

Poruchy pohlavní identity v dětství a v dospívání

prof. PhDr. Petr Weiss, Ph.D.¹, MUDr. Hana Fifková²

¹Sexuologický ústav 1. LF UK a VFN, Praha

²Soukromá sexuologická ambulance, Praha

Autoři definují pojmy pohlaví na úrovni chromozomální, gonadální a psychické, definují pak pohlavní identitu a pohlavní roli jako její vnější výraz. Popisují základní diagnostická kritéria pro určení diagnózy porucha sexuální identity v dětství a v dospívání a možné formy projevu této poruchy.

Klíčová slova: sexuální identifikace, sexuální role, poruchy.

Gender identity disorders in the childhood and adolescence

Authors describe the concepts of sex on the chromosomal, gonadal, and psychological level. They define sexual identity and its external expression – the gender role. They provide the basic diagnostical criteria for the diagnosis gender identity disorder in childhood and adolescence and the possible forms of this disturbance.

Key words: sexual identification, gender role, disorder.

Pediatr. pro Praxi 2010; 11(3): 174–176

Úvod

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

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

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

Pohlavní dimorfismus se projevuje především v *primárních pohlavních znacích*, za které lze považovat chromozomální pohlaví (XX a XY) a mužský či ženský typ reprodukčních orgánů (penis a vagina – gonadální pohlaví). Rozdíl

v somatických tělesných znacích (stavba kostry, typ ochlupení, hlas apod.) patří k *sekundárním znakům* sexuálního dimorfismu. K *terciárním znakům* pak řadíme rozdíly mezi muži a ženami v oblasti myšlení, citění (emocí) i chování (verbální i neverbální, které hraje důležitou roli zvláště v oblasti sexuálního chování) (1).

Víceúrovňová determinace pohlaví

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

Sexuální identifikace

Sexuální identifikace (identita), tedy *pocit příslušnosti k určitému pohlaví*, se vytváří na základě genetických a fetálně gonadálních determinant zprostředkovaných organizačním vlivem sexuálních steroidů na centrální nervový systém ve druhém trimestru nitroděložního vývoje. Její definitivní formování pak probíhá po porodu součinností této predispozice s vlivy prostředí (2).

Pro vytvoření pohlavní identity je pravděpodobně rozhodující věk do 18 měsíců (3). Jak ukazují výzkumy na hermafroditech vychovávaných v opačné sexuální roli, než by odpovídalo jejich chromozomálnímu pohlaví, v pozdějších měsících života pravděpodobnost úspěšné změny pohlavní identity progresivně klesá (4).

Pohlavní identita tedy vyjadřuje subjektivně vnímaný pocit sounáležitosti či naopak rozporu s vlastním tělem, s jeho primárními a sekundárními pohlavními znaky, i se sociální rolí přisuzovanou danému pohlaví. Podle Fifkové, a kol. (5) má kognitivní i emocionální komponentu, odráží se v myšlení, citění i chování jedince včetně jeho profese, zájmů, společenských vztahů. Vedle biologické podmíněnosti se uplatňují i kulturní vlivy, protože existují společenství, která jeden způsob chování označují za maskulinní, a jiná, která totéž jednání považují za feminní rys. S překonáváním omezení tradiční patriarchální společnosti se ve vyspělých zemích zmírňují kulturně specifické rozdíly mezi pohlavími, nicméně zůstávají zachovány projevy biologické a psychologické odlišnosti. Typickými psychologickými rysy přisuzovanými (ať už objektivně existujícími nebo vytvořenými na základě kulturních stereotypů) maskulinitě jsou dominance, asertivita, prostorová představivost a schopnost rychle se rozhodovat, pro ženy jsou pak v tomto pojetí typické submisivita, emocionalita, empatie, lepší verbální dovednost.

Vnější výrazem pohlavní identity je pak *sexuální role*. I když se na jejím utváření podílí i konstituční faktory, rozhodující jsou zde kulturně-společenské vlivy, zprostředkované především rodinou. Rodiče jsou pro dítě hlavními

identifikačními figurami, důležitými pro rozvoj adekvátních vzorců chování i postojů k druhému pohlaví. Ve školním věku se k rodičovskému vlivu na utváření pohlavní role připojuje i vliv vrstevnických skupin a jiné kulturně společenské vlivy (škola, média). Právě tyto instituce vytvářejí genderové (rodové) stereotypy, tedy apriorní (předem stanovené) představy o povahových rysech, způsobech chování a zvycích týkajících se rolí mužů a žen, maskulinity a femininity.

Poruchy pohlavní identity v dětství a dospívání

Vlivem těchto stereotypů dochází k předběžnému očekávání, že náleží-li dítě danému biologickému pohlaví, budou se u něj vyskytovat příslušné vlastnosti. Existence stereotypů vede k odlišnému očekávání, a tedy i k odlišné výchově děvčátek a chlapců (6–9). Dítě, jež svým chováním neodpovídá očekávaným stereotypům, vzbuzuje přinejmenším jistou pozornost. Chlapci **genderově nekomformní** (v anglosaské jazykové oblasti se pro ně vžil název sissy boys) například malují princezny, hrají si s panenkami, na domácnost, upřednostňují dívčí společnost, rádi se oblékají do dívčích šatů a kráší, někteří hovoří vyšším hlasem. Dívky nesplňující rodová očekávání (tzv. tomboys) preferují společnost chlapců, účastní se s nimi fyzických soupeřivých her. Brání se oblékání do dívčích šatů, nechťejí se stát matkami.

Pro tyto výraznější projevy rodové nestereotypie je v diagnostickém manuálu ICD 10 uvedena diagnóza **Porucha pohlavní identity v dětství** (F 64.2), která zahrnuje: touhu být příslušníkem opačného pohlaví, oblékání do oblečení příslušného pro opačné pohlaví, vyhledávání kolektivu vrstevníků opačného pohlaví (tedy heterofilie), preference zájmů typických pro opačné pohlaví. Objevuje se před nástupem puberty, nežádka už v předškolním věku, kolem 5. roku života, a trvá alespoň šest měsíců. Má odlišná kritéria pro chlapce a pro dívky (tabulka 1). Charakteristiky tohoto vývoje v dětství a dospívání uvádíme v typické kazuistice pacienta s poruchou identity typu female-to-male (10).

Kazuistika

Nikola, 19 let, FtM, se na nás obrátil spolu se svou matkou o pomoc před sedmi lety, tedy v době, kdy mu bylo dvanáct a byl žákyní šesté třídy základní školy v malém městečku na severu Čech. Již tehdy vypadal jako chlapec, oblékal se jako chlapec a mluvil v mužském rodě. Žil pouze s matkou, otec se k nim nikdy nenastěhoval a nestýkali se. Klukem se cítil takřka odjakživa.

Tabulka 1. Diagnostická kritéria poruchy pohlavní identity v dětství (F 64.2)

U dívek:	
1.	Dívka vykazuje intenzivní přetrvávající rozladu spojenou se svým ženským a explicitní touhu stát se chlapcem (přesahující touhu pro kulturních výhodách plynoucích z příslušnosti k mužskému pohlaví), případně tvrdí, že je chlapcem.
2.	Kromě toho musí vykazovat některý z následujících znaků:
a)	přetrvávající výraznou averzi vůči oděvu tradičně považovanému za typicky ženský a sklon k nošení oděvu tradičně považovaného za typicky mužský
b)	přetrvávající odpor vůči ženským tělesným rysům, který dokládá nejméně jeden z následujících symptomů:
	■ tvrdí, že má penis, případně že jí v budoucnu doroste
	■ odmítá močit vsedě
	■ tvrdí, že nechce, aby se jí zvětšila prsa nebo aby začala menstruuovat
3.	Dosud u ní nezačala puberta.
4.	Porucha trvá nejméně šest měsíců.
U chlapců:	
1.	Chlapec vykazuje intenzivní přetrvávající rozladu spojenou se svým mužským a explicitní touhu stát se dívkou, v některých případech tvrdí, že je dívkou.
2.	Kromě toho musí vykazovat některý z následujících znaků:
a)	věnuje se hlavně aktivitám tradičně považovaným za typicky ženské, což dosvědčuje buď sklon k převlékání do šatů opačného pohlaví, nebo snaha připodobnit svůj oděv ženskému, případně intenzivní touha účastnit se dívčích her a kratochvilí spojená s odmítáním hraček, her a aktivit tradičně považovaných za typicky mužské
b)	přetrvávající odpor vůči mužským tělesným rysům, který dokládá nejméně jedno z následujících opakovaných tvrzení:
	■ že v dospělosti se z něj stane žena i tělesně (tedy ne jen po stránce pohlavní role)
	■ že jeho penis či varlata v něm vzbuzují nechuť, případně že o ně v budoucnu přijde
	■ že by bylo lepší nemít penis či varlata
3.	Dosud u něj nezačala puberta.
4.	Porucha trvá nejméně šest měsíců.

V první třídě nechtlé jít do školy v sukni, protože by se mu děti smály. Matka to tehdy nemohla pochopit. Až o něco později, když se jí Nikola se vším svěřil, si uvědomila, že pro někoho, kdo se cítí být klukem, je zhola nemožné se oblékat do sukne jako nějaká holka. Díky otevřenému vztahu, který spolu měli, mohl Nikola bez obav hovořit o tom, co cítí. Matka se sice nějaký čas snažila své dítě přesvědčovat, že to přejde, ale velice záhy pochopila, že vede zbytečný boj, který potomka jen frustruje. Podvolila se, začala nakupovat chlapecké oblečení včetně slipů a doma umožnila synovi mluvit v mužském rodě. Ještě na prvním stupni základní školy se pustila do odvážného boje za akceptování Nikolovy identity, a to nejprve v přibuzenstvu. Mnohokrát si vyslechla, že by dítě neměla v jeho rozmaru podporovat a spíše ho přísností a zákazy vracet zpátky do role dívky. Pak se jí povedla neuvěřitelná věc – získala podporu vedení školy, kam Nikola chodil, a on mohl postupně začít žít v chlapecké roli i tam. Na matrice vyjednala změnu jména a příjmení na neutrální tvary. Průběžně postup konzultovala s psychologem a i zde musela čelit

různým obviněním například z toho, že si z dcery vychovává syna namísto chybějícího partnera. Když Nikolovi začala růst prsa a blížila se první menstruace, vypravila se se synem za námi. V následujících letech pak s Nikolou a jeho matkou spolupracoval neformální tým, skládající se ze sexuologů, psychologa, dětského psychiatra, rodinného terapeuta a endokrinologů. Po dokončení diagnostického procesu a ověření diagnózy transsexualita FtM začal Nikola užívat triptorelin (Decapeptyl) za účelem zpomalení pubertálních tělesných změn a zmírnění utrpení, které mu menstruace a rostoucí prsa působila. V šestnácti letech pak byla farmakoterapie změněna na maskulinizující (Sustanon, Undestor) a Nikola podstoupil zmenšující zákrok na prsou. Mezi tím se úspěšně dostal na gymnázium, kde působil od samého začátku v chlapecké roli. V osmnácti letech mu byla odstraněna děloha a vaječníky a dokončena redukční mammaplastika. Hned poté se stal chlapcem i úředně. Letos maturuje, hlásí se na vysokou školu a chodí s děvčetem. V průběhu procesu přeměny pohlaví byl pravidelně kontrolován jeho fyzický i psychický stav.

Dnes je z něj 185 cm vysoký hezký vousatý mladý muž – vděčí za to především matce, která záhy pochopila problém svého jediného dítěte a bojovala za něj, lékařům a psychologům, kteří se rozhodli v týmu spolupracovat a ve své práci se řídili především mezinárodními standardy péče, a samozřejmě sám sobě, protože musel projít velkou statečností, vytrvalostí a odolností.

Výskyt

Podle Cohen-Kettenisové a Pfaefflina (11) zatím nejsou k dispozici žádné epidemiologické studie, které by zjišťovaly pravděpodobný výskyt poruchy pohlavní identity u dětí. Jedna genetická studie provedená na dvojčatech, která se zaměřila na chování 314 dětí a dospívajících, odhaduje její výskyt na 2,3% (12, 13). Ještě důležitější je však v této souvislosti skutečnost, že většinu prepubertálních dětí trpících poruchou pohlavní identity tvoří budoucí homosexuálové, nikoliv budoucí transsexuálové (tedy že z dětí trpících poruchou pohlavní identity se mnohem častěji vyvinou lidé homosexuálně orientovaní než transsexuální jedinci). Podle studií provedených na chlapcích trpících poruchou pohlavní identity (včetně neléčených) z 99 zkoumaných osob se transsexualita nakonec projevila u pouhých šesti procent (2, 14).

Odhady výskytu transsexualizmu u dospívajících a dospělých se pohybují mezi 1 : 3 000 a 1 : 30 000. Rozdíly mezi jednotlivými odhady jsou dle Cohen-Kettenisové a Pfaefflina (11) patrně zapříčiněny rozdílnou metodologií a rozdílným přístupem k léčbě transsexuality (konkrétně rozdílnými kritérii pro zahájení léčby) v jednotlivých zemích. Současně však platí, že řada transsexuálních jedinců (příčemž jejich počet nejsme schopni ani odhadnout) lékařskou asistenci nikdy nevyhledá. Z toho plyne, že způsob, jak se dítě či dospívající s genderovou poruchou vyrovnává, musí být

výsledkem i jeho individuální sociální adaptace v roli biologického pohlaví.

Terapie

U egosyntonního pojetí této poruchy nemusí být léčebná intervence nutná. *Egodystonní sebepojetí* znamená prožívání pohlavní rozlady jako ohrožující a nepřijatelné. Následkem pak mohou být deprese, úzkosti, stres, sebepoškozování, suicidální pokusy, agresivita, abúzus drog, kriminalita. Děti mohou mít menší motivaci ke školní práci, mohou se stávat obětmi školní šikany, trpí osamělostí. Roli může hrát i postoj rodičů, kteří mohou na genderově nestandardní chování potomka reagovat úzkostí a studem. V průběhu dospívání většinou výrazné projevy mizí a pouze u malého počtu dětí se ukáže, že porucha identity je zásadního charakteru.

Lékař nebo pedagog by se neměl snažit chování dítěte měnit, ale měl by plně chování akceptovat a podporovat (12). Podobně by měl pracovat i s rodiči dítěte. Pediatr by však měl ve všech těchto případech konzultovat postup se sexuologem. Úkolem lékařů a psychologů u dětí s poruchou sexuální identity není vyléčit nebo napravit nesprávnou identitu, ale pomoci jim uvědomit si její skutečnou podobu, ať už je jakákoli. Pokud pak tato porucha přetrvá i do dospělosti ve formě *pravé transsexuality*, tedy plného rozpojení biologického a psychického pohlaví, naše zákony umožňují úplnou přeměnu pohlaví, včetně pohlaví matričního.

Závěr

Pohlavní identita, tedy prožívání sebe sama jako muže nebo ženy, je jednou ze základních charakteristik člověka. Ovlivňuje naprosto zásadně sebepojetí jedince i jeho sociální vztahy. Při poruchách této identity dochází často i k závažnému narušení psychosexuálního, osobnostního i sociálního vývoje dětí a dospívajících. I z tohoto

důvodu by měli být pediatři a dětské psychologové citliví a vnímaví na signály, které by mohly svědčit o přítomnosti poruchy pohlavní identity u jejich pacientů.

Literatura

1. Klein Z. Sexuální obtěžování z pohledu etologie člověka. *Psychiatrie* 1997; 1: 117–120.
2. Zvěřina J. Lékařská sexuologie. Praha: H and H, 1995.
3. Money J, Erhardt AA. Man and woman, boy and girl. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1972.
4. Stoller RJ. Sex and gender. London: Hogarth, 1968.
5. Fífková H, Weiss P, Procházka I, et al. Transsexualita a jiné poruchy pohlavní identity. Praha: Grada Publishing 2008.
6. Langer SJ, Martin JI. How dresses can make you mentally ill: Examining gender identity disorder in children. *Child and Adolescent Social Work Journal* 2004; 21: 5–23.
7. Rosin H. Boy's Life. *The Atlantic* (November 2008), <http://www.theatlantic.com/doc/200811/transgender-children>.
8. Zucker KJ. Gender Identity Disorder in Children and Adolescents. *Annual Review of Clinical Psychology* 2005; 1: 467–492.
9. Zucker KJ. Gender Identity Disorder. In Wolfe D, Mash E (eds.). *Behavioral and Emotional Disorders in Adolescents* (pp. 535–562). New York: Guilford, 2006.
10. Weiss P, a kol. Sexuologie. Praha: Grada Publishing 2010.
11. Cohen-Kettenis P, Pfaefflin F. Poruchy pohlavní identity v období dětství a dospívání. In: Fífková H, et al. *Transsexualita a jiné poruchy pohlavní identity*. Praha: Grada Publishing, 2008.
12. Cohen-Kettenis PT, Delemarre-van de Waal HA, Gooren LJ. The Treatment of Adolescent Transsexuals: Changing Insights. *Journal of Sexual Medicine* 2008; 5: 1892–1897.
13. Coolidge FL, These L, Young SE. The heritability of gender identity disorder in a child and adolescent twin sample. *Behavior Genetics*, 2002; 32: 251–257.
14. Green R. The „sissy boys syndrome“ and the development of homosexuality. New Haven and London: Yale University Press, 1987.

prof. PhDr. Petr Weiss, Ph.D.

Sexuologický ústav 1. LF UK a VFN
Apolinářská 4, 128 08 Praha 2
weisspetr@volny.cz
