. Nemají období snahy přizpůsobit se požadavkům společnosti. Sebepoškozování bývá výrazné, nutkavé. Psychopatologie bývá paralelní s prožívanou rodovou neshodou i jako následek rozporu se společností. Jsou považovány za etiologicky novou skupinu s rizikem detranzice, tedy žádostí zastavit nebo vrátit zpět již provedené biologické změny.⁽¹⁷⁾ Jsou ohroženi iatrogenním poškozením.

D. Dospívající nebo dospělí (i do pozdního věku), kteří ke coming out potřebují dlouhý čas, nekongruentní identita je však nesporná. Jedná se častěji o biologické chlapce/muže.

DIAGNOSTIKA, DIAGNÓZA A DIFERENCIÁLNÍ DIAGNÓZA

Diagnostika se opírá o subjektivní a objektivní anamnézu, vyloučení jiné příčiny a vyšetření specialisty. Ke stanovení diagnózy je vyžadována dlouhodobá spolupráce skupiny odborníků, která vede k následnému souhlasu s léčebnou intervencí. Dítě vyšetřuje dětský psycholog, sexuolog, vývojový psycholog, pediatr, dětský endokrinolog, ev. dětský psychiatr. Předškolní dítě, které přijde k prvnímu vyšetření po sociální tranzici, kterou umožnila sama rodina, nemusí splňovat diagnózu a vyžaduje wait and watch přístup.⁽¹⁸⁾ Vylučují se poruchy intelektu, psychopatologie, sociopatie ve vztahu k rodinné situaci a sociálnímu prostředí, hyperandrogenní stavy a poruchy pohlavní diferenciaci („intersex“).

TERAPIE

Cílem léčby je umožnit dítěti harmonický vývoj odpovídající prožívanému rodu, předejít sebepoškození, sekundárnímu psychickému a sociálnímu poškození, ale také iatrogennímu poškození.

Nefarmakologická intervence ve vztahu k dítěti zahrnuje postupy wait and watch, dále real life test, podporu dítěte/dospívajícího v primární podpůrné skupině (rodině) a podporu nejbližšího okolí.

Hormonální terapie vede k somatické přeměně, psychickým změnám a ztrátě fertility. Blokádni terapie analogy gonadoliberinu je podle mezinárodního postupu doporučena po 14. roce, individuálně nejdříve ve stadiu puberty 2 podle Tannera při izosexuálním dospívání.⁽¹⁹⁾ Hormony opačného pohlaví se podávají o 2 roky později, v 16 letech. Pozvolné zvyšování jejich dávky je používáno u dětí s dlouhou anamnézou a časnější blokádni léčbou, u starších biologicky dospělých se dávka hormonů opačného pohlaví navyšuje rychleji. U ROGD adolescentů je doporučen postup wait and watch a posunutí hormonální intervence do dospělosti. Medikamentózní léčba je v České republice i dalších státech off label, zdravotní pojišťovny v ČR léčbu akceptují a hradí

analogu gonadoliberinu. Pokud léčba nevede k snížení strádání a sebepoškození nebo se distres vrací, je potřebné přehodnotit diagnózu.

Chirurgické zákroky na genitálu a gonadektomie jsou v České republice možné až v dospělosti po komisionálním schválení. Zákonem vyžadovaná gonadektomie je důvodem odborné polemiky. Operaci prsou lze v odůvodněných případech provést po 16. roce věku. Péče je u trans-dívek doplněna hlasovým nácvikem a estetickými zásahy.

PROGNÓZA

Uplatnění mezinárodně doporučených postupů intervence^(13,19) znamená přiblížení vývoje trans-dětí jejich cis-vrstevníkům, předejití sekundární psychopatologii⁽²⁰⁾ a zařazení do života v dětství, dospívání a dospělosti s pro ně předvídatelnými, a tím i přijatelnými omezeními, mezi která patří i ztráta plodnosti. Riziko nežádoucí medicínské péče je u prepubertálních dětí, kde není správně stanovená diagnóza, a u dospívajících s rychle vzniklou rodovou dysforií při podcenění příčin a zevních vlivů. U dětí a dospívajících, u kterých přetrvává sebepoškození a prohloubení psychopatologie i přes poskytnutou péči, je zpochybnitelné pokračování v tranzici. Detranzice může být důsledkem nesprávně zvoleného postupu u jedinců, jejichž identita nebyla dostatečně ukotvená, zvláště ROGD, ale také při tlaku okolí, společenskou transfobií, sociálním vyloučením nebo přijetím původních biologických znaků u jedince s dozrávající sexualitou. Kromě problému detranzice existuje i situace, kdy lidé, kteří podstoupili afirmativní léčbu, vnímají, že jim stav již detranzici neumožňuje.

ZÁVĚR

Transgenderová medicína je v současné době stále více diskutovaným tématem. Jde o velmi složitou interakci mezi opodstatněnou péčí o malou skupinu pacientů s jednoznačně prokázanou rodovou neshodou a trvale se zvětšující skupinou jedinců, u kterých vlivy liberální společnosti přispívají k nejistotě včetně zpochybnění vlastní identity. Doporučené medicínské postupy musí být používány individuálně, po pečlivé diagnostice a s konsenzem odborníků. |

LITERATURA

1. **NRHZS (Národní registr hrazených zdravotních služeb) 2010–2020.** Dostupné na: <https://psychiatrie.uzis.cz/browser/disease/juvenile>. [15. 3. 2022]
2. **de Graaf NM, Carmichael P.** Reflections on emerging trends in clinical work with gender diverse children and adolescents. *Clin Child Psychol Psychiatry* 2019; 24: 353–364.
3. **de Graaf NM, Giovanardi G, Zitz C, Carmichael P.** Sex ratio in children and adolescents referred to the gender identity development service in the UK (2009–2016). *Arch Sex Behav* 2018; 47: 1301–1304.
4. **Mezinárodní klasifikace nemocí, 11. revize.** Dostupné na: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f411470068>. [15. 3. 2022]
5. **World Health Organisation 2016, ÚZIS ČR 2017.** MKN-10: Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů, 10. revize. Dostupné na: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246208/9788074721687-V1-cze.pdf>
6. **Vymětal J.** Obecná psychoterapie. 2., rozš. a přeprac. vyd. Praha: Grada 2004.
7. **Gülgöz S, Glaziera JJ, Enright EA, et al.** Similarity in transgender and cisgender children's gender development. *PNAS* 2019; 116: 24480–24485.
8. **Griffin L, Clyde K, Byng R, Bewly S.** Sex, gender and gender identity. *BJ Psych Bulletin* 2020; 1–9.
9. **Pediatric endocrine society.** Transgender health. Position statement. December 2020. Dostupné na: <https://www.endocrine.org/advocacy/position-statements/transgender-health>. [15. 3. 2022]
10. **Turban JL.** Potentially reversible social deficits among transgender youth. *J Autism Dev Disord* 2018; 48: 4007–4009.
11. **Zucker KJ.** Adolescents with gender dysphoria: reflections on some contemporary clinical and research issues. *Arch Sex Behav* 2019; 48: 1983–1992.
12. **Hines M.** Human gender development. *Neurosci Biobehav Rev* 2020; 118: 89–96.
13. **World Professional Association for Transgender Health.** Standards of care for the health of transsexual, transgender, and gender-nonconforming people. 7th version. Dostupné na: https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_English2012.pdf?t=1613669341. [15. 3. 2022]
14. **APA:** <https://www.psychiatry.org/psychiatrists/cultural-competency/education/transgender-and-gender-nonconforming-patients/gender-affirming-therapy>. [15. 3. 2022]
15. **Kinitz DJ, Salway T, Dromer E, et al.** The scope and nature of sexual orientation and gender identity and expression change efforts: a systematic review protocol. *Syst Rev* 2021; 10: 14.
16. **García RR, Ayuso-Mateos JL.** ICD-11 and the depathologisation of the transgender condition. *Rev Psiquiatr Salud Ment (Barc)* 2019; 12: 65–67.
17. **Ristori J, Steensma TD.** Gender dysphoria in childhood. *Int Rev Psychiatry* 2016; 28: 13–20.
18. **Steensma TD, Cohen-Kettenis PT.** A critical commentary on “A critical commentary on follow-up studies and “desistence” theories about transgender and gender non-conforming children”. *Int J Transgender* 2018; 19: 225–230.
19. **Hembree WC, Cohen-Kettenis PT, Gooren L, et al.** Endocrine treatment of gender-dysphoric/gender-incongruent persons: an endocrine society clinical practice guideline. *J Clin Endocrinol Metab* 2017; 102(11): 1–35.
20. **de Vries ALC.** Challenges in timing puberty suppression for gender-nonconforming adolescents. *Pediatrics* 2020; 146: e2020010611.