

PSYCHOSOM

Časopis pro psychosomatickou a psychoterapeutickou medicínu

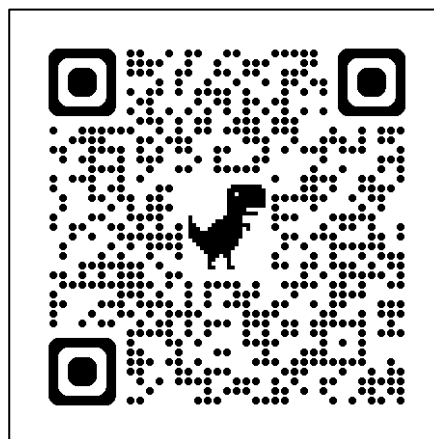
Výkonná redakce/ Editors:

MUDr. Vladislav Chvála: chvala@sktlib.cz
MUDr. Radkin Honzák, CSc.
MUDr. David Skorunka, Ph.D.
PhDr. Ludmila Trapková
Mgr. Pavla Loucká
Paní Radka Menclová

Adresa:

www.psychosom.cz
SKT Liberec
Jáchymovská 385
460 10 Liberec 10
Tel.: +420 485 151 398

Cena jednoho čísla 150 Kč, roční předplatné 500 Kč, objednávky na adrese redakce. Plné texty, archiv na www.psychosom.cz



Uzávěrka čísla 1/2025 dne 15. 1. 2025, recenzní řízení bylo uzavřeno 31. 12. 2024. Redakční návrh prochází diskusí mezi členy redakční rady a sboru recenzentů. Konečná verze nezávislého média je výsledkem pečlivého výběru a svobodné diskuse bez mocenských zásahů zvenčí. Toto číslo neprošlo jazykovou korekturou.

Původní práce procházejí recenzním řízením s výjimkou krátkých zpráv, recenzí knih, esejů a diskusních příspěvků. Grafická úprava, ilustrační foto V. Chvála. The articles are peer-reviewed. Pro redakční zpracování používáme Word, zpracování fotografií v Zoner Photo Studio. Internetová verze na otevřené platformě Joomla. Zdarma dostupná na adrese www.psychosom.cz. Autor webu Web7master s.r.o., www.web7master.com

ISSN 2336-7741 (Print)

ISSN 1214-6102 (Online)

MK ČR E 187 84, registrace ERIH PLUS

© LIRTAPS, o. p. s.

PSYCHOSOM je kompletně archivován Národní lékařskou knihovnou:

<http://kramerus.medvik.cz/search/handle/uuid:MED00013903>

Vychází 4× ročně



Tiráž

Časopis byl založen začátkem roku 2003 jako bulletin ve spolupráci s psychosomatickou sekci Psychiatrické společnosti ČLS JEP. Od té doby vycházel zprvu 4× a v dalších letech 6× ročně, tedy do konce roku 2008 celkem 34 čísel. Od r. 2014 vychází v úzké spolupráci se Společností psychosomatické medicíny ČLS JEP. Všechna čísla od začátku roku 2004 jsou uveřejněna na internetu a dostupná na adrese www.psychosom.cz. LNK archivuje všechna čísla na adrese <http://www.medvik.cz/kramerius/handle/ABA008/84989>

Od roku 2009 je časopis registrován MK ČR E 18784 a na jeho vytváření má možnost se podílet řada vysokoškolských pracovišť prostřednictvím svých zástupců v poradním sboru. Je to médium určené především ke spolupráci všech, kdo se podílejí na poznání a léčbě komplikovaných bio-psycho-sociálně podmíněných poruch, ať už v medicínské praxi či v humanitních oborech, výzkumníků i kliniků a studentů těchto oborů. Všechna práva vlastní LIRTAPS, s.r.o. Kopírování a šíření textu odpovídá licenci [CC BY 4.0 DEED](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/). Volné šíření s uvedením zdroje a autorů.

TENTO ČASOPIS VYCHÁZÍ NEZÁVISLE NA FARMACEUTICKÉM PRŮMYSLU
BEZ SVOBODY NENÍ VĚDY

Časopis řídí redakční rada / Editorial Board:

MUDr. Radkin Honzák, CSc., Ústav všeobecného lékařství 1. LF UK, IKEM
MUDr. Vladislav Chvála, Středisko komplexní terapie psychosomatických poruch Liberec
Doc. MUDr. PhDr. Jan Poněšický, Median klinik, Berggieshubel, Deutschland
Doc. MUDr. David Skorunka, Ph.D., Ústav preventivního lékařství LF UK v H. Králové
Doc. MUDr. Jiří Šimek, CSc., Jihočeská univerzita, České Budějovice
PhDr. Ludmila Trapková, Institut rodinné terapie a psychosom. medicíny, o. p. s. Liberec

Mezinárodní poradní sbor / International Advisory Board:

Doc. PhDr. Karel Balcar, CSc., Pražská vysoká škola psychosociálních studií, Praha
PhDr. Bohumila Baštecká, Ph.D., Evangelická teologická fakulta UK, Praha
Doc. MUDr. Jiří Beran, CSc., PK LF UK Plzeň, subkatedra psychosomatiky IPVZ
MUDr. PhDr. Pavel Čepický, CSc., LEVRET, s. r. o. Praha
Prof. MUDr. Jozef Hašto, Ph.D., Pro mente sana, Bratislava, Slovenská republika
Prof. PhDr. Anna Hogenová, Ph.D., PF UK Praha, PVŠPS Praha
Prof. RNDr. Stanislav Komárek, Ph.D., katedra filosofie a dějin přírodních věd PŘF UK
Doc. PhDr. Eva Křížová, Ph.D., Univerzita Karlova v Praze, ETF
PhDr. Jiří Libra, Klinika adiktologie, 1. LF UK a VFN v Praze
Mgr. Lucia Mazúchová, PhD., Ústav pôrodnej asistencie, JLF UK, Martin
Prof. PhDr. Michal Miovský, Ph.D., Klinika adiktologie, 1. LF UK a VFN v Praze
PaedDr. ICLic. Michal Podzimek, Ph.D., Th.D., FPH a Ped. TU Liberec
Doc. MUDr. PhDr. Jan Poněšický, Ph.D. Median klinik, Berggieshubel, Deutschland
MUDr. Michaela Ročňová, Psychosomatické centrum Praha
MUDr. Alena Večeřová-Procházková, MS Psychiatrie, Praha 4 - Spořilov Praha
PhDr. Ingrid Strobachová, Ústav lék. etiky a humanitních zákl. medicíny 2. LF UK Praha
Mgr. et Mgr. Marek Vácha, Ph.D., Ústav etiky 3. LF UK Praha-Vinohrady
MUDr. Ivan Verný, Fachartz für Psychotherapie und Psychiatrie, Curych, Švýcarsko
Prof. PhDr. Petr Weiss, Sexuologický ústav 1. LF UK a VFN v Praze



OBSAH

Obsah	3
Editorial	4
<i>Vladislav Chvála: Nedostatečný respekt k bio-psycho-sociálnímu pojetí nemoci může být fatální chybou současného medicínského modelu</i>	<i>4</i>
Pro správnou praxi	6
<i>Kasia Kozłowska a spol.: Vývoj národních doporučených postupů pro léčbu dětí a dospívajících s genderovou dysforií: Mezinárodní perspektivy</i>	<i>6</i>
Z výzkumu	56
<i>Radkin Honzák: Deprese a střevní mikrobiom; současné poznatky</i>	<i>56</i>
Z konferencí	60
<i>David Skorunka, Adéla Holmanová: Světová psychosomatika a ta naše; zpráva z EAPM konference 2024</i>	<i>60</i>
Recenze	72
<i>Radkin Honzák: Dětský sen</i>	<i>72</i>
<i>Šárka Bezvodová: Hypnoterapie v kazuistikách</i>	<i>74</i>
Rozhovory	75
<i>S Šárkou Bezvodovou o hypnoterapii</i>	<i>75</i>
Pokyny pro autory	79



EDITORIAL



Jacob Willemsz de Wet (kolem r. 1610-1675) Klanění pastýřů. Oblastní galerie Liberec.

VLADISLAV CHVÁLA: NEDOSTATEČNÝ RESPEKT K BIO-PSYCHO-SOCIÁLNÍMU POJETÍ NEMOCI MŮŽE BÝT FATÁLNÍ CHYBOU SOUČASNÉHO MEDICÍNSKÉHO MODELU

První číslo Psychosomu je značně monotematické. Převážnou část zaplnila rozsáhlá studie o současném stavu doporučených postupů pro péči o genderovou dysforii ve všech podstatných částech západního světa vč. Austrálie, kde působí hlavní autorka Kassia Kozłowska. Studie má 40 stránek textu a dalších 40 stránek pečlivě zpracovaných odkazů. Ty budou k dispozici jak v originále článku na webu Human Systems, Therapy, Culture and Attachments, kde poprvé souhrnná studie vyšla 2.11.2024, a také ve webové verzi Psychosomu na www.psychosom.cz. Text je dovoleno šířit v nekomerčních projektech, jakým je právě

Psychosom, vydávaný Obecně prospěšnou společností LIRTAPS.

Přesto, že jsou dnes veřejnosti texty díky Open Acces dobře dostupné i se slušným překladem Goggle Translation, pokládáme za potřebné, předat tyto informace v ještě dostupnější formě v češtině našim zdravotníkům, politikům i široké veřejnosti. Situace, především dospívajících dívek, které se dostaly do zmatků genderové nejistoty a pochybností, může být v důsledku mnoha společenských faktorů velmi nebezpečná. I když je to stále jen okrajové téma v medicíně, ve školství, ve sportu a v dalších oblastech společenského života, je zřejmé, že všude v zemích západních demokracií zhruba od r. 2011



rychle narůstá počet takových dětí a téma zasahuje stále více i do jejich zdravotní péče. Ta je pro další osud těchto dospívajících a jejich rodin rozhodující. Medicína má v ruce nástroje k potlačení tělesných projevů vrozeného pohlaví a k navození takových tělesných změn, které vyhoví vnitřnímu sebeprožívání dospívajícího na cestě za nalezením vlastní identity. Není pochyb, že tito dospívající jedinci trpí. Co nám ale chybí, je jasné objektivizující vyšetření, které by vyloučilo chybnou vlastní sebe-diagnózu dospívajícího. A protože tzv. změna pohlaví je nevratná, do tělesné struktury zasahující proces, stojí medicína před nesnadnou volbou, pokud si ještě někdo vzpomene na jednu z hlavních zásad lékaře „primum, non nocere“, tedy hlavně neškodit.

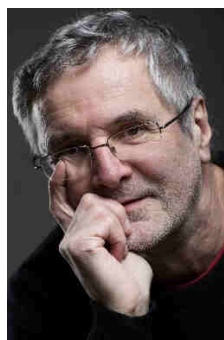
Hlavní důvod, proč jsme se my zdravotníci dostali do této překerní situace, je ten, že ani výzkum ani naše lékařská praxe nestojí primárně na bio-psycho-sociálním modelu zdraví a nemoci, který formuloval G.L. Engel už v r. 1977, a inspiroval tím odborníky WHO natolik, že je citován v základní definici zdraví a nemoci dle WHO. A druhý vážný důvod vyplývá z předkládané studie. Zdravotníci na důkazech založená péče se dostává v této oblasti do střetu s přístupem postaveným na právech jedince na sebeurčení, aniž by její autoři brali v úvahu, jak složitý proces dospívání je a jakým nárokům při hledání vlastní identity jedinec čelí.

Když dáme slovo přímo autorům studie: „Různé síly působící v oblasti genderové dysforie jsou dobře patrné z našich popisů vývoje doporučených postupů v zemích, kde my, autoři, pracujeme a žijeme. Souhra – tlak a tah – mezi přístupem založeným na právech a přístupem založeným na důkazech vytvořila složitou dynamiku, která se bude roky projevovat v různých zemích důsledky, které je těžké

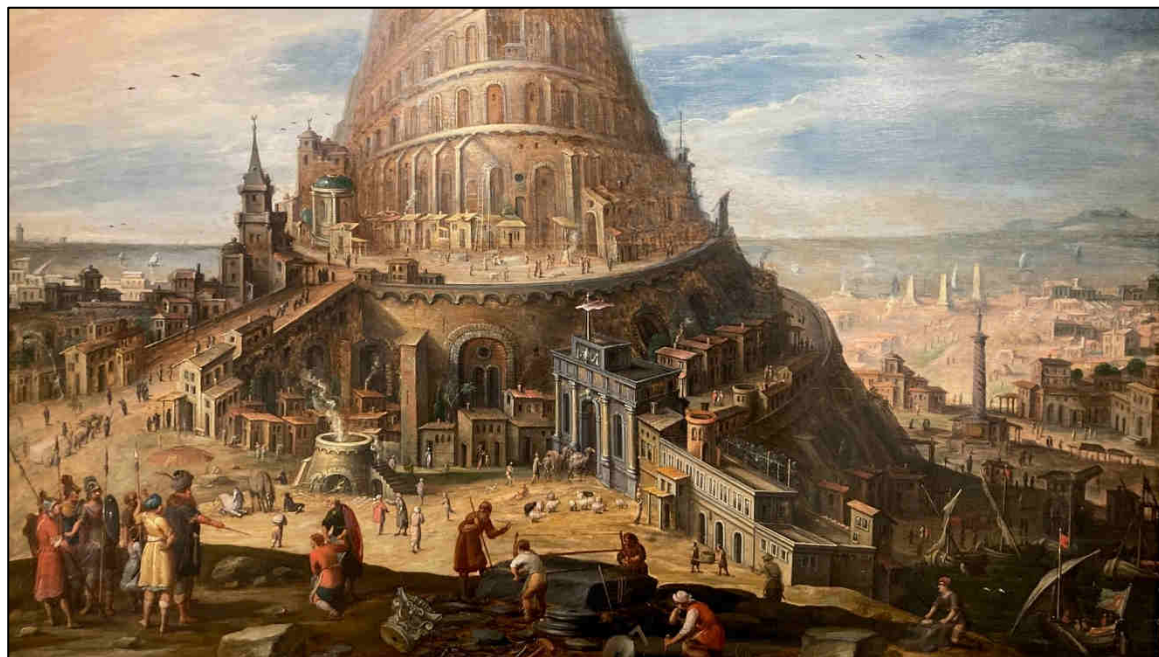
předvídat. Bez ohledu na kvalitu lékařských, kulturních a politických procesů, které se na situaci a na jejich výzvách podílejí, je pravděpodobné, že si vyžádají vážnou lidskou cenu.“

Existují závažné společenské tlaky, které identifikaci problému ztěžují. I když mají v každé ze zemí, zahrnutými do přehledu, trochu jinou podobu, je zřejmé, že se konfliktu a zmatkům nevyhnuli lékaři v žádné západní demokracii. Je možné, že si i my budeme muset projít nesnadným zápasem se zákonodárci a aktivisty, kterým si prošli kolegové i jejich pacienti ve všech zemích, kudy vlna nejistoty v pohlavním dospívání prochází. A třeba už bude možné nejtěžší fáze tohoto procesu přeskočit, a podívat se rovnou na příklady dobré praxe ze zemí, které si nejhorším už prošli... Kdo ví? Hodně by věc usnadnilo, kdyby se už i lékařské fakulty orientovaly více na skutečný bio-psycho-sociální model zdraví a nemoci, a nejen na ono omílané bio-bio-bio. Dnes už nejde jen o místo psychosomatické medicíny v systému zdravotní péče, ale o kvalitu medicíny celé. O tom, že tento zápas není nikde v Evropě snadný, svědčí také zpráva Davida Skorunky a Adély Holmanové z výboru SPM o konferenci EAPM v Laussane. O moc více se toho už do prvního čísla tohoto roku nevešlo.

Vladislav Chvála V Liberci 20.1.2025



PRO SPRÁVNOU PRAXI



Ilustrační foto: Flámský malíř 17.století: Stavba babylónské věže. Oblastní galerie Liberec.

KASIA KOZŁOWSKA A SPOL.: VÝVOJ NÁRODNÍCH DOPORUČENÝCH POSTUPŮ PRO LÉČBU DĚTÍ A DOSPÍVAJÍCÍCH S GENDEROVOU DYSFORIÍ: MEZINÁRODNÍ PERSPEKTIVY

Úplný výčet autorů: [Kasia Kozłowska kkoz6421@uni.sydney.edu.au](mailto:kkoz6421@uni.sydney.edu.au), [Geoffrey R Am- bler](#), [...] a [Stephen Scher+20](#) [Zobrazit všechny autory a afiliace](#)

ABSTRAKT

Od prvních let tohoto století přijalo mnoho západních zemí "Holandský protokol" jako nový lékařský způsob léčby dětí a dospívajících s genderovou dysforií s nástupem v dětství. Při tomto přístupu byly k potlačení puberty použity agonisté hormonů uvolňujících gonadotropin (GnRH), následované aplikací hormonů opačného pohlaví (testosteron nebo estrogen). Tento přehledný článek sleduje – v každé ze zemí, kde my, autoři, žijeme a pracujeme – jak byl Nizozemský protokol začleněn do klinické praxe nebo formálně přijat do národních doporučených postupů. Během času byly pokyny v různých zemích postupně formovány přístupem založeným na právech, který odstranil předchozí záruky a zvýšil dostupnost lékařských intervencí ke změně pohlaví u dětí a dospívajících. Nové obavy vyvolaly dva vývojové trendy, které přinesly alternativní perspektivy a rozsáhlé rozdíly v klinickém přístupu od r. 2010. Řada zemí hlásila nečekaný nárůst projevů nástupu GID u dospívajících, zejména u dívek. Rostoucí počet jedinců, kteří jako nezletilí podstoupili lékařské zákroky ke změně pohlaví, hlásil újmu a lítost v následujícím období.



Po celém světě byly proto vznášeny otázky týkající se bezpečnosti klinických doporučení pro děti a dospívající s genderovou dysforií. Vládní orgány ve Finsku, Švédsku, Velké Británii a americkém státě Florida zadaly systematické přezkumy týkající se hormonální léčby a vydaly formální zprávy. V paralelním procesu zákony o "konverzní terapii", přijaté v mnoha zemích, uzavřely přístup k exploratorní psychoterapii, která umožňuje zkoumání otázek genderové identity z neutrálního terapeutického postoje. Celkově vzato tyto tři události vnesly do debaty založené na faktech právní úvahy, což vedlo k napětí, které zůstává nevyřešeno.

Rozvoj lékařských intervencí při pokusech o léčbu genderové dysforie je výsledkem moderního vývoje společnosti i lékařské vědy. Po století vědeckého a lékařského vývoje v 60. letech 20. století byly stanoveny klinické pokyny pro dospělé pacienty Harrym Benjamine, lékařem německého původu, který pracoval ve Spojených státech ([Benjamin, 1966, 1967](#)). Při práci s dospělými muži s genderovou dysforií (tehdy nazývanou transsexualismus) Benjamin zjistil, že psychoterapie (jak mu byla tehdy dostupná) je obecně neúčinná, čímž ospravedlnil použití endokrinní terapie a chirurgického zákroku k "přízpůsobení těla mysli" nebo tomu, co Benjamin označoval jako pacientovo "psychologické pohlaví" (str. 115) ([Benjamin, 1967](#)). Všechny následující pokyny vydané Mezinárodní asociací Harryho Benjamina pro genderovou dysforii (HBIGDA) – oficiálně založenou v roce 1979 a v roce 2007 přejmenovanou na Světovou profesní asociaci pro transgenderové zdraví (WPATH) – vycházely z Benjaminovy původní práce.

V 90. letech 20. století byly v Nizozemsku upraveny pokyny pro dospělé pro léčbu dospívajících ([Cohen-Kettenis a van Goozen, 1997](#)). Tyto rané pokyny pro nezletilé zahrnovaly komplexní biopsychosociální hodnocení (včetně diagnózy a způsobilosti k intervenci) a u způsobilých nezletilých doporučovaly použití androgenních supresorů u rodilých mužů a potlačení menstruace progesteronem u rodilých žen. Po těchto intervencích měla následovat aplikace hormonů opačného pohlaví (estrogen a testosteron) v pozdní adolescenci a chirurgická změna pohlaví v dospělosti.

Na konci 90. let 20. století vyvinuli kliničtí lékaři v Nizozemsku to, co se stalo známým jako holandský model nebo holandský protokol ([Delemarre-van de Waal a Cohen-Kettenis, 2006](#)). Tento holandský (nizozemský) protokol – implementovaný od roku 1997 ([van der Loos et al., 2023](#)) – zavedl časné použití agonistů hormonu uvolňujícího gonadotropin (GnRHa), běžně známých jako blokátory puberty, k potlačení puberty u dětí a dospívajících (viz [rámeček 1](#)) ([Delemarre-van de Waal a Cohen-Kettenis, 2006](#)). Důležitými cíli Holandského protokolu bylo snížit úzkost dětí s dlouhodobě sledovanou genderovou dysforií (od předškolního věku) a zlepšit dlouhodobé kosmetické a psychosociální výsledky. Léčba blokátory puberty byla také "považována za 'nákup času', aby bylo možné otevřeně prozkoumat přání změnit pohlaví" (str. 155) ([Cohen-Kettenis a van Goozen, 1998](#); [Delemarre-van de Waal a Cohen-Kettenis, 2006](#)).

ABSTRACT: KOZLOWSKA K., ET ALL: EVOLVING NATIONAL GUIDELINES FOR THE TREATMENT OF CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH GENDER DYSPHORIA: INTERNATIONAL PERSPECTIVES, PSYCHOSOM 2025; 22 (1), PP. 8-54

From the early years of this century, many Western countries adopted the "Dutch Protocol" as a new medical pathway for treating children and adolescents with childhood-



onset gender dysphoria. On this approach, gonadotrophin-releasing hormone agonists (GnRHa) were used to suppress puberty, followed by cross-sex hormones (testosterone or oestrogen). This perspective article traces—in each of the countries where we, the authors, live and work—how the Dutch Protocol came to be incorporated into clinical practice or formally adopted into national guidelines. Over time, guidelines across different countries were progressively shaped by a rights-based approach that removed previous safeguards and increased availability of gender-reassignment medical interventions for children and adolescents. From 2010 onward, two developments raised new concerns, generating alternate perspectives and wide-ranging differences in clinical approach. Numerous countries reported an unexpected increase in adolescent-onset presentations, especially among girls. During the same period, an increasing number of individuals who had undergone gender-reassignment medical interventions as minors reported harm and regret. Worldwide, questions were raised about the safety of clinical guidelines for children and adolescents presenting with gender dysphoria. Government bodies in Finland, Sweden, the United Kingdom, and the U.S. state of Florida commissioned systematic reviews pertaining to hormone treatments and issued formal reports. In a parallel process, “conversion therapy” laws, passed in many countries, closed access to exploratory psychotherapy that enables exploration of gender-identity issues from a neutral therapeutic stance. Taken together, these three developments introduced evidence-based and legal considerations into the debate, resulting in tensions that remain unresolved.

The emergence of medical interventions for treating gender dysphoria is a modern development. Following a century of scientific and medical developments, clinical guidelines for adult patients were developed in the 1960s by Harry Benjamin, a German-born doctor who worked in the United States ([Benjamin, 1966, 1967](#)). In working with adult men with gender dysphoria (then termed transsexualism), Benjamin had determined that psychotherapy was generally unhelpful, thereby justifying the use of endocrine therapy and surgery to “adjust the body to the mind,” or what Benjamin referred to as the patient’s “psychological sex” (p. 115) ([Benjamin, 1967](#)). All subsequent guidelines published by the Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (HBIGDA)—founded and officially incorporated in 1979 and renamed as World Professional Association for Transgender Health (WPATH) in 2007—built on Benjamin’s original work.

In the 1990s, in the Netherlands, the guidelines for adults were adapted for treating adolescents ([Cohen-Kettenis and van Goozen, 1997](#)). These early guidelines for minors involved comprehensive biopsychosocial assessments (including diagnosis and eligibility for intervention) and, for eligible minors, the use of androgen suppressors for natal males and menstrual suppression with progesterone for natal females. These interventions were to be followed by cross-sex hormones (oestrogen and testosterone) in late adolescence and gender-reassignment surgery in adulthood.

In the late 1990s, clinicians in the Netherlands developed what came to be known as the Dutch Model or Dutch Protocol ([Delemarre-van de Waal and Cohen-Kettenis, 2006](#)). The Dutch Protocol—implemented from 1997 onward ([van der Loos et al., 2023](#))—introduced the early use of gonadotropin-releasing hormone agonists (GnRHa), commonly known as puberty blockers, to achieve puberty suppression in children and adolescents (see [Text Box 1](#)) ([Delemarre-van de Waal and Cohen-Kettenis, 2006](#)). Important aims of the Dutch Protocol were to reduce the distress of children presenting with long-



established (from preschool years) gender dysphoria and to improve long-term cosmetic and psychosocial outcomes. Treatment with puberty blockers was also “considered as ‘buying time’ to allow for an open exploration of the SR [sex reassignment] wish” (p. 155) (Cohen-Kettenis and van Goozen, 1998; Delemarre-van de Waal and Cohen-Kettenis, 2006).

Textové pole 1

Stručné shrnutí nizozemského (holandského) protokolu

Nizozemský protokol byl v Nizozemsku prováděn od roku 1997. Kritéria způsobilosti zahrnovala genderovou dysforii s nástupem v raném dětství, která byla závažná a přetrvávající a která splňovala diagnostická kritéria (*Diagnostický a statistický manuál duševních poruch*); psychologickou stabilitu; a podpůrné domácí prostředí (Delemarre-van de Waal a Cohen-Kettenis, 2006). Protokol zahrnoval následující léčebné kroky:

- diagnostické a psychosociální hodnocení;
- psychické nebo psychiatrické postižení po dobu minimálně 6 měsíců před léčbou agonisty hormonu uvolňujícího gonadotropin (GnRHa) a pokračující až do operace;
- od věku ≥ 12 let, užívání blokátorů puberty (GnRHa) na počátku puberty (Tannerovo stadium 2 nebo 3) k zastavení pubertálního vývoje a zastavení vzniku nežádoucích sekundárních pohlavních znaků;
- od 16 let užívání hormonů opačného pohlaví (podobně jako u dospělých) k vytvoření fyzických charakteristik v souladu s požadovaným pohlavím (testosteron pro mužské pohlavní znaky a estrogen pro ženské pohlavní znaky);
- od 18 let operace změny pohlaví, k odstranění nežádoucích pohlavních orgánů a k chirurgickému modelování orgánů, které odpovídají požadovanému pohlaví.

V následujících letech byl Nizozemský protokol pro děti a dospívající začleněn do pokynů vypracovaných pro kanadskou provincii Britská Kolumbie (de Vries et al., 2006) a Endokrinní společností (Hembree et al., 2009) a Světovou profesní asociací pro transgender zdraví (WPATH) (Coleman et al., 2012). Aktualizované pokyny zveřejnila Endokrinní společnost v roce 2017 (Hembree et al., 2017) a WPATH v roce 2022 (Coleman et al., 2022). Většina zemí, které přijaly nizozemský protokol jako národní pokyny, uváděla jako další autoritu jeden nebo více z těchto vzájemně souvisejících dokumentů (praxe, která se stala známou jako odkazování na oběžník (Cass, 2024a)).

Většina zemí, které nizozemský protokol přijaly, tak učinila, aniž by byly k dispozici jakékoli dlouhodobé údaje o výsledcích. První raná data se začala objevovat od roku 2006 (de Vries et al., 2014; Delemarre-van de Waal a Cohen-Kettenis, 2006). Aby se zmírnilo riziko a zavedly

záruky, většina zemí zpočátku zřídila multidisciplinární týmy, které prováděly komplexní hodnocení – včetně screeningu pacientů s cílem zjistit, zda splňují diagnostická kritéria způsobilosti – a které zaváděly léčbu pomocí biopsychosociálního (holistického) přístupu.



Zastřešující myšlenkou bylo, že při absenci adekvátní důkazní základny by bi-psychosociální praxe – nejlepší praxe v pediatrii a dětské a dorostové psychiatrii ([AAP, Výbor Americké akademie pediátrů pro psychosociální aspekty zdraví dětské rodiny, 1982](#), [Americká akademie dětské a dorostové psychiatrie, 2012](#); [Henderson a Martin, 2014](#); [Wilson a Lawman, 2009](#)) – byl nejlepším prostředkem k ochraně bezpečnosti pacientů. Lze předpokládat, že jakmile budou k dispozici údaje o výsledcích formálních výzkumných studií, mohly by být praktické pokyny upraveny tak, aby byly v souladu se standardy péče založenými na důkazech.

V této přehledové studii sledujeme přijetí a následný vývoj nizozemského protokolu v zemích po celém světě – v západních demokraciích, ve kterých žijeme a pracujeme. V první části, *Mezinárodní přijetí nizozemského protokolu*, se v chronologickém pořadí zaměříme na země, které začlenily určitou verzi nizozemského protokolu do svých národních směrnic. Ve

druhé části, *Divergující cesty*, zkoumáme obavy, které vyvstaly ohledně bezpečnosti Nizozemského protokolu v hrstce zemí a postupného vzniku přístupu založeného na důkazech při vývoji doporučených postupů. Ve třetí části se stručně zabýváme zeměmi, které nemají národní směrnice. V celém článku také dokumentujeme legislativní rámce – za zvláštní zmínku stojí například přijetí zákonů o konverzní terapii – které spolu s klinickými pokyny ovlivňují poskytování klinické péče. Podle našeho názoru je konverzní terapie – chápána jako snaha změnit sexuální orientaci nebo genderovou identitu jednotlivce – zjevně špatná. Objevuje se však problém – týkající se nezletilých – že příliš inkluzivní nebo vágní definice konverzní terapie potenciálně ohrožuje dostupnost dobré lékařské péče, včetně neutrální, průzkumné (exploratorní) psychoterapie pro mladé lidi a jejich rodiny. Tabulkový souhrn a úplný seznam odkazů, který obsahuje právní citace zákonů o konverzi, je k dispozici v [tabulce 1](#).

Tabulka 1. přijetí nizozemského protokolu a zavedení vnitrostátních pokynů pro léčbu genderové dysforie u nezletilých, zákony o občanských právech pro právní změnu pohlaví v občanském rejstříku; a schvalování zákonů o konverzi.

Země ^a	Blokátory puberty: Stav schválení Alokace nákladů	Rok a název prvních národních pokynů	Občanské zákony schvalující změnu pohlaví (další zákony formující vývoj směrnic)	Zákony o konverzi	Aktuální situace v roce 2024
Země s národními pokyny					



<p style="text-align: center;">Španělsko: Nizozemský protokol přijatý v roce 1999</p>	<p>Off-label Financo- váno veřej- ným zdra- votnictvím</p>	<p>2012. Guías de prác- tica clínica para la valo- ración y tratamiento de la transexualidad. Grupo de Identidad y Diferenciación Sexual de la SEEN (GID- SEEN) národní pokyny (Moreno-Pérez et al., 2012) Pokyny schválily cen- tralizovaný biopsychosociální model s multi- disciplinárním přístu- pem. Pokyny zdůrazňovaly význam provádění rozsáhlých hodnocení, uplatňování kritérií způsobilosti a poskyto- vání psychoterapeutické podpory v prů- běhu celého procesu změny pohlaví.</p>	<p>2007. Ley 3/2007: Osobám ≥ 18 let bylo umožněno změnit legální po- hlaví po 2 letech lé- kařské léčby a formální diagnóze gen- derové dysforie 2023. Ley 4/2023, nahra- dil Ley 3/2007, umožňující osobám ve věku 16 let změ- nit své právní po- hlaví na žádost bez nutnosti souběžné změny jména, psy- chologického hod- nocení nebo jakých- koli jiných sociál- ních, hormonálních nebo chirurgických kroků souvisejících s přechodem Zákon o autonomii paci- entů, Ley 41/2002, umožňuje osobám mladším 18 let [nebo mladším 16 let, v závislosti na regionu]) přístup k lékařské péči se souhlasem rodičů Zákon o prá- vech LGBT, Ley 4/2023, schvaluje zásady deopatologi- zace a sebeurčení, zřídka zmiňuje po- stupy zdravotní péče, dává auto- nomním oblastem a jejich zdravotním protokolům v tomto ohledu plné kompe- tence a dodržuje výše popsany zákon o autonomii paci- entů, Ley 41/2002</p>	<p>Ley 4/2023 zavedla zákaz konverz- ních tera- pií</p>	<p>Pokyny zalo- žené na dů- kazech ne- byly ve Špa- nělsku publikovány. V mnoha au- tonomních oblastech byl biopsychosociální model pokynů GID- SEEN z roku 2012 nahra- zen decentra- lizovanými modely, které upřednost- ňují deopatologizaci (včetně kli- nické praxe, která nevyža- duje kom- plexní hod- nocení; tj. žádné psy- chologické hodnocení) a snadný při- stup k lékař- ským inter- vencím v ob- lasti změny pohlaví (často pro- střednictvím endokrinolo- gických míst péče jako vstupní brány k lé- kařské léčbě)</p>
---	--	--	--	---	---



<p>Švédsko:</p> <p>Nizozemský protokol přijatý počátkem roku 2000</p>	<p>Off-label Hrazeno veřejnou zdravotní péčí</p>	<p>2015. Švédská národní rada pro zdraví a sociální péči vydala formální pokyny pro nezletilé, God vård av barn och ungdomar med könsdysfori (dobrá péče o děti a mladé lidi s genderovou dysforií) (Socialstyrelsen, 2015) Pokyny implementovaly nizozemský protokol Pokyny podporovaly biopsychosociální model péče (včetně poradenství a psychoterapie)</p>	<p>1972. Švédsko bylo první zemí, která přijala zvláštní legislativu upravující lékařská a právní opatření pro změnu pohlaví Zákon byl od té doby několikrát aktualizován.</p> <p>Jednotlivci ≥ 18 let mohou změnit pohlaví a podstoupit operaci genitálií, pokud lze očekávat, že budou v budoucnu nadále žít v požadované genderové identitě (Lag (1972: 119))</p>	<p>Do května 2024 nebyly ve Švédsku zveřejněny žádné zákony o konverzi</p>	<p>Pokyny založené na důkazech zveřejněné v roce 2022 Švédskou národní radou pro zdraví a sociální péči informují o současné praxi na specializovaných genderových klinikách (Socialstyrelsen, 2022a;2022b) Podrobnosti o současné klinické praxi viz text</p>
<p>Norsko:</p> <p>Nizozemský protokol přijatý v roce 2001</p>	<p>Off-label Hrazeno veřejnou zdravotní péčí, pokud je diagnóza potvrzena národním genderovým týmem</p>	<p>2015. Veřejná skupina odborníků vydala zprávu "Právo na správné pohlaví – zdraví pro všechna pohlaví" (Helsedirektoratet, 2015) Zpráva doporučila způsob léčby genderové dysforie u nezletilých, který implementoval nizozemský protokol z roku 2020. Norské ředitelství zdravotnictví zveřejnilo aktualizované národní pokyny pro genderový nesoulad (Helsedirektoratet, 2020) Aktualizované pokyny obsahovaly výslovné prohlášení, že pokyny byly založeny na modelu založeném na právech</p>	<p>Norský parlament přijal zákon o uznání pohlaví (Lov om endring av juridisk kjønn), Storting dne 6. června 2016, byl vyhlášen králem rady dne 17. června a vstoupil v platnost v červenci 2016 (Stortinget, 2016) Zákon umožňuje změnu právního pohlaví, která je snadno dostupná prostřednictvím online služeb od 16 let, nebo se souhlasem rodičů v dřívějším věku. Pro změnu pohlaví již není vyžadována gonadektomie</p>	<p>Dne 12. prosince 2023 schválil norský parlament konverzní zákony (LOV-2023-12-20-113)</p>	<p>Formální zpráva UKOM – vydaná v březnu 2023 – definovala lékařskou léčbu genderové dysforie jako experimentální léčbu nebo léčbu ve studii, doporučila, aby se budoucí pokyny řídily přístupem založeným na důkazech podobným osvědčeným postupům ve zbytku medicíny, a zdůraznila potřebu ostražitosti s ohledem na bezpečnost pacientů (UKOM,</p>



					2023) Pokyny založené na důkazech se právě připravují
Belgie: Nizozemský protokol přijatý v roce 2006	Off-label Veřejně hrazeno RI-ZIV/INAMI , pokud je léčba certifikována specialistou pracujícím na genderové klinice, který pracuje pod záštitou nebo úmluvou RI-ZIV/INAI	2017. RIZIV/INAMI vydal pokyny a uzavřel dohodu se dvěma genderovými klinikami přidruženými k univerzitě (Centrum Voor Transgenderzorg [Belgie] (n.d.)) Pokyny schválily biopsychosociální model péče Dohoda stanovila financování 40 sezení psychosociální podpory (INAMI, 2021)	2018. Změna zákonného křestního jména zahrnuje jednoduché prohlášení před místní radou, je povolena již od 12 let a je reverzibilní (CHU de Liege, Centre Hospitalier Universitaire de Liège (n.d.))	Zákony o konverzi byly přijaty v červenci 2023 (Belga, 2023)	Univerzitní genderové kliniky v Gentu, Lutychu a Antverpách – které fungují pod záštitou úmluvy RI-ZIV/INAI – poskytují léčbu pomocí biopsychosociálního, multidisciplinárního přístupu. Kliničtí lékaři pracující mimo kliniky přidružené k univerzitě obvykle nevyžadují komplexní biopsychosociální hodnocení
Spojeného království Nizozemský protokol přijatý v roce 2011	Off-label Financováno veřejným zdravotnictvím	Červen 2023. Prozatímní specifikace služby z přezkumu Cass uváděla, že primární intervence pro děti s genderově podmíněnou tísní je psychosociální (včetně psychoedukace) a psychologická podpora a intervence). Zpráva také uváděla, že blokátory puberty nebudou běžně nabízeny mladým lidem (<18 let)	2004. Zákon o uznání pohlaví umožňuje jednotlivcům ≥18 let legálně změnit své pohlaví na základě žádosti podané u panelu pro uznání pohlaví (zákon o uznání pohlaví) Žadatelé musí prokázat, že žili v požadovaném pohlaví po dobu 2 let Nezletilí <16 let	Návrh zákona týkající se konverze byl opakovaně odkládán kvůli obavám, že by mohl kriminalizovat profesionály, kteří se snaží	Závěrečná zpráva z Cass Review byla zveřejněna v dubnu 2024 a obsahuje 32 doporučení týkajících se hodnocení, léčby, sběru dat, výzkumu a modelu služeb. Zpráva doporučuje, aby byl



		<p>a že blokátory puberty budou zvažovány pouze za výjimečných okolností v rámci výzkumného prostředí (NHS, 2023a) 2024. Cass Review zopakoval výše popsaná doporučení</p>	<p>potřebují souhlas rodičů k provedení "nezaregistrované" změny jména.</p> <p>Nezletilí ≥ 16 let mohou provést "nezapsanou" změnu jména bez souhlasu rodičů. Osoby ≥ 18 let mohou provést zaregistrovanou změnu jména (vláda Spojeného království)</p>	<p>pomáhat lidem s genderovou dysforií.</p> <p>Po všeobecných volbách v květnu 2024 se současná labouristická vláda zavázala, že předloží návrh zákona o konverzních praktikách</p>	<p>GnRHa nabízen pouze v rámci výzkumného protokolu Centralizovaná genderová klinika (GIDS) v Tavistocku byla uzavřena na konci března 2024. Po celé Velké Británii vzniká síť regionálních specializovaných genderových center. NHS England a vláda se rozhodly implementovat doporučení Cass Review.</p> <p>V návaznosti na Cass Review zveřejnila NHS England e-learningové zdroje pro rodiče a lékaře s názvem MindEd, které mají podpořit zdravou mysl (NHS England, 2023b) a poskytnout rodičům a lékařům informace o aktuální důkazní základně</p>
<p>Finsko: nizozem- ský proto-</p>	<p>Off-label Částečně hrazeno ze</p>	<p>2020. Pokyny COHERE byly založeny na systematickém přezkumu důkazů (COHERE, 2020)</p>	<p>2023. Dospělí lidé si mohou změnit své právní pohlaví z vlastní iniciativy, bez jakýchkoli</p>	<p>V r. 2021 byla zamítnuta občanská iniciativa</p>	<p>Doporučené postupy založené na důkazech publikované v roce</p>



	zdravotního pojištění	Lékařská léčba nezletilých s genderovou dysforií – GnRHa a hormony opačného pohlaví – byla omezena na specializované kliniky v Helsinkách a Tampere Chirurgické zákroky nebyly povoleny u nezletilých mladších 18 let Psychosociální podpora při zkoumání identity byla intervencí první linie u nezletilých Psychiatrická léčba problémů s duševním zdravím byla upřednostněna a předcházela zvažení lékařské léčby genderové dysforie	certifikátů nebo důkazů (Laki sukupulen vahvistamiesta 295/2023) Změna pohlaví není k dispozici pro nezletilé mladší 18 let	za přijetí zákonů o konverzi. V současné době probíhá nová iniciativa k uzákonění zákonů o konverzi	2020 COHERE informují o současné praxi na specializovaných genderových klinikách v Helsinkách a Tampere (COHERE, 2020) Podrobnosti o současné klinické praxi naleznete v textu
Nový Zéland: Nizozemský protokol přijatý v roce 2011	Off-label Veřejně financováno farmaceutickou nákupní agenturou (Pharmac)	2011. Příručka osvědčených postupů – Zdravotní služby pro změnu pohlaví pro trans osoby na Novém Zélandu – podpořila implementaci nizozemského protokolu pomocí biopsychosociálního, multidisciplinárního modelu péče (Manatu Hauora Ministry of Health New Zealand, 2011) 2018. Pokyny pro zdravotní péči potvrzující pohlaví – které nebyly formálně schváleny Manatu Hauora (Ministerstvo zdravotnictví Nového Zélandu) – prosazovaly model informovaného souhlasu pro zdravotní péči potvrzující pohlaví (Oliphant et al., 2018a, 2018b)	2021. Zákon o registraci narození, úmrtí, manželství a vztahů umožňuje osobám ≥16 let požádat generálního registrátora o registraci svého nominovaného pohlaví a umožňuje opatrovníkům tak učinit jménem nezletilých s jejich souhlasem (zákon o registraci úmrtí, manželství a vztahů (2021))	Nové zákony o konverzi, přijaté v r. 2022, uvádějí, že "usnadnění dovedností jednotlivce v oblasti zvládnutí, rozvoje nebo zkoumání identity nebo usnadnění sociální podpory jednotlivce" nepředstavuje konverzní praxi (Zákon o zákazu konverzních praktik z	V září 2022 společnost Manatu Hauora oznámila přípravu stručného důkazního dokumentu o blokátorech puberty (prodlouženého do konce r. 2023) (Manatu Hauora Ministerstvo zdravotnictví Nového Zélandu, 2023) Popis blokátorů puberty jako "bezpečných a plně reverzibilních" byl z webových stránek Manatu Hauora odstraněn (Daalder, 2023)



				roku 2022)	Vliv tohoto vývoje na vývoj pokynů na Novém Zélandu se projeví v letech 2024/2025
<p>Francie: Nizozemský protokol přijatý v roce 2012</p>	<p>Off-label Financo- váno z veřejných zdrojů sociálního zabezpečení v rámci ustanovení o affections de longue durée (ALD; dlouhodobá onemocnění), pokud je předepsáno lékařem (obvykle endokrinologem) se souhlasem rodičů</p>	<p>2018. IGAS vydal zprávu, Rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans (zpráva o cestách zdraví a péče trans lidí) (Picard a Jutant, 2022) Zpráva podpořila sebeurčení a rychlé poskytování lékařských intervencí na podporu genderové afirmace: blokátory puberty (jakýkoli věk); hormonální léčba opačného pohlaví (od ≈15 let) a chirurgická změna pohlaví (mastektomie od 14 let a genitální chirurgie od 18 let) Žádný právní předpis neupravuje ani nezakazuje operace změny pohlaví u nezletilých, kteří mají souhlas rodičů</p>	<p>2016. Článek 61-5 občanského zákoníku stanoví, že dospělí nebo nezletilí jedinci, kteří prokázali dostatečnými důkazy, že zápis týkající se jejich pohlaví v dokladech o osobním stavu neodpovídá tomu, na kterém jsou uvedeni a ve kterém jsou známi, mohou dosáhnout změny tohoto zápisu (článek 61-5 [Francie]) Článek 61-6 stanoví, že žádost se předkládá soudu (článek 61-6 [Francie]) Lékařské ošetření a chirurgické zákroky nejsou podmínkou pro zákonnou změnu pohlaví Nezletilí potřebují souhlas rodičů.</p>	<p>Zákony o konverzi z r. 2022) stanoví, že zdravotníci pracovníci, kteří vyzvou své pacienty s genderovou dysforií, aby byli opatrní a přemýšleli před možnou tranzicí, nebudou potrestáni. (Vie Public, 2022)</p>	<p>Univerzitní nemocnice nabízejí bio-psycho-sociální model, který podporuje přání dítěte/dospívajícího, pokud je dán souhlas rodičů. Jiné soukromé služby podporují sebeurčení a poskytují rychlé lékařské intervence na podporu potvrzení pohlaví. V květnu 2023 zřídila většinová parlamentní skupina Les Républicains ve francouzském Senátu pracovní skupinu, která má provést objektivní studii o rizicích, kterým čelí nezletilí s genderovou dysforií (Eustache-Brinio, Rok 2023)</p>



<p style="text-align: center;">Portugalsko: Nizozemský protokol přijatý v roce 2017</p>	<p>Financováno z veřejných zdrojů, pokud je předepsáno endokrinologů v rámci tří specializovaných multidisciplinárních týmů v Portu, Lisabonu a Coimbre</p>	<p>2021. Pokyny sestavené Radou dětské a dorostové psychiatrie Portugalské lékařské rady – <i>Recomendações sobre abordagem da diversidade de género em crianças e adolescentes</i> (doporučení pro přístup k genderové rozmanitosti u dětí a dospívajících) – používají tři specializované týmy v Portu, Lisabonu a Coimbre (Prata et al., 2021) Pokyny podporují biopsycho-sociální, multidisciplinární přístup</p>	<p>Od r. 2018 si může každý dospívající ve věku od 16 do 18 let legálně změnit jméno a pohlaví, pokud má souhlas svého zákonného zástupce a klinickou zprávu od jakéhokoli lékaře nebo psychologa, která říká, že dospívající má schopnost se rozhodnout (Serviços da Justiça Justice Services, 2022) Po dosažení věku 18 let může o tuto změnu požádat kdokoli, aniž by potřeboval klinickou zprávu</p>	<p>V r. 2023 byly přijaty zákony o konverzi (Diário de Notícias Portugal, 2023)</p>	<p>Doporučení Rady pro dětskou a dorostovou psychiatrii Portugalské lékařské rady zveřejněná v r. 2021 nejsou aktualizována</p>
Země bez národních pokynů					
<p style="text-align: center;">Austrálie: N. protokol přijatý v roce 2003</p>	<p>Off-label Veřejně financované, pokud jsou předepsány na genderových klinikách v rámci systému veřejného zdravotnictví</p>		<p>Každý stát má svůj vlastní zákon</p>	<p>Zákony o konverzi byly přijaty ve čtyřech ze šesti australských států: Queensland (zákon 48/2005), Teritorium hlavního města Austrálie (zákon 49/2020), Victoria (zákon 3/2021) a Nový Jižní Wales (zákon č. 19)</p>	<p>V r.2023 zveřejnily státy Jižní Austrálie a Nový Jižní Wales pokyny pro genderově potvrzující práva, které mají utvářet klinický model péče ve svých příslušných státech (Vláda Jižní Austrálie, 2023; NSW (Nový Jižní Wales) Ministerstvo zdravotnictví, 2023) Po kontroverzích v médiích vyzval premiér</p>



<p>Irská republika: V letech 2012-2024 po-</p>	<p>Off-label Předepisováno britskými endokrinology a financováno</p>	<p>—</p>	<p>Zákon o uznání pohlaví (2015) umožňuje komukoli staršímu 18 let samostatně deklarovat svou genderovou identitu (Bill)</p>	<p>Zvažují se zákony o konverzi</p>	<p>V březnu 2023 irský výkonný úřad pro zdravotnictví oznámil, že v průběhu r. 2023</p>
<p>Kanadský nizozemský protokol přijatý v roce 2000</p>	<p>Off-label Veřejně financované, pokud jsou předepsány na genderových klinikách v rámci systému veřejného zdravotnictví</p>	<p>—</p>	<p>Každá provincie má svůj vlastní zákon</p>	<p>V r. 2015 přijalo Ontario návrh zákona 77 potvrzující sexuální orientaci a genderovou identitu V r. 2015 byl v Ontariu přijat první kanadský zákon o konverzi (návrh zákona 77, 2015) V r. 2021 přijala Kanada federální návrh zákona zakazující konverzní terapii (návrh zákona C-4/2021)</p>	<p>Model založený na právech, "potvrzující pohlaví" charakterizuje filozofickou perspektivu současného doplňku kanadských klinik pro genderovou identitu pro děti a dospívající</p>
				<p>z.r. 2024))</p>	<p>Nového Jižního Walesu k dalšímu přezkumu genderové péče a výzkumu v celém státě (Cornish a Karvelas, 2023)</p>



	v rámci programu léčby v zahraničí		116/2014) Ve věku od 16 do 18 let mohou dospívající požádat o právní uznání své genderové identity, pokud mají souhlas svého zákonného zástupce a osvědčení vydané jejich lékařem (endokrinologem nebo psychiatrem), které uvádí, že dospívající je způsobilý k tomuto rozhodnutí		zřídí pracovní skupinu, která má vypracovat aktualizovaný model péče o osoby s genderovou dysforií (HSE, Health Service Executive Ireland, 2023)
Spojené státy americké N.p. přijatý v roce 2007 v Bostonské dětské nemocnici (Boston, MA)	Off-label Soukromě financované s výjimkou případů, kdy jsou kvalifikovány pro pojištění Medicaid (s omezeným příjmem nebo jinými zdroji)	—	Každý stát má svůj vlastní zákon	21 z 50 států přijalo zákony o konverzi	K 1. 1. 2024 přijalo 23 států zákony, které omezují intervence při změně pohlaví pro nezletilé. Nejméně 14 států přijalo "azylové zákony", které umožňují nezletilým osobám bez trvalého pobytu získat intervence na změnu pohlaví, které nejsou v jejich domovských státech dostupné

[Otevřít v prohlížeči](#)

^a Země, které zavedly národní směrnice, jsou uvedeny v pořadí, ve kterém byl holandský protokol poprvé přijat pro klinické použití. Pro země, které nevypracovaly národní směrnice, se používá abecední pořadí (počínaje Austrálií).

Ameli.fr, internetová stránka Assurance Maladie (francouzské zdravotní pojištění); COHERE, Rada pro volby ve zdravotnictví ve Finsku; ETENE, Národní poradní sbor pro sociální péči a etiku zdravotní péče (Finsko); GIDSEEN, pracovní skupina pro identitu a sexuální vývoj Španělské společnosti pro endokrinologii a výživu; IGAS, Inspection générale des affaires sociales (Francie); RIZIV/INAMI, Národní institut pro zdravotní a invalidní pojištění (Belgie); UKOM, norský výbor pro vyšetřování zdravotní péče; WPATH, Světová profesní asociace pro transgender zdraví.



Sledování a pochopení tohoto vývoje je včasné a důležité kvůli výrazným změnám, ke kterým došlo v oblasti genderové medicíny od zavedení Nizozemského protokolu a zejména za posledních zhruba deset let: velký nárůst dětí a dospívajících přicházejících na genderové kliniky napříč západními demokratickými; demografická změna s posunem k převaze dospívajících natálních žen s vysokou mírou komorbidit duševního zdraví a nepříznivých dětských zkušeností; přetrvávající nedostatek odpovídající základny důkazů o bezpečnosti a účinnosti lékařských zásahů zaměřených na změnu pohlaví u této nové skupiny pacientů; nové modely péče zahrnující méně záruk (jako je volitelné biopsychosociální hodnocení a formální diagnóza); stále častější výskyt jedinců, kteří jako nezletilí podstoupili zásahy na změnu pohlaví a kteří nyní hlásí újmu a litují tranzice; a uvědomění si (některých detransitionerů), že problémy duševního zdraví nebo reakce na zneužívání nebo trauma z minulosti byly někdy mylně považovány za genderovou dysforii. **Je vhodný čas udělat krok zpět a přehodnotit současný stav tohoto pole.**

Jak čtenář uvidí, tento přehledový článek dokumentuje velké rozdíly v pokynech a klinické praxi po celém světě, a to jak mezi zeměmi, tak v rámci nich. V

poslední, závěrečné části článku uděláme krok zpět a zvážíme důsledky našich zjištění. Na jednom konci názorového spektra jsou seskupeny pokyny stavěné a silně formované přístupem založeném na právech, který klade důraz na sebeurčení, identitu a tělesnou autonomii, naplnění vyjádřených potřeb, depatologizaci a odstranění diskriminace. Na druhém konci spektra, jsou postoje ovlivněné vzestupem medicíny založené na důkazech, kde jsou seskupeny pokyny zaměřené na bezpečnost pacientů a standardy péče založené na důkazech. V současnosti se teprve začíná ukazovat, jak se napětí mezi dvěma různými přístupy k dětem a dospívajícím v průběhu času vyřeší.

Terminologie v této oblasti medicíny se v průběhu času měnila a změna probíhá neustále. Text Box 2 poskytuje čtenáři souhrn pojmů použitých v tomto článku: původ samotného termínu genderová dysforie (a jeho synonym); původ termínů používaných pro nezletilé, jejichž genderová dysforie se objevila v dospívání (bez začátku v dětství); význam pojmů vztahujících se k mladým lidem, kteří původně splňovali kritéria genderové dysforie (a mohli se pustit do sociální nebo lékařské transformace), ale následně již kritéria nesplňovali; a význam explorativní psychoterapie, konverzní terapie a konverzních zákonů.



Text Box 2. Terminologie.

Terminology used for the diagnostic category of gender dysphoria over time	
Transsexualismus	DSM-III (1980) a ICD-10 (1992)
Porucha pohlavní identity	DSM-IV (1994) a DSM-IV-TR (2000)
Genderová dysforie	DSM-5 (2013) a DSM-5-TR (2022)
Genderový nesoulad	MKN-11 (2018)
Termíny pro genderovou dysforii, která se objevuje v dospívání (bez dětské anamnézy):	
GID s pozdním nástupem u chlapců	Zucker a kolegové (2012) použili "pozdní nástup" k popisu GID, který se objevil v době puberty s malou nebo žádnou předchozí anamnézou GID (Zucker et al., 2012)
GID s pozdním nástupem u dívek	
Genderová dysforie s nástupem u dospívajících se zmatením pohlaví	Kaltiala-Heino a kolegové (2015) uvedli podskupinu dospívajících (převážně rodilých dívek), kteří se v dospívání vyskytovali s genderovým zmatkem (bez dětské anamnézy genderové dysforie) (Kaltiala-Heino et al., 2015)
Genderová dysforie s rychlým nástupem	Littman (2018) zdokumentoval zprávy rodičů o dospívajících a mladých dospělých (převážně rodilých dívkách) s rychlým nástupem genderové dysforie v kontextu příslušnosti ke skupině vrstevníků, kde se jeden, více nebo dokonce všichni přátelé stali genderově dysforickými a transgenderově identifikovanými ve stejném časovém rámci (Littman, 2018). Od zveřejnění článku se začal používat termín <i>genderová dysforie s rychlým nástupem</i>

Termíny používané pro děti nebo dospělé, kteří změni názor na svou transgenderovou identitu nebo kteří zažívají pocity lítosti nad některým aspektem svých lékařských zákroků při změně pohlaví	
Upuštění od dalších kroků tranzice	<i>Desistance</i> se týká dětí, které obdržely formální diagnózu genderové dysforie (nebo ekvivalentní), ale které v pokročilém věku v ní nepokračovaly (2003). Toto slovo bylo poprvé použito v roce 2003 v prezentaci nazvané " <i>Přetrvávání a upuštění od poruchy pohlavní identity u dětí</i> ". Upuštění se může, ale nemusí překrývat s detranzicí a lítostí (Zucker, 2003)



Zrušení přechodu	Zrušení přechodu <i>"odkazuje na zastavení nebo zvrácení tranzice, která může být sociální (prezentace pohlaví, zájmena), lékařská (hormonální terapie), chirurgická nebo právní"</i> (str. e4261) (Irwig, 2022). Tento termín lze používat po celou dobu života. Detranzice se může, ale nemusí překrývat s upuštěním od života nebo lítostí
Lítovat tranzice	<i>Lítost</i> se obvykle používá k označení smutku nad nevratnými následky užívání hormonů nebo chirurgického zákroku (Irwig, 2022 ; Lindemalm et al., 1987). Lítost se může, ale nemusí překrývat s upuštěním od života nebo detranzicí
Terminologie vztahující se k terapii	
Průzkumná psychoterapie z neutrálního terapeutického postoje	<p>V průzkumné (exploratorní) psychoterapii mladý člověk a terapeut spolupracují na pochopení původu vnímaných obtíží mladého člověka – pocitů, myšlenek, symptomů, chování – s cílem zlepšit vztahy a kvalitu života. Klíčovým aspektem průzkumné psychoterapie je neutralita: Terapeut si zachovává zvědavý, pozorující postoj a zdržuje se vnucování svých vlastních hodnot nebo agendy mladému člověku. Cílem terapie je umožnit mladému člověku (a jeho rodině) dobře porozumět faktorům přispívajícím k jeho utrpení spolu s dobrým pochopením potenciálních možností léčby (a jejich výsledků). Tímto způsobem průzkumná psychoterapie z neutrálního terapeutického postoje podporuje autonomii jednotlivce (D'Angelo, 2023)</p> <p>Nedávné prohlášení Britské rady pro psychoterapii uvádí, že průzkumná psychoterapie <i>"zkoumá současné problémy prostřednictvím otevřené diskuse a je prováděna bez jakýchkoli předpokladů nebo předem určeného teoretického rámce týkajícího se genderové identity osoby. Důležitým aspektem průzkumné terapie je schopnost prozkoumat co nejširší škálu problémů, které mohou přispět k tomu, že osoba hledá pomoc"</i> (UKCP, 2023). Průzkumná psychoterapie není konverzní terapie (viz definice níže) (D'Angelo, 2023; UKCP, Britská rada pro psychoterapii, 2023)</p>
Konverzní terapie	<i>Konverzní terapie</i> – používaná od roku 1973 – odkazuje na <i>"použití jakékoli z různých metod (jako je averzivní stimulace nebo náboženské poradenství) ve snaze změnit sexuální orientaci osoby na heterosexuální nebo změnit genderovou identitu osoby tak, aby odpovídala pohlaví, které byla osoba identifikována při narození"</i> (Merriam-Webster Dictionary). Před rokem 1973 používal Harry Benjamin pojmy operace <i>konverze</i> (str. 110, 117) a <i>operace přeměny pohlaví</i> (str. 121) k označení chirurgické změny pohlaví, při níž byly odstraněny nebo změněny pohlavní orgány osoby tak, aby odpovídaly identifikovanému pohlaví osoby (Benjamin, 1967)



Zákony konverzní terapie Zákony o konverzní terapii mají za cíl zajistit, aby byla respektována sexuální orientace nebo genderová identita každého jednotlivce, a zakázat intervence založené na názoru, že sexuální orientace nebo genderová identita osoby jsou narušeny a je třeba je napravit. ([Viktoriánská komise pro rovné příležitosti a lidská práva, 2021](#)). V této souvislosti je každý terapeut, který se zabývá praxí, která se pokouší změnit nebo potlačit sexuální orientaci nebo genderovou identitu osoby, podle těchto zákonů vystaven trestnímu stíhání.

DSM, *Diagnostický a statistický manuál duševních poruch* ([Americká psychiatrická asociace, 1980](#), [Americká psychiatrická asociace, 1994](#), [Americká psychiatrická asociace, 2000](#), [Americká psychiatrická asociace, 2013](#), [Americká psychiatrická asociace, 2022](#)); *GID*, porucha pohlavní identity; *MKN*, *Mezinárodní klasifikace nemocí* ([Světová zdravotnická organizace, 1992](#), [Světová zdravotnická organizace, 2018](#)).

[Open in viewer](#)

MEZINÁRODNÍ PŘIJETÍ NIZOZEMSKÉHO PROTOKOLU

Španělsko: přijetí nizozemského protokolu a souvisejících pokynů z roku 1999

Prostředí genderové péče ve Španělsku se v různých autonomních regionech země měnilo a vyvíjelo nerovnoměrně. Multidisciplinární, veřejně financovaná pomoc osobám s genderovou dysforií byla poprvé zavedena v systému veřejného zdravotnictví v Andalusii v roce 1999 ([Esteva de Antonio et al., 2002](#)). Kohortu prvních 100 pacientů tvořili adolescenti ve věku 15–17 let ([Esteva de Antonio et al., 2001](#)). Místní a celostátní zdravotnické orgány také začaly vypracovávat standardy péče po vzoru nizozemského protokolu v Nizozemsku (viz [rámeček 1](#)) ([Bergero Miguel et al., 2004](#)). Dostupná zdravotní péče se postupně rozvíjela v celé zemi prostřednictvím vytváření nových, specializovaných jednotek genderové identity v 10 ze 17 autonomních oblastí země ([Esteva de Antonio et al., 2012](#); [Gómez-Gil et al., 2019](#)).

Zpočátku byly jednotky genderové identity multidisciplinární týmy psychologů, psychiatrů, endokrinologů a chirurgů se zkušenostmi s léčbou genderové dysforie ([Esteva de Antonio et al., 2012](#)). Tito kliničtí lékaři později vytvořili Pracovní skupinu pro identitu a sexuální vývoj Španělské společnosti pro endokrinologii a výživu (GIDSEEN, podle španělských iniciál) ([Gómez-Gil et al., 2019](#)) a zveřejnili komplexní národní pokyny pro klinickou praxi ([Moreno-Pérez et al., 2012](#)) a španělský výzkum ([Gómez-Gil et al., 2020](#)). Pokyny se velmi podobaly pokynům WPATH ([Coleman et al., 2012](#)) a Endocrine Society ([Hembree et al., 2009](#)), včetně používání blokátorů puberty a hormonů opačného pohlaví off-label při léčbě nezletilých (viz [rámeček 1](#)) ([Esteva de Antonio et al., 2014](#)). Pokyny z roku 2012 byly formulovány v rámci biopsychosociálního modelu, který zdůrazňoval důležitost provádění rozsáhlých hodnocení, uplatňování kritérií způsobilosti a poskytování psychoterapeutické podpory v průběhu celého procesu změny pohlaví.



Počínaje rokem 2014 a po období intenzivního lobbování a kritiky ze strany transgender organizací ([Mas Grau, 2022](#); [Missé a Coll-Planas, 2010](#)), byly v některých autonomních oblastech schváleny zákony zaměřené na depatologizaci a seburčení genderové identity. Tyto zákony, navržené převážně za přispění zástupců aktivistů a jen málo rad od zdravotnických odborníků, vedly k vývoji nových modelů péče, které decentralizovaly genderovou péči a vzdálily ji od jednotek genderové identity. Bylo tak vyloučeno hodnocení duševního zdraví a vznikla lokalizovaná endokrinologická místa péče jako vstupní brány k lékařské péči, včetně operací na změnu pohlaví ([Gómez-Gil et al., 2019](#)).

V té době a v reakci na tyto změny GIDSEEN vydala prohlášení, které vyjadřovalo obavy a vyzývalo k opatrnosti – zejména při práci s nezletilými ([Esteve de Antonio et al., 2015](#)). GIDSEEN následně vydal přehledový článek identifikující rizika spojená s nově vznikající konfigurací genderové péče ([Gómez-Gil et al., 2020](#)). V souladu s obavami v jiných evropských zemích ([Kaltiala et al., 2020](#); [Kaltiala-Heino et al., 2015](#)), GIDSEEN poznamenal důležitost psychologického hodnocení, zejména v případě adolescentů s rychle nastupující genderovou dysforií ([Gómez-Gil et al., 2020](#)).

V poslední době však někteří profesionálové pracující v jednotkách genderové identity posunuli svůj postoj směrem k tolerantnějšímu přístupu k nezletilým – tomu, co nazývají "cesta genderové afirmace" (str. 349) ([Moral-Martos et al., 2022](#)). Tito kliničtí lékaři radí, že podpora by měla být individualizovaná a že proces "by neměl být diagnostický, to znamená, že nezletilý v žádném případě nemůže být podroben hodnocení nebo jinému zásahu zahrnujícímu určení identity nezletilé třetí stranou" (str. 349) ([Moral-Martos et al., 2022](#)).

V únoru 2023 přijalo Španělsko nový národní zákon Ley 4/2023, který potvrzuje a podporuje zásady depatologizace a seburčení (viz [tabulka 1](#)). Nový zákon – ve spojení se zákonem o autonomii pacientů, Ley 41/2002 (viz [tabulka 1](#)) – umožňuje osobám mladším 18 let (nebo mladším 16 let, v závislosti na regionu) přístup k lékařské péči se souhlasem rodičů (na základě dohody s rodinou).

V současné době neexistují žádné dlouhodobé studie, které by hodnotily výsledky nových modelů péče zavedených v zemi. Ley 4/2023 zavedl zákaz konverzních terapií (viz [tab. 1](#)).

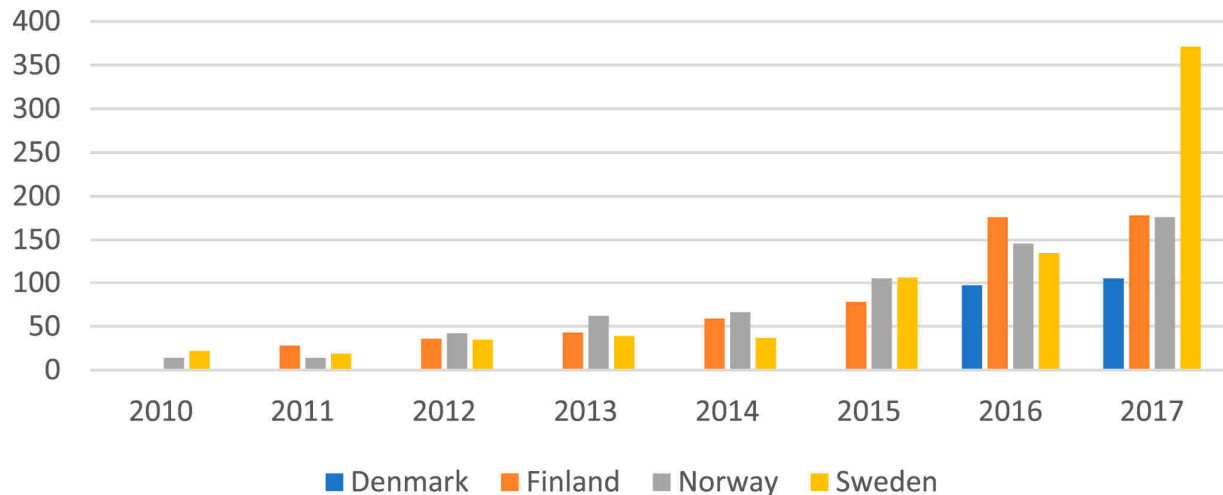
Švédsko: Přijetí nizozemského protokolu na počátku roku 2000

Až do přelomu století nebyly děti a dospívající s genderovou dysforií léčeny v rámci švédské zdravotní péče ([Frisen et al., 2017](#)). Od počátku roku 2000 však Stockholmské služby duševního zdraví dětí a dospívajících začaly zavádět upravenou verzi nizozemského protokolu s využitím multidisciplinárního přístupu (viz [rámeček 1](#)). V roce 2015 vydala Socialstyrelsen, švédská národní rada pro zdraví a sociální péči, formální pokyny pro nezletilé, které institucionalizovaly předchozí praxi ([Socialstyrelsen, 2015](#)). Pokyny doporučovaly, aby hodnocení a léčba byly prováděny v multidisciplinárních týmech, a specifikovaly "poradenství, včetně psychoterapie [k prozkoumání jejich genderové identity a snížení rizika duševních onemocnění] a psychosociální podpory [jako] předpokladu kvalitní péče o genderovou dysforii". Uvedli: "Zdravotní péče by měla mladým lidem nabízet hormonální léčbu blokuující pubertu, aby se snížilo jejich utrpení. Starším dospívajícím by také měla být nabídnuta léčba hormony potvrzujícími pohlaví, aby byl zahájen vývoj puberty, který je v souladu s jejich genderovou identitou."



V roce 2018 v důsledku obav z rostoucího počtu mladých lidí, kteří vyhledávají péči potvrzující pohlaví (viz [obrázek 1](#)) ([Kaltiala et al., 2020](#); [Landén, 2019](#); [Socialstyrelsen, 2017](#)) požádala švédská Agentura pro hodnocení zdravotnických technologií a hodnocení sociálních služeb (SBU), aby přezkoumala důkazy o

hormonální léčbě dětí (do věku 18 let). Tento vývoj vyústil v systematický přezkum a následné zahrnutí perspektivy založené na důkazech do vývoje doporučených postupů ve Švédsku. Výsledné efekty těchto událostí jsou popsány v další hlavní části ("Divergující cesty").



Obrázek 1. Doporučení na služby genderové identity dětí a dospívajících 2010–2017 ve čtyřech severovýchodních zemích. Reprodukováno z [Kaltiala et al., 2020](#), se svolením Taylor a Francis (Copyright Clearance Center). [Otevřít v prohlížeči](#)

Norsko: Přijetí nizozemského protokolu v roce 2002

V roce 2001 zřídilo norské Ředitelství pro zdraví v reakci na nařízení Helsedirektoratetu při Univerzitní nemocnici v Oslo Národní tým pro rovnost žen a mužů. Tato multidisciplinární služba – složená z psychologů, psychiatrů, endokrinologů a chirurgů – přijala nizozemský protokol pro léčbu nezletilých ([Helsedirektoratet, 2015](#)). První dětské pacienty zaregistrovala v roce 2002.

V roce 2013 byla vytvořena veřejná expertní skupina, která má přezkoumat poskytování péče ve zdravotnictví v souvislosti s genderovým nesouladem a genderovou dysforií. Zpráva skupiny "*Právo na správné pohlaví – zdraví pro všechna pohlaví*" ([Helsedirektoratet, 2015](#))

doporučuje použití blokátorů puberty od Tannerova stadia 2 a hormonů opačného pohlaví od 16 let v souladu s nizozemským protokolem (viz [rámeček 1](#)). Zpráva kladla značný důraz na práva dítěte – včetně "*práva dítěte na zachování své identity*" (str. 77) podle článku 8 Úmluvy OSN o právech dítěte ([Organizace spojených národů, 1989](#)).

V roce 2017 byl v důsledku velkého nárůstu počtu doporučení (viz [obrázek 1](#)) zřízen národní genderový tým speciálně pro děti a dospívající ve Fakultní nemocnici v Oslo ([Wæhre a Schorkopf, 2019](#)). Doporučení přišla z místních ambulancí duševního zdraví dětí a dospívajících po dokončení biopsychosociálního hodnocení.



V Oslo od roku 2002 zpřístupnila komunitní zdravotní služba pro mládež nezletilým blokátory puberty a hormony opačného pohlaví, i když bez finančního krytí prostřednictvím Státního úřadu pro léčiva (Legemiddelverket, Norská agentura pro léčivé přípravky). Tato služba není spojena s národním genderovým týmem ve fakultní nemocnici. Je popisována jako přátelská k LGBTQIA+ s "pozitivním přístupem". Nemá žádné dětské a dorostové lékaře a nevyžaduje žádné psychiatrické vyšetření.

V roce 2020 zveřejnilo norské ředitelství zdravotnictví aktualizované národní pokyny pro genderový nesoulad ([Helsedirektoratet, 2020](#)). Pokyny byly formulovány jako součást vládního "akčního plánu proti diskriminaci na základě sexuální orientace, genderové identity a genderového vyjádření (2017–2020)" ([Norské ministerstvo pro děti a rovnost, 2016](#)). Obsahovaly výslovné prohlášení, že pokyny byly založeny na přístupu založeném na právech: potřebě řešit otázku diskriminace a poskytovat "nediskriminační zdravotní péči a podporu" (str. 45 překlad přes Google Translate) ([Helsedirektoratet, 2020](#)).

V roce 2023 byly v reakci na "oznámení o obavách ze strany rodinných příslušníků pacientů, lékařů a dalších" (s. e1) ([Block, 2023b](#)) norské pokyny z roku 2020 ([Helsedirektoratet, 2020](#)) kritizovány Norskou komisí pro vyšetřování zdravotní péče (UKOM) ([UKOM, 2023](#)). Klíčovým doporučením UKOM bylo, že budoucí pokyny se musí řídit přístupem založeným na důkazech, který se podobá osvědčeným postupům ve zbytku medicíny. Současná situace v Norsku, která sleduje tento vývoj, je diskutována v další hlavní části ("Divergující cesty").

Belgie: přijetí nizozemského protokolu v roce 2006

Trojazyčná země Belgie má tři genderové kliniky. Všechny jsou přidruženy k univerzitním nemocnicím – Universitair Ziekenhuis (v Gentu), Centre Hospitalier Universitaire de Liège a Universitair Antwerpen. Klinika v Gentu poskytuje péči nezletilým od roku 2006, klinika v Lutychu od roku 2019 a klinika v Antverpách od roku 2024. Všechny kliniky přijaly nizozemský protokol. V současné době se řídí pokyny WPATH 8 ([Coleman et al., 2022](#)). V souladu s těmito pokyny se na jejich internetových stránkách uvádí, že je důležité a nezbytné věnovat zvláštní pozornost psychologickým obtížím během procesu hodnocení, ale že tyto obavy nesmí být překážkou v přístupu k péči. Data ukazují, že počet dětí, které mají přístup k blokátorům puberty, stále roste, přičemž převažují dospívající rodilé dívky, které mají vysokou míru komorbidních stavů duševního zdraví ([Van Cauwenberg et al., 2020](#)).

Lékařská péče o nezletilé s genderovou dysforií je financována belgickým systémem zdravotního pojištění na základě dohody (od roku 2017) mezi Národním institutem pro zdravotní a invalidní pojištění (RIZIV/INAMI) a třemi genderovými klinikami přidruženými k univerzitám. Úmluva stanoví, že klinická péče musí být poskytována multidisciplinárními týmy. Nařizuje a financuje celkem 40 psychosociálních podpůrných sezení – individuálních, rodinných a skupinových sezení pro mladé lidi s diagnózou genderové dysforie, kteří se rozhodnou podstoupit proces tranzice. Vzhledem ke zvýšenému počtu čekajících zájemců, kliniky, které již poskytují transgenderovou péči, v současné době čekají na schválení RIZIV/INAMI jako součásti úmluvy, která by poskytla veřejné financování.

Kliničtí lékaři, pracující mimo nařízené univerzitní prostředí, nevyžadují



předběžné průzkumné rozhovory ani stejnou úroveň hodnocení, která je vyžadována programy schválenými RIVIZ/INAMI.

V současné době nebyly provedeny žádné dlouhodobé belgické studie výsledků. Belgie přijala zákony o konverzi v červenci 2023 (viz [tabulka 1](#)).

Spojené království: přijetí nizozemského protokolu v roce 2011

Služba pro rozvoj genderové identity (GIDS), vedená Dr. Domenicem Di Ceglie, byla otevřena v roce 1989 v nemocnici St George's Hospital a v roce 1994 se přesunula do Tavistock and Portman NHS Foundation Trust (Tavistock). V prvních letech služba poskytovala podporu mladým lidem z celého Spojeného království, kteří se potýkali s tíživou situací ohledně genderové identity. V 90. letech 20. století začala být malá menšina pacientek ve věku kolem 16 let odesílána k endokrinologům k léčbě antiandrogeny nebo potlačení menstruace progesteronem. Audit prvních 124 pacientů (převážně mužů, z roku 1989) ukázal, že pacienti při hodnocení vykazovali vysokou míru deprese, rodinných problémů (včetně duševních a fyzických onemocnění v rodině) a problémů ve vztazích s vrstevníky ([Di Ceglie et al., 2002](#)).

Směrnice Royal College of Psychiatrists napsané v té době, zdůrazňovaly podpůrnou psychoterapii a léčbu komorbidních problémů s cílem snížit úzkost. Pokud byla zahájena hormonální léčba, byla používána s opatrností, v ideálním případě s odkladem jakýchkoli fyzických zásahů *"tak dlouho, jak je to klinicky vhodné"* (str. 5) ([RCP, 1998](#)). Od roku 1998 se GnRHa začala používat u dospívajících ve věku >16 let, aby *"navodila pohlavně hormonálně neutrální prostředí, aby poskytla mladým lidem prostor*

rozhodnout se, zda v dospělosti pokračovat v léčbě změny pohlaví" ([GIDS, 2021](#)).

Do roku 2005 zaznamenali zaměstnanci GIDS rostoucí tlak ze strany pacientů, rodičů, společnosti a skupin, jako jsou Mermaids (britská charitativní organizace podporující transsexuály), aby doporučovali včasné předepisování hormonální léčby (podle nizozemského protokolu) ([GIDS, 2021](#); [Taylor, 2005](#)). Nedostatek důkazů o užívání látek potlačujících pubertu u této skupiny pacientů byl formálně zaznamenán ([Taylor, 2005](#)). V roce 2005 Mermaids a další charitativní organizace, Gender Identity Research and Education Society (GIRES), zorganizovaly konferenci s cílem vypracovat pokyny pro hormonální léčbu dětí s genderovou dysforií ve Velké Británii ([GIRES, 2005](#)). Konference se zúčastnilo i vedení GIDS. Nizozemská skupina – Henriette Delemarre-van de Waal a Peggy Cohen-Kettenis – představila svůj přístup k užívání látek potlačujících pubertu v rané pubertě jako součást nizozemského protokolu (viz [rámeček 1](#)). Od poloviny roku 2000 došlo v klinické komunitě ke zvýšené shovívavosti – a k postojům vydávaným klíčovými lékařskými společnostmi – ohledně používání blokátorů puberty ([BSPED, 2005, 2009, RCP, 2013](#)) (viz [doplňkový textový rámeček 1](#)).

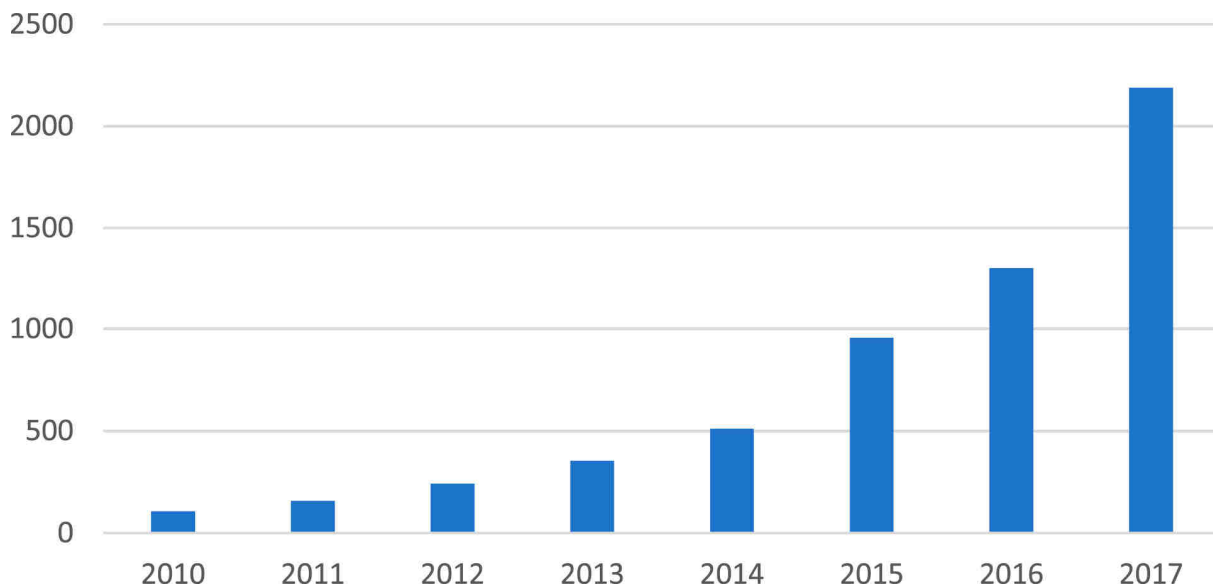
V roce 2011 byly GnRHa zpřístupněny dětem od 12 let v rámci výzkumu ve studii rané intervence ([Carmichael et al., 2021](#); [GIDS, 2021](#)). V roce 2014 Polly Carmichaelová, která nahradila Di Ceglieho ve funkci klinické ředitelky GIDS, přijala Nizozemský protokol pro veškerou klinickou praxi a rozhodla se předepisovat blokátory puberty bez věkového omezení ([Manning a Adams, 2014](#)).

Mezi lety 2012 a 2015 došlo k nárůstu počtu doporučení s dramatickým nárůstem počtu dívek, potenciálních rodiček (viz [obrázky 2 a 3](#)). Tento nárůst značně

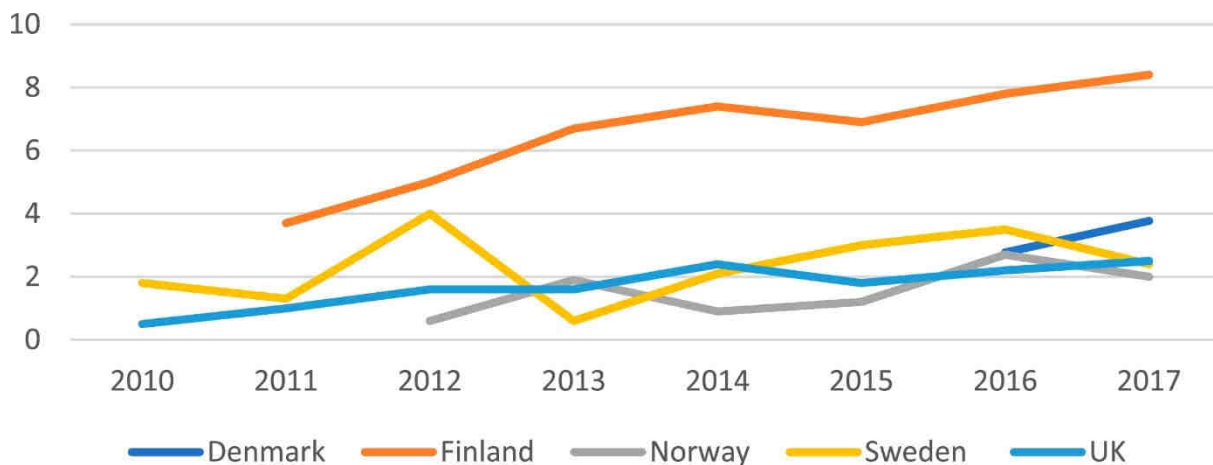


zatížil službu; dlouhé čekací doby na počáteční posouzení se staly normou; a více pacientek bylo odesláno k hormonální léčbě i s méně komplexním hodnocením (Barnes, 2023; Cass, 2022). Zaměstnanci

také zaznamenali neúměrný počet dětí s poruchami autistického spektra a dalšími složitými problémy duševního zdraví (Barnes, 2023). Podrobněji o tomto obtížném období viz Barnes (2023).



Obrázek 2. Doporučení na službu genderové identity dětí a dospívajících 2010–2017 ve Velké Británii. Všimněte si, že měřítko se liší od měřítka na obrázku 1. Reprodukováno z Kaltiala et al., 2020, se svolením Taylora a Francise (Copyright Clearance Center). [Otevřít v prohlížeči](#)



Obrázek 3. Vývoj poměru žen a mužů mezi dětmi a dospívajícími se týkal služeb genderové identity. Reprodukováno z Kaltiala et al., 2020, se svolením Taylora a Francise (Copyright Clearance Center). [Otevřít v prohlížeči](#)



V roce 2019 podala bývalá pacientka GIDS, Keira Bellová, a rodič bývalé pacientky označované jako paní A. žalobu proti Tavistocku a tvrdili, že přístup GIDS byl nezákonný, protože děti nemohly dát informovaný souhlas s léčbou blokátory puberty. Podobně jako předchozí obavy vznesené klinickými lékaři ([Bannerman, 2020](#); [Barnes, 2023](#); [Taylor, 2005](#)) případ *Keiry Bellové* zdůraznil obavy týkající se bezpečnosti pacientů, schopnosti nezletilých souhlasit s nevratnou léčbou, rizika chyby lékaře, nedostatku dlouhodobých údajů o výsledcích (včetně míry ukončení a detranzice) a slabé povahy celkové důkazní základny. V této souvislosti oznámila Národní zdravotní služba (NHS) v září 2020 nezávislý přezkum GIDS, který vešel ve známost jako *Cass Review* ([Cass Review, 2020](#)). O dva měsíce později, v prosinci 2020, rozhodl Nejvyšší soud ve prospěch žalobců ([Bell v. Tavistock, 2020](#)). V září 2021 však bylo rozhodnutí Vrchního soudu zrušeno odvolacím soudem, který rozhodl, že je na lékařích, nikoli na soudech, aby rozhodli, zda jsou děti způsobilé souhlasit s potlačením puberty ([Bell v. Tavistock, 2021](#)).

Také v roce 2021 zveřejnil Tavistock údaje ze studie včasné intervence ([Carmichael et al., 2021](#)). Tato studie byla pokusem replikovat nizozemská zjištění, která ukazují lepší výsledky v oblasti duševního zdraví u dětí a dospívajících, kteří dostávají blokátory puberty ([de Vries et al., 2011](#)). Na rozdíl od očekávání (a informací, které charitativní organizace poskytly rodičům [[Barnes, 2023](#)]), studie ukázala, že předepisování GnRHa nemělo žádný vliv – pozitivní ani negativní – na duševní zdraví dětí. Reanalýza dat z roku 2023 ukázala, že duševní zdraví po léčbě GnRHa – měřeno na škálách sebehodnocení a hodnocení rodičů – se zhoršilo u 15 % až 34 % dětí a zlepšilo se u 9 % až 20 % dětí ([McPherson a Freedman, 2023](#)).

Dopady Cass Review na vývoj doporučených postupů – a současnou situaci ve Spojeném království – jsou diskutovány v další hlavní části ("Divergující cesty").

Finsko: Přijetí nizozemského protokolu v roce 2011

Ve Finsku bylo v roce 2011 zahájeno posuzování genderové identity pro nezletilé. Stalo se tak po politicky motivované diskusi o tom, zda je omezení těchto hodnocení na dospělé diskriminační. Oddělení dorostové psychiatrie v Helsinské univerzitní ústřední nemocnici a Univerzitní nemocnici v Tampere – dvě nemocnice s genderovými klinikami pro dospělé – dostaly za úkol zajistit službu pro nezletilé, poskytovanou multidisciplinárními týmy.

V té době nejprominentnější model léčby – Nizozemský protokol (viz [rámeček 1](#)) – navrhoval, že služba genderové identity pro nezletilé by zahrnovala práci s mladými lidmi s genderovou dysforií počínající v dětství, která se zintenzivnila v pubertě. **Základním teoretickým východiskem adolescentní psychiatrie je, že adolescence je nejdůležitější vývojovou fází formování identity a že konsolidace identity je výsledkem úspěšně dokončeného vývoje adolescenta. Na tomto pozadí bylo problematické předpokládat, že jeden aspekt vývoje identity – jmenovitě genderová identita – bude v rané adolescenci dostatečně upevněn, aby ospravedlnil zásahy do zdravých těl** (zdůraznila redakce). Finské služby pro genderovou identitu proto získaly stanovisko od ETENE, Národního poradního výboru pro sociální péči a etiku zdravotní péče ([ETENE, 2011](#)). V roce 2011 ETENE uznala rizika spojená s nezralostí a sugestibilitou (zejména u mladších nezletilých) a doporučila opatrné hodnocení a rozhodnutí o léčbě případ od případu. ETENE doporučila, aby kliničtí lékaři na všech úrovních



péče (o nezletilé) budovali kompetence v podpoře nezletilých, kteří jsou znepokojeni genderovými otázkami, a aby byly zapojeny specializované služby genderové identity, když je třeba zvážit lékařskou změnu pohlaví. Očekávalo se, že počet těchto pacientů ročně bude velmi malý.

To, co se stalo ve skutečnosti, bylo zcela odlišné (viz [obrázky 1 a 3](#)). Od samého počátku se doporučení k národně centralizovaným jednotkám týkala především biologických žen (>85 %), které poprvé zažily genderovou tíseň ve střední adolescenci (15–17 let), dlouho po nástupu puberty ([Kaltiala-Heino et al., 2015](#)). Nejdůležitější je, že 75 % mělo závažné psychiatrické poruchy a psychiatrickou anamnézu datovanou daleko před nástupem genderové dysforie ([Kaltiala-Heino et al., 2015](#)). Roční počet doporučení také brzy výrazně překonal očekávání ([Kaltiala et al., 2020](#)). Stejně trendy – vysoká míra doporučení s převahou dospívajících žen – byly zaznamenány ve službách pro genderovou identitu v Torontu a [Amsterdamu \(Aitken et al., 2015\)](#) a v Dánsku, Norsku, Švédsku a Spojeném království ([Kaltiala et al., 2020](#)). Výsledek intervencí zaměřených na hormonální změnu pohlaví se navíc začal jevit jako méně příznivý, než se očekávalo ([Kaltiala et al., 2020](#)). Například léčba hormonů opačného pohlaví nezmírnila celkovou potřebu psychiatrické léčby a adolescenti, kteří měli problémy ve škole, ve vztazích s vrstevníky a zvládání každodenních záležitostí mimo domov, měli problémy v těchto oblastech i po léčbě hormonů opačného pohlaví.

Psychiatři dospívajících a dospělých ze dvou finských center pozorovali tento vývoj a obrátili se na Radu pro možnosti ve zdravotní péči ve Finsku (COHERE Finland). Rada je zodpovědná za vydávání doporučení týkajících se služeb, které by měly být poskytovány pod záštitou veřejných zdravotnických služeb – včetně

vývoje pokynů pro léčbu genderové dysforie.

Výbor COHERE pro toto téma byl vytvořen v roce 2019. K informování o svých doporučeních využila přístup založený na medicíně založené na důkazech. Těmito doporučeními a následným vývojem ve Finsku se zabýváme v další hlavní části ("Divergující cesty").

Nový Zéland: Přijetí nizozemského protokolu v roce 2011

V roce 2010 novozélandské ministerstvo zdravotnictví na základě zprávy Komise pro lidská práva z roku 2008 ([Komise pro lidská práva, 2008](#)) uzavřelo smlouvu na projekt, který měl pomoci klinickým lékařům pracovat s trans lidmi. Výsledný "průvodce osvědčenými postupy", *Zdravotní služby pro změnu pohlaví pro trans osoby na Novém Zélandu (Manatu Hauora, 2011)*. Tyto pokyny z roku 2011 potvrdily nizozemský protokol, včetně: komplexního hodnocení (včetně psychosociálního hodnocení); diagnóza odborníkem na duševní zdraví; léčba GnRHa před dosažením věku 16 let (od Tannerova stadia 2); léčba hormonů opačného pohlaví od "přibližně" věku 16 let (str. 33); a chirurgická změna pohlaví "ne normálně" před dosažením věku 18 let (str. 28). Protokol opakovaně varoval před závažným vedlejším účinkem neplodnosti (počínaje GnRHa) a skutečností, že "jen velmi málo dětí, které vykazují genderovou odchylku, se identifikuje jako trans dospělí" (str. 30). "Ačkoli pokyny zdůrazňovaly důležitost zapojení rodiny a 'vysokou úroveň souhlasu' (str. 31)," uváděly také, že "za výjimečných okolností, pokud je mladý člověk mladší 16 let a je považován za způsobilého Gillicka, může být povolen souhlas pouze jemu" (str. 31) se zahájením blokátorů puberty nebo hormonů opačného pohlaví.

V roce 2018 zveřejnila skupina výzkumníků a klinických lékařů nezávisle na



Ministerstvu zdravotnictví *Pokyny pro zdravotní péči potvrzující pohlaví* (Oliphant et al., 2018a, 2018b). Tyto pokyny, schválené Australskou a novozélandskou profesní asociací pro transgender zdraví (ANZPATH)¹ ale ne ministerstvem, byly silně ovlivněny přístupem založeným na právech a upustily od předchozích záruk. Pokyny se řídí modelem informovaného souhlasu se zdravotní péčí potvrzující pohlaví, jehož cílem je "respektovat seburčení každého člověka jako odborníka na své zkušenosti" (str. 22) (PATHA, 2018). Ve srovnání s pokyny ministerstva zdravotnictví z roku 2011 snižují pokyny schválené ANZPATH zveřejněné v roce 2018 pravděpodobnost, že genderově dysforické děti přestanou s výukou. I když se uvádí, že hormony opačného pohlaví by obecně neměly být k dispozici do věku 16 let, pokyny z roku 2018 uvádějí, že mohou existovat "přesvědčivé důvody" pro začátek v mladším věku (str. 88) (Oliphant et al., 2018b). Tyto pokyny nestanovují žádnou spodní věkovou hranici pro přístup k hormonům blokujícím pubertu. Ačkoli zahrnuje hodnocení genderové dysforie, hodnocení duševního zdraví není povinné.

V roce 2023 zveřejnila skupina výzkumníků a klinických lékařů *pokyny pro zahájení hormonální terapie potvrzující pohlaví v primární péči pro dospělé* (od 16 let) (Carroll et al., 2023). Tyto pokyny byly schváleny Královskou novozélandskou akademií praktických lékařů (PATHA, 2023), nikoli však Ministerstvem zdravotnictví. Tyto pokyny z roku 2023 posouvají model informovaného souhlasu o krok dále tím, že odstraňují požadavek na diagnózu genderové dysforie: "Není úlohou zdravotnického pracovníka posuzovat, zda je pohlaví pacienta (např. nebinární pohlaví) platné nebo zda je pacient dostatečně mužský nebo ženský" (str. 1). Pokyny odstraňují požadavek na posouzení duševního

zdraví. Dalším novým aspektem je uznání fenoménu detranzice a zároveň ujištění lékařů, že to není jejich problém, pokud pacient později lituje léčby: "Někteří poskytovatelé mohou pocítovat úzkost z toho, že to udělali špatně, nebo se obávat, že jejich pacient může později litovat svého rozhodnutí. Proces informovaného souhlasu popsany v tomto dokumentu respektuje autonomii pacienta jako kompetentního dospělého, který má schopnost činit vlastní rozhodnutí o svém těle a zdraví, jakmile mu byly poskytnuty nezbytné informace" (str. 32). Pokud se pacient rozhodne přestat užívat hormony, "není to – a nemělo by to být – považováno za chybu nebo selhání" (str. 32).

V současné době nebyly na Novém Zélandu provedeny žádné dlouhodobé studie výsledků. Údaje o předepisování GnRHa nezletilým – v letech 2006–22 – ukazují, že míra užívání Nového Zélandu (110 na 100 000) byla 11krát vyšší než ve Spojeném království (9 na 100 000) (Paul, 2023), což pravděpodobně odráží tolerantní povahu novozélandských pokynů.

V roce 2022 přijal Nový Zéland zákon o legislativě o zákazu konverzních praktik z roku 2022 (viz [tabulka 1](#)). Legislativa (oddíl 5(2)(e)) uvádí, že "usnadnění dovedností jednotlivce zvládat problémy, rozvoje nebo zkoumání identity nebo usnadnění sociální podpory pro jednotlivce" nepředstavuje praxi konverze (oddíl 5(2)(e)). V současné době probíhá stručný přehled důkazů o blokátorech puberty, který provádí ministerstvo zdravotnictví (Gower, 2023).

Francie: přijetí nizozemského protokolu v roce 2012

Francie přijala nizozemský protokol v roce 2012.² Konzultace na univerzitních genderových klinikách jsou prováděny multidisciplinárními týmy zahrnujícími



"somatické lékaře" a psychiatry. Od roku 2015 se těchto multidisciplinárních konzultací účastní zástupci transgenderových asociací, jako je Trans Santé France ([FPATH Trans santé France](#)). Během multidisciplinárních setkání jsou zvažovány lékařsko-chirurgické indikace a rozhodnutí jsou přijímána kolektivně. Psychoterapeutické sledování není systematické. Cílem konzultace je podpořit intervenci založenou na sebeurčení, slovech a pocitech mladého člověka. Konzultace poskytují mladým lidem všechny nástroje, které potřebují k podpoře transformace. To může zahrnovat doporučení k endokrinologům (např. pro blokátory puberty), chirurgům, dětským psychiatrům, psychoterapeutům, skupinové terapii, mediaci nebo konzultaci plodnosti, stejně jako k rodinným terapeutům nebo podpůrným skupinám pro rodiče. Pokud je mladistvý nezletilý, je vyžadován souhlas dospívajícího a obou rodičů. Od roku 2018 bylo v 6 ze 13 správních oblastí země otevřeno 9 nemocničních klinik ([HAS, 2022](#)).

V roce 2021 se Ministerstvo zdravotnictví obrátilo na nezávislý vědecký orgán, Haute Autorité de Santé (HAS),³ aktualizovat doporučení pro způsob péče o transgender osoby. Ministerstvo zdravotnictví také pověřilo Inspekcí générale des affaires sociales (IGAS; Všeobecná inspekce sociálních věcí) k vypracování zprávy (IGAS Report)⁴ posouzení z lékařského i psychosociálního hlediska současné situace a budoucích potřeb transgender osob ve Francii.

Zpráva IGAS prosazovala způsob péče o transgender osoby založený na sebeurčení a depsychiatrizaci – odstranění požadavku na psychiatrické vyšetření a diagnostiku ([Picard a Jutant, 2022](#)). Zpráva doporučovala blokátory puberty (v jakémkoli věku, považující účinky za reverzibilní), hormonální léčbu opačného pohlaví (předepisovanou kolem 15. roku

věku) a chirurgickou změnu pohlaví (mastektomie je povolena od 14 let a genitální operace od 18 let).

Z lékařských autorit se v únoru 2022 zasazovala o opatrnost pouze Lékařská akademie ([ANM, 2022](#)). Její názor je poradní. Akademie upozornila na nárůst náhlého nástupu genderové dysforie u rodných žen a navrhla, že

„...těmto dětem a dospívajícím, ale také jejich rodičům, je nezbytné poskytnout v první řadě lékařskou a psychologickou podporu, zejména proto, že neexistuje žádný test, který by odlišil "strukturální" genderovou dysforii od přechodné dysforie v dospívání. Riziko zbytečné diagnózy je navíc reálné, jak dokládá rostoucí počet transgenderových mladých dospělých, kteří si přejí "detranzici". Je proto vhodné fázi psychologické podpory co nejvíce prodloužit“ (str. 2).

Klinickou péči lze vyhledat také prostřednictvím státem financované organizace Le Planning Familial. Tato organizace podporuje sebeurčení a potvrzení pohlaví a usnadňuje rychlé předepisování hormonů opačného pohlaví na žádost dospívajících bez vyšetření nebo psychologické podpory. Hormonální léčba soukromými lékaři může být poskytnuta na vyžádání po jedné nebo dvou konzultacích.

V současné době nejsou k dispozici žádné dlouhodobé francouzské studie hodnotící výsledky. Zákony o konverzi byly přijaty 31. ledna 2022 (viz [tabulka 1](#)). Na rozdíl od jiných zemí text zákona stanoví, že zdravotničtí pracovníci, kteří vyzývají své pacienty k opatrnosti a zvážení před případným přechodem, nebudou vystaveni trestnímu stíhání. Od května 2023 probíhá parlamentní přezkum rizik, kterým čelí nezletilé osoby s genderovou dysforií ([Eustache-Brinio, 2023](#)).



Portugalsko: přijetí nizozemského protokolu v roce 2017

V roce 2017 vytvořila Rada dětské a dorostové psychiatrie Portugalské lékařské rady pracovní skupinu, která má vypracovat klinická doporučení pro práci s genderově rozmanitými dětmi a dospívajícími. Doporučení v souladu s nizozemským protokolem byla v roce 2021 přijata jako pokyny a poté provedena ([Prata et al., 2021](#)). Pokyny doporučují vytvoření tří specializovaných multidisciplinárních týmů po celé zemi. Ty byly shromážděny v Portu, Lisabonu a Coimbre. Týmy mají za úkol vidět všechny nezletilé, kteří hledají hormonální terapii. Každý pacient je hodnocen na přetrvávající genderovou dysforii, schopnost dát informovaný souhlas a komplexní komorbidní zdravotní poruchy. Zahájení léčby blokátory

puberty a hormonů opačného pohlaví – předepisovaných off-label – je týmovým rozhodnutím. Operace, které zahrnují gonadektomii nebo hysterektomii, se doporučují až po dosažení věku 18 let. Operace prsou před dosažením věku 18 let musí být projednána v rámci multidisciplinárního týmu, bez definovaného požadavku na minimální věk.

Nejsou k dispozici žádné statistiky o doporučeních k těmto specializovaným týmům nebo o jejich současné klinické praxi – ani žádné statistiky o genderově nekonformních dětech a dospívajících navštěvujících péči o duševní zdraví. V současné době nebyly v těchto doporučeních provedeny žádné aktualizace. Portugalské zákony zakazující konverzní terapii byly schváleny v roce 2023 (viz [tabulka 1](#)).

DIVERGENTNÍ CESTY: POSTUPNÝ VZNIK PŘÍSTUPU A VÝVOJ DOPORUČENÝCH POSTUPŮ ZALOŽENÝCH NA DŮKAZECH

V této části se zaměřujeme na rozdílné cesty Finska, Švédska, Velké Británie a Norska, kde vývoj doporučených postupů změnil směr, protože rostoucí důkazní základna týkající se lékařských intervencí pro děti a dospívající s genderovou dysforií začala vyvolávat obavy ohledně klinických výsledků a bezpečnosti těchto intervencí (viz předchozí části). Za zmínku stojí zejména: rychlý nárůst genderové dysforie, především u rodilých dívek s komorbidními duševními poruchami (viz předchozí části), obavy z nezralosti dětí nebo jejich schopnosti poskytnout souhlas ([de Nie et al., 2023](#); [Kozłowska et al., 2021](#); [Latham, 2022](#); [Levine et al., 2022](#); [Nahata a Quinn, 2020](#)), nejistota ohledně přínosů a škod potlačení puberty (zejména na vývoj mozku) ([Baxendale, 2024](#); [Chen et al., 2020](#); [Schneider et al., 2017](#)), budoucí sexuální funkce ([Bowers, 2022](#); [van de Grift et al., 2020](#))⁵, budoucí

plodnost ([de Nie et al., 2023](#); [Johnson, 2023](#)), nedostatek dlouhodobých údajů o perzistenci, kromě detranzice a lítosti u této nové skupiny pacientů ([Boyd et al., 2022](#); [Hall et al., 2021](#); [Roberts et al., 2022](#); [Turban et al., 2021](#)), rostoucí nejistota ohledně toho, zda změna pohlaví zlepšila psychiatrickou morbiditu (nebo ne) u této nové skupiny pacientů ([Kaltiala et al., 2020](#); [Ruuska et al., 2024](#)), obavy z léčebných modelů, které se odchyľují od běžných lékařských norem a vyžadují diagnózu, která následuje po komplexním procesu hodnocení ([Esteva de Antonio et al., 2015](#); [Jorgensen, 2023a](#); [Littman et al., 2024](#); [Pavel, 2023](#)) a zpětná vazba od těch, kteří tranzici ukončili – počínaje individuálními svědectvími ([Bell, 2020](#); [Helena, 2022](#))—že jim jejich ošetřující lékaři neposkytli "důkladnější diskusi o rizicích/přínosech intervencí před rozhodováním o léčbě" (s. 1) ([MacKinnon](#)



[et al., 2023](#)) nebo že problémy s duševním zdravím nebo reakce na zneužívání nebo traumata z minulosti byly mylně považovány za genderovou dysforii ([Littman, 2021](#); [Littman et al., 2024](#)). Od roku 2015 Finsko, Švédsko, Spojené království a Norsko pověřily národní orgány, aby zvážily potřebu nových pokynů, které by odrážely rámec medicíny založené na důkazech. V polovině roku 2023 Francie zřídila pracovní skupinu Senátu, která se má zabývat stejnými otázkami a zvážit potenciální změny v legislativě. A během psaní tohoto článku centralizovaná genderová klinika v Dánsku také omezila používání blokátorů puberty, hormonů opačného pohlaví a chirurgických změn pohlaví u nezletilých ([Hansen et al., 2023](#)). Také během psaní tohoto článku aktualizovaný německý systematický přehled znovu prozkoumal současné důkazy o používání blokátorů puberty a hormonů opačného pohlaví u nezletilých s genderovou dysforií ([Zepf et al., 2024](#)). Přezkum potvrdil nízkou jistotu pomocí upravených kritérií GRADE a dospěl k závěru, že *"současné důkazy jasně nenačňují, že by se symptomy [genderové dysforie] a duševní zdraví významně zlepšily, když jsou nezletilým podávány PB [blokátory puberty] nebo CSH [hormony opačného pohlaví]"* s [genderovou dysforií] (anglický doplněk, str. 3).

Finsko: Zpráva Rady pro možnosti volby ve zdravotnictví ve Finsku

Ve Finsku ukázala výzkumná studie publikovaná v roce 2015 genderovou klinikou v Tampere znepokojivý trend v sociodemografických údajích klinických projevů: prudký nárůst míry doporučení s převahou rodilých dívek, které poprvé zažily genderovou dysforii dlouho po nástupu puberty (známou také jako genderová dysforie s pozdním nástupem) (viz [obrázky 1 a 3](#)) ([Kaltiala-Heino et al., 2015](#)). Následná studie navíc ukázala, že

navzdory očekáváním se výsledky v oblasti duševního zdraví nezlepšily v kohortě finských adolescentů léčených hormony opačného pohlaví ([Kaltiala et al., 2020](#)). Psychiatři ze dvou finských center sdělili své obavy Radě pro volby ve zdravotní péči ve Finsku (COHERE Finland).

Výbor COHERE – vytvořený v roce 2019 – získal systematický přehled od nezávislé skupiny odborníků: důkazní základna pro včasnou lékařskou intervenci byla shledána slabou ([Pasternack et al., 2019](#)). V červnu 2020 vydala COHERE nová doporučení pro léčbu dětí s genderově podmíněným stresem ([COHERE, 2020](#)).

Psychosociální podpora při zkoumání identity – poskytovaná ve školách a v zařízeních primární zdravotní péče – se doporučuje jako intervence první linie pro nezletilé.

– Než může být zváženo specializované posouzení pro lékařské zákroky, musí být poskytnuta veškerá nezbytná psychiatrická léčba a, pokud je indikována, psychoterapie vhodnými místními službami.

– Hodnocení lékařských zákroků je omezeno na specializované, multidisciplinární jednotky terciární péče Helsinské univerzitní ústřední nemocnice a Univerzitní nemocnice v Tampere.

Pokud je to indikováno, hormonální intervence před dosažením plnoletosti mohou zahrnovat jak GnRHa k zastavení pubertálního vývoje, tak hormony opačného pohlaví, ale chirurgické zákroky nejsou povoleny ve věku do 18 let.

COHERE také přimělo specializovaným službám pro genderovou identitu, aby začaly shromažďovat data a vytvářet výzkum týkající se následujících: doporučených postupů a změn ve skladbě pacientů (např. genderová dysforie s časným a pozdním nástupem); přetrvávání



zkušenosti s identitou při dlouhodobém sledování; důvodů pro odstoupení od hodnocení nebo léčby; lítosti po proběhlé tranzici; a dopadu léčby na genderovou tíseň, symptomy a poruchy duševního zdraví, kvalitu života a sebevražednost (COHERE, 2020).

Podle doporučení COHERE nyní dvě specializované jednotky genderové identity pro nezletilé vyžadují, aby byly splněny následující podmínky, než zahájí úplné diagnostické hodnocení možné genderové dysforie a způsobilosti k lékařským zákrokům:

- dokončení psychosociální intervence na podporu zkoumání identity (bude popsáno v doporučení);
- léčba k remisi jakýchkoli závažných duševních poruch;
- vstup mladého člověka alespoň do raných fází puberty;

Pokud jde o zákony o konverzi, v roce 2021 byla finskému parlamentu předložena občanská iniciativa, která navrhuje, aby byly "konverzní terapie" zaměřené na změnu sexuální orientace nebo genderové identity postaveny mimo zákon. Po vyslechnutí odborníků na právní vědu, veřejné zdraví, psychiatrii, psychologii a duchovní péči dospěl parlamentní Výbor pro zdravotnictví a sociální věci k závěru, že zákonný zákaz "konverzních terapií" není nutný; iniciativa byla zamítnuta (Kansalaisaloite, 2021). Konverzní zákony byly považovány za zbytečné, protože současní finští zdravotníci nepraktikují konverzní terapii a považují takové historické praktiky za konflikt se svými profesními povinnostmi a neutrálním terapeutickým postojem. V současné době probíhá nová iniciativa k uzákonění zákonů o konverzi.

Švédsko: Zpráva Švédské agentury pro hodnocení zdravotnických technologií a hodnocení sociálních služeb

V roce 2018 vláda pověřila Švédskou agenturu pro hodnocení zdravotnických technologií a hodnocení sociálních služeb (SBU), aby přezkoumala důkazy o intervencích v oblasti změny pohlaví u dětí a dospívajících (do 18 let). V předběžné zprávě (2019) dospěla SBU k závěru, že důkazní základna je slabá (SBU, 2019). V roce 2021 ukončila Klinika dětské endokrinologie Fakultní nemocnice Karolinska ve Stockholmu hormonální léčbu dětí s genderovou dysforií (Trysell, 2021).

Druhá zpráva SBU (2022) dospěla k závěru, že dostupné důkazy nejsou dostatečné k vyhodnocení účinku hormonů blokujiících pubertu nebo léčby hormony opačného pohlaví na psychosociální výsledky, kognitivní funkce, antropometrická opatření nebo metabolické parametry (Ludvigsson et al., 2023; SBU, 2022).

Na základě druhé zprávy SBU aktualizovala Švédská národní rada pro zdraví a sociální péči pokyny pro léčbu (zveřejněné 16. prosince 2022) (Socialstyrelsen, 2022a, 2022b). Nové pokyny docházejí k závěru, že na skupinové úrovni rizika spojená s léčbou blokujiící pubertu a léčbou hormony opačného pohlaví převažují nad potenciálními přínosy. Tato léčba by proto neměla být nabízena s výjimkou výjimečných případů nebo v souvislosti s klinickým výzkumným hodnocením. Byly uvedeny tři hlavní důvody pro změnu doporučení: za prvé, výskyt genderové dysforie stále stoupá, zejména mezi mladými rodilými ženami; za druhé, frekvence detranzice není známa; za třetí, "Znalosti zúčastněných odborníků založené na zkušenostech jsou méně jednotné než v roce 2015" (s. 4) (Socialstyrelsen, 2022b).⁶



V současné době je proces hodnocení a léčby následující:

– Hodnocení je multidisciplinární: psychologické poradenství a zkoumání identity jsou vždy součástí procesu.

Pouze pečlivě vybrané děti – splňující diagnostická kritéria pro časný nástup genderové dysforie, stabilní psychosociální situaci a bez komplikujících psychiatrických faktorů (neuropsychiatrické nebo intelektuální postižení; neléčené psychiatrické problémy, včetně sebevražedného rizika a traumatu; nebo užívání návykových látek) jsou léčeny blokátory puberty (v Tannerově stadiu 3).

Další komplexní vyšetření později – které je stejně důkladné a rozsáhlé jako první – může vést k rozhodnutí léčit hormony opačného pohlaví od 16 let.

– Mastektomie se již neprovádí před dosažením věku 18 let.

– Jiné operace potvrzující pohlaví vyžadují povolení od Švédské národní rady pro zdraví a sociální péči a jsou zřídka uděleny před dosažením věku 23 let.

V současné době nebyly ve Švédsku přijaty zákony o konverzi.

Velká Británie: Cass recenze

Cílem Cass Review bylo prozkoumat důkazy týkající se lékařských intervencí pro genderovou dysforii u nezletilých pomocí nástrojů medicíny založené na důkazech (systematické přehledy), kvantitativního výzkumu (data k odhalení vzorců a kvantifikaci problémů) a kvalitativního výzkumu ("žité zkušenosti dětí a mladých lidí, jejich rodin a odborníků, kteří pracují na jejich podpoře") (Cass, 2022).

Dva systematické přehledy blokátorů puberty a hormonů opačného pohlaví, které v roce 2020 dokončil National Institute for Health and Care Excellence (NICE), dospěly k závěru, že důkazní základna

pro obě léčby je slabá (NICE, 2020a, 2020b).

Prozatímní klíčová zjištění z přezkumu Cassové, nastíněná ve zprávě z února 2022 (Cass, 2022), jsou uvedena v [doplňkovém textovém rámečku 2](#). Cassová popsala špatně fungující službu, ve které byli kliničtí lékaři, navzdory komplexním potřebám svých pacientů, "pod tlakem, aby přijali nezpochybnitelný pozitivní přístup", místo aby následovali "standardní proces klinického hodnocení a diagnózy, k němuž byli vyškoleni při všech ostatních klinických setkáních" (str. 17). V červenci 2022 NHS England oznámila, že služba pro rozvoj genderové identity bude na jaře 2023 uzavřena (následně odloženo na začátek roku 2024).

Prozatímní specifikace služby, zveřejněná v červnu 2023, zdůraznila, že "primární intervence pro děti a mladé lidi, kteří jsou hodnoceni jako vhodní pro službu, je psychosociální (včetně psychoedukace) a psychologická podpora a intervence. Hlavním cílem je zmírnit úzkost spojenou s genderovým nesouladem a podpořit globální fungování a pohodu jednotlivce" (s. 2) (NHS, 2023a). Ve zprávě se rovněž uvádí, že blokátory puberty nebudou běžně nabízeny mladým lidem (ve věku <18 let) a že blokátory puberty budou zvažovány pouze za výjimečných okolností v rámci výzkumného prostředí. "Děti, mladí lidé a jejich rodiny byli silně odrazováni od získávání hormonů potlačujících pubertu nebo potvrzujících pohlaví z neregulovaných zdrojů nebo od on-line poskytovatelů, kteří nejsou regulováni britskými regulačními orgány" (str. 16).

Ve Spojeném království byl návrh zákona týkající se zákonů o konverzi – jehož projednávání bylo naplánováno na konec roku 2023 – opakovaně odkládán kvůli obavám, že by mohl kriminalizovat profesionály, kteří se snaží pomáhat lidem s



genderovou dysforií. Britská psychologická společnost, i když podporuje zákaz, varovala:

„Je důležité, aby legislativa nebo doprovodné pokyny jasně uváděly, že zákon nezastaví etické, pozitivní formy terapie (které jsou nedirektivní a neodsuzující). Je také důležité, aby legislativa nezasažovala do práce psychologických a lékařských odborníků, kteří jsou vyškoleni a kompetentní v práci s trans a gender zpochybňujícími mladými lidmi, aby se zapojili do zkoumání identity nebo prováděli klinické hodnocení vhodnosti pro lékařský zákrok. Neměla by zasahovat do regulovaných podmínek odborníků pracujících na klinikách pro genderovou identitu podle specifikací NHS (včetně jakýchkoli změn v praxi provedených s ohledem na přezkum Cass)“ (BPS, 2022).

V březnu 2024 NHS England oznámila, že GnRHa již nebude k dispozici pro rutinní použití při léčbě dětí a dospívajících s genderovou dysforií z důvodu nedostatku důkazů (NHS, 2024). Vláda Spojeného království rozšířila toto omezení na soukromé předpisy v květnu 2024 ([zákonný předpis z roku 2024 č. 727 Spojeného království](#)). V dubnu 2024 byla zveřejněna konečná verze Cass Review s formálními doporučeními pro NHS (Cass, 2024a). Zpráva potvrdila, že kohorta pacientů zaznamenaných jako GIDS od prudkého nárůstu doporučení v letech 2012 až 2015 byla "odlišná od té, na kterou se dívaly dřívější studie. Mezi doporučeními je větší složitost prezentace s vysokou úrovní neurodiverzity a/nebo souběžnými problémy duševního zdraví a vyšší prevalence nepříznivých zkušeností z dětství a péče o děti než v běžné populaci" (str. 26). Zpráva také zdůraznila význam probíhajícího výzkumu a rámce založeného na důkazech. Poznamenala, že "ačkoli si někteří myslí, že klinický přístup by měl být založen na modelu sociální spravedlnosti, NHS funguje

způsobem založeným na důkazech" (str. 20).

Důkazy týkající se používání blokátorů puberty a hormonů opačného pohlaví u dětí a dospívajících se ukázaly jako slabé. Zpráva zjistila, že "nebyly prokázány žádné změny v genderové dysforii nebo spokojenosti s tělem. Existovaly nedostatečné/nekonzistentní důkazy o účincích potlačení puberty na psychologickou nebo psychosociální pohodu, kognitivní vývoj, kardio-metabolické riziko nebo plodnost" (str. 32). V této souvislosti bylo NHS doporučeno, "že vzhledem k tomu, že blokátory puberty mají jasně definované přínosy pouze za poměrně úzkých okolností a kvůli potenciálním rizikům pro neurokognitivní vývoj, psychosexuální vývoj a dlouhodobější zdraví kostí, měly by být nabízeny pouze v rámci výzkumného protokolu".

Důkazy týkající se hormonů opačného pohlaví byly také shledány slabými: "nelze vyvodit žádné závěry o vlivu na genderovou dysforii, spokojenost s tělem, psychosociální zdraví, kognitivní vývoj nebo plodnost" (str. 7) (Taylor et al., 2024) (citováno na str. 33 Cass Review). Do budoucna zpráva uvedla, že

„...možnost poskytovat maskulinizující/feminizující hormony od 16 let je k dispozici, ale přezkum by doporučoval extrémně opatrný klinický přístup a silné klinické zdůvodnění pro poskytování hormonů před dosažením věku 18 let. To by během tohoto důležitého vývojového okna ponechalo otevřené možnosti, což by v případě potřeby poskytlo čas na zvládnutí jakýchkoli souběžně se vyskytujícími stavů, budování odolnosti a zachování plodnosti (s. 33) (Cass, 2024a).

Zpráva také zdůraznila nedostatek pokynů založených na důkazech po celém světě: "Většina pokynů se neřídila



mezinárodními standardy pro vytváření pokynů, a proto mohl výzkumný tým doporučit pro praxi pouze dvě směrnice – finskou směrnici publikovanou v roce 2020 a švédskou směrnici publikovanou v roce 2022" (str. 27). Zpráva opakovaně zdůrazňovala důležitost "normálních klinických přístupů k holistickému hodnocení" a léčbě, které se používají u jiných mladých lidí se složitými projevy. Zdůrazňuje význam psychologických a psychosociálních intervencí pro léčbu a řešení komorbidních problémů duševního zdraví, pro budování odolnosti, pro řešení rodinných problémů, pro poskytování "více informací o genderových projevech a rozsahu možných intervencí" (str. 150) a obecně pro "zkoumání jejich obav a zkušeností a pomoc zmírnit jejich úzkost bez ohledu na to, zda se vydávají na lékařskou cestu pomoci nebo ne" (str. 150).

Norsko: Zpráva Norského výboru pro vyšetřování zdravotní péče

Situace v Norsku se v současné době vyvíjí. V březnu 2023 vydala Norská rada pro vyšetřování zdravotní péče (UKOM) formální zprávu ([UKOM, 2023](#)), která silně kritizovala předchozí norské pokyny z roku 2020 ([Helsedirektoratet, 2020](#)) a která vyjádřila obavy týkající se bezpečnosti mladých lidí:

„Zpráva se zabývá dětmi a mladými lidmi obecně. V posledních letech došlo k

ZEMĚ BEZ NÁRODNÍCH POKYNŮ

V této části se stručně zabýváme čtyřmi zeměmi bez národních pokynů: Austrálií, Kanadou, Irskou republikou a Spojenými státy americkými. Několik z těchto zemí má zákony o konverzi.

velkému nárůstu dotazů na zdravotní službu od lidí s genderovým nesouladem. Výrazně se zvýšil zejména počet dětí a mladých lidí v pubertě, kteří žádají o vyšetření a léčbu ve specializované zdravotní službě nebo jsou do ní odesláni k vyšetření. Největší nárůst je mezi teenagery a mladými dospělými, kteří jsou při narození registrováni jako dívky, ale identifikují se jako chlapci. Naše pozornost je proto zaměřena zejména na teenagery a mladé lidi s genderovým nesouladem a genderovou dysforií, kteří vyhledávají zdravotní péči. Děti a mladí lidé nejsou plně vyvinuti fyzicky, duševně, sexuálně ani sociálně. To vyžaduje zvláštní pozornost s ohledem na bezpečnost pacientů“ (str. 2–3/8, překlad Google Translate).

Zpráva UKOM definovala současnou léčbu jako experimentální léčbu nebo léčbu ve zkušebním stavu a doporučila, aby ministerstvo zdravotnictví a péče zvážilo zřízení národního registru lékařské kvality – osob, které jsou léčeny kvůli genderovému nesouladu – aby bylo možné systematicky shromažďovat data a podporovat následný výzkum. Klíčovým doporučením UKOM je, že budoucí pokyny se musí řídit přístupem založeným na důkazech, který se podobá osvědčeným postupům ve zbytku medicíny.

Dne 12. prosince 2023 byl norským parlamentem schválen nový zákon zakazující konverzní terapii (viz [tabulka 1](#)).

Austrálie

V Austrálii se první doporučení dětí na genderové služby údajně objevila v roce 2003 v Melbourne a v roce 2013 v Sydney, přičemž první pediatriká genderová služba byla zřízena v melbournské Královské dětské nemocnici (RCH) v roce



2012 ([AusPATH, 2022a](#)). Za poslední desetiletí se počet mladých lidí účastnících se genderových služeb podstatně zvýšil ve všech státech ([Telfer et al., 2018](#)), které nyní všechny provozují specializované genderové služby. Tyto veřejné služby fungují s řadou různých modelů multidisciplinární péče pod pravomocí příslušných státních ministerstev zdravotnictví a místních zdravotnických okresů (viz níže) ([Davey, 2024](#)). Mimo systém veřejného zdravotnictví se některým mladým lidem dostává vyšetření a péče prostřednictvím soukromých zdravotníků, i když údaje o této skupině chybí.

Farmakologické intervence pro děti a mladé lidi s genderovou dysforií jsou obecně dostupné prostřednictvím genderových služeb financovaných státními vládami. GnRHa pro potlačení puberty jsou běžně předepisovány v genderových klinikách, bez věkového omezení, s výhradou souhlasu rodičů a souhlasu mladého člověka. Pohlavní hormony opačného pohlaví nejsou obecně předepisovány na genderových klinikách do věku 16 let, kdy jsou mladí lidé považováni za kompetentní učinit toto rozhodnutí (v souladu s právním konceptem Gillickovy kompetence) ([NSW Health, 2020](#)). Pro indikaci genderové dysforie nejsou v Austrálii registrováni žádní agonisté GnRH ani přípravky estrogenu nebo testosteronu; používají se of label. To znamená, že nebyly posuzovány z hlediska kvality, bezpečnosti a účinnosti pro tuto indikaci federálním úřadem Therapeutic Goods Administration ([TGA, 2023](#)).

Family Court of Australia prostřednictvím různých rozsudků vyjádřil názor, že rozhodnutí o léčebných postupech u transgender mladých lidí by měla být ponechána na odborných lékařích; Soud by se obvykle zapojil pouze v případě nesouhlasu rodičů. Chirurgická intervence není obecně považována nebo povolena do věku 18 let, ale někteří jedinci mají

přístup k chirurgické intervenci mladší 18 let po podání žádosti k rodinnému soudu.

Neexistují žádné národní, vládou schválené pokyny. Genderové služby v Austrálii obecně dodržují přístup založený na právech a genderu, ačkoli ne všechny služby zpřístupnily své pokyny nebo klinické cesty veřejnosti (([ACT Health Directorate, 2023](#); [Hall et al., 2024](#); [RCH Gender Service](#)). Výzkum v Austrálii je omezený ([Callander et al., 2019](#); [Elkadi et al., 2023](#); [Hewitt et al., 2012](#); [Hilton et al., 2022](#); [Kozłowska et al., 2020, 2021](#); [Tollit et al., 2023](#)) i když existující studie zjistily významné komorbidity duševního zdraví (včetně autismu) ([Kozłowska et al., 2020, 2021](#); [Tollit et al., 2023](#)), komplexní rodinné a psychosociální problémy, ([Kozłowska et al., 2020, 2021](#)) vzorce prezentací adolescentů ([Callander et al., 2019](#); [Tollit et al., 2023](#)) a pokračující potřebu psychiatrické léčby v průběhu času ([Elkadi et al., 2023](#)). Neexistují žádné studie uvádějící dlouhodobé výsledky.

V roce 2018 publikoval Medical Journal of Australia „prohlášení o postoji“ nazvané „Pokyny pro australské standardy péče a léčby pro trans a genderově různorodé děti a dospívající“, jehož autorem byl převážně tým genderových služeb vedený Michelle Telferovou na adrese Královská dětská nemocnice v Melbourne (RCH) ([Telfer et al., 2018](#)). Autoři popisují standardy, aktualizované v roce 2020 ([Telfer et al., 2020](#)), jako založené na klinickém konsenzu, dříve publikovaných pokynech a standardech péče a výzkumných studiích v této oblasti, s rozsáhlými konzultacemi. Navzdory názvu směrnice Telfer nepředstavují národní směrnice nebo normy.

V Novém Jižním Walesu (NSW) zveřejnilo ministerstvo zdravotnictví v roce 2023 „Rámec pro specializované trans a genderově různorodé zdravotnické



služby pro osoby do 25 let“ ([NSW Ministry of Health, 2023](#)). Rámec má „řídít rozhodnutí o léčbě a péči lékařů NSW Health, soukromých lékařů, praktických lékařů (praktických lékařů), nevládních organizací (NGO), trans a genderově odlišných lidí do 25 let a jejich rodin a pečovateli“ (str. 3). Rámec NSW zdůrazňuje na právech založený a genderově potvrzující model péče, který je v souladu s aktualizovanými pokyny Telfera a kolegů ([Telfer et al., 2020](#)), pokyny AusPATH pro předepisování hormonů opačného pohlaví ([AusPATH, 2022b](#)), „Position Statement on The Hormonal Management of Adult Transgender and Gender Diverse Individuals“ ([Cheung et al., 2019](#)), Endokrinní společnost Pokyny ([Hembree et al., 2017](#)) a pokyny WPATH 8 ([Coleman et al., 2022](#)). V tomto rámci NSW poznamenává (str. 2) ([NSW Ministry of Health, 2023](#)), že bylo také informováno o „kontrolě důkazů“ v roce 2020 „Sax Institutem“ ([Sax Institute, 2020](#)), nezávislou výzkumnou a politickou organizací. Je pozoruhodné, že institut skutečně dospěl k závěru, že důkazní základna pro blokátory puberty a hormony zkřížené pohlavní styky byla nejen malá, ale celkově měla nízkou kvalitu. Tento závěr však není uveden v rámci NSW, stejně jako závěry nedávných systematických přehledů ([Brignardello-Petersen and Wierchioch, 2022](#); [Ludvigsson et al., 2023](#); [NICE, 2020a, 2020b](#); [Pasternack et al., 2019](#); [SBU, 2022](#)). ([Cheung et al., 2019](#)), Endocrine Society Guidelines ([Hembree et al., 2017](#)), and WPATH 8 guidelines ([Coleman et al., 2022](#)).

V Jižní Austrálii (SA) zveřejnila státní vláda na právech založený a genderově potvrzující model péče, „Státní model péče o genderovou rozmanitost“ (aktualizovaný v červenci 2023) ([Government of South Australia, 2023](#)), aby formoval práci lékařů (včetně těch, kteří pracují s nezletilými) v celém státě. SA model péče

čerpá z pokynů WPATH 8 ([Coleman et al., 2022](#)) pokynů AusPATH pro předepisování opačných pohlavních hormonů ([AusPATH, 2022b](#)) aktualizovaných pokynů od Telfera a kolegů ([Telfer et al., 2020](#)), „Position Statement on the Hormonal Management of Adult Transgender and Gender Diverse Individuals“ ([Cheung et al., 2019](#)), a Směrnice endokrinní společnosti ([Hembree et al., 2017](#)). Model péče SA zmiňuje prozatímní zprávu Cass ([Cass, 2022](#)), vyvíjející se povahu důkazní základny a měnící se povahu zámořských modelů péče, ale nezahrnuje žádné na důkazech založené informace ze systematických přehledů publikovaných v celém světě ([Government of South Australia, 2023](#)).

V reakci na závěrečnou zprávu Cass Review z roku 2024 mluvčí federálního ministra zdravotnictví uvedl, že „klinická léčba transgender dětí a dospívajících je složitá a vyvíjející se oblast, ve které se stále vyvíjejí dlouhodobé důkazy pro informace v rámci léčebných protokolů“ ([Davey, 2024](#)). Ačkoli mluvčí tvrdil, že „cesty klinické péče jsou ve Spojeném království odlišné od Austrálie“, celosvětový průzkum genderových služeb z roku 2024, včetně pěti z Austrálie, naznačuje, že klinické služby poskytované australskými genderovými klinikami se významně neliší od služeb poskytovaných nyní zrušenou službou rozvoje genderové identity (GIDS) v Tavistocku ([Hall et al., 2024](#)) ([Clayton et al., 2024](#)).

Zákony zakazující konverzní terapii byly uzákoněny ve čtyřech ze šesti australských států (Australské hlavní město, Nový Jižní Wales, Queensland a Victoria), přičemž v jižní Austrálii a Západní Austrálii se čeká na hlasování (viz tabulka 1).



Kanada

Kanada nemá žádné formální národní směrnice. Její první klinika genderové identity byla založena pro děti a dospívající v roce 1975 v Clarke Institute of Psychiatry (nyní Centrum pro závislost a duševní zdraví) v Torontu (Bradley et al., 1978; Zucker, 2015). V roce 2000 tato klinika přijala holandský protokol, jako první klinika v Severní Americe (Zucker et al., 2011). Od svého počátku klinika integrovala výzkum s klinickou péčí a prováděla různé studie týkající se diagnostiky a hodnocení, komorbidity, kauzálních mechanismů a dlouhodobého sledování. Vzhledem k tomu, že v počátcích bylo doporučeno mnohem více dětí než dospívajících, výzkum se zaměřil více na děti, ale to se začalo měnit na počátku roku 2000, kdy došlo k výraznému nárůstu počtu doporučených adolescentů (Wood et al., 2013; Zucker et al., 2008). Dva členové kliniky sehráli podstatnou roli v následných revizích třetího vydání *Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch* (DSM-III) týkajícího se diagnózy genderové dysforie: DSM-III-R (1987), DSM-IV (1994), DSM-TR (2000) a DSM-5 (2013) (Bradley et al., 1991; Zucker, 2010, 2013). Na konci roku 2014 si místní aktivisté stěžovali na terapeutický přístup kliniky, zejména u dětí, a klinika byla v roce 2015 po externím přezkoumání uzavřena (Dreger, 2015).

V současné době poskytuje služby genderové identity dětem a dospívajícím nejméně deset klinik přidružených k nemocnicím (Singer, 2022). Služby jsou poskytovány také prostřednictvím mnoha komunitních zařízení duševního zdraví, včetně například služeb duševního zdraví pro genderově rozmanitou a sexuální menšinou mládež (Canadian Mental Health Association, 2023). Tyto kliniky v současné době uplatňují přístup založený na právech potvrzujících pohlaví. Jeden program byl otevřen k zahájení

hormonální suprese u dospívajících před formálním hodnocením (Gender Pathways Service, nd), ačkoli současný formulář doporučení kliniky není jasný, zda je tato politika stále zavedena (CHEO, 2023). Jiná klinika v úvodním dopise informuje potenciální pacienty, že "Naše klinika zaujímá pozitivní přístup k genderové identitě a péči. Prostřednictvím průběžného hodnocení a diskusí podporujeme mladé lidi a rodiny při rozhodování o možnostech lékařské péče s nadějí, že se sníží pocity genderové dysforie a nepohodlí v jejich těle" (SickKids, 2022). Tato klinika zdůrazňuje, že jejím primárním cílem je "poskytovat informace o lékařských možnostech a léčebném plánu pro blokátory puberty a lékařský přechod" (SickKids, 2022, 2023); klinika však neposkytuje "průběžnou péči o duševní zdraví" (SickKids, 2022). Za tímto účelem se rodinám doporučuje, aby vyhledaly podporu v komunitě.

Vzhledem k tomu, že neexistují žádné národní terapeutické směrnice, které by nařizovaly péči podle osvědčených postupů, není známo, kolik klinických lékařů, kteří se setkávají s dětmi a dospívajícími mimo specializované kliniky, přijímá kromě genderové afirmace různé terapeutické modely, jako je "ostrážitá vyčkávací" nebo "genderově průzkumná" terapie.

V Kanadě jak provinční (v některých provinciích), tak federální legislativa uvádějí, že snahy o "změnu" genderové identity nezletilých jsou nezákonné. Například v provincii Ontario se v návrhu zákona 77 (77, 2015), který byl přijat v roce 2015, uvádí: "Žádná osoba nesmí v průběhu poskytování služeb zdravotní péče poskytovat žádnou léčbu, která by usilovala o změnu . . . genderové identity pacienta mladšího 18 let." Uvádí však také, "usnadnění . . . průzkum nebo vývoj identity". Bohužel není poskytnuta žádná operativní definice toho, co představuje "zkoumání identity" a jak by se to lišilo od



pokusů o "změnu" genderové identity nezletilých.

Cass Review ([Cass, 2024a](#)) si v Kanadě získal značnou pozornost ([Kirkey, 2024a, 2024b, 2024c](#); [Zivo, 2024a, 2024b](#)). Zdá se například, že ovlivnil premiéra Alberta, aby vytvořil nové pokyny pro péči o transgender děti a dospívající, včetně "plošného zákazu" hormonální léčby u mládeže ve věku 15 let a mladší ([Zivo, 2024a](#)). Pozoruhodné však je, že Kanadská pediatrická společnost a Albertská lékařská asociace uvedly, že tyto politiky "povedou k významným negativním zdravotním důsledkům, včetně zvýšeného rizika sebevražd a sebepoškození" ([Kirkey, 2024a](#)).

Irská republika

Irská republika nemá žádné vládou schválené pokyny. Vývoj v Irsku se prolíná s příběhem vývoje doporučených postupů ve Velké Británii (viz sekce Velká Británie). Největší irská pediatrická

nemocnice, která se nachází v Crumlinu, se při poskytování klinických služeb pro děti a dospívající v rámci programu Treatment Abroad Scheme spoléhala (2012–23) na britskou službu pro rozvoj genderové identity ([Barnes, 2023](#); [O'Regan, 2023](#); [Tighe, 2022](#)). Tento program pokrývá náklady na lékařské ošetření v jiných evropských zemích, pokud není k dispozici v Irsku. V návaznosti na vývoj v jiných zemích se vzorec doporučování v Irsku – zejména v případě Crumlinu (a následně GIDS) – změnil tak, aby odrážel převahu rodilých žen (viz [tabulka 2](#)) ([Tavistock and Portman NHS Foundation Trust, 2019](#)). V roce 2016, kdy počet doporučení prudce vzrostl, začala GIDS provozovat měsíční kliniky (stacionáře) v Crumlinu (průběžně financované programem Treatment Abroad Scheme). Dospělým s úzkostí související s pohlavím nabízí léčbu National Gender Service se sídlem v nemocnici St Columcille's Hospital v Loughlinstownu v hrabství Dublin.

Tabulka 2.

Doporučení dětí z Irska službě pro rozvoj genderové identity ve Spojeném království (Tavistock and Portman NHS Foundation Trust, 2019)		
Rok	Rodilé ženy	Rodilí muži
2008	0	0
2009	0	0
2010	0	0
2011	0	0
2012	0	<5
2013	<5	0
2014	<5	<5
2015	10	5
2016	26	13



2017	28	8
2018	32	16

Otevřít v prohlížeči

Situace v Irsku je obzvláště zajímavá, protože kliničtí lékaři z Národního úřadu pro otázky rovnosti žen a mužů vyjádřili obavy na dvou frontách. Za prvé, směrnice WPATH byly odmítnuty kvůli jejich nebiopsychosociální povaze: umožňují zahájit lékařskou léčbu bez důkladného psychiatrického posouzení (Tighe, 2022). Za druhé, v auditu z roku 2019 bylo zjištěno, že 18 pacientů – mladých lidí přecházejících do služeb pro dospělé z pediatrické služby – dostalo nestandardní úroveň lékařské péče (Barnes, 2023). Problémy zahrnovaly následující:

- nedostatek hodnotících zpráv (7/18 případů);
- „vážné problémy duševního zdraví (včetně sebepoškozování, deprese, sebevražednosti a poruch příjmu potravy“ (10/18) (str. 237) (Barnes, 2023);
- vysoká míra autismu;
- mladí lidé „beroucí . . . hormony nábožensky“, zatímco se jim nedaří získat holistickou léčbu k řešení komorbidních psychiatrických problémů (včetně „připoutanosti na lůžko“ v důsledku obav o duševní zdraví) (str. 235) (Barnes, 2023);
- přítomnost „neuvěřitelně obtížných životních okolností vedle jejich problémů s genderovou identitou“ (s. 237) (Barnes, 2023).

Psychiatr z National Gender Service popsal službu GIDS-Crumlin jako „nebezpečnou“ a vyzval k „ukončení hodnotící služby poskytované GIDS“ (str. 237) (Barnes, 2023). Tyto obavy následně potvrdil Cass Review (viz oddíl pro Spojené království) (Cass, 2022).

V současné době (květen 2024) jsou irské děti a mladí lidé s genderovou dysforií

odesíláni do britské Národní podpůrné služby pro genderové otázky dětí a mladých lidí, která tato doporučení zařadí do jedné z nově vyvinutých služeb, která byla otevřena ve Spojeném království v dubnu 2024 (Bowers, 2024).

Dne 16. dubna 2024, na základě parlamentní žádosti o prohlášení týkající se vydání Cass Review, ministr zdravotnictví Stephen Donnelly odpověděl, že irský výkonný orgán pro zdravotnictví „zahajuje nový klinický program pro genderovou zdravotní péči“ a že „bude vypracován aktualizovaný klinický model a plán implementace služeb genderové zdravotní péče“ v průběhu příštích 2 let. Poznamenal, že program bude založen na nejlepších klinických důkazech, včetně Cass Review a dalších „vznikajících a vyvíjejících se mezinárodních důkazů“. S cílem poskytovat „širokou škálu služeb pro všechny lidi s genderovou inkongruencí nebo dysforií, od lokální péče v komunitě až po specializovanější a komplexnější péči“, Donnelly prosadil svůj závazek „budovat službu založenou na zkušenostech a klinických důkazech, respektu, začlenění a soucitu“ dostupný všem „dětem a dospělým v transgender komunitě“ (Oireachtas, 2024).

Ačkoli zákony o přeměně ještě nebyly v Irsku přijaty, aktivně se o nich uvažuje.

Spojené státy

Exponenciální nárůst intervencí na změnu pohlaví nastal také ve Spojených státech. V roce 2007 otevřela Bostonská dětská nemocnice první genderovou kliniku pro nezletilé v zemi (Boston Children's Hospital, 2023). V současné době poskytuje intervence na změnu pohlaví nejméně 79 dětských nemocnic. Mnohem



více nezávislých lékařů v oblasti duševního zdraví, endokrinologů, dospívajících lékařů, pediatrů, chirurgů a klinik zajišťuje změnu pohlaví pro mládež. Počet mladých lidí, kteří procházejí změnou pohlaví, a jejich výsledky nejsou systematicky sledovány. Údaje o pojištění naznačují, že více než 18 000 mladých lidí v současné době ve Spojených státech dostává intervence ke změnu pohlaví (Block, 2023a; Respaut a Terhune, 2022). Podobně jako v Evropě hlásí americké genderové kliniky nárůst prezentací s převahou rodilých dospívajících žen s vysokou mírou psychiatrických komorbidit (Chen et al., 2016).

Spojené státy jsou postaveny na principu federalismu, které dávají každému jednotlivému státu širokou pravomoc nezávisle regulovat lékařské povolání. To vede k velkým rozdílům mezi státy, pokud jde o to, jak je lékařské povolání regulováno. Federální vláda ve Washingtonu, DC, může také regulovat určité aspekty lékařské profese prostřednictvím farmaceutických předpisů, federálních pojistných programů a zákonů o občanských právech. Rozhodnutí federálního soudu přidávají další složitost.

Federální úřad pro potraviny a léčiva neschválil žádné léky pro specifické účely léčby genderové dysforie. Použití blokátorů puberty a hormonů zkřížených pohlaví je proto používán off-label (Florida Board of Medicine, 2022).

Složitý vztah mezi federálními a státními vládami je jasně vidět ve státě Florida:

Ministerstvo zdravotnictví a sociálních služeb (HHS), pobočka federální vlády, se pokusilo uvalit národní mandát, který by od lékařů a zdravotnických subjektů vyžadoval, aby poskytovali péči potvrzující (confirming) pohlaví. Pravidlo HHS má za cíl zakázat „diskriminaci na základě genderové identity“. Zdánlivě by

lékař porušil občanská práva dítěte, pokud by na žádost dítěte neprovedl tranzici. V současné době neexistuje žádný jiný stav, pro který by HHS vyžadovalo, aby lékaři předepisovali off-label léky.

– Ministerstvo zdravotnictví státu Florida zadalo systematickou revizi, která zjistila, že důkazy o genderově potvrzující péči mají nízkou kvalitu (Brignardello-Petersen a Wierchioch, 2022). Po tomto přezkumu floridské zdravotní oddělení klasifikovalo péči potvrzující pohlaví jako experimentální (Florida Department of Health, 2022).

– Medicaid, společně řízený federální a státní program zdravotního pojištění primárně pro ekonomicky znevýhodněné, federální a státní zákony zakazují platit za experimentální péči. V důsledku toho floridské zdravotní oddělení nařídilo, že Medicaid nemůže platit za zásahy na změnu pohlaví. Toto rozhodnutí je napadáno u soudu.

– Florida Boards of Medicine mají za úkol zajišťovat bezpečnost veřejnosti tím, že udělují licence a disciplinují lékaře a regulují lékařskou praxi. Existují dvě rady, jedna pro lékaře a jedna pro lékaře osteopatické povahy (alternativní medicína). Obě komise zakázaly použití hormonů a chirurgických zákroků u mladších 18 let s odvoláním na všechny následující skutečnosti: nízkou kvalitu důkazů; objevující se zprávy o lítosti, újmě a detranzici; a obavy ohledně schopnosti nezletilého udělit souhlas. Správní rady učinily toto rozhodnutí po zvážení systematických přezkumů důkazů z Anglie, Finska, Švédska a Ministerstva zdravotnictví Floridy. Správní rady vyslechly svědectví odborníků, pacientů a veřejnosti – jak na podporu přechodu mládeže, tak i proti ní.

– Pravidla vytvořená Florida Boards of Medicine jsou závazná pro lékaře ve státě Florida. Přejít na pravidla zakazujícího



tranzici byl zpochybněn u federálního okresního soudu, který rozhodl, že „výhody léčby agonisty GnRH a případně hormonů opačného pohlaví převáží rizika“ (str. 16) ([Doe v. Ladapo, 2023](#)). Toto stanovisko je přesným opakem Švédského národního výboru pro zdraví a sociální péči, který dospěl k závěru, že „rizika blokátorů puberty a léčby potvrzující pohlaví pravděpodobně převáží očekávané přínosy těchto léčebných postupů“ (str. 3) ([Socialstyrelsen, 2022b](#)).

K 1. lednu 2024 přijalo 23 států zákony, které omezují zásahy při změně pohlaví u nezletilých, a další státy zvažují podobnou legislativu ([Equality Federation, nd](#); [FAIR, 2023](#); [Sapir and Wright, 2023](#)).

Některé státy postupují opačným směrem. Dvacet jedna států přijalo takzvané zákony o konverzní terapii ([Equality Maps, 2023](#)). Tyto zákony měly mrazivý účinek na práci psychologů, jejichž cílem je vytvořit pro své pacienty neutrální prostor – kde mohou děti nebo dospívající zkoumat svou genderovou identitu a další psychosociální problémy, které běžně koexistují. Tyto zákony vedly licenční rady k vyšetřování terapeutů, kteří ke svým klientům zaujali průzkumný, holistický přístup ([Winn, 2023](#)). Nejméně 14 států přijalo "azylové zákony", které umožňují nezletilým osobám bez trvalého pobytu získat intervence na změnu pohlaví, které nejsou v jejich domovských státech dostupné ([FAIR, 2023](#)). Některé státy umožňují nezletilým osobám bez trvalého pobytu, které uprchly do "azylového státu", podstoupit změnu pohlaví bez oznámení a souhlasu rodičů ([Macuk, 2023](#); [WashingtonLawHelp, 2023](#)).

Soudy stále více vstupují do hry. Problémy s legislativou omezující přístup k intervencím týkajícím se změny pohlaví jsou stále častější. Nižší federální soudy

obecně brání vynucování těchto restriktivních zákonů s tím, že porušují občanská práva založená na pohlaví a právo rodičů řídit lékařskou péči svého dítěte. V odvolacím řízení jeden soud vyšší úrovně – odvolací soud druhého obvodu ve věci *Brandt v. Rutledge* – rozhodl, že arkansaský zákaz tranzice nezletilého nemůže vstoupit v platnost ([Brandt v. Rutledge, 2022](#)).

Dva další obvodní soudy rozhodly, že zákony omezující přechod mládeže jsou povoleny, což umožňuje Alabamě, Kentucký a Tennessee prosazovat své zákony ([Eknes-Tucker v. Guvernér státu Alabama, 2023](#)). Soudy rozhodly, že změna pohlaví nezletilých není občanským právem zakotveným v Ústavě USA a že soudy nejsou správným místem pro debatu o této otázce. Vzhledem k tomu, že lékařská profese je stále více rozdělena v otázce bezpečnosti a efektivity změny pohlaví, je správným místem pro rozhodnutí o této otázce lékařská profese a demokratický proces poskytovaný lidem ([Poe v. Drummond, 2023](#)). Proti rozhodnutí v Tennessee se odvolali k Nejvyššímu soudu USA.

Na úrovni státních soudů podávají žaloby na případy zanedbání lékařské péče nezletilí i dospělí pacienti, kteří tvrdí, že byli fyzicky nebo psychicky poškozeni intervencemi na změnu pohlaví^z ([Aldaco v. Perry, 2023](#); [Ayala v. Am. Akademie pediatrie, 2023](#); [Brockman v. Kaiser, 2023](#); [Doe v. Lick, 2023](#); [Hein v. Lékaři UNMC, 2023](#); [Keifel v. Ruff, 2022](#); [Lovdahl v. Kaiser, 2023](#); [Mosley v. Emerson, 2023](#); [Stewart v. Turco, 2023](#); [Towe v. Spojené státy ex rel. Cherokee Health System, 2023](#); [Ulery v. Rafferty, 2023](#)).

Americká akademie pediatriů a Endokrinní společnost byly požádány, aby se vyjádřily k Cass Review ([Ghorayshi, 2024](#)). Americká akademie pediatriů vydala prohlášení, že jejich klinický pokyn



je "založen na důkazech a vědě" ([Americká akademie pediatriů, 2024](#)). Endokrinní společnost tvrdila, že její pokyny "dodržují nejvyšší standardy důvěryhodnosti a transparentnosti" a že Cass Review "neobsahuje žádný nový výzkum" ([Endokrinní společnost \[USA\], 2024](#)). Obě skupiny naznačují, že klinická omezení zavedená ve Spojených státech jsou politicky motivovaná. Ani jedna skupina se nezabývala rozhodnutím NHS omezit přístup k blokátorům puberty, závěrem Cass Review, že tranzice mládeže je "postavena na vratkých [základech](#)"

ZÁVĚR

Z tohoto hlediska náš tým autorů – pracující a žijící v různých západních demokraciích po celém světě – zkoumal z mezinárodního hlediska vývoj národních směrnic pro léčbu dětí (včetně dospívajících) s genderovou dysforií v průběhu času. Tento historický vývoj napříč různými zeměmi a uvnitř nich se odehrával na pozadí zahrnujícím různé společenské a politické síly spolu s probíhajícím vědeckým vývojem. Ve hře jsou také desetiletí lékařského vývoje, zapojení mocných farmaceutických společností,⁸ a vzestup genderové dysforie jako toho, co Nichter označuje jako *idiom úzkosti* ([Nichter, 1981, 2010](#)) – "sociálně a kulturně rezonující prostředky prožívání a vyjadřování úzkosti v místních světech" (str. 405) ([Nichter, 2010](#)).

Závazek západních demokracií k právům jednotlivce (včetně práv dítěte) ([Organizace spojených národů, 1989](#)), stigma duševních chorob, posun směrem ke zdravotní péči řízené poptávkou ([Rijkmans et al., 2007](#)), tlak na depatologizaci, vyvíjející se role internetu ([Haltigan et al., 2023](#)) a vkládání genderové politiky/ideologie do vzdělávacích/učebních osnov, společenský a politický diskurz ([Dentons Europe LLP, 2019](#)) spolupracovaly na

([Cass, 2024b](#)), ani výzvami k jednotě s cílem zajistit, aby se genderově rozmanité mládeži dostalo bezpečné a účinné péče ([Abbasi, 2024](#)).

Obecněji řečeno, ve Spojených státech dnes diskutujeme o dostupnosti intervencí zaměřených na změnu pohlaví dominuje politika. Původní otázky týkající se přínosů, rizik, důkazů a etiky takové péče, včetně zralosti nezletilých a jejich schopnosti souhlasit, byly odsunuty do druhořadé role nebo zcela ignorovány.

odložení záruk a usnadnění přístupu k lékařským intervencím pro léčbu genderové dysforie u nezletilých. V nedávné době se ve Finsku, Švédsku a Velké Británii dostaly otázky týkající se účinnosti léčby a bezpečnosti pacientů do centra pozornosti pokynů založených na důkazech a založených na vlastních systematických přehledech těchto zemí. Navzdory této složitosti můžeme vidět, jak se vynořuje jasný vzorec. Pokyny pro léčbu genderové dysforie u dětí lze stále více seskupovat na jednom nebo druhém konci spektra.

Na jednom konci jsou seskupeny pokyny informované a silně formované přístupem založeným na právech – zdůrazňujících sebeurčení, odstranění diskriminace, autonomii identity a těla, naplnění vyjádřených potřeb a depatologizaci (viz [obrázek 4](#)). Klíčovou myšlenkou je, že děti by měly mít svobodu činit nezávislá rozhodnutí, která určují jejich zdravotní rozhodnutí a jejich vlastní životy ([Amnesty International UK, 2020](#); [Coleman et al., 2022](#)). Jinými slovy, klinická péče je poháněna "respektem k sebeurčení každého člověka jako odborníka na své zkušenosti" (str. 22) ([PATHA, 2018](#)). Z našeho pohledu je zřejmé, že klinická



praxe ve službách, jejichž pokyny jsou formovány přístupem založeným na právech, se odklonila od holistické biopsychosociální praxe. V mnoha takových službách se role odborníků na duševní zdraví přesunula od úkolu provádět komplexní diagnostická biopsychosociální hodnocení k poskytování volitelného poradenství a podpory. V současné době

služby pracující z tohoto hlediska používají termíny *genderově potvrzující přístup* ([Hidalgo et al., 2013](#); [Moral-Martos et al., 2022](#); [NHS, 2023a](#); [Oliphant et al., 2018b](#); [Socialstyrelsen, 2017](#); [Telfer et al., 2018](#)) nebo *model informovaného souhlasu* ([Carroll et al., 2023](#); [Coleman et al., 2012](#); [PATHA, 2018](#)) a lze popsat jejich postup (viz [rámeček 3](#)).

Textové pole 3

Přístup potvrzující pohlaví a model informovaného souhlasu.

Genderově potvrzující přístup klade důraz na potvrzení vyjádřeného pohlaví dítěte. Tento přístup podporuje intervence na změnu pohlaví na základě toho, co dítě/dospívající chce nebo nechce. Tento termín byl vytvořen ve Spojených státech v roce 2003 ([Crawford, 2003](#)) k popisu přístupu, který Catherine Tuerk (registrovaná zdravotní sestra, psychoterapeutka a rodič genderově odlišného dítěte) a Edgardo Menvielle (dětský psychiatr) vyvinuli pro rodičovskou podpůrnou skupinu, která jim má pomoci přijmout a potvrdit jejich genderově odlišné děti ([Menvielle a Tuerk, 2002](#)). Terminologii později převzali i další ([Hidalgo et al., 2013](#)). V posledních letech se používá k označení "neomezeného" afirmativního přístupu: takového, kde bylo odstraněno mnoho (nebo všechny) záruky a kde jsou blokátory puberty a hormony opačného pohlaví – spolu s ranou sociální změnou – považovány za léčbu první linie u genderové dysforie u dětí/dospívajících ([Boston Children's Hospital, 2023](#); [Carroll et al., 2023](#); [Moral-Martos et al., 2022](#); [NHS, 2023](#); [Oliphant et al., 2018b](#); [Socialstyrelsen, 2017](#); [Telfer et al., 2018](#)).

Model informovaného souhlasu zdůrazňuje potřebu získat informovaný souhlas jako práh pro zahájení péče potvrzující pohlaví ([Coleman et al., 2012](#); [PATHA, 2018](#)). Dítě/dospívající (a rodina) je informováno o rizicích a přínosech blokátorů puberty a hormonů opačného pohlaví, a pokud souhlasí, je mu poskytnuta hormonální léčba potvrzující pohlaví. Posouzení duševního zdraví – pro splnění kritérií způsobilosti a zajištění léčby problémů s duševním zdravím – je považováno za zbytečné, pokud o něj dítě nebo rodina nepožádá ([Coleman et al., 2012](#); [PATHA, 2018](#)).



Směrnice vycházející z přístupu založeném na právech, které kladou důraz na autonomii, naplňování vyjádřených potřeb, sebeurčení, depatologizaci a odstranění diskriminace.

Pokyny vycházející z přístupu založeném na důkazech-systematické přezkoumání všech relevantních důkazů o účincích léčebných postupů – a stanovení priorit bezpečnosti pacientů

Obrázek 4. Spektrum doporučených postupů pro léčbu genderové dysforie u dětí a dospívajících. Obrázek znázorňuje spektrum doporučených postupů týkajících se léčby genderové dysforie u dětí a dospívajících. Na levé straně jsou pokyny, které odrážejí přístupy založené na právech, včetně *přístupu potvrzujícího pohlaví a modelu informovaného souhlasu* (viz [rámeček 3](#)). Tyto přístupy potvrzují vyjádřené pohlaví dítěte/dospívajícího, uznávají odbornost každé osoby (včetně nezletilých) týkající se její vlastní zkušenosti a podporují léčbu intervencemi na změnu pohlaví na základě toho, co dítě/dospívající chce. Tímto způsobem přístup založený na právech zdůrazňuje autonomii, naplnění vyjádřených potřeb, sebeurčení a odstranění diskriminace. Na extrémním konci spektra (špička šipky vlevo) mohou intervence změny pohlaví probíhat bez hodnocení genderové identity dítěte/dospívajícího, bez biopsychosociálního hodnocení (včetně vynechání psychiatrického hodnocení) a bez souhlasu rodičů. Na pravé straně spektra jsou pokyny, které odrážejí přístup založený na důkazech, který upřednostňuje účinnost léčby a bezpečnost pacientů. V tomto přístupu se hodnocení nejlepších dostupných důkazů provádí prostřednictvím systematických přehledů, které se zaměřují na souhrn důkazů, se zvláštním důrazem na sílu studií zahrnutých do přehledu. Na extrémním konci spektra (špička šipky vpravo) mohou intervence týkající se změny pohlaví u nezletilých zůstat z velké části nedostupné, protože důkazy o dlouhodobých výsledcích jsou považovány za nedostatečné k prokázání jejich bezpečnosti a účinnosti. © Kasia Kozłowska 2024 [Open in viewer](#) (česká verze V.Chvála se svolením autorky)

Důležitým bodem – a jasným zjištěním této perspektivy – je, že tyto modely utvářené přístupem založeným na právech odrážejí širokou škálu klinické praxe v různých zemích a mezi nimi. Kliniky v univerzitních nemocnicích se obecně snažily pracovat z multidisciplinární

perspektivy – s multidisciplinárními týmy zahrnujícími psychiatry, psychology, endokrinology, chirurgy, specialisty na plodnost a někdy i právníky – čímž se snažily do určité míry zachovat biopsychosociální praxi. Naproti tomu služby poskytované mimo tyto nemocnice –



nejčastěji v soukromém sektoru – obvykle uplatňují přístup založený na právech bez omezení (viz např. části o Španělsku, Norsku, Belgii, Francii a Kanadě a některých státech USA). V těchto službách mají nezletilí přístup k lékařským intervencím pro genderovou dysforii bez komplexního biopsychosociálního hodnocení, diagnózy genderové dysforie, psychiatrického screeningu nebo průběžné psychologické podpory. Pozoruhodné je, že země, které uplatňovaly přístup k právům neomezovaný jinými ohledy nebo omezeními, měly tendenci bagatelizovat nebo odmítat otázky týkající se potenciálních škod – otázky, které nyní vyvolává rostoucí počet těch, kteří tranzici odmítají.

Pravděpodobně relevantní v tomto kontextu – aplikace přístupu založeného na právech neomezeném jinými úvahami nebo omezeními – je **Úmluva Organizace spojených národů o právech dítěte z roku 1989** ([Organizace spojených národů, 1989](#)). Úmluva obsahuje 42 článků, z nichž některé definují práva, která jsou potenciálně si odporující a která by mohla potenciálně omezit jakékoli právo na lékařskou péči potvrzující pohlaví. Článek 24 (*děti mají právo na kvalitní lékařskou péči*) vyvolává obavy z vládní legislativy, která žene děti do experimentální léčby, která postrádá výzkumný základ a dlouhodobé sledování. Článek 33 (*vlády by měly poskytnout způsoby ochrany dětí před nebezpečnými drogami*) vyvolává obavy z rozšířeného používání blokátorů puberty a hormonů opačného pohlaví, které nejsou schváleny pro genderovou dysforii většími národními agenturami pro regulaci drog a které mají pravděpodobně nevratné důsledky pro intelektuální (mozkový) a fyzický vývoj dítěte. Článek 36 (*děti by měly být chráněny před jakýmkoli činností, které by mohly poškodit jejich úvoj*) vyvolává stejné obavy jako článek

33. Všechny tyto úvahy se staly ještě relevantnějšími poté, co informace zveřejněné prostřednictvím aktuálního soudního případu v USA ukázaly, že WPATH v rámci svého přístupu založeného na právech aktivně potlačovala zveřejňování informací založených na důkazech týkajících se lékařských intervencí pro genderovou dysforii (důkaz 167) ([Boe v. Marshall, 2024](#); [Economist, 2024](#)). Po obdržení výsledků systematických přehledů, jejichž provedením WPATH pověřila výzkumníky z Univerzity Johnse Hopkinse, si vedení WPATH *"bolestně uvědomilo, že ve výzkumu existuje mnoho mezer, které podporují naše doporučení"* (Důkaz 190, strana 9) ([Boe v. Marshall, 2024](#)) pro děti a dospívající v pokynech WPATH 8 ([Coleman et al., 2022](#)). Výzkumníci z Johns Hopkins University se obrátili na americké federální úřady a poznamenali, že *"máme problémy se sponzorem (WPATH), který se snaží omezit naši schopnost publikovat"* a že *"jsme našli jen málo nebo žádné důkazy o dětech a dospívajících"* (důkaz 173, strana 23).

Na druhém konci spektra jsou seskupeny pokyny informované a formované přístupem založeným na důkazech (viz obrázek 4), který zdůrazňuje účinnost léčby a bezpečnost pacienta, vše za předpokladu, že „věda je kumulativní“ a že „vědci potřebují kumulovat [znalosti] vědecky pomocí systematických přehledů“ (s. 53) ([Chalmers, 2007](#); [Lapa et al., 2019](#)). Tyto pokyny zdůrazňují následující: nedávná změna v demografii pacientů (nárůst genderové dysforie začínající v pubertě, převážně u nativních dívek, což vyvolává otázky ohledně důvodu nárůstu genderové dysforie); vysoká míra komorbidit duševního zdraví a psychosociální nestability; problematická schopnost nezletilých (zejména osob s komorbidním duševním onemocněním) poskytnout souhlas; nedostatek důkazů, že léčba blokátory puberty a zkříženými pohlavími



hormony řeší úzkost a obavy o duševní zdraví; a zvyšující se počet lidí po detranzici, kteří uvádějí, že litují a byli poškozeni lékařskými zásahy kvůli genderové dysforii (Boyd a kol., 2022; Cohn, 2023; Expósito-Campos a kol., 2023; Gribble a kol., 2023; Hakeem, 2023; Jorgensen, 2023b; Littman a kol., 2023, Moore a Brunskell-Evans, 2020; 2022). Tato doporučení založená na důkazech také zdůrazňují následující: **důležitost holistického biopsychosociálního hodnocení a léčby, včetně stanovení diagnózy genderové dysforie a posouzení a léčby komorbidních problémů s duševním zdravím**; význam explorativní psychoterapie z neutrálního terapeutického postoje jako prvního kroku léčby; a legislativa nebo národní směrnice, které oddalují přístup k operacím změny pohlaví až do právní dospělosti (viz směrnice založené na důkazech vypracované Finskem, Švédskem a Spojeným královstvím). Posledním tématem vynořujícím se z této perspektivy – které nemusí být čtenáři zřejmé – je, že průzkumná psychoterapie z neutrálního terapeutického postoje je v mnoha zemích nebo regionech často nedostupná. Klíčovým aspektem průzkumné psychoterapie je neutralita (viz [textový rámeček 2](#)). Kliničtí psychoterapeuti zůstávají otevření, zkoumají zkušenosti mladého člověka a pomáhají mladému člověku (a rodině) činit informovaná rozhodnutí, která jsou založena na plném pochopení všech možných faktorů přispívajících k úzkosti mladého člověka a všech možných důsledků ([NHS, National Health Service \[UK\], 2023, UKCP, UK Council for Psychotherapy, 2023](#)). Zastřešujícím cílem je zvýšit autonomii, snížit úzkost a zlepšit celkovou funkci. Neutrální postoj explorativní psychoterapie je v kontrastu s genderově afirmativním přístupem, kde je verbální potvrzení vyjádřeného pohlaví dítěte první aktivní intervencí. Zvláštní zmínku v této souvislosti zasluhuje stále

rozšířenější přijímání tzv. zákonů o konverzní terapii. Tyto zákony jsou specificky modelovány podle dřívějších zákonů zakazujících snahy o konverzi lidí z homosexuální na heterosexuální orientaci. Přinejmenším teoreticky jsou základní účely těchto zákonů chvályhodné: zajistit, aby byla respektována sexuální orientace nebo genderová identita každého jednotlivce, a zakázat zásahy založené na názoru, že sexuální orientace (např. homosexuální) nebo genderová identita osoby je narušena a je třeba ji napravit ([Equality Maps, 2023; Viktoriánská komise pro rovné příležitosti a lidská práva, 2021](#)). Z praktického hlediska však kvůli způsobu, jakým budou tyto zákony pravděpodobně formulovány nebo vymáhány, pracují proti zájmům genderově dysforických dětí a jejich rodin, které nemusí být schopny získat přístup k průzkumné psychoterapii z neutrálního terapeutického postoje, který je životně důležitou součástí intervencí založených na důkazech pro takové děti. Nemusí mít také přístup k psychoterapii pro své komorbidní problémy s duševním zdravím – sebevražedné myšlenky, úzkost, deprese a tak dále – protože intervence založené na důkazech pro problémy duševního zdraví jsou mylně vykládány jako formy "konverzní terapie" (viz níže).

Společným rysem zákonů o konverzi je definování, co je zahrnuto a co vyloučeno z řady zakázaných praktik, ačkoli znění těchto zákonů může přesto ponechat nejasné, které terapeutické praktiky jsou povoleny a které ne. Některé z těchto zákonů, jako je nedávno přijatý zákon o zákazu Change or Suppression (Conversion) Practices Prohibition Act 2021 v australském státě Victoria, ponechávají pouze úzká okna pro psychoterapii týkající se genderové dysforie. Povolená praxe je například taková, která "podporuje nebo potvrzuje genderovou identitu nebo sexuální orientaci osoby" (oddíl 5(2)(a)),



a státní informační list distribuovaný před přijetím zákona výslovně uvádí, že podle nového zákona by bylo povoleno "psychologické poradenství pro děti s genderovou dysforií" ([Victorian Equal Opportunity and Human Rights Commission, 2020](#)). Zákon však také výslovně zakazuje "poskytování psychiatrické nebo psychoterapeutické konzultace, léčby nebo terapie nebo jakékoli jiné podobné konzultace, léčby nebo terapie" (§ 5 odst. 3 písm. a)). Ve stejném duchu, zatímco kanadský zákon v Ontariu uvádí, že "usnadnění . . . zkoumání nebo vývoj identity" je přijatelný, není poskytnuta žádná operativní definice toho, co představuje "zkoumání identity" a jak by se to lišilo od zákonem zakázaného a trestně trestného pokusu o "změnu" genderové identity nezletilé osoby ([Bill 77, 2015](#)). V Kanadě Egale, "přední kanadská organizace pro lidi 2SLGBTQI⁹ a problémy" ([Egale, 2023](#)) vypracovala informační listy (dostupné na jejích webových stránkách), které popisují širokou škálu praktik jako formy "konverzní terapie" (viz [rámeček 4](#)). Z pohledu této organizace,¹⁰ téměř každá terapeutická praxe založená na důkazech může být vnímána jako forma konverzní terapie. V této

souvislosti terapeuti, kteří pracují z neutrálního terapeutického postoje – a dokonce i ti, kteří se specializují na intervence úzkosti a deprese založené na důkazech (jako je kognitivně-behaviorální terapie [CBT]) ([Oud et al., 2019](#); [Pegg et al., 2022](#)) nebo dialektická behaviorální terapie (DBT) ([Dimeff a Linehan, 2001](#)) zpřístupňují takové terapeutické možnosti nezletilým s genderovou dysforií na vlastní riziko. Ve stejném duchu je v Austrálii absence jasného a spolehlivého rozlišení mezi konverzní terapií a průzkumnou psychoterapií z neutrálního postoje zřejmá v prohlášení Australské profesní asociace pro transgenderové zdraví (AusPATH): "Rada AusPATH nepodporuje 'průzkumnou terapii', která je často používána jako eufemismus pro konverzní terapii" ([AusPATH, 2022c](#)). Novozélandská legislativa rovněž umožňuje zkoumání identity, ale neposkytuje definici ([Conversion Practices Prohibition Legislation Act, 2022](#)). Výjimkou je Francie, kde text zákona o konverzi stanoví, že zdravotničtí pracovníci, kteří vyzývají své pacienty k opatrnosti a zvážení před možným přechodem, nebudou stíháni ([Vie Public, 2022](#)).

Textové pole 4

Spojení psychoterapie s konverzní terapií.

Spojení psychoterapie s konverzní terapií je běžné. Například Egale, přední kanadská organizace pro lidi a problémy 2SLGBTQI, vydala soubor pěti informačních listů, které definují následující terapeutické postupy jako odrážející formy konverzní terapie ([Egale, 2023](#)):

"Například nedostatečná léčba nebo služba ze strany poskytovatele zdravotní péče, která by poskytovala zdravotní péči potvrzující pohlaví, jako je hormonální substituční terapie (HRT), je také formou konverzní praxe" (informační list 1).



"Konverzní terapie se může skládat z mnoha různých aktivit, včetně toho, co může vypadat jako tradiční poradenství, jako jsou psychotherapeutické metody, jako je kognitivně behaviorální terapie (KBT) a dialektická behaviorální terapie (DBT)" (informační list 2).

"Některé další názvy a praktiky, za které může být konverzní terapie maskována" zahrnují "genderovou průzkumnou terapii" (informační list 3), alternativní termín pro průzkumnou psychotherapii z neutrálního terapeutického postoje, který je prováděn s osobou s genderovou dysforií.

Podíváme-li se na situaci z mezinárodního hlediska, výsledkem je, že v zemích a regionech, které přijaly zákony o konverzi, je mnoha odborníkům na duševní zdraví zakázáno, ať už ze zákona nebo fakticky, poskytovat psychologickou léčbu z neutrálního terapeutického postoje dětem s genderovou dysforií. Terapeuti, kteří poskytují neutrální, konvenční, průzkumnou terapii, která je nařízena profesní etikou – a směrnicemi založenými na důkazech ve Finsku, Švédsku a Velké Británii – nejsou v důsledku toho schopni řešit potřeby genderově dysforické mládeže. Právní a profesní rizika jsou prostě příliš velká. Konečným důsledkem je, že pro děti, které by mohly mít prospěch z neutrálního terapeutického prostoru, může být obtížné najít terapeuta, který by se jich ujal; místo toho zjistí, že jsou směřovány k vyhledání péče u praktiků, kteří zaujímají "genderově potvrdzující" postoj a kteří považují

hormonální intervence – spojené s ranou sociální změnou – za preferovanou a první linii léčby genderové dysforie. Jak je však uvedeno ve výše uvedených systematických přehledech, tato lékařsky orientovaná, genderově potvrdzující hormonální léčba je experimentální a v současné době není podporována medicínou založenou na důkazech.

Různé síly působící v oblasti genderové dysforie jsou dobře patrné z našich popisů vývoje doporučených postupů v zemích, kde my, autoři, pracujeme a žijeme. Souhra – tlak a tah – mezi přístupem založeným na právech a přístupem založeným na důkazech vytvořila složitou dynamiku, která se bude roky projevovat v různých zemích důsledky, které je těžké předvídat. Bez ohledu na kvalitu lékařských, kulturních a politických procesů, které se na situaci a na jejích výzvách podílejí, je pravděpodobné, že si vyžádají vážnou lidskou cenu.

Google Translate korigoval. V.Chvála

PODĚKOVÁNÍ

Autoři děkují Jordanu Campellovi za pomoc s právními odkazy a Otílii Queiros za pomoc s portugalskou částí tabulky 1.

Prohlášení o protichůdných zájmech

Autoři prohlásili následující potenciální střety zájmů s ohledem na výzkum, autorství a/nebo publikaci tohoto článku: Patrick Hunter je členem Florida Board of Medicine a je odborným svědkem v právních případech souvisejících s pohlavím v medicíně.



Financování Autor (autoři) neobdrželi žádnou finanční podporu na výzkum, autorství a/nebo publikaci tohoto článku.

POZNÁMKY POD ČAROU

1. ANZPATH (Australská a novozélandská profesní asociace pro transgender zdraví) byla založena v roce 2009. V roce 2018 se rozdělila a vytvořila AusPATH (Australská profesní asociace pro trans zdraví) a PATHA (Profesionální asociace pro transgender zdraví Aotearoa).

[Přejít na poznámku pod čarou](#)

2. V roce 2012 se z iniciativy Colette Chilandové – psychiatricky, psychoanalytičky a profesorky dětské psychologie v Centru Binet – začali adolescenti s genderovou dysforií léčit na specializované klinice genderové identity ve fakultní nemocnici dětské a dorostové psychiatrické služby Pitié-Salpêtrière ([Lagrange et al., 2023](#)).

[Přejít na poznámku pod čarou](#)

3. HAS je nezávislý veřejný vědecký orgán, který byl zřízen zákonem ze dne 13. srpna 2004 o zdravotním pojištění s cílem posílit kvalitu a udržitelnost francouzského systému zdravotní péče. Pracuje na zlepšení kvality systému zdravotní péče. Zastřešujícím cílem je zajistit, aby každý měl trvalý a spravedlivý přístup k péči, která je co nejúčinnější, nejbezpečnější a nejefektivnější.

[Přejít na poznámku pod čarou](#)

4. Formální název zprávy byl *Rapport relatif à la santé et aux parcours de soins des personnes trans* (Zpráva o cestách v oblasti zdraví a péče o trans osoby) ([Picard a Jutant, 2022](#)).

[Přejít na poznámku pod čarou](#)

5. Marci L. Bowersová, transgender žena a současná prezidentka WPATH, je praktikující gynekoložka a chirurgie, která se specializuje na operace změny pohlaví. V roce 2022 na sympoziu Duke University Sexual and Gender Minority Health Program Symposium ([Bowers, 2022](#)) Bowers poznamenal, že "každé dítě, které bylo nebo dospívající, které bylo skutečně zablokováno ve 2. fázi Tannerovy choroby, nikdy nezažilo orgasmus. Chci říct, že je to, je to opravdu o nule." Její komentář – podložený jejími gynekologickými a chirurgickými znalostmi – podtrhuje důležitost obav o sexuální funkce.

[Přejít na poznámku pod čarou](#)

6. Fráze "znalosti zúčastněných odborníků založené na zkušenostech jsou méně jednotné" je vysvětlena v úplném znění švédské zprávy. Odkazuje na skutečnost, že nejnovější výzkum spojený s úvahou o pokynech WPATH verze 7 ([Coleman et al., 2012](#)) neposkytl jednotný pohled, který by mohl být použit k formování politiky.

[Přejít na poznámku pod čarou](#)

7. Pozoruhodné je, že na rozdíl od ostatních případů se případ Towe týká žaloby na neoprávněné úmrtí podané rodinou mladého muže (rodného muže), který spáchal sebevraždu poté, co mu byly nasazeny hormony opačného pohlaví a dostalo se mu péče potvrzující pohlaví.

[Přejít na poznámku pod čarou](#)



8. Společnost Ferring Pharmaceuticals, výrobce triptorelinu (blokátoru puberty), poskytovala finanční podporu lékařům v Nizozemsku při vývoji nizozemského protokolu, prvního protokolu pro léčbu genderové dysforie u dětí a dospívajících (str. S137) ([Delemarre-van de Waal a Cohen-Kettenis, 2006](#)). Společnost také v listopadu 2019 přispěla částkou 100 000 liber Liberálním demokratům (Spojené království), jejichž manifest sliboval úplnou reformu zákona o uznání pohlaví ([Hellen a Wheeler, 2019](#)).

[Přejít na poznámku pod čarou](#)

9. Zkratka 2SLGBTQI+ označuje dva duchy, lesby, gaye, bisexuály, transsexuály, queer, intersexuály a další lidi, kteří se identifikují jako součást sexuálně a genderově rozmanitých komunit ([Kanadská vláda, 2023](#)).

[Přejít na poznámku pod čarou](#)

10. Egale uvádí jako své "partnery" Ministerstvo spravedlnosti Kanady, Kanadskou agenturu pro veřejné zdraví, Women and Gender Equality Canada, Health Canada a Canadian Institutes of Health Research. <https://egale.ca/our-partners/>. Tato partnerství dávají Egale imprimatur oficiální vládní autority.

REFERENCES

Článek obsahuje 40 stran citací a referencí, které jsou uvedeny ve webové verzi Psychosomu.

DOPLŇKOVÝ MATERIÁL

Níže naleznete následující doplňkový materiál.

U článků s otevřeným přístupem publikovaných pod [licencí Creative Commons](#) mají všechny doplňkové materiály stejnou licenci jako článek, ke kterému jsou přidruženy.

U publikovaných článků, které nejsou publikovány v režimu Open Access, jsou všechny doplňkové materiály opatřeny nevýhradní licenci a žádosti o povolení k opětovnému použití doplňkového materiálu nebo jakékoli části doplňkového materiálu musí být zaslány přímo vlastníkově autorských práv, jak je uvedeno v oznámení o autorských právech spojeném s článkem.

- [sj-pdf-1-hus-10.1177_26344041241269298.pdf](#)

This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 License (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>) which permits non-commercial use, reproduction and distribution of the work without further permission provided the original work is attributed as specified on the SAGE and Open Access page (<https://us.sagepub.com/en-us/nam/open-access-at-sage>).

Hlavní autorka:

Kasia Kozłowska, Disciplines of Psychiatry and Child & Adolescent Health, Sydney University Medical School, Westmead Institute for Medical Research, Westmead, NSW, Australia. Email: kkoz6421@uni.sydney.edu.au Režim Open acces. Otištěno v nekomerčním médiu s cílem edukace odborné veřejnosti.



Výzkumně souhrnný článek. Poprvé publikováno online 2. listopadu 2024 Human Systems. Therapy, Culture and Attachments, 2.11.2024.

Originál je jako open acces zde: Evolving national guidelines for the treatment of children and adolescents with gender dysphoria: International perspectives
<https://doi.org/10.1177/26344041241269298>

Do redakce přišlo 20.1.2025

Zařazeno po překladu a diskusi v redakci a po vyjednání souhlasu s hlavní autorkou.

Konflikt zájmů není znám.



Z VÝZKUMU



RADKIN HONZÁK: DEPRESE A STŘEVNÍ MIKROBIOM; SOUČASNÉ POZNATKY

Epidemiologický odhad říká, že nejrůznějšími psychickými poruchami včetně závislostí trpí asi jedna miliarda lidí na planetě. Z toho více než třetina je obětí deprese. Depresivní symptomatologie je značně pestrá jak co do svých projevů a průběhu. Ale také co do své patogeneze a odezvy na léčbu. Společná je dysfunkce osy hypofýza-hypotalamus-nadledviny, imunitně zánětlivé změny, změněný tonus vagu, nerovnováha excitačních a inhibičních procesů a vyčerpání koncentrací monoaminů. Chamtivost farmaceutických firem vedla k sjednocení všech podtypů do jedné velké depresivní poruchy (F32), která má být léčena především antidepressivy ovlivňující serotoninový systém, tedy primárně preparáty typu SSRI. Psychoterapie a všechny další postupy jsou pokládány za adjuvantní.

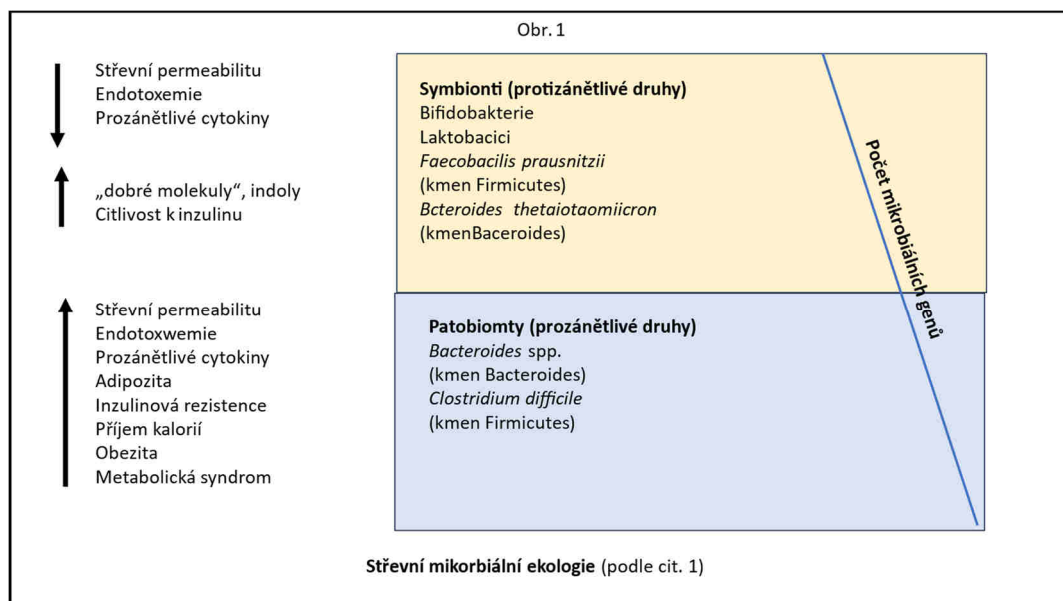
Toto sjednocení má za následek, že 20–60 % nemocných je rezistentních k uvedené léčbě (1). Deprese reaktivní a endogenní předchozí klasifikace vyžadují zásadně jiný přístup a je třeba vzít v úvahu, že svá specifika mají deprese při somatických onemocněních, především kardiiovaskulárních a nádorových, deprese u diabetu, u endokrinních poruch, neurodegenerativních onemocněních, epigenetických vlivech a v poslední době i deprese související se střevní dysbiózou, o čemž svědčí také řada nepřímých důkazů dokládajících výskyt deprese a úzkosti po dlouhodobém užívání antibiotik. Z tohoto úhlu pohledu je možné rozšířit i nabídku terapeutických postupů (2).

Tento přehled je zaměřen především na poslední z uvedených možností. Je třeba si uvědomit, že původní obousměrné



spojení střevní – centrální mozek bylo poněkud zkomplikováno do podoby mikrobiom – střevo – mozek (MGB = microbiome – gut – brain). Úkoly mikrobiomu jsou četné: zpracování potravy, produkce některých potřebných molekul včetně neurotransmiterů, pomoc při imunitních reakcích, pomoc při bariérové funkci střevní stěny a další. Množství mikrobů (zejména bakterií) několikanásobně převyšuje počet buněk našeho

organismu a pokud jde o genom, je převýšení řádově dvojnásobné. Z tohoto množství je obtížné vybrat bakterie, které se podílejí na regulaci naší emotivity. Zatím se jeví jako významné bakterie *Faecalibacterium prausnitzii*, *Roseburia intestinalis* a rody *Ruminococcus*, *Coprococcus* a *Dialister*. Jak dalece jejich podávání jako probiotik je užitečné, je však zatím sporné.



Buňky střevní výstelky jsou bohatým producentem serotoninu, který u myši působí antidepresivně, přestože neprojde hematoencefalickou bariérou, a dalších neurotransmiterů, složky imunity produkují prozánětlivé i protizánětlivé interleukiny. Bakterie produkují neurotransmitery a další metabolity, jejichž dostupnost je omezena mozkovou bariérou, jsou ale schopné (antidepresivní i depresogenní) ovlivňovat CNS paralelními cestami. Během deprese bylo zjištěno narušení běžných cest MGB. Vývoj prebiotik, probiotik a synbiotik vedl ke studiím, které zkoumaly nejen jejich dopad na mikrobiotu, ale také jejich terapeutickou hodnotu pro duševní zdraví. Tato psychobiotika mají potenciál být použita jako terapeutické doplňky při léčbě deprese. Pokud

jde o budoucí směry a ve snaze dále porozumět úloze osy mikrobiota-střevo-mozek v depresi, bude zapotřebí více studií, jako jsou ty, které zahrnují transplantaci fekální mikrobioty prováděné zatím s dosti jednoznačnými výsledky na myším modelu přenosu deprese (2). Kromě nedávných zjištění se také naznačuje, že bude třeba provést další výzkum (3), aby se zjistilo, zda jsou specifické kmeny střevních organismů spojeny s depresí. (4, 5).

V poslední době se pozornost soustřeďuje také na kyselinu homovanilovou, která byla ve studii Zhao a kol. (7) sledována jak na myším modelu, tak u lidí. Autoři pozorovali ochuzené druhy střevních bakterií, včetně *Bifidobacterium lon-*



gum a *Roseburia intestinalis*, a neurotransmitter homovanilovou kyselinu (HVA) u jedinců s modely deprese a myší deprese. Ačkoli *R. intestinalis* neprodukuje HVA přímo, zvyšuje hojnost *B. longum*, což vede k tvorbě HVA. To zdůrazňuje synergickou interakci mezi střevní mikrobiotou při regulaci produkce střevních neurotransmiterů.

Podávání HVA, *B. longum* nebo *R. intestinalis* myším modelům s chronickým nepředvídatelným mírným stresem (CUMS) a depresí vyvolanou kortikosteronem (CORT) významně zlepšilo depresivní příznaky. Mechanicky HVA inhibovala synaptickou autofagickou smrt tím, že zabránila nadměrné degradaci proteinu 1 spojeného s mikrotubuly lehkého řetězce 3 (LC3) a proteinů SQSTM1/p62, čímž chránila presynaptickou membránu hipokampálních neuronů. Tato zjištění podtrhují roli střevního mikrobiálního metabolismu při modulaci synaptické integrity a poskytují vhled do potenciálních nových strategií léčby deprese.

S ohledem na definitivní korelaci mezi střevním mikrobiomem, metabolomem a depresí autoři zkoumali kohorty skládající se ze 469 účastníků, včetně 262 jedinců s depresí a 207 zdravých kontrol. Vzorky séra byly odebrány od všech účastníků pro metabolický profil a vzorky stolice byly získány od podskupiny 129 účastníků (65 jedinců s depresí a 64 zdravých kontrol) pro analýzu střevní mikrobioty. Definice deprese u jedinců byla založena na skóre Hamiltonovy škály deprese (HAMD)-17. Ve střevním mikrobiálním složení byly pozorovány významné rozdíly mezi zdravými kontrolami a jedinci s depresí. Většina diferenciálních bakterií patřila ke čtyřem kmenům, Firmicutes, Proteobacteria, Bacteroidetes a Actinobacteria.

Autoři provedli také komplexní analýzu všech metabolitů, aby identifikovali

rozdíly mezi těmito dvěma skupinami. Jejich zjištění odhalila významné rozdíly v několika neurotransmiterech a žlučových kyselinách, včetně kyseliny homovanilové (HVA), serotoninu, L-tryptofanu, L-tyrosinu, kyseliny glykoursodeoxycholové (GUDCA) a kyseliny chenodeoxycholové (CDCA).

Kyselina homovanilová (HVA) je fyziologicky neaktivní konečný metabolit dopaminu, který se nakonec vylučuje močí. Předchozí výzkumy HVA se primárně zaměřovaly na její fyziologické úrovně, spíše než její účinky na depresi. V této studii autoři identifikovali významné poruchy střevní mikrobioty jedinců s depresí, doprovázené poklesem HVA. Zjistili metabolickou souvislost mezi následujícími bakteriemi a HVA a zjistili, že *B. longum* může přímo produkovat HVA a *R. intestinalis* podporuje její růst. Důležité je, že HVA účinně zmírnila depresivní fenotypy u dvou myších modelů, což zdůrazňuje klíčovou roli osy střevo-mozek a interakce mikrobiálních metabolitů v léčbě deprese. Stručně řečeno, studie ukazuje, že HVA, produkovaná *B. longum* a obohacená směsí probiotiky obsahujícími mimo jiné *R. intestinalis*, účinně zmírňuje depresi a reguluje synaptickou integritu. Perorální suplementace HVA v kombinaci s míchaným probiotickým koktejlem vykazuje slibný terapeutický potenciál.

Zajímavým podtypem depresivní poruchy je „zánětlivá deprese“ značně rezistentní k léčbě, kdy změny ve střevním mikrobiomu jsou výrazné, nedávají ale jasnou kauzální odpověď. Nacházíme zánětlivé markery a mastné kyseliny s krátkými řetězci v plazmě. Střevní mikrobiota pacientů se zánětlivou depresí vykazuje vyšší množství *Bacteroides* a nižší *Clostridium*, s nárůstem druhů produkujících SCFA s abnormálním metabolismem butyrátů. Po provedené transplantaci fekální mikrobioty (FMT) a



suplementaci probiotik v pokusech na zvířatech je možné uvažovat o roli střevní mikrobioty při zánětlivé depresi. Po FMT vykazuje střevní mikrobiota skupiny se zánětlivou depresí zvýšené periferní a centrální zánětlivé faktory a propustnost střevní sliznice u myši příjemců s depresivním a úzkostným chováním. Podávání *Clostridium butyricum* normalizuje střevní mikroflóru, snižuje zánětlivé faktory a vykazuje účinky podobné antidepressivům u myšního modelu zánětlivé deprese. Tato zjištění naznačují, že zánětlivé procesy odvozené ze střevní mikrobioty se mohou podílet na neurozánětu zánětlivé deprese.

Zánět v hipokampu – paměťovém centru mozku – významně mění motivaci a chování u myši, včetně chování při vyhledávání potravy, s pozoruhodnými rozdíly mezi samci a samicemi, odhaluje nedávná studie (8). Hipokampus hraje klíčovou roli při formování paměti, učení a emoční regulaci. Hipokampální neurozánět se vyskytuje u řady onemocnění a

poruch, jako je Alzheimerova choroba, roztroušená skleróza a deprese. Lidé s těmito onemocněními často pociťují běžné příznaky, jako je apatie, potíže s každodenními činnostmi a změny stravovacích preferencí. Tyto příznaky mají také tendenci být závažnější u žen než u mužů.

I když zánět v hipokampu není zodpovědný přímo za změny chování, pravděpodobně spouští širší mozkovou aktivitu, která chování ovlivňuje. Tento výzkum naznačuje, že léčba zaměřená na hipokampální neurozánět by mohla pomoci snížit kognitivní a behaviorální symptomy u těchto poruch a zlepšit zdraví mozku, zejména u žen.

Navzdory těmto poznatkům je nutné přiznat, že jsme teprve na začátku cesty, která by měla být korunována plným porozuměním vzájemných souvislostí a možností terapeutického zásahu.

Do redakce přišlo 24.12.2025

K tisku zařazeno 1.1.2025

Konflikt zájmů není znám.

LITERATURA

1. Howes OD, et al.: **Treatment resistance in psychiatry. State of art and new directions.** Mol Psychiatry, 2022;27:58-72. DOI: 10.1038/s41380-021-01200-3.
2. Dinah TH, Cryan JF: **Brain-Gut-Microbiota Axis and Mental Health.** Psychosom Med. 2017 Oct;79(8):920-926. doi: 10.1097/PSY.0000000000000519.
3. Gacias , et al: **Microbiota-driven transcriptional changes in prefrontal cortex override genetic differences in social behavior.** eLife, 2016; 5 DOI: [10.7554/eLife.13442](https://doi.org/10.7554/eLife.13442).
4. Jakob L, Höschl C: Mikrobiom a duševní zdraví. In Tlaskalová-Hogenová H, Eklová D a kol: Mikrobiom a zdraví. Grada, Praha, 2024, s. 151-159
5. Halabitska I, et al.: **The interplay of gut microbiota, obesity, and depression: insights and interventions.** Cell. Mol. Life Sci. 81, 443 (2024). <https://doi.org/10.1007/s00018-024-05476-w>
6. Zhao M, et al.: **Gut bacteria-driven homovanillic acid alleviates depression by modulating synaptic integrity.** Cell Metab. 2024 May 7;36(5):1000-1012.e6. doi: 10.1016/j.cmet.2024.03.010. Epub 2024 Apr 5. PMID: 38582087
7. Liu P, et al: **Immunoregulatory role of the gut microbiota in inflammatory depression.** Nat Commun, 2024 Apr 8;15(1):3003. doi: 10.1038/s41467-024-47273-w.
8. Ganesan K, et al: **Hippocampal neuroinflammation induced by lipopolysaccharide causes sex-specific disruptions in action selection, food approach memories, and neuronal activation.** Brain, Behavior, and Immunity, 2025; 124: 9 DOI: [10.1016/j.bbi.2024.11.011](https://doi.org/10.1016/j.bbi.2024.11.011)



Z KONFERENCÍ



DAVID SKORUNKA, ADÉLA HOLMANOVÁ: SVĚTOVÁ PSYCHOSOMATIKA A TA NAŠE; ZPRÁVA Z EAPM KONFERENCE 2024

ÚVOD

V následujícím textu přinášíme opožděně zprávu o průběhu **mezinárodní konference Evropské asociace psychosomatické medicíny (EAPM)**, která proběhla 12–15. června 2024 ve švýcarském Lausanne, v *Le Centre Hospitaliere Universitaire Vaudois*. Připomeňme, že pořádající organizace EAPM byla založena v roce 2012 a její zaměření kromě psychosomatické medicíny zahrnuje konzultační psychiatrii (*consultation – liaison psychiatry*) a tzv. integrovanou péči (koordinovaná interdisciplinární spolupráce ve zdravotnictví). Deklarovaným cílem EAPM je propojení a posílení spolupráce mezi jednotlivými klinickými pracovníky, výzkumníky a učiteli na poli

psychosomatiky a konzultační psychiatrie a dále rozšiřování povědomí o bio-psycho-sociálním modelu a jeho implementace v klinické medicíně. Hlavní odborně – výzkumné médium EAPM představuje *Journal of Psychosomatic Research* vycházející od roku 2005 a honosící se *impact factorem* 4,7. V současnosti je v EAPM začleněno 17 evropských zemí prostřednictvím národních organizací psychosomatické medicíny, možné je i individuální členství. EAPM spolupracuje s podobnými organizacemi v Kanadě a Spojených státech amerických. Reprezentanti některých tamějších organizací (například *Academy of Consultation – Liaison Psychiatry*) pravidelně

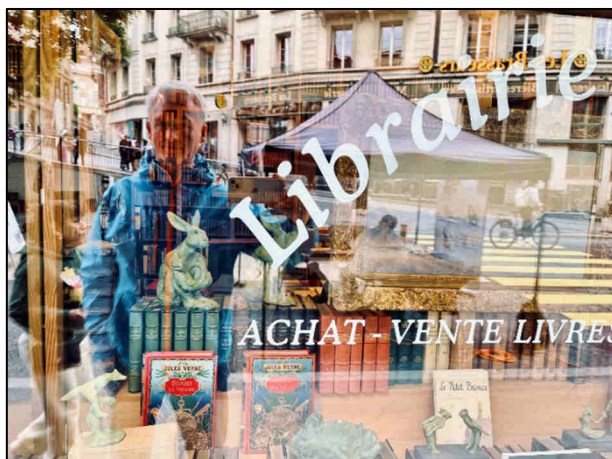


navštěvují mezinárodní konference EAPM, které se každý rok konají v některém z evropských měst. V další části textu se detailněji zaměříme na program konference v Lausanne v minulém roce

včetně některých konkrétních příspěvků. Nevyhneme se ani malému srovnání s naší tradiční celostátní psychosomatickou konferencí v Liberci.



Registrace začíná.



Seznamování s geniem loci.

MÍSTO ČINU

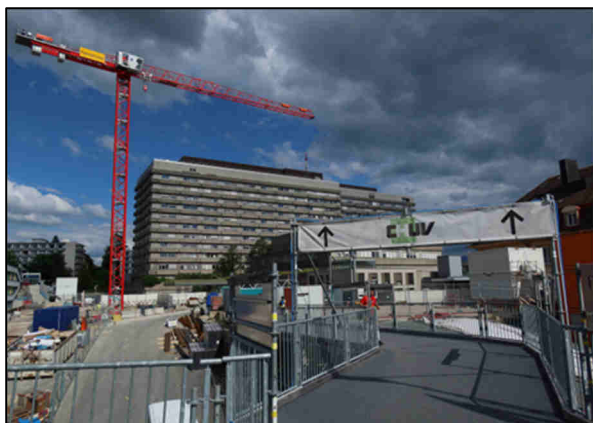
Místem konání EAPM konference se v roce 2024 stalo Lausanne. Toto malebné město s bohatou historií obývá přibližně 140 tisíc obyvatel. Nachází se na břehu rozlehlého *Lac Léman* (Ženevské jezero). Při jasném počasí jsou od břehu viditelné terasovité vinice v nedalekém *Lavaux* a za nimi vrcholky švýcarských Alp. Turistu po opuštění nádražní haly nejprve překvapí poměrně členitý terén města, chce-li ušetřit zhruba 30 švýcarských franků za taxi a vydává se s objemným zavazadlem pěšky směrem k domluvenému ubytování. Samotná konference se odehrávala v prostorách univerzitní nemocnice, v jejímž areálu probíhala výstavba nové budovy. Aby se dostali do té části nemocnice, v níž probíhala registrace a program, museli účastníci projít skrz centrální příjem a minout oddělení pohotovosti. Tím se, na rozdíl od podobných akcí, alespoň symbolicky smazal rozdíl mezi výzkumem a klinickou praxí.

Univerzitní nemocnice je od centra města poněkud vzdálená. Naštěstí se Lausanne pyšní dvěma linkami metra, jehož soupravy se díky autonomnímu řízení obešly bez řidiče. Doprava přesto běžela hladce, až na jeden den, kdy blíže nespecifikovaný incident vyžadující asistenci místní policie vedl k přerušení dopravy na několik hodin. Tyto ojedinělé nesnáze nicméně nezabránily tomu, aby se v místě konání konference setkali reprezentanti psychosomatické medicíny z mnoha evropských zemí, ale také z jiných kontinentů. Na konferenci přicestovalo přibližně 500 účastníků ze 38 zemí. Z jiných kontinentů se na konferenci objevili reprezentanti psychosomatické medicíny z Chile, Izraele, Japonska, Jižní Koreje, Kanady, Nového Zélandu, Thajska a Taiwanu. Motto konference napovídalo, jaká sdělení co do obsahu a formy budou v programu převažovat: *Výzkum, inovace, integrace; směrem*



k *interdisciplinari*tě a *translačnímu* výzkumu. Celkem zaznělo 78 ústních sdělení a vystaveno bylo 72 posterů. Počet sdělení v programu roztríděný podle

národností řečníků naznačoval převahu návštěvníků ze Švýcarska, Německa, Holandska, Itálie, Velké Británie a Spojených států amerických.



Le Centre Hospitaliere Universitaire Vaudois



Hlavní přednášková hala

HLAVNÍ PŘEDNÁŠKY

Hlavní přednášky pěkně odrážely bio-psycho-sociální základ psychosomatické medicíny.

V úvodním plenárním sdělení nazvaném „*Body I am and body I have*“ se **Nathalie Herschdorfer**, ředitelka *Photo Musée de l'Élysée Lausanne*, podělila o své úvahy o tom, jak se v průběhu historie a vývojem technologií proměnilo zobrazování lidského těla s důsledky pro naše vnímání vlastních těl včetně sebe-pojetí, sebe-přijetí apod. V následující plenární přednášce **Nicolas Senn** z *Department of Family Medicine, Centre for Primary Care and General Medicine* na *University of Lausanne*, prezentoval dosavadní výzkumy zaměřené na důsledky klimatické změny na naše zdraví. V suggestivní prezentaci nastínil změny na různých úrovních společnosti potřebné k tomu, aby zdravotnické systémy díky

dopadu klimatických změn na zdraví populací nezkolabovaly. Další plenární přednáška nebyla o moc optimističtější. Vedoucí *Department of Sociology* na *University of Geneve*, **Claudine Burton-Jeangros** poukázala na to, že v rámci bio-psycho-sociálního modelu stále trvá přehlížení sociální dimenze s ohledem na zdraví a nemoc. Po úvodním historickém přehledu demonstrovala vliv sociálních faktorů na naše zdraví a stonání na dvou konkrétních příkladech: a) váhavost týkající se vakcinace; b) průběh života, interakce mezi jedincem a společností a nerovnosti týkající se zdraví. V prvním případě připomněla nedávnou pandemickou zkušenost a postoj části veřejnosti k očkování, dobře známé i v našich končinách. Ve druhém případě decentně upozornila na to, co je v české psychosomatické komunitě stále diskutováno sporadicky. Společensko-



ekonomické faktory včetně narůstající sociální nerovnosti mají vliv na veřejné zdraví. V zahraničí je tomuto tématu věnována již delší dobu pozornost (Rapley, Moncrieff, Dillon; 2011; Unger, 2021). U nás se takto zaměřené odborné práce objevují spíše vzácně, navíc nebývají přijímány vždy s nadšením (Jetmarová, Lánský, 2020).

Současný prezident EAPM a emeritní profesor na *University of Oxford*, **Michael Sharpe**, se ve své plenární přednášce zamýšlel nad tím, jakým směrem je třeba se vydat při prosazování bio-psycho-sociálního modelu v medicíně a zdravotnictví. Částečně zopakoval již to, co přednášel na EAPM konferenci ve Vídni před dvěma lety a co poněkud vyvedlo z míry ty posluchače, kteří byli přesvědčení o tom, jak je Velká Británie v implementaci bio-psycho-sociálního modelu napřed (Skorunka, 2022). Prof. Sharpe připomněl „psychobiologické“ myšlenky švýcarského psychiatra Adolfa Meyera a opět se stejně jako ve Vídni odkazoval na George Engela. Už ten si prý všiml, že profesionální dominance lékařského stavu v medicíně byla a je udržována důrazem na biomedicínský model a z něj vycházejících forem praxe, razantním odrážením kritických názorů a izolováním lékařské profese od jiných pohledů, které by mohly zlepšit zdravotní péči (pozn. přesná citace věty přednášejícího). Dle sdělení prof. Sharpea i dnes převládá v medicíně mechanistické pojetí, dualismus *psýché* a *phýsis*. Biomedicínský model se podle prof. Sharpeho nestal pouhým vědeckým přístupem, ale kulturně specifickým modelem medicíny. Základnímu výzkumu dominuje využívání stále pokročilejších technologií, abychom pohlédli „do hloubky“ na ještě menší a menší částky a substance s nadějí, že porozumíme etio-patogenetickým mechanismům a přijdeme na účinnější terapii. Stále máme v klinické medicíně

na čem pracovat, abychom zlepšili léčbu a péči o pacienty, pro které je úzký biomedicínský model nedostačující. A nejedná se pouze o pacienty s přetrvávajícími funkčními tělesnými příznaky (dříve a stále někde ještě označované jako lékařsky nevysvětlené příznaky; *medically unexplained symptoms*). Pak je tu ještě politická rovina. Jedna z posledních vět prof. Sharpea zaujala nejen radikálně nalažené posluchače: „*Úzký biomedicínský model udržují především mocenské mechanismy různých zájmových skupin, odborných, ekonomických a politických. A ty je velmi nesnadné narušit a měnit.*“ Toto tvrzení připomnělo úvahy o medicíně – průmyslovém komplexu v jedné české publikaci (Komárek, 2005). Od mezinárodně respektovaného emeritního profesora na jedné z nejlépe hodnocených univerzit světa mohlo takové tvrzení znít překvapivě, zvláště když si uvědomíme, že on sám strávil svou plodnou profesní dráhou jako člen jedné z vlivných odborných skupin. Na druhou stranu, prof. Sharpe nespí na vavřínech a stále se snaží podporovat rozvoj psychosomatické medicíny v britském zdravotnictví. Za zmínku stojí například nedávná studie, na které se podílel, v níž se spolu s kolegy/němi zaměřili na posouzení výsledku integrace proaktivního přístupu konzultačních psychiatrů do komplexní péče o seniory hospitalizované na somatických odděleních (Sharpe, Walker, van Niekirk et al., 2024).

Lákavě se v programu jevila plenární přednáška **Enny Das**, profesorky na *Radboud University* v holandském Nijmegen. Bohužel na ní chyběl kvůli únavě neurofyziologického aparátu jeden z autorů tohoto textu (DS) a ten druhý (AH) se tak usilovně soustředil na poutavý popis výzkumů paní profesorky, že si nebyl schopen dělat poznámky. Naštěstí díky internetu dnes můžeme o komkoli dohledat cokoli, takže tato profesní

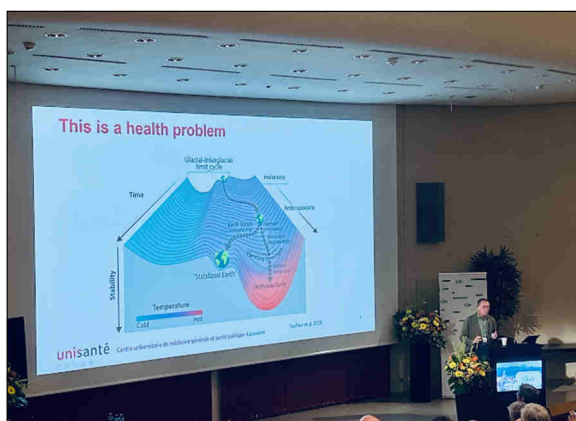


selhání našich „žurnalistů“ můžeme částečně kompenzovat. Enny Das se zabývá výzkumem komunikace a jeho vlivu na chování ve zdraví a nemoci. Je autorkou nebo spoluautorkou několika výzkumných prací, jež se věnují lingvistickým a interakčním aspektům konzultací s nemocnými, kteří trpí medicínsky nevysvětlenými symptomy (MUS; *medically unexplained symptoms*). Její vědecké portfolio zahrnuje také problematiku genderových rozdílů v komunikaci během konzultací s praktickými lékaři a vlivu médií na postoj veřejnosti k vakcinaci. Například ve studii – konverzační analýze rozhovorů praktických lékařů s pacienty s MUS tým Enny Das zjistil, jakými způsoby praktičtí lékaři vnášejí do rozhovoru možnou příčinnou souvislost mezi příznaky a psychosociálními příčinami. Ukázalo se, že praktičtí lékaři se nejčastěji uchylují ke dvěma způsobům: k dotazování a vysvětlování. Zatímco opatrné kladení otázek zaměřených anamnesticky otevíralo prostor k tomu, aby pacienti sdíleli své prožitky a úvahy, vysvětlování umožňovalo lékařům „sdělit svůj odborný příběh“, aniž by se na tom mohli pacienti nějak podílet. Konverzační analýza také zjistila, že z hlediska další spolupráce bylo výhodnější, když se lékaři uchýlili k tzv. obrácené kauzalitě (*reverse causality*), kdy naznačili možnost, že psychosociální problémy mohou být důsledkem tělesných potíží. Tato forma validizace prožitků a starostí pacientů připravila půdu pro pozdější diskusi o vzájemné provázanosti symptomů a psychosociálních faktorů. Není to pro praktické lékaře

snadné. Na jednu stranu musí opatrně pátrat po významných psychosociálních tématech a zároveň musí pečlivě naslouchat výpovědím pacientů. Vysvětlení šitá na míru pacientům a vytváření prostoru pro jejich odezvu jsou klíčové pro efektivní vysvětlení a postup. Tolik poslední věta v odborném článku (Stortenbeker, Stommel, Hartman, van Dulmen, & Das, 2022). Je to pro psychoterapeuticky vzdělané a zkušené lékaře překvapivé?

V jiné nedávno publikované studii se stejný tým zaměřil na kvalitativní analýzu lingvistických markerů u pacientů s MUS a porovnával je s pacienty, jejichž potíže měly jasné biomedicínské vysvětlení. V minulosti se objevovaly hypotézy, že pacienti s MUS mají specifický způsob popisu svých potíží (jazykové uchopení vlastní zkušenosti). Tato studie ale zjistila, že mezi oběma skupinami nebyly žádné detekovatelné rozdíly v řeči. Spíše to vypadá, že jádrem pudla budou stigmatizující percepce a předpoklady. Protože praktičtí lékaři obvykle přistupují k pacientům s MUS s určitým předporozuměním, mohou v interakcích s nimi bezděčně spouštět problematické formy komunikace, během kterých pacienti zažívají, že jim není nasloucháno a/nebo že jejich potíže nejsou brány vážně (Stortenbeker, Hartman, Kwerrevel, Stommel, van Dulmen & Das, 2022). V našem odborném tisku se kdysi dávno objevil text s podobným vyzněním, byť byl pojat spíše přehledově a klinicky než výzkumně (Skorunka, 2006).





Nicolas Senn:
The future of medicine;
Climate change and health?



Claudine Burton – Jeangros:
What about the „social“
in the bio-psycho-social?

DALŠÍ VÝBĚR Z PROGRAMU

Kromě tzv. plenárních přednášek (*key-note speech*) obsahoval program samozřejmě mnoho jiných příspěvků, většinou uspořádaných do tematicky zaměřených symposií. Podrobněji se se zastavíme u dvou z nich. Nejprve symposium věnované problematice funkčních tělesných příznaků u dospívajících a mladých dospělých (*Can we improve the understanding and treatment of functional somatic disorders in young adult people?*). Problematika funkčních tělesných příznaků, jak jsme již uvedli, zaujímala významnou část v programu konference. Symposium věnované dospívajícím a jedincům v rané fázi dospělosti se opíralo o práce kolegů, kteří se podílejí na mezinárodním projektu **ETUDE** (Encompassing Training in fUnctional Disorders across Europe). Jde o projekt koordinovaný kolegy/němi na *Faculty of Medical Sciences, University Medical Center Groningen* v Holandsku. Zde působí i profesorka psychosomatické medicíny, **Judith Rosmalen**, mimochodem viceprezidentka EAPM a jedna z aktivních členek výboru této společnosti. Příspěvky

ve zmíněném sympoziu odpovídaly výzkumně zaměřenému projektu. První příspěvek byl věnován zkoumání raných prediktorů vzniku funkčních tělesných příznaků u dětí, druhý zánětlivé odpovědi organismu u dětí a dospívajících s funkčními tělesnými příznaky, třetí využití online-KBT u funkčních bolestí břicha u dětí a dospívajících (*single case design study*), čtvrtý vztahu mezi mírou katastrofických kognitivních scénářů u rodičů a intenzitou funkčních bolestí břicha a také využití online prováděné kognitivně behaviorální terapie (KBT) s cílem tento vztah příznivě ovlivnit.

Dle názvů bezpochyby zajímavá sdělení. Ale neodbytně se vtírala otázka, zdali jsme se z příspěvků kromě obecných poznatků a známých skutečností dozvěděli něco nového. Varianty stresové reakce na nejrůznější podněty, které dítě vnímá a interpretuje jako ohrožující, stejně jako vliv úzkostnosti rodiče na pohodu dítěte a jeho zvládání různých situací, to vše je pro odborníky z praxe více než povědomé. Zajímavější mohou být některé



„postranní“ postřehy. Z příspěvků se zdálo, jako by se autoři vyhýbali pojmenování konkrétních vztahově-vývojových *adversities*, po česku nepříznivých okolností. Přitom v této oblasti je k dispozici tolik publikací, výzkumů a samozřejmě klinických zkušeností (Skorunka, 2024). Druhou zajímavostí byla otázka jednoho z účastníků, a nebyl to tentokrát jeden z autorů tohoto textu, proslulý svou diskuse-chtivostí. Proč je z mnoha možných funkčních tělesných příznaků v dětství nejčastější bolest břicha? Odpověď jednoho z prezentujících: „*Jsem tady v pozici výzkumníka, nikoli experta na tuto problematiku.*“ Odpověď druhého prezentujícího: „*Zřejmě to bude souviset se zralostí dítěte ve smyslu schopnosti vyjádřit své prožitky a také ukázat, kde to bolí.*“ Nakonec se neudržel ani jeden z autorů tohoto textu (DS), který si všiml, že jedna z přednášejících na jednom ze *slides* prezentace cituje práci pediatričky a rodinné terapeutky Kasii Kozlowske. Tu mimochodem znají i čtenáři *Psychosomu*, mimo jiné je to jedna z předních odbornic na problematiku funkčních neurologických poruch v dětství a také na aplikaci Dynamického vývojového modelu (*Dynamic Maturation Model of Attachment and Adaptation*) v klinické praxi (Kozlowska, 2016; Kozlowska, Sher, 2024). Tento model je komplexnější variantou vývojového konceptu vztahové vazby (*attachment theory*), který vyvinula Patricie Crittenden na základě mnoha výzkumů a klinické zkušenosti (Crittenden, 2015; Crittenden, Landini, 2011). Ale to jsme odbočili. Tazatele zajímalo, zdali se autoři prezentovaného výzkumu zamýšleli nad možným využitím rodinné terapie, jež by kromě zlepšení kvality vztahových vazeb mohla v případě úspěšnosti přispět i ke snížení vysoké hladiny zánětlivých markerů zjištěných u dítěte s funkčními tělesnými příznaky. Odpověď tazateli udělala radost, taková studie se prý právě rozbíhá.

Druhé sympozium, které zde podrobněji zmíníme, bylo věnováno problematice traumatu včetně současné zkušenosti z Ukrajiny napadené agresivním „sousedem“. Šlo o jedno z několika rozšíření zorného pole výzkumníků a kliniků směrem k sociálním a geopolitickým faktorům a jejich dopadu na zdraví jedinců, rodin, populací a generací. Sympozium zahrnovalo následující příspěvky: a) *War in Ukraine; Assessing the Global Consequences*; b) *Harvard Program in Refugee Trauma/Optimizing the Mental Health and Well-Being of Ukrainian Women and Children*; c) *Navigating Trauma: Pathophysiology and Differential Diagnosis*; d) *Understanding Somatic Comorbidity: Impacts of Combat and Stress Factors on the Complexity of Military Trauma*. O své zkušenosti a poznatky se podělili kolegové a kolegyně z *Harvard Medical School, Massachusetts General Hospital, Ministerstva vzdělání a vědy Ukrajiny, Wright Patterson Psychiatry Residency Program* a *Research Institute of Mental Health of the Bogomolets National Medical University*. Pro našince mohlo být překvapivé, jaké programy zaměřené na péči/léčbu/rehabilitaci o traumatizované uprchlíky z různých částí světa organizují a provozují kolegové na *Harvard University* a s kým v této věci spolupracují. Harvardský program věnovaný péči uprchlíkům poskytoval služby lidem z Libanonu, Bosny a Hercegoviny, nebo Haiti. A nyní těm z Ukrajiny. Je více než jisté, že další „klienti“ přicestují z Izraele, Gazy a zase z Libanonu. Směs nepříjemných emocí vyvolávaly údaje o důsledcích ruské „speciální operace“ na Ukrajině. Nedalo se uniknout neodbytnému povzdechu, jak to, že některé části lidstva se z dramatických lekcí dvacátého století nepoučily. Jakoby veškeré poznání a zkušenosti byly zbytečné. Vždyť současné utrpení ve válečných oblastech nejen na Ukrajině ovlivní zdraví následujících



generací. O tom už i věda ví dnes své (Preiss, Vizinová, 2024). A navíc, jak uvedla jedna z přednášejících, svět je dnes mnohem menší, než se zdál. Co se teď odehrává na vzdálených místech, se může velmi rychle odehrávat v naší bezprostřední blízkosti.

Zaujaly nás také informace o komplexních terapeutických a sociálních programech zaměřených na poskytování první psychologické pomoci, zvládání traumatického stresu a léčby post-traumatické stresové poruchy. V diskusi zaznělo mnoho dotazů mimo jiné i na zkušenosti s využitím některých psychedelik, která mají v indikaci posttraumatické stresové poruchy dobře známý terapeutický potenciál. Odpověď prezentujícího (armádní psychiatr) některé posluchače překvapila. Za prvé, diskuse o využití psychedelik je zatížena spíše přehnaným očekáváním než opravdovou nadějí. Za druhé příslušníci armády mají značně zdrženlivý postoj k jakýmkoli medikamentům. A za třetí, jedná se o látky nelegální s velmi omezeným výzkumem a důkazy o účinnosti. Zvídavému tazateli to i pak vrtalo hlavou. Přehnaná očekávání? Zdrženlivý postoj k substancím, které se užívají zcela odlišným způsobem a za zcela jiných okolností v porovnání s každodenním užíváním běžných psychofarmak? Copak posttraumatickou stresovou poruchou trpí jenom příslušníci armády? A nedostatek výzkumu? V Evropě a na severoamerickém kontinentu je několik výzkumných institucí, na kterých už několik let, možná už spíše desetiletí, probíhá systematický výzkum psilocybinu, MDMA a ketaminu. Možná ale kolegové z U.S. věděli něco, co se běžní smrtelníci měli teprve dozvědět. V srpnu se v médiích objevila zpráva, že americká FDA

(*Food and Drug Administration*) zamítla žádost organizací *Lykos Therapeutics* a *MAPS (Multidisciplinary Association for Psychedelic Studies)* o schválení MDMA asistované terapie v indikaci PTSD. Prý pro nepřesvědčivost předkládaných výzkumů a metodologické nedostatky v některých z nich (Science Insider, 2024).

Teoreticky či výzkumně pojaté přednášky doplňovaly kasuisticky zaměřené workshopy, společná setkání pracovních skupin (SIG) zaměřených na různá témata (např. transplantační medicína, klimatická krize a mentální zdraví, integrativní péče, primární péče aj.) a samozřejmě poster sekce. Jeden z typických EAPM kasuisticky zaměřených workshopů organizovali psychiatři dr. Kemuel Philbrick a dr. Ewa Bieber, kteří pravidelně sdílejí zkušenosti z práce psychodynamicky orientovaného konzultačního psychiatra s dětskými pacienty a jejich rodinami na lůžkovém pediatrickém oddělení. Oba přednášející opakovaně popisují, jak jsou jako pedopsychiatři tlačeni do medikace v situacích, v nichž se jako smysluplnější a terapeuticky přínosnější jeví „naslouchání a společné přemýšlení s pacientem o jeho nemoci v kontextu jeho osobnosti a rodinného zázemí“. Prezentace kasuistiky během workshopů bývají oponovány zkušenými psychodynamicky orientovanými psychiatry, například Wolfgangem Sollnerem, emeritním profesorem psychosomatiky a psychoterapie na *University of Nuremberg*, a Fritzem Stiefelem, profesorem na *University of Lausanne*. Takto pojaté workshopy jsou na EAPM konferencích vzácným prostorem k diskusi i životních příbězích a možnými psychosociálními souvislostmi jejich stonání.





Lausanne jako na dlani.



K pronájmu!

ZÁVĚREČNÉ DOJMY A ÚVAHY

Celkový program konference překypoval odbornou pestrostí. Významná část programu se v různé míře týkala problematiky funkčních, přetrvávajících tělesných příznaků/poruch. Šlo zejména o příspěvky týkající se konceptualizace, etiopatogenetických mechanismů a možností léčby. Mezi další frekventovaná témata patřily: a) postcovidové příznaky a syndromy; b) transplantační medicína; c) konzultační psychiatrie; d) chronická bolest; e) kardiovaskulární onemocnění; f) dětský věk a dospívání; g) primární péče, h) problematika traumatu; ch) různé formy integrované péče ve zdravotnictví; i) psychoterapie v rámci komplexní léčby některých somatických onemocnění.

Zde se nabízí první srovnání s naší tradiční libereckou psychosomatickou konferencí, která se letos konala také v červnu, týden po té evropské. Obzvláště letos si byly obě konference programově podobné jako vejce vejci, ve smyslu šíře napříč různými obory. Pravda, do Liberce dorazil pouze jeden transplantační chirurg, zatímco do Lausanne jich

přicestovalo několik z různých předních klinických pracovišť, převážně ze Spojených států. Podstatným rozdílem je to, že v programech EAPM konferencí převažuje prezentace výzkumů a teoretických odborných sdělení nad sdílením klinických zkušeností. Naše psychosomatické konference poskytují v programu více prostoru pro příspěvky zaměřené na využití různých psychoterapeutických a fyzioterapeutických směrů, jako součásti komplexní psychosomatické léčby/péče. V Lausanne psychoterapii v ojedinělých příspěvcích zastupoval pouze psychodynamický přístup a KBT. Přitom například v Německu je již delší dobu etablovaná systemická terapie a ve Spojených státech tzv. *medical family therapy*, oba přístupy vhodné pro práci s tzv. somatickým pacientem (Skorunka, 2018).

Program v Lausanne odrážel rozdílné pojetí psychosomatické medicíny v různých evropských zemích a ve Spojených státech. Na jedné straně máme země, např. Velkou Británii a Španělsko, kde je situace podobná severoamerickému



kontinentu. Psychosomatika je tam více spojená s psychiatrií prostřednictvím konzultační psychiatrie (*consultation and liaison psychiatry/C-L psychiatry*). Na druhé straně jsou země jako Německo, Rakousko a Švýcarsko, kde je psychosomatická medicína spjatá s interní medicínou, rehabilitací, případně praktickým lékařstvím. V těchto zemích se také zdá být výraznější spolupráce mezi lékaři a ostatními odborníky, například psychoterapeuty a systemickými terapeuty, fyzioterapeuty apod. S jistým zjednodušením můžeme říct, že ostatní evropské země jsou někde mezi těmito dvěma krajními póly. EAPM se také snaží pružně reagovat na aktuální jevy ovlivňující zdraví jedince a populací. V loňském roce vznikla pracovní skupina zaměřená na výzkum klimatických změn a psychického zdraví. Skupinu vedou německé výzkumnice v oblasti psychologie zdraví, Isolde Busch a Natalie Uhlenbusch. Zaměřují se na problematiku environmentální úzkosti, možnost implementace udržitelnosti do každodenní práce profesionálů zabývajících se zdravím populace a také organizací a podporou udržitelných psychosomatických kongresů. V rámci konference v Lausanne již byly některé podněty uvedeny v praxi, například vyhlášením speciální ceny pro účastníka, který k cestě na konferenci využije prostředky s co nejnižší uhlíkovou stopou (*carbon footprint*). To znamená s vyloučením letecké dopravy. Z prvního vyhlášení tzv. *Green Travel Award* se radoval náš kolega Martin Seifert, který okružní jízdou kolem půlky Evropy absolvoval nejdélší trasu, aby se dostal na místo činu.

Součástí programu EAPM konference v Lausanne bylo i setkání hlavních představitelů asociace, výboru a výzkumných skupin. Některých jednání se mohli účastnit autoři tohoto textu v roli národního koordinátora a jeho zástupce. Díky tomu měli možnost slyšet, jaká je situace

psychosomatické medicíny v jednotlivých zemích a s čím se zahraniční kolegové a kolegyně potýkají. Během diskuse o spolupráci mezi různými zeměmi české zástupce překvapila poznámka jednoho zahraničního kolegy, že v jedné zemi, a tím spíše i v různých zemích, nemusí existovat shoda nad tím, co je to psychosomatická medicína a jaká je její identita. Některé země (Španělsko, Belgie) jsou v EAPM zastoupeny dokonce dvěma národními organizacemi s odlišnými cíli a zájmy. Debaty o identitě psychosomatické medicíny autoři textu dobře znají, ale raději se s nimi na mezinárodní půdě nechlubili. Naproti tomu zahraniční kolegy zaujala informace, že naše SPM ČLS JEP sdružuje kromě lékařů také psychology, psychoterapeuty a fyzioterapeuty. Během jednání vedení EAPM a národních koordinátorů také proběhla diskuse o tom, v jakém duchu mají probíhat další mezinárodní konference. Někteří účastníci konference a členové EAPM se údajně vyjadřovali v tom smyslu, že konference jsou příliš výzkumně zaměřené a že by bylo na místě vyvážit program klinicky zaměřenými příspěvky. Podle výzvěni diskuse se nezdálo se, že by na tom chtělo vedení EAPM něco měnit. Zároveň někteří kolegové vyzývali k přihlašování psychosomatických příspěvků na konference jiných lékařských oborů, aby se povědomí o psychosomatické medicíně šířilo do všech odborných stran.

Na úplný závěr ještě poslední věc. Jeden z autorů tohoto textu (DS) měl během interakcí se zahraničními kolegy *l'illusion du déjà-vu*. Některé jevy a interpersonální zážitky na EAPM konferenci mu připomněly dávné odborně-diplomatické působení v jiné mezinárodní asociaci. Z diplomatických důvodů o detailech pomlčíme. Jen poznamenejme, že i v zákulisí fungování mezinárodní, odborné a vědecké organizace hrají stěžejní roli dlouholeté osobní a profesionální vazby a



samozřejmě zájmy jednotlivých představitelů. Zdálo se také, že pro mnohé kolegy/ně je účast na takové mezinárodní konferenci zcela samozřejmou a běžnou aktivitou, bez ohledu na to, zdali jde o aktivní účast podpořenou z výzkumného grantu nebo účast bez aktivní prezentace. Je smutné, že pro kvalifikované našince s téměř třicetiletou praxí představují náklady spojené s účastí na zahraniční konferenci výrazný zářez do rodinného rozpočtu. Což vynikne obzvláště tehdy, když je destinací Švýcarsko. Naštěstí je tu příslib brzkého srovnání vybraných ekonomických markerů, soudě podle odvážných prohlášení některých našich politických představitelů. Vydržíme-li ještě pár let, ti z nás, kterým vydrží zájem o pravidelné setkávání s kolegy z jiných zemí a odborné dění v zahraničí, nebudou muset žádat různé subjekty o

finanční podporu účasti jejich maličkosti na EAPM konferenci. A také snad nebudou znovu zažívat anticipační finanční distres, když se naskytne možnost vyrazit společně s kolegy z Německa, Rakouska, Holandska a dalších zemí na společnou večeři do vybraného podniku. Protože to hlavní se nemusí odehrávat a domlouvat pouze během oficiálního programu konference.

Poděkování: Oba autoři děkují všem organizacím, institucím a společnostem, které finančně podpořili jejich účast na mezinárodní konferenci EAPM v Lausanne v červnu 2024.

Foto: autoři

LITERATURA:

1. CRITTENDEN, P. (2015). *Raising Parents; Attachment, Representation, and Treatment, 2nd Edition*. New York: Routledge.
2. CRITTENDEN, P., LANDINI, A., (2011). *Assessing Adult Attachment: A Dynamic-Maturation Approach to Discourse Analysis*. New York: WW. Norton.
3. JETMAROVÁ, J., LÁNSKÝ, O. (2020). „Nemoc se neptá...“ aneb socioekonomické determinanty zdraví v období neoliberální modernity. In D. Stackeová *Psychosomatická medicína – nástroje psychosomatické medicíny*. Praha: Palestra.
4. KOMÁREK, S. (2005). *Spasení těla; Moc, nemoc a psychosomatika*. Praha: Mladá Fronta.
5. KOZLOWSKA, K. (2016). *The body comes to family therapy: Utilising research to formulate treatment interventions with somatising children and their families*. **Australian and New Zealand Journal of Family Therapy**, 37(1), 6–29.
6. KOZLOWSKA, K., SCHER, S. (2024). *Recent advances in understanding the neurobiology of pediatric functionalneurological disorder*. *Expert Review of Neurotherapeutics*. 24 (5), 497–516.
7. PREISS, M., VIZINOVÁ, D. (Eds.) (2024). *Transgenerační přenos; trauma a odolnost*. Praha: Grada.



8. RAPLEY, M., MONCRIEFF, J., DILLON, J. (2011). *De-Medicalizing Misery: Psychiatry, Psychology, and the Human Condition*. London: Palgrave.
9. SCIENCE INSIDER (2024). FDA rejected MDMA-assisted PTSD therapy. Other psychedelics firms intend to avoid that fate. <https://www.science.org/content/article/fda-rejected-mdma-assisted-ptsd-therapy-other-psychedelics-firms-intend-avoid-fate>, vyhledáno 27. srpna, 2024.
10. SHARPE, M., WALKER, J., VAN NIEKIRK, M., TOYNBEE, M., MAGILL, N., FROST, Ch. et al. (2024). Proactive integrated consultation-liaison psychiatry and time spent in hospital by older medical inpatients in England (The HOME Study): a multicentre, parallel-group, randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 11(9), 684–695.
11. SKORUNKA, D. (2024). Vztah – tělo – mysl; základy současné psychosomatické perspektivy. In J. Mareš, V. Kebza (Eds.) *Psychologie zdraví*, Praha: Grada, s. 131-145, ISBN: 978-80-247-4411-7.
12. SKORUNKA, D. (2022). Kudy vede cesta do evropské psychosomatické medicíny? *Psychosom*, 2022, 20 (3-4), 168-179, ISSN 2336-7741
13. SKORUNKA, D. (2018). Pacient má rodinu! Individualizovaná péče v systemickém pojetí. *Praktický lékař*, 98(1).
14. SKORUNKA, D. (2006). Stigma somatizujícího pacienta. *Praktický lékař*, 86(5), 292-295.
15. STORTENBECKER, I., HARTMAN, T., KWERREVELD, A., STOMMEL, W., VAN DULMEN, S., DAS, E., (2020). Unexplained versus explained symptoms: The difference is not in patients' language use. A quantitative analysis of linguistic markers. *Journal of Psychosomatic Research*, 152: 110667.
16. STORTENBECKER, I., STOMMEL, W., HARTMAN, T., VAN DULMEN, S., LUCASSEN, P., DAS, E., (2022). How general practitioners raise psychosocial concerns as a potential cause of medically unexplained symptoms: a conversation analysis. *Health Communication*, 37(6): 696-707.
17. UNGER, M. (2021). *Multisystemic Resilience: Adaptation and Transformation in Contexts of Change*. Oxford: OUP.

Do redakce přišlo 6.1.2025
K tisku zařazeno ihned.
Konflikt zájmů není znám.



RECENZE



Miroslav Hupatyh: Zvyky, obřady a slavnosti u různých národů světa. Práh. 2024

RADKIN HONZÁK: DĚTSKÝ SEN

Zatímco advent je doba očekávání, já nečekám a už dnes se raduju ze splnění hned dvou dětských snů, a to v intervalu čtyřiaadvaceti hodin. To, co mi doba nedovolila uskutečnit, mě navštívilo včera a dneska a přineslo mi to stejnou radost, jako tehdy elektrický vláček, první hodinky nebo Děti kapitána Bontekoea.

Do první třídy jsem začal chodit po válce v roce 1945. Pan Beneš, který byl našim třídním a nepřál si oslovení „pajčuji“, nás nasměroval do Sokola. Bylo to bezvadné, před epidemií dětské obrny, která vypukla v Praze, a tedy i před sletem v roce 1948 mě ochránil pobyt u dědečka na vesnici. Sokol byl dobrý, ale Skaut mě lákal víc, kupoval jsem si Junáka a vedle Rychlých šípů hltal i příběhy skautské družiny, které končily Čestovou malinovou.

Žádný skautský oddíl ale nebyl v dostřelu a když jsem povyrosl natolik, že bych se mohl odvážit i delších cest, byl s veškerým svobodným světem konec. A tak až moje vnučky si mohly mé přání splnit. Dostal jsem několik pozvání, kterých si nesmírně vážím, byl jsem také před několika roky aktivním účastníkem Obroku.

Dnes mi byla dopřána možnost aktivně se účastnit Mikulášského semináře na Právnické fakultě v Praze, kde bylo ještě dalších 1199 lidí, od malých světlušek a vlačat, až po skautky středního věku, které krom svých potomků dodaly i doma pečené sušenky. Bylo mi mezi nimi velice dobře a myslím, že tak se cítil Ferda Mravenec, když se ze zajetí vracel do rodného mraveniště. Nikdy jsem neměl možnost složit



skautský slib, jak jsem zahanbeně přiznal, ale srdcem tam patřím

Děkuju za pozvání, děkuju nesmírně vnímavému publiku mé přednášky a děkuju za dárky, které pro mě mají velkou hodnotu. Skláním se před profesionálním jednáním pana Dobrovolného, který byl nasazen na mou ochranu a děkuju všem, s nimiž jsem se potkal i nepotkal za úžasnou atmosférou.

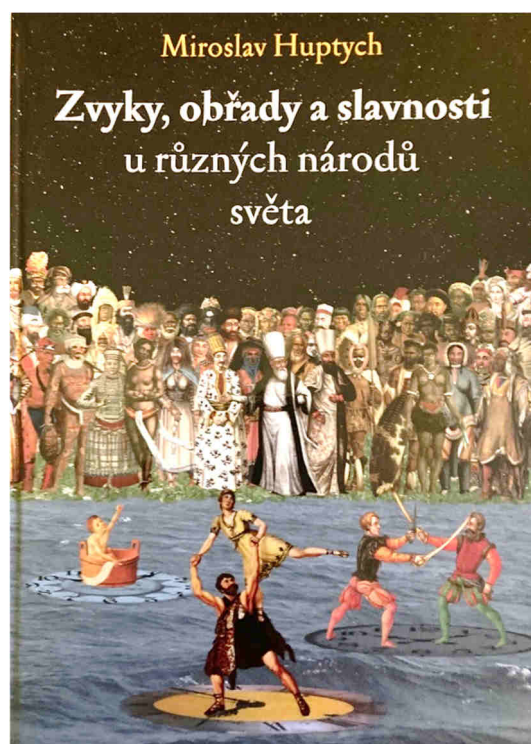
Druhou radost mi způsobila moje bývalá krotitelka, paní primářka Strunzová, která mi koupila knihu Miroslava Huptycha: **Zvyky, obřady a slavnosti u různých národů**. Je to skládanka, mozaika – ne! Je to můj dětský sen, uspořádané vetešnictví starých zpráv o zvyklostech ve společnostech, kterým jsme si zvykli říkat „primitivní národy“. Krátké zprávy z běžného, ale většinou popularizujícího tisku staré asi dvě stě let, doprovázené ilustracemi a kolážemi ve stylu Dobrého bible, přinášejí neuvěřitelný čtenářský, stejně jako koláže estetický požitek. Sedím nad nimi s dětskou zvědavostí a láskou ke starým atlasům, kam bylo nutné nacpat co nejvíc informací na malou plochu. Děkuju, že se autor v tomto směru neomezoval.

Způsob kojení „aba“ spočívá v tom, že černošská matka nikdy nesundá dítě ze zad a pro jeho nakrmení si hodí pokleslý prs přes rameno (doprovazeno ilustrací).

Autora obdivuju od doby, kdy jsem zhltal jeho knihu užitečných paramedicínských

rad: **Kdo pije vlčí mléko**. To je úžasná sbírka lidového léčitelství. Ale tohle ji několikanásobně předčí, a protože kniha má úctyhodné rozměry 33x23x6 cm a něco přes pět set stránek, věřím, že mám na těšení a naplnění dětských přání před sebou mnoho dní.

Vím, že žijeme v „zajímavých časech“ a doba není dobrá (kdy byla?! žili jsme v sladké nevědomosti, ne ve zlatých časech), o to nutnější dělat si radost a vyzobávat hezké chvíle jak hrozinky z vánočky. Skautský seminář už nestihnete, ale na Huptychovu knihu vás upozorňuji, protože naplnění dětských snů je záslužné a počítá se mezi ty skutky, které zlepšují naši atmosféru.

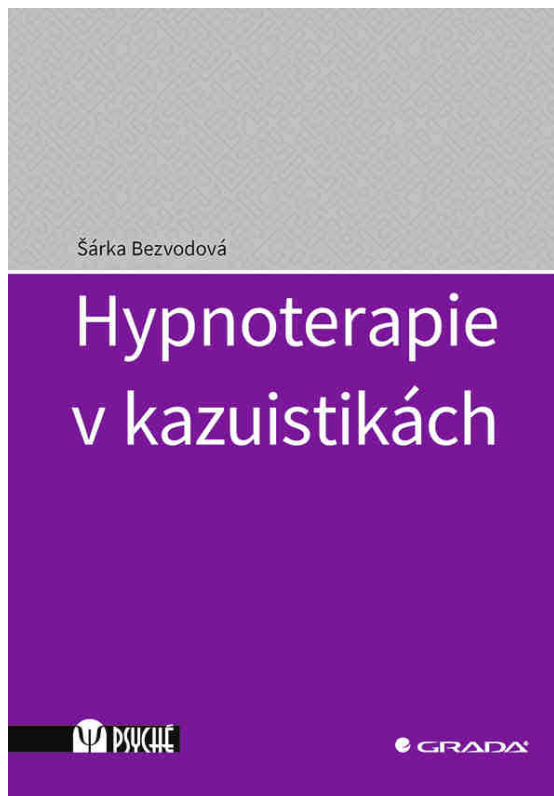


Do redakce přišlo 15.1.2025
Zařazeno neprodleně.
Konflikt zájmů není znám.



Vychází

ŠÁRKA BEZVODOVÁ: HYPNOTERAPIE V KAZUISTIKÁCH



Hypnóza je nejstarší psychoterapeutická metoda, jejíž účinnost byla nesčetněkrát vědecky prokázána a zdokumentována. Přesto i dnes zůstává obestřena tajemstvím, které vyvolává nedůvěru jak u zdravotníků, tak i běžné veřejnosti.

Publikace přispívá k rozptýlení této nedůvěry a představuje hypnózu jako respektovanou léčebnou a diagnostickou metodu s širokým využitím. Předkládá základní teoretické poznatky o hypnoterapii a jejích dílčích metodách, hypnóze, autohypnóze a aplikaci autosugescí. Autorka popisuje svůj trojramenný model a zasazuje ho do širšího kontextu přístupů a metod. Ve druhé části na osmi příbězích ilustruje praktické

užití hypnózy v psychoterapii, nechává čtenáře nahlédnout do svého myšlenkového a prožitkového světa a nabízí řadu sugescí.

Kniha je určena nejen odborníkům z řad hypnoterapeutů a psychoterapeutů, ale také dalším kolegům z pomáhajících profesí, včetně lékařů a jiných zdravotníků. Z běžné populace může přilákat čtenáře se zájmem o hypnózu jako o léčebnou i rozvojovou metodu.

Brožovaná vazba, 176 stran, cena 329,-Kč.

Více na www.grada.cz



ROZHOVORY



S ŠÁRKOU BEZVODOVOU O HYPNOTERAPII

Hypnóza je nejstarší psychoterapeutická metoda, jejíž účinnost byla nesčetněkrát vědecky prokázána a zdokumentována. Přesto i dnes zůstává obestřena tajemstvím, které vyvolává nedůvěru jak u zdravotníků, tak i běžné veřejnosti.

*V nakladatelství Grada Publishing vyšla publikace *Hypnoterapie v kazuistikách od uznávané hypnoterapeutky Mgr. et Mgr. Šárka Bezvodové, která svoji praxi provozuje v Lékařském domě na Praze 2. V publikaci mimo jiné představuje svůj unikátní trojramenný model hypnoterapie, který kombinuje tradiční techniky s moderními přístupy a umožňuje dosahovat vynikajících výsledků.**

Nejen o tomto modelu jsem se bavily s paní hypnoterapeutkou.

Paní magistro, co Vás vedlo k napsání knihy zaměřené právě na kazuistiky z hypnoterapie a co si od ní slibujete?

S kolegy hypnoterapeuty ze Sekce pro hypnózu Psychiatrické společnosti ČLS JEP šíříme dobrou pověst klinické hypnózy jako zdravé, bezpečné, efektivní metody bez vedlejších účinků. Jezdíme přednášet na konference, píšeme články do časopisů, prezentujeme se v mediálním prostoru. Já prezentuji především kazuistiky, popis terapeutického procesu. Je to podle mého nejlepší způsob, jak přiblížit hypnoterapii, která je jinak obtížně představitelná, a to i pro kolegy psychoterapeuty, kteří s ní nepracují. Od publikace si slíbují, že vzbudím zájem o hypnoterapii, snížím obavy, nasměruji k reálným očekáváním a rozptýlím mýty o hypnóze. Případy z praxe mají nezastupitelnou výpovědní hodnotu.



Mohla byste nám blíže představit svůj trojramenný model hypnoterapie a jak se liší od ostatních přístupů?

V hypnoterapii bývají nejčastěji užívány dva základní postupy. S pacienty mluvíme o tématech, které přináší, anebo na kterých jsme se domluvili (první rameno) a hypnotizujeme (druhé rameno). K tomu připojuji nácvik autoregulačních postupů a práce s autosugescemi (třetí rameno). Klienty metodicky vedu k tomu, aby si v domácím prostředí nacvičovali autoregulaci (relaxace, imaginace, meditaci) a také používali autosugesce (afirmace), které spolu zformulujeme. Někdy vycházejí ze sugescí používaných v hypnóze a jindy jsou zaměřeny na to, co klient právě potřebuje. Dovednosti z třetího ramene si "odnáší" sebou po skončení terapie, třeba jako prevenci potíží nebo pro další seberozvoj. Odlišnost spatřuji také v tom, že používáním třetího ramene klienti sami doma zlepšují účinnost hypnózy.

Jak vidíte zařazení hypnoterapie do širšího spektra psychoterapií? Jaké má (ne)výhody?

V praxi je důležité zařadit hypnózu do celkového rámce psychoterapeutické práce, kam patří určení léčebného postupu a celková péče o klienta. Někdy je hypnóza léčebnou metodou hlavní a indikována každé sezení, jindy může být jen tou vedlejší a její častost je daleko menší. Výhodou hypnoterapie je, že pracujeme nejen s vědomými obsahy, ale i s nevědomými. Někdy hypnóza výrazně urychlí účinnost terapie, jindy třeba objeví něco, k čemu nemá vědomí přístup. Nevýhodou může být to, že klient se příliš spoléhá na efekt hypnózy a sám zůstává v psychoterapii pasivní. Například u závislosti je hypnóza v terapii metoda až druhé volby.

A jaké jsou nejčastější mylné představy o hypnoterapii, se kterými se

setkáváte, a jak se s nimi ve své knize vyrovnáváte?

Z historie k nám přicházejí mýty o hypnóze, které i dnes mají svou platnost. Je to zejména tvrzení, že hypnóza je spánek, že při hypnotizaci vzniká závislost na hypnoterapeutovi, která přetrvává. Z toho vyplývá další obava, a to ze škodlivosti hypnózy nebo dokonce z nenávratných změn. Někteří jedinci se ubezpečují, že se určitě z hypnózy proberou. V publikaci osvětluji vznik mýtů a vyvracím jejich platnost.

Zajisté existují o hypnoterapii skeptické postoje, zejména ze strany lékařů a zdravotníků. Zajímá mě, jak je překonáváte?

Skeptické postoje vznikají většinou z neznalosti metody a také tím, že pro lékaře nejsou neurovědní souvislosti podstaty hypnózy dostatečně prokazatelné. Na odborných konferencích a v odborných časopisech se snažíme s kolegy prezentovat právě kazuistiky a odpovídat na všechny otázky. Kolegové psychiatři, kteří mě osobně znají, mi s důvěrou své pacienty posílají. Moje publikace by také měla k tomu přispět.

Mohla byste nám představit nějakou zajímavou kazuistiku z knihy?

Každá z kazuistik je v něčem specifická a tím zajímavá, což bylo hlavní motivací při mém výběru. Oslovit mnoho čtenářů může hned první příběh, který popisuje léčbu fobie z létání (aviafobie). Statistiky uvádějí, že problém s létáním má až 30 % lidí. Někteří z nich to "nějak" přežijí, ale jiní přestali letadlem létat. Kazuistika je neobvyklá tím, že proběhlo jen pět terapeutických sezení a v nich jsem navodila hypnózu 3krát. Bylo to dáno tím, že jsme měly s klientkou do odletu jen dva a půl týdne. Je zde také srozumitelně uváděno,



čemu jsme se věnovaly při psychoterapeutickém rozhovoru, jak vznikly hypnotické sugesce a také využití autoregulačního postupu (autogenní trénink). K tomu jsme přidaly vypracování žluté kartičky, jež obsahovala klíčové sugesce. Tu pak klientka používala přímo v letadle. Všechny tyto terapeutické postupy demonstrují aplikaci modelu trojramenné hypnoterapie. Terapii byla úspěšná, k čemuž přispěla významně dobrá hypnabilita klientky a její ochota být maximálně aktivní.

Pojďme se prosím pobavit o samotné práci hypnoterapeuta. Jaké etické aspekty by měl hypnoterapeut vždy mít na paměti při práci s klienty?

Etické požadavky na hypnoterapeuta jsou v mnohém shodné s požadavky na psychoterapeuta. Nezbytností je VŠ vzdělání (psychologie, medicína, vybrané obory humanitního směru) a komplexní postgraduální psychoterapeutické vzdělání. Pro hypnoterapii existuje toto vzdělávání v hypnoticko-imaginativním směru. Tomuto se osobně věnuji v roli vedoucího výcvikové komunity a lektora. Další možností je získání hypnoterapeutických dovedností na odborném kurzu v Kroměřížské léčebně, jenž dlouhá léta vedl prof. Kratochvíl. Z etických požadavků jsou nejdůležitější mlčenlivost, dělat vše v zájmu pacienta a nezneužívat moc, která může vzniknout. Považuji za důležité nabídnout po hypnotizaci konzultaci (zdarma) pro případ, že by se v následujících hodinách a dnech objevilo cokoli nečekaného, nesrozumitelného či nepříjemného. Forma může být telefonická, on-line či osobně. Klienti se mohou obrátit na etickou komisi, která je součástí odborných společností, jimiž jsou hypnoterapeuti členy.

Jaké jsou podle Vás nejdůležitější dovednosti a vlastnosti úspěšného hypnoterapeuta?

Základem je výše uvedené vzdělání a sebe zkušenost, kterou nabývá v postgraduálním výcvikovém programu. Zde získá hypnoterapeut sebedůvěru, která se pak projeví v klidném hlase a dobrém formulování slov. Je potřeba se naučit pracovat i s nezdarem a umět odhalit zábranu na straně klienta, případně u sebe. Hypnoterapeut by měl být dobrým pozorovatelem řeči těla i v malých drobnostech. Důležité také je umění se rozhodnout a zachovat klid v případě, že hypnotizace probíhá jinak, než hypnoterapeut předpokládá. Nezbytná je empatie a respekt k jedinečnosti klienta. Dobrý hypnoterapeut “nebojuje” s klientem, “neopájí” se vlastní mocí a umí přiznat, že neví. Hypnoterapeut by měl být nositelem naděje, že se to podaří a za všech okolností myslet na prospěch klienta.

Jak může porozumění hypnoterapii prospět i lidem, kteří nevyhledávají terapeutickou pomoc?

Hypnoterapie otevírá obtížně poznatelnou část lidské psychiky, její nevědomí. Už přijetí této skutečnosti je pro člověka důležité pro sebepoznání. Mimo terapie je možné se naučit autohypnotické postupy a pracovat se sugescemi. Nakonec autosugesce běžně používáme v denním životě, častěji však ty negativní. Např. “Tak to nezvládnou”, “Zase budu mít smůlu” Cíleně pak můžeme formulovat a používat pozitivní autosugesce, např: “Nějak to půjde”, “Mám dobrou odolnost.” Hypnoterapeutické příběhy ukazují, jak dobře mohou sugesce fungovat.

Velice děkuji za rozhovor.
Mgr. Aneta Václavíková
Nakladatelský dům GRADA



PSYCHOTERAPIE

Recenzovaný časopis pro psychoterapeuty, studenty, výzkumníky i další zájemce o psychoterapii. Posláním časopisu je rozvíjení psychoterapie jako odborné a vědecky podložené činnosti a profese. Časopis vytváří prostor pro sdílení poznatků z praxe, teorie a výzkumu psychoterapie, byl založen 1990 pod názvem *Konfrontace* a od 2007 vychází pod názvem *Psychoterapie* na katedře psychologie FSS MU v Brně.

www.psychoterapie.fss.muni.cz



POKYNY PRO AUTORY



Vaše příspěvky jsou redakcí vždy vítány. S ohledem na kompatibilitu publikovaných prací s ostatními odbornými periodiky, ke kterým se počítáme, dodržujte, prosím, následující pokyny.

Délka příspěvků:

Pro rubriky Praxe, Teorie a Výzkum přijímáme texty do maximálního rozsahu 20 normostran (tj. 26 000 znaků včetně mezer); zaslat lze samozřejmě i texty kratší. Do max. rozsahu je zahrnut i abstrakt ve dvou jazycích a literatura. Pro rubriky Z pošty, Politika a koncepce, Akce přijmeme rádi texty do maximálního rozsahu 10 normostran (13 000 znaků) a samozřejmě kratší. Recenze knih budiž do rozsahu 5 normostran (7500 znaků).

Nezbytné položky:

Název v češtině (resp. slovenštině) a název v anglickém jazyce
 Klíčová slova v češtině (3–5) a *key words* v angličtině
 Abstrakt (souhrn práce v rozsahu 10–15 řádků), a to v češtině i angličtině
 Literatura
 Informace o autorovi v rozsahu 10 řádků
 Ke jménu autora uveďte vždy pracoviště a kontakt na autora, který bude uveřejněn
 Kromě recenzí a krátkých zpráv jsou příspěvky recenzovány

Recenzní řízení:

Recenzní řízení je oboustranně anonymní, pokud to naše malé poměry dovolí. Příspěvky jsou posuzovány dvěma recenzenty. Redakce a redakční rada mají právo text odmítnout ještě před recenzním řízením z důvodů nedodržených pokynů pro autory, případně text vrátit autorovi k doplnění.

Pokyny k formální stránce textů:

Redakce PsychoSomu přijímá původní příspěvky v českém jazyce či slovenštině, které odpovídají odbornému profilu časopisu. Příspěvky posílejte, prosím, v elektronické podobě, nejlépe ve formátu WORD (.doc), případně rtf, buď elektronickou poštou na adresu redakce (chvala@sktlib.cz), nebo poštou na přiměřeném datovém nosiči (CD). Prosíme, neformátujte text jinak, než umožňuje textový editor Word ve svých „stylech“, a to „Normal“ pro běžný odstavec textu, „Nadpis 1“ pro hlavní nadpis, a „Nadpis 2“ pro mezititulek. Klávesu „Enter“ používejte jen na konci řádku, chcete-li vytvořit nový odstavec.

Mezera mezi slovem nebo za čárkou či tečkou před dalším slovem budiž, prosím, jen jedna. Normostrana obsahuje zpravidla 30 řádků po 60 úhozech, velikost písma 12 dpi. Všechny obrázky, tabulky, grafy a jiné přílohy posílejte zvlášť – neformátujte je do textu. V něm jen označte místo jejich umístění. Nepoužívejte odkazy, jako poznámky pod čarou či za textem pomocí funkce „Vložit“.

Pokyny pro citování:

V zájmu shodného uvádění citované literatury (a citací v textu) prosíme o dodržení normy ČSN ISO 690: 2011. Přesnější pokyny zde: <https://sites.google.com/site/novaiso690/schema-a-priklady/lky-v-asopisech>

