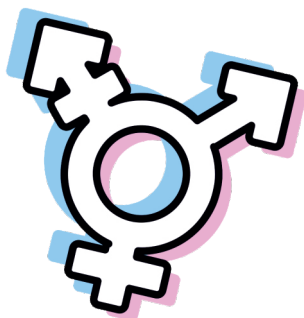


Rozvoj duševní pohody u transgender klientů

Poznatky a holisticky orientovaný terapeutický přístup



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

Rozvoj duševní pohody u transgender klientů

Poznatky a holisticky orientovaný terapeutický přístup

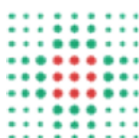
Autoři

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

Jak citovat knihu?

Doležalová, P., Heumann, V., Orlíková, B., Hull-Rochelle, G., Pavlica, K., et al. (2021). Rozvoj duševní pohody u transgender klientů. Poznatky a holisticky orientovaný terapeutický přístup. Národní ústav duševního zdraví, Klecany.

Monografie vznikla na základě projektu SWITCH (Supporting Wellbeing and Integration of Transgender Victims in Care Environments with Holistic Approach). Tento projekt byl financován z programu Evropské komise: Práva, rovnost a občanství (2014–2020).



Azienda Unità Sanitaria Locale Reggio Emilia

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

© Pavla Doležalová, 2021

ISBN 978-80-87142-44-8

Obsah

Úvod	5
1. Transgender a nebinární identita	6
Kolik je trans lidí v populaci?	6
Lékařská diagnóza	6
Nebinarita	7
Intersex lidé	7
Coming out	8
Tranzice	9
Sociální tranzice	9
Fyzická/medicínská tranzice	9
Úřední tranzice (změna úředního pohlaví)	11
Transfobie a další stresory	12
Patologizace transgender a nebinárních identit	13
Sociální vztahy a komunitní podpora	14
Charakteristika transgender komunity	14
Přijetí ze strany rodiny a nejbližších	15
Přijetí v pracovním nebo školním kolektivu	17
2. Základní pojmy a definice	18
3. Obecná doporučení pro poskytovatele lékařské péče pro transgender a nebinární osoby	21
Sebeurčení	22
3.1 Zvyšování informovanosti poskytovatelů péče	23
3.2 Vývoj v průběhu životního cyklu	24
Děti	24
Dospívající	25
Starší klienti	25
3.3 Přístup k transgender a nebinárním klientům	26
Obecné zásady	26
Po coming outu	26
Jaké jméno a gramatický rod používat?	27
Neptejte se na intimní věci, pokud to není nezbytné	27
Dodržujte hranice	27

4. Doporučené metody psychoterapie u trans a nebinárních klientů.	28
4.1 Holistické přístupy, modely práce „od shora dolů“ a „od spodu nahoru“	28
Kognitivně-behaviorální přístupy	29
Somatické (body-mind) terapie založené na práci s traumatem.	30
Somatická terapie	31
4.2 Svépomocné metody, podpůrné skupiny a poradenství	33
4.3 Principy péče zacílené na klienta.	35
Zásady pro terapeuty a jiné pomáhající profese	35
Inkluzivita pro transgender a nebinární klienty v sociálních a zdravotních službách	35
4.4 Domény duševní pohody (wellbeing).	36
5. Mapování dobré praxe mezi terapeuty tří zemí v rámci projektu SWITCH	37
Výběr nejdůležitějších témat v terapeutické praxi	37
Bariéry biologické, psychologické, environmentální a společenské, pracovně ekonomické	38
6. Závěr	40
Příloha Mapování dobré praxe mezi terapeuty tří zemí	41
Česká republika	41
Itálie	42
Španělsko	46
Výpovědi klientů	50
Odkazy a zdroje	53

Úvod

Obdobně jako jiné oblasti lidského života, které přesahují běžnou zkušenost, je oblast transgender, nebinárních a intersex lidí spojena s předsudky či stereotypy. Práce s takovými lidmi a tématy navíc přesahuje i běžnou zkušenost odbornic a odborníků. Ti pak řeší vlastní nejistoty, dilemata a etické otázky. Transgender, nebinární a intersex lidé, klienti a klientky, jsou přitom prokazatelně ohrožení, a to jak v osobním životě (suicidalita a sebepoškozování dosahuje 40–50 %), tak v rámci využívání služeb pomáhajících profesí (které, i nechtěně, mohou představovat až traumatickou zkušenost).

Publikace má na základě mapování zkušeností odbornic a odborníků, ale i samotných trans, nebinárních a intersex lidí, podpořit informovanou, kvalitní a etickou odbornou praxi. Základní orientace v tematice, informace, zkušenosti, příklady dobré terapeutické praxe i výzvy a zmapované potřeby této oblasti mají sloužit jako vodítka a identifikovat doporučené postupy pro práci s takovou klientelou, která se může objevit v praxi každého z nás.

Ideální je, když pak transgender, nebinární a intersex lidé budou prostě jen lidé. Lidé se stejnými potřebami jako kdokoli jiný, místo toho, aby byli zvláštností, která vzbuzuje nejistoty, úzkosti a pochyby u těch, kdo poskytují odborné služby. Rozšíření odborné a osobní zkušenosti, reflexe normativit, stereotypů a porozumění pestrosti znamená zkvalitnění odborné praxe, ze kterého budou těžit všichni, bez ohledu na ne/konvenčnost genderové identity, sexuality, anatomie či vztahů.

Cílem této monografie, která vznikla na základě výzkumného projektu SWITCH, je vytyčit prostřednictvím definic, pojmů a konceptů jednotná teoretická východiska týkající se transgender, nebinárních a intersex osob a jejich wellbeing (duševní pohody). Zároveň uvádí možnosti integrace stanovených principů a vhodných terapeutických přístupů spolu/společně s jejich aplikací/zavedením v terapeutickém i lékařském prostředí. Tato publikace může být inovativním odborným průvodcem pro poskytování informované a kvalitní terapeutické, lékařské a jiné péče pro danou cílovou skupinu – transgender, nebinární a intersex osoby.

Tato publikace je dvojjazyčná, dostupná v češtině a angličtině. Je určena všem odborníkům, kteří poskytují psychoterapeutické, lékařské intervence v různém prostředí i mimo zdravotnictví, a poskytovatelům multidisciplinárních služeb. Publikace však může sloužit také k výzkumným a vzdělávacím aktivitám i jako vodítka pro instituce zodpovědné za strategické rozhodovací procesy.

V textu používáme pro obecné označení osob mužský rod, ten však v sobě zahrnuje i ostatní rody a odkazuje k osobám celé genderové škály.

Jiří Procházka, Pavla Doležalová

1. Transgender a nebinární identita

Jako transgender osobu označujeme takovou osobu, jejíž rod se neshoduje s pohlavím, které jí bylo přiřazeno po narození. Genderová identita je totiž náš vnitřní pocit příslušnosti k určitému pohlaví, na jehož základě se cítíme být ženou či mužem (dívkou či chlapcem) nebo také můžeme stát mimo tyto dvě kategorie (nebinární lidé). U transgender a nebinárních lidí zkrátka pohlaví, které jim bylo přiřazeno při narození, neodpovídá jejich vnitřní autenticky prožívané genderové identitě [14].

Kolik je trans lidí v populaci?

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



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

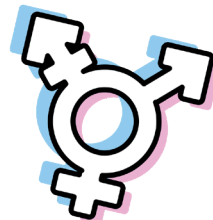
Na základě dat z různých dotazníků se odhaduje, že trans osob je v populaci 0,3 % až 1–4 % [4].

Lékařská diagnóza

Světová zdravotnická organizace (agentura OSN) schválila rezoluci o odstranění diagnózy „Porucha pohlavní identity“ ze svého mezinárodního seznamu diagnóz, což bude mít podle organizace Human Rights Watch podpůrný efekt pro transgender osoby po celém světě [44]. V nové verzi Mezinárodní klasifikace nemocí Světové zdravotnické organizace (MKN 11) jsou „Poruchy pohlavní identity“ nově definovány jako „Genderový nesoulad“ (Gender Incongruence). Ten je popsán jako výrazný a dlouhodobý nesoulad mezi autenticky prožívaným genderem a přiděleným pohlavím a je zařazen do kapitoly týkající se sexuálního zdraví. Diagnóza spojená s transgender identitou je tedy nově vyňata ze sekce duševních poruch [50]. Duševními nemocemi netrpí trans lidé více než běžná populace, ale mohou se u nich vyskytnout duševní problémy či poruchy např. v důsledku diskriminace, dlouhodobého menšinového stresu či šikany.

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

Nebinarita



Nebinární lidé nezapadají vůbec nebo ne zcela do kategorie muž či žena. Patří sem lidé s fluidním genderem (tzn. genderovou identitou měnící se v průběhu života), lidé s více gendery najednou, lidé s genderem, který není ani mužský, ani ženský, nebo lidé, kteří gender vůbec nemají.

Některé nebinární osoby se za trans lidi považují, jiné nikoliv. Souvisí to s mnoha věcmi: Někteří se částečně shodují právě s genderem, který jim byl určen po narození, a proto z respektu k lidem, kteří se s ním vůbec neztotožňují, se mezi transgender osoby neřadí. Jiní nebinární lidé se naopak za trans považují. Nebinární lidé představují menšinu v menšině a pro státní administrativu a zdravotnictví jsou takřka neviditelní, je pro ně tedy složité ztotožnit se s vlastní identitou, vyjednat si přístup k péči v rámci tranzice či dokonce správné oslovení a gramatický rod, jelikož český jazyk pro ně jednoznačné zájmeno a slovesný tvar zatím nemá. Někteří o sobě hovoří jako ostatní v mužském či ženském rodě, někteří rody střídají, jiní používají zájmeno to, případně nově objevené zájmeno „one“.

Prožívání genderu je velmi individuální, následující pojmy jsou tedy ukázkou nejčastějších pojmenování nebinárních identit:

- **Bigender osoba** – její genderová identita se mění z mužské na ženskou a naopak v závislosti na kontextu nebo na situaci.
- **Genderfluid osoba** – její genderová identita je fluidní, čili proměnlivá.
- **Androgynní osoba** – její podoba či identifikace je mezi femininní a maskulinní, a tedy se genderově prezentuje smíšeně nebo neutrálně.
- **Pangender osoba** – její genderová identita je souhrnem všech identit.
- **Agender osoba** – necítí příslušnost k žádné genderové identitě.
- **Genderless osoba/osoba bez genderu** – neidentifikuje se s žádným genderem.

Intersex lidé

Jak bylo uvedeno výše, transgender osoby jsou lidé, u nichž se genderová identita neshoduje s pohlavím, které jim bylo přiřazeno po narození. Intersex osoba se však narodila s některou z biologických variací, jež neodpovídají naší běžné definici žen a mužů. Někteří intersex lidé zažívají genderovou dysforii a identifikují se jako trans, například v případech, kdy byli socializováni v rámci jednoho genderu a v průběhu puberty (nebo dříve) zjistili, že vykazují rysy jiného. Například osoba, která vypadá jako typická žena, může mít typicky mužskou vnitřní anatomii nebo mozaikové chromozomy skládající se z XX a XY zároveň [16]. Některé variace jsou viditelné hned při narození, ovšem v některých případech nejsou detekovatelné ani do doby puberty. Některé chromozomální či jiné intersex variace nejsou vůbec fyzicky patrné [29].

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

Úřední uznání intersex lidí se týká především jejich možnosti využívat stejná práva jako ostatní, žádat administrativní úpravy právních dokumentů, pokud jejich původní přidělené pohlaví není adekvátní. Je ovšem třeba podotknout, že úřední uznání nespočívá ve vytvoření kategorie třetího pohlaví nebo genderové klasifikace intersex osob jako samostatné skupiny osob, ale zakládá se v jejich nároku na sebeurčení [5].

Coming out

Coming out je proces, během kterého si člověk uvědomí a pojmenuje svoji minoritní sexuální orientaci a/nebo genderovou identitu. V českém jazyce se jako nejvýstižnější ustálilo toto anglické sousloví, které se většinou nepřekládá. Můžeme rozlišit dvě fáze coming out: vnitřní uvědomění a vnější sdělení. U transgender osob není neobvyklé, že mezi těmito dvěma fázemi, tedy po vnitřním uvědomění a před vnějším odhalením své genderové identity, mohou uplynout i desítky let.

Uvědomění samotné pak může trvat několik okamžiků, ale i několik let. Trans a nebinární lidé mívají poměrně brzy tušení, že s pohlavím, které jim bylo připsáno po narození, nejsou zcela v souladu, ale celý proces jim připadá příliš složitý. Člověk, který svou identitu hledá, může také naopak propadnout do stavu intenzivního popírání a v důsledku rizik spojených se společenskou stigmatizací vědomě či podvědomě ignorovat signály odkazující k jeho jinakosti.

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

Výzkum spolku Transparent z.s. z roku 2018 ukázal, že vůbec nejméně příznivě reagovali po coming out trans či nebinárního člověka na tuto informaci rodiče (44 % negativních reakcí, pouze 28 % pozitivních reakcí od otců a 36 % od matek). Naopak nejpozitivnější reakce přišly od přátel (73 % pozitivních reakcí) a partnerů/partnerek či manželů/manželek (62 %) [30].

Tranzice

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

- **sociální** – zastávání dané sociální role ve společnosti;
- **fyzická** (nebo také medicínská) – zahrnuje hormonální terapii a chirurgické zákroky;
- **úřední** – změna jména, rodného čísla a úředního pohlaví.

Sociální tranzice

Nejsložitějším aspektem tranzice je ten společenský. Sociální změny vyžadují, aby trans lidé viditelně a veřejně změnili svou genderovou roli. Může to znamenat i změnu sociálního postavení, např. trans ženy se shledávají s nižším platem za svou práci, s omezením kariérních voleb a typů zaměstnání. Mohou se také lišit očekávání ze strany okolí. Čím starší je daná osoba a čím více sociálních rolí zastává, tím složitější je její tranzice, v krajním případě se může ocitnout v úplné sociální izolaci. Je vhodné, aby v tomto období měli transgender klienti dostatečný přístup k profesionálním službám psychologické a podpůrné péče.

Fyzická/medicínská tranzice

Tato část tranzice je nejviditelnější a pro většinu lidí je i určitým synonymem pro tranzici jako takovou, čímž se však tento proces často redukuje pouze na fyzické změny a na „léčbu“ trans osob prostřednictvím hormonů a operací. V kontaktu s poskytovateli lékařské péče v rámci tranzice je naopak do velké míry opomíjena dimenze psychického wellbeingu. Neplatí sice, že všichni trans lidé mají automaticky zájem o operativní či hormonální změny, ale dá se říci, že čím silnější jsou pocity fyzické dysforie, tím je touha po operativních změnách větší.

Každá země pak má vlastní legislativu a pravidla pro medicínskou a úřední tranzici. Medicínská část tranzice je v současné době v ČR řešena podle zákona č. 373/2011 Sb. o specifických zdravotních službách, § 21–23. Vyžadované podmínky k chirurgickým zákrokům podle tohoto zákona jsou:

- **dovršení 18 let věku;**
- **stanovení diagnózy (F64);**
- **neexistence manželství nebo registrovaného partnerství;**
- **vlastní písemná žádost;**
- **kladné stanovisko odborné komise.**

V České republice je fyzická tranzice v rukou sexuologie a před nastoupením hormonální terapie nebo před operativními zákroky je třeba získat příslušnou diagnózu. Právě diagnostika trans identity je však poměrně složitá vzhledem k tomu, že genderovou identitu nelze měřit či jinak objektivně stanovit. Vždy tak záleží na výpovědi a vnitřním prožívání dané osoby. V řadě případů se však ze strany sexuologů v ČR trans osoby setkávají s metodami, které jsou diskutabilní, zbytečné či pro klienty přímo škodlivé (měření vzrušivosti genitálu tzv. plethysmografem).

Součástí diagnostiky může být i tzv. **Real-Life Test**, neboli „test skutečného života“, v jehož rámci musí lidé prokázat, že dokážou žít v genderové roli, se kterou se identifikují, po určitou dobu před případným podstoupením operativního zákroku. Je nutné si uvědomit, že Real-Life Test může pro některé osoby znamenat další stresující zátěž i případné bezpečnostní riziko.

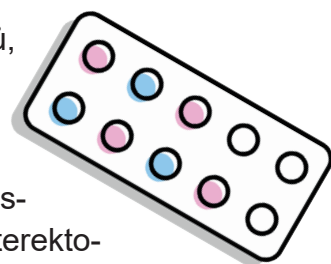
Na základě diagnózy je pak možno využívat prostředky hormonální terapie. V průběhu hormonální terapie se lidé mění fyzicky, často ale i psychicky. Součástí této fáze je i nutnost projít ve všech důležitých oblastech života (příbuzní, škola/práce atd.) coming out, pokud nebyl proveden už dříve. K tomu se pojí i riziko ztráty zaměstnání, nepochopení a ztráty vztahů s příbuznými, s přáteli, s partnery či partnerkami a podobně. Je proto třeba, aby měl člověk zejména v této době kolem sebe aspoň nějakou podporu a v případě, že ji nemá v podobě blízkých osob, je dobré obrátit se na prověřené odborníky z řad psychologů nebo na jiné podpůrné služby (podpůrné skupiny, peer-to-peer poradenství a podobně).

Po ročním období užívání hormonů může trans osoba předstoupit před komisi Ministerstva zdravotnictví, která schvaluje možnost operativních zákroků. Tato komise má spíše formální charakter a skládá se z lékařů, právníků a úředníků Ministerstva zdravotnictví, představuje ovšem další, a podle mnohých zbytečnou, zátěž na psychiku trans osob.

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

Trans femininní osoby mohou projít jedním či sérií feminizačních zákroků, včetně orchiektomie, vaginoplastiky, augmentační mamoplastiky, feminizace obličeje, zmenšení ohryzku a feminizace hlasu.

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



Nedostatky českého systému medicínské tranzice, které mají zásadní dopad na duševní pohodu transgender osob, tedy jsou:

- neexistence jednotné metodiky pro péči o trans osoby na sexuologických pracovištích; některé trans osoby musí procházet ročním Real-Life Testem ještě před nasazením hormonů, což může mít vážné negativní důsledky zejména pro jejich sociální život, jinde zase na sexuologii vyžadují měření vzrušivosti, tedy postup, který je pro trans osoby

vzhledem k jejich fyzické dysforii (nesouladu s vlastním tělem) stresující až traumatizující a není pro stanovení diagnózy v žádném případě indikativní;

- nedostatečný důraz na duševní zdraví a wellbeing trans a nebinárních osob a jejich terapeutickou podporu, tranzice je pojmána jako úprava těla hormonů a operacemi s cílem „vyléčení“;
- přílišná formalizace a standardizace procesu medicínské tranzice, který vyžaduje podstoupení všech jednotlivých kroků, ačkoli je cesta jednotlivých trans a nebinárních osob rozmanitá;
- neschopnost vyjít vstříc nebinárním osobám, které jsou pro systém tranzice, pokud je vnímána jako cesta na škále muž-žena a naopak, považovány za nezařaditelné.

Úřední tranzice (úřední změna pohlaví)

Většina zemí uplatňuje pro úřední tranzici striktní legislativní postup. V České republice je podle § 29 zákona 89/2012 Sb. Občanského zákoníku podmínkou pro úřední změnu jména a pohlaví:

- **udělení medicínské diagnózy**;
- **podstoupení operace** genitálií zahrnující sterilizaci;
- **rozvod** či zrušení existujícího registrovaného partnerství.

Výše uvedená podmínka operace/sterilizace a rozvodu je podle mezinárodního práva považována za diskriminační a v praxi vede např. k tomu, že řada trans lidí má osobní doklady, které neodpovídají jejich genderové identitě a které musí běžně a v různých sociálních kontextech používat pro prokazování své totožnosti. V důsledku toho si tyto lidé nemohou volit kdy, jakým způsobem a komu chtějí svou identitu oznámit, hrozí jim riziko šikany, diskriminace, násilí atd., a to i v rámci běžných aktivit, jako je výkon zaměstnání, návštěva úřadů, nákupy či návštěva lékaře.

Požadavek nucené sterilizace je invazivní, nehumánní a nespravedlivý, odpírá trans lidem možnost sebeurčení, tělesnou autonomii a může způsobit duševní zátěž těm, kdo chtějí být rodiči. Také mohou nastat komplikace v průběhu operace, může dojít ke zbytečným zdravotním problémům a dalším obtížím, např. hormonálním. Požadavek rozvodu nebo udržení svobodného statutu (i v případech, kdy choť trans osoby souhlasí a tranzici podporuje) může vést k rozpadu rodiny a zničení primární podpůrné sítě trans osob. Všechny tyto procesy mohou také ohrozit pracovní zabezpečení a profesionální kariéru kvůli dlouhému času nutnému k absolvování všech uvedených kroků.

Všechny tyto procesy jsou rovněž nákladné a časově náročné a řada z nich je z hlediska svého účinku pochybná. Potřeba úředního uznání genderové identity ale pro trans osoby

není jenom administrativní formalitou, bez které se mohou bez problémů obejít: pro řadu trans osob je to jediná možnost, jak žít důstojný život.

Transfobie a další stresory

Jevem, který má nejvíce nepříznivý dopad na duševní pohodu a zdraví transgender a nebinárních osob, je transfobní jednání. Pojem **transfobie** se používá k pojmenování silné nevole či předsudků vůči trans a nebinárním lidem. Může se projevovat dvěma způsoby: jako aktivní transfobie (záměrné vystupování proti transgender a nebinárním lidem), nebo pasivní transfobie (znevažování skutečnosti, že transgender a nebinární lidé existují) [43, 13].

Okolí může nějakou dobu trvat, než si zvykne na nový gramatický rod a nové jméno. Chyby jsou pochopitelné, ale záměrné popírání a znevažování identity trans osoby tím, že opakovaně používáme špatný gramatický rod (**misgendering**) nebo původní jméno (**deadnaming**) je považováno za formu transfobie, která může mít prokazatelné negativní psychologické dopady. Transfobie se může projevit rovněž jako diskriminace, např. znemožněním přístupu k toaletám nebo ke službám či výkonu povolání na základě identity. V některých případech může transfobie způsobit nenávistné verbální projevy nebo projevy fyzického násilí. Každoročně je po celém světě hlášena řada transfobních verbálních i fyzických útoků na transgender osoby, přičemž velká většina z nich není oficiálně registrována. Neochota k řešení těchto činů, nárůst netolerantních extremistických sociopolitických hnutí a přijetí zákonů poškozujících transgender práva mají velmi nepříznivý dopad na život trans lidí. K této situaci může přispívat i nedostatek oficiální podpůrné infrastruktury. Transfobie se může týkat také přímo trans osob samotných, a to v případě tzv. **internalizované transfobie**, kdy trans lidé sami přejímají negativní sociokulturní postoje od svého okolí, od společnosti, systému, rodiny, své kultury atd. s tím důsledkem, že sami před sebou snižují a shazují vlastní identitu či identitu jiných trans či nebinárních osob. Úrodnou půdou pro transfobii a transfobní nálady je také **cisnormativita** společnosti, tj. přesvědčení, že normální, přirozená a jediná akceptovatelná identita (genderový projev, tělesné charakteristiky atd.) je buď mužská, nebo ženská [31].

Stereotypy a předsudky vůči trans a nebinárním lidem nepramení z postojů k jednotlivcům, ale pramení z hetero- a cisnormativního podhoubí, které prostupuje celou naši kulturu (tzv. **transnegativita**).

Transnegativita je přejímána v rámci sociokulturního kontextu, který je třeba brát v potaz pro pochopení mechanismů transnegativity a podpory nejlepších metod pro sociální začlenění.

Tento koncept je definován několika různými aspekty [16]: osobní rovina (stereotypy a předsudky), interpersonální rovina (diskriminace, násilí), institucionální rovina (legislativa, strategie, sociální praxe) a kulturní rovina (kulturní reprezentace).

Je tedy nutné stanovit postupy, které mohou pomoci změnit kulturní zobrazení a přístup ze strany institucí a také veřejné správy [17]. Jako příklad lze uvést projekt uspořádaný Interinstitucionální komisí pro boj s homotransnegativitou a podporu inkluze LGBTI osob v italském

kraji Reggio Emilia. Ten vznikl jako reakce na neutuchající diskriminaci vůči LGBTI menšinám a následnou potřebu „kultury jinakosti“, která podpoří a zplnomocní lidi LGBTI identit.

Stejně jako jiné minority, i trans a nebinární lidé trpí **menšinovým stresem** vyvolaným stigmatizací a s ní spojenou diskriminací, včetně verbálního či fyzického obtěžování. Stigma spojené s transgender identitou pak ve svém důsledku plodí prostředí, které je pro tyto osoby stresující, urážlivé a ponižující a může vest k násilí z nenávisti, šikaně atd. Tyto faktory mají prokazatelný vliv na duševní zdraví a vznik rizikového či sebevražedného chování. Jedním z důsledků je pak také skrývání své jinakosti, sebestigmatizace a internalizovaná transfobie.

Jedním z hlavních stresorů může být také již zmíněné nastavení systému, tedy **strukturní násilí** využívající opatření, která omezují práva či rozvoj osob spadajících pod jejich působnost. Může jít o projevy spíše nenápadné (gatekeeping ze strany lékařů vůči trans lidem, kteří musí často tajit nebo upravovat to, co lékařům říkají, aby se dostali k péči v rámci tranzice), ale i zákonem stanovené podmínky, jako je sterilizace a požadavek rozvodu, jež narušují některá z práv trans osob (právo na zdraví, právo na rodinu atd.).

Gatekeeping se týká do velké míry oblasti lékařství a poskytování lékařských služeb spojených s tranzicí. Doktoři mohou ze své pozice kontrolovat a řídit proces tranzice u transgender osob nebo jim ho i zcela upřít. Jejich argumenty pak vycházejí z mylného přesvědčení, že transgender lidé nejsou sami schopni svou vlastní identitu určit a musí podstupovat měsíce či roky léčby do té doby, než mohou podstoupit proces medicínské tranzice. Někteří lékaři také tvrdí, že psychiatrické diagnózy nebo problémy jsou důvodem pro pozastavení či prodloužení procesu tranzice. Psychologické problémy trans osob jsou přitom často způsobeny jejich dysforií a stresem z pocitu, že fungují ve špatné genderové roli. Zdárný proces jejich tranzice může být takto ohrožen problémy v oblasti duševního zdraví.

Patologizace transgender a nebinárních identit

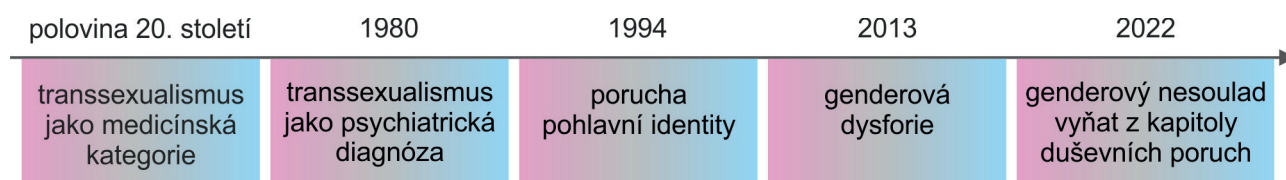
Patologizace je medicínská, právní a kulturní praxe, která pojímá nějaký znak, jedince či skupinu osob jako ze své podstaty se vyznačující nějakou poruchou. Mezi přímé důsledky patologizace transgender osob v rámci předchozí diagnózy transsexualismu či poruchy pohlavní identity coby duševní poruchy lze zahrnout např. zhoršený přístup k lékařské péči v rámci tranzice i mimo ni, porušování práva na tělesnou integritu, na zdraví či na rodinný život a omezení přístupu k úřednímu uznání genderové identity.

Depatologizace představuje vývoj, kterým se ubírá mezinárodní pojetí transgender a nebinárních identit v čele se Světovou zdravotnickou organizací, která od roku 2022 změnila zařazení původní diagnózy tzv. transsexualismu a pozdější poruchy pohlavní identity (Gender Identity Disorder). Nová diagnóza s názvem Genderový nesoulad (Gender Incongruence) není již vedena jako duševní porucha a je nově kategorizována jako stav spojený se sexuálním zdravím.

Odbornou asociací, která se na mezinárodním poli věnuje zdraví transgender osob, je WPATH – World Professional Association for Transgender Health. Ta rovněž doporučuje standardy péče o transgender klienty. Její poslední verze Standardů péče – verze č. 7 (Stan-

dards of Care, version 7) uvádí, že tranzice má být pojímána jako nepatologická a s využitím širokého vyjádření genderových identit, jejich kulturní rozmanitosti a možností tranzice. Výslovně také odsuzuje jakékoliv „reparativní“ a „konverzní“ metody terapie (tedy takové metody, jejichž cílem je změnit či „napravit“ genderovou identitu dané osoby) [54].

Cesta k depatologizaci transgender identity



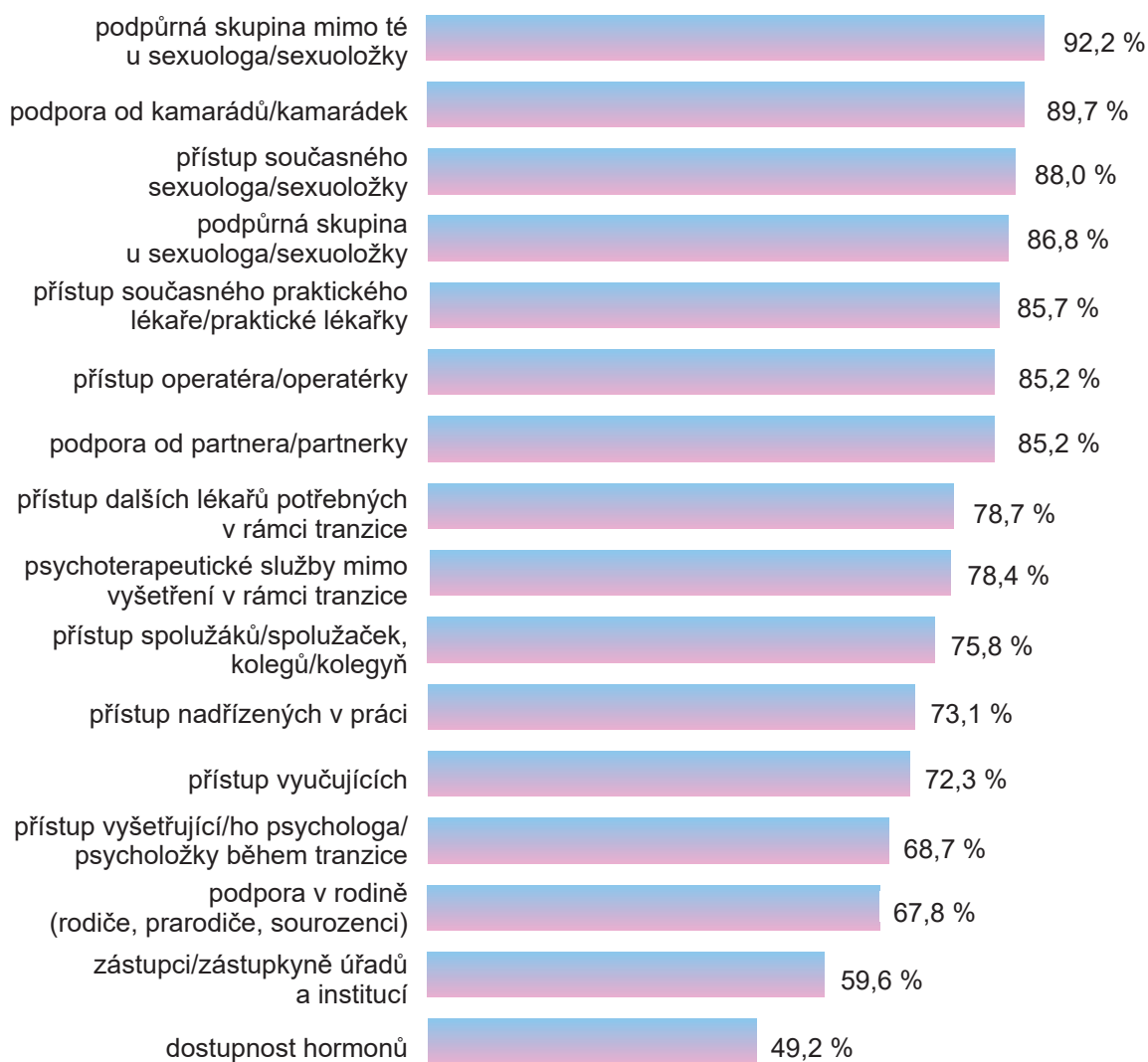
Sociální vztahy a komunitní podpora

Komunita osob v menšinovém smyslu slouží jako zdroj sounáležitosti, ujištění a vzájemnosti, což jsou hodnoty a pocity spojené s wellbeingem. LGBTI, a tedy konkrétně transgender osobám poskytuje bezpečný prostor pro vyjádření vlastní autentické identity a oslavu rozmanitosti. Představuje fyzický prostor (např. komunitní centra), sociální prostor komunitních akcí i prostor virtuální (on-line skupiny). Role komunity v oblasti duševního zdraví je však často nedoceněná, a to vzhledem ke skutečnosti, že na rozdíl od medicínského a institucionálního prostředí přináší možnost zplnomocnění a autentické reprezentace vlastní zkušenosti. Podle výzkumu situace v ČR se podpůrné skupiny pořádané komunitními subjekty ukázaly být tím primárním a nejlépe hodnoceným zdrojem podpory pro trans a nebinární osoby.

Charakteristika transgender komunity

Transgender komunita však má svá specifika a je dobré je znát. Je přechodná a omezená co do počtu členů a členek (velká většina trans osob se nechce považovat za součást nějaké výlučné skupiny a ke své trans identitě se nehlásí). Transgender lidé také bývají do velké míry přehlíženi i v rámci LGBTI, jsou tedy jakousi „menšinou v menšině“. V neposlední řadě je třeba zmínit, že v rámci komunity transgender osob panuje velká rivalita názorů na to, co znamená být skutečně „trans“ a kdo si tranzici a úřední změnu zaslouží – nejsou výjimečné verbální potyčky či nenávistné útoky v on-line prostoru ze strany jiných trans osob, které nejsou v souladu se sebe prezentací (vzhledovou, mediální atd.) jiné transgender či nebinární osoby.

Spokojenost transgender a nebinárních osob v ČR s uvedenými službami/skutečnostmi



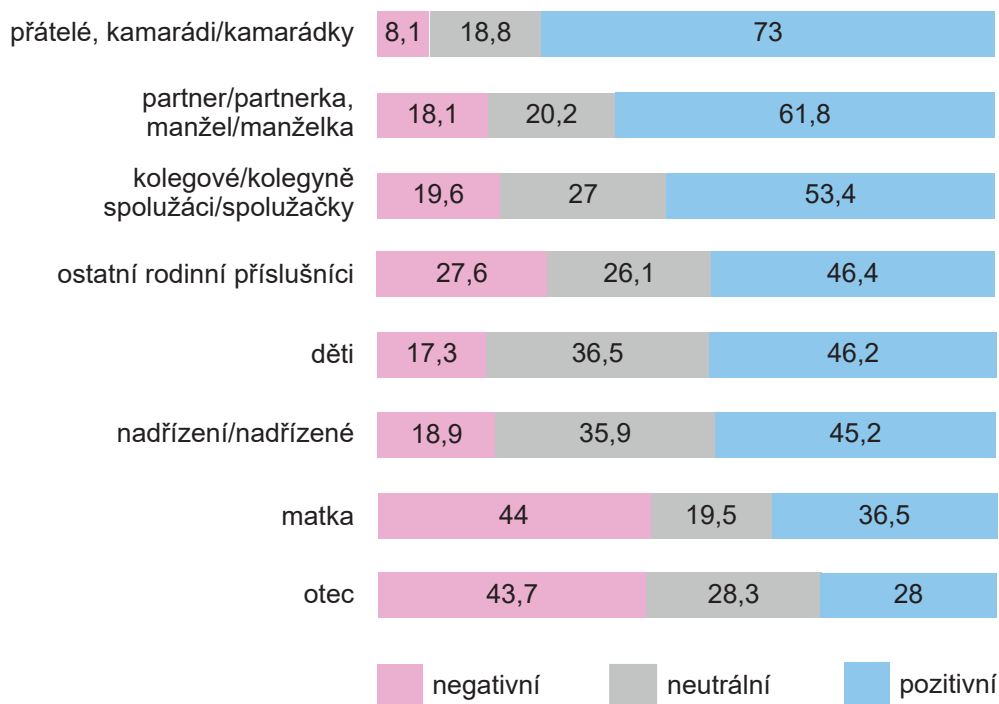
Zdroj: *Obavy a přání trans lidí, 2018, výzkum organizace Transparent z.s.*

Přijetí ze strany rodiny a nejbližších

Vztahy s nejbližšími jsou pro trans a nebinární osoby a jejich duševní a fyzickou pohodu zcela zásadní, avšak reakce nejbližšího okolí bohužel nebývá vždy pozitivní (viz graf). Někdy rodiče nutí své děti do role pohlaví připsaného po narození (vybírají jim oblečení, koňičky atd.).

Reakce rodičů na transgender nebo nebinární děti závisí především na jejich vlastních postojích ohledně přijetí transgender osob, jejich obavách ohledně reakcí ze strany okolí a na strachu, že identita jejich dětí dokládá jejich selhání v roli rodičů. Je důležité uvědomit si, že je to coming out i pro ně samotné a často jsou ponecháni sami v situacích, kdy musí před příbuznými, rodinnými přáteli atd. vysvětlovat situaci svého potomka, aniž by se v ní sami dobře orientovali, měli dostatečnou podporu nebo odvahu.

Reakce druhých po coming out



Zdroj: Obavy a přání trans lidí, 2018, výzkum organizace Transparent z.s.

Partnerské vztahy jsou rovněž pod velkým tlakem a velká část z nich se v průběhu tranzice rozpadá. Partneri či partnerky transgender osob se mohou po coming out cítit zrazeni a následuje ztráta důvěry. V Česku je navíc velkou zátěží pro stávající manželství či registrované partnerství nutnost tento svazek před úřední změnou pohlaví a dokladů ukončit. To je spojeno se strachem o budoucnost jejich dětí a vztah s nimi po rozvodovém řízení, ve kterém mohou být z důvodu své genderové identity považováni za rizikové pro kontakt s dítětem.

Intimita je ve vztazích další úskalí, a to kvůli problematickému vztahu trans a nebinárních osob ke svému tělu, konkrétně k jeho intimním partiím. Mohou tak mít potíže vztah navázat či si najít vhodného partnera nebo partnerku.

Děti – pro malé děti je obvykle snadné přijmout tranzici svého rodiče, pro starší děti a pro ty, kdo se danou skutečností dozvědí ve starším věku, je důležitá podpora a případná terapie.

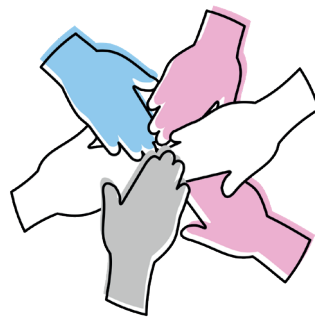
Založení rodiny obecně je z hlediska nepříznivých legislativních norem v ČR problematické. Transgender lidé musí ze zákona projít sterilizací; v případě, že si chtějí uložit svůj genetický materiál pro pozdější využití k založení rodiny, nemají po změně úředního pohlaví již právní nárok, aby se změněnou genderovou identitou využili. Tato situace prakticky znemožňuje trans lidem založit rodinu po dokončení úřední tranzice, ke které dochází ve stále nižším věku.

Pro rodiče a partnery/partnerky transgender osob jsou k dispozici podpůrné skupiny či poradenské služby organizací LGBTI komunity (Transparent z.s., Prague Pride a další). Vhodná je také terapeutická podpora informovaného odborníka.

Přijetí v pracovním nebo školním kolektivu

Pracovní a vzdělávací prostředí klade na trans a nebinární osoby velké nároky a často právě z obav z coming out v tomto prostředí lidé cestu tranzice ani nezvolí.

V kolektivu je velkým problémem **šikana**, a to jak ze strany kolegů, tak i nadřízených či vedení. Je tedy nezbytné, aby pro takové situace existovaly definované postupy a směrnice/edukační materiály. Podpora by měla přicházet právě od vedení firmy nebo školy a spolupracujících psychologů.



2. Základní pojmy a definice

Pohlaví – přibližná biologická kategorie, na jejímž základě jsou lidé podle fyzických znaků po narození tradičně rozdělováni na ženy a muže.

Pohlaví přiřazené při narození – ženské nebo mužské pohlaví přidělené při narození zdravotním personálem na základě určitého souboru fyzických rysů typicky přisuzovaného jednomu z těchto dvou tradičních pohlaví.

Gender – sociální nebo kulturní role, se kterou se lidé identifikují na základě své genderové identity; jde o sociální konstrukt, ke kterému se pojí určité atributy související se vzhledem (volba oblečení, barev, líčení, doplňků atd.), chováním nebo očekáváními ze strany společnosti, liší se historicky a geograficky.

Genderová identita – pocíťovaná příslušnost k určitému genderu nebo absence této příslušnosti, vlastní definice sebe sama na genderové škále. Nemusí souviset s pohlavím přiřazeným po narození.

Trans(gender) osoba – osoba, jejíž rod/pohlaví se neshoduje s tím, jaké pohlaví jí bylo přiřazeno po narození; pojmy trans (transgender) jsou přídavná jména.

Trans(gender) žena – žena, která se narodila s pohlavními znaky typicky připisovanými mužům, ale s mužskou rolí se neztotožňuje; trans ženy se někdy označují také termínem MtF (male to female) nebo AMAB (assigned male at birth).

Trans(gender) muž – muž, který se narodil s pohlavními znaky typicky připisovanými ženám, ale s ženskou rolí se neztotožňuje; trans muži se někdy označují termínem FtM (female to male) nebo AFAB (assigned female at birth).

Transsexuál – zastaralý pojem, který se váže k dříve platné medicínské diagnóze. Může být také zavádějící v tom smyslu, že genderová identita nesouvisí se sexualitou.

Transsexualismus, transsexualita – dřívější medicínská diagnóza spadající pod duševní poruchy, v předchozích verzích Mezinárodní klasifikace nemocí byla uvedena pod kódem F64.0. Od roku 2022 ji nahrazuje diagnóza tzv. genderového nesouladu, která již není kategorizována jako duševní porucha, ale stav spojený se sexuálním zdravím.

Genderový nesoulad – medicínská diagnóza, která nahrazuje diagnózu transsexualismu/poruchy pohlavní identity v MKN od roku 2022. Dokládá také posun v pohledu na transgender identity od škatulky duševních poruch směrem k sociálnímu aspektu transgender identity, a nikoli redukování na její fyzickou dimenzi.

Cis(gender) osoba – osoba, jejíž genderová identita je v souladu s tím, jaké pohlaví jí přiřadili po narození (např. osoba, kterou po narození označili jako muže a která se cítí jako muž, je cis muž).

Intersex – zastřešující termín označující různé tělesné variace, v jejichž rámci nejsou pohlavní znaky (chromozomy, gonády, hladiny pohlavních hormonů) či jejich kombinace ani typicky mužské, ani ženské; není vhodné v tomto kontextu používat pojmy intersexualita/intersexuál, které by mohly mylně odkazovat k sexuální orientaci; krajně nevhodný je pojem hermafrodit.

Nebinární nebo genderqueer osoba – osoba, která zcela nezapadá do binárních škatulek muž/žena, škála genderových identit této skupiny lidí je velmi pestrá a silně individuální (agender, bigender, genderfluid atd.).

Genderově nekonformní osoba – osoba, jejíž genderový projev nenaplnuje očekávání, které se váže k ženské či mužské roli ve společnosti.

Two spirit – osoba, která plní roli obou genderů; tradičně vychází z kontextu amerických Indiánů, ale obecně se používá pro označení kategorií mimo binární genderové role žena/muž napříč kulturami.

Drag performer/performerka (drag queen, drag king) – nespadá do kategorie transgender osob, a to proto, že se převléká do šatů obecně přisuzovaných opačnému genderu pouze dočasně, za účelem uměleckého vystoupení.

Transvestita – nespadá do kategorie transgender osob, a to proto, že se převléká do šatů obecně přisuzovaných opačnému genderu pouze dočasně, a to za účelem vlastního potěšení.

Dysforie – označuje negativní pocity, které vyvolávají především určité tělesné vlastnosti, jež nejsou v souladu s pociťovaným rodem člověka, dysforie má u trans lidí různou intenzitu.

Tranzice – proces nabývání vizuálních a tělesných charakteristik a sociální role, která je v souladu s genderovou identitou člověka. Rozlišujeme:

- **fyzická** – může zahrnovat hormonální terapii (HRT), chirurgické změny nebo různé jiné úpravy zevnějšku (např. laserové odstraňování vousů);
- **úřední** – změna označení genderu, jména, rodného čísla v dokladech a jiných úředních dokumentech;
- **sociální** – fungování ve společnosti v rámci pociťované sociální role, může zahrnovat změnu jména a gramatického rodu, úpravu vzhledu, plnění dané genderové role.

HRT (hormone replacement therapy) – hormonální terapie probíhající v rámci tranzice.

Real-Life Test (RLT), Real-Life Experience (RLT) – běžný lékařský požadavek v případě transgender osob, aby prokázaly, že umějí žít v kýžené genderové roli. Je však aplikován nesystematicky. Toto období může podle názoru lékaře trvat několik měsíců až let. Ačkoli může být pro řadu lidí přínosem, pro mnohé může představovat zbytečné riziko a stres.

Úřední změna pohlaví – oficiální proces změny jména a identifikátoru v kolonce „pohlaví“ v úředních záznamech a na dokumentech, jako jsou rodný list, občanský průkaz, pas či řidičský průkaz. V některých zemích není tato úřední změna možná, v jiných pak může být zdloouvavá, obtížná a ponižující.

Passing – stav, kdy je transgender osoba vnímána okolím v souladu se svou genderovou identitou a prezentací bez dotazování či zpochybňování.

Misgendering – použití špatných zájmen nebo nevhodného oslovení u transgender a nebinárních osob; může jít o důsledek omylu, lhostejnosti nebo záměrné snahy urazit, s tím souvisí i tzv. **deadnaming** (nevhodné užití starého jména dotyčné trans osoby).

Sebeurčení – právo deklarovat vlastní genderovou identitu a identifikovat se i oficiálně podle autentického prožívání a vyjádření bez nutnosti získání lékařské diagnózy či jiného dobrozdání.

Transfobie – iracionální strach z osob s transgender nebo nebinární identitou, který vede k odporu a averzi vůči nim a často se manifestuje jako verbální či dokonce fyzický útok namířený na jednotlivce či skupinu jako celek (urážky, konfrontace, útoky).

Internalizovaná transfobie – trans lidé sami přejímají negativní sociokulturní postoje od svého okolí, od společnosti, systému, rodiny, své kultury atd. s tím důsledkem, že před sebou snižují a shazují vlastní identitu či identitu jiných trans či nebinárních osob.

Cisnormativita – přesvědčení, že normální, přirozená a jediná akceptovatelná identita (genderový projev, tělesné charakteristiky atd.) je buď mužská, nebo ženská.

Gatekeeping – je častým problémem v zdravotnictví a zahrnuje jakékoli podmínky, které zejména transgender a nebinárními lidem ztěžují nebo omezují přístup ke zdrojům a k tranzici samotné. Lékařský personál je tak v pozici, kdy o přístupu rozhoduje na základě svých postojů a své zažité praxe, a může tak svými požadavky vyvíjet na danou osobu nepřiměřený tlak.

Depatologizace – proces zahrnující oficiální změnu perspektivy, v jehož rámci se transgender identity už nepovažují za patologický stav/zdravotní poruchu, kterou je třeba léčit, ale za přijatelnou sociální a fyzickou volbu, kdy jsou trans a nebinární lidé respektováni coby ti, kdo o své identitě rozhodují.

Osoba zkoumající svůj gender (gender-questioning) – osoba, která zkoumá svou genderovou identitu a jejíž identita se nemusí shodovat s pohlavím přiřazeným po narození.

3. Obecná doporučení pro poskytovatele lékařské péče pro transgender a nebinární osoby

Poskytovatelé zdravotnických služeb bývají pro transgender a nebinární osoby primární zastávkou na cestě k medicínské a úřední tranzici, závisí tedy na nich do značné míry i následný vývoj a duševní zdraví transgender a nebinárních klientů. Je alarmujícím zjištěním, že zdravotní personál (včetně poskytovatelů péče v rámci tranzice) často jedná způsoby, které jsou pro transgender, nebinární a intersex klienty nepodporující nebo přímo poškozující. Podle výsledků výzkumu Obavy a přání trans lidí v České republice, který v roce 2018 provedla organizace Transparent z.s., byla většina případů obtěžujícího, diskriminujícího a ponižujícího chování vůči transgender lidem registrována právě ze strany pomáhajících profesí. Celá čtvrtina z těch, kdo v dotazníku uvedli, že zažili nějakou formu tohoto jednání, (25,1 %) dále specifikovala, že negativní či degradující přístup zažila ze strany lékařského personálu nebo jiné pomáhající profese (zdravotníci, psychologové, sexuologové, duchovní atd.). Další v pořadí bylo špatné zacházení a diskriminace ve škole (24,3 %), v rodině a od nejbližších (21,3 %), na pracovišti (12,8 %), ve veřejném prostoru (8,1 %), ze strany policie (5,3 %) atd. [30]. Je proto nesmírně důležité těmto poskytovatelům předat doporučení k práci s trans osobami, a to jak v rámci obecné lékařské péče, tak i specifické péče související s tranzicí.

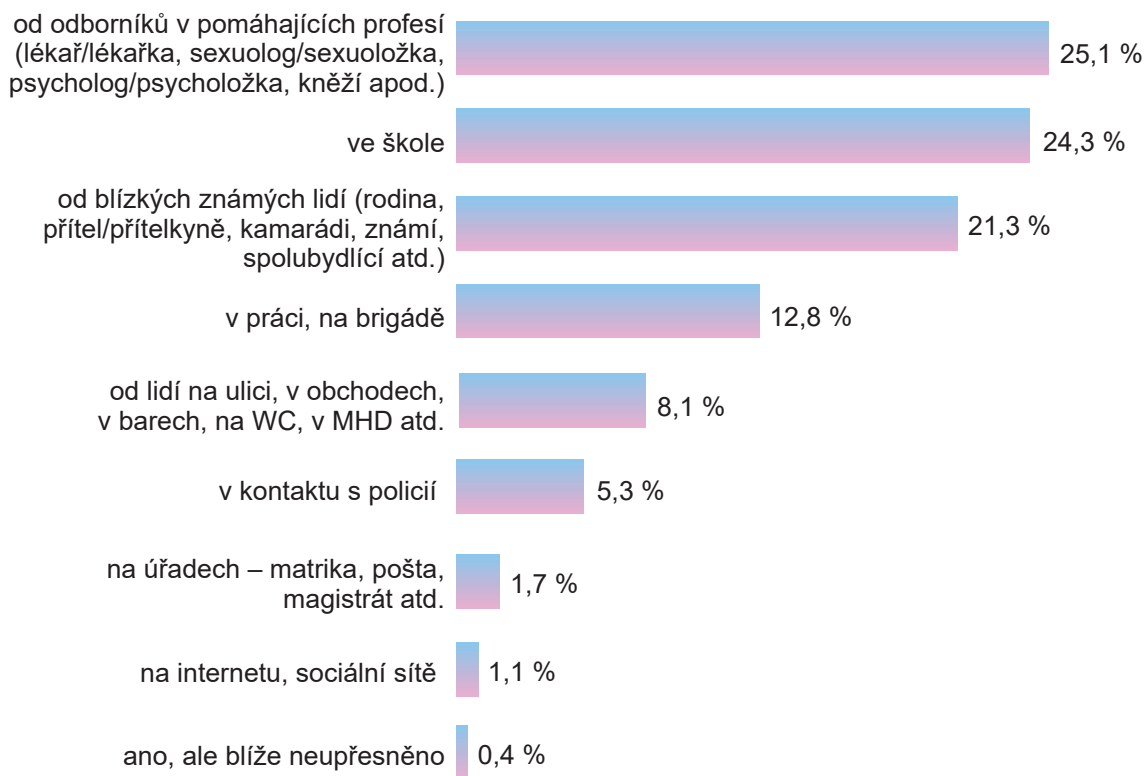
Závěry výzkumů ukazují, že ze strany zdravotníků nelze automaticky předpokládat adekvátní, empatickou péči a přístup. Jak uvádějí Chapman a kol. [8], LGBTI rodiny se zdráhají o orientaci či identitě svých dětí před zdravotníky hovořit, protože se obávají, že se jim nedostane stejně kvalitní péče jako hetero a cisnormativním rodinám. To podtrhuje důležitost využití modelů holistické péče soustředěné na individuální podporu a charakter jednotlivých rodinných systémů.

Jenner [22] uvádí, že je nezbytné přijmout v rámci revize zdravotní péče patřičné protokoly a přizpůsobit je potřebám příslušné cílové skupiny. Z hlediska autora vyžaduje péče o transgender klienty znalosti nejen anatomických změn a vlivu hormonální terapie, ale i kulturních ohledů týkajících se dané komunity. Kvalitu zdravotní péče lze vyhodnotit na základě toho, do jaké míry klade důraz na kulturní senzitivitu, zohlednění společenských, politických změn a profesní integrity.

Carlström a Gabrielsson [6] se rovněž věnují zkušenosti transgender klientů s lékařským personálem. Studie došla k závěru, že je důležité vyhodnotit transgender osoby coby velice zranitelnou skupinu populace, jejíž důstojnost je při poskytování lékařské péče často narušena. Z tohoto důvodu Carlström a Gabrielsson důrazně doporučují, aby lékařský personál přejal ústřední roli v rámci pomoci a podpory této skupiny klientů. Zdravotníci mohou přispět ke zvýšení důvěry v lékařskou péči tím, že jejich identitu beze zbytku přijmou a více se zacílí na jejich specifické potřeby.

Sedlak et al. [38] ve své studii uvádějí, že ačkoli se o situaci transgender lidí ve společnosti otevřeně hovoří, poskytovatelé zdravotní péče se při interakci s těmito klienty necítí dobře, protože nemají příslušnou průpravu, a proto je jejich péče často necitlivá a stereotypizující.

Zkušenost s diskriminací, šikanou nebo ponižujícím chováním kvůli genderové identitě rozdělena podle zdroje této zkušenosti (v %)



Zdroj: *Obavy a přání trans lidí, 2018, výzkum organizace Transparent z.s.*

Sebeurčení

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

Medicínská tranzice by neměla být považována za předpoklad pro validaci a legitimizaci transgender identit; mělo by být k dispozici více možností než jen jedna normativní cesta.

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

Kvalifikovaní lékaři, zdravotní personál a také studenti medicíny by měli být systematicky a průběžně vzděláváni v oblasti transgender problematiky, včetně nejnovějších mezinárodních poznatků.

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

Transgender klienti by měli mít možnost zvolit si své jméno bez ohledu na současný požadavek genderově neutrálního tvaru jména i pro ty osoby, které by preferovaly čistě mužský, nebo ženský tvar.

Možnost zvolit dostupnou terapii (včetně hormonální) nebo podstoupit operaci spojenou s tranzicí by měla být považována za medicínsky nezbytnou pro ty transgender osoby, které ji chtějí podstoupit. Zároveň by měla být zachována současná situace ohledně jejich hrazení. Volba jednoho typu terapie (např. hormonální terapie) by však neměla být brána jako automatický souhlas s dalšími typy terapie (např. chirurgickým zásahem), pokud si to daná osoba nepřeje. Spíše než vyvozovat hrazení hormonální terapie a operací z definice transgender identity jako poruchy, je třeba transgender a nebinární osoby podporovat v rozhodnutích, která činí o vlastním zdravotním stavu.

Je také nutné zmínit řadu stavů a situací, jako je těhotenství, porod, péče o dítě, které nejsou klasifikovány jako patologické, ale přesto daného člověka kvalifikují k získání finanční podpory od státu. Fakt, že tato finanční podpora je dostupná, odráží hodnotu, kterou těmto stavům připisuje jak společnost, tak stát. Stejný princip se vztahuje na sebeurčení obecně. Přístup ke specifické terapii by měl být také považován za nezávislý na procesu úřední změny pohlaví.

Lékaři a ostatní odborníci by měli pečlivě sledovat mezinárodní vývoj v oblasti medicíny směrem k depatologizaci transgender osob a jejich identity (k tomuto vývoji aktivně přispívá také organizace World Professional Association for Transgender Health).

3.1 Zvyšování informovanosti poskytovatelů péče

Etické principy a kodex pro psychology uvádějí genderovou identitu jako jeden z faktorů, který v rámci zajištění kompetencí v psychologické oblasti vyžaduje speciální školení, zkušenosti, konzultace či supervizi [3].

Je důležité, aby se psychologové neustále školili ohledně otázek spojených s identitou a genderovým vyjádřením coby základem pro podporující psychologickou praxi, a to zejména z důvodu vysoké míry společenské neznalosti tématu a stigma ohledně transgender a genderově nekonformních osob. Je třeba zajistit takové dodatečné psychologické vzdělání, školení či supervize, které nebudou z transgender, nebinárních a genderově nekonformních lidí činit senzaci [27], nepovedou k jejich využívání či patologizaci [23].

V první řadě je nezbytné, aby psychologové díky dalšímu vzdělání vyvinuli vůči lidem různých genderových identit a vyjádření nezaujatý a profesionální přístup. Je nezbytné zvyšovat

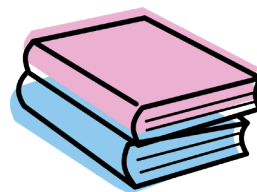
povědomí o cisgender privilegiu, předsudkům a diskriminaci vůči trans lidem, pořádat debaty přímo s transgender a nebinárními osobami, které se v jejich rámci podělí o své zkušenosti nebo do vzdělávacích programů zařadí svůj narativ [1].

Podle ACA, ALGBTIC Competencies for Counseling Transgender Clients [1], by psychologové měli mít hlubší znalosti v následujících oblastech:

- fyzický aspekt (přístup ke zdravotní péči, HIV a další zdravotní aspekty);
- sociální aspekt (rodina/partnerské vztahy);
- emoční aspekt (úzkosti, deprese, užívání návykových látek);
- kulturní aspekt (nedostatečná podpora ze strany rasového/etnického prostředí);
- duchovní aspekt (možný konflikt s duchovními či rodinnými hodnotami);
- stresory, např. finanční problémy coby důsledek diskriminace v zaměstnání [1].

Je důležité zajistit vzdělávání zdravotního personálu v oblasti intrapersonálních a interpersonálních dovedností za účelem:

- identifikace vnímání příslušnosti k dané kultuře, hodnotám a principům v rámci zpracování vlastních předsudků a stereotypů;
- osvojení si vhodných komunikačních modelů a jejich aplikací, které dostatečně podporují empatii, vztah založený na důvěře, předcházení traumatickým zážitkům v rámci lékařské, sociální, pedagogické praxe i platných norem a strukturálních rámců.



3.2 Vývoj v průběhu životního cyklu

Pracovníci, kteří se starají o duševní zdraví a wellbeing transgender lidí (psychologové, psychoterapeuti, psychiatři, poradci, sociální pracovníci, pedagogové) jsou motivováni k tomu, aby se informovali o aktuálním vývoji z příslušných zdrojů [3] a o specifikách jednotlivých fází životního cyklu v následujících věkových skupinách.

Děti

Genderově nekonformní chování může být přechodné, a to zvláště u dětí. Role psychologické péče tedy spočívá v podpoře těchto dětí a jejich rodiny v průběhu procesu zkoumání a sebeidentifikace [12]. Lze také poskytnout rodičům informace o možných dlouhodobých scénářích vývoje v souvislosti s genderovou identitou jejich dětí, spolu s dostupnými lékařskými zákroky u dospívajících, u nichž přetrvává transgender nebo nebinární identifikace [11].

Dospívající

Dospívání je kritické období pro každého člověka a pro trans nebo nebinárního zvlášť – je to období hledání vlastní identity, sebevědomí, formuje se osobnost. Navíc je to období dospívání i ve fyzickém směru, kdy se lidem vyvíjejí jejich tělesné znaky způsobem, který pro ně může být krajně zatěžující, a mohou ke svému tělu zaujmout silně negativní vztah.

V sociálním kontextu pak mohou být mladí trans a nebinární lidé velmi citliví na projevy transfobie, ať na ně narazí ve škole, doma nebo na sociálních sítích, přičemž některé tyto projevy mohou být velmi subtilní, např. vtípkování na účet LGBTI. I tohle může mladého LGBTI člověka zraňovat, traumatizovat nebo narušovat psychický vývoj. Projevy odmítání nebo dokonce šikany mohou být příčinou vzniku rizikového chování (sebepoškozování, zneužívání návykových látek, suicidalita, poruchy příjmu potravy, kriminalita, sexuálně rizikové chování, sociální izolace a další), které slouží jako obranný mechanismus, únik před nepříjetím a ponížením, které musí dospívající ve svém okolí a vztazích zažívat.

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

- Někteří dospívající nemusí mít ve své minulosti výrazné epizody genderové nekonformity nebo dysforie.
- Někteří dospívající mohou pocity genderové nekonformity potlačovat ze strachu z odmítnutí, ze zmatku, z důvodu záměny genderové identity a sexuální orientace nebo z nedostatku povědomí o možnosti identifikovat se jako transgender nebo nebinární osoba.
- Jejich rodiče mohou potřebovat dodatečnou pomoc v procesu porozumění a podpory svých dětí.

Starší klienti

Intervence v případě starších klientů by měla brát v potaz jejich bio-psycho-sociální potřeby, a to jak v rámci daného sociálního kontextu (izolace/vyloučení), tak ve smyslu práce s jejich případnými sklony propadat pocitům studu, viny a internalizovaným pocitům transfobie. Dále je také třeba respektovat způsob, jakým se rozhodnou provést svůj coming out.

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

3.3 Přístup k transgender a nebinárním klientům

Obecné zásady

- **Věřte** – všechny identity jsou legitimní a validní, nezpochybňujte je.
- **Respektujte** genderovou různorodost a vyjádření nejen tolerujte, ale i respektujte.
- **Podporujte, zplnomocňujte** – vytvářejte bezpečný prostor, komunikujte, buďte oporou.
- **Chraňte** – pomáhejte vytvářet pro své trans a nebinární klienty bezpečné a respektující prostředí, a to i v jejich nepřítomnosti.

Doporučení v rámci péče o transgender a nebinární klienty

- **Nepředpokládejte**, že dokážete sami určit něčí genderovou identitu na základě oblékání či vyjádření daného člověka. Nejste-li si jistí, používejte genderově neutrální jazyk nebo se diskrétně zeptejte.
- **Respektujte** deklarované **jméno** klienta, ačkoli se liší od toho, které má v dokladech.
- **Používejte** deklarovaný **rod** či genderový jazyk a upozorňujte na to i ostatní i v nepřítomnosti dané osoby a respektujte i způsob, jakým o sobě daná osoba hovoří.
- **Nevyptávejte se** ze zvědavosti na věci, které nespádají do oblasti vámi poskytované péče.
- **Netrvejte na tom, že biologické danosti** činí z daného klienta ženu, či muže.
- Pokud si klient přeje svou genderovou identitu **udržet v tajnosti**, nehovořte o ní s jinými lidmi.
- Zajistěte **snadný přístup k** toaletám a jiným **genderově rozděleným prostorám** – zeptejte se klientů, které preferují, a zajistěte, aby pro ně jejich použití bylo bezpečné.



Po coming outu

Odhalení své transgender nebo nebinární identity je hluboce osobní záležitost a vyžaduje důvěru a odvahu o genderové identitě nebo tranzici hovořit.

Nejlepší možný scénář je: (1) zeptat se, jaké otázky jsou vhodné, a (2) vzít na vědomí, že ačkoli mohou být motivovány nevinnou zvědavostí, může daná trans osoba v kteroukoli chvíli ukončit debatu, pokud jí bude nepříjemná, a uchovat si tak soukromí a integritu.

Jaké jméno a gramatický rod používat?

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

V případě, že nevíte, jaký rod použít, tak pokud možno nejprve poslouchejte, jaký rod používají ostatní či daná osoba sama. Musíte-li se zeptat, představte sami sebe. Například „Jsem Daniel, používám mužský rod. A vy?“ Daný rod pak používejte při referování k dané osobě a vyzvěte k tomu i ostatní. Může se stát, že nezáměrně použijete nesprávný rod. V tom případě se jednoduše omluvte a dál už situaci neřešte a svou chybu nerozmazávejte [14].

Neptejte se na intimní věci, pokud to není nezbytné

Je nevhodné ptát se klientů, ať už jsou cisgender nebo transgender, na jejich genitálie. Totéž platí pro operaci změny pohlaví a dotazy ohledně toho, jestli už proběhla. Pokud vám tuto skutečnost vaši klienti chtějí říci, tak vám to sdělí sami [14]. Stejně tak nesdělujte osobní podrobnosti o trans lidech a neodhalujte jejich identitu vůči okolí, pokud to není nezbytné.

Dodržujte hranice

Pokud neznáte potřebnou informaci v rámci léčby transgender klientů, je nejlepší se zeptat. Vyzovování nebo vymýšlení nesprávných informací může být v určitých případech pro vaše klienty bolestivé. Více informací na toto téma můžete také najít on-line [14].

4. Doporučené metody psychoterapie u trans a nebinárních klientů

Odhadem 38,2 % občanů EU (200 milionů lidí) trpí emoční zátěží způsobenou duševní poruchou. Tyto duševní problémy zahrnují úzkostné poruchy (14,0 %), nespavost (7,0 %), deprese (6,9 %), somatoformní poruchy (6,3 %), závislosti na alkoholu či na drogách (> 4 %), v mladší populaci ADHD (5 %) a demenci (až 30 %, v závislosti na věku) [22]. V populaci transgender osob byla na vzorku 573 transgender žen u 64,2 % zjištěna deprese nebo poruchy nálad (n = 96, 31,6 %), sebevražedné chování a sebepoškozování (n = 50, 16,5 %) a úzkostné poruchy (n = 44, 14,5 %) [36]. Míra sebevražednosti u transgender osob se v evropských zemích pohybuje v rozmezí 32 % až 50 % [46].

Tradiční přístup postavený zejména na verbální komunikaci je jedním z nejběžnějších aplikovaných poradenských a terapeutických postupů. Doporučit lze holistický přístup, který pracuje s komplexnějším pojetím osobnosti, a může tak lépe vyhovovat potřebám transgender klientů. Je rovněž nezbytné, aby poskytovatelé terapeutických a psychologických služeb porozuměli biologickým, socio-psycho-spirituálním aspektům této problematiky a vyhnuli se v rámci poradenství a terapie redukcionismu.

Transgender klienti si zaslouží kvalitní péči o duševní zdraví stejně jako kdokoli jiný. Často se jedná o zranitelnější jedince v procesu hledání lékařských a terapeutických služeb. Transgender lidé mají právo na spektrum informací o existujících psychoterapeutických modelech. Ty mohou být založeny na modelu tzv. od spodu nahoru (terapie orientovaná např. na pocity, neurobiologické aspekty, kognitivně emoční postupy) nebo na modelu tzv. od shora dolů (terapie založená např. na kognitivním, lingvistickém, vzdělávacím přístupu) nebo se může jednat o kombinaci obou modelů zaměřující se na konkrétní specifické potřeby klientů.

Nejdůležitějším faktorem v péči o trans a nebinární klientelu je pozitivní a podporující přístup ke genderové identitě, tedy nezpochybňovat sebeurčení klientů a podpořit tyto osoby bez odsudků v rámci zkoumání témat, která přinášejí do terapie či poradenství [34].

4.1 Holistické přístupy, modely práce „od shora dolů“ a „od spodu nahoru“

Terapeutické modely, které fungují na principu „od shora dolů“, zahrnují následující přístupy.

Psychodynamická terapie: Představuje hlubinnou formu psychoterapeutického rozhovoru, vychází z teorie a principů psychoanalýzy. Psychodynamická terapie se nesoustředí pouze na problémy nebo na chování, ale tvoří obraz celoživotní zkušenosti klientů, určitého prostředí ve světě a vztahových kontextů.

Klienti vyprávějí svůj příběh a zkoumají minulé vztahy, zvláště ty z dětství a ty, které si v té době osvojili a které nadále ovlivňují jejich současné vzorce chování, emoce, rozhodnutí a následné vztahy [35].

Gestalt terapie: Vyvinuli ji Fritz a Laura Perlsovi coby další alternativu k psychoanalýze. Zkoumá současnost klientů, a to především verbální formou. Název tohoto směru odkazuje ke koncepci pojmající smysl života jako celek spíše než jen jednotlivé jeho části. Klienti zkoumají svůj život skrze své současné zkušenosti, které spolu s terapeutem rekonstruuji, a tím se přenášejí do přítomného momentu. Gestalt terapie je nehodnotící a nepatologizující model, jenž vidí původ psychologických poruch ve skrytých tužbách, potřebách, vzpomínkách, které se vynoří, když je klient připraven jim čelit a začít se uzdravovat [2].

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

Na člověka zaměřená terapie stojí na důvěře vůči klientově autonomii a schopnosti sebeuzdravení v interakci s terapeutem, který vytváří bezpečný prostor. Terapeut vůči klientovi zastává vlastní autentický přístup, empatii a přijetí (bezpodmínečný pozitivní postoj). Jedná se o nepatologizující terapii a víru v to, že klientova přesvědčení, city a aktivity jsou smysluplné reakce na jeho prožitky [47].



Kognitivně-behaviorální přístupy

Kognitivně-behaviorální terapie (KBT) a afektivní kognitivně-behaviorální terapie (AKBT) představují metody, které lze využít jako podpůrnou modalitu pro krátkodobé behaviorální řešení sociálních úzkostí, OCD, sebepoškozování a dalších závažných problémů, které u klientů způsobují výrazná omezení jejich každodenního fungování.

KBT je forma psychoterapie zaměřená na to, jak naše myšlenky ovlivňují naše cítění a jednání. Jedná se o strukturovaný, direktivní a vzdělávací přístup, který se obvykle využívá krátkodobě, s cílem upravit emoční reakci klienta tak, aby dokázal změnit své chování. Ačkoli je terapeutický vztah důležitý pro efektivní učení, není hlavním zaměřením. KBT je přístup využívající ve velké míře vzdělávání a informace, sokratovskou a induktivní metodu a také různá domácí cvičení pro klienty.

KBT je zastřešující pojem, který zahrnuje např. kognitivní terapii, dialektickou behaviorální terapii, racionální behaviorální terapii, racionální emotivní behaviorální terapii a racionální žitou terapii [28].

Pro řadu transgender klientů může být vhodnější typ vycházející spíše z holistického modelu, „od spodu nahoru“, protože řeší specifické otázky týkající se tělesných pocitů, otázky ohledně vzhledu svého těla, hormonálních změn a každodenních zkušeností ve světě. Transgender lidé často cítí propast mezi tím, kým reálně jsou, a tím, co jim ukazuje zrcadlo

nebo jak je vnímá společnost. Integrace teorie, praxe a spektra přístupů otevírá rozsáhlé možnosti pro psychoterapeutické a poradenské intervence.

Expresivní arteterapie (EXA) jdou dále než tradiční psychoterapeutické směry. EXA představuje metodu, která se citlivě soustředí na reakce a rozmanité potřeby klientů. Využívá kreativní výstupy coby prostředky k propojení se s vlastním já, zkoumání vlastních obav prostřednictvím uměleckých objektů, hledání diverzity a nových schopností zvládání situace skrze bezpečné sebevyjádření.

EXA může být zvlášť vhodná pro klienty, kteří mají problém vyjádřit svou životní zkušenost, myšlenky či emoce slovy nebo o nich diskutovat. Expresivní arteterapie zahrnují arteterapii, dramaterapii, biblioterapii, vyprávění příběhů, terapii hrou, terapii hudbou, terapii bubnováním a taneční/pohybovou terapii. Tyto přístupy lze využít jak při individuální, tak při skupinové terapii a mohou pomoci transgender a nebinárním klientům bezpečně otevřít a zpracovat hlubší problémy a postupně rozvinout a posilovat adaptivní odolnost.

Somatické (body-mind) terapie založené na práci s traumatem

Somatické modalities jsou součástí holistického modelu. Zahrnují hlubší poznání potřeb klienta při práci s tělem, jehož nelze docílit terapií založenou pouze na rozhovoru. Terapie pracuje s porozuměním traumatu. Zaměřuje se na práci s klientem takovým způsobem, který opatrně a bezpečně zpracovává jeho traumatické zkušenosti. Řada transgender klientů zažila v procesu hledání vlastní identity různá traumata, a jelikož jejich tělo na této cestě hraje jednu z hlavních rolí, může jim somatická a na trauma orientovaná terapie pomoci vyrovnat se se složitostí situace.

Trauma může vznikat jako akutní stres v důsledku ohrožení života nebo jako konečný produkt nahromaděného stresu. Oba tyto typy stresu mohou vážně poškodit schopnost zvládat zátěž a běžně fungovat. Trauma může plynout z celé škály stresorů včetně nehod, invazivních lékařských procedur, sexuálních nebo fyzických útoků, citového týrání, zanedbávání, válečných konfliktů, přírodních katastrof, těžkých životních ztrát, traumat při porodu nebo faktorů dlouhodobě naleptávajících psychiku a vyvolávajících ustavičný strach nebo konflikt [24].

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

Somatická psychologie přináší inovativní koncepce:

- **Uzemnění** zahrnuje aktivní vnímání těla, procítění vlastního vztahu se zemí a přítomného okamžiku a následné zmírnění pocitů úzkosti.
- **Rozvíjení somatického uvědomění:** práce s dechem a vzorci napětí, které se nacházejí mimo naše vědomé vnímání. Tím, že si naše fyzické pocity uvědomujeme, dokážeme tyto vzorce změnit.

- **Popisování:** s klienty se noříme do jejich somatických prožitků – podrobně pojmenováváme a popisujeme vjemy, jako je teplota, pohyb či tlak.
- **Procítěné uvědomění:** svou zkušenost můžeme prohloubit tím, že umocníme svoje vědomé pocity (vzorce, napětí), ale jen do zvladatelné míry.
- **Hledání zdrojů:** pomáháme klientům nacházet vnitřní zdroje – tělesné připomínky momentů, kdy se cítili v bezpečí a dostatečně silní. Snažíme se sledovat a připomenout si pocity, které se odehrávají v našem těle, když jsme v klidu, spokojení a uvolnění.
- **Titrace** nám pomáhá uvědomit si napětí v těle. Za účelem somatického prožitku (Peter Levine) a senzomotorické psychoterapie (Pat Ogden a Kekuni Minton) provádíme uvolnění daného napětí pomalu a postupně a svou pozornost přenášíme střídavě mezi pocitem stresu a pocitem klidu a bezpečí.
- **Sekvenování:** díky uvolnění napětí můžeme vnímat změny v našich pocitech a emočních stavech, dýchání atd., což nám pomůže pokračovat v procesu uzdravení.
- **Pohyb a proces:** somatické terapie zkoumají naše držení těla, gesta a využití prostoru. Pomáhají nám tak rozkrýt příběh, který nám naše tělo vypráví o našich minulých zážitcích a zkušenostech.
- **Definování hranic:** tím, že se soustředíme na přítomný moment, dokážeme začít vnímat své potřeby a nastavit si jasné hranice. Hranice nám pomáhají říct „ano“ nebo „ne“ způsobem, který má protektivní a posilující potenciál.
- **Seberegulace:** dalším podstatným zdrojem pro somatickou práci jsou neurovědy, které nám poskytují informace potřebné k tomu, abychom dokázali reagovat na životní stresory a traumatické zkušenosti.

Výzkum zdůrazňuje význam kognitivního spočívání v těle uprostřed záplavy pocitů a vjemů. Vědomé vnímání tělesných pocitů nám pomáhá zvládat intenzitu emočního napětí [40].

Somatická terapie

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

Polyvagální teorie přináší nový pohled na propojení mezi autonomním nervovým systémem (ANS) a chováním. ANS se vyvinul jako „systém“, v němž byly identifikovány různé nervové obvody včetně regulace autonomního nervového systému. Autonomní reaktivita byla popsána jako adaptivní proces v rámci fylogeneze autonomního nervového systému obratlovců [33]. Polyvagální teorie definuje tři okruhy desátého kraniálního bloudivého nervu, který reaguje na pocit bezpečí, na potenciální nebezpečí a na ohrožení života [9]. Parasympatický nervový systém (instinkt přežití – „nejstarší mozek plazů“) je pasivní systém obstarávající funkce krmení a reprodukce a slouží jako metabolický základ kontroly kyslíku a přísunu krve. Jeho dorzálně-vagální cesta odpovídá za stavy, kdy u nás dochází k vypnutí

nebo znehybnění. Sympatický nervový systém (nebezpečí/boj nebo útěk, později vyvinutý limbický systém) představuje komplexnější soubor reakcí, který nám umožňuje reagovat na hrozbu a prostřednictvím svalů provádět procesy krmení a reprodukce. Systém sociální interakce podporuje masivní kortikální vývoj a umožňuje utváření raných citových vazeb (rozšířená ochrana zranitelných nevyvinutých procesů v mozkové kůře) a socializaci (jazykové a sociální struktury) prostřednictvím výrazů tváře.

Biosyntéza představuje holistický, humanistický přístup psychodynamické terapie. Základní východiska této terapie zahrnují propojení mezi klientem a terapeutem a vzájemné zrcadlení duševních a tělových procesů. Biosyntéza je založena na důvěře ve zdravý potenciál klientů, jejich růst, harmonii a vytváření spojení mezi intrapsychickým a interpsychickým světem. Zahrnuje práci s tělovým vyjádřením, emocemi, myšlenkami, včetně vzhledu a vnitřních obrazů, sexuality a spirituality. Klienti zkoumají své vztahy s ostatními lidmi, zvláště citové vazby v rodině, v nejranějším dětství i vývoj, který začíná už před narozením. Biosyntéza funguje symbolicky a zároveň na tělesné úrovni za účelem napojení na vzpomínky z dětství i předchozích generací [19, 22].

Bioenergetika je způsob pochopení osobnosti prostřednictvím těla a jeho energetických procesů. Alexander Lowen vyvinul bioenergetiku jako zkoumání lidské osobnosti v rámci energetických procesů v těle. Lowen vytvořil psychoterapeutický model bioenergetické analýzy (BA), aby pomohl klientům žít plnohodnotný život. Proces začíná u základních tělesných funkcí – dechu, pohybu, pocitů a vyjádření a zkoumá jakákoli omezení, která se v jeho průběhu objeví, ať už fyzická v těle, tak i emoční ve formě pocitů, a intelektuální v rámci porozumění. BA věří ve schopnost našeho těla k sebeuzdravení a je unikátní v tom, že kombinuje analýzu osobnosti a povahy s tělesnými technikami a fyzickými cvičeními, abychom s jejich pomocí rozpoznali a uvolnili chronické svalové napětí, což může být vnímáno jako nezbytný krok k uvolnění zablokovaných emocí, vzorců chování a postojů [25].

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

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

Lze připojit další podněty, jako je poklepávání rukou či audio stimulace. EMDR využívá trojfázový postup: (1) klient nejprve zpracuje problematické události ze své minulosti tím, že propojí vzpomínky s novou adaptivní informací, (2) když se zacílí na kritické okolnosti, spouštěče se znecitliví, (3) imaginární scénáře budoucích událostí jsou integrovány, a tím pomáhají osvojit si dovednosti potřebné k adaptivnímu fungování [13].

Neuroafektivní vztahový model (NARM) vyvinutý Laurencem Hellerem představuje ne-direktivní a neinvazivní přístup k řešení vztahových a vývojových traumat. Prostřednictvím kombinace shora i zdola vedených metod využívá NARM uvědomělé zkoumání klientovy

identity a sjednocuje biologický a psychologický vývoj, přičemž se soustředí na pociťované prožívání těla klienta a podporující uzpůsobení regulace nervového systému [20].

Pesso Boyden psychodynamická psychoterapie (PBSP) zdůrazňuje ranou zkušenost citové vazby (attachment) a pracuje s vývojovými vzorci. V roce 1961 ji vyvinuli Albert Pesso a Diane Boyden-Pessoová a je to dosud nejkomplexnější terapeutický systém vhodný pro emoční a kognitivní rehabilitaci a vytvoření nové perspektivy („nové syntetické paměti“).

PBSP využívá techniky, kterými může pomoci klientům identifikovat emoční deficit a vytvářet nové vzpomínky. Tyto nové vzpomínky poskytují symbolické naplnění základních vývojových potřeb týkajících se místa, péče, podpory, ochrany a limitů. Řada aspektů teorie a strukturovaných terapeutických metod a cvičení PBSP má úzkou paralelu v současné neurovědě a jejích poznatcích o zrcadlení neuronů, empatii, morálce, vlivu jazyka na myšlení a chování [32].

Seeking Safety (SS) [40] je na základě výzkumu ověřený model, který lze využívat v rámci skupiny nebo v individuálním poradenství a terapii. SS model byl specificky vyvinut pro pomoc obětem, které zažily opakované trauma, či lidem s historií užívání návykových látek, a to způsobem, který nevyžaduje zkoumat emočně náročné traumatické narativy. V tomto smyslu je pak v titulu zmíněné „bezpečí“ pojato jako komplexní koncept s různými úrovněmi významu – bezpečí klienta v rámci procesu, pomoc klientům představit si bezpečí a jak se cítí ve svém životě a pomoci jim naučit se specifické nové způsoby fungování.

SS se orientuje na přítomnost a poskytuje klientům širokou paletu bezpečných dovedností pro zvládání zátěžových stavů, které se třeba nikdy nenaučili, pokud vyrůstali v dysfunkční rodině, nebo možná o ně ve spirále závislostí a traumatu přišli. Veškeré dovednosti pro zvládání těchto situací v rámci SS platí jak pro trauma, tak pro závislosti – poskytují totiž integrovanou terapii, která může podpořit motivaci a navést klienty k tomu, aby mezi traumatem a závislostmi viděli spojitost [26].



4.2 Svépomocné metody, podpůrné skupiny a poradenství

Existuje řada svépomocných metod, které mohou trans klienti využít samostatně. Uvádíme některé z nich.

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

Mindfulness staví na potlačení potřeby hodnotit a na záměrném zacílení pozornosti na niterné a vnější prožitky v přítomném okamžiku. To může zahrnovat uvědomění vjemů, myšlenek, fyzických stavů, vědomí, pocitů nebo okolních podnětů. Mindfulness vyžaduje

je, abychom byli otevřeni všem možnostem. Lze ho praktikovat pomocí meditace, pohybu, smyslového uvědomování atd. [10].

Trauma-sensitive yoga (TCTSY) je empiricky vyzkoušenou klinickou metodou řešení komplexních traumat nebo chronického posttraumatického stresu (PTSD), které se nedaří vyřešit jinou terapií. Čerpá z oblasti teorie traumatu, teorie citové vazby a z neurovědy. Využívá základní prvky hatha jógy, specifické tělesné pozice a pohyb. Je praktikována způsobem, který podporuje a posiluje vztah cvičících ke svému tělu. TCTSY zdůrazňuje zacílení zúčastněných na vjemy pociťované v průběhu cvičení a pomáhá jim znovu nastolit spojení mezi myslí a tělem a vytříbení pocitu kontroly nad svým životem, který se v důsledku traumatu často ztrácí [41].

Symptomy posttraumatické stresové poruchy se díky jógové praxi prokazatelně snižují, a to až v míře srovnatelné s užíváním psychofarmak. Jóga může zlepšovat fungování traumatizovaných jedinců a jejich dovednosti zvládat zátěžové situace, protože učí tolerovat různé druhy fyzických a smyslových prožitků týkajících se strachu a beznaděje a zvyšovat emoční vnímavost a regulaci afektů [45].

Podpůrné skupiny představují pro transgender klienty další možnost podpory. Svépomocné podpůrné skupiny v rámci transgender a nebinární komunity mohou být neocenitelné zvláště v případech, kdy není pomoc a podpora ze strany veřejného zdravotního systému citlivá a informovaná. Svépomocné podpůrné skupiny může organizovat profesionální facilitátor nebo facilitátorka nebo přímo transgender a nebinární osoby pro účely podpory těch, kdo hledají pocit sounáležitosti nebo potřebují pomoc či radu. Za účelem povzbuzení zúčastněných k tomu, aby se otevřeli a sdíleli své zkušenosti, musí být zajištěna nezaujatá a citlivá facilitace, bezpečné prostředí a důvěrnost sdílených informací. Zúčastnění ocení nehierarchické a nepatologizující prostředí, které je také přínosné pro budování komunity, důvěry, přátelských vztahů a kolektivní odolnosti. Jak uvádí výzkum nazvaný *Obavy a přání trans lidí v ČR*, právě sebepodpůrné skupiny (tedy ty, které nejsou vedeny sexuologem či sexuoložkou) se umístily na prvním místě v hodnocení kvality služeb spojených s tranzicí mezi transgender a nebinárními respondenty (92,2% spokojenost), následuje podpora od přátel a rodiny, podpora ze strany zdravotního systému a soukromá psychoterapie (78,4% spokojenost s psychoterapeutickou péčí mimo vyšetření spojená s tranzicí a 68,7% spokojenost s psychologickou péčí v rámci vyšetření spojených s tranzicí) [30].

Mezi další terapeutické metody a modalities založené na práci s tělem patří body-mind centering, compassionate inquiry, continuum, focusing, metoda Hakomi, neuroafektivní dotýkání, somatické prožívání, somatická terapie, terapie připoutáním. V řadě evropských měst mohou klienti nalézt sebepodpůrné skupiny, jako jsou ty, které byly popsány výše, se speciálním zaměřením na transgender, nebinární či intersex osoby.

4.3 Principy péče zacílené na klienta

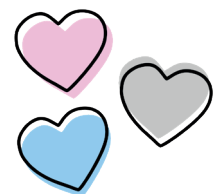
- Postupovat krok za krokem.
- Být si vědom, že klient zná své potřeby nejlépe.
- Zajistit bezpečnou a důvěrnou komunikaci.
- S respektem zkoumat sféru možností.
- Hledat mosty ke klientovým zdrojům, verbalizace, představivost, kreativita, na pohyb zaměřené přístupy a aktivity, expresivní terapie (arteterapie, dramaterapie, terapie tancem, terapie hudbou atd.).
- Přijímat a akceptovat obavy klienta.

Zásady pro terapeuty a jiné pomáhající profese

- Uvědomují si rizika transfobie a transnegativity a zvýhodněné pozice cisgender osob.
- Uvědomují si existenci institucionálních a sociálních bariér na cestě k úspěchu v životě a v práci.
- Dokážou zpracovat rozdíly mezi jimi samotnými a jejich klienty.
- Uvědomují si vlastní hodnotu a možnou zaujatost i dopad na klienty s menšinovou genderovou identitou.
- Rozumí intersekcionalitě v kontextu menšinových identit; transgender a nebinární identita, jež je pouze jednou částí celkové identity daného člověka [17].

Inkluzivita pro transgender a nebinární klienty v sociálních a zdravotních službách

- Zahrnutí základních genderových variant a odlišností v klinických, sociálních a jiných formulářích.
- Prezentace základního genderově různorodého značení, obrazových výstupů a lékařských informací ve vstupních prostorách lékařských zařízení a v ordinacích.
- Vzdělávání veškerého lékařského personálu v oblasti podpory klientů v rámci vyjádření své genderové identity a vstřícnost k odlišnostem.
- Možnost bezpečného využití toalet, případně unisex toalety.
- Zjištění preferovaného gramatického rodu a jména u transgender a nebinárních osob [39].



4.4 Domény duševní pohody (wellbeing)

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

Tabulka 1 Oblasti duševní pohody

Existence	Sounáležitost	Adaptabilita	Inkluzivita	Rozvoj
Já a mé tělo	Mé místo na světě	Každodenní život	Celistvost	Odvaha
Pečuji o sebe, o svůj zevnějšek. Volím mezi zdravým a nezdravým způsobem života.	Vnímám se jako součást životního prostředí – ekologie. Cítím se bezpečně ve škole, na ulici.	Dávám pozor na sebe a svůj zevnějšek. Vykonávám práci, jsem student/studentka nebo zaměstnaný/nezaměstnaná.	Každá naše část má význam pro celek; využíváme své zdroje v plném rozsahu.	S odvahou reaguji na výzvy a pracuji na sobě. Mám potenciál pokračovat v průběhu života ve vlastním rozvoji.
Já jako člověk	Místo mezi lidmi	Já a volný čas	Celostnost	Plynutí života
Jsem nezávislý/ nezávislá. Mám představu o své budoucnosti.	Jsem oceňován/ oceňována – ostatní si mě váží, mám respekt. Mám kamarády.	Účastním se sportovních a rekreačních aktivit. Setkávám se s lidmi a trávím s nimi volný čas.	Zahrnuje tzv. sdílené vedení, kdy kterýkoli systém našeho těla či psychický proces se může stát vůdčím hybatelem procesu	Můj život plyne, dokud neskončí.
Já a má duše	Místo ve společnosti	Plány do samostatného života	Smysl	Spiritualita
Věřím v budoucnost. Vnímám, že život má smysl.	Jsem schopen/ schopna se o sebe postarat – přijímat lékařské/sociální služby. Mám nějakou aktivitu v komunitě – ve volném čase.	Plánuji si práci nebo profesi. Řeším své problémy.	Můj život má smysl a uvědomuji si jeho jedinečnost a propojenost.	Uvědomuji si svoje spojení se sebou, s ostatními, s přírodou a s vesmírem.

5. Mapování dobré praxe mezi terapeuty tří zemí v rámci projektu SWITCH

Zjišťování poznatků z terapeutické praxe jsme realizovali hloubkovým interview v rámci projektu Supporting Wellbeing and Integration of Transgender Victims in Care Environments with Holistic Approach. Mapování dobré praxe se uskutečnilo mezi vybranými terapeuty a terapeutkami s dlouhodobou praxí v poskytování služeb pro trans, nebinární a intersex lidi v České republice, Itálii a Španělsku. Dotazování se zúčastnilo osm terapeutů z České republiky, pět z Itálie a čtyři ze Španělska.

Účelem mapování bylo orientační zjištění potřeb a bariér v rámci praxe s trans, nebinárními či intersex lidmi v oblasti terapie a odborných, psychologických a terapeutických služeb v jednotlivých zemích. Při sestavování interview jsme vycházeli z 25 témat manuálu Seeking Safety zaměřených zejména na práci s traumatem a PTSD [29].

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

Výsledné poznatky mohou být využity ke zlepšení metodik a standardů pro práci s trans, nebinárními a intersex osobami v terapeutické praxi v jednotlivých zemích a mohou se zároveň stát inspirací k výzkumné práci. Data mohou sloužit k rozvojovým a vzdělávacím účelům. Detailní sumarizaci dat za jednotlivé země lze nalézt v příloze.

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

- komprehenzivní, nedirektivní a respektující přístup, etické oslovování;
- vzdělávání a osvěta odborníků a trans lidí a jejich okolí;
- zachování stejných etických pravidel pro všechny klienty, nepatologizování, destigmatizace.

Výběr nejdůležitějších témat v terapeutické praxi

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

Tabulka 2 Nejčastější témata v psychoterapeutické praxi

Španělsko	Itálie	ČR
zdravé vztahy	emoční bolest	bezpečí, důvěra a podpora ostatních
žádost o pomoc	významy a předpoklady	emoční bolest
emoční bolest	zdravé vztahy	zdravé vztahy
péče o sebe a zdraví	žádost o pomoc	přijetí rodinou a školou, společností a v práci
komunita a komunitní zdroje	upřímnost	identita
objevování a zkoumání	integrace rozděleného já	coming out
práce se spouštěči	přijetí rodinou, přáteli, školou	tělesná dysforie a vzhled
respektování vlastního času	téma vzhledu	zvažování oficiální tranzice
tělesná dysforie a téma vzhledu	přijetí společností	
zvažování oficiální tranzice	osamělost, možnosti socializace	
obavy z přijetí v práci	stereotypy a očekávání okolí	
obavy z přijetí společností	sexuální orientace/asexualita	
obavy z nepochopení identity	deprese a úzkosti	
operativní zákroky	obavy z nepochopení identity	
coming out a přijetí rodinou a přáteli	stres ze sociálních situací	
možnosti socializace, osamělost	naplňování role muž/žena	
stereotypy a očekávání okolí		
problémy v zaměstnání, hledání práce		
diskriminace v práci a v jiných oblastech života		
vliv hormonální terapie na psychiku		

Nejméně častými tématy, se kterými se terapeuti setkávají, byla témata intersex, víra versus identita, rozvod, závislosti, ale i rizikové nárazové užívání drog.

Bariéry biologické, psychologické, environmentální a společenské, pracovně ekonomické

Psychologické, biologické, environmentální a dále společenské a pracovně ekonomické bariéry se odlišují podle věku a životních potřeb jednotlivců. Obecná prolínající se témata mezi třemi zeměmi se objevují v oblasti biologických bariér, které se týkají prevence onemocnění a zdravotních komplikací či rizik. V oblasti psychologických bariér převládá zejména nízká sebedůvěra a sebevědomí, menšinový stres, stereotypy a předsudky, integrace těla a mysli. Nedostupnost psychologické podpory, terapeutů, terapií hrazených zdravotními pojišťovnami. Nedostatek specializovaného vzdělávání odborníků, vzdělávání a osvěta v rodinném prostředí, na pracovišti a ve škole, osvěta společnosti. V rámci prostředí a společnosti se jedná o bariéry týkající se nedostatku informací a vzdělávání a zajištění nediskriminujících pracovních podmínek. Oblast pracovně ekonomická je determinovaná bariérou předsudků,

nerovných příležitostí a nevyhovujících legislativních podmínek tranzice, stejně jako nutností odstranění diskriminace a násilí.

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

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

Česká republika: stres z nenaplnění potřeb, deprese, úzkosti (zejména sociální), opakující se pocity beznaděje, proměnlivé nálady nebo nutkavé myšlenky vedoucí k rituálům ve stylu OCD. Někteří zmiňují problémy z okruhu příjmu potravy, sebepoškozování, somatické projevy, dále vztek a agresi, zneužívání alkoholu a drog. Také jsou zmíněny problémy ve vztazích, setrvávání v nefunkčních vztazích, sociální izolace, osamělost. Riziko špatné diagnózy (např. borderline personality disorder).

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



6. Závěr

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

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

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

Mapování dobré praxe mezi terapeuty tří zemí

Česká republika

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

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

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

V dotazníku poradci označovali, která obecnější témata se v práci s klienty objevují nejvíce. Jako nejčastější uvedli téma bezpečí, dále podporu od ostatních, nastavování hranic ve vztazích, emoční bolest, téma komunity a komunitních zdrojů. Nejméně častým tématem byla problematika závislostí.

Výčet témat je definován v příručce Seeking Safety zaměřené zejména na práci s traumatem a PTSD, jež obsahuje 25 témat.

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

Všichni odborníci se shodují v tom, že potřeby a požadavky klientů se v různých životních fázích liší, děti a adolescenti řeší zejména přijetí rodiči a ve škole, dospělí přijetí v práci, adaptaci na novou životní roli a vztahy s blízkými. S klienty v seniorském věku nemají po-

radci zkušenosti, pouze jeden uvádí, že je u seniorů velké riziko osamělosti, jsou potřeba přátelské služby pro seniory (nyní hrozí riziko nerespektu) a kontakt s vrstevníky s podobnou zkušeností.

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

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

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

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

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

Itálie

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

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

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

Všichni získávají údaje o klientech zejména prostřednictvím rozhovoru, formální nástroje využívají méně často. Zmíněny jsou především nástroje zaměřené na identifikaci závažněj-

ších psychických potíží a suicidálního rizika, projektivní metody (kresba postavy, rodiny). Jeden poradce uvádí sledování zdravotní dokumentace a strukturovaný rozhovor inspirovaný Kernebergem. V jednom případě je uvedeno, že pokud je nad rámec klinického rozhovoru z nějakého důvodu požadována psychodiagnostika, jsou využity testy zaměřené na strukturu osobnosti, zejména komplexní dotazník MMPI II. Jeden z dalších terapeutů ovšem zmiňuje, že právě MMPI nevyužívá, protože má za to, že index maskulinity v dotazníku by měl být revidován. Jeden z terapeutů uvádí, že v případě potřeby podrobnějšího zhodnocení psychického stavu klienta spolupracují s psychiatrem.

Co se týče informačních zdrojů, jeden poradce zmiňuje zejména literaturu zaměřenou na problematiku traumatu (Michele Giannantonio, 2003–2009, v. 2.0: Da Giannantonio, M. (2009). *Psicotraumatologia. Fondamenti e strumenti operativi*. Torino: Centro Scientifico Editore). Dva terapeuti uvádí využití italské verze doporučení americké psychologické asociace k práci s transgender lidmi – APA, 2015: Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *American Psychologist*, 70(9), 832–864. <http://dx.doi.org/10.1037/a0039906>. Doporučení byla přeložena do italštiny a jsou dostupná na <https://psicamp.it/index.asp?page=psicologia-transgender-linee-guida>.

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

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

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

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

- emoční bolest;
- významy a předpoklady;
- zdravé vztahy;
- žádost o pomoc;
- upřímnost;
- integrace rozděleného já.

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

Výčet témat je definován v příručce Seeking Safety zaměřené zejména na práci s traumatem a PTSD, jež obsahuje 25 témat.

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

- přijetí rodinou, přáteli, školou;
- téma vzhledu;
- přijetí společností;
- osamělost, možnosti socializace;
- stereotypy a očekávání okolí;
- sexuální orientace/asexualita;
- deprese a úzkosti;
- obavy z nepochopení identity;
- stres ze sociálních situací;
- naplňování role muž/žena.

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

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

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

Co se týče speciálněpedagogických potřeb, je uváděna potřeba podpory trans osob v znovuoobnovení důvěry v ostatní lidi a podpory sebeuvědomování a zvýšení sebevědomí. Je nezbytné podpořit je v tom, aby svou roli muže/ženy nevnímali podle očekávání a předsudků

okolí, ale podle sebe. Zmíněna je také potřeba edukace okolí trans osob. S ohledem na nebinární a intersex osoby nemá společnost téměř žádné informace.

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

Jako bariéry a kritické oblasti byly označeny zejména tyto:

- Biologické bariéry u trans osob – předchozí onemocnění komplikující tranzici, tranzice definovaná pouze fyzickými aspekty, málo proškolený zdravotní personál a péče, zkušenost s odmítáním nebo nepochopením ze strany zdravotnického personálu a nedůvěra a odmítání zdravotní péče. Tělesné znaky a biologické markery determinující pohlaví.
- Psychologické bariéry – konfrontace se společností a jejími očekáváními, pocit ohrožení, předsudky vůči trans osobám (a nedůvěra trans lidí ve společnost), zkušenosti s diskriminací, stigma, stud, osamělost, emoční bolest. Pocit nekompletnosti, pocit, že nejsou vnímáni jako „skutečný muž/žena“. Problematika rodičovství a reprodukce. Internalizované stereotypy. U nebinárních osob nedostatek povědomí o problematice ve společnosti, zkušenost s nepochopením, boj s požadavky na definování svého pohlaví, deprese a frustrace.
- V pracovní a ekonomické oblasti zejména obecně diskriminace trans osob v pracovních podmínkách, předsudky, diskriminace kvůli probíhajícímu procesu tranzice, obtížnější dosažení ekonomické/finanční nezávislosti, nesnadnost nalezení práce odpovídající vzdělání a zkušenostem.
- V oblasti prostředí a společnosti jde zejména o málo tolerantní a informovanou společnost včetně profesionálů ve zdravotnictví, dále úřední obstrukce při tranzici, časová prodleva právního uznání identity, nepochopení, diskriminace a předsudky. U nebinárních osob málá informovanost, netolerance, nepochopení.

Všichni odborníci se shodují na tom, že potřeby a požadavky klientů/klientek se v různých životních fázích liší. Děti řeší zejména přijetí rodiči a ve škole, potřebují podpořit také v sebeakceptaci, je potřeba více edukovat rodiče a pracovat s nimi, vzdělávat odborníky ve školství. U adolescentů kromě přijetí rodinou navíc přichází problematika včasného zahájení tranzice, socializace a vztahů s vrstevníky, potřeba zařadit se do „své“ skupiny, objevují se pocity viny a nemožnost dostat očekáváním společnosti a okolí, pocity odmítnutí. Je nutné pracovat s nimi na nastavení hranic ve vztazích, podpoře identity, navázání vztahu s terapeutem. Dospělí řeší především možnost žít život v plné šíři, seberealizaci, přijetí společností, utvrzení se ve své identitě a pochopení „kdo jsem“. Jak uvádí jeden z odborníků, přichází také mladí dospělí, kteří díky tlaku rodiny nebyli schopni se svou identitou pracovat dříve, a vyžadují pouze „certifikát o genderové dysforii“ a nejsou přístupní psychoterapeutické práci. S klienty/klientkami v seniorském věku nemají poradci mnoho zkušeností. Nicméně je potřeba zviditelnit i problematiku starších trans osob, podpořit je v jejich volbách a rozhodnutích na základě jejich potřeb, a ne na základě společenských očekávání. Díky věku se mohou cítit i méně svázaní pravidly, v nichž žili předchozí život, a rozhodnout se pro změnu.

Formou manifestace dlouhodobého stresu z nenaplnění potřeb mohou být podle odborníků zejména: úzkostné stavy, somatizace, depresivní stavy, časté změny nálad, emoční dysregulace, pocity beznaděje, strachu z odmítnutí, pocit jinakosti, stigmatizace, sebepoškozování či myšlenky na něj, suicidální chování, zneužívání návykových látek, gambling, nedůvěra ve společnost, vzdor a odmítání většinové společnosti, izolace.

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

Španělsko

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

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

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

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

Co se týče informačních zdrojů, dva z poradců zmiňují The World Professional Association for Transgender Health Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People (WPATH) Standards Of Care Guide, dostupné na <https://www.wpath.org/publications/soc>), dále jsou uvedeny publikace k psychoterapeutické práci (např. Theory of Personal Constructs, Kelly, 1995, nebo Rational Emotive Behavioral Therapy, de Lega, Sorribes, Calvo, 2017). Také odkaz na legislativu z roku 2007, která se týká změny pohlaví a jména.

Nejdůležitější doporučení k práci s trans lidmi, která zaznívají, jsou: komprehenzivní, nedi-
rektivní a respektující přístup. Terapeut sám by měl mít rozpoznaná a uvědomovaná schémata a postoje k LGBTI lidem, měl by se naučit vyjadřování, které není heteronormativní. Aktivně naslouchat a být velmi zdrženlivý v hodnocení. Je zapotřebí vzdělávání v práci s LGBTI lidmi pro profesionály ze zdravotnictví a dalších oborů, síťování potřebných služeb a propojení péče.

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

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

- zdravé vztahy;
- žádost o pomoc;
- emoční bolest;
- péče o sebe a zdraví;
- komunita a komunitní zdroje;
- objevování a zkoumání;
- práce se spouštěči;
- respektování vlastního času.

Nejméně častým tématem byla problematika významů a předpokladů, dále téma posttraumatické stresové poruchy, závislostí, změna v myšlení a závazky a jejich dodržování. Výčet témat je definován v příručce Seeking Safety zaměřené zejména na práci s traumatem a PTSD, která obsahuje 25 témat.

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

- tělesná dysforie a téma vzhledu;
- zvažování oficiální tranzice;
- obavy z přijetí v práci;
- obavy z přijetí společností;
- obavy z nepochopení identity;
- operativní zákroky;
- coming out a přijetí rodinou a přáteli;
- možnosti socializace, osamělost;
- stereotypy a očekávání okolí;
- problémy v zaměstnání, hledání práce;

- diskriminace v práci a v jiných oblastech života;
- vliv hormonální terapie na psychiku.

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

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

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

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

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

Jako bariéry a kritické oblasti byly označeny zejména:

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

- Psychologické bariéry – nízká sebedůvěra, „minority stress“, pocit ohrožení, společnost s předsudky vůči trans osobám (a nedůvěra trans lidí ve společnost), strach z odmítnutí, zkušenosti s diskriminací, pocit nekompletnosti, obavy z vlivu hormonální léčby na psychiku, pochybnosti o novém tělesném vzhledu. U trans žen zkušenost s degradováním na objekt sexuální touhy, přisuzování role prostitutky, trans muži nejsou považováni za „skutečné muže“. Problematika rodičovství a reprodukce. Internalizované stereotypy. U nebinárních osob nedostatek povědomí o problematice ve společnosti, zkušenost s nepochopením.
- V pracovní a ekonomické oblasti zejména horší podmínky pro vstup na trh práce, nestabilita zaměstnání, nedostatečná podpora v procesu vzdělávání a možné odchody ze školy, což pak vede k horší pozici na trhu práce, proces tranzice a změna právních dokumentů a jména ovlivňuje pracovní možnosti a může vést k diskriminaci, sociální transfobie.
- V oblasti prostředí a společnosti jde zejména o právní podmínky tranzice, např. užívání hormonů po dobu dvou let, než je možná úřední změna jména a dokladů, chirurgické zákroky nejsou hrazené ze zdravotního pojištění, celý proces i právní procedury trvají velmi dlouho. Dále málo tolerantní a informovaná společnost, zejména mimo velká města, vystavování trans osob ponižujícím otázkám, nepochopením.

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

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

Formou manifestace dlouhodobého stresu z nenaplnění potřeb mohou být podle odborníků zejména: depresivní stavy, časté změny nálad, neschopnost prožívat štěstí, pocity beznaděje, strachu z odmítnutí, strach z nemožnosti vytvářet funkční vztahy s lidmi, projevy dopadů šikany, sebepoškozování či myšlenky na něj, suicidální chování, úzkostné stavy, somatizace, zneužívání návykových látek. Jsou zmíněny i potíže z okruhu příjmu potravy, nedůvěra ve společnost, vzdor a odmítání většinové společnosti, izolace.

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

Výpovědi klientů

„Jakožto nebinární osoba, která by ráda prošla alespoň částečnou tranzicí (tj. top surgery), mám dojem, že se mnou systém vůbec nepočítá – většina odborníků, kteří by mi měli technicky vzato pomáhat, vlastně ani nevěří, že nebinární identity existují.“

Anonymní respondent/respondentka, výzkum Obavy a přání trans lidí v ČR, 2018

„Zrušit povolení pletysmografu, podle mě se to rovná znásilnění. Ani sexuolog nemá právo na to dělat někomu něco takového.“

Anonymní respondent/respondentka, výzkum Zkušenosti trans a nebinárních lidí se zdravotní a psychologickou péčí, 2020

„Sexuoložka se mnou pořád měla problém. Zakázala mi chodit na skupiny z důvodu mého přístupu k tělu (mám své tělo rád, to byl asi problém), hnala mě do operací, dělala na mě nátlak. Když jsem říkal nějaký svůj názor, a jak bych to chtěl mít, tak se mi smála. Strašně mě stereotypizovala a vadilo jí, když jsem proti tomu šel.“

Anonymní respondent, výzkum Zkušenosti trans a nebinárních lidí se zdravotní a psychologickou péčí, 2020

„Na občance mám již novou fotku, ale pořád staré jméno. Cizí lidi na mě už nepoznají, že jsem trans, ale občas je potřeba tu občanku někde ukazovat – třeba při podepisování smlouvy u operátora nebo na poště. Úředníci za přepážkou jsou pak obvykle překvapení, já jim musím vysvětlovat, o co jde. A občas se pak stává, že mají problém mi po tom exposé neříkat ‚pane‘.“

Lenka, trans žena

„Hodně mě tíží zkostnatělost českého systému, že musíme podstupovat ponižující komise a vyšetření, na kterých dostáváme otázky absolutně nerelevantní k genderu. Nikdy jsem se necítil hůř, než když jsem českým ‚kapacitám v oboru‘ musel popisovat, jak často masturbuji a co si u toho představuji.“

Anonymní respondent, výzkum Zkušenosti trans a nebinárních lidí se zdravotní a psychologickou péčí, 2020

„Najviac ma osobne a denne ťaží, že rodovo nekonformný zjav súvisí so šikanou, fyzickými a verbálnymi útokmi, diskrimináciou, stratou zamestnania a problémom si ho nájsť a so zvýšeným stresom a strachom o vlastné bezpečie, každý jeden deň, ktoré boli vedecky potvrzené, že súvisia s kratším vekom, ktorého sa človek dožije, a mnohými ochoreniami.“

Anonymní respondent/respondentka, výzkum Obavy a přání trans lidí v ČR, 2018

„Při kontrole dokladů ve vlaku vyšlo najevo, že jsem trans. Průvodčího to zaujalo a mile jsme si o tom povídali. Bohužel jeho zájem byl hlubší a znenadání mi odhrnul triko a sáhl na prso. Byla jsem v šoku a když jsem ho odstrčila, tak se omluvil a odešel. Kdyby byla možnost, tak vystoupím dřív, v tom vlaku už jsem sedět nechtěla a už víckrát nechci touto trasou jet sama.“

Petři, trans žena

„Lékaři by neměli fungovat jako gatekeepereři, nemělo by docházet k tomu, že jim musíte říkat, co chtějí slyšet, aby vás pustili dál.“

Anonymní respondent/respondentka, výzkum Obavy a přání trans lidí v ČR, 2018

„Přála bych si, aby se na nás společnost přestala dívat jako na méněcenné osoby.“

Anonymní respondentka, výzkum Obavy a přání trans lidí v ČR, 2018

„Přál bych si zmizet. Kéž by tu někde bylo trvalé útočiště pro nás, kteří jsme byli odmítnuti rodinou. Každý den se bojím vracet do svého ‚domova‘.“

Anonymní respondent, výzkum Obavy a přání trans lidí v ČR, 2018

„Velmi mi pomohla psychologická terapie spolu s rodinou, pomohla mým rodičům přijmout mě, akceptovat a pochopit v rámci mojí transsexuality.“

Anonymní respondent/respondentka, výzkum Zkušenosti trans a nebinárních lidí se zdravotní a psychologickou péčí, 2020

„Určitě mi vadí, nebo spíš mě mrzí přístup většinové společnosti, která obvykle nemá ani po-
nětí, co to transsexualita (transgender) je. A především lékařského personálu, kde ani neví, jak se k trans (lidem) chovat.“

Anonymní respondent/respondentka, výzkum Obavy a přání trans lidí v ČR, 2018

„Je málo terapeutů a terapeutek, o kterých je známo, že jsou trans friendly a že nám nebu-
dou cpát genderové stereotypy.“

Anonymní respondent/respondentka, výzkum Zkušenosti trans a nebinárních lidí se zdravotní a psychologickou péčí, 2020

„Většina terapeutů vůbec neví, že nebinarita existuje, jsou neinformovaní, a tím pádem ani nedokážou pomoci.“

Anonymní respondent/respondentka, výzkum Zkušenosti trans a nebinárních lidí se zdravotní a psychologickou péčí, 2020

„Psychologové a psychoterapeuti by měli*ý mít vědomí o trans lidech a identitách a seznámit se s různými problémy častými u trans a dalších LGBTI lidí, protože často ztrácím půl sezení vysvětlováním.“

Anonymní respondent/respondentka, výzkum Zkušenosti trans a nebinárních lidí se zdravotní a psychologickou péčí, 2020

„Nejtěžší je sehnat psychologa, který aspoň tuší, co to je gender, je to taková sázka do lo-
terie, protože to psychologové o sobě obvykle nemají uvedené na stránkách, zda respektují trans lidi a mají dost znalostí, aby si člověk nepřipadal na sezení jak v zoo.“

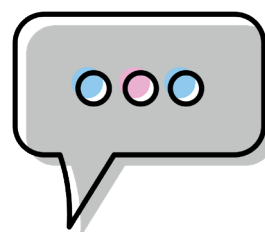
Anonymní respondent/respondentka, výzkum Zkušenosti trans a nebinárních lidí se zdravotní a psychologickou péčí, 2020

„Na psychologické ambulanci kvůli depresím a úzkosti jsem zažil narážky na svoje pohlaví, i když to nebyla věc, kvůli které jsem tam byl. Nuže jsem odešel ještě v horším stavu, než jsem tam přišel.“

Anonymní respondent, výzkum Zkušenosti trans a nebinárních lidí se zdravotní a psychologickou péčí, 2020

„Vzpomínám si na vyšetření na interně úplně na začátku tranzice, kdy se mě tam sestřička zeptala: ‚Tak, a protože jste ještě pořád žena, tak mi řekněte, kdy jste menstruovala?‘ Myšlím, že jsem jí řekl, ať mě oslovuje, v jakém rodě chce, takže za to bych se na ni nezlobil, jen bylo zbytečné do té věty vkládat připomínku na to, že jsem ‚pořád ještě žena‘, to říkat nemusela, ale chtěl jsem to mít rychle za sebou, tak jsem nic neříkal.“

Anonymní respondent, výzkum Zkušenosti trans a nebinárních lidí se zdravotní a psychologickou péčí, 2020



Odkazy a zdroje

1. ACA ALGBTIC Transgender Committee. (2009). *ALGBTIC Counseling Transgender Clients*. [cit. 2020-11-10] Dostupné z: https://www.counseling.org/Resources/Competencies/ALGBTIC_Competencies.pdf
2. Amendt-Lyon, N., Spagnuolo Lobb, M. (n. d.). *Description of Gestalt Therapy*. [cit. 2020-11-10] Dostupné z: <https://www.eagt.org/joomla/index.php/2016-02-25-13-29-31/description-of-gt>
3. American Psychological Association. (2015). Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *American Psychologist*, 70(9), 832–864. DOI.org/10.1037/a0039906) <https://www.apa.org/practice/guidelines/transgender.pdf>
4. Amnesty International. (2014). *The State Decides Who I Am, Lack of Legal Recognition for Transgender People in Europe*. [cit. 2020-11-10] Dostupné z: https://www.amnesty.eu/wp-content/uploads/2018/10/the_state_decides_who_i_am.pdf
5. Asia Pacific Forum of National Human Rights Institutions. (2016). *Promoting and Protecting Human Rights in Relation to Sexual Orientation, Gender Identity and Sex Characteristics*. Asia Pacific Forum of National Human Rights Institutions. ISBN 978-0-9942513-7-4.
6. Carlström, R., Ek, S., & Gabrielsson, S. (2021). 'Treat me with respect': transgender persons' experiences of encounters with healthcare staff. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 35: 600–607.
7. Center for Trauma & Embodiment at Justice Resource Institute, About. (n. d.). [cit. 2020-11-10] Dostupné z: <https://www.traumasensitiveyoga.com/about>
8. Chapman, R., Zappia, T., & Shields, L. (2012). An essay about health professionals' attitudes toward lesbian, gay, bisexual and transgender parents seeking healthcare for their children. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(2), 333–339.
9. Cherland E. (2012). The polyvagal theory: neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, self-regulation. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 21(4).
10. Edenfield, T., & Saeed, S. (2012). *An Update on Mindfulness Meditation as a Self-help Treatment for Anxiety and Depression*. [cit. 2020-11-10] Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3500142/>
11. Edwards-Leeper, L., & Spack, N. P. (2012). Psychological evaluation and medical treatment of transgender youth in an interdisciplinary "Gender Management Service" (GeMS) in a major pediatric center. *Journal of Homosexuality*, 59(3), 321–336.

12. Ehrensaft, D. (2012). From gender identity disorder to gender identity creativity: True gender self child therapy. *Journal of Homosexuality*, 59(3), 337–356.
13. Galop (n. d.). *Trans Advocacy*. [cit. 2020-11-10] Dostupné z: <https://www.galop.org.uk/transphobia/>
14. GLAAD (2018). *Transgender FAQ*. [cit. 2020-11-10] Dostupné z: <https://www.glaad.org/transgender/transfaq>
15. Institute, Inc. (2020). *What is EMDR?* [cit. 2020-11-10] Dostupné z: <https://www.emdr.com/what-is-emdr/>
16. Intersex Society of North America. (n. d.). *What is Intersex?* (n. d.). [cit. 2020-11-10] Dostupné z: https://isna.org/faq/what_is_intersex/
17. Ervin, A. (n. d.). *The Ethics of Working with Ground Rules Transgender and Gender*. [cit. 2020-11-10] Dostupné z: https://cdn.ymaws.com/www.papsy.org/resource/collecti-on/C954A5EF-F25C-4505-A0EA-25C6047A068D/W16_Ethics_of_Transgender.pdf
18. Fausto-Sterling, A. (2000). *Sexing the Body: Gender Politics and Construction of Sexuality*. New York: Basic Books.
19. European Association for Psychotherapy. (2019). *Biosynthesis Therapy*. [cit. 2020-11-10] Dostupné z: <https://www.europsyche.org/approaches/biosynthesis/>
20. Heller, L. (2019). *Introduction to the NeuroAffective Relational Model [NARM]*. [cit. 2020-11-10] Dostupné z: <https://drlaurenceheller.com/narm-introduction/>
21. Heller, L. (2019). *What is NARM?* [cit. 2020-11-10] Dostupné z: <https://narmtraining.com/what-is-narm/>
22. Jenner, C. O. (2010). Transsexual primary care. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 22(8), 403–408.
23. Lev, A. I. (2004). Transgender emergence: Understanding diverse gender identities and expressions. [cit. 2018-05-01] Dostupné z: ???
24. Levine, P. (2020). *What Is Somatic Experiencing?* [cit. 2020-11-10] Dostupné z: from <https://traumahealing.org/about-us/>
25. Lowen Foundation, (n. d.). *What are Bioenergetics?* [cit. 2020-11-10] Dostupné z: <https://www.lowenfoundation.org/what-is-bioenergetics>
26. Najavits, L. (2019). *Seeking Safety: A Model to Address Trauma and Addiction Together*. [cit. 2020-11-10] Dostupné z: <https://www.rehabs.com/pro-talk/seeking-safety-an-evidence-based-model-to-address-trauma-and-addiction-together/>
27. Namaste, V. (2000). *Invisible Lives: The Erasure of Transsexual and Transgendered People*. Chicago: University of Chicago Press.

28. National Association of Cognitive Behavioral Therapists. (n. d.). *What is Cognitive-Behavioral Therapy (CBT)?* [cit. 2020-11-10] Dostupné z: <https://nacbt.org/whatiscbt.html/>
29. Office of the High Commissioner for Human Rights. (2015). *A Step Forward for Intersex Visibility and Human Rights*. [cit. 2020-11-10] Dostupné z: <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/Astepforwardforintersexvisibility.aspx>
30. Pavlica, K. a kol. (2018). *The Fears and Hopes of Trans People*. Praha: Transparent z. s.
31. Pavlica, K a kol. (2020). *Specifika sociální práce respektující genderovou, sexuální a vztahovou rozmanitost*. Praha: Prague Pride z.s.
32. Pesso PBSP International LLC. 2011. [cit. 2020-11-10] Dostupné z: <https://pbsp.com/>.
33. Porges, S. W. (2007). *The polyvagal perspective*. *Biological Psychology*, 74(2), 116–143.
34. Platforma pro rovnoprávnost, uznání a diverzitu z.s. (PROUD). (2015). *Report on Trans People and Their Experience Health Care and Legislation in the Czech Republic*. Prague: PROUD.
35. Psychology Today (n. d.). *Psychodynamic*. [cit. 2020-11-10] Dostupné z: <https://www.psychologytoday.com/us/therapy-types/psychodynamic-therapy>
36. Reisner, S. L., Poteat, T., Keatley, J., Cabral, M., Mothopeng, T., Dunham, E., Holland, C. E., Max, R., & Baral, S. D. (2016). Global health burden and needs of transgender populations: a review. *Lancet* (London, England), 388(10042), 412–436.
37. Seeking Safety (2020) http©2020 Treatment Innovations www.treatment-innovations.org and www.seeking-safety.orgs://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1868418/
38. Sedlak, C. A., Veney, A. J., & Doheny, M. O. B. (2016). Caring for the transgender individual. *Orthopaedic Nursing*, 35(5), 301–306.
39. Selix, N., S. Rowniak. (2016). Provision of patient-centered transgender care. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 61(6), 744–751.
40. Schwartz, A. (2017, December 19). *Somatic Therapy: Dr. Arielle Schwartz*. [cit. 2020-11-10] Dostupné z: <https://drarielleschwartz.com/somatic-therapy/>
41. TCTSY. (n. d.) *What Is Trauma-Sensitive Yoga?* About. [cit. 2020-11-10] Dostupné z: <https://www.traumasensitivelyoga.com/about>
42. The International Focusing Institute (n. d.). *What Is Focusing?* [cit. 2020-11-10] Dostupné z: <https://focusing.org/feltsense/what-focusing>
43. The Young Scot Card (n. d.). *What is transphobia?* [cit. 2020-11-10] Dostupné z: <https://young.scot/get-informed/national/what-is-transphobia>

44. United Nations. (2019). *A major win for transgender rights: UN health agency drops, gender identity disorder, as official diagnosis*. [cit. 2020-11-10] Dostupné z: <https://www.un.org/sustainable-development/blog/2019/05/a-major-win-for-transgender-rights-un-health-agency-drops-gender-identity-disorder-as-official-diagnosis/>
45. Van der Kolk B., Stone, L., West, J., Rhodes, A., Emerson, D., Suvak, M., & Spinazola, J. (2014). Yoga as an adjunctive treatment for posttraumatic stress disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 75(6), 559–565.
46. Virupaksha, H. G., Muralidhar, D., & Ramakrishna, J. (2016). Suicide and Suicidal Behavior Among Transgender Persons. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 38(6), 505–509.
47. Wistreich, N. (n. d.). *What is the Person-Centred Approach?* [cit. 2020-11-10] Dostupné z: <https://www.the-pca.org.uk/about/what-is-it.html>
48. Wikipedia. (n. d.). *Transphobia*. [cit. 2020-11-10] Dostupné z: <https://rationalwiki.org/wiki/Transphobia>
49. Wikipedia. (2020). *History of intersex surgery*. [cit. 2020-11-10] Dostupné z: https://en.wikipedia.org/wiki/History_of_intersex_surgery
50. World Health Organization (WHO). (2019). *The ICD-11 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. Genève, Switzerland: World Health Organization.
51. World Professional Association for Transgender Health (WPATH). (2011). *Standards of Care (SOC) for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People*. [cit. 2020-11-10] Dostupné z: <https://www.wpath.org/publications/soc>



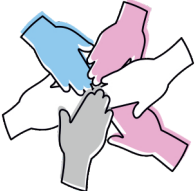
Transparent z.s., je česká organizace, která byla založena roku 2015 s cílem hájit práva transgender a nebinárních lidí a nabízet jim podpůrné služby. Mezi její aktivity patří například pořádání pravidelných podpůrných skupin pro dospělé, teenagery a blízké trans a nebinárních lidí, volnočasových akcí a dalších setkání. Věnuje se i edukační a osvětové činnosti. Určité aktivity jsou speciálně zaměřeny na LGBTIQ + děti a mládež. Působí primárně v Praze, nicméně od roku 2020 funguje i její ostravská pobočka. Chcete se dozvědět o trans* komunitě víc? Navštivte webové stránky jsmetransparent.cz nebo napište na e-mail info@transparentprague.cz.



Tento průvodce představuje důležitý a ideálně načasovaný publikační zdroj, jehož cílem je vytyčit a sjednotit pojmy a koncepty týkající se transgender, nebinárních a intersex osob a jejich duševní pohody. Na základě zkušeností a poznatků terapeutů ze tří partnerských zemí – České republiky, Itálie a Španělska – osvětluje základy a zásady poskytování informované terapie a jiné péče o transgender, nebinární a intersex klienty. Bude tak sloužit jako cenný zdroj pro poskytovatele lékařské péče, kteří chtějí nabízet kvalitní a podporující služby. Stejně tak má potenciál stát se přístupným informačním materiálem i pro pracovníky ve vzdělávání a politiky, a přispět tím k uznání transgender, nebinárních a intersex osob, jelikož těm se stále nedostává plného společenského přijetí ani respektu vůči své skutečné identitě na základě sebeurčení.

RNDr. Michal Pitoňák, Ph.D.

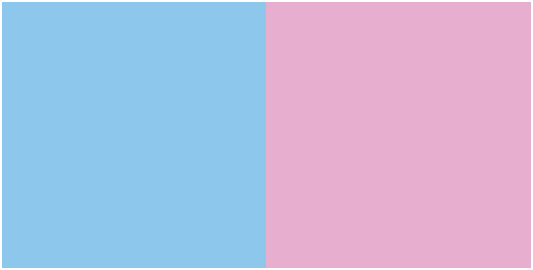
Centrum epidemiologického a klinického výzkumu závislostí
Národní ústav duševního zdraví

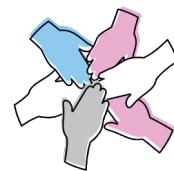
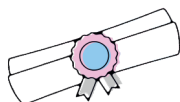


Česká asociace pro psychoterapii velice oceňuje tento mezinárodní počín, který staví pilíř k mostu mezi transgender lidmi strádajícími kvůli obtížnosti své situace a obcí profesionálů, jež by jim mohli být průvodci a pomocníky. Transgender tematika je jednou z velkých výzev, která stojí nejen před odborníky a státem, ale před celou společností, neboť představuje samu hranu střetu mezi objektivním a subjektivním pojetím světa. Považujeme za klíčové, aby se k problematice transgender osob vyjadřovali odborníci, kteří se tímto výsekem světa dlouhodobě zabývají, a vytvářeli pro nás ostatní teoretické koncepty porozumění, o které se můžeme opírat. Nejen za to patří dík všem autorům této publikace.

PhDr. Jiří Drahota

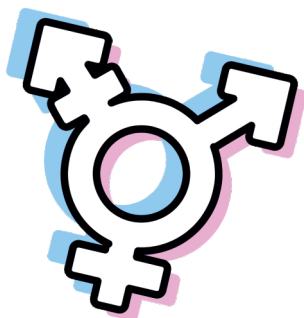
předseda České asociace pro psychoterapii





Wellbeing Among Transgender and Non-binary Clients of Therapy Services

A Knowledge-Based and Holistically-Oriented Therapeutic Approach



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

Wellbeing Among Transgender and Non-binary Clients of Therapy Services

A Knowledge-Based and Holistically-Oriented Therapeutic Approach

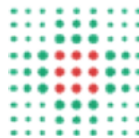
Authors

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

How to cite this document

Doležalová, P. Heumann, V.; Orlíková, B.; Hull-Rochelle, G., Pavlica, K., et al. (2020). Rozvoj duševní pohody u transgender klientů. Poznatky a holisticky orientovaný terapeutický přístup. Národní ústav duševního zdraví, Klecany.

This monograph was compiled as part of the SWITCH project (Supporting Wellbeing and Integration of Transgender Victims in Care Environments with Holistic Approach). This project was financed from the European Commission's program: Law, Equality and Citizenship (2014-2020).



Azienda Unità Sanitaria Locale Reggio Emilia

The content of this deliverable represents the views of the author only and is his/her sole responsibility. The European Commission does not accept any responsibility for use that may be made of the information it contains.

Year of publication: 2021

Content

Introduction	63
1. Transgender and Non-binary Identity	65
How Many Transgender People Are There?	65
Medical Diagnosis	65
Non-binary People	65
Intersex	66
Coming out	67
Transition	68
Social Transition	68
Physical Transition	68
Legal Transition (Legal Gender Recognition)	70
Transphobia	71
Gatekeeping	73
Pathologization of Transgender and Non-binary Identities	73
Social Relations and Community Support	74
Characteristics of the Transgender Community	75
Acceptance by Family and Close Friends	75
Acceptance at Work and School	76
2. Basic Terms and Definitions	77
3. General Recommendations for Providers in Contact with Transgender and Non-binary Clients	80
Self-determination	81
3.1 Involved Professionals' Knowledge and Awareness	82
3.2 Development Through the Life Cycle	83
Children	84
Adolescence	84
Elderly Clients	84
3.3 Treating Transgender Clients	85
General Recommendations	85
Specific Recommendations for Transgender and Non-binary Clients	85

After Coming Out	85
What Name and Pronoun to Use?	86
Ask Intimate Questions Only When Necessary	86
Know Your Own Limits	86
4. Applicable Psychotherapeutic Approaches.	87
4.1 Holistic Approaches, “Top-Down” and “Bottom Up” Models	87
Cognitive and Behavioral Approaches	88
Somatic (Body-Mind) Trauma Informed Therapies	89
Somatic Therapy	90
4.2 Self-Help Methods, Support Groups and Counseling	92
4.3 Principles of Client-centered Care	93
Characteristics of the Strengths-based Affirmative Psychologist	94
Making Clinical Sites More Transgender Accessible	94
4.4 Domains of Wellbeing	94
5. The SWITCH Project’s Mapping of the Best Therapeutic Practices in Three Partner Countries	96
Selection of the Most Important Topics in Therapeutic Practice.	96
Psychological, Biological, Environmental and Social, Workeconomic Barriers	97
6. Conclusion	99
Mapping Best Therapy Practices in Three Partner Countries.	100
Czech Republic	100
Italy.	101
Spain	105
Clients’ Testimonies	110
References	113

Introduction

As in other areas of human life which lay outside the general experience, prejudice against and stereotyping of transgender, non-binary and intersex people is often found. Working with these groups is likewise often beyond most professionals' common experience. Such professionals must consider a number of their own insecurities, dilemmas and ethical questions. Transgender, non-binary and intersex people, clients and patients are thus proven to be under threat, both in their personal lives (suicidality and self-harm can reach up to 40-50%,) and while using the services offered by helping professionals (which, even when unintentionally on the part of the provider, may traumatize clients).

This publication, on the basis of mapping the experiences of professionals as well as individual trans, non-binary and intersex people, is meant to support well-informed, high-quality and ethically sound professional practices. This introduction to the topic offers information, experiences, examples of good therapeutic practice and challenges experienced by this population, as well as their surveyed needs, all of which should serve as a guide to identifying best practices for working with this specific clientele, who are likely to appear in our offices.

Ideally, transgender, non-binary and intersex people would just be seen as people with the same needs as others, instead of being considered strange and calling up insecurity, anxiety and doubts among people in helping professions. This sharing of professional and personal experiences and reflections upon normativity, stereotyping and understanding diversity will contribute to an increase in the quality of professional practices, which will benefit all, irrespective of their (non)conventionality of their gender identity, sexuality, anatomy or type of relationships. That is the goal of this monograph, which originated from the SWITCH research project.

This Basic Guidelines report was compiled within the framework of the SWITCH Project (Supporting Wellbeing and Integration of Transgender Victims in Care Environments with Holistic Approach).

The aim of the Guidelines is to provide shared theoretical points of departure for the SWITCH project by defining and unifying the terms and concepts related to transgender, non-binary and intersex people and their psychological wellbeing in the three participating EU countries. Subsequently, it is proposed that such principles and suitable therapeutic approaches will be integrated in the training methodology and applied in therapeutic and medical settings. This text will serve as a basic guide to be used as a framework for providing informed and quality therapy and other related medical care for the target group – transgender and intersex people.

This publication is published in Czech and English. It is directed at professionals who provide psychotherapeutic or medical intervention in varied environments, including those outside the medical professions and those providing multidisciplinary services. This publication may

serve the purposes of research and educational activities and as a handbook for institutions responsible for strategic decision-making processes.

Jiří Procházka, Pavla Doležalová

1. Transgender and Non-binary Identity

Transgender is a term used to describe people whose gender identity differs from the sex they were assigned at birth. Gender identity is a person's internal, personal sense of being a man or a woman. Some people's gender identities do not fit neatly into those two choices. For transgender and non-binary people (those who feel neither like a man nor a woman, or like both), the sex they were assigned at birth and their own internal gender identity do not match [14].

How Many Transgender People Are There?

There is no major consensus on the number of transgender people. Clear statistics are lacking for several reasons, including the fact that many trans people are not out (both pre- and post-transition).



In the past, estimations were primarily based on the data sourced from health professionals indicating the number of people who had undergone sex reassignment surgeries or were undergoing hormone treatment. Other estimations were based on the number of people who had obtained legal gender recognition. However, such estimates fail to take into account the transgender people who do not undergo reassignment surgeries or other health treatments.

According to different surveys, the number of trans people is reported to make up between 0.3% and 1-4% [4].

Medical Diagnosis

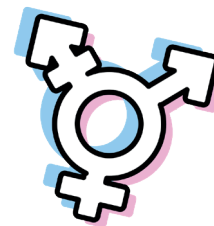
The United Nations' health agency approved a resolution to remove "Gender Identity Disorder" from its global manual of diagnoses, which, according to Human Rights Watch, will have a liberating effect on transgender people worldwide [44]. In the newly-revised version of the WHO's International Classification of Diseases (ICD-11), "Gender Identity Disorders" has been reframed as "Gender Incongruence". Gender Incongruence is defined as the "pronounced and persistent incongruence between the individual's gender and the sex assigned." Gender nonconformity is now included in a chapter on sexual health, and no longer listed among mental health disorders [50].

This progress is in line with efforts to depathologize transgender and gender non-conforming people and their situations.

Non-binary People

Non-binary people do not fit neatly or at all into the categories of "man" or "woman." The term "non-binary" includes people with a fluid gender (i.e., a gender identity that changes over the

course of life), those with multiple genders, those who consider themselves neither male nor female, and those who identify with no gender at all.



Non-binary people are a minority within a minority, and thus almost invisible to the authorities and healthcare system, so it is difficult for them to negotiate their identity and obtain access to trans-related healthcare. In Czechia, it is difficult to find an appropriate way of addressing and using pronouns, as there are no gender-neutral pronouns or verb forms in the Czech language. Some refer to themselves using the masculine or feminine, some alternate between these two, others use the “it” pronoun, or the newly discovered pronoun: „one“.

One’s experience of gender is very individual, so the following terms are an example of the most common categories of non-binary identities:

Non-binary, Gender-diverse, or Genderqueer – those whose internal sense of gender falls outside the gender binary (feminine/masculine); Non-binary people are extremely diverse in terms of their identities and may be fluid or fixed in terms of their gender. These may include:

- **Bigender** – a person whose identity shifts between feminine and masculine depending on the context or situation.
- **Genderfluid** – a person whose gender identification shifts or changes.
- **Androgynous** – a person whose identity is neither feminine nor masculine, presenting a gender either mixed or neutral.
- **Pangender** – a person whose identity consists of all gender identities.
- **Agender** – a person who does not have a personal sense of gender identity.

Intersex

We have established that transgender means that one’s gender identity is incongruous with the sex they were assigned at birth. Intersex means a person is born with any of a number of biological attributes that do not fit the specific definitions of female or male. Some intersex people experience gender dysphoria and identify as transgender as well, for instance when they have been socialized as one sex and gender and find during puberty (or earlier) that they exhibit attributes of “the other” gender in addition to or instead of those of their assumed sex and socialized gender.

In some cases, intersex traits are visible at birth while in others, they are not apparent until puberty. Some chromosomal intersex variations may not be physically apparent at all [29].

Unfortunately, in many countries, babies with ambiguous genitals are still forced to undergo surgery in order to be legally recognized as either female or male, even though for most, the condition is not life- threatening. It is said that for surgeons, it is easier to “dig a hole” than

“build a pole,” so the majority of intersex babies are assigned female at birth. Few countries have yet provided for the legal recognition of intersex people (Germany, Austria, NZ, Australia, Malta, India and Canada).

The legal recognition of intersex people concerns, firstly, their access to the same rights as other men and women; secondly, their right to request administrative corrections to legal documents when their original sex assignment is found inappropriate; and thirdly, while opt-in schemes may help some individuals, legal recognition is not about the creation of a third sex or gender classification for intersex people as a population, but about their self-determination [5].

Coming out

Coming out is the process in which a person realizes and identifies their minority sexual orientation or gender identity. We can distinguish two phases of coming out: internal and external. It is not uncommon that some transgender clients spend years or even decades before they decide to come out publicly.

The realization that one is transgender can take anywhere from a few moments to several decades. Transgender people usually have inkling early on in their lives that their assigned gender feels out of sync with their social role, or feel physically uncomfortable. The self-realization process can be very complicated. A gender-questioning person may be triggered into intense denial or, in response to social constraints, ignore the signs pointing toward their transgenderism, whether consciously or unconsciously.

Transgender people vary greatly in choosing whether, when, and how to disclose their transgender status to family, close friends, and others. The prevalence of discrimination and violence against transgender people can make coming out a risky decision. Fear of retaliatory behavior, such as being banished from the parental home, can influence a transgender person’s decision not to come out to their families at all, or wait until they have reached independence in adulthood. Parents who are confused or rejecting of their transgender child’s newly revealed identity may treat it as a “phase” or attempt to convert their children back to “normal.”

Research conducted in 2018 by the Czech organization Transparent z.s. among the Czech transgender community indicated that the least positive reactions to coming out were from parents (44% of negative reactions; 28% of positive reactions came from fathers and 36% from mothers). In contrast, the most positive reactions were from friends (73% of positive reactions), followed by romantic partners or spouses (62%) [30].

Transition

Trans-identified clients often intend to undergo a process of transition, which means acquiring the visual characteristics, physical features and social roles to align with a person's gender identity. This can be divided into three components:

- **Physical** – hormone replacement therapy (HRT), surgical changes (sex reassignment surgery – SRS or gender reassignment surgery – GRS).
- **Legal** – change of legal gender marker and legal name.
- **Social** – change of name and pronouns; adjusting one's visual appearance; performing the desired gender role.

Social Transition

The most difficult aspect of the transition process is the social aspect. Social change means a trans person must shift visibly and publicly from one gender role to another. They may experience a change in social status; for example, trans women may find that the pay rates in their profession are reduced. Expectations from others may change as well. The older a person is and the more social roles they play, the more complicated the transition. In extreme cases, a person may find themselves in social isolation.

As mentioned above, it is recommended that transgender clients have sufficient access to professional psychological support during this period.

Physical Transition

This is the most visible part of the transition, and for most people a symbol of or synonym for transition as such; however, care providers often reduce the process to the physical changes and hormonal and surgical interventions, neglecting the trans individual's psychological needs.

Not all trans people are automatically interested in all available surgical interventions – in general, the stronger the dysphoria, the greater the interest in surgeries. Each country legislates transition differently. The medical part of transition in Czechia is governed by Act No. 373/2011 Coll. On Specific Medical Services, Sections 21–23. The requirements stipulated therein for surgical interventions are:

- **client must be 18 or older;**
- **client must be diagnosed with (F64);**
- **dissolution of marriage or registered partnership;**

- **client must request the intervention in writing;**
- **an expert commission must approve the intervention.**

In the Czech Republic, one's physical transition is in the hands of sexologists, and before the onset of hormonal therapy or surgical procedures, candidates for transition must obtain an appropriate diagnosis. However, the diagnosis of trans identity is relatively complex, due to the fact that gender identity cannot be measured or otherwise objectively determined. It always depends on the statement and inner experience of the person. In many cases, however, sexologists in the Czech Republic apply methods that are debatable, unnecessary or directly harmful to transgender and non-binary clients (for instance, the measurement of genital arousal by the so-called plethysmograph).

The diagnosis may also include the so-called **Real-Life Test**, in which people must prove that they can live in the gender role with which they identify, for some time before undergoing surgery. It is important to realize that the Real-Life Test can mean an additional burden of stress for some people, as well as a potential safety risk.

In any case, the process must begin with the personal decision to transition, prompted by the feeling that one's gender identity does not match the cultural norms/roles attributed to the sex they were assigned at birth.

In some countries, a diagnosis and a number of medical examinations (endocrinology, internal, psychological, etc.) should be made prior to HRT or SRS. An integral part of the diagnosis is, again, the so-called Real-Life Test.

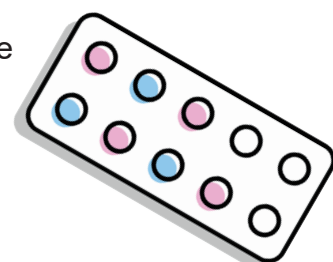
After HRT, a person starts to change physically (and often mentally), which is associated with frequent coming out experiences and risks such as losing one's job, conflict with family, friends or acquaintances, and more. It is recommended that the person in transition have enough support around themselves (good friends and/or some professional psychological help) during this period.

As noted above, in some countries (e.g., the Czech Republic) those who want to change their gender legally must still undergo forced surgical sterilization.

Gender Reassignment Surgery (GRS) includes Feminization and Masculinization surgeries.

An anatomy that is typically gendered female may require one or a set of feminization surgeries, including orchiectomy, vaginoplasty, feminizing augmentation mammoplasty, facial feminization surgery, reduction thyrochondroplasty (tracheal shave), and voice feminization surgery, among others.

Achieving typically male-appearing anatomy that appears may require one or a set of masculinization surgeries, including chest masculinization surgery (top surgery), hysterectomy, phalloplasty, metoidioplasty, and crotoplasty.



The shortcomings of the Czech system of medical transition, which have a fundamental impact on the mental well-being of transgender people, include:

- lack of a uniform methodology for care of trans people (some trans clients have to undergo an annual RLT before the use of hormones, which can have serious negative consequences especially for their social life; some sexologists require arousal measurement, a procedure which is stressful or even traumatic for some trans individuals due to their physical dysphoria (inconsistency with their own body) and is in no way indicative for the diagnosis;
- insufficient emphasis on the mental health and wellbeing of trans and non-binary people and supporting them therapeutically; transition is perceived as physical modification using hormones and operations as the method of „healing;“
- excessive formalization and standardization of the medical transition process, requiring all candidates to take all individual steps, ignoring the diversity of individual trans and non-binary people's paths;
- the inability to accommodate non-binary people who do not fit into the binary scale of man-woman.

Legal Transition (Legal Gender Recognition)

Most countries have a strict legislative procedure for legal gender recognition. In the Czech Republic, according to § 29 of Act 89/2012 Coll. Civil Code the following conditions apply for official change of legal name and gender marker:

- **medical diagnosis,**
- **genital surgery including sterilization,**
- **divorce or dissolution of the existing registered partnership.**

The above-mentioned requirement of surgical treatment/sterilization and divorce is considered discriminatory under international law. The consequences of this practice include the fact that many trans people have personal documents that do not correspond to their gender identity and which they must use in various social contexts to prove their identity. As a result, these people cannot choose when, how and to whom they disclose their identity, putting them at risk of bullying, discrimination, violence, etc., even in the course of routine activities such as employment, visits to administrative offices, shopping or medical appointments.

The requirement of sterilization is invasive, inhuman and unjust, denying trans people the possibility of self-determination, bodily autonomy and causing a mental burden on those who want to become parents. There may also be complications during the operation, unnecessary health problems and other problems, such as hormonal complications. Requiring divorce or maintaining single status (even in cases where the trans person's partner agrees

and supports the transit) can lead to family breakdown and the destruction of the trans's primary support network. All of these processes can also jeopardize job security and professional careers due to the long time required to complete all of these steps.

All of these processes are also costly and time-consuming, and many of them are questionable in their efficacy. However, the need for official recognition of gender identity is not just an administrative formality, without which trans people can easily exist: for many of them, it is the only way to live a dignified life.

Such arbitrary and potentially discriminatory requirements mean that in practical terms trans clients have no protection and may be harmed in the various processes; for instance, many trans people in those countries must carry documents that do not match their gender identity, and must use these documents daily for self-identification purposes in every social sphere. This leaves trans clients powerless in choosing when and how to out themselves, and vulnerable to bullying, discrimination, violence and more in their daily activities such as going to work, going to the post office, shopping or seeing a dentist. The requirement of forced sterilization is invasive, inhuman and unjust, removing trans clients' self-determination and autonomy and potentially causing mental strain for one who still hopes to be a parent, not to mention potential complications in surgery, unnecessary health problems and further hormonal shifts. The requirement to be divorced or maintain single status (even when the trans client's spouse is in agreement and supportive of the gender change) can break up families and destroy a trans client's primary support network. All of these processes may threaten a trans client's job security or professional experience, given the lengthy time necessary to complete all of the steps.

Such arbitrary and unfounded requirements violate a person's dignity, physical integrity, right to form a family, and right to be free from degrading and inhumane treatment. Some progressive countries offer a model of self-determination (Belgium, Denmark, Ireland, Luxembourg, Malta, Norway and Portugal) where applicants can be formally acknowledged in their preferred gender without being required to satisfy preconditions related to their medical, marital or age status.

All of these procedures are costly and time consuming, and many are questionable in their efficacy. Gender recognition has ramifications beyond being an administrative act: it is essential for many trans people to be able to live a life of dignity.

Transphobia

Transphobia is a term used to describe the intense dislike of or prejudice against transgender, gender diverse and intersex people. Transphobia can manifest itself in two main ways: active (intentionally acting against gender diverse people) or passive (not recognizing or allowing for the fact that gender variance exists) [43, 13].

It can take time for others around the trans person to become accustomed to using the new pronouns. Mistakes are understandable, but deliberately denying a trans person's identity

by using the wrong pronouns (“**misgendering**”) or previous name (“**deadnaming**”) is a form of transphobia which can have proven negative psychological effects on the trans person. Transphobia also manifests in discrimination, such as preventing a trans person to use the bathroom or refusing them services or work based on their trans identity. More severely, transphobia can lead to hate speech or even violent hate crimes. Every year, numerous transphobic attacks and murders of transgender people are reported globally. Lack of prosecution in such cases, the rise of intolerant, extremist socio-political movements and laws enacted against transgender rights directly and indirectly endanger the lives of trans people. Lack of official support networks can compound this experience. Trans people themselves can exhibit **internalized transphobia**, when they adopt negative socio-cultural norms and expectations, dismissing and disparaging their own identity or that of other trans or non-binary people. Transphobia and transphobic tendencies are also fostered by **cisnormativity** rooted in the society, i.e., the belief that the only normal, natural and acceptable identity (gender expression, physical characteristics, etc.) is either male or female [31].

Stereotypes and prejudices against trans and non-binary people do not stem from attitudes towards individuals, but from the hetero- and cisnormative foundations that determine our entire cultural positioning (known as **transnegativity**).

Transnegativity is adopted in a socio-cultural context. This needs to be taken into account to understand the mechanisms of transnegativity and to promote best practices for social inclusion.

This transnegativity plays out on different levels [16]: personal level (stereotypes and prejudices); interpersonal level (discrimination, violence); institutional level (legislation, strategy, social practice); and the cultural level (cultural representation).

It is therefore necessary to establish procedures that can help change the cultural image and approach of institutions as well as public administration [17]. One example is a project organized by the Interinstitutional Commission to Combat Homotransnegativity and Promote LGBT Inclusion in Reggio Emilia, Italy, in response to persistent discrimination against LGBTI minorities and the consequent need for a „culture of otherness“ to promote and empower LGBTI people.

Like other minorities, trans and non-binary people suffer from stigma and ensuing discrimination, including verbal and physical harassment, known as **minority stress**. The stigma associated with transgender identity then produces an environment that is stressful, offensive and degrading for these people, including acts of hatred, bullying and violence against them. These factors have been shown to affect trans and non-binary people’s mental health and influence risky or suicidal behavior among them. Consequences may also include hiding one’s identity, self-stigmatization and internalized transphobia.

One of the main stressors may also be the previously mentioned organization of systems of power, i.e., **structural violence**, using measures that restrict the rights or development of people falling within its scope. These may be rather inconspicuous manifestations (such as „gatekeeping“ by doctors against trans people, who often have to conceal or modify what

they tell doctors to ensure care during their transition), but also by statutory conditions such as sterilization and the divorce requirement, which infringe on trans people's rights to health, family, and more.

Gatekeeping

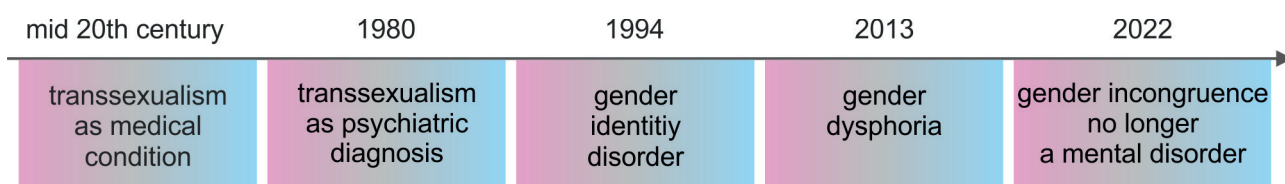
Gatekeeping happens most commonly in the medical field, where doctors can control the pace of a transgender client's transition, or deny it altogether. Arguments by medical gatekeepers are based on the belief that transgender people are not capable of determining their own identities and must undergo months or even years of therapy before being allowed to transition. Some gatekeepers assert that psychological diagnoses or issues are grounds to delay or deny transition. Trans clients' psychological problems are often caused by their body dysphoria and the stress of going through life feeling they are in the wrong gender, so their lack of power in the transition process may further negatively impact their mental health.

Pathologization of Transgender and Non-binary Identities

Pathologization is a medical, legal and cultural practice that conceives of a trait, individual or group of people as inherently disordered. Direct consequences of pathologizing transgender people as part of a previous diagnosis of transsexualism or gender identity disorder, i.e. a mental disorder, include impaired access to trans-related and general medical care, violations of the right to physical integrity, health or family life, and restrictions of the access to legal gender recognition.

Depathologization represents an international shift in the approach to the concept of transgender and non-binary identities, trailblazed by the World Health Organization resulting in the reclassification of the diagnosis of so-called transsexualism and gender identity disorder to a non-pathological category. As of 2022, the new diagnosis called Gender Incongruence will no longer be listed as a mental disorder and will be classified as a condition related to sexual health.

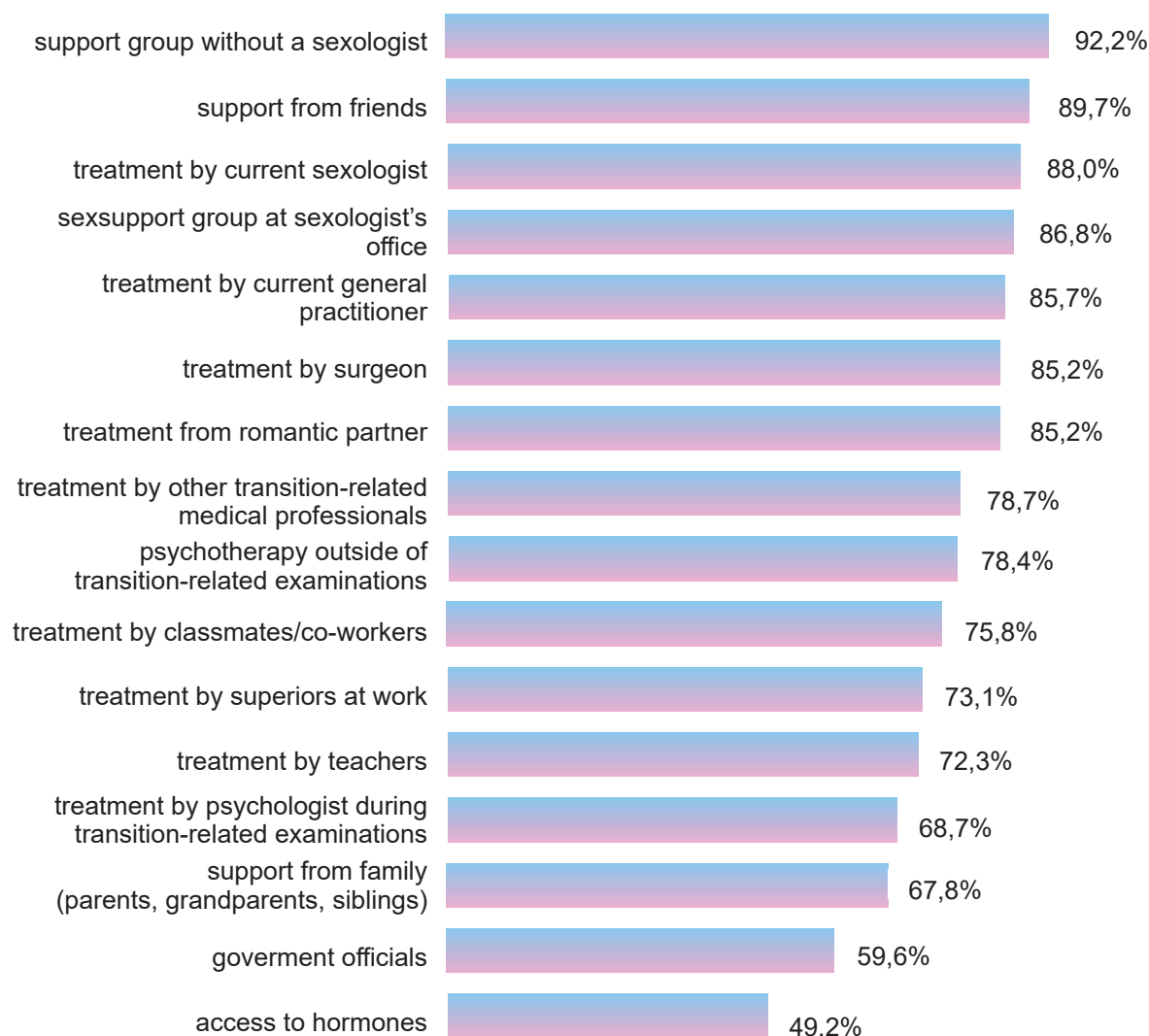
WPATH – The World Professional Association for Transgender Health is a professional association focusing on the health of transgender people in an international context. They produce standards of care for transgender clients, the latest version of which (Standards of Care, version 7) states that transition should be understood as non-pathological and allow for a broad expression of gender identities, cultural diversity among them, and various ways of transitioning. It also explicitly condemns any „reparative“ and „conversion“ therapeutic methods (i.e., methods aimed at changing or „correcting“ a person's gender identity) [54].



Social Relations and Community Support

A **community** of minority group members serves as a source of belonging, reassurance and reciprocity, which are values and feelings associated with wellbeing. LGBTI, specifically transgender people, create a safe space to express their own authentic identity and celebrate diversity. This can be either a physical space, such as a community center or other social space for community events, or a virtual space (online groups). However, mental health professionals often underestimate the importance of these small communities which, unlike medical and institutional environments, offer the possibility of empowerment and authentic representation of one's own experience. According to the Czech Republic's research, trans and non-binary attendees of community-organized peer support groups rate them the best source of support.

Satisfaction with People or Situations (%)



Source: *The Hopes and Fears of Trans People in the Czech Republic, 2018* (Research implemented by Transparent z.s.)

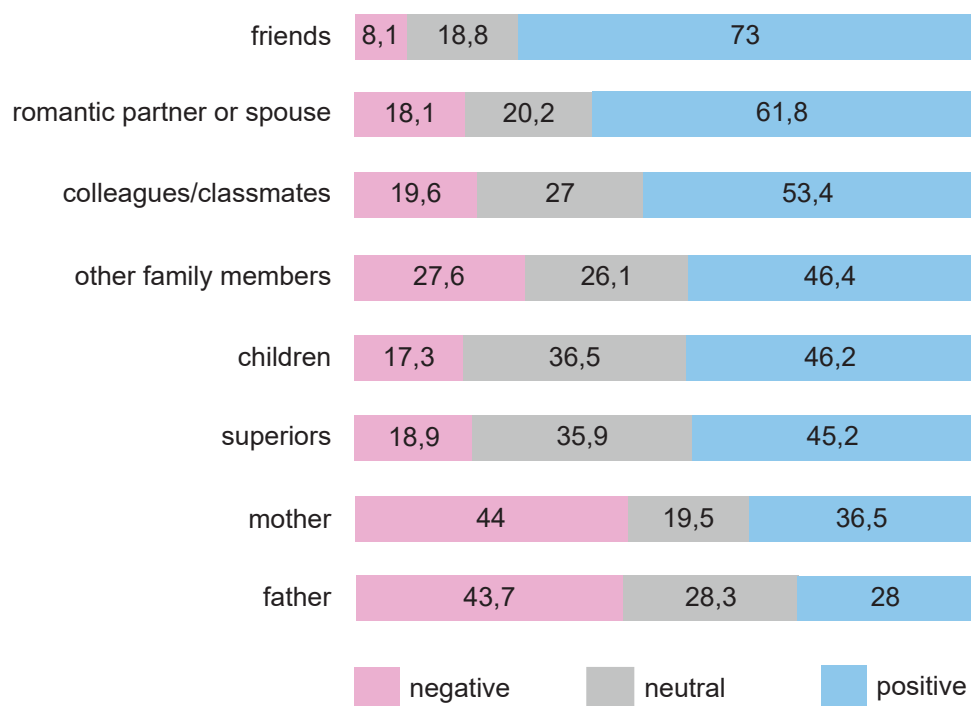
Characteristics of the Transgender Community

It must be noted that the transgender community has its own idiosyncrasies. It is transitional and varies in number, as the vast majority of trans people do not want to be considered part of an exclusive group and do not declare their trans identity. Transgender people are also often overlooked by other LGBTI+ spectrum groups, qualifying them as a kind of a „minority within a minority.“ Last but not least, there is substantial dissent within the transgender community regarding the true definition of a „trans“ identity and who deserves legal gender recognition. This conflict sometimes culminates in verbal clashes or online attacks by trans or non-binary people who judge other trans or non-binary people's definitions and self-presentation (appearance, media presentation, etc.).

Acceptance by Family and Close Friends

Close relationships are absolutely essential for the mental and physical well-being of trans and non-binary people. Unfortunately, family and close friends often do not respond positively (see graph) to trans and non-binary identities. Sometimes parents force their children into the role of the gender assigned to them at birth (choosing their children's clothes, hobbies, etc.).

Reaction of Others to Coming Out



Source: *The Hopes and Fears of Trans People in the Czech Republic, 2018* (Research implemented by Transparent z.s.)

Parents' reactions to their transgender or non-binary children's coming out depends primarily on their own attitudes towards transgender identities, their fears about reactions in the greater social sphere, and beliefs about how their child's identity reflects on their parenting skills. It is also important to note that parents themselves experience a sort of coming out, in which they are often put on the spot, without support or sufficient information, when relatives and family friends or administrative or other authorities ask about their child's identity.

Partnerships experience a lot of pressure and many of them do not survive the transition. The partner of a trans or non-binary person may feel betrayed and lose trust in the relationship. Moreover, the Czech Republic's requirement for a trans person to end their existing marriage or registered partnership puts a great strain on the relationship, and links to many more complications, including fears around the trans person's relationship to their children, for instance when the trans or non-binary person's gender identity is feared as a threat to their child's mental health and development, and attempts may be made to curb the parent's visitation or revoke their parental rights.

Intimacy in relationships may be complicated when trans and non-binary people have problematic relationships with their own bodies, especially its intimate parts. They may have difficulty establishing a relationship or finding a suitable partner.

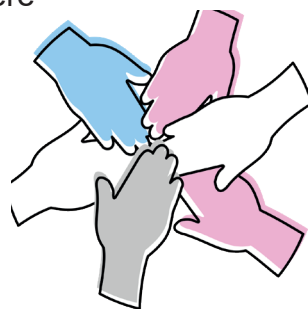
Children may be surprised and confused. Young children often accept their parents' transitions easily. All children of trans parents, especially older children and those who find out later in life, should have access to support and therapy.

Starting a family can be complex, due to the Czech Republic's unfavorable legislative norms. By law, transgender people must undergo sterilization for their gender to be legally recognized. Those who store their genetic material to start a family later will lose their legal right to it once their documents bear the new gender marker. This makes it virtually impossible for trans people to legally start their own family after their official transition.

Parents and partners of transgender people are recommended to seek help through Transparent z.s.'s online support groups or counseling center, or the support of another skilled counselor, therapist or psychologist.

Acceptance at Work and School

The work and education environment places great demands on trans and non-binary people, and the fear of coming out in this environment is one of the main reasons people delay or refrain from transitioning. **Bullying** is a big problem in work and school collectives, both by colleagues or schoolmates and superiors or management. It is therefore essential that there are defined procedures and guidelines/educational materials for these scenarios. Support should come from the management, guided by psychologists who are experienced in such matters.



2. Basic Terms and Definitions

Sex – a strictly biological definition, based on certain sets of physical features, typically separated into the categories of ‘Male’ and ‘Female.’

Sex Assigned at Birth – sex assigned at birth refers to the sex (male or female) attributed to a child at birth by medical personnel based on certain sets of physical features (genitalia, chromosomes, gonads, hormones, etc.). May also be referred to as birth sex, biological sex, or natal sex.

Gender – socially or culturally constructed roles that people in a society identify with based on their gender identity; such roles vary historically and geographically and are associated with certain physical appearances, expressions, and expectations.

Gender Identity – a person’s interpretation and categorization of their own gender, finding a comfortable definition of oneself, expressed through interactions with other people.

Trans(gender) Person – someone whose gender identity is incongruous with the sex they were assigned at birth. The terms ‘trans’ and ‘transgender’ are used exclusively as adjectives.

Trans(gender) Woman – a woman who was born with male sexual characteristics, assigned-male-at-birth (AMAB) and does not identify with the social role of a man. Trans women are sometimes also referred to as MtF (male-to-female), although this term oversimplifies the process.

Trans(gender) Man – a man who was born with female sexual characteristics, assigned-female-at-birth (AFAB) and does not identify with the social role of a woman. Trans men are sometimes referred to as FtM (female-to-male), although this term oversimplifies the process.

Transsexual – a historical term, today widely considered outdated, related to the previous transsexualism diagnosis, replaced by the Gender Incongruence diagnosis.

Transsexualism, Transsexuality – a medical diagnosis coded F64.0 among mental disorders in the previous versions of the International Classification of Diseases (ICD). This diagnosis has been replaced by that of Gender Incongruence; no longer classified as a mental disorder, but a condition related to sexual health.

Gender Incongruence – a medical diagnosis which will replace Transsexualism/Gender Identity Disorder in the ICD as of 2022. It indicates the shift in the perspective away from the category of mental disorder and focusing on the social aspect of the transgender condition in addition to the physical one.

Cis(gender) Person – a person whose gender identity aligns with the sex they were assigned at birth – e.g., a person who was assigned male at birth, was raised as a man and considers himself a man.

Intersex – a general term used for a variety of conditions in which a person is born with biological attributes that do not fit the specific definitions of female or male.

Non-binary, Gender-diverse, or Genderqueer – those whose internal sense of gender falls outside the gender binary (feminine/masculine); non-binary people are extremely diverse in terms of their identities and may be fluid or fixed in terms of their gender; these may include (agender, bigender, genderfluid, etc.)

Gender Non-conforming – a person whose gender expression does not conform to societal expectations of feminine or masculine.

Two Spirit – a person who fulfills the roles of both genders; traditionally used in Native American cultures, but the term is being also used as an umbrella term for “third genders” in other cultures.

Transvestite, Cross-dresser, Drag Queen/King – falls outside the contemporary understanding of ‘transgender,’ as it denotes a person who prefers or the clothing styles and gender expression of another gender or who dresses as another gender for personal enjoyment or performance.

Dysphoria – negative feelings associated with one’s physical features, experienced by most trans people to a greater or lesser extent.

Transition – the process of acquiring the visual characteristics, physical features and the social role that is in accordance with a person’s gender identity:

- **Physical** – hormone replacement therapy, surgical changes, sex reassignment surgery – SRS, or gender reassignment surgery – GRS.
- **Legal** – change of legal gender marker and legal name, other gender markers such as digits in national identification numbers indicating gender.
- **Social** – change of name and pronouns; adjusting visual expression; performing the desired gender role.

SRS, GRS – sex reassignment surgery, gender reassignment surgery.

HRT – hormone replacement therapy during transition.

Real-Life Test (RLT), Real-Life Experience (RLE) – common medical requirement for trans clients to prove they are able to live in their authentic gender role. It may range in duration from a couple of months to years. While for many people this practice may be beneficial, for some others it poses unnecessary risk and stress.

Legal Gender Recognition – the official procedure to change a trans person's name and gender identifier in official registries and documents such as their birth certificate, ID card, passport or driving license. In some countries, it's impossible for a transgender person to have their gender recognized by law. In other countries, the procedure can be long, difficult and humiliating.

Passing – being perceived and accepted by other people in a manner consistent with one's own gender identity.

Misgendering – referring to people using the wrong pronouns or gendered language (may happen by mistake, carelessness or seeking confrontation); connected with **Deadnaming** (calling a trans or non-binary person by their previous name).

Self-determination – one's inherent right to declare one's own gender and make choices to self-identify in one's own authentic way of expression.

Transphobia – the fear or hatred of trans people, often expressed in the form of verbal or physical attacks (insults, confrontation, assault).

Internalized Transphobia – internalization by trans people of negative socio-cultural norms and expectations, potentially leading to dismissal or disparagement of their own identity or that of other trans or non-binary people, shame and self-hatred.

Cisnormativity – the assumption that male or female cisgender identities constitute the only normal, natural and acceptable gender identity (gender expression, physical characteristics, etc.). The assumption that all human beings are cisgender, i.e., have (or should have) a gender identity which matches their biological sex.

Gatekeeping – any requirement which controls access to resources for transgender people; often used in regards to medical and legal transition, where there are strict formal requirements trans clients must fulfill in order for one's transition to be acknowledged medically or legally.

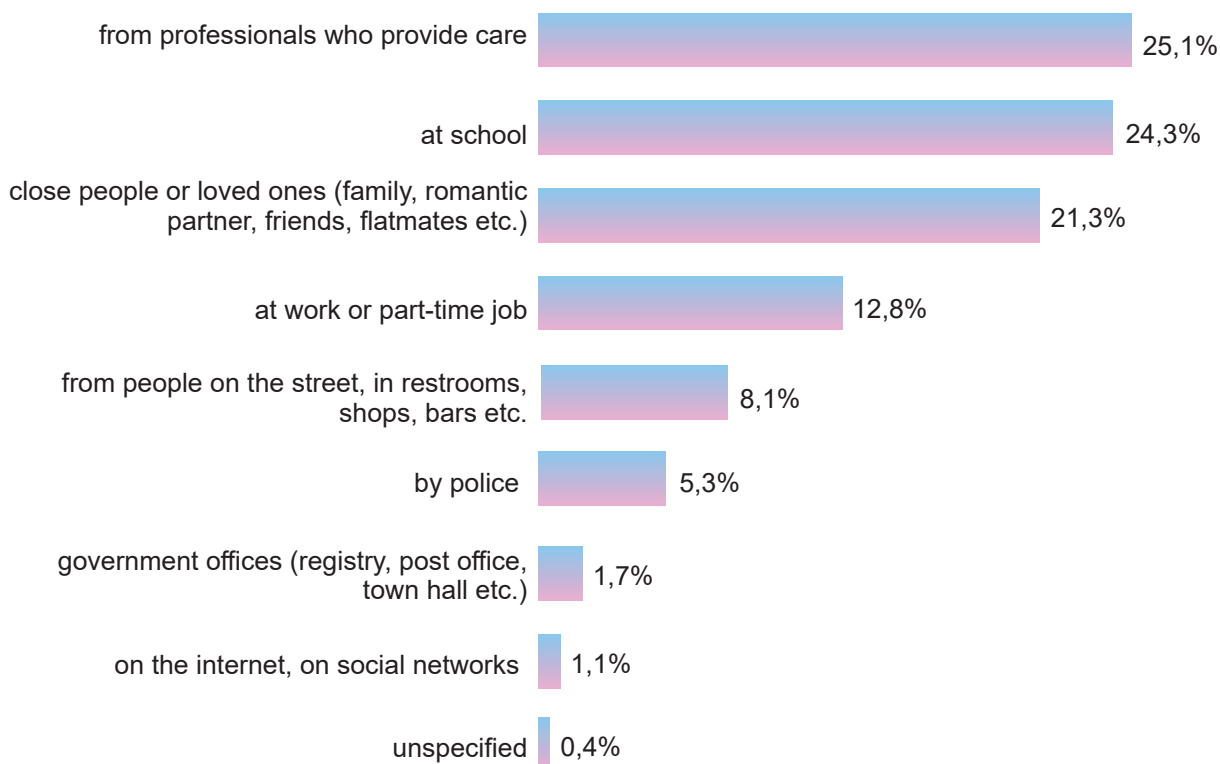
Depathologization – a process involving an official shift in perspective, in which the range of transgender identities are no longer considered pathological conditions/medical disorders in need of healing but acceptable health and behavior choices, in which trans and non-binary people are respected as agents of their own identities.

Gender-questioning – a person who may be questioning or exploring their gender identity and whose gender identity may not align with their sex assigned at birth.

3. General Recommendations for Providers in Contact with Transgender and Non-binary Clients

As the first point of contact during the process of transition and legal gender recognition, healthcare providers play a crucial role in the ensuing development and wellbeing of transgender and intersex clients. It is therefore alarming to see how often healthcare providers (including trans-specific providers) are reported as acting in ways that are unsupportive of or detrimental toward their transgender and non-binary clients. According to the findings of a Research Survey on the Hopes and Fears of Trans People in the Czech Republic conducted by Transparent z.s., the most harassment, discrimination and degrading treatment against transgender clients was perpetrated by care providers. A quarter of respondents (25.1%) listed negative and degrading experiences with professionals who provided some form of care (medical professionals, psychologists, sexologists, clergy, etc.) only followed by ill treatment and discrimination at schools (24.3%), from family and close people (21.3%), at the workplace (12.8%), in the public space (8.1%), by police (5.3%), etc [30]. It is therefore very important to provide recommendations directly relevant for care providers in general and trans-specific healthcare in particular.

Experiences with Discrimination, Harassment or Degrading Treatment due to Gender Identity



Scientific data regarding health professionals' attitudes indicate that it cannot be assumed that professionals will provide adequate and empathetic care. According to Chapman et al. [8], LGBT families seeking health care for their children can be reluctant to reveal their sexual orientation to health professionals, as they do not trust that they will be cared for in the same way as heteronormative families. This reinforces the importance of using holistic care models focused on the care of the person and the characteristics of each family system.

Jenner [22] states that it is necessary to advance in the revision of health care protocols and adapt them to the needs of this population. For this author, caring for transsexuals requires knowledge of anatomical reassignments, the effects of hormone therapy, and also cultural sensitivities particular to the specific gender identity community. The quality of healthcare can be determined by the importance given to cultural sensitivity, institutional policy change, and professional integrity.

Carlström and Gabrielsson [6] studied transgender clients' experiences of encounters with healthcare staff. The study concluded that it is important to recognize that transgender people are deeply vulnerable and their dignity is often violated when receiving medical care. For this reason, Carlström and Gabrielsson insist that health personnel can play a central role in facilitating and empowering transgender clients. Healthcare professionals can contribute in restoring and upholding transgender people's trust in health care by accepting trans clients' identities and focusing on their healthcare needs.

According to Sedlak et al. [38], although issues about transgender individuals (TIs) are now being more openly discussed in the general public, healthcare providers often express feeling uncomfortable in interacting with TIs because they have not been educated in the care of TIs and their care is often based on insensitive stereotyping.

Self-determination

Transgender clients should be given the space to articulate their identities on their own terms, without being forced to fit categories in which they do not feel they belong. Priority should be placed on respecting and understanding each transgender person as an individual, and special attention should be devoted to the inclusion of non-binary gender and sexual identities, sending a clear message that transgender people will not be discriminated against or denied resources on the basis of identifying outside a strictly binary gender system.

Medical transition should not be treated as a prerequisite for asserting a valid trans identity within the realm of medical transition; multiple options, rather than a single normative trajectory, should be acknowledged as viable.

No medical treatment or procedure should be a prerequisite for legal gender recognition, including but not limited to HRT, top surgery, surgical or non-surgical sterilization, or genital surgery.

Qualified doctors, medical personnel, and medical students should be systematically supported with regular professional development and education on trans issues, including an awareness of international developments in this field.

Health care providers should make an effort to ask about transgender clients' preferred names and pronouns, rather than assuming them from legal documents alone.

Transgender clients should be permitted to choose their own names, without the current requirement for a gender-neutral form even for those who would prefer a clearly masculine or feminine form.

The option to undergo any treatments, including HRT and/or transition surgeries, should remain recognized as medically necessary for those transgender people who wish to undergo them, preserving the current funding situation. Choosing to undergo one treatment (e.g. HRT) should, however, not be taken as automatic consent to other treatment (e.g. any surgery) unless desired by the individual. Rather than making funding for HRT and surgeries contingent upon the definition of transgender status as a disorder, transgender people should be supported in the decisions they make about their own health. It should be noted that there are many health-related circumstances such as pregnancy, childbirth, parental leave and need for child benefits, which are not classified as pathological states, yet qualify the person to receive financial assistance from the state. The fact that such financial support is available reflects the value placed on each circumstance by society and the state. The same principle can apply to bodily self-determination in general. Access to specific treatments should also be considered as separate from the issue of legal gender recognition.

Healthcare professionals are advised to closely observe international developments that tend towards the depathologization of trans identities in the medical field (actively endorsed by the medical organization WPATH), and towards making legal gender recognition contingent on self-identification rather than on approval by a regulatory body or on any particular medical procedure in the legal field.

3.1 Involved Professionals' Knowledge and Awareness

The Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct include gender identity as one factor for which psychologists may need to obtain training, experience, consultation, or supervision in order to ensure their competence [3].

It is important for psychologists to engage in continuous training on issues related to identity and gender expression as a foundation for an affirmative psychological practice because of the high level of societal ignorance and stigma associated with Transgender and Gender Non-conforming (TGNC) people, ensuring that psychological education, training, and super-

vision is affirmative, and does not sensationalize [27] exploit, or pathologize TGNC people [23].

Precisely because most psychologists have received little or no training on the LGBT population and do not feel educated in the matter (APA, 2015), expert colleagues are called upon to implement and disseminate continuing education and training practices, helping to fill these gaps.

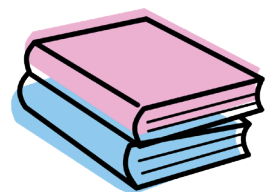
It is essential, first of all, that psychologists who receive training in this field develop a non-judgmental professional attitude towards people who experience different gender identities and expressions from their own. It is important to increase the awareness of cis-gender privilege, anti-trans prejudice and discrimination, host panels inviting gender expansive people to offer their personal perspectives, or include their narratives in course readings [1].

According to the ACA, ALGBTIC Competencies for Counseling Transgender Clients [1], as can be seen from the context of helping relationships, psychologists should have more knowledge regarding the following points:

- Physical aspects (e.g., access to health care, HIV complications, and other health issues).
- Social aspects (e.g., family/partner relationships).
- Emotional aspects (e.g., anxiety, depression, substance abuse).
- Cultural aspects (e.g., lack of support from others in their racial/ethnic group).
- Spiritual aspects (e.g., possible conflicts between their spiritual values and their family's).
- Stressors, e.g., financial problems as a result of employment discrimination [1].

It is important to provide training spaces in which healthcare professionals can train their own intrapersonal and interpersonal skills to:

- Identify and visualize their own culture of belonging, values and principles, to manage prejudices or stereotypes.
- Know and properly apply communication models that promote empathy and a relationship of trust with trans and intersex people, to prevent violence in health care practices and health care protocols that currently exist.



3.2 Development Through the Life Cycle

Professionals who work for the wellbeing of transgender people (Psychologists, Psychotherapists, Psychiatrists, Counselors, Sociologists, Educators) are encouraged to update themselves on the relevant literature [3] and to consider the peculiar characteristics of each of the different stages of the life cycle in the following groups:

Children

Because gender nonconformity may be transient for younger children in particular, the psychologist's role may be to help support children and their families through the process of exploration and self-identification [12]. Additionally, psychologists may provide parents with information about the potential long-term trajectories children may take in regard to their gender identity, along with the available medical interventions for adolescents whose TGNC identification persists [11].

Adolescence

Adolescence is a sensitive time for all people, and for trans or non-binary people it is often a period of searching for one's own identity, self-confidence, and when their personality is formed. Moreover, during puberty, trans and non-binary people may find their physical development very burdensome, resulting in a negative attitude toward their body.

In the social context, young trans and non-binary people can be very sensitive to manifestations of transphobia, whether encountered at school, at home or on social networks. Some of these manifestations can seem very subtle, such as joking or slight ridicule. Yet when experienced consistently, this can injure or traumatize the trans person, even having long-term effects on their mental development. Rejection and bullying can influence the recipient's coping behaviors, when they attempt to escape from judgment, humiliation and even danger from outside sources by engaging in self-harm, substance abuse, suicidality, eating disorders, crime, sexually risky behavior, social isolation, etc.

In working with adolescents, it is important to consider some conditions that can better guide the intervention:

- Some adolescents don't have a strong history of childhood gender role nonconformity or gender dysphoria.
- Some of these adolescents may have withheld their feelings of gender nonconformity out of a fear of rejection, confusion, conflating gender identity and sexual orientation, or a lack of awareness of the option to identify as TGNC.
- Parents of these adolescents may need additional assistance in understanding and supporting their children.

Elderly Clients

Intervention with the elderly should take into consideration their bio-psycho-social needs, recognizing their potential physical experience of isolation/exclusion and potential psychological experience of shame, guilt and internalized transphobia, and must respect their freedom in choosing the manner in which they want to come out.

At a biological level, it is necessary to support the evolution of the client's own identity or gender expression at any age, recognizing the fact that these paths were often not accessible or practicable in previous stages of life.

3.3 Treating Transgender Clients

General Recommendations

- **Believe** – all identities are valid;
- **Respect** – not only tolerate, but respect gender variance and expression;
- **Support, empower** – create safe spaces, communicate, befriend;
- **Protect** – protect trans clients and encourage respect for them, even in their absence.

Specific Recommendations for Transgender and Non-binary Clients

- **Never assume** someone's gender based on their manner of dressing or expressing themselves. Unless you know for certain, it is better to use gender-neutral language, or ask discreetly.
- **Respect** the client's preferred name, even if it is different from the name in their legal documents.
- **Use the client's preferred pronouns** or gendered language and remind others to use them too, even in their absence.
- **Refrain from asking transition-related and intimate questions out of curiosity** especially when they are not the reason the client is consulting with you.
- **Refrain from biologically categorizing the client as either a man or a woman.**
- If the client wishes to **keep their gender identity a secret**, do not discuss it with other people.
- Secure **easy access to restrooms and gendered facilities** – ask trans clients which ones they prefer to use and ensure that they will be safe using them.



After Coming Out

Revealing one's trans identity to someone is deeply personal. It takes trust and courage to talk about gender identity or gender transition. The best-case scenario is probably to (1) ask what questions, if any, are acceptable for you to ask; and (2) acknowledge that, while your questions may originate in innocent curiosity, the trans person may choose to end the dis-

cussion at any time they may feel uncomfortable. This makes it easier for the trans person to maintain privacy and integrity.

What Name and Pronoun to Use?

For some transgender clients, the use of their birth name can cause anxiety, for others it is a part of their life history that they want to leave behind. Respect the name a transgender person is currently using. If you happen to know a transgender person's birth name (the name given to them when they were born, but which they no longer use), don't share it. Sharing a transgender person's birth name and/or photos of them before their transition without their permission is an invasion of privacy.

In the event you don't know which pronoun a person uses, if you can, first listen to the pronouns others use to address that person. If you must ask, start with your own pronouns. For example, "I'm Dan, I use he and him pronouns. And you?" Use that given pronoun to address that person and encourage others to do the same. It may happen that you unintentionally use the wrong pronoun: simply acknowledge your mistake, apologize, then let it go and move on [14].

Ask Intimate Questions Only When Necessary

It is inappropriate to ask any client, both cisgender and transgender, about their genitals. The same applies to "the surgery" or their surgical status – whether they are "pre-op" or "post-op". If they want to share such information, they will decide to do so [14]. In addition, do not disclose personal details about transgender people and their identities to others, unless necessary.

Know Your Own Limits

If you don't know a relevant piece of information when caring for a transgender client, it is always better to ask. Making assumptions or saying something that may be incorrect can in some cases be hurtful. You can also find helpful resources online where you can learn more [14].

4. Applicable Psychotherapeutic Approaches

An estimated 38.2% of European Union citizens (200 million people) suffer from emotional distress due to mental disorders. These mental disorders include anxiety disorders (14.0%), insomnia (7.0%), major depression (6.9%), somatoform disorders (6.3%), alcohol and drug dependence (>4%), ADHD (5%) in the younger population, and dementia (up to 30%, depending on age) [22]. Among transgender people, for example, in a sample of 573 transgender women, 64.2% were depressed or suffering from mood disorders (n=96, 31.6%), suicidal and non-suicidal self-injury (n=50, 16.5%), and anxiety disorders (n=44, 14.5%) (Reisner et al, 2016). The suicide attempt rate among transgender people ranges from 32% to 50% across European countries [46].

Traditional verbal approaches make up the bulk of the counseling and therapeutic methods used in these cases, however, body-based and holistic approaches embracing a comprehensive concept of the personality are also advised, and may better meet transgender clients' needs. Mental health providers must comprehend the biological and socio-psycho-spiritual dimensions of the human being, to prevent reductionism during counseling and therapy.

Transgender clients deserve accessibility to high quality mental health care. They have a right to be informed about options for counseling or therapy treatment. Transgender clients can be vulnerable when seeking mental health services, and there are many models, including "bottom-up" (body based: sensations, neurobiological, emotion-aware approach), "top-down" (brain based: cognitive, linguistic, educational approach) or mixed approaches that can facilitate healing, according to clients' needs and the desired benefits.

The most important factor in treating transgender clients is that the mental health care provider be gender-affirming in their approach, meaning that they do not question the validity of the trans client's self-determination or pathologize the trans client, and that they support the client in exploring the themes the client brings to the counseling or therapy without judgment [34].

4.1 Holistic Approaches, "Top-Down" and "Bottom Up" Models

Of the "top-down" models, popular approaches include Humanistic models:

Psychodynamic Therapy is an in-depth form of talk therapy drawing on and extending the theories and principles of psychoanalysis. Psychodynamic therapy is not focused specifically on problems or behavior, but on painting an image of the client's lifelong experience, situating the client's place in and relationships with the world.

The client narrates their own story, examining how their past experiences, particularly those in childhood, and the learned at that time, may continue to influence their current patterns of behavior, emotions, choices, and relationships [35].

In **Gestalt Therapy**, developed by Fritz and Laura Perls as another alternative to psychoanalysis, the therapist works with the client, mainly through conversation, exploring the here and now. The name alludes to the concept that life's meaning is more than just the sum of its parts. Clients can work through their current experiences by reenacting them with the therapist, while the therapist brings the client back to the present moment. Gestalt Therapy is a non-judgmental and non-pathologizing model which assumes that psychological disorders stem from hidden desires, needs, memories which will arise when the client is prepared to face them and find healing [2].

Person-centered (Rogerian) Therapy was the first talk therapy based on empirical research conducted by its founder Carl Rogers. This therapy was originally conceived as non-directive and grew into a non-hierarchical model in which the therapist believes in the client's innate actualizing tendency to find and fulfill their own potential.

Person-centered therapy is based on this trust of the client's autonomy and ability to self-heal when met by a therapist who holds a safe space in which the client can process. The therapist authenticity (regard) toward the client. It is a non-pathologizing therapy, believing that clients' beliefs, emotions and actions are reasonable responses to their experiences [47].



Cognitive and Behavioral Approaches

Cognitive Behavioral Therapy (CBT) and **Affective Cognitive Behavioral Therapy (ACBT)** can be used as supportive modalities for short-term behavioral retraining in response to social anxieties, OCD, self-harm and other more extreme issues which cause the client severe restrictions in daily functioning.

Cognitive Behavioral Therapy (CBT) is a form of psychotherapy focused on how our thoughts affect how we feel and act.

It is a structured, directive and educational model which is usually short-term with a goal of changing a client's emotional responses so that they can shift behaviors. While the therapeutic relationship is important for the training to be effective, it is not the focus of the collaboration. CBT is an educational model using the Socratic Method and Inductive Method. Clients have exercises to do at home.

CBT is a broad umbrella term which includes Cognitive Therapy, Dialectical Behavioral Therapy, Rational Behavior Therapy, Rational Emotive Behavior Therapy, and Rational Living Therapy, among others [28].

Many transgender clients can benefit from more holistic, "bottom-up" body-mind based psychotherapeutic approaches, because they are dealing with specific issues around their bodily sensations, body image, hormonal changes, daily physical experience in the world, and often feel a disconnection between who they believe they are and what the mirror or society

reflects back at them. The integration of attachment theory and neuroscience opens up extensive possibilities in psychotherapeutic and counseling interventions.

Expressive Arts Therapies (EXA) go beyond traditional verbal psychotherapy approaches. EXA focus on sensitivity and responsiveness to the needs of the diverse needs of clients. EXA use creative outlets as a means of connecting with the self, exploring one's concerns through the art form, and finding diversity and new coping skills through self-expression. EXA can be especially helpful for clients who have difficulty verbalizing or conversing about their experiences, thoughts and emotions. Expressive Arts Therapies include Art Therapy, Drama Therapy, Poetry or Bibliotherapy and Storytelling, Play Therapy, Music Therapy, Drumming Therapy, Dance/Movement Therapy. EXA can be used with individuals and groups. EXA can aid transgender clients in unlocking and processing deeper issues and building resilience.

Somatic (Body-Mind) Trauma Informed Therapies

Somatic modalities are holistic therapies involving the body in accessing deeper wisdom that cannot be accessed with talk therapy. Trauma therapies focus on working with the client in a way that carefully and safely processes the trauma experience. Many transgender clients have experienced trauma through their journeys to finding their identities, and as their bodies are central to that journey, somatic and trauma-focused therapy may help them learn to cope with the complexity of their situation.

Trauma may begin as acute stress from a perceived life-threat or as the end product of cumulative stress. Both types of stress can seriously impair a person's ability to function with resilience and ease. Trauma may result from a wide variety of stressors such as accidents, invasive medical procedures, sexual or physical assault, emotional abuse, neglect, war, natural disasters, loss, birth trauma, or the corrosive stressors of ongoing fear and conflict [24].

Body-mind therapies are based on the development of the individual. Methods focus on sensorimotor learning and reconfiguration of past historical experience, the creation of new experiences, and engaging neuroplastic learning, allowing for the establishment of new neurological pathways and new mental maps.

Somatic Psychology offers key concepts that include:

- **Grounding:** Grounding is actively sensing the body, feeling one's connection to the earth and staying in the present moment to decrease anxiety.
- **Cultivating Somatic Awareness:** Working with breath and tension patterns that are held just under our conscious awareness. When we bring awareness to our physical sensations, we create change.
- **Staying Descriptive:** We can go into the client's somatic experience in detail – naming sensations with descriptive words that note temperature, movement, pressure.

- **Deepening Awareness:** We can deepen the experience by gently amplifying the sensations (patterns, tension) we have noticed, but in such a way that it is not overwhelming.
- **Resourcing:** We can enable clients to find resources in themselves – body memories of moments in which they felt safe and strong. They learn to observe and remember the sensations that happen in their bodies when they feel calm, relaxed, peaceful.
- **Titration:** This awareness helps us notice where we hold tension in the body. Titration, used in Somatic Experiencing (Peter Levine) and Sensorimotor Psychotherapy (Pat Ogden and Kekuni Minton), is a way of discharging that tension slowly and progressively, alternating our attention between feeling the distress and feeling safe and calm.
- **Sequencing:** When we release the tension, we can feel shifts in our sensations and emotional states, breathing, etc. bringing us further along a healing path.
- **Movement and Process:** Somatic therapies look at our postures, gestures, and use of space to read the story the body is telling about our experiences.
- **Boundary Development:** Focusing on the here and now empowers us to stay responsive to our needs and develop clear boundaries. Limits allow us to recognize and speak “yes” or “no” in a way that feels protected and strong.
- **Self-regulation:** Neuroscience strongly informs somatic therapies about how we respond to life stressors and traumatic experiences.

The research emphasizes the value of staying cognitively embodied in the midst of big emotions or sensations.

When we can feel our bodily sensations, we can learn to temper our emotional intensity [40].

Somatic Therapy

Modern somatic approaches incorporate polyvagal theory, Biosynthesis, Bioenergetics, EMDR, meditation, mindfulness, neuroplasticity, and much more.

Polyvagal Theory introduced a new perspective on the relationship between the Autonomic Nervous System (ANS) and behavior. The ANS was identified as a “system.” The neural circuits involved in the Autonomic Nervous System’s regulation were identified, and autonomic reactivity was understood to be adaptive within the context of the phylogeny of the vertebrate autonomic nervous system [33]. The Polyvagal Theory identifies the three circuits of the tenth cranial vagus (wandering) nerve, which respond to safe, potentially dangerous and life-threatening circumstances [9]. The Parasympathetic Nervous System (survival – the oldest, reptilian system) is a passive feeding and reproduction system creating a metabolic baseline of operation to manage oxygen and nourishment through the blood. Its dorsal vagal pathway is responsible for shutdown or freeze states. The Sympathetic Nervous System (danger/fight or flight, a newer, limbic system) is a more sophisticated set of responses, enabling us to respond to threat, feeding, and reproduction via limbs & muscles. The Social

Engagement System (thriving – the most modern system) supports massive cortical development, enabling maternal bonding (extended protection of vulnerable immature cortex processors) and social cooperation (language and social structures) via facial functions.

Biosynthesis represents a holistic and humanistic approach in somatic psychotherapy. The basic starting points for this work include the connection between the client and therapist and mutual mirroring of mental and physical processes. Biosynthesis trusts the client's healthy potential for growth and harmony and making connections between the internal and external selves. Biosynthesis works with bodily expression, emotions and thoughts, including insights and inner images, sexuality and spirituality. The client explores their networks of relationships with others, especially the earliest family bonds, development beginning pre-birth. Biosynthesis works symbolically as well as with the body to tap into these memories [19, 22].

Bioenergetics is a way of understanding the personality through the body and its energetic processes. Alexander Lowen developed Bioenergetics as the study of the human personality in terms of the energetic processes of the body. Lowen created the psychotherapeutic body-mind model Bioenergetic Analysis (BA) to aid clients in living fuller lives. This work begins with the body's basic functions – breathing, motility, feeling, and expression, investigating any restrictions found there, whether physically in the body, emotionally in the feelings, and intellectually in the understanding. BA believes in the body's ability to heal itself, and it is unique in that it combines an analysis of personality and character with body techniques and physical exercises to recognize and release chronic muscular tension, which it sees as a necessary step to work through blocks in feelings, behaviors, and attitudes [25].

Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) is a psychotherapeutic treatment designed by Francine Shapiro, which aims to alleviate the distress associated with traumatic memories. Adaptive Information EMDR therapy aids clients in accessing, processing and resolving their traumatic memories. EMDR therapy helps clients release stress and physical responses, as well as renegotiating negative belief patterns. During EMDR therapy, the client remembers emotionally disturbing material in brief sequential doses while simultaneously focusing on an external stimulus directed by the therapist – lateral eye movements. Other stimuli including hand-tapping and audio stimulation can be used. EMDR therapy uses a three-pronged protocol: (1) first the client processes the troubling past events by linking the memories with new adaptive information; (2) the triggers are desensitized when the triggering circumstances are targeted; (3) imaginal templates of future events are incorporated, to assist the client in acquiring the skills needed for adaptive functioning [20].

The NeuroAffective Relational Model (NARM), developed by Laurence Heller, is a nondirective and noninvasive approach to treat attachment, relational and developmental trauma. Using both top-down and bottom-up approaches, NARM uses mindful inquiry to explore the client's identity and unify the biological and psychological development while focusing on tracking the client's felt sense in the body and supporting nervous system re-regulation [32].

Pesso Boyden System Psychomotor (PBSP) emphasizes the early attachment experience, working with developmental patterns. Created in 1961 by Albert Pesso and Diane

Boyden-Pesso, PBSP is the most advanced therapeutic system available for emotional re-education or reprogramming. PBSP uses techniques to help clients identify emotional deficits and create new memories. These new memories provide symbolic fulfillment of the basic developmental needs of place, nurture, support, protection and limits. Many aspects of PBSP theories and techniques have close parallels in recent neuroscience findings about mirror neurons, empathy, morality, and the impact of language on the theory of mind [32].

Seeking Safety [40] is an evidence-based model that can be used in group or individual counseling. It was specifically developed to help survivors with co-occurring trauma and substance use disorder and, crucially, in a way that does not ask them to delve into emotionally distressing trauma narratives. Thus, “safety” is a deep concept with varied layers of meaning – safety of the client as they do the work; helping clients envision what safety would look and feel like in their lives; and helping them learn specific new ways of coping.

Seeking Safety stays in the present, teaching a broad array of safe coping skills that clients may never have learned if they grew up in dysfunctional families or may have lost along the way as their addiction and trauma spiraled downward. All of the Seeking Safety coping skills apply to both trauma and addiction at the same time – providing integrated treatment that can help boost motivation and guide clients to see the connections between their trauma and addiction issues [26].



4.2 Self-Help Methods, Support Groups and Counseling

There are many modalities which trans clients can use on their own, such as:

Meditation is the intentional and self-regulated focusing of attention to relax and calm the mind and body. The practice of meditation has been scientifically proven to modify various physical and psychological states (e.g. increased cerebral blood flow; reductions in metabolic activity, heart and respiratory rates, blood pressure, oxygen consumption, and muscle tension; decreased depression and anxiety symptoms).

Mindfulness is suspending judgment and intentionally bringing one’s attention to internal and external experiences in the here and now. This may include awareness of sensations, thoughts, bodily states, consciousness, emotions, or the environment. Mindfulness asks us to be open to possibility. It can be practiced through meditation, movement, sensory awareness, etc. [10].

Trauma-Sensitive Yoga (TCTSY) is an empirically tested clinical intervention for complex trauma or chronic, treatment-resistant post-traumatic stress disorder (PTSD). TCTSY is also informed by Trauma Theory, Attachment Theory, and Neuroscience. TCTSY uses the main elements of hatha yoga, creating specific shapes and movement with the body. These forms are practiced in a way that empowers and strengthens the yoga practitioner’s relationship to their body. TCTSY emphasizes the participants’ reference to felt sense in the process, allowing the participants to restore their connection of mind and body and cultivate a sense of agency that is often compromised as a result of trauma [41].

PTSD symptoms have been shown to be significantly reduced by yoga practice, comparable to well-researched psychotherapeutic and psychopharmacologic approaches. Yoga may improve traumatized individuals' functioning and coping skills because they learn to tolerate a variety of physical and sensory experiences related to fear and helplessness and to increase their emotional awareness and affect tolerance [45].

Mental health support groups are another option for transgender clients. Peer-to-peer support groups from within transgender and intersex communities, particularly, can be invaluable, especially in cases where the public healthcare system does not adequately provide sensitive and well-informed help and support. Self-help groups may be organized by a professional facilitator or by transgender and intersex people themselves for those who seek a feeling of belonging or need urgent advice and help. In order to encourage participants to open up and share their experiences, the groups must offer unbiased and sensitive facilitation, safety and security of the members, and confidentiality agreements. Participants are empowered by the non-hierarchical and non-pathologizing environment, which also fosters community building, trust, friendships and collective resilience. As indicated by the Research Survey on the Hopes and Fears of Trans People in the Czech Republic, peer-to-peer support groups (not guided by a sexologist) ranked highest in transition-related services among transgender respondents (92.2% satisfaction), followed by support from friends, the healthcare system and private psychotherapy: (78.4% psychotherapeutic care beyond that required for transition-related examinations and 68.7% psychological care during transition-related examinations) [30].

Other useful body-based therapies and modalities include Body-Mind Centering, Compassionate Inquiry, Continuum, Focusing, The Hakomi Method, NeuroAffective Touch, Somatic Experiencing, Somatic Attachment Therapy and more. In many European cities, clients can locate self-help practices such as those mentioned above with a specific focus on serving trans and intersex people.

4.3 Principles of Client-centered Care

- Working step-by-step.
- Client knows their own needs best.
- Safe and confidential communication.
- Respectfully exploring options.
- Search for access points to client resources, verbalization, imagination, creativity, movement-oriented approaches and activities, expressive therapy (art therapy, drama therapy, dance therapy, music therapy, etc.).
- Accepting and working with the client's apprehension.

Characteristics of the Strengths-based Affirmative Psychologist

- Has moved away from anti-trans prejudice to being cognizant of and sensitive to gender diversity; values & respects differences.
- Is aware of transphobia & transnegativity; recognizes cisgender privilege.
- Is aware of institutional & social barriers to success.
- Is comfortable with differences that exist between themselves and their clients.
- Is aware of their personal values and biases and how they impact gender minority clients.
- Understands intersecting identities; TGNC is only one part of identity [17].

Making Clinical Sites More Transgender Accessible

- Include all genders on patient health data forms.
- Introduce gender-variant affirming signage, artwork and medical information displays in reception areas and examination rooms.
- Educate all staff about how to affirm a patient's gender identity and welcome all clients.
- Provide clients with unisex restrooms.
- Ask the transgender individual which pronoun they prefer [39].



4.4 Domains of Wellbeing

The domains of wellbeing can help in counseling practice to promote increased satisfaction and quality of life.

Table 1 Domains of Wellbeing

Existence	Belonging	Adaptability	Inclusivity	Development
Me and my body	My place in the world	Everyday life	Wholeness	Courage
I take care of myself and my appearance. I choose between healthy and unhealthy lifestyles.	I see myself as a part of the living environment. I feel safe in school, at work, or on the street.	I accept my body as it is and work with my feelings around my appearance. I have a job; I am a student or have work to do.	Each of my parts is integral to the whole. I fully use my resources.	Showing courage, I respond to challenged and keep working on myself. I have the potential to continue growing throughout my life.
Me as a person	My place among people	My free time	Wholeness	Passage of life
I am independent. I have an idea about my future.	I am valued others appreciate me and I am respected. I have friends.	I take part in sports and leisure time activities. I meet with people and spend my free time with them.	Including shared leadership. Integrating aspects of personality through the body and mind.	My life passes until it ends.
Me and my soul	My place in society	Living independently	Meaning	Spirituality
I believe in the future. I believe that my life has meaning.	I am able to take care of myself and accept medical and social services. In my free time, I participate in community activities.	I plan my work. I can manage my problems.	My life has meaning and I am aware of my uniqueness and interrelatedness.	I am aware of my connection with myself, others, nature and the universe.

5. The SWITCH Project's Mapping of the Best Therapeutic Practices in Three Partner Countries

“Supporting Wellbeing and Integration of Transgender Victims in Care Environments with Holistic Approach” (SWITCH) used an orientational in-depth interview to map the best therapeutic practices in the three partner countries. The respondents were selected therapists with long-term experience in providing therapy and counseling services to transgender, non-binary and intersex people in the Czech Republic, Italy and Spain. Eight therapists from the Czech Republic, five from Italy and six from Spain participated in the interview.

The aim of the interview was to determine the needs and barriers found in psychological and psychotherapeutic services in practice with trans, non-binary and intersex people in the individual partner countries. The interview was composed drawing on the 25 topics defined in the “Seeking Safety” handbook, directed mainly at clients suffering from trauma and PTSD [29].

With informed consent and an in-depth interview, we obtained information about therapy practices in the three partner countries. The interview was distributed in English and accompanied with a translation in the respective native language of each country (Czech, Spanish, Italian) for the sake of accuracy. The information provided in English was analyzed, summarized and evaluated. Despite the small number of respondents and the potential for linguistic inaccuracy, the responses are an important qualitative indicator for good practice, providing a range of therapists' experiences and recommendations.

The resulting information can be used to enhance the therapeutic methodologies and standards for working with trans, non-binary and intersex people in the individual countries and as an inspiration for further research work. Additionally, the data can also serve for development and educational purposes. A detailed summary for each participating country is available as Appendix 1.

Generally corroborated principles of good therapy and counseling practice in the three partner countries:

- Comprehensive, respectful and non-hierarchical approach, addressing clients ethically.
- Education and awareness-raising of experts and trans people and others.
- Application of ethical principles for all clients; non-pathologizing, destigmatization.

Selection of the Most Important Topics in Therapeutic Practice

The most common topics encountered by therapists in their practice, in hierarchical order:

Table 2 Most Commonly Mentioned Topics in Therapy Care

Spain	Italy	Czech Republic
healthy relationships	emotional pain	safety, trust and support from others
asking for help	creating meaning and assumptions	emotional pain
emotional pain	healthy relationships	healthy relationships
taking care of yourself and your health	asking for help	acceptance by family, friends and school
community and community resources	honesty	acceptance by society and at work
discovering and exploring	integration of split self	concerns about not having one's identity understood
triggers	acceptance by family, friends and school	coming out
respecting one's own time	appearance	physical dysphoria and appearance
physical dysphoria and appearance	acceptance by society	considering official transition
considering official transition	loneliness, possibilities of socializing	stress in public space
acceptance at work	stereotypes and expectations from others	stress from social situations
acceptance by society	sexual orientation/asexuality	
concerns about not having one's identity understood	depression and anxiety	
surgical interventions	concerns about not having one's identity understood	
coming out, acceptance by family and friends	stress from social situations	
opportunities for socialization, loneliness	fulfilling binary social roles of men/women	
stereotypes and expectations from others		
problems at work, securing employment		
discrimination at work and other spheres of life		
impact of hormone therapy on mental health		

The least common topics encountered by therapists were faith vs. identity, compulsory divorce, addictions and intersex issues.

Psychological, Biological, Environmental and Social, Workeconomic Barriers

Psychological, biological, environmental and social, as well as workeconomic barriers vary according to age group and life necessities of the individuals. General topics relevant to clients in the three countries fall within the sphere of biological barriers relating to prevention of

illness and health complications or risks. Low self-esteem and self-confidence and minority stress are the most common psychological barriers, along with stereotypes and prejudices and integration of the body and the mind. Inaccessible psychological support, lack of therapists covered by healthcare insurance. Lack of specialized trainings for experts, education for families, in the workplace and at schools, poor consciousness-raising. Barriers in environment and society were defined as lack of information and education, discrimination and violence. Barriers in the work-economic sphere included prejudices, discriminating work conditions, unequal opportunities and legislative requirements during transition.

Risks in relation to mental health manifest themselves primarily in the following areas:

Spain: Depression; frequent mood swings, feelings of despair, fear of rejection, fear of the impossibility to create healthy relationships with others, effects of bullying, self-harm and thoughts of self-harm, suicidal behavior, anxiety, somatization, substance abuse, eating disorders, mistrust in society, resistance and rejection of majority society, isolation.

Czech Republic: stress from unmet needs manifests mainly in depression; anxiety (especially social anxiety); repetitive feelings of despair; mood swings; compulsive thoughts resulting in OCD-like rituals. Some mention of eating disorders; self-harm; somatization; anger and aggression; alcohol and drug abuse. Relationship problems, staying in dysfunctional relationships, social isolation and loneliness are also mentioned. Risk of misdiagnosis (e.g.: Borderline Personality Disorder).

Italy: Anxiety, somatization, depression, frequent mood swings, emotional dysregulation, feelings of despair, fear of rejection, feeling of otherness, stigmatization, self-harm and thoughts of self-harm, suicidal behavior, substance abuse, gambling, mistrust in society, resistance and rejection of majority society, and isolation.



6. Conclusion

The difficult context of gender incongruence, transition and legal gender recognition in Europe (and beyond) requires an in-depth introduction to the current concepts and an insight into both the theoretical and practical background of well-informed, high quality care. The key to the wellbeing of transgender and intersex population does not only rest on the status of the European landscape. The aim of this Basic Guidelines report is to navigate the context and provide a common ground for subsequent activities within the framework of the SWITCH Project (Supporting Wellbeing and Integration of Transgender Victims in Care Environments with Holistic Approach).

The project's scope spans three participating countries, whose experts cooperated on the Report, yet it provides a relevant and valuable reference for those who work with transgender and intersex people elsewhere in Europe and beyond. The therapy tools and methodology outlined herein are intended as a resource to further educate healthcare providers as to how to take a sensitive, unbiased approach to trans-specific care. These health services are often the gateway to trans clients' legal gender recognition and social affirmation of their true identity. With respectful and trans-informed healthcare, providers can contribute to supporting trans clients in leading safe and dignified lives.

In addition to healthcare and mental health specialists, this report can serve as a resource for educators and policymakers, thus having broader implications in the sphere of gender recognition and the rights of transgender and intersex people.

Mapping Best Therapy Practices in Three Partner Countries

Czech Republic

The SWITCH project solicited five professional counselors/therapists from the Czech Republic who provide counseling services and psychotherapy to people from the transgender /non-binary/intersex community.

The numbers of clients for individual practitioners varied, numbering from several clients to several dozen. The most frequent and trans men slightly predominated over trans women. There were very few non-binary clients, almost none, and practitioners had no intersex clients.

The therapeutic methods used with this clientele were varied, but no one worked within only one model; therapists often had a diversified approach. Some practitioners (two) utilized psychoanalytic or psychodynamic models, one used art therapy, another humanistic psychotherapy, and the rest worked with several methods, including drama therapy and body-oriented therapy. One expert provided only on-line counseling, not therapy services.

All of the practitioners obtained data about their clients mainly through interviews, less often using formal tools. Open communication was considered most important, along with a non-directive and respectful approach. The most frequently mentioned ethical standards included: addressing the client using their preferred name and gender, being open towards any changes and developments related to the preferred name and gender, not pathologizing the issue of being transgender.

The topics most frequently brought by trans clients to counseling/therapy were safety, support from others, setting boundaries in relationships, emotional pain, community and community sources. Addiction, on the contrary, was the least common topic.

The list of 25 main topics is defined in the handbook “Seeking Safety,” which focuses on working with trauma and PTSD.

The following part asked specifically about topics relating to trans, non-binary and intersex identified clients, the most frequent of which was “acceptance by friends and family,” followed by coming out, acceptance in Czech society, stress in public spaces, acceptance at work, concerns about their identity being misunderstood, physical dysphoria and issues around their physical appearance, considering official transition, and the topic of hormonal therapy and its effects on mental health. The least common topic was the issue of intersex identity, followed by compulsory divorce and faith versus identity. The above list of topics is

based on the experience contained in the final report Concerns and Wishes of Trans People and on the practices of Transparent z.s.

All experts agreed that the needs and requirements of clients differ at different stages of life. Children and adolescents deal mainly with acceptance by their parents and at school.

Adults face issues primarily with work and family relationships and adapting to a new life role. The practitioners stated that they had no experience with senior clients. One noted that for the elderly, there is a high risk of loneliness, and need for special services for seniors (and a risk that they would not be respected) as well as contact with peers with similar experiences.

According to the experts, the long-term stress from non-fulfillment of trans clients' needs can manifest in the following: depression, anxiety (especially social anxiety), repetitive feelings of despair, mood swings or obsessive thoughts leading to rituals similar to those with OCD. Some mentioned eating disorders, self-harm, somatic manifestations, anger and aggression, alcohol and drug abuse. They also discussed their relationship issues, such as maintaining non-functional relationships, social isolation, and loneliness.

One practitioner stated that some clients were diagnosed with Borderline Personality Disorder, but that the symptoms which would warrant such a diagnosis, in the practitioner's view, were likely a "consequence of long-term frustration, fear and tension."

Practitioners' conclusions related to working with trans, non-binary and intersex clients:

"For the vast majority of clients, it is crucial to have the option to go to therapy that is open and accepting of them, enabling them to set the limits of therapy themselves, and covered by their insurance scheme. All, especially younger clients, would appreciate support with their family relationships."

"The provided expert practices (sexology, although endocrinology is also covered) are primarily rooted in a purely medical approach which is normative and outdated, incoherent and thus uncontrollable. We are lacking affordable (not only financially), professional and therapeutic support.

There is no expert discourse which would create a friendly environment (experts' reactions are also normative, no matter how well-intentioned, and therefore degrading)."

Italy

The SWITCH project solicited five professional counselors/therapists from Italy who provide counseling services and psychotherapy to people from the transgender/non-binary/intersex community.

The numbers of clients for individual practitioners varied, numbering from several clients to twenty or thirty. The most frequent counseling and therapy clients were trans people, and

trans men slightly predominated over trans women. There were very few non-binary clients, almost none, and practitioners had no experience with them at all. Practitioners had the least amount of experience with intersex clients.

The therapeutic methods used with this clientele were varied, but no one worked within only one model; therapists often had a diversified approach. Some practitioners (3) primarily used work with family psychotherapy within a systemic or psychodynamic approach. Some mentioned Body Psychotherapy, art therapy and imagination therapy, guided meditation, work with emotions, dramatherapy (psychodrama and role playing), narrative psychotherapy, positive psychology approaches, and family mediation.

All of the practitioners obtained data about their clients mainly through interviews, less often using formal tools. Tools were used to identify more serious mental problems and suicidal risk, and projective methods (character drawing, family). One practitioner mentioned monitoring medical records and using a structured interview inspired by Kernberg. One practitioner stated that when psychodiagnostics were required beyond the scope of the clinical interview, they used tests focused on personality structure, particularly the comprehensive MMPI II questionnaire. However, one of the other therapists mentioned that he did not use MMPI, because in his view, the masculinity index in the questionnaire was not fitting and should be revised. One of the therapists stated that they cooperated with a psychiatrist when they needed a more detailed assessment of the client's mental state.

One practitioner specifically noted literature on trauma (Michele Giannantonio, 2003-2009, v. 2.0 Da Giannantonio, M. (2009). *Psicotraumatologia. Fondamenti e strumenti operativi*. Torino: Centro Scientifico Editore). Two therapists reported using the Italian version of the American Psychological Association's recommendations to work with transgender * people (APA, 2015: Guidelines for psychological practice with transgender and gender non-conforming people. *American Psychologist*, 70 (9), 832-864. <http://dx.doi.org/10.1037/a0039906>). The recommendations have been translated into Italian and are available at <https://psicamp.it/index.asp?page=psicologia-transgender-linee-guida>.

The most important recommendations for working with trans people were:

The need for specialized training in working with LGBT+ people for healthcare professionals and other disciplines, networking of necessary services and interconnection of care. Cultivating a relationship with LGBT+ communities to overcome societal prejudices and LGBT+ people's defenses. Focus on possible barriers to access to care, on issues of possible discrimination and violence.

The main ethical principles mentioned were: observance of the same ethical rules as when working with any other clients, sensitive listening and respect, non-judgmentalism, non-pathologizing transgender issues (but timely detection of possible mental disorders). Adherence to the APA ethical principles.

In the questionnaire, practitioners indicated the following topics as appearing most frequently when working with trans clients:

- Emotional pain
- Meanings and assumptions
- Healthy relationships
- Asking for help
- Sincerity
- Reintegrating a split self

The least commonly mentioned topics were addiction, support from others (others in recovery), post-traumatic stress disorder, indications of safety and danger.

The list of 25 main topics is defined in the handbook “Seeking Safety,” which focuses on working with trauma and PTSD.

In another questionnaire, focusing specifically on the topics of trans, non-binary and inter-sex clients, the most common topics were the following (top to bottom from most to least frequent):

- Acceptance by family, friends, school
- Physical appearance
- Social acceptance
- Loneliness, need for socialization
- Stereotypes and social expectations
- Sexual orientation/asexuality
- Depression and anxiety
- Fears around others not comprehending identity
- Stress from social situations
- Fulfilling the role of man/woman

The least mentioned topics were compulsory divorce and faith versus identity. The above list is based on the experience contained in the final reports Concerns and Wishes of Trans People and the practices of Transparent z.s.

The topics of depersonalization and time/adaptation to a new role were also mentioned.

The psychological needs of both trans women and trans men included support in the transition process, adaptation to a new role, support when feeling fearful or doubtful of their “new body” or new sexuality. Support in the integration of the psyche and body, help when

distrusting of others and overcoming traumatic experiences caused by conflicts with one's loved ones (parents and family). In trans men, support for "feeling like a man" despite their ongoing menstrual cycles and other physiological processes. Non-binary people need support especially in anchoring oneself in one's own scheme, to support their definition of identity which society does not consider. Therapists usually do not have enough experience with psychological needs in intersex people. All of the groups mentioned a need for listening and support.

With regard to special pedagogical needs, the need to support trans persons in restoring confidence in other people and to support selfawareness and increase self-confidence is mentioned. Encourage them not to perceive their role as men/women according to the expectations and prejudices of the environment, but according to themselves. The education of the environment of trans people is also mentioned. With regard to non-binary and intersex people, society has almost no information.

The most common economic and employment needs are the requirement for non-discriminatory working conditions, the issue of job search and lack of job opportunities, and the issue of prostitution among trans women/men.

The following were identified as barriers and critical areas:

- Physical/biological barriers for trans people – previous diseases complicating transition, transition defined only by physical aspects, poorly trained medical staff and care, rejection or misunderstanding by medical staff and distrust and rejection of health care. Body traits and biological markers determining gender were also noted.
- Psychological barriers for trans people – confrontation by society and its expectations, feeling threatened, prejudices against trans people (and social distrust of trans people), experiences of discrimination, stigma, shame, loneliness, emotional pain. Feeling of incompleteness, feeling that they are not perceived as a "real man/woman." Issues of parenthood and reproduction, internalized stereotypes. For non-binary people, a lack of awareness of issues in society, incomprehension, struggling with the requirements of defining their gender, depression and frustration.
- Barriers in the labor/professional sphere: discrimination against trans* people in general working conditions, prejudices, discrimination due to the ongoing transition process, more difficult to achieve economic/financial independence, difficulty in finding work corresponding to one's education and experience.
- Barriers in society: generally, less tolerant and uninformed environments, including health professionals, as well as official obstructions to transition, a time lag in legal recognition of identity, misunderstanding, discrimination and prejudice, a lack of information, intolerance or lack of understanding regarding non-binary people.

All experts agreed that the needs and requirements of clients differ at different stages of life.

Children deal mainly with acceptance by their parents and at school; education for parents and educators is necessary. Children also need support with self-acceptance.

Adolescents face the issues of early hormone blockers in adolescence and the initiation of the transition process, socialization and relationships with peers, the need to find “their” group, feelings of guilt and inability to live up to the expectations of society and the environment, feelings of rejection. Adolescents need guidance on setting boundaries in relationships, in supporting their identities, and in establishing client-therapist relationships.

Adults face issues primarily with living life to the fullest, self-realization, acceptance in society, confirmation of their identity and understanding of “who I am.” According to one of the experts, there are also young adults who, due to family pressure, have not been able to work with their identities and only require a “certificate of gender dysphoria” without gaining access to psychotherapeutic work. Practitioners reported a lack of experience with senior clients. However, they noted a need to improve the reputations of older trans people, to support them in their choices and decisions based on their needs and not on societal expectations. Due to age, seniors may feel less bound by the rules in which they lived their previous lives and decide to change.

According to the experts, the long-term stress from non-fulfillment of trans clients’ needs can manifest in the following: Anxiety, somatization, depressive states, frequent mood swings, emotional dysregulation, feelings of hopelessness, fear of rejection, feeling of otherness, stigmatization, self-harm or thoughts about it, suicidal behavior. Substance abuse, gambling.

Distrust in society, defiance and rejection of the majority society, isolation.

Finally, experts’ comments included an emphasis on the need to work with trans people’s families and their acceptance, understanding and non-pathologizing trans identities.

Spain

The SWITCH project solicited six professional counselors/therapists from Spain who provide counseling services and psychotherapy to people from the transgender /non-binary/ intersex community.

The numbers of clients for individual practitioners varied, numbering from several clients to several hundred. The most frequent counseling and therapy clients were trans people, and trans men slightly predominated over trans women. Non-binary clients numbered significantly lower, or practitioners had no experience with them at all. The practitioners had the least amount of experience with intersex clients.

The therapeutic methods used with this clientele were varied, but none worked within only one model; therapists strove for a diversified approach. Most therapists (4) primarily used a cognitive-behavioral approach, others (3), also mentioning gestalt psychotherapy. Narrative psychotherapy, and family mediation were mentioned. In two cases, affirmative LGBT+ psychotherapy was mentioned.

All of the practitioners obtained data about their clients mainly through interviews, less often using formal tools. Some mentioned tools used to identify more serious mental problems (e.g. BDI) or risk of suicidality, questionnaires focused on relationship and attitudes (Adult Attachment Questionnaire, TREC Belief and Attitudes Scale).

Two practitioners cited The World Professional Association for Transgender Health Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People (WPATH standards of care guide, available at <https://www.wpath.org/publications/soc>), as the main resource for information. Publications on psychotherapeutic work (e.g. Theory of Personal Constructs, Kelly, 1995 or Rational Emotive Behavioral Therapy, de Lega, Sorribes, Calvo, 2017) were also noted. A reference was made to legislation from 2007 relating to legal gender recognition and change of name.

The most important recommendations for working with trans people were:

Maintaining a comprehensive, non-directive and respectful approach. Therapists should be aware of their own belief patterns and attitudes towards LGBT + people, and should decentralize heteronormativity in their approach. Active listening and refraining from evaluation as much as possible. The need to train health professionals and other fields as to how to work with LGBT + people, networking among necessary services and interconnection of care.

The main ethical principles mentioned were: maintaining the same ethical rules as when working with any other clients, addressing the client in their preferred gender, and above all, refraining from pathologizing transgender issues.

In the questionnaire, practitioners indicated the following topics as appearing most frequently when working with trans clients:

- Healthy relationships
- Asking for help
- Emotional pain
- Taking good care of oneself and your health
- Community resources
- Discovering and exploring
- Coping with triggers
- Respecting one's own time

The least common topics were meanings and assumptions, post-traumatic stress disorder, addiction, and change in thinking.

The list of 25 main topics is defined in the handbook "Seeking Safety," which focuses on working with trauma and PTSD.

In another questionnaire, focusing specifically on the topics of trans, non- binary and intersex clients, the most common topics were the following (top to bottom from most to least frequent):

- Body dysphoria and the theme of appearance
- Considering official transition
- Acceptance at work
- Acceptance by society
- Concerns related to not having one's identity understood and accepted
- Surgeries and their quality
- Coming out and acceptance
- Acceptance by family and friends
- Opportunities for socialization, loneliness
- Stereotypes and social expectations
- Problems at the workplace/finding a job
- Discrimination
- Work and other spheres of life
- Concerns about acceptance at work
- Hormonal therapy and its effect on mental condition

The least common topic was intersex, followed by compulsory divorce and faith versus identity. The list above is based on the experience contained in the final reports *Concerns and Wishes of Trans People* and in the practices of *Transparent z.s.*

Among other topics mentioned by the respondents were: "Anger that I was born this way", sadness and feelings of unfairness, transitioning at a later age, acceptance by family including grandparents, problems at school environment, finding a partner and disagreements and relationships and couple therapy. Parents of transgender children often look for biological explanations.

The psychological needs in both trans women and trans men included acceptance of one's identity and one's body, support in coming out in the family and at work, in overcoming fear from rejection, issues of parenthood, fighting public prejudices (trans women associated with prostitution) and discrimination, finding romantic/sexual partners, friends, self-fulfillment. Also, the issue of depression, anxiety, social phobias, self-harm, internalized transphobia. For non-binary people, the needs focused on support, especially in not being recognized by so-

ciety, their needs not being recognized and visible, anchoring oneself in one's own scheme, finding one's own path, support in managing frustration and working with emotions.

Therapists were noted as usually not having enough experience with intersex clients' psychological needs.

Education on trans identities was reported necessary, particularly the need to educate pedagogical staff, students and teachers, and teaching society not to stigmatize and pathologize transgender people. Education geared toward trans people should focus in particular on making them aware of their rights and opportunities. There is a specific need to educate society on non-binary and intersex identities, including health and education professionals.

The respondents' most common economic and employment needs were lack of non-stigmatization in job search and job interviews and safe and non-discriminatory working conditions. The conditions for the formal change of name and identity must be changed, the current rules were considered discriminatory. The issue of non-binary people should be included in legal documents. Other needs included the need for understanding, the possibility of gender self-determination and more trained professionals working with this topic.

The following were identified as barriers and critical areas:

- Physical/biological barriers for trans people – lack of health monitoring and prevention, previous diseases complicating transition, poorly trained medical staff and provision of care conditional upon transitioning. Health problems related to the use of hormones. Low quality of surgical procedures.
- Psychological barriers – low self-confidence, minority stress, feeling threatened, living in a society with prejudices against trans people (and distrust of trans people in society), fear of rejection, experience of discrimination, feeling incomplete, concerns about effects of hormones on the psyche. In trans women, experience with degradation to the object of sexual desire, attributing the role of a prostitute, trans men are not considered “real men”. Issues of parenthood and reproduction. Internalized stereotypes. For non-binary people, lack of awareness of issues in society, experience of misunderstanding.
- Barriers in labor/professional sphere: worse conditions for entering the labor market, lack of job-related stability, insufficient support in education and potentially dropping out of school leading to a more difficult position on the labor market, the effect on job opportunities or discrimination around the transition process and the change of trans people's legal documents and names, social transphobia.
- Barriers in society: legal conditions of transition – for example, the requirement of two years of hormone use before a person can officially change their name and documents, surgery not covered by health insurance, the length involved in the whole process and legal procedures. Intolerant and uninformed environments, especially outside large cities, trans people are degraded and misunderstood.

All of the experts agreed that the needs and requirements of clients differ at different stages of life. Children deal mainly with acceptance by their parents and at school; education for parents and educators is necessary. Adolescents face the issues of early hormone blockers in adolescence and the initiation of the transition process, adequate medical care, communication, and parents' acceptance, socialization and relationships with peers, self-harm and suicidal behavior.

Adults face issues primarily with support in the labor market, acceptance at work and support from friends, and mainly healthcare and possibility of transitioning regardless of age and emerging issues of discrimination and insufficiently enforceable legislation against intolerance and discrimination. Senior clients have a high risk of loneliness, there is not enough information about this issue within the services for the elderly (and a risk of not respecting their identity and needs), and that hormonal and surgical treatment should be available regardless of age. Attention should be paid to aging trans women who have a history in or are actively engaged in prostitution.

According to the experts, the long-term stress from non-fulfillment of trans clients' needs can manifest in the following: depressive states, frequent mood swings, inability to experience happiness, feelings of hopelessness, fear of rejection, fear of inability to form functional relationships with people, expression of the effects of bullying, self-harm or considering self-harm, suicidal behavior. Anxiety, somatization, substance abuse, eating disorders/issues with food intake were also mentioned, as well as distrust of society, defiance toward and rejection of majority society, isolation.

Finally, experts' comments included an emphasis on respect toward trans people, support of further education of experts in care professions with regard to the topic and support of enhancement of the quality of life of trans persons, an expression of support for them and their families, and the need to enact legal changes to ensure trans people's rights and dignity.

Clients' Testimonies

"As a non-binary person who would like to be able to partially transition (top surgery), I feel like the system has no idea what to do with me. Most of the professionals who are theoretically supposed to support me don't even believe that a non-binary identity exists."

Anonymous respondent, The Hopes and Fears of Trans People in the Czech Republic, 2018

"The use of the plethysmograph must end. As far as I'm concerned, it is equivalent to rape. Not even a sexologist should have the right to do something like that to someone."

Anonymous respondent, Research on Trans and Non-binary Clients' Experiences with Medical and Psychological Care Providers, 2020

"The sexologist always had some problem with me. She banned me from coming to the support groups based on my approach to my body (I like my body – that was probably the problem); she tried to hurry me into surgery and pressured me. Whenever I said my opinion or how I wanted the process to go, she laughed at me. She stereotyped me horribly, and it upset her when I went against her assumptions."

Anonymous respondent, Research on Trans and Non-binary Clients' Experiences with Medical and Psychological Care Providers, 2020

"I have a new photo on my identity card, but still my old name. People generally can't tell that I am trans, but sometimes I have to show my identity card, like when I'm signing the contract for my mobile phone service, or at the post office. I always have to explain myself to the people behind the desk because they are confused. And then sometimes, after this *exposé*, they seem to be unable to refrain from calling me 'Mister'."

Lenka, trans woman

"I feel very burdened by the rigidity of the Czech system, which makes us undergo degrading medical judgment panels and examinations, at which we receive questions that are absolutely irrelevant to gender. I have never felt worse than when I had to describe to the Czech 'experts' how often I masturbate and what I fantasize about when I do."

Anonymous respondent, Research on Trans and Non-binary Clients' Experiences with Medical and Psychological Care Providers, 2020

"What upsets me personally on a daily basis is that the phenomenon of gender nonconformity is grounds for bullying, physical and verbal attacks, discrimination, job dismissal and complications in finding employment, and with increased stress and fear for one's own safety, every single day – and this stress has been proven to be linked with a shorter life expectancy and many illnesses."

Anonymous respondent, The Hopes and Fears of Trans People in the Czech Republic, 2018

"In the train when the conductor checked my papers, it was revealed that I am trans. The Conductor was interested and we began to talk about it decently. Unfortunately his interest was exaggerated, and he suddenly brushed his hand over my shirt to feel my breast. I was shocked. When I pushed him away, he apologized and left. If I could have, I would have gotten off the train immediately. I didn't want to sit there any longer, and I am afraid to take that route alone again."

Petri, trans woman

"Medical providers should not function as gatekeepers, it just should not happen that you have to tell them whatever they want to hear in order to get your permission to transition."

Anonymous respondent, The Hopes and Fears of Trans People in the Czech Republic, 2018

"I wish our society would stop treating us like less valuable people."

Anonymous respondent, The Hopes and Fears of Trans People in the Czech Republic, 2018

"I want to disappear. I wish there was a place we go could when our family rejects us. Every day I'm afraid to return to my 'home.'"

Anonymous respondent, The Hopes and Fears of Trans People in the Czech Republic, 2018

"Family psychotherapy really helped me. It helped my parents accept me and understand my transsexuality."

Anonymous respondent, Research on Trans and Non-binary Clients' Experiences with Medical and Psychological Care Providers, 2020

"The attitude of the majority society really irritates me, or rather saddens me, because they don't know what it is like to be transsexual (transgender). Medical personnel are the worst. They have no idea how to treat (trans) people."

Anonymous respondent, The Hopes and Fears of Trans People in the Czech Republic, 2018

"There are very few therapists who are known to be trans friendly and will not push us into gender stereotypes."

Anonymous respondent, Research on Trans and Non-binary Clients' Experiences with Medical and Psychological Care Providers, 2020

"Most therapist don't even know that non-binary identities exist, they are uninformed and therefore cannot help."

Anonymous respondent, Research on Trans and Non-binary Clients' Experiences with Medical and Psychological Care Providers, 2020

"Psychologists and psychotherapists should know about trans people and identities and learn about the various common problems of trans and other LGBT people, because I waste most of my time in therapy explaining."

Anonymous respondent, Research on Trans and Non-binary Clients' Experiences with Medical and Psychological Care Providers, 2020

“The hardest thing is trying to find a psychologist who has at least an inkling of what gender is... that’s like winning the lottery, because in general psychologists do not state on their websites whether they respect trans people or if they have enough knowledge or experience, so that clients don’t end up at the appointment feeling like they are in the zoo.”

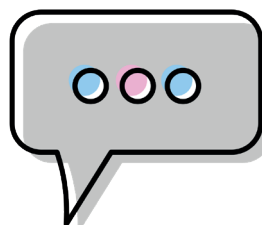
Anonymous respondent, Research on Trans and Non-binary Clients’ Experiences with Medical and Psychological Care Providers, 2020

“When my depression and anxiety drove me to the emergency mental health care clinic, I had to listen to comments about my gender, even though that had nothing to do with why I was there. I left feeling worse than when I arrived.”

Anonymous respondent, Research on Trans and Non-binary Clients’ Experiences with Medical and Psychological Care Providers, 2020

“Right at the beginning of my transition, I remember going to my internist, and the nurse said to me ‘Well, since you’re still a woman, tell me when you last menstruated?’ I think I had actually told her to address me in whatever gender she wanted, and so I wouldn’t have been upset about it, except it was an unnecessary addition to the sentence to remind me that I was ‘still a woman’. But I wanted to get out of there fast, so I didn’t say anything.”

Anonymous respondent, Research on Trans and Non-binary Clients’ Experiences with Medical and Psychological Care Providers, 2020



References

1. ACA ALGBTIC Transgender Committee. (2009). *ALGBTIC Counseling Transgender Clients*. [cit. 2020-11-10] From: https://www.counseling.org/Resources/Competencies/ALGBTIC_Competencies.pdf
2. Amendt-Lyon, N., Spagnuolo Lobb, M. (n. d.). *Description of Gestalt Therapy*. [cit. 2020-11-10] From: <https://www.eagt.org/joomla/index.php/2016-02-25-13-29-31/description-of-gt>
3. American Psychological Association. (2015). Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. *American Psychologist*, 70(9), 832–864. DOI.org/10.1037/a0039906) <https://www.apa.org/practice/guidelines/transgender.pdf>
4. Amnesty International. (2014). *The State Decides Who I Am, Lack of Legal Recognition for Transgender People in Europe*. [cit. 2020-11-10] From: https://www.amnesty.eu/wp-content/uploads/2018/10/the_state_decides_who_i_am.pdf
5. Asia Pacific Forum of National Human Rights Institutions. (2016). *Promoting and Protecting Human Rights in Relation to Sexual Orientation, Gender Identity and Sex Characteristics*. Asia Pacific Forum of National Human Rights Institutions. ISBN 978-0-9942513-7-4.
6. Carlström, R., Ek, S., & Gabrielsson, S. (2021). ‘Treat me with respect’: transgender persons’ experiences of encounters with healthcare staff. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. 35: 600–607.
7. Center for Trauma & Embodiment at Justice Resource Institute, About. (n. d.). [cit. 2020-11-10] From: <https://www.traumasensitiveyoga.com/about>
8. Chapman, R., Zappia, T., & Shields, L. (2012). An essay about health professionals’ attitudes toward lesbian, gay, bisexual and transgender parents seeking healthcare for their children. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(2), 333–339.
9. Cherland E. (2012). The polyvagal theory: neurophysiological foundations of emotions, attachment, communication, self-regulation. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 21(4).
10. Edenfield, T., & Saeed, S. (2012). *An Update on Mindfulness Meditation as a Self-help Treatment for Anxiety and Depression*. [cit. 2020-11-10] From: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3500142/>
11. Edwards-Leeper, L., & Spack, N. P. (2012). Psychological evaluation and medical treatment of transgender youth in an interdisciplinary “Gender Management Service” (GeMS) in a major pediatric center. *Journal of Homosexuality*, 59(3), 321–336.

12. Ehrensaft, D. (2012). From gender identity disorder to gender identity creativity: True gender self child therapy. *Journal of Homosexuality*, 59(3), 337–356.
13. Galop (n. d.). *Trans Advocacy*. [cit. 2020-11-10] From: <https://www.galop.org.uk/trans-phobia/>
14. GLAAD (2018). *Transgender FAQ*. [cit. 2020-11-10] From: <https://www.glaad.org/transgender/transfaq>
15. Institute, Inc. (2020). *What is EMDR?* [cit. 2020-11-10] From: <https://www.emdr.com/what-is-emdr/>
16. Intersex Society of North America. (n. d.). *What is Intersex?* (n. d.). [cit. 2020-11-10] From: https://isna.org/faq/what_is_intersex/
17. Ervin, A. (n. d.). *The Ethics of Working with Ground Rules Transgender and Gender*. [cit. 2020-11-10] From: https://cdn.ymaws.com/www.papsy.org/resource/collection/C954A5EF-F25C-4505-A0EA-25C6047A068D/W16_Ethics_of_Transgender.pdf
18. Fausto-Sterling, A. (2000). *Sexing the Body: Gender Politics and Construction of Sexuality*. New York: Basic Books.
19. European Association for Psychotherapy. (2019). *Biosynthesis Therapy*. [cit. 2020-11-10] From: <https://www.europsyche.org/approaches/biosynthesis/>
20. Heller, L. (2019). *Introduction to the NeuroAffective Relational Model [NARM]*. [cit. 2020-11-10] From: <https://drlaurenceheller.com/narm-introduction/>
21. Heller, L. (2019). *What is NARM?* [cit. 2020-11-10] From: <https://narmtraining.com/what-is-narm/>
22. Jenner, C. O. (2010). Transsexual primary care. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 22(8), 403–408.
23. Lev, A. I. (2004). Transgender emergence: Understanding diverse gender identities and expressions. [cit. 2018-05-01] From: ???
24. Levine, P. (2020). *What Is Somatic Experiencing?* [cit. 2020-11-10] From: from <https://traumahealing.org/about-us/>
25. Lowen Foundation, (n. d.). *What are Bioenergetics?* [cit. 2020-11-10] From: <https://www.lowenfoundation.org/what-is-bioenergetics>
26. Najavits, L. (2019). *Seeking Safety: A Model to Address Trauma and Addiction Together*. [cit. 2020-11-10] From: <https://www.rehabs.com/pro-talk/seeking-safety-an-evidence-based-model-to-address-trauma-and-addiction-together/>
27. Namaste, V. (2000). *Invisible Lives: The Erasure of Transsexual and Transgendered People*. Chicago: University of Chicago Press.

28. National Association of Cognitive Behavioral Therapists. (n. d.). *What is Cognitive-Behavioral Therapy (CBT)?* [cit. 2020-11-10] From: <https://nacbt.org/whatiscbt.htm/>
29. Office of the High Commissioner for Human Rights. (2015). *A Step Forward for Intersex Visibility and Human Rights*. [cit. 2020-11-10] From: <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/Astepforwardforintersexvisibility.aspx>
30. Pavlica, K. a kol. (2018). *The Fears and Hopes of Trans People*. Praha: Transparent z. s.
31. Pavlica, K a kol. (2020). *Specifika sociální práce respektující genderovou, sexuální a vztahovou rozmanitost*. Praha: Prague Pride z.s.
32. Pesso PBSP International LLC. 2011. [cit. 2020-11-10] From: <https://pbsp.com/>.
33. Porges, S. W. (2007). *The polyvagal perspective*. *Biological Psychology*, 74(2), 116–143.
34. Platforma pro rovnoprávnost, uznání a diverzitu z.s. (PROUD). (2015). *Report on Trans People and Their Experience Health Care and Legislation in the Czech Republic*. Prague: PROUD.
35. Psychology Today (n. d.). *Psychodynamic*. [cit. 2020-11-10] From: <https://www.psychologytoday.com/us/therapy-types/psychodynamic-therapy>
36. Reisner, S. L., Poteat, T., Keatley, J., Cabral, M., Mothopeng, T., Dunham, E., Holland, C. E., Max, R., & Baral, S. D. (2016). Global health burden and needs of transgender populations: a review. *Lancet* (London, England), 388(10042), 412–436.
37. Seeking Safety (2020) http©2020 Treatment Innovations www.treatment-innovations.org and www.seeking-safety.org <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1868418/>
38. Sedlak, C. A., Veney, A. J., & Doheny, M. O. B. (2016). Caring for the transgender individual. *Orthopaedic Nursing*, 35(5), 301–306.
39. Selix, N., S. Rowniak. (2016). Provision of patient-centered transgender care. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 61(6), 744–751.
40. Schwartz, A. (2017, December 19). *Somatic Therapy: Dr. Arielle Schwartz*. [cit. 2020-11-10] From: <https://drarielleschwartz.com/somatic-therapy/>
41. TCTSY. (n. d.) *What Is Trauma-Sensitive Yoga?* About. [cit. 2020-11-10] From: <https://www.traumasensitiveyoga.com/about>
42. The International Focusing Institute (n. d.). *What Is Focusing?* [cit. 2020-11-10] From: <https://focusing.org/feltsense/what-focusing>
43. The Young Scot Card (n. d.). *What is transphobia?* [cit. 2020-11-10] From: <https://young.scot/get-informed/national/what-is-transphobia>

44. United Nations. (2019). *A major win for transgender rights: UN health agency drops, gender identity disorder, as official diagnosis*. [cit. 2020-11-10] From: <https://www.un.org/sustainable-development/blog/2019/05/a-major-win-for-transgender-rights-un-health-agency-drops-gender-identity-disorder-as-official-diagnosis/>
45. Van der Kolk B., Stone, L., West, J., Rhodes, A., Emerson, D., Suvak, M., & Spinazola, J. (2014). Yoga as an adjunctive treatment for posttraumatic stress disorder: A randomized controlled trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, 75(6), 559–565.
46. Virupaksha, H. G., Muralidhar, D., & Ramakrishna, J. (2016). Suicide and Suicidal Behavior Among Transgender Persons. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 38(6), 505–509.
47. Wistreich, N. (n. d.). *What is the Person-Centred Approach?* [cit. 2020-11-10] From: <https://www.the-pca.org.uk/about/what-is-it.html>
48. Wikipedia. (n. d.). *Transphobia*. [cit. 2020-11-10] From: <https://rationalwiki.org/wiki/Transphobia>
49. Wikipedia. (2020). *History of intersex surgery*. [cit. 2020-11-10] From: https://en.wikipedia.org/wiki/History_of_intersex_surgery
50. World Health Organization (WHO). (2019). *The ICD-11 Classification of Mental and Behavioural Disorders*. Genève, Switzerland: World Health Organization.
51. World Professional Association for Transgender Health (WPATH). (2011). *Standards of Care (SOC) for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender Nonconforming People*. [cit. 2020-11-10] From: <https://www.wpath.org/publications/soc>

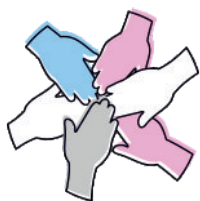


This is highly relevant and timely document that focuses on defining and unifying terms and concepts related to transgender, non-binary, and intersex people and their psychological wellbeing. Based on insights from therapists in Czechia, Italy, and Spain, the text functions as a basic guide and offers guidelines for informed therapy and related medical care for trans and intersex clients.

This document has the potential to become not only a valuable resource for healthcare providers in their efforts to provide high-quality and affirmative healthcare, but constitutes accessible educational material for educators and policymakers. It can thereby contribute to the increased recognition of trans and intersex people, who are yet to be fully accepted and respected in their self-determined identities within our societies.

RNDr. Michal Pitoňák, Ph.D.

Centre of Epidemiological and Clinical Research of Drug Abuse and Dependence, National Institute of Mental Health



The Czech Association for Psychotherapy deeply appreciates this international effort, which moves to build a pillar for a bridge between the transgender clientele left vulnerable in the complexity of their situation and a community of professionals who could be their guides and helpers. The topic of transgenderism is a great challenge facing not only professionals and the state, but the general public, because it straddles the fence of conflict between objective and subjective conceptualizations of the world.

We believe it is crucial that professionals engaged long-term in this arena speak out on the issue of care for transgender people and create theoretical concepts of understanding upon which the rest of us can rely. For this reason and more, all of the authors of this publication deserve thanks.

PhDr. Jiří Drahota

Chair of the Czech Association for Psychotherapy

