

Supporting Wellbeing and Integration of Transgender Victims in Care Environments with Holistic Approach

VÝSTUP 2.1

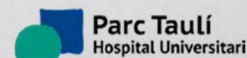
ZÁKLADNÍ TEORETICKÝ PRŮVODCE

ZÁSADY PRO PRÁCI S TRANSGENDER KLIENTY

PROJECT NUMBER 881635 - SWITCH - REC-AG-2019 / REC-RDAP-GBV-AG-2019



Tento projekt byl financován z programu Evropské komise: Práva, rovnost a občanství (2014-2020).



Obsah tohoto výstupu představuje stanoviska jeho autorů, kteří jsou za něj zcela zodpovědní. Evropská komise nenese žádnou odpovědnost za případné další využití zde uvedených informací



SWITCH team:

Aragón A. M.; Baione, M.; Bonvicini, F.;
Brando-Garrido, C.; Campanino, M.;
Cardoner N.; Casoni, C.; Catilino, F.;
Dolezalova, P.; Escotorin-Soza, P.; Espelt
C.; Giuliani, S.; Goldberg, X.; Graglia, M.;
Heumann, V.; Malkova, M.; Marino, M.;
Moscano, E.; Orlikova, B.; Pavlica, K.;
Riboldi, B.; Roche, O. R.; Roche, V. I.;
Salzillo, S.; Sanzo I.; Simonova, Z.;
Tedesco, I.



Tento projekt byl financován z programu
Evropské komise: Práva, rovnost a
občanství (2014-2020)

Obsah tohoto výstupu představuje stanoviska jeho autorů, kteří jsou za něj zcela zodpovědní.
Evropská komise nenesе žádnou odpovědnost za případné další využití zde uvedených
informací



ZÁKLADNÍ TEORETICKÝ PRŮVODCE

ZÁSADY PRO PRÁCI S TRANSGENDER KLIENTY

OBSAH

OBSAH	3
ÚVOD.....	5
1. TRANSGENDER IDENTITA	7
KOLIK JE TRANS LIDÍ V POPULACI?	7
LÉKAŘSKÁ DIAGNÓ	7
COMING OUT	8
TRANZICE	11
SOCIÁLNÍ TRANZICE	11
ÚŘEDNÍ TRANZICE (ZMĚNA ÚŘEDNÍHO POHLAVÍ).....	11
FYZICKÁ TRANZICE	13
TRANSFOBIE.....	14
GATEKEEPING	15
INTERSEX LIDÉ.....	16
DEFINICE POJMU INTERSEX	16
KOLIK JE INTERSEX LIDÍ?	18
LÉKAŘSKÉ ZÁKROKY U INTERSEX OSOBY	18
2. ZÁKLADNÍ POJMY A DEFINICE	20
3. OBECNÁ DOPORUČENÍ PRO POSKYTOVATELE LÉKAŘSKÉ PÉČE PRO TRANSGENDER OSOBY	26



3.1 ZVYŠOVÁNÍ INFORMOVANOSTI POSKYTOVATELŮ PÉČE.....	28
VÝVOJ V PRŮBĚHU ŽIVOTNÍHO CYKLU.....	30
DĚTI	30
DOSPÍVAJÍCÍ	30
STARŠÍ KLIENTI.....	31
3.3 PŘÍSTUP K TRANSGENDERA NEBINÁRNÍM KLIENTŮM.....	31
OBEČNÁ DOPORUČENÍ.....	31
JAKÉ JMÉNO A GRAMATICKÝ ROD POUŽÍVAT?	32
PO COMING OUTU.....	33
NEPTEJTE SE NA INTIMNÍ VĚCI, POKUD TO NENÍ NEZBYTNÉ	33
DODRŽUJTE HRANICE	33
4. DOPORUČENÉ METODY PSYCHOTERAPIE U TRANS A NEBINÁRNÍCH KLIENTŮ	34
4.1 HOLISTICKÉ PŘÍSTUPY, MODELY PRÁCE „OD SHORA DOLŮ“ A „OD SPODU NAHORU“	35
4.2 SVĚPOMOCNÉ METODY, PODPŮRNÉ SKUPINY A PORADENSTVÍ.....	43
4.3 PRINCIPY NA KLIENTA ZACÍLENÉ PÉČE	45
4.4 DOMÉNY WELLBEINGU	47
5. MAPOVÁNÍ DOBRÉ PRAXE MEZI TERAPEUTY TŘÍ ZEMÍ V RÁMCI PROJEKTU SWITCH.....	50
6. Závěr	55
PŘÍLOHA – MAPOVÁNÍ DOBRÉ PRAXE MEZI TERAPEUTY TŘÍ ZEMÍ	56
ČESKÁ REPUBLIKA	56
ITÁLIE.....	59
ŠPANĚLSKO	64
ODKAZY A ZDROJE.....	71



ÚVOD

Tento průvodce představuje základní teoretické předpoklady projektu SWITCH (Supporting Wellbeing and Integration of Transgender Victims in Care Environments with Holistic Approach).

Cílem tohoto dokumentu je vytýčit prostřednictvím definic, pojmů a konceptů týkajících se transgender, nebinárních a intersex osob a jejich wellbeingu vytýčit jednotná teoretická východiska pro další zpracování projektu ve třech partnerských zemích EU.

Zároveň uvádí možnosti integrace uvedených principů a vhodných terapeutických přístupů v rámci vzdělávací metodologie a jejich aplikaci v terapeutickém a lékařském prostředí. Tato publikace tak bude sloužit jako základní průvodce pro poskytování informované a kvalitní terapeutické a jiné lékařské péče pro danou cílovou skupinu – transgender a intersex osoby v partnerských zemích i mimo ně.

V důsledku špatného společenského přijetí, možných překážek v průběhu tranzice a vysoké míry diskriminace jsou transgender a intersex lidé vystaveni dlouhodobému stresu a rizikům, která mají nepříznivý dopad na jejich duševní zdraví. Sebevražedné chování (60%) a sebepoškozování (cca 50%) u je u transgender populace v poměru k běžné populaci a dokonce i gay a lesbické klientele výjimečně vysoké.

Kvalitní terapeutická péče a podpora je pro cílovou skupinu bohužel často těžko dostupná či zcela nedostupná. Tyto teoretické zásady a následná praktická školení nabízejí vhodnou metodologii a nástroje k poskytování nezaujaté péče a kvalifikovaných podpůrných služeb transgender a intersex klientům.



Tato publikace je určena pracovníkům ve zdravotnictví a jiným odborným profesím a poskytovatelům terapeutických služeb, může však sloužit jako vodítko rovněž pro politické činitele a další osoby činné na strategických pozicích.



1. TRANSGENDER IDENTITA

Transgender osoba je ta, jejíž rod se neshoduje s tím, jaké pohlaví jí bylo přiřazeno po narození. Genderová identita je totiž náš vnitřní pocit příslušnosti k určitému pohlaví, na základě něhož se cítíme být ženou, či mužem (nebo dívkou, či chlapcem) nebo také mimo tyto dvě kategorie. U transgender lidí zkrátka pohlaví, které jim bylo přiřazeno při narození, neodpovídá jejich vnitřní autenticky prožívané genderové identitě (GLAAD, 2018).

KOLIK JE TRANS LIDÍ V POPULACI?

Na tom, jaké je zastoupení trans lidí v populaci, neexistuje jednoznačná shoda. Jedním z důvodů je ten, že mnoho trans osob ve své nové roli o své identitě mlčí a snaží se zapadnout. Řada trans osob se z důvodu společenského tlaku či jiných okolností k tranzici ani nikdy neodhodlá.

Data o výskytu trans osob v populaci jsou rovněž získávána od lékařů, kteří mají na starosti proces tranzice, případně jde o počet operací změny pohlaví či klientů hormonální terapie. Jiné odhady pracují s údaji o počtu osob, které dosáhly úřední změny genderu. U všech těchto odhadů však platí, že zdaleka ne všichni transgender lidé docházejí na sexuologii a mají zájem o operace a následnou úřední změnu.

Na základě dat z různých dotazníků se odhaduje, že trans osob je v populaci mezi 0.3% and 1-4% (Amnesty International, 2014).

LÉKAŘSKÁ DIAGNÓZA



Odstranění diagnózy „Porucha pohlavní identity“ ze svého mezinárodního seznamu diagnóz, což bude mít podle organizace Human Rights Watch podpůrný vliv Světová zdravotnická organizace (agentura OSN) schválila rezoluci o na transgender osoby po celém světě (OSN, 2019). V nové verzi Mezinárodní klasifikace nemocí Světové zdravotnické organizace (ICD-11) jsou „Poruchy pohlavní identity“ nově definovány jako „Genderový nesoulad“ (Gender Incongruence).

Ten je popsán jako výrazný a dlouhodobý nesoulad mezi autenticky prožívaným genderem a přiděleným pohlavím, a je zařazen do kapitoly týkající se sexuálního zdraví. Diagnóza spojená s transgender identitou je tedy nově vyňata ze sekce duševních poruch (WHO, 2019). Duševními nemocemi netrpí trans lidé více než běžná populace, ale mohou se u nich vyskytnout např. poruchy související s prožitými traumaty v důsledku diskriminace, menšinového stresu či šikany.

Tento vývoj v přístupu k trans problematice je v souladu se snahou o depatologizaci transgender a genderově nekonformních osob a jejich identit.

COMING OUT

Proces, během kterého si člověk uvědomí a pojmenuje svoji minoritní sexuální orientaci a/nebo genderovou identitu, v českém jazyce se jako nejméně známější ustálilo anglické sousloví „coming out“.

Rozlišujeme dvě fáze coming outu: vnitřní uvědomění a vnější sdělení. U transgender osob není neobvyklé, že mezi těmito dvěma fázemi, tedy po vnitřním uvědomění a před vnějším sdělením mohou uplynout i desítky let.

Uvědomění také může trvat pár okamžiků, ale i několik let. Trans a nebinární lidé mívají poměrně brzy tušení, že s pohlavím, které jim bylo



připsáno po narození, nejsou zcela v souladu, ale celý proces jim připadá příliš složitý. Člověk, který svou identitu hledá, může také propadnout naopak do stavu intenzivního popírání, a v důsledku rizik spojených se společenskou stigmatizací vědomě či podvědomě ignorovat signály odkazující k jejich jinakosti.

Transgender lidé se liší v tom, jak, kdy a jestli vůbec podstoupí svůj coming out. Mnoho trans lidí svůj vnější coming out velmi pečlivě a obezřetně plánuje. Může za to i míra diskriminace, která je vůči trans lidem vyšší než vůči lesbám a gayům. Trans lidé bývají častěji než ostatní ohroženi ztrátou práce, šikanou ve škole, vyhozením z domu, rozpadem vztahů a podobně. Někteří rodiče mohou reagovat i tak, že tento krok považují pouze za „fázi“ a nutí své nezletilé dítě co nejdříve zapadnout do role, která mu byla připsána po narození, i když to může vést k negativnímu ovlivnění vzájemného vztahu či duševním potížím dítěte.

Výzkum spolku Transparent z.s. z roku 2018 ukázal, že vůbec nejméně příznivě reagovali po coming outu trans či nebinárního člověka na tuto informaci rodiče (44 % negativních reakcí, pouze 28 % pozitivních reakcí od otců a 36 % od matek). Naopak nejpozitivnější reakce přišly od přátel (73 % pozitivních reakcí) a partnerů*partnerek či manželů*manželek (62 %) (Pavlica et al., 2018).



Vědecká data ukazují, že ohledně přístupu zdravotnických profesionálů nelze automaticky předpokládat adekvátní a empatickou péči. Jak uvádí Chapman a kol. (2012), LGBTI rodiny, které požadují pro své děti zdravotní péči, se zdráhají o orientaci či identitě svých dětí před zdravotníky hovořit, protože se obávají, že nedostanou stejně kvalitní péči jako hetero a cisnormativní rodiny. To podtrhuje důležitost využití modelů holistické péče soustředěné na individuální podporu a charakter jednotlivých rodinných systémů (Chapman a kol., 2012).

Jenner (2010) uvádí, že je nezbytné v rámci revize zdravotní péče přijmout patřičné protokoly a přizpůsobit je potřebám této skupiny populace. Z hlediska autora vyžaduje péče o transgender klienty znalosti anatomických změn, vlivu hormonální terapie, ale i kulturních ohledů týkajících se dané komunity. Kvalitu zdravotní péče lze vyhodnotit na základě významu přisuzovaného kulturní citlivosti, změnám institucionálních politik a profesionální integritě (Jenner a kol., 2010).

Carlström a Gabrielsson (2020) se rovněž věnují zkušenosti transgender klientů a klientek s lékařským personálem. Studie došla k závěru, že je důležité vyhodnotit transgender osoby coby velice zranitelnou skupinu populace, jejíž důstojnost je při poskytování lékařské péče často narušena. Z tohoto důvodu Carlström a Gabrielsson důrazně doporučují, aby lékařský personál přejal ústřední roli v rámci pomoci a podpory této skupiny klientů. Zdravotníci mohou přispět ke zvýšení důvěry v lékařskou péči tím, že jejich identitu bezesbytku přijmou a více se zacílí na jejich specifické potřeby (Carlström a kol., 2020).

Sedlak, Veney a Doheny (2016) ve své studii uvádějí, že ačkoli se o situaci transgender lidí ve společnosti otevřeně hovoří, poskytovatelé zdravotní péče se při interakci s těmito klienty necítí dobře, protože nemají příslušnou průpravu, a proto je jejich péče často necitlivá a stereotypizující (Sedlak a kol., 2016).



TRANZICE

Mnozí transgender ale i nebinární lidé mají zájem vstoupit do procesu tzv. tranzice, tedy procesu, během kterého nabývají fyzických charakteristik a přijímají sociální roli korespondující s jejich autentickou genderovou identitou. Tranzice obsahuje zejména následující tři složky:

- Fyzická (nebo také medicínská) tranzice – zahrnuje hormonální terapii a chirurgické zákroky.
- Úřední tranzice – změna jména, rodného čísla a úředního pohlaví.
- Sociální tranzice – zastávání dané sociální role ve společnosti.

SOCIÁLNÍ TRANZICE

Nejsložitějším aspektem tranzice je ten společenský. Sociální změny vyžadují, aby trans lidé viditelně a veřejně změnili svou genderovou roli. Může to znamenat i změnu sociálního postavení; např. trans ženy se shledávají s nižším platem za svou práci.

Mohou se také lišit očekávání ze strany okolí. Čím starší je daná osoba a čím více sociálních rolí zastává, tím složitější je její tranzice, v krajním případě se může ocitnout v úplné sociální izolaci. Je vhodné, aby v tomto období měli transgender klienti dostatečný přístup k profesionálním službám psychologické péče.

ÚŘEDNÍ TRANZICE (ZMĚNA ÚŘEDNÍHO POHLAVÍ)

30 evropských zemí uplatňuje pro úřední tranzici striktní legislativní postup a v některých z nich vyžaduje úřední změna jména a pohlaví výslovně diagnózu psychické poruchy či jiný lékařský posudek, podstoupení sterilizace a dalších medicínských zákroků a případně i rozvod. Všechny tyto



procesy jsou nákladné a časově náročné a řada z nich je z hlediska svého účinku pochybná. Uznání genderové identity však není jenom administrativní úkon: pro řadu trans osob je to jediná možnost, jak žít důstojný život.

Tyto svévolné a potenciálně diskriminační požadavky nebo neexistující právní úprava úřední změny pohlaví značí, že trans klienti nemají dostatečnou ochranu a může u nich v rámci různých procesů souvisejících s tranzicí dojít u újmě; řada trans lidí v těchto zemích má například osobní doklady, které neodpovídají jejich genderové identitě a které musí běžně a v různých sociálních kontextech používat pro prokazování své totožnosti. V důsledku toho si tito lidé nemohou volit kdy, jakým způsobem a komu chtějí svou identitu oznámit, hrozí jim riziko šikany, diskriminace, násilí atd. i v rámci běžných aktivit, jako je výkon zaměstnání, návštěva úřadů, nákupy či návštěva lékaře.

Požadavek nucené sterilizace je invazivní, nehumánní a nespravedlivý, odpírá trans lidem možnost sebeurčení, tělesnou autonomii a může způsobit duševní zátěž těm, kdo chtějí být rodiči, bez ohledu na možné komplikace v průběhu operace, zbytečné zdravotní problémy a další hormonální obtíže. Požadavek rozvodu nebo udržení svobodného statutu (i v případech, kdy choť trans osoby souhlasí a tranzici podporuje) může vést k rozpadu rodiny a zničení primární podpůrné sítě trans osob. Všechny tyto procesy mohou ohrozit také ohrozit pracovní zabezpečení a profesionální kariéru kvůli zdlouhavému času nutnému k absolvování všech uvedených kroků.

Tyto nesystematické a ničím nepodložené požadavky narušují důstojnost, tělesnou integritu, právo na rodinu a právo nepodléhat ponižujícímu a nehumánnímu zacházení. Některé progresivní země nabízejí model sebeurčení (Belgie, Dánsko, Irsko, Lucembursko, Malta, Norsko, Portugalsko a další), kde uchazeči o úřední změnu pohlaví nemusejí v rámci formálního uznání svého autentického genderu absolvovat požadavky týkajících se zdravotního, občanského či věkového statutu.



FYZICKÁ TRANZICE

Tato část tranzice je nejviditelnější a pro většinu lidí je i určitým synonymem pro tranzici jako takovou. Je to rovněž oblast nejvíce prezentována v médiích, kde však hrozí nebezpečí zjednodušování a stereotypizace. Neplatí sice, že všichni trans lidé mají automaticky zájem o operativní či hormonální změny, ale dá se říci, že čím silnější jsou pocity dysforie, tím je touha po operativních změnách větší.

Každá země má vlastní legislativu pro tranzici, doporučujeme tedy, abyste se obeznámili s procesy ve své zemi. V každém případě musí být na začátku osobní rozhodnutí daného člověka vstoupit do tranzice založené na niterné zkušenosti, že genderová identita neodpovídá kulturním normám/rolím přisouzeným pohlaví přidělenému při narození.

V některých zemích je před nastoupením hormonální terapie nebo před operativními zákroky třeba podstoupit určitá lékařská vyšetření (endokrinní, interní, psychologická atd.). Součástí diagnostiky může být také tzv. Real-Life Test, neboli „test skutečného života“, v rámci něhož musí lidé prokázat, že dokážou žít v genderové roli, se kterou se identifikují, po určitou dobu před případným podstoupením operativního zákroku. Je nutné si uvědomit, že Real Life Test může pro některé osoby znamenat další stresující zátěž i případné bezpečnostní riziko.

V průběhu hormonální terapie se lidé mění fyzicky, často ale i psychicky. Součástí této fáze je i nutnost projít ve všech důležitých oblastech života (příbuzní, škola/práce atd.) coming outem, pokud nebyl proveden už dřív. K tomu se pojí i riziko ztráty práce, příbuzných, kamarádů či kamarádek, partnerů či partnerek a podobně. Je proto třeba, aby měl člověk zejména v této době kolem sebe aspoň nějakou podporu a v případě, že ji nemá v



podobě blízkých osob, je dobré odkazovat na prověřené odborníky ze strany psychologů nebo jiných podpůrných služeb (podpůrných skupin, peer-to-peer poradenství a podobně).

Pokud trans osoba splní všechny podmínky, je jí umožněno absolvovat chirurgické zákroky. Ty se dělí na feminizační a maskulinizační. V ČR je chirurgická sterilizace i jednou z podmínek změny rodného čísla a označení genderu v dokladech.

Trans femininní osoby mohou procházet jednou či sérií feminizačních zákroků, včetně orchiektomie, vaginoplastiky, augmentation mamoplastiky, feminization obličeje, zmenšení ohryzku a feminizací hlasu.

Trans maskulinní osoby pak mohou podstoupit některou z následujících nebo kombinaci maskulinizačních zákroků, jako je operace hrudníku, hysterektomie, faloplastika, metoidioplastika a scrotoplastika.

TRANSFOBIE

Pojem transfobie se používá k pojmenování silné nevole či předsudků vůči trans a nebinárním lidem. Může se projevovat dvěma způsoby: jako aktivní transfobie (záměrné vystupování proti transgender a nebinárním lidem) nebo pasivní transfobie (znevažování skutečnosti, že transgender a nebinární lidé existují) (Young Scot, n. d., Galop, n. d.).

Okolí může nějakou dobu trvat, než si zvykne na nový gramatický rod a nové jméno. Chyby jsou pochopitelné, ale záměrné popírání a znevažování identity trans osoby tím, že opakovaně používáme špatný gramatický rod („misgendering“) nebo původní jméno („deadnaming“) je považováno za formu transfobie, která může mít prokazatelné negativní psychologické dopady. Transfobie se může projevit rovněž jako diskriminace, např. znemožněním přístupu k toaletám nebo ke službám či výkonu povolání na



základě identity. V závažnějších případech může transfobie způsobit nenávistné verbální projevy nebo projevy fyzického násilí. Každoročně je po celém světě hlášena velká spousta transrodních verbálních i vražedných útoků na transgender osoby, přičemž drtivá většina z nich není oficiálně registrována.

Neochota k řešení těchto činů, nárůst netolerantních extremistických sociopolitických hnutí a přijetí zákonů pošubující transgender práva přímo či nepřímohrožují životy trans lidí. K této situaci může přispívat i nedostatek oficiální podpůrné infrastruktury.

GATEKEEPING

Gatekeeping nastává často právě v oblasti lékařství, kde mohou doktoři ze své pozice kontrolovat a řídit proces tranzice u transgender osob, nebo jim její zcela upřít.

Jejich argument pak vychází z mylného přesvědčení, že transgender lidé nejsou sami schopni svou vlastní identitu určit a musejí podstupovat měsíce či roky léčby, než mohou pokračovat v procesu tranzice. Někteří také tvrdí, že psychiatrické diagnózy nebo problémy jsou důvodem pro pozastavení či prodloužení tranzice. Psychologické problémy trans osob jsou často způsobeny jejich dysforií a stresem z pocitu, že fungují ve špatné genderové roli. Jejich zdárný proces tranzice tak může být dále ohrožen problémem v oblasti duševního zdraví.



Gatekeeping také představuje formu transfobie, a to z toho důvodu, že vyžaduje potvrzení a povolení od odborníků a tím upírá trans lidem kontrolu nad vlastní tranzicí. Tranzice není jednoduchý ani příjemný proces. Nejde jen o vrtoch těch, kdo nejsou spokojeni se svým životem, ale o niternou a dlouhodobou touhu žít v souladu se svou vnitřní identitou (Wikipedia, n. d.)

1.1. ROZDÍL MEZI TRANSGENDER A INTERSEX OSOBAMI

INTERSEX LIDÉ

Jak bylo uvedeno výše, transgender osoby jsou ty, u nichž se genderová identita neslučuje s pohlavím, které jim bylo přiřazeno při narození. Intersex osoba je ta, která se narodila s některou z biologických variací, jež neodpovídají naší běžné definici žen a mužů. Někteří intersex lidé zažívají genderovou dysforii a identifikují se jako trans, například když byli socializováni v rámci jednoho genderu a v průběhu puberty (nebo dříve) zjistí, že vykazují rysy pohlaví jiného, a to navíc nebo místo toho, ve kterém byli socializováni.

DEFINICE POJMU INTERSEX

Intersex je zastřešující pojem, který se vztahuje na různé tělesné variace, jež neodpovídají naší běžné kategorizaci lidí na ženy a muže. Například osoba, která vypadá jako typická žena, může mít typicky mužskou vnitřní anatomii nebo mozaikové chromozomy skládající se z XX a XY zároveň (Intersex Society of North America, n. d.).

Intersex popisuje přirozené tělesné variace, z nichž některé jsou viditelné hned při narození, ale v jiných případech nejsou detekovatelné ani do doby



puberty. Některé chromozomální či jiné intersex variace nejsou vůbec fyzicky patrné (Office of the High Commissioner for Human Rights, 2015).



KOLIK JE INTERSEX LIDÍ?

Až 1,7 % lidí (1 ze 60) může být intersex osoba, což zahrnuje i variace, které nejsou patrné hned při narození. Novorozenci s genitáliemi, které nelze jednoduše zařadit jako mužské či ženské se mohou rodit v počtu 1 z 1,500 (Fausto-Sterling, 2000).

LÉKAŘSKÉ ZÁKROKY U INTERSEX OSOB

Od dvacátých let minulého století se chirurgové pokoušeli „napravit“ rostoucí počet různých variací. V padesátých letech pak tým lékařských specialistů na Univerzitě Johnse Hopkinse (USA) vyvinuli praxi, která byla později nazvána „optimální genderová výchova“ pro léčbu dětí s intersex variacemi. Hopkinsův tým se domníval, že z kohokoli lze udělat „skutečnou“ dívku nebo chlapce včasným přidělením genderové role, změnou jejich těla a následným přesvědčením jich a jejich rodičů, aby se dle tohoto rozhodnutí chovali. Hopkinsův model se rozšířil po celém vyspělém světě s tím důsledkem, že se na intersex dětech bez jejich souhlasu prováděly a provádějí kosmetické operace genitálií v přesvědčení, že je to nezbytné a efektivní (Wikipedia, 2020).

V řadě zemí děti s nejednoznačnými genitáliemi bohužel stále podstupují tyto operace, aby je bylo možné úředně zařadit do kategorie buď žena, nebo muž, ačkoli pro většinu z nich není jejich stav život ohrožující. Má se za to, že je lepší „vyhloubit díru“ než „postavit tyč“, proto je většině intersex dětí přiřazeno ženské pohlaví. Jen několik málo zemí umožňuje úřední uznání intersex osob (Německo, Rakousko, Nový Zéland, Austrálie, Malta, Indie a Kanada).

Úřední uznání intersex lidí se týká především jejich možnosti využívat



stejná práva jako ostatní, žádat administrativní úpravy právních dokumentů, pokud jejich původní přidělené pohlaví není adekvátní. Je ovšem třeba podotknout, že úřední uznání nespočívá ve vytvoření kategorie třetího pohlaví nebo genderové klasifikace intersex osob jako samostatné skupiny osob, ale o jejich nároku na sebeurčení (Asia Pacific Forum of National Human Rights Institutions, 2016).



2. ZÁKLADNÍ POJMY A DEFINICE

- **Pohlaví** – přibližná biologická kategorie, na jejímž základě jsou lidé podle fyzických znaků při narození tradičně rozdělováni na ženy a muže
- **Pohlaví přiřazené při narození** – ženské nebo mužské pohlaví přidělené při narození zdravotním personálem na základě určitého souboru fyzických rysů typicky přisuzovaného jednomu z těchto dvou tradičních pohlaví.
- **Gender** – sociální nebo kulturní role, se kterou se lidé identifikují na základě své genderové identity; jde o sociální konstrukt, ke kterému se pojí určité atributy související se vzhledem (volba oblečení, barev, líčení, doplňků atd.), chováním nebo očekáváními ze strany společnosti, liší se historicky a geograficky.
- **Genderová identita** – pocíťovaná příslušnost k určitému genderu nebo absence této příslušnosti, vlastní definice sebe sama na genderové škále. Nemusí souviset s pohlavím připsaným po narození.
- **Trans(gender) osoba** – osoba, jejíž rod/pohlaví se neshoduje s tím, jaké jim bylo určeno po narození; pojmy trans (transgender) jsou přídavná jména.
- **Trans(gender) žena** – žena, která se narodila s pohlavními znaky typicky připisovanými mužům, ale s mužskou rolí se neztotožňuje; trans ženy se někdy označují také termínem MtF (Male to Female) nebo AMAB (assigned male at birth).
- **Trans(gender) muž** – muž, který se narodil s pohlavními znaky typicky připisovanými ženám, ale s ženskou rolí se neztotožňuje; trans muži se někdy označují termínem FtM (Female to Male) nebo AFAB (assigned female at birth).



- **Transsexuál** – zastaralý pojem, který se váže k dříve platné medicínské diagnóze, může být také zavádějící v tom smyslu, že genderová identita nesouvisí se sexualitou.
- **Transsexualismus, transsexualita** – dřívější medicínská diagnóza spadající pod duševní poruchy, v předchozích verzích Mezinárodní klasifikace nemocí byla uvedena pod kódem F64.0. Od roku 2022 ji nahrazuje diagnóza tzv. Genderového nesouladu, která již není kategorizována jako duševní porucha, ale stav spojený se sexuálním zdravím.
- **Genderový nesoulad** – medicínská diagnóza, která nahrazuje diagnózu Transsexualismu/Poruchy pohlavní identity v MKN od roku 2022. Dokládá také posun v pohledu na transgender identity od škatulky duševních poruch směrem ke sociálnímu aspektu transgender identity a tedy nejen na její fyzickou dimenzi.
- **Cis(gender) osoba** – osoba, jejíž genderová identita je v souladu s tím, jaké pohlaví jí přiřpsali po narození (např. osoba, kterou po narození označili jako muže a která se cítí jako muž, je cis muž).
- **Intersex** – zastřešující termín označující různé tělesné variace v rámci kterých nejsou pohlavní znaky (chromozomy, gonády, hladiny pohlavních hormonů) či jejich kombinace ani typicky mužské ani ženské; není vhodné v tomto kontextu používat pojem intersexualita/intersexuál, který by mohl mylně odkazovat k sexuální orientaci, stejnětak je krajně nevhodný pojem hermafrodit.
- **Nebinární nebo genderqueer osoba** – osoba, která zcela nezapadá do binárních škatulek muž/žena, škála genderových identit této skupiny lidí je velmi pestrá a silně individuální, nejčastěji se nebinární lidé identifikují následovně:
- **Bigender osoba** – osoba, jejíž genderová identita se mění z mužské na ženskou a naopak v závislosti na kontextu nebo na situaci.



- **Genderfluid osoba** – osoba, jejíž genderová identita je fluidní, čili proměnlivá.
- **Androgynní osoba** – osoba, jejíž podoba či identifikace je mezi femininní a maskulinní, a která se tedy genderově prezentuje smíšeně nebo neutrálně.
- **Pangender osoba** – osoba, jejíž genderová identita je souhrnem všech identit.
- **Agender osoba** – osoba, která necítí příslušnost k žádné genderové identitě.
- **Genderless osoba/osoba bez genderu** – osoba, která se neidentifikuje s žádným genderem.
- **Genderově nekonformní osoba** – osoba, jejíž genderový projev nenaplňuje očekávání, které se váže k ženské či mužské roli ve společnosti.



- **Two Spirit** – osoba, která plní roli obou genderů; tradičně vychází z kontextu amerických Indiánů, ale obecně se používá pro označení kategorií mimo binární genderové role žena/muž napříč kulturami.
- **Drag performer/ka (drag queen, drag king)** – nespadá do kategorie transgender osob v tom smyslu, že se převléká do šatů obecně přisuzovaných opačnému genderu pouze dočasně, a to za účelem uměleckého vystoupení, v rámci kterého předvádí či paroduje známé umělkyně či umělce. Tyto dvě kategorie se však mohou prolínat.
- **Transvestita** – nespadá do kategorie transgender osob v tom smyslu, že se převléká do šatů obecně přisuzovaných opačnému genderu pouze dočasně, a to za účelem vlastního potěšení. Tyto dvě kategorie se však mohou prolínat.
- **Dysforie** – označuje negativní pocity, které vyvolávají především určité tělesné vlastnosti, jež nejsou v souladu s pocíťovaným rodem člověka, dysforie má u trans lidí různou intenzitu.
- **Tranzice** – proces nabývání vizuálních a tělesných charakteristik a sociální role, která je v souladu s genderovou identitou člověka. Rozlišujeme:
 - **Fyzická** – která může zahrnovat hormonální terapii (HRT), chirurgické změny nebo různé jiné úpravy zevnějšku (např. laserové odstraňování vousů)
 - **Úřední** – změna označení genderu, jména, rodného čísla v dokladech a jiných úředních dokumentech.
 - **Sociální** – fungování ve společnosti v rámci pocíťované sociální role, může zahrnovat změnu jména a gramatického rodu; úpravu vzhledu; plnění dané genderové role.
- **SRS, GRS** – zkratky označující operace vedoucí k úpravě pohlaví a zákroky vedoucí k úpravě tělesných prvků v souladu s autentickým genderem.



- **HRT** (hormone replacement therapy) – hormonální terapie probíhající v rámci tranzice.
- **Real-Life Test (RLT), Real-Life Experience (RLE)** – běžný lékařský požadavek v případě transgender osob, aby dokázaly, že umí žít autenticky v kýžené genderové roli. Je aplikován nesystematicky a toto období může podle názoru lékaře trvat několik měsíců až let. Ačkoli může být pro řadu lidí přínosem, pro mnohé může představovat zbytečné riziko a stres.
- **Úřední změna pohlaví** – oficiální proces změny jména a identifikátoru v kolonce „pohlaví“ v úředních záznamech a na dokumentech jako jsou rodný list, občanský průkaz, pas či řidičský průkaz. V některých zemích není tato úřední změna možná, v jiných pak může být zdlouhavá, obtížná a ponižující.
- **Passing** – stav, kdy je transgender osoba vnímána okolím v souladu se svou genderovou identitou a prezentací bez dotazování či zpochybňování.
- **Misgendering** – použití špatných zájmen nebo nevhodného oslovení u transgender a nebinárních osob; může jít o důsledek omylu, lhostejnosti, nebo záměrné snahy urazit, s tím souvisí i tzv. **Deadnaming** (nevhodné užití starého jména dané trans osoby).
- **Sebeurčení** – právo deklarovat vlastní genderovou identitu a identifikovat se i oficiálně dle autentického prožívání a vyjádření bez nutnosti získání lékařské diagnózy či jiného dobrozdání.
- **Transfobie** – iracionální strach z osob s transgender nebo nebinární identitou, který vede k odporu a averzi vůči nim a často se manifestuje jako verbální či dokonce fyzický útok namířený na jednotlivce či skupinu jako celek (urážky, konfrontace, útoky).
- **Gatekeeping** – je častým problémem v zdravotnictví a zahrnuje



jakékoli podmínky, které zejména transgender a nebinárními lidem ztěžují nebo omezují přístup ke zdrojům a k tranzici samotné. Lékařský personál je tak v pozici, kdy o přístupu rozhoduje svým přístupem a svou praxí a může tak svými požadavky vyvíjet na danou osobu nepřiměřený tlak.

- **Depatologizace** – proces zahrnující oficiální změnu perspektivy, v rámci něhož se transgender identity už nepovažují za patologický stav/zdravotní poruchu, kterou je třeba léčit, ale za přijatelnou sociální a fyzickou volbu, kdy jsou trans a nebinární lidé respektováni coby ti, kdo o své identitě rozhodují.
- **Osoba zkoumající svůj gender** – osoba, která zkoumá svou genderovou identitu a jejíž identita se nemusí shodovat s pohlavím přiřazeným při narození.



3. OBECNÁ DOPORUČENÍ PRO POSKYTOVATELE LÉKAŘSKÉ PÉČE PRO TRANSGENDER OSOBY

Poskytovatelé zdravotních služeb bývají pro transgender a nebinární lidi primární zastávkou na cestě k medicínské a úřední tranzici, závisí na nich tedy do velké míry i následující vývoj a duševní zdraví transgender a intersex klientů. Je alarmujícím zjištěním, že zdravotní personál (včetně poskytovatelů péče v rámci tranzice) často jedná způsoby, které jsou pro transgender a intersex klienty nepodporující nebo přímo poškozující. Dle výsledků výzkumu *Obavy a přání trans lidí v České republice*, který v roce 2018 provedla organizace *Transparent z.s.* byla většina případů obtěžujícího, diskriminujícího a ponižujícího chování vůči transgender lidem registrována právě ze strany pečujících profesí. Celá čtvrtina dotázaných (25,1%) uvedla, že zažila negativní či degradující přístup ze strany lékařského personálu, který měl poskytovat nějaký typ péče (zdravotníci, psychologové, sexuologové, duchovní atd.) a až poté následovalo špatné zacházení a diskriminace ve škole (24,3%), v rodině a od nejbližších (21,3%), na pracovišti (12,8%), ve veřejném prostoru (8,1%), ze strany policie (5,3%) atd. (Pavlica a kol., 2018). Je proto nesmírně důležité těmto poskytovatelům předat doporučení týkající se jejich práce jak v rámci obecné lékařské péče, tak i specifické péče související s tranzicí.

Transgender klienti by měli mít prostor svou identitu zformulovat dle vlastního prožívání, aniž by byli tlačeni do kategorií, do kterých nepatří. Prioritou by měl být respekt a pochopení všech coby jednotlivců a speciální pozornost je třeba věnovat inkluzi nebinárních osob, a odeslat jasnou zprávu, že transgender lidé nebudou diskriminováni ani jim nebude odpírán přístup ke zdrojům na základě toho, že se neidentifikují v rámci striktně binárního systému.

Medicínská tranzice by neměla být považována za předpoklad pro validaci a legitimizaci transgender identit; mělo by být k dispozici více



možností než jen jedna normativní cesta.

Pro změnu úředního pohlaví by neměla být žádná lékařská procedura podmínkou, a to včetně, ale nejen hormonální terapie, operace hrudníku, chirurgické či nechirurgické sterilizace nebo operace genitálií.

Kvalifikovaní lékaři a zdravotní personál, studenti medicíny by měli být systematicky podporováni v rámci průběžného profesního rozvoje a vzdělávání v oblasti transgender problematiky, včetně mezinárodních poznatků v tomto oboru.

Poskytovatelé lékařské péče by měli například vyvinout snahu informovat se o tom, jaké mají používat jméno a gramatický rod, a nevyvozovat to pouze z úředních dokladů.

Transgender klienti by si měli moci zvolit své jméno bez současného požadavku na genderově neutrální tvar i pro ty, kdo by preferovali čistě mužský nebo ženský tvar.

Možnost podstoupit jakoukoli terapii včetně té hormonální nebo operace spojené s tranzicí by měla být považována za medicínsky nezbytnou pro ty transgender osoby, které je chtějí podstoupit, a současná situace ohledně jejich hrazení by měla být zachována. Volba jednoho typu terapie (např. hormonální terapie) by však neměla být brána jako automatický souhlas s dalšími typy terapie (např. chirurgickým zásahem), pokud si to daná osoba nepřeje. Spíše než vyvozovat hrazení hormonální terapie a operací z definice transgender identity jako poruchy je třeba transgender a nebinární osoby podporovat v rozhodnutích, která činí o vlastním zdravotním stavu. Je také nutné zmínit řadu zdravotních okolností, jako je těhotenství, porod, rodičovská dovolená a potřeba přídatků na děti, které nejsou klasifikovány jako patologické stavy, ale přesto daného člověka kvalifikují k získání finanční podpory od státu. Fakt, že tato finanční podpora je dostupná, odráží hodnotu, kterou těmto stavům připisuje jak společnost, tak stát. Stejný princip se vztahuje na sebeurčení obecně. Přístup ke



specifické terapie by měl být také považován za nezávislý na procesu úřední změny pohlaví.

Pracovníci ve zdravotnictví by měli pečlivě sledovat mezinárodní pokrok směrem k depatologizaci trans identit na poli medicíny (aktivně podpořené lékařskou organizací World Professional Association for Transgender Health) a směrem k propojení úřední změny a sebe identifikace spíše než schválení regulačního orgánu nebo na speciální medicínské proceduře v právním poli.

3.1 ZVYŠOVÁNÍ INFORMOVANOSTI POSKYTOVATELŮ PÉČE

Etické principy a kodex pro psychology (APA, 2010) uvádějí genderovou identitu jako jeden z faktorů, které v rámci zajištění kompetencí v psychologické oblasti vyžadují speciální školení, zkušenosti, konzultace či supervizi (APA, 2010).

Je důležité, aby se psychologové neustále školili ohledně otázek spojených s identitou a genderovým vyjádřením coby základem pro podporující psychologickou praxi, a to zejména z důvodu vysoké míry společenské neznalosti a stigmatu ohledně transgender a genderově nekonformních osob. Je třeba zajistit takové dodatečné psychologické vzdělání, školení či supervize, které nebudou z transgender, nebinárních a genderově nekonformních lidí činit senzaci, (Namaste, 2000), nepovedou k jejich využívání či patologizaci (Lev, 2004).

Právě z důvodu minimální nebo neexistující kvalifikace v problematice LGBTI populace na straně psychologů a kvůli jejich obavám z neznalosti tématu (APA, 2015), bývají za účelem poskytování dalšího vzdělávání a školení přizváni expertní kolegové, aby tyto mezery pomohli zaplnit.

V první řadě je nezbytné, aby psychologové, kteří takové školení



absolvovali, vyvinuli vůči lidem různých genderových identit a vyjádření nezaujatý a profesionální přístup. Je nezbytné zvyšovat povědomí o cisgender privilegii, předsudkům a diskriminaci vůči trans lidem, pořádat debaty přímo s transgender a nebinárními osobami, které se v jejich rámci podělí o své zkušenosti nebo do vzdělávacích programů zařadí svůj narativ (ACA, 2009).

Podle ACA, ALGBTIC Competencies for Counseling Transgender Clients, jak je patrné z kontextu týkajícího se podpory vztahů, psychologové by měli mít hlubší znalosti v následujících oblastech:

- Fyzický aspekt (přístup ke zdravotní péči, HIV a další zdravotní aspekty)
- Sociální aspekt (rodina/partnerské vztahy)
- Emoční aspekt (úzkosti, deprese, užívání návykových látek)
- Kulturní aspekt (nedostatečná podpora ze strany rasového/etnického prostředí)
- Duchovní aspekt (možný konflikt s duchovními či rodinnými hodnotami)
- Stresory, tedy finanční problémy coby výsledek diskriminace v zaměstnání (ACA, 2009).

Je důležité zajistit školící prostory, kde bude zdravotní personál školit intrapersonální a interpersonální dovednosti za účelem:

- Identifikace a vizualizace kultury vlastní příslušnosti, hodnot a principů za účelem zvládnutí vlastních předsudků a stereotypů.
- Poznání a vhodné aplikace komunikačních modelů, které dostatečně podporují empatii a vztah založený na důvěře, předcházení násilí v rámci lékařské praxe a platných lékařských protokolů.



VÝVOJ V PRŮBĚHU ŽIVOTNÍHO CYKLU

Pracovníci, kteří se starají o duševní zdraví a wellbeing transgender lidí (psychologové, psychoterapeuti, psychiatři, poradci, sociologové, pedagogové) jsou motivováni k tomu, aby se informovali o aktuálním vývoji z příslušných zdrojů (APA, 2015) a o specifikách jednotlivých fází životního cyklu v následujících věkových skupinách:

DĚTI

Genderově nekonformní chování může být přechodné, a to zvláště u dětí, role psychologické péče tedy spočívá v podpoře těchto dětí a jejich rodiny v průběhu procesu zkoumání a sebeidentifikace (Ehrensaft a kol., 2012). Lze také poskytnout rodičům informace o možných dlouhodobých scénářích vývoje v souvislosti s genderovou identitou jejich dětí, spolu s dostupnými lékařskými zákroky u dospívajících, u nichž přetrvává transgender nebo nebinární identifikace (Edwards-Leeper a kol., 2012).

DOSPÍVAJÍCÍ

Při práci s dospívajícími je důležité vzít v úvahu okolnosti, které mohou vaši intervenci pomoci lépe nasměrovat:

- Někteří dospívající nemají ve své historii výrazné epizody genderové nekonformity nebo dysforie.
- Někteří dospívající mohou pocity genderové nekonformity potlačovat ze strachu z odmítnutí, ze zmatku, z důvodu záměny genderové identity a sexuální orientace, nebo z nedostatku povědomí o



možnosti identifikovat se jako transgender nebo nebinární osoba.

- Jejich rodiče mohou potřebovat dodatečnou pomoc v procesu porozumění a podpory svých dětí.

STARŠÍ KLIENTI

Intervence v případě starších klientů by měla brát v potaz jejich bio-psycho sociální potřeby, a to jak v rámci daného sociálního kontextu (izolace/vyloučení), tak ve smyslu podpory práce s jejich psychologickými sklony ke studu, pocitům viny a internalizované transfobii, tak ve smyslu respektování volby způsobu, jakým se rozhodnou provést svůj coming out.

Na fyzické úrovni je nezbytné podpořit rozvoj vlastní identity nebo genderového vyjádření klientů v jakémkoli věku, s přihlédnutím k tomu, že pro ně tyto možnosti často nebyly dostupné ani schůdné v předchozích životních fázích.

3.3 PŘÍSTUP K TRANSGENDERA NEBINÁRNÍM KLIENTŮM

OBECNÁ DOPORUČENÍ

1. **Věřte** – všechny identity jsou legitimní a validní, nezpochybňujte je;
2. **Respektujte** – genderovou různorodost a vyjádření nejen tolerujte, ale i respektujte;
3. **Podporujte, zplnomocňujte** – vytvářejte bezpečný prostor, komunikujte, buďte oporou;
4. **Chraňte** – pomáhejte vytvářet pro své trans a nebinární klienty bezpečné a respektující prostředí, a to i v jejich nepřítomnosti.
 - Nepředpokládejte, že dokážete odhadnout něčí genderovou identitu na základě oblékání či vyjádření daného člověka.



Nejste-li si jistí, používejte genderově neutrální jazyk nebo se diskrétně zeptejte.

- Respektujte deklarované jméno klienta, ačkoli se liší od toho, které má v dokladech.
- Používejte deklarovaný rod či genderový jazyk a upozorňujte na to i ostatní, i v nepřítomnosti dané osoby.
- Respektujte způsob, jakým o sobě daná osoba hovoří.
- Pokud si klient přeje svou genderovou identitu udržet v tajnosti, nehovořte o ní s jinými lidmi.
- Zajistěte snadný přístup k toaletám a jiným genderově rozděleným prostorám – zeptejte se klientů, které preferují, a zajistěte, aby pro ně jejich použití bylo bezpečné.

JAKÉ JMÉNO A GRAMATICKÝ ROD POUŽÍVAT?

Oslovování původním jménem může některé trans osoby zbytečně stresovat, jedná se totiž o minulost, za kterou chtějí udělat tlustou čáru (jméno, které dostali při narození, ale které už nepoužívají). Může se tím tak komplikovat vztah mezi poskytovatelem péče, stejně tak i používáním nevhodného gramatického rodu. Toto jméno také s nikým dalším nesdílejte. Sdílení již nepoužívaného jména a/nebo fotografií trans osoby bez jejich svolení představuje narušení jejich soukromí.

V případě, že nevíte, jaký rod použít, tak pokud možno nejprve poslouchejte, jaký rod používají ostatní či daná osoba sama. Musíte-li se zeptat, představte sami sebe. Například „Jsem Dan, používám mužský rod. A vy?“ Daný rod pak používejte při referování k dané osobě a vyzvěte k tomu i ostatní. Může se stát, že nezáměrně použijete nesprávný rod: v tom případě se jednoduše omluvte a dál už situaci neřešte a svou chybu nerozmazávejte (GLAAD, 2018).



PO COMING OUTU

Odhalení své transgender nebo nebinární identity je hluboce osobní záležitost a vyžaduje důvěru a odvahu o genderové identitě nebo tranzici hovořit. Nejlepší možný scénář je: 1) zeptat se, jaké otázky jsou vhodné; a 2) vzít na vědomí, že ačkoli mohou být motivovány nevinnou zvědavostí, může daná trans osoba v kteroukoli chvíli ukončit debatu, pokud jí bude nepříjemná a uchovat si tak soukromí a integritu.

NEPTEJTE SE NA INTIMNÍ VĚCI, POKUD TO NENÍ NEZBYTNÉ

Je nevhodné ptát se jakéhokoli klienta, ať už cisgender nebo transgender, na jeho či její genitálie. Totéž platí pro „tu operaci“ a dotazy ohledně toho, jestli už proběhla. Pokud vám něco takového vaši klienti chtějí říci, tak vám to sdělí sami (GLAAD, 2018).

DODRŽUJTE HRANICE

Pokud neznáte potřebnou informaci v rámci léčby transgender klientů, je nejlepší se zeptat. Vyvozování nebo vymýšlení nesprávných informací může být v určitých případech pro vaše klienty bolestivé. Více informací na toto téma můžete také najít online (GLAAD, 2018).



4. DOPORUČENÉ METODY PSYCHOTERAPIE U TRANS A NEBINÁRNÍCH KLIENTŮ

Odhadem 38,2% občanů EU (200 milionů lidí) trpí emoční zátěží způsobenou duševní poruchou. V populaci transgender osob byla na vzorku 573 transgender žen u 64,2% zjištěna deprese nebo poruchy nálad (n=96, 31,6%), sebevražedné chování a sebepoškozování (n=50, 16,5%) a úzkostné poruchy (n=44, 14,5%) (Reisner a kol., 2016). Tyto duševní problémy zahrnují úzkostné poruchy (14,0%), nespavost (7,0%), deprese (6,9%), somatoformní poruchy (6,3%), závislosti na alkoholu či na drogách (>4%), v mladší populaci ADHD (5%) a demenci (až 30%, v závislosti na věku)(EAP, 2020). Míra sebevražednosti u transgender osob se v evropských zemích pohybuje v rozmezí 32% až 50% (Virupasha a kol., 2016).

Tradiční přístup postavený na rozhovoru tvoří v těchto případech většinu aplikovaných poradenských a terapeutických postupů, doporučit lze nicméně i na tělo orientovaný a holistický přístup, který pracuje s komplexnějším pojetím osobnosti a může tak lépe vyhovovat potřebám transgender klientů. Je rovněž nezbytné, aby poskytovatelé terapeutických a psychologických služeb porozuměli biologickým a socio-psycho-spirituálním aspektům této problematiky a vyhnuli se v rámci poradenství a terapie přílišnému redukcionismu.

Transgender klienti si zaslouží přístup ke kvalitní duševní péči a rovněž mají právo na informace o různých možnostech poradenství a terapie. Mohou být taktéž zranitelnější v procesu hledání lékařských služeb a existuje spousta modelů, včetně těch, které jsou vystavěny tzv. „od spodu nahoru“ (založené na těle: pocitový, neurobiologický, citově vědomý přístup), tzv. „od shora dolů“ (založené na mysli: kognitivní, lingvistický, vzdělávací přístup) nebo smíšeně způsobem, který pomáhá uzdravovat podle konkrétních potřeb klientů a požadovaného terapeutického přínosu.



Nejdůležitější faktorem v péči o trans a nebinární klientelu je pozitivní a podporující přístup k genderové identitě, tedy nezpochybňovat sebeurčení daného klienta a podpořit je bez odsudků v rámci zkoumání témat, která přinášejí do terapie či poradenství (PROUD, 2015).

4.1 HOLISTICKÉ PŘÍSTUPY, MODELY PRÁCE „OD SHORA DOLŮ“ A „OD SPODU NAHORU“

Oblíbené přístupy, které fungují na principu „od shora dolů“, zahrnují následující humanistické modely:

Psychodynamická terapie: Psychodynamická terapie představuje hloubkovou formu psychoterapie metodou rozhovoru, která vychází a rozvíjí teorie a principy psychoanalýzy. Psychodynamická terapie se nesoustředí pouze na problémy nebo na chování, ale tvoří obrázek celoživotní zkušenosti klientů, staví je do určitého místa ve světě, kam je zasazuje i vztahově.

Klienti vyprávějí svůj příběh a zkoumají, jak mohou jejich minulé vztahy, zvláště ty v dětství a ty, které si v té době osvojili, i nadále ovlivňovat jejich současné vzorce chování, city, rozhodnutí a vztahy. (Psychodynamic Therapy, 2020).

Gestalt terapie: V gestalt terapii, kterou vyvinuli Fritz a Laura Perlsosvi coby další alternativu k psychoanalýze, která především verbální formou zkoumá současnost klientů. Název tohoto směru odkazuje na koncepci pojmající smysl života jako více než celek jeho jednotlivých částí. Klienti je zkoumají skrze své současné zkušenosti, které spolu s terapeutem rekonstruují, a tím se přenášejí do přítomného momentu. Gestalt terapie je nehodnotící a nepatologizující model, který vidí původ psychologických poruch ze skrytých tužeb, potřeb, vzpomínek, které se vynoří, když je klient připraven jim čelit a začít se uzdravovat. (Amendt-Lyon a kol., 2020).



PCA – na člověka zaměřená (rogersovská) terapie: Na člověka zaměřené poradenství/psychoterapie byla první verbální terapie založená na empirickém výzkumu prováděném zakladatelem tohoto směru Carlem Rogersem. Tento typ terapie byl původně pojat jako nedirektivní a stal se z něj nehierarchický model, ve kterém terapeut věří v klientovu vrozenou tendenci hledat a naplňovat svůj vlastní potenciál.

Na člověka zaměřená terapie stojí na důvěře vůči klientově autonomii a schopnost sebeuzdravení v interakci s terapeutem, který vytváří bezpečný prostor. Terapeut vůči klientovi zastává vlastní autentický přístup, empatii a přijetí (bezpodmínečný pozitivní postoj). Jedná se o nepatologizující terapii a víru v tom, že klientova přesvědčení, city a aktivity jsou smysluplné reakce na jejich prožitky (Wistreich, 2020).

Kognitivně-behaviorální přístupy

Kognitivně-behaviorální terapie (KBT) a Afektivní kognitivně-behaviorální terapie (AKBT) lze využít jako podpornou modalitu pro krátkodobé behaviorální přeškolení při řešení sociálních úzkostí, OCD, sebepoškozování a dalších extrémnějších problémů, které u klientů způsobují výrazná omezení jejich každodenního fungování.

Kognitivně behaviorální terapie (CBT) je forma psychoterapie zaměřená na to, jak naše myšlenky ovlivňují naše cítění a jednání.

Je strukturovaný, direktivní a vzdělávací model, který se obvykle využívá krátkodobě s cílem změnit emoční reakci klienta tak, aby dokázal změnit své chování. Ačkoli je terapeutický vztah důležitý pro efektivní učení, není hlavním centrem spolupráce. KBT je vzdělávací model využívající sokratovskou a induktivní metodu a také domácí cvičení pro klienty.

KBT je zastřešující pojem, který zahrnuje např. kognitivní terapii, dialektickou behaviorální terapii, racionální behaviorální terapii, racionální emotivní behaviorální terapii a racionální žitou terapii. (National Association



of Cognitive Behavioral Therapists, 2020).

Řadě transgender klientů mohou pomoci psychoterapeutické přístupy spíše holistické typu, „od spodu nahoru“, protože řeší specifické otázky ohledně svých tělesných pocitů, svého těla, hormonálních změn, každodenní fyzické zkušenosti ve světě a často se cítí odtrženi od toho, kým se cítí být, a co jim ukazuje zrcadlo nebo jak je vnímá společnost. Integrace teorie přináležitosti a neurovědy otevírají rozsáhlé možnosti pro psychoterapeutické a poradenské intervence.

Expresivní arteterapie (EXA) jdou dále než tradiční psychoterapeutické směry pracující metodou rozhovoru. EXA se soustředí na citlivost a reakce na rozmanité potřeby klientů. EXA využívá kreativní výstupy coby prostředky k propojení se s vlastním já, zkoumání vlastních obav prostřednictvím uměleckých forem a hledání diverzity a nových schopností zvládnutí situace skrze sebevyjádření.

EXA může být zvlášť vhodná pro klienty, jež mají problém vyjádřit slovy svou zkušenost, myšlenky a city, nebo o nich konverzovat. Expresivní arteterapie zahrnují arteterapii, dramaterapii, básnickou nebo bibliotereapii, vyprávění příběhů, terapii hrou, terapii hudbou, terapii bubnováním a taneční/pohybovou terapii. Tyto přístupy lze využít jak při individuální, tak při skupinové terapii a mohou pomoci transgender a nebinárním klientům otevřít a zpracovat hlubší problémy a rozvinout jejich odolnost.

Somatické /Body-Mind/ terapie založené na práci s traumatem

Somatické modalitě představují holistické metody terapie, které při přístupu k hlubšímu poznání zahrnují i práci s tělem, jehož nelze docílit terapií založenou pouze na rozhovoru. Terapie pracující s porozuměním traumatu se zaměřují na práci s klientem takovým způsobem, který opatrně a bezpečně zpracovává jejich traumatickou zkušenost. Řada transgender klientů zažila v procesu hledání vlastní identity různá traumata, a jelikož jsou jejich těla na



této jejich cestě jedním z hlavních aspektů, může jim somatická a na trauma orientovaná terapie pomoci vyrovnat se se složitostí situace.

Trauma může začínat jako akutní stres v důsledku ohrožení života nebo jako konečný produkt nahromaděného stresu. Oba tyto typy stresu mohou vážně poškodit schopnost odolně a uvolněně fungovat. Trauma může plynout z celé škály stresorů, jako jsou nehody, invazivní lékařské procedury, sexuální nebo fyzický útok, citové týrání, zanedbávání, válka, přírodní katastrofy, těžká ztráta, trauma při porodu nebo psychiku dlouhodobě naleptávající faktory neustálého strachu nebo konfliktů (Levine, 2020).

Duševně-tělesné terapie jsou zaměřeny na rozvoj jednotlivce. Tyto metody se soustředí senzomotorické učení a rekonfiguraci minulé zkušenosti, tvorby nových zážitků a zahrnují i neuroplastické učení, které umožňuje vytvoření nových neurologických cestiček a nových mentálních map.

Somatická psychologie přináší nové klíčové koncepce jako:

Uzemnění: Uzemnění zahrnuje aktivní vnímání těla, procítění vlastního vztahu se zemí a přítomného momentu a následné zmírnění pocitů úzkosti.

Rozvíjení somatického uvědomění: Práce s dechem a vzorci napětí, které leží za hranicí našeho vědomého vnímání. Tím, že si naše fyzické pocity uvědomujeme, dokážeme tyto vzorce změnit.

Popisování: S klienty se noříme do jejich somatických prožitků – podrobně pojmenováváme a popisujeme vjemy, jako je teplota, pohyb či tlak.

Prohloubené uvědomění: Svou zkušenost můžeme prohloubit tím, že umocníme svoje vědomé pocity (vzorce, napětí), ale jen do té míry, aby to pro nás nebylo ochromující.

Hledání zdrojů: Pomáháme klientům nacházet vnitřní zdroje – tělesné reminiscence momentů, kdy se cítili v bezpečí a plní síli. Snaží se sledovat a vzpomenout si na pocity, které se odehrávají v těle, když se cítí v klidu,



spokojení a uvolnění.

Titrace: Titrace nám pomáhá uvědomit si napětí v našem těle. Za účelem somatického prožitku (Peter Levine) a sensomotorické psychoterapie (Pat Ogden a Kekuni Minton) provádíme uvolnění daného napětí pomalu a postupně a pozornost přenášíme střídavě mezi pocit stresu a pocity klidu a bezpečí.

Sequencing: Když uvolníme napětí, můžeme vnímat změny v našich pocitech a emočních stavech, dýchání, atd., což nám pomůže posunout se dále v procesu uzdravení.

Pohyb a proces: Somatické terapie zkoumají naše držení těla, gesta a využití prostoru pro čtení příběhu, který nám vypráví naše tělo o našich zkušenostech.

Definování hranic: Soustředění se na přítomný moment umožňuje klientů zůstat vnímaví vůči svým potřebám a stanovit jasné hranice. Hranice nám pomáhají rozpoznat a říkat „ano“ nebo „ne“ způsobem, který má protektivní a posilující potenciál.

Seberegulace: Neurovědy jsou podstatným zdrojem pro somatické terapie v tom smyslu, že nám poskytují informace, jak reagovat na životní stresory a traumatické zkušenosti.

Výzkum zdůrazňuje význam kognitivního spočívání v těle uprostřed záplavy pocitů a vjemů. Vědomé vnímání tělesných pocitů nám pomáhá zvládat emoční intenzitu (Schwartz, 2017).



Somatická terapie

Modernní somatické přístupy zahrnují polyvagální teorii, biosyntézu, bioenergetiku, EMDR, meditaci, mindfulness, neuroplasticitu a další metody.

Polyvagální teorie přináší nový pohled na propojení mezi autonomním nervovým systémem (ANS) a chováním. ANS se vyvinul jako „systém“, v němž byly identifikovány nervové obvody včetně regulace autonomního nervového systému. Autonomní reaktivita byla popsána jako adaptivní proces v rámci fylogenie autonomního nervového systému obratlovců (Porges, 2007). Polyvagální teorie identifikuje tři okruhy desátého kraniálního bloudivého nervu, který reaguje na pocit bezpečí, na potenciální nebezpečí a na ohrožení života (Cherland, 2012). Parasympatický nervový systém (instinkt přežití – nejstarší systém plazů) je pasivní systém určený pro funkce krmení, reprodukce a jako metabolický základ kontroly kyslíku a přísunu krve. Její dorzální vagální cesta odpovídá za stav vypnutí nebo znehybnění. Sympatický nervový systém (nebezpečí/boj nebo útěk, novější, limbický systém) představuje komplexnější soubor reakcí, který nám umožňuje reagovat na hrozbu a realizovat procesy krmení a reprodukce prostřednictvím našich údů a svalů. Systém sociální interakce (prospívání – nejmodernější systém) podporuje masivní kortikální vývoj a umožňuje vytvoření mateřského pouta (rozšířená ochrana zranitelných nevyvinutých procesorů v mozkové kůře) a sociální spolupráce (jazykové a sociální struktury) prostřednictvím obličejových funkcí.

Biosyntéza představuje holistický a humanistický přístup ve statické psychoterapii. Základní východiska této formy terapie zahrnují propojení mezi klientem a terapeutem a vzájemné zrcadlení duševních a fyzických procesů. Biosyntéza je založena na důvěře ve zdravý potenciál klientů k růstu a harmonii a vytváření spojení mezi vnitřním a vnějším já. Zahrnuje práci s fyzickým vyjádřením, emocemi a myšlenkami, včetně vhlédů a vnitřních obrazů, sexuality a spirituality. Klienti zkoumají své vztahové sítě s ostatními



lidmi, zvláště rodinná pouta v nejranějším dětství, a vývoj, který začíná už před narozením.

Biosyntéza funguje symbolicky a zároveň na tělesné úrovni za účelem napojení na tyto vzpomínky (European Association for Psychotherapy, 2019, Biosynthesis Therapy, 2020).

Bioenergetika je způsob pochopení osobnosti prostřednictvím těla a jeho energetických procesů. Alexander Lowen vyvinul bioenergetiku jako zkoumání lidské osobnosti v rámci energetických procesů v těle. Lowen vytvořil psychotherapeutický model Bioenergetické analýzy (BA), aby tak pomohl klientům žít naplněnější život.

Proces začíná u základních tělesných funkcí – dechu, pohybu, pocitů a vyjádření, a zkoumá jakákoli omezení, která se v jeho průběhu objeví, ať už fyzická v těle, tak i emoční ve formě pocitů a intelektuální v rámci porozumění. BA věří ve schopnost našeho těla k sebeuzdravení a je unikátní vtom, že kombinuje analýzu osobnosti a povahy s tělesnými technikami a fyzickými cvičeními, abychom pomocí nich rozpoznali a uvolnili chronické svalové napětí, což může být vnímáno jako nezbytný krok k uvolnění zablokovaných emocí, vzorců chování a postojů (Lowen Foundation, 2020).

EMDR – desenzibilizace a terapie pomocí rychlých očních pohybů je psychotherapeutický přístup vyvinutý Francine Shapirovou, jehož cílem je zmírnit stres spojený s traumatickými vzpomínkami. Adaptivně informativní EMDR pomáhá klientům otevřít, zpracovat a vyřešit traumatické vzpomínky. EMDR rovněž pomáhá uvolnit stres a fyzické reakce a také přenastavit negativní názorové vzorce.

V průběhu EMDR si klient vybavuje emočně znepokojivé podněty v krátkých po sobě jdoucích intervalech a přitom se pod vedením terapeuta soustředí na vnější stimuly – pohyby očí.

Lze připojit další podněty, jako je poklepávání rukou či audio stimulace. EMDR využívá trojfázový postup: (1) klient nejprve zpracuje problematické



události ze své minulosti tím, že propojí vzpomínky s novou adaptivní informací; (2) když se zacílí na kritické okolnosti, spouštěče se znecitliví; (3) imaginární scénáře budoucích událostí jsou integrovány a tím pomáhají osvojit si dovednosti potřebné k adaptivnímu fungování (EMDR Institute, 2020).

Neuroafektivní vztahový model (NARM), vyvinutý Laurencem

Hellerem představuje nedirektivní a neinvazivní přístup k řešení vztahových a vývojových traumat. Prostřednictvím kombinace shora i ze zdola vedených metod využívá NARM uvědomělé zkoumání klientovy identity a sjednocuje biologický a psychologický vývoj, přičemž se soustředí na pocívanou prožívání těla klienta a podporující uzpůsobení regulace nervového systému (Heller, 2019).

Pesso Boyden psychodynamická psychoterapie (PBSP) zdůrazňuje ranou zkušenost připoutání a pracuje s vývojovými vzorci. V roce 1961 ji vyvinuli Albert Pesso a Diane Boyden-Pessoová a je to dosud nejkompexnější terapeutický systém dostupný pro citovou reedukaci a přeprogramování.

PBSP využívá techniky, kterými může pomoci klientům identifikovat emoční deficit a vytvářet nové vzpomínky. Tyto nové vzpomínky poskytují symbolické naplnění základních vývojových potřeb týkajících se místa, péče, podpory, ochrany a hranic. Řada aspektů teorií a technik PBSP má úzkou paralelu v současné neurovědě a jejích poznatcích o zrcadlení neuronů, empatii, morálce a vlivu jazyka na teorii mysli (Pesso PBSP International LLC, 2011).

Seeking Safety (Najavits, 2002) je výzkumem podložený model, který lze využívat v rámci skupinové terapie nebo v individuálním poradenství. Byl specificky vyvinut pro pomoc obětem, které zažily opakované trauma, či lidem s historií užívání návykových látek, a to způsobem, který nevyžaduje zkoumat emočně náročné traumatické narativy. V tomto smyslu je pak



v titulu zmíněné „bezpečí“ pojato jako komplexní koncept s různými úrovněmi významu – bezpečí klienta v rámci procesu; pomoc klientům představit si bezpečí a jak se cítí ve svém životě; a pomoci jim naučit se specifické nové způsoby fungování.

Seeking Safety opět zůstává v přítomnosti a poskytuje klientům širokou paletu bezpečných dovedností pro zvládání zátěžových stavů, které se třeba nikdy nenaučili, pokud vyrůstali v dysfunkční rodině, nebo možná o ně ve spirále závislostí a traumatu přišli. Veškeré dovednosti pro zvládání těchto situací v rámci Seeking Safety platí jak pro trauma, tak pro závislosti – poskytují totiž integrovanou terapii, která může podpořit motivaci a navést klienty k tomu, aby mezi traumatem a závislostmi viděli spojitosti (Najavits, 2019).

4.2 SVÉPOMOCNÉ METODY, PODPŮRNÉ SKUPINY A PORADENSTVÍ

Existuje řada svépomocných metod, které mohou trans klienti využít samostatně, jako například:

Meditace je cílené seberegulační zaměření pozornosti s cílem relaxace a zklidnění mysli a těla. Bylo vědecky prokázáno, že meditační praxe má vliv na různé fyzické a psychické stavy (např. zvýšený přísun krve do mozku, zpomalení metabolismu, tepu a dechové frekvence, snížení krevního tlaku, spotřeby kyslíku a svalového napětí, zmírnění symptomů deprese a úzkostí).

Mindfulness staví na potlačení potřeby hodnotit a na záměrném zacílení pozornosti na niterné a vnější prožitky v přítomném okamžiku. To může zahrnovat uvědomění vjemů, myšlenek, fyzických stavů, vědomí, pocitů nebo okolních podnětů. Mindfulness vyžaduje, abychom byli otevřeni všem možnostem. Lze ho praktikovat pomocí meditace, pohybu, smyslového



uvědomování atd. (Edenfield, T., & Saeed, S., 2012).

Trauma-sensitive Yoga (TCTSY) je empiricky ozkoušenou klinickou metodou řešení komplexních traumat nebo chronického posttraumatického stresu (PTSD), které se nedaří vyřešit jinou terapií. Čerpá z oblasti teorie traumatu, teorie citové vazby a z neurověd. Využívá základní prvky hatha jógy, specifické pozice a tělesný pohyb. Je praktikována způsobem, který podporuje a posiluje vztah cvičících k jejich tělu. TCTSY zdůrazňuje zacílení zúčastněných na vjemy pocívané v průběhu cvičení a pomáhá jim znovu nastolit spojení mezi myslí a tělem a vytříbení pocitu kontroly nad svým životem, která se v důsledku traumatu často ztrácí (TCTSY, 2020).

Symptomy posttraumatické stresové poruchy se díky jógové praxi prokazatelně snižují a to až v míře srovnatelné s výzkumy podloženými psychofarmaky. Jóga může zlepšovat fungování traumatizovaných jedinců a jejich dovednosti zvládat zátěžové situace, protože se učí tolerovat různé druhy fyzických a smyslových prožitků týkajících se strachu a beznaděje a zvyšovat svou emoční uvědomění a toleranci afektivních stavů. (Van der Kolk, 2014).

Podpůrné skupiny představují pro transgender klienty další možnost podpory. Svépomocné podpůrné skupiny v rámci transgender a intersex komunit mohou být neocenitelné zvláště v případech, kdy je pomoc a podpora ze strany veřejného zdravotního systému nedostatečně citlivá a informovaná. Svépomocné podpůrné skupiny může organizovat profesionální facilitátor nebo facilitátorka nebo přímo transgender a intersex osoby pro účely podpory osob, které hledají pocit sounáležitosti nebo potřebují pomoc či radu. Za účelem povzbuzení zúčastněných k tomu, aby se otevřeli a sdíleli své zkušenosti, musí mít skupiny nezaujatou a citlivou facilitaci, bezpečné prostředí a zajištění důvěrnosti sdílených informací. Zúčastnění ocení nehierarchické a nepatologizující prostředí, které je také přínosné pro budování komunity, důvěry, přátelských vztahů a kolektivní



odolnosti. Jak uvádí výzkum nazvaný Obavy a přání trans lidí v ČR, právě sebepodůrné skupiny (tedy ty, které nejsou vedeny sexuologem či sexuoložkou) se umístily na první místě v hodnocení kvality služeb spojených s tranzicí mezi transgender a nebinárními respondenty (92,2% spokojenost), následovala podpora od přátel a rodiny, podpora ze strany zdravotního systému a soukromá psychoterapie: (78,4% psychoterapeutická péče mimo vyšetření spojená s tranzicí a 68,7% psychologická péče v rámci vyšetření spojených s tranzicí) (Pavlica a kol., 2018).

Mezi další terapeutické metody a modalitty založené na práci s tělem patří Body-Mind Centering, Compassionate Inquiry, Continuum, Focusing, Metoda Hakomi, Neuroafektivní dotýkání, Somatické prožívání, Somatická terapie, Terapie připoutáním. V řadě evropských měst mohou klienti nalézt sebepodpůrné skupiny, jak jsou ty, které byly popsány výše, se speciálním zaměřením na transgender, nebinární a intersex osoby.

4.3 PRINCIPY NA KLIENTA ZACÍLENÉ PÉČE

- Práce krok za krokem.
- Klient zná své potřeby nejlépe.
- Bezpečná a důvěrná komunikace.
- Zkoumání možností s respektem.
- Hledání vstupních bodů ke klientovým zdrojům, verbalizace, představivost, kreativita, na pohyb zaměřené přístupy a aktivity, expresivní terapie (arteterapie, dramaterapie, terapie tancem, terapie hudbou atd.).
- Přijetí a práce s obavami klienta.
-



Zásady dobrého psychologa

- Uvědomuje si rizika transfobie a transnegativity; je si vědom privilegované pozice cisgender osob.
- Uvědomuje si existenci institucionálních a sociálních bariér na cestě k úspěchu v životě a v práci.
- Dokáže zpracovat rozdíly mezi ním samotným a jeho klienty.
- Uvědomuje si vlastní hodnoty a zaujatost a jejich dopad na klienty s menšinovou genderovou identitou.
- Rozumí intersekcionalitě v kontextu menšinových identit; transgender a nebinární identita je pouze jedna část celkové identity daného člověka (Ervin, A. n.d.)

Lepší inkluzivita pro transgender a nebinární klienty ve klinických službách

- Zahrnutí různých genderových variant v lékařských formulářích.
- Prezentace genderově různorodého značení, obrazových výstupů a lékařských informací ve vstupních prostorách lékařských zařízení a v ordinacích.
- Vzdělávání veškerého lékařského personálu v oblasti podpory klientů v rámci vyjádření své genderové identity a vstřícnost ke všem typům klientů.
- Možnost bezpečného využití toalet, případně unisex toalety.
- Zjištění preferovaného gramatického rodu a jména u transgender a nebinárních osob (Selix a kol., 2016.)



4.4 DOMÉNY WELLBEINGU

Níže definované oblasti wellbeingu mohou pomoci zvyšovat míru spokojenosti a kvality života klientů v poradenské praxi.

Tabulka 1

Existence	Sounáležitost	Adaptabilita	Inkluzivita	Rozvoj
Já a mé tělo Pečuji o sebe, o svůj zevnějšek Volím mezi zdravým a nezdravým způsobem života	Mé místo na světě Vnímám se jako součást životního prostředí – ekologie. Cítím se bezpečně ve škole, na ulici	Každodenní život Dávám pozor na sebe a svůj zevnějšek Vykonávám práci, jsem student nebo zaměstnaný	Celistvost Každá naše část má význam pro celek; využívám e své zdroje v plném rozsahu.	Courage Showing courage, I respond to challenged and keep working on myself I have the potential to continue growing throughout



Já jako člověk	Místo mezi lidmi	Já a volný čas	Celostnost	Plynutí života
Jsem nezávislý Mám představu o své budoucnosti	Jsem oceňován - ostatní si mě váží, mám respekt Mám kamarády	Účastním se sportovních a rekreačních aktivit Setkávám se s lidmi a trávím s nimi volný čas	Zahrnuje tzv. „sdílené vedení“, kdy kterýkoli systém našeho těla či psychický proces se může stát vůdčím hybatelem procesu.	Můj život plyne, dokud neskončí



Já a má duše	Místo ve společnosti	Plány do samostatného života	Smysl	Spiritualita
Věřím v budoucnost Vnímám, že život má smysl	Jsem schopen se o sebe postarat - přijímat lékařské/sociální služby Mám nějakou	Plánuji si práci nebo profesi Řeším své problémy	Můj život má smysl a uvědomuji si jeho jedinečnost a propojenost	Uvědomuji si svoje spojení se sebou, s ostatními, s přírodou a s vesmírem



5. MAPOVÁNÍ DOBRÉ PRAXE MEZI TERAPEUTY TŘÍ ZEMÍ V RÁMCI PROJEKTU SWITCH

Zjišťování poznatků z terapeutické praxe jsme realizovali orientačním hloubkovým interview v rámci projektu: „Supporting Wellbeing and Integration of Transgender Victims in Care Environments with Holistic Approach“. Mapování dobré praxe se uskutečnilo mezi vybranými terapeuty a terapeutky s dlouhodobou praxí v poskytování služeb pro trans, nebinární a intersex lidi v ČR, Itálii a Španělsku. V rámci spolupráce jednotlivých expertů z projektu, se účastnilo v České republice osm terapeutů, pět v Itálii a čtyři ze Španělska.

Účelem mapování bylo orientační zjištění potřeb a bariér v praxi s trans a nebinárními či intersex lidmi v oblasti terapie a odborných psychologických a terapeutických služeb v jednotlivých zemích. Při sestavování interview jsme vycházeli z 25 témat manuálu „Seeking Safety“ zaměřených zejména na práci s traumatem a PTSD (Najavits, 2002)

Na základě informovaného souhlasu a hloubkového interview jsme získali orientační poznatky z praxe ze tří zemí. Interview bylo distribuováno anglickém jazyce a pro zpřesnění i využít překlad v rodném jazyce jednotlivých terapeutů (v češtině, španělštině, italštině). Získaná data z anglického jazyka jsme analyzovali, sumarizovali a vyhodnotili. I když se interview účastnil jen malý počet terapeutů a mohlo dojít i k jazykovým nepřesnostem, i přesto mají tato základní data významnou kvalitativní hodnotu a naznačují realizaci dobré praxe s doporučením a zkušenostmi terapeutů.

Výsledné poznatky mohou být využity k zlepšení metodik a standardů pro práci s trans, nebinárními a intersex osobami v terapeutické praxi v jednotlivých zemích a inspirací k výzkumné práci. Data mohou sloužit



k rozvojovým a vzdělávacím účelům. Detailní sumarizaci dat za jednotlivé země lze nalézt v příloze č. 1.

Obecné prolínající se principy dobré terapeutické a poradenské praxe mezi třemi zeměmi

- Komprehensivní, nedirektivní a respektující přístup, etické oslovování.
- Vzdělávání a osvěta odborníků a trans lidí a jejich okolí
- Zachování stejných etických pravidel pro všechny klienty, nepatologizování, destigmatizace

VÝBĚR NEJDŮLEŽITĚJŠÍCH TÉMAT V TERAPEUTICKÉ PRAXI

Nejčastější témata, s kterými se terapeuti setkávají ve své praxi, seřazeno hierarchicky:

Tabulka č. 2

Španělsko	Itálie	ČR
Zdravé vztahy	Emoční bolest	Bezpečí, důvěra a podpora ostatních
Žádost o pomoc	Významy a předpoklady?	Emoční bolest
Emoční bolest	Zdravé vztahy	Zdravé vztahy
Péče o sebe a zdraví	Žádost o pomoc	Přijetí rodinou a školou, společností a v práci
Komunita a komunitní zdroje	Upřímnost	Identita
Objevování a zkoumání	Integrace rozděleného já	Coming out
Práce se spouštěči	Přijetí rodinou, přáteli, školou	Tělesná dysforie a vzhled
Respektování	Téma vzhledu	Zvažování oficiální



vlastního času		tranzice
Tělesná dysforie a téma vzhledu	Přijetí společností	
Zvažování oficiální tranzice	Osamělost, možnosti socializace	
Obavy z přijetí v práci	Stereotypy a očekávání okolí	
Obavy z přijetí společností	Sexuální orientace/asexualita	
Obavy z nepochopení identity	Deprese a úzkosti	
Operativní zákroky	Obavy z nepochopení identity	
Coming out a přijetí rodinou a přáteli	Stres ze sociálních situací	
Možnosti socializace, osamělost	Naplňování role muž/žena	
Stereotypy a očekávání okolí		
Problémy v zaměstnání, hledání práce		
Diskriminace v práci a v jiných oblastech života		
Vliv hormonální terapie na psychiku		

Nejméně častými tématy, s kterými se terapeuti setkávají, bylo téma např.: intersex, víra, identita, rozvod, závislosti.



Bariéry biologické, psychologické, environmentální a společenské, pracovně ekonomické:

Psychologické, biologické, environmentální a společenské, pracovně ekonomické bariéry se odlišují podle věku a životních potřeb jednotlivců. Obecné prolínající se témata mezi třemi zeměmi se objevují v oblasti biologických bariér, které se týkají prevence onemocnění a zdravotních komplikací či rizik. V oblasti psychologických bariér převládá zejména nízká sebedůvěra a sebevědomí, „minority stress“, stereotypy a předsudky, integrace těla a mysli. Nedostupnost psychologických podpor, terapeutů, terapií hrazenou pojišťovny. Nedostatek specializovaného vzdělávání odborníků, rodinného prostředí, na pracovišti a škole, osvěta společnosti. V oblasti prostředí a společnosti se jedná bariéry v oblasti nedostatku informací a vzdělávání a informací, nediskriminující pracovní podmínky. Oblast pracovně ekonomická je determinovaná bariérou předsudků, nerovných příležitostí a legislativních podmínek tranzice, odstranění diskriminace a násilí.

Problematika rizik v oblasti duševního zdraví se týká zejména těchto oblastí:

Španělsko: Depresivní stavy, časté změny nálad. Pocity beznaděje, strachu z odmítnutí, strach z nemožnosti vytvářet funkční vztahy s lidmi. Projevy dopadů šikany. Sebepoškozování či myšlenky na něj, suicidální chování. Úzkostné stavy, somatizace. Zneužívání návykových látek. Jsou zmíněny i potíže z okruhu příjmu potravy. Nedůvěra ve společnost, vzdor a odmítání většinové společnosti, izolace.

ČR: Stres z nenaplnění potřeb, může být dle odborníků zejména deprese, úzkosti (zejména sociální), opakující se pocity beznaděje, proměnlivé nálady nebo nutkavé myšlenky vedoucí k rituálům ve stylu OCD.



Někteří zmiňují problémy z okruhu příjmu potravy, sebepoškozování, somatické projevy, dále vztek a agrese, zneužívání alkoholu a drog. Také jsou zmíněny problémy ve vztazích, setrvávání v nefunkčních vztazích, sociální izolace, osamělost. Riziko špatné diagnózy (např.: Borderline Personality Disorder).

Itálie: Úzkostné stavy, somatizace. Depresivní stavy, časté změny nálad, emoční dysregulace. Pocity beznaděje, strachu z odmítnutí, pocit jinakosti, stigmatizace. Sebeпоškozování či myšlenky na něj, suicidální chování. Zneužívání návykových látek, gambling. Nedůvěra ve společnost, vzdor a odmítání většinové společnosti, izolace.



6. Závěr

Kvalitní lékařská péče vyžaduje hlubší znalost současných konceptů a teoretického i praktického pozadí problematiky genderového nesouladu, tranzice a úředního uznání transgender osob v Evropě (i jinde). Cílem tohoto Průvodce poskytnout klíč k základním definicím a nastolit společná východiska pro následné aktivity v rámci projektu SWITCH (Supporting Wellbeing and Integration of Transgender Victims in Care Environments with Holistic Approach).

Na tomto průvodci se podíleli odborníci ze tří partnerských zemí projektu, informace v něm uvedené jsou však relevantní a cenné i pro ty, kdo pracují s transgender a intersex klienty v jiných zemích v Evropě i mimo Evropu. Popsané terapeutické nástroje a metody mají sloužit jako zdroj pro další vzdělávání poskytovatelů lékařské péče za účelem zajištění citlivých a nezaujatých služeb. Tyto lékařské služby jsou často branou k úřednímu uznání transgender klientů a sociálnímu přijetí jejich autentické identity. Respektující a informovaná péče může klientům pomoci žít bezpečný a důstojný život.

Kromě odborníků v oblasti zdravotní péče a duševního zdraví může tento průvodce sloužit jako zdroj i pro pedagogy a tvůrce politik s přesahem do oblasti úředního a společenského uznání genderové identity a práv transgender a intersex osob.



PŘÍLOHA – MAPOVÁNÍ DOBRÉ PRAXE MEZI TERAPEUTY TŘÍ ZEMÍ

ČESKÁ REPUBLIKA

V rámci projektu bylo osloveno 8 odborníků, kteří poskytují poradenské služby a psychoterapii lidem z transgender, nebinární a intersex komunity.

Počty klientů u jednotlivých poradců se liší, jedná se o počty od několika osob až po několik desítek. Převažují trans muži, dále trans ženy, počty osob nebinárních nebo intersex jsou v řádu jednotek, případně s nimi poradci nemají zkušenost vůbec.

Terapeutické přístupy k této klientele se liší – dva terapeuti preferují psychoanalytický nebo psychodynamický přístup, jeden využívá především arteterapii, další humanistickou psychoterapii, ostatní víceméně eklektický přístup včetně dramaterapie nebo terapie zaměřené na tělo. Jeden z odborníků poskytuje pouze internetové poradenství, nikoliv psychoterapeutické služby. Všichni získávají údaje o klientech zejména prostřednictvím rozhovoru, formální nástroje buď vůbec nevyužívají, nebo jen výjimečně. Za nejdůležitější je považována otevřená komunikace, nedirektivní a respektující přístup. Hlavními zmiňovanými etickými zásadami jsou především – oslovování klienta/klientky jménem a v rodu, který upřednostňuje, otevřenost k případným změnám a vývoji požadovaného oslovení, nepatologizování problematiky transgender.

V dotazníku, kdy poradci označovali, která obecnější témata se v práci s klienty objevují nejčastěji, uvedli jako nejčastější téma bezpečí, dále podpora od ostatních, nastavování hranic ve vztazích, emoční bolest, komunita a komunitní zdroje. Nejméně častým tématem byla problematika závislostí.



Výčet témat je definován v příručce „Seeking Safety“ zaměřené zejména na práci s traumatem a PTSD obsahující 25 témat.

V dalším dotazníku, zaměřeným specificky na témata trans, nebinárních a intersex klientů/klientek, bylo nejčastějším tématem „přijetí přáteli, rodinou a školou“, dále téma coming outu, přijetí českou společností, stres ze sociálních situací a ve veřejném prostoru, přijetí v práci, obavy z nepochopení identity, tělesná dysforie a téma vzhledu, zvažování oficiální tranzice a téma hormonální terapie a jejího vlivu na psychiku. Nejméně častým tématem byla problematika intersex, dále téma povinného rozvodu a víra versus identita. Uvedený výčet vychází ze zkušeností obsažených ve výsledných zprávách Obavy a přání trans lidí a z praxe organizace Transparent z.s.

Všichni odborníci se shodují v tom, že potřeby a požadavky klientů se v různých životních fázích liší, děti a adolescenti řeší zejména přijetí rodiči a ve škole, dospělí přijetí v práci, adaptaci na novou životní roli a vztahy s blízkými. Se klienty v seniorském věku nemají poradci zkušenosti, pouze jeden uvádí, že je u seniorů velké riziko osamělosti, jsou potřeba přátelské služby pro seniory (nyní hrozí riziko nerespektu) a kontakt s vrstevníky s podobnou zkušeností.

Formou manifestace dlouhodobého stresu z nenaplnění potřeb může být dle odborníků zejména deprese, úzkosti (zejména sociální), opakující se pocity beznaděje, proměnlivé nálady nebo nutkavé myšlenky vedoucí k rituálům ve stylu OCD. Někteří zmiňují problémy z okruhu příjmu potravy, sebepoškozování, somatické projevy, dále vztek a agrese, zneužívání alkoholu a drog. Také jsou zmíněny problémy ve vztazích, setrvávání v nefunkčních vztazích, sociální izolace, osamělost.



Jeden z poradců uvádí, že někteří z jeho klientů dostali diagnózu hraniční poruchy osobnosti, dle jeho názoru se ale jedná spíše o „důsledek dlouhodobé frustrace, strachu a napětí“.

Závěry odborníků k tématu práce s trans, nebinárními a intersex klienty/klientkami:

„Pro naprostou většinu je zásadní dostupnost terapeuta na pojišťovnu, otevřený, přijímající přístup, možnost vlastní volby, kam až terapie má vést, podpora klienta vzhledem k vlastní rodině, především u mladších klientů“.

„Odborná praxe je především medicínská (sexuologie, i když se řeší endokrinologie apod.) a ta je normativní a zastaralá, nekoherentní a tudíž nekontrolovatelná. Chybí dostupná (nejen finančně) profesionální poradenská a psychoterapeutická pomoc. Chybí uvědomělý odborný diskurz, který by vytvářel přátelské prostředí (reakce odborníků a odbornic jsou i v dobrém úmyslu normativní a tudíž znehodnocující).“



ITÁLIE

V rámci projektu bylo osloveno pět profesionálních poradců/poradkyň z Itálie, kteří/které poskytují poradenské služby a psychoterapii lidem z transgender/nebinární/intersex komunity.

Počty klientů u jednotlivých poradců se liší, jedná se o počty od několika osob až po několik desítek. Nejčastěji poradenské služby vyhledali trans lidé (mírně převažují trans muži nad trans ženami). Počty osob nebinárních jsou výrazně nižší, v jednotkách, případně s nimi poradci nemají zkušenost vůbec. Nejméně zkušeností popisují poradci s intersex klienty.

Terapeutické přístupy k této klientele se liší, ale nikdo nepracuje pouze v rámci jednoho terapeutického směru. Snaha je o ekletický přístup, u větší části s převahou rodinné psychoterapie v rámci systemického nebo psychodynamického přístupu (3 terapeuti). Dále je zmíněna Psycho-Body-Oriented Therapy, arteterapie a imaginace, řízená meditace, práce s emocemi, psychodrama a hraní rolí, narativní psychoterapie, přístupy převzaté z pozitivní psychologie, mediační techniky při práci s rodinou.

Všichni získávají údaje o klientech zejména prostřednictvím rozhovoru, formální nástroje využívají méně často. Zmíněny jsou především nástroje zaměřené na identifikaci závažnějších psychických potíží a suicidálního rizika, projektivní metody (kresba postavy, rodiny). Jeden poradce uvádí sledování zdravotní dokumentace a strukturovaný rozhovor inspirovaný Kernebergem. V jednom případě je uvedeno, že pokud je nad rámec klinického rozhovoru z nějakého důvodu požadována psychodiagnostika, jsou využity testy zaměřené na strukturu osobnosti, zejména komplexní dotazník MMPI II. Jeden z dalších terapeutů ovšem zmiňuje, že právě MMPI nevyužívá, protože má za to, že index maskulinity v dotazníku by měl být



revidován. Jeden z terapeutů uvádí, že v případě potřeby podrobnějšího zhodnocení psychického stavu klienta spolupracují s psychiatrem.

Co se týče informačních zdrojů, jeden poradce zmiňuje zejména literaturu zaměřenou na problematiku traumatu (Michele Giannantonio, 2003-2009, v. 2.0 Da Giannantonio, M. (2009). *Psicotraumatologia. Fondamenti e strumenti operativi*. Torino: Centro Scientifico Editore). Dva terapeuti uvádí využití italské verze doporučení americké psychologické asociace k práci s transgender* lidmi - APA, 2015: Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *American Psychologist*, 70(9), 832-864.

<http://dx.doi.org/10.1037/a0039906>. Doporučení byla přeložena do italštiny a jsou dostupná na <https://psicamp.it/index.asp?page=psicologia-transgender-linee-guida>.

Nejdůležitější doporučení k práci s trans lidmi, která zaznívají, jsou:

Je zapotřebí specializovaného vzdělávání v práci s LGBT+ lidmi pro profesionály ze zdravotnictví a dalších oborů, síťování potřebných služeb a propojení péče. Kultivace vztahu s komunitami LGBT+ k překonávání předsudků společnosti a obranných postojů LGBT+ lidí. Zaměřit se na možné bariéry přístupu k péči, na problematiku možné diskriminace a násilí.

Hlavními zmiňovanými etickými zásadami jsou zejména – zachovávání stejných etických pravidel jako při práci s jakýmikoliv jinými klienty, citlivé naslouchání a respekt, nesouzení, nepatologizování problematiky transgender (ale včasné odhalení případných psychických poruch). Dodržování etických zásad daných doporučeními APA.

V dotazníku, v němž poradci označovali, která obecnější témata se v práci s klienty objevují nejčastěji, uváděli jako nejfrekventovanější tyto tematické okruhy (seřazeno od nejčastějších):

- Emoční bolest



- Významy a předpoklady
- Zdravé vztahy
- Žádost o pomoc
- Upřímnost
- Integrace rozděleného já

Nejméně častým tématem byla problematika závislostí, podpora od ostatních (others in recovery), dále téma posttraumatické stresové poruchy, indikace bezpečí a nebezpečí.

Výčet témat je definován v příručce „Seeking Safety“ zaměřené zejména na práci s traumatem a PTSD obsahující 25 témat.

V dalším dotazníku, zaměřeným specificky na témata trans, nebinárních a intersex klientů/klientek, byly nejčastějšími tématy následující (seřazeno od nejvyšší četnosti):

- Přijetí rodinou, přáteli, školou
- Téma vzhledu
- Přijetí společností
- Osamělost, možnosti socializace
- Stereotypy a očekávání okolí
- Sexuální orientace/asexualita
- Deprese a úzkosti
- Obavy z nepochopení identity
- Stres ze sociálních situací
- Naplňování role muž/žena

Nejméně častým tématem bylo téma povinného rozvodu a víra versus identita. Uvedený výčet vychází ze zkušeností obsažených ve výsledných



zprávách Obavy a přání trans lidí a z praxe organizace Transparent z.s.

Mezi dalšími zmíněnými tématy byla např. depersonalizace a téma času a adaptace na novou roli.

Psychologické potřeby u trans žen i trans mužů zahrnovaly zejména podpora v procesu tranzice, adaptaci na novou roli, podpora při strachu ze změny a při pochybnostech o „novém těle“, nové sexualitě. Podpora při integraci psychiky a těla, pomoc při nedůvěře v ostatní a překonání traumatických zážitků, které mohou být způsobeny i přístupem nejbližších osob (rodičů a rodiny). U trans mužů podpora při pocitu „cítit se jako muž“ i přes probíhající menstruační cyklus a další fyziologické procesy. U nebinárních osob se jedná o podporu především v ukotvení se ve vlastním schématu, podpořit jejich definici identity, kterou společnost nebere v potaz. S psychologickými potřebami u intersex osob nemají terapeuti obvykle dostatek zkušeností. U všech skupin platí potřeba naslouchání a podpory.

Co se týče speciálně-pedagogických potřeb, tak je uváděna potřeba podpory trans* osob v znovuoobnovení důvěry v ostatní lidi a podpory sebeuvědomování a zvýšení sebevědomí. Podpořit je v tom, aby svou roli muže/ženy nevnímali podle očekávání a předsudků okolí, ale podle sebe. Také je zmíněna edukace okolí trans osob. S ohledem na nebinární a intersex osoby nemá společnost téměř žádné informace.

Nejčastějšími potřebami v oblasti ekonomické a pracovní je požadavek na nediskriminující pracovní podmínky, problematika hledání práce a nedostatku pracovních příležitostí a problematika prostituce u trans žen/mužů.

Jako bariéry a kritické oblasti byly označeny zejména tyto:

- Biologické bariéry u trans osob – předchozí onemocnění komplikující tranzici, tranzice definovaná pouze fyzickými aspekty, málo proškolený zdravotní personál a péče, zkušenost s odmítáním nebo



nepochopením ze strany zdravotnického personálu a nedůvěra a odmítání zdravotní péče. Tělesné znaky a biologické markery determinující pohlaví.

- Psychologické bariéry – konfrontace se společností a jejími očekáváními, pocit ohrožení, předsudky vůči trans osobám (a nedůvěra trans lidí ve společnost), zkušenosti s diskriminací, stigma, stud, osamělost, emoční bolest. Pocit nekompletnosti, pocit, že nejsou vnímáni jako „skutečný muž/žena“. Problematika rodičovství a reprodukce. Internalizované stereotypy. U nebinárních osob nedostatek povědomí o problematice ve společnosti, zkušenost s nepochopením, boj s požadavky na definování svého pohlaví, deprese a frustrace.

- V pracovní a ekonomické oblasti zejména obecně diskriminace trans* osob v pracovních podmínkách, předsudky, diskriminace kvůli probíhajícímu procesu tranzice, obtížnější dosažení ekonomické/finanční nezávislosti, nesnadnost nalezení práce odpovídající vzdělání a zkušenostem.

- V oblasti prostředí a společnosti jde zejména o málo tolerantní a informovaná společnost včetně profesionálů ve zdravotnictví, dále úřední obstrukce při tranzici, časová prodleva právního uznání identity, nepochopení, diskriminace a předsudky. U nebinárních osob malá informovanost, netolerance, nepochopení.

Všichni odborníci se shodují v tom, že potřeby a požadavky klientů/klientek se v různých životních fázích liší. Děti řeší zejména přijetí rodiči a ve škole, potřebují podpořit také v sebeakceptaci, je potřeba více edukovat rodiče a pracovat s nimi, vzdělávat odborníky ve školství. U adolescentů kromě přijetí rodinou navíc přichází problematika včasného zahájení tranzice, socializace a vztahů s vrstevníky, potřeba zařadit se do „své“ skupiny, pocity viny a nemožnost dostát očekáváním společnosti a



okolí, pocity odmítnutí. Je potřeba s nimi pracovat na nastavení hranic ve vztazích, podpoře identity, navázání vztahu s terapeutem. Dospělí řeší především možnost žít život v plné šíři, seberealizaci, přijetí společností, utvrzení se ve své identitě a pochopení „kdo jsem“. Jak uvádí jeden z odborníků, také přichází mladí dospělí, kteří díky tlaku rodiny nebyli schopni se svou identitou pracovat dříve a vyžadují pouze „certifikát o genderové dysforii“ a nejsou přístupní psychoterapeutické práci. S klienty/klientkami v seniorském věku nemají poradci mnoho zkušenost. Nicméně je potřeba zviditelnit i problematiku starších trans osob, podpořit je v jejich volbách a rozhodnutí na základě jejich potřeb a ne na základě společenských očekávání. Díky věku se mohou cítit i méně svázaní pravidly, v nichž žili předchozí život a rozhodnout se pro změnu.

Formou manifestace dlouhodobého stresu z nenaplnění potřeb mohou být dle odborníků zejména:

Úzkostné stavy, somatizace. Depresivní stavy, časté změny nálad, emoční dysregulace. Pocity beznaděje, strachu z odmítnutí, pocit jinakosti, stigmatizace. Sebepoškozování či myšlenky na něj, suicidální chování. Zneužívání návykových látek, gambling. Nedůvěra ve společnost, vzdor a odmítání většinové společnosti, izolace.

Na závěr se v komentářích odborníků objevuje zdůraznění práce s rodinami trans osob a práce na přijetí a porozumění z jejich strany a nepatologizování trans identity.

ŠPANĚLSKO

V rámci projektu byli/y osloveni čtyři profesionální poradci/poradkyně ze Španělska, kteří/které poskytují poradenské služby a psychoterapii lidem z transgender/nebinární/intersex komunity.



Počty klientů u jednotlivých poradců se liší, jedná se o počty od několika osob až po několik set. Nejčastěji poradenské služby vyhledali trans lidé (mírně převažují trans muži nad trans ženami). Počty osob nebinárních jsou výrazně nižší, případně s nimi poradci nemají zkušenost vůbec. Nejméně zkušeností popisují poradci s intersex klienty.

Terapeutické přístupy k této klientele se liší, ale nikdo nepracuje pouze v rámci jednoho terapeutického směru, snaha je o eklektický přístup, u většiny s převahou kognitivně-behaviorálního přístupu (43 terapeuti). Dále je zmíněna gestalt psychoterapie, narativní psychoterapie, mediační techniky při práci s rodinou. Zmíněna je ve dvou případech afirmativní psychoterapie zaměřená na práci s LGBT+ lidmi.

Všichni získávají údaje o klientech zejména prostřednictvím rozhovoru, formální nástroje využívají méně často. Zmíněny jsou především nástroje zaměřené na identifikaci závažnějších psychických potíží (např. BDI) a suicidálního rizika nebo dotazníky zaměřené na vztahovou vazbu a postoje (Adult Attachment Questionnaire, TREC Belief and Attitudes Scale).

Co se týče informačních zdrojů, dva z poradců zmiňují The World Professional Association for Transgender Health Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People (WPATH standards of care guide, dostupné na <https://www.wpath.org/publications/soc>), dále jsou uvedeny publikace k psychoterapeutické práci (např. Theory of Personal Constructs, Kelly, 1995 nebo Rational Emotive Behavioral Therapy, de Lega, Sorribes, Calvo, 2017).

Také odkaz na legislativu z roku 2007, která se týká změny pohlaví a jména.

Nejdůležitější doporučení k práci s trans lidmi, která zaznávají, jsou:

Komprehensivní, nedirektivní a respektující přístup. Terapeut sám by měl mít rozpoznaná a uvědomovaná schémata a postoje k LGBT+ lidem, měl by se naučit se vyjadřování, které není heteronormativní. Aktivně naslouchat a být velmi zdrženlivý v hodnocení. Je zapotřebí vzdělávání v práci s LGBT+ lidmi pro profesionály ze zdravotnictví a dalších oborů, síťování potřebných služeb a



propojení péče.

Hlavními zmiňovanými etickými zásadami jsou zejména – zachovávání stejných etických pravidel jako při práci s jakýmikoliv jinými klienty, oslovení klienta/klientky jménem a v rodu, který upřednostňuje, a především: nepatologizování problematiky transgender.

V dotazníku, v němž poradci označovali, která obecnější témata se v práci s klienty objevují nejčastěji, uváděli jako nejfrekventovanější tyto tematické okruhy (seřazeno od nejčastějších):

- Zdravé vztahy
- Žádost o pomoc
- Emoční bolest
- Péče o sebe a zdraví
- Komunita a komunitní zdroje
- Objevování a zkoumání
- Práce se spouštěči
- Respektování vlastního času

Nejméně častým tématem byla problematika významů a předpokladů, dále téma posttraumatické stresové poruchy, závislostí, změna v myšlení a závazky a jejich dodržování.

Výčet témat je definován v příručce „Seeking Safety“ zaměřené zejména na práci s traumatem a PTSD obsahující 25 témat.

V dalším dotazníku, zaměřeným specificky na témata trans, nebinárních a intersex klientů/klientek, byly nejčastějšími tématy následující (seřazeno od nejvyšší četnosti):

- Tělesná dysforie a téma vzhledu
- Zvažování oficiální tranzice



- Obavy z přijetí v práci
- Obavy z přijetí společností
- Obavy z nepochopení identity
- Operativní zákroky
- Coming out a přijetí rodinou a přáteli
- Možnosti socializace, osamělost
- Stereotypy a očekávání okolí
- Problémy v zaměstnání, hledání práce
- Diskriminace v práci a v jiných oblastech života
- Vliv hormonální terapie na psychiku

Nejméně častým tématem byla problematika intersex, dále téma povinného rozvodu a víra versus identita. Uvedený výčet vychází ze zkušeností obsažených ve výsledných zprávách Obavy a přání trans lidí a z praxe organizace Transparent z.s.

Dalšími tématy, která odborníci uváděli, byla tato: „Vztek na to, že jsem se narodil/a takto“, smutek a pocit nespravedlnosti, dále tranzice u osoby staršího věku, přijetí v rámci rodiny včetně prarodičů, problémy ve školním prostředí a téma hledání partnera a téma neshod v partnerských vztazích a párové terapie. Rodiče trans dětí se často ptají po biologické příčině.

Psychologické potřeby u trans žen i trans mužů zahrnovaly zejména akceptování identity a akceptování těla, podpora při coming outu v rodině a v práci a práce se strachem z odmítnutí, řešení problematiky mateřství a rodičovství, boj s předsudky u veřejnosti (např. spojení trans žen s prostitucí) a diskriminací, navazování romantických/sexuálních vztahů, navazování přátelství, seberealizace. Dále problematika deprese, úzkostných stavů, sociální fobie, sebepoškozování, internalizovaná transfobie. U nebinárních osob se jedná o podporu především v tom, že nejsou společností uznáni, jejich potřeby nejsou rozpoznány, viditelné, dále ukotvení se ve vlastním schématu, nalezení vlastní cesty, podpora při zvládnutí frustrace a práce s emocemi. S psychologickými



potřebami u intersex osob nemají terapeuti obvykle dostatek zkušeností.

Co se týče speciálně-pedagogických potřeb, tak je uváděna zejména edukace okolí trans osob, především potřeba edukovat o problematice pedagogické pracovníky, studenty a žáky, informovat společnost s cílem nestigmatizovat a nepatologizovat transgender osoby. Vzdělávání pro transgender osoby by se mělo zaměřit zejména na to, aby si byly vědomy svých práv, větší povědomí o svých možnostech. S ohledem na nebinární a intersex osoby je potřeba zejména informování společnosti včetně odborných pracovníků ve zdravotnictví a školství.

Nejčastějšími potřebami v oblasti ekonomické a pracovní je požadavek na nestigmatizaci při hledání práce a při pracovních pohovorech, bezpečné a nediskriminující pracovní podmínky. Měly by být změněny podmínky pro formální změnu jména a identity, nyní jsou považovány za diskriminující. Problematika nebinárních osob by měla být zahrnuta v právních dokumentech. Mezi další potřeby patří především potřeba porozumění, možnost vlastní „gender determination“ a více proškolených odborníků, kteří se tímto tématem zabývají.

Jako bariéry a kritické oblasti byly označeny zejména tyto:

1. Biologické bariéry u trans osob – chybějící zdravotní monitoring a prevence, předchozí onemocnění komplikující tranzici, málo proškolený zdravotní personál a péče, která závisí na tom, zda tranzice proběhla nebo ne. Zdravotní problémy související s užíváním hormonálních přípravků. Nízká kvalita chirurgických zákroků.

2. Psychologické bariéry – nízká sebedůvěra, „minority stress“, pocit ohrožení, společnost s předsudky vůči trans osobám (a nedůvěra trans lidí ve společnost), strach z odmítnutí, zkušenosti s diskriminací, pocit nekompletnosti, obavy z vlivu hormonální léčby na psychiku, pochybnosti o novém tělesném vzhledu. U trans žen zkušenost s degradováním na objekt sexuální touhy, přisuzování role prostitutky, trans muži nejsou považováni za „skutečné muže“. Problematika rodičovství a reprodukce. Internalizované stereotypy. U nebinárních osob nedostatek povědomí o



problematice ve společnosti, zkušenost s nepochopením.

3. V pracovní a ekonomické oblasti zejména horší podmínky pro vstup na trh práce, nestabilita zaměstnání, nedostatečná podpora v procesu vzdělávání a možné odchody ze školy, což pak vede k horší pozici na trhu práce, proces tranzice a změna právních dokumentů a jména ovlivňuje pracovní možnosti a může vést k diskriminaci, sociální transfobie

4. V oblasti prostředí a společnosti jde zejména o právní podmínky tranzice – např. užívání hormonů po dobu dvou let, než je možná úřední změna jména a dokladů, chirurgické zákroky nejsou hrazené ze zdravotního pojištění, celý proces i právní procedury trvají velmi dlouho. Dále málo tolerantní a informovaná společnost, zejména mimo velká města, vystavování trans osob ponižujícím otázkám, nepochopení.

Všichni odborníci se shodují v tom, že potřeby a požadavky klientů/klientek se v různých životních fázích liší. Děti řeší zejména přijetí rodiči a ve škole, je potřeba více edukovat rodiče a pracovat s nimi, vzdělávat odborníky ve školství. U adolescentů navíc přichází problematika včasného blokování pubertálních změn a zahájení případného procesu tranzice, adekvátní lékařské péči, komunikace a přijetí rodiči, socializace a vztahů s vrstevníky, je potřeba se věnovat, problematice sebepoškozování a suicidálního chování.

Dospělí řeší především podporu na pracovním trhu, přijetí v práci a podporu přátel, zdravotní péči a možnost tranzice bez ohledu na věk, objevují se témata diskriminace a nedostatečně vymahatelné zákony proti netoleranci a diskriminaci. U klientů/klientek v seniorském věku je velké riziko osamělosti, v rámci služeb pro seniory není o této problematice dostatek informací (nyní hrozí riziko nerespektování jejich identity a potřeb), měla by být dostupná hormonální i chirurgická léčba bez ohledu na věk. Pozornost by měla být věnována i stárnoucím trans ženám, které se pohybují nebo pohybovaly v prostituci.

Formou manifestace dlouhodobého stresu z nenaplnění potřeb mohou být dle odborníků zejména:

Depresivní stavy, časté změny nálad. Neschopnost prožívat štěstí. Pocity



beznaděje, strachu z odmítnutí, strach z nemožnosti vytvářet funkční vztahy s lidmi. Projevy dopadů šikany. Sebepoškozování či myšlenky na něj, suicidální chování. Úzkostné stavy, somatizace. Zneužívání návykových látek. Jsou zmíněny i potíže z okruhu příjmu potravy. Nedůvěra ve společnost, vzdor a odmítání většinové společnosti, izolace.

Na závěr se v komentářích odborníků objevuje zejména zdůraznění respektu k trans osobám, podpora dalšího vzdělávání odborníků v pomáhajících profesích vzhledem k tomuto tématu a podpora zlepšování kvality života trans osob.



ODKAZY A ZDROJE

1. ACA ALGBTIC Transgender Committee. (2009) ALGBTIC Counseling Transgender Clients. Retrieved November 10, 2020, from https://www.counseling.org/Resources/Competencies/ALGBTIC_Competencies.pdf
2. Amendt-Lyon, N., Spagnuolo Lobb, M. (n.d.). Description of Gestalt Therapy. Retrieved November 10, 2020, from <https://www.eagt.org/joomla/index.php/2016-02-25-13-29-31/description-of-gt>
3. American Psychological Association. (2015). Guidelines for Psychological Practice with Transgender and Gender Nonconforming People. *American Psychologist*, 70(9), 832-864.
i. doi.org/10.1037/a0039906
<https://www.apa.org/practice/guidelines/transgender.pdf>
4. Amnesty International. (2014). The State Decides Who I Am, Lack of Legal Recognition for Transgender People in Europe, retrieved November 10, 2020 from <https://www.amnesty.eu/wp-content/uploads/2018/10/the-state-decides-who-i-am.pdf>
5. Asia Pacific Forum of National Human Rights Institutions. (2016). Promoting and Protecting Human Rights in relation to Sexual Orientation, Gender Identity and Sex Characteristics. Asia Pacific Forum of National Human Rights Institutions. ISBN 978-0-9942513-7-4.
6. Carlström, R., Ek, S., & Gabrielsson, S. (2020). 'Treat me with respect': transgender persons' experiences of encounters with healthcare staff. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*.
7. Center for Trauma & Embodiment at Justice Resource Institute, About. (n.d.). Retrieved November 10, 2020, from <https://www.traumasensitiveyoga.com/about>



8. Chapman, R., Zappia, T., & Shields, L. (2012). An essay about health professionals' attitudes toward lesbian, gay, bisexual and transgender parents seeking healthcare for their children. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(2), 333-339.
9. Cherland E. (2012). The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, Self-Regulation. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 21(4).
10. Edenfield, T., & Saeed, S. (2012). An update on mindfulness meditation as a self-help treatment for anxiety and depression. Retrieved November 10, 2020, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3500142/>
11. Edwards-Leeper, L., & Spack, N. P. (2012). Psychological evaluation and medical treatment of transgender youth in an interdisciplinary "Gender Management Service" (GeMS) in a major pediatric center. *Journal of homosexuality*, 59(3), 321-336.
12. Ehrensaft, D. (2012). From gender identity disorder to gender identity creativity: True gender self child therapy. *Journal of homosexuality*, 59(3), 337-356.
13. Galop (n.d.). Transphobia. Retrieved November 10, 2020, from <https://www.galop.org.uk/transphobia/>
14. GLAAD (2018). Transgender FAQ. Retrieved November 10, 2020, from <https://www.glaad.org/transgender/transfaq>
15. Institute, Inc. (2020) What is EMDR? Retrieved November 10, 2020, from <https://www.emdr.com/what-is-emdr/>
16. Intersex Society of North America (n. d.). What is intersex? (n.d.). Retrieved November 10, 2020, from https://isna.org/faq/what_is_intersex/



17. Ervin, A. (n.d.). The Ethics of Working with Ground Rules Transgender and Gender. Retrieved November 10, 2020, from https://cdn.ymaws.com/www.papsy.org/resource/collection/C954A5EF-F25C-4505-A0EA-25C6047A068D/W16_Ethics_of_Transgender.pdf
18. Fausto-Sterling, Anne (2000). Sexing the Body: Gender Politics and Construction of Sexuality. New York: Basic Books.
19. European Association for Psychotherapy. (2019). Biosynthesis Therapy. Retrieved November 10, 2020, from <https://www.europsyche.org/approaches/biosynthesis/>
20. Heller, L. (2019). Introduction to the NeuroAffective Relational Model [NARM]. Retrieved November 10, 2020, from <https://drlaurenceheller.com/narm-introduction/>
21. Heller, L. (2019). What is NARM? Retrieved November 10, 2020, from <https://narmtraining.com/what-is-narm/>
22. Jenner, C. O. (2010). Transsexual primary care. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 22(8), 403-408.
23. Lev, A. I. (2004). Transgender emergence: Understanding diverse gender identities and expressions. Retrieved May, 1, 2018.
24. Levine, P. (2020). What Is Somatic Experiencing? Retrieved November 10, 2020, from <https://traumahealing.org/about-us/>
25. Lowen Foundation, (n.d.). What are Bioenergetics? Retrieved November 10, 2020, from <https://www.lowenfoundation.org/what-is-bioenergetics>
26. Najavits, L. (2019). Seeking Safety: A Model to Address Trauma and Addiction Together. Retrieved November 10, 2020, from <https://www.rehabs.com/pro-talk/seeking-safety-an-evidence-based-model-to-address-trauma-and-addiction-together/>
27. Namaste, V. (2000). *Invisible Lives: The Erasure of Transsexual and Transgendered People*. University of Chicago Press, Chicago.



28. National Association of Cognitive Behavioral Therapists. (n.d.). What is Cognitive-Behavioral Therapy (CBT)? Retrieved November 10, 2020, from <https://nacbt.org/whatiscbt.htm/>
29. Office of the High Commissioner for Human Rights. (2015). A step forward for intersex visibility and human rights. Retrieved November 10, 2020, from <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/Astepforwardfor-intersexvisibility.aspx>
30. Pavlica, K. et al. (2018). The Fears and Hopes of Trans People. Prague: Transparent, z. s.
31. Pespó PBSP International LLC, 2011. Retrieved November 13, 2020, from <https://pbsp.com/>.
32. Porges, S. W. (2007). The polyvagal perspective. *Biological psychology*, 74(2), 116-143.
33. Platforma pro rovnoprávnost, uznání a diverzitu z.s. (PROUD). (2015). Report on Trans People and Their Experience Health Care and Legislation in the Czech Republic. Prague: PROUD.
34. Psychology Today (n.d.). Psychodynamic Therapy. Retrieved November 10, 2020, from <https://www.psychologytoday.com/us/therapy-types/psychodynamic-therapy>
35. Reisner, S. L., Poteat, T., Keatley, J., Cabral, M., Mothopeng, T., Dunham, E., Holland, C. E., Max, R., & Baral, S. D. (2016). Global health burden and needs of transgender populations: a review. *Lancet* (London, England), 388(10042), 412–436.
36. Seeking Safety (2020) <http://www.treatment-innovations.org> and www.seeking-safety.org: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1868418/>
37. Sedlak, C. A., Veney, A. J., & Doheny, M. O. B. (2016). Caring for the transgender individual. *Orthopaedic Nursing*, 35(5), 301-306.



38. Selix, N. and S. Rowiak. 2016. "Provision of Patient-Centered Transgender Care." *Journal of Midwifery and Women's Health*. 61(6):744-751. Retrieved from <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jmwh.12518>
39. Schwartz, A. (2017, December 19). Somatic Therapy: Dr. Arielle Schwartz. Retrieved November 12, 2020, from <https://drarielleschwartz.com/somatic-therapy/>
40. TCTSY. (n.d.) What Is Trauma-Sensitive Yoga? About. Retrieved November 10, 2020, from <https://www.traumasensitivelyoga.com/about>
41. The International Focusing Institute (n.d.). What Is Focusing? Retrieved November 10, 2020, from <https://focusing.org/felt-sense/what-focusing>
42. The Young Scot Card (n.d.). What is transphobia? Retrieved November 10, 2020, from <https://young.scot/get-informed/national/what-is-transphobia>
43. United Nations. (2019). A major win for transgender rights: UN health agency drops 'gender identity disorder', as official diagnosis. Retrieved November 10, 2020, from <https://www.un.org/sustainable-development/blog/2019/05/a-major-win-for-transgender-rights-un-health-agency-drops-gender-identity-disorder-as-official-diagnosis/>
44. Van der Kolk B., Stone, L., West, J., Rhodes, A., Emerson, D., Suvak, M., & Spinazzola, J. (2014). Yoga as an adjunctive treatment for posttraumatic stress disorder: A randomized controlled trial. *The Journal of clinical psychiatry*, 75(6), 559-565.
45. Virupaksha, H. G., Muralidhar, D., & Ramakrishna, J. (2016). Suicide and Suicidal Behavior Among Transgender Persons. *Indian journal of psychological medicine*, 38(6), 505-509.



46. Wistreich, N. (n.d.). What is the Person-Centred Approach? Retrieved November 10, 2020, from <https://www.the-pca.org.uk/about/what-is-it.html>
47. Wikipedia. (n.d.). Transphobia. Retrieved November 10, 2020, from <https://rationalwiki.org/wiki/Transphobia>
48. Wikipedia. (2020). History of intersex surgery. Retrieved November 10, 2020, from https://en.wikipedia.org/wiki/History_of_intersex_surgery
49. World Health Organization (WHO). (2019). The ICD-11 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Genève, Switzerland: World Health Organization.
50. World Professional Association for Transgender Health (WPATH). (2011). Standards of Care (SOC) for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People. Retrieved November 10, 2020, from <https://www.wpath.org/publications/soc>