

PRÁVNÍ MONOGRAFIE

Trampoty s pohlavím

Sociální a právní aspekty
života intersex lidí

Šárka Dušková
Martin Fafejta
Zdeněk Sloboda

P R Á V N Í M O N O G R A F I E

Trampoty s pohlavím

Sociální a právní aspekty
života intersex lidí

Šárka Dušková
Martin Fafejta
Zdeněk Sloboda

Vzor citace:

Dušková, Šárka, Fafejta, Martin, Sloboda, Zdeněk. 2022. *Trampoty s pohlavím: sociální a právní aspekty života intersex lidí*. Praha: Wolters Kluwer ČR.

Zde prezentovaný výzkum byl podpořen grantem Technologické agentury České republiky (pod č. TL03000456) uděleným Univerzitě Palackého v Olomouci v letech 2020 a 2021. Vydání této publikace bylo podpořeno MŠMT prostřednictvím Interní grantové agentury Univerzity Palackého (č. projektu: IGA_FF_2022_016).

Odborně posoudili:

PhDr. Mgr. Andrea Baršová, LL.M., Ph.D.

Mgr. Karel Suda

© Šárka Dušková, Martin Fafejta, Zdeněk Sloboda, 2022

ISBN 978-80-7676-461-3 (brož.)

ISBN 978-80-7676-462-0 (e-pub)

ISBN 978-80-7676-463-7 (mobi)

www.wolterskluwer.cz

OBSAH

O autorce a autorech	VII
1. Úvod	1
1.1 Intersex lidé / lidé s variacemi pohlavních znaků	2
1.2 Trampoty s terminologií a diskurzy variací pohlavních znaků	9
1.2.1 Medicínský diskurz – diskurz nemoci	10
1.2.2 Diskurz sociální disability – diskurz zdraví	11
1.2.3 Diskurz lidskoprávní – diskurz identity	15
1.3 Pozornost mezinárodních institucí	17
2. Sociální trampoty s pohlavím	21
2.1 Základní informace o sociologické analýze	21
2.2 Pohled českých aktérů a akterek na označování a terminologii	23
2.2.1 Ne/existující intersex	23
2.2.2 Ne/stigmatizující DSD	27
2.2.3 Shrnutí	29
2.3 Zdraví, nemoc a lékařské zákroky	30
2.3.1 Zkušenost lidí s variacemi pohlavních znaků	35
2.3.2 Shrnutí	43
2.4 Role rodičů	45
2.4.1 Sdílené rozhodování	48
2.4.2 Shrnutí	50
2.5 Děťství, dospívání, (spolu)rozhodování a poradenské služby	50
2.5.1 Práce s dětmi	50
2.5.2 Zkušenost lidí s variacemi pohlavních znaků	52
2.5.3 Poradenské služby a svépomocné skupiny	56
2.5.4 Shrnutí	59
2.6 Genderové aspekty a „třetí pohlaví“	60
3. Právní trampoty s pohlavím	65
3.1 Právo na tělesnou integritu	69
3.1.1 Lékařské zákroky u lidí s variacemi pohlavních znaků	69
3.1.2 Pohled mezinárodního práva	71
3.1.3 Pohled českého práva	80
3.1.4 Pohled do jiných jurisdikcí	82
3.2 Právo na poskytnutí zdravotní péče	83
3.2.1 Potřeba specializované zdravotní péče a jiné podpory	83
3.2.2 Pohled mezinárodního práva	84

3.2.3	Pohled českého práva	88
3.2.4	Pohled do jiných jurisdikcí	89
3.3	Právo na sebeurčení	90
3.3.1	Problém s dichotomií pohlaví	90
3.3.2	Pohled mezinárodního práva	90
3.3.3	Pohled českého práva	94
3.3.4	Pohled do jiných jurisdikcí	95
3.4	Právo na účinnou ochranu a nápravu	97
3.4.1	Diskriminace a přístup k právní ochraně	97
3.4.2	Pohled mezinárodního práva	98
3.4.3	Pohled českého práva	103
3.4.4	Pohled do jiných jurisdikcí	106
4.	Závěry a doporučení	109
4.1	Sociální aspekty	109
4.1.1	Terminologie	110
4.1.2	Lékařské zákroky a vyšetření	111
4.1.3	Poradenství, osvěta a informovanost	113
4.1.4	Výzkumný deficit	114
4.2	Právní aspekty	115
4.2.1	Právo na tělesnou integritu	115
4.2.2	Právo na zdraví	116
4.2.3	Právo na sebeurčení	116
4.2.4	Právo na ochranu a účinnou nápravu	117
	Zdroje a odkazy	118
	Příloha: Představení informantů a informantek výzkumu	135
	Shrnutí	138
	Summary	142
	Věcný rejstřík	146

O AUTORCE A AUTORECH

Mgr. **Šárka Dušková** – právnička, autorka právní studie projektu Sociální a právní aspekty života intersexuálních lidí v ČR. Působí na Centru pro lidská práva britské Univerzity v Essexu, kde se zabývá měnicími se perspektivami práva na rovnost a nediskriminaci, zejména pak konceptem přiměřených úprav pro různé skupiny obyvatel. V minulosti pracovala na Evropském soudě pro lidská práva a nyní působí zejména v mezinárodní lidskoprávní organizaci zabývající se právy lidí s intelektovým a psychosociálním postižením. Kromě práva na rovnost se zaměřuje zejména na práva osob ve zranitelných situacích (mj. práva osob s postižením, etnických menšin, dětí nebo trans* a intersex lidí). Je spoluautorkou akademického *Komentáře k Úmluvě o právech dítěte* (Wolters Kluwer ČR, 2021), publikace týkající se práva na vzdělání (*Základní vzdělání prakticky*, Wolters Kluwer ČR, 2021), a autorkou kapitoly o právech trans* lidí (*Pohlaví jako věc veřejná – právo na uznání pohlavní identity trans lidí* in *Mužské právo*, Wolters Kluwer ČR, 2020).

Mgr. **Martin Fafejta**, Ph.D. – sociolog, v rámci projektu vedl rozhovory s lékaři zabývajícími se problematikou lidí s variacemi pohlavních znaků a analyzoval odbornou medicínskou literaturu na toto téma. Působí na Katedře sociologie, andragogiky a kulturní antropologie Filozofické fakulty Univerzity Palackého v Olomouci. Zabývá se problematikou sexuálních, pohlavních a genderových menšin a jedinců, kteří jsou společností vnímáni jako deviantní. Je autorem knihy *Sexualita a sexuální identita: Sociální povaha přirozenosti* (Portál, 2016). V posledních letech publikoval články zabývající se lidmi s pedofilní orientací (Coming out of People with Pedophilic Orientation, *International Journal of Sexual Health*, 2021), otcovským hnutím (The Fathers' Rights Movement as a Subaltern Counterpublic, *Sociológia*, 2018) a je spoluautorem studie týkající se marginalizace lidí s duševním onemocněním (The Social Marginalization of People Living with a Mentally Ill Label–Family, Friends, and Work, *Qualitative Sociology Review*, 2021). Je členem Pracovní skupiny muži a rovnost žen a mužů při Radě vlády pro rovnost žen a mužů.

Mgr. **Zdeněk Sloboda** – sociolog a mediální pedagog, byl vedoucím projektu *Sociální a právní aspekty života intersexuálních lidí v ČR* (2020–2021) a mj. vedl rozhovory s lidmi s variacemi pohlavních znaků. Působí na Katedře mediálních a kulturních studií a žurnalistiky FF UP a jako výzkumník pracoval v Sociologickém ústavu AV ČR a na Fakultě sociálních věd Univerzity Karlovy v Praze. Bádá v oblastech homoparentality, mediálních reprezentací a sociálních hnutí LGBTI+ lidí, je také expertem na oblast mediální gramotnosti a socializace. V oblasti sociálněvědního

studia sexualit publikoval knihu *Dospívání, rodičovství a (homo)sexualita* (Paspar-ta, 2016), dále článek o gay postavách v českých TV seriálech (*Gender, rovné pří-ležitosti a výzkum*, 2015), o diskurzu kolem reprodukčních technologií v souvislosti s LGBTIQ lidmi (spolu s H. Haškovou; *Journal of International Women's Studies*, 2018), o registrovaném partnerství po 15 letech v Česku a rodičovství registrova-ných párů (*Gender a výzkum*, 2021), o proměnách českého LGBT+ hnutí od roku 1989 do současnosti (*East European Politics*, 2021) a o rodičovských intencích a strategiích českých gayů (spolu s H. Haškovou, H. Maříkovou a K. Pospíšilovou; *Social inclusion*, 2022). Je členem (a mezi lety 2015 a 2021 byl předsedou) Výboru pro práva LGBTI+ lidí (dříve Výboru pro sexuální menšiny) Rady vlády pro lidská práva a 2019 až 2021 byl českým zástupcem v Expert Fóru EIGE (Institutu pro genderovou rovnost EU).

1. ÚVOD

Intersex lidé – tedy **lidé s variacemi pohlavních znaků**, což je označení, které budeme v této publikaci preferovat – jsou přirozenou součástí naší společnosti. Stejně tak jako se rodí děti ženského a mužského pohlaví, rodí se část dětí, u kterých pohlaví nelze vždy jednoznačně biologicky či medicínsky určit. Jejich pohlavní orgány totiž plně neodpovídají obecné představě o ženském, nebo mužském pohlaví. To může být výzvou pro náš právní i společenský systém, který vychází z předpokladu existence dvou pohlaví, která jsou jasně odlišitelná prostřednictvím standardních biologických znaků.

Na mezinárodním poli je této problematice v posledních letech věnována značná pozornost. Evropský parlament přijal 14. února 2019 usnesení o právech intersexuálních osob, ve kterém vyzval členské státy EU, „aby zajistily depatologizaci intersexuálních osob“, k čemuž má mj. vést výzkum „zaměřený na intersexuální osoby, a to ze sociologického a lidskoprávního úhlu pohledu, nikoli z medicínského hlediska“ (Usnesení Evropského parlamentu, 2019, bod č. 12). Obdobná doporučení vznesla v minulosti také Rada Evropy, sdružení 47 evropských a sousedících zemí zaměřené na otázky spojené s lidskými právy, či OSN – Organizace spojených národů. Proto je důležité nahlížet tuto problematiku nejen optikou medicínskou, ale i sociálněvědní a identitní, která zahrnuje lidskoprávní důraz na osobní a tělesnou integritu a artikulaci vlastní identity.

Intersex / intersexualita / variace pohlavních znaků zásadně zviditelňují rozmanitost biologického pohlaví, a tak narušují a posunují představy o pohlaví za rámec předpokládané jednoduché mužsko–ženské binarity. Ta je ustavována sociálními představami o mužích a ženách (tedy genderem), které jsou dlouhodobě mocensky re/produkovány jako komplementární a dichotomní právě odkazem na jednoznačnou existenci pouze dvou pohlaví (mj. Šmausová 2000). Tato jednoznačnost je ale jen zdánlivá. Toho si mimo jiných všimá americká filozofka Judith Butler ve své knize *Gender Trouble*, přeložené do slovenštiny jako *Trampoty s rodem* (Butler 2015). Ve slovenštině se používá pojem „rod“, zatímco v českém odborném, ale i politickém a veřejném diskurzu se zavedl pojem „gender“, a to především z toho důvodu, že slovo „rod“ odkazuje k vrozenosti a přirozenosti, což je v rozporu s představou o genderu jako sociálním konstrukt, tedy spíše rozmanitým a proměnlivým jevu či aspektu jedince. Rod také v jazykovém ohledu implikuje dichotomii mužský–ženský, respektive trichotomii s kategorií neutrální, střední – tedy pouze tři kategorie rodu („genderu“). Toto opět kontrastuje s tím, že sociální konstruovanost genderu předpokládá daleko větší variabilitu rolí a identit.

Jelikož stejně jako gender není jen dvojí, ale je rozmanitý, dokazuje analýza předkládaná v této knize rozmanitost pohlaví, a tak v názvu naší knihy záměrně

parafrázujeme zmíněný titul Judith Butler. Vedle toho slovo „trampoty“ odkazuje k problematickým zdravotním, sociálním a právním podmínkám, kterým musí lidé s variacemi pohlavních znaků často čelit. I tomuto se v naší publikaci věnujeme.

Tato kniha je první svého druhu v České republice. Přesto v Česku není prvním textem, který téma intersexuality a intersex osob uchopuje. Dříve se jimi zabývali Martin Fafejta (2008, 2009a, 2009b, 2016) a Andrea Baršová (2014), spíše epizodické zmínky lze najít i v odborných diskusích ohledně variability genderu a pohlaví (např. Sloboda 2016).

Kniha je založena na dvou analytických studiích – sociologické a právní, jež byly realizovány v rámci projektu aplikovaného výzkumu řešeného na Univerzitě Palackého v Olomouci mezi roky 2020 a 2021 s názvem „Sociální a právní aspekty života intersexuálních lidí v Česku“. Studie byly pro potřeby této knihy propojeny a upraveny. Část sociologická je postavena na vlastní výzkumné sondě – analýze českých autentických rozhovorů na toto téma a analýze dostupných odborných zahraničních zdrojů jak z oblasti medicíny, tak z oblasti sociálních věd. V rámci těchto výpovědí a zahraniční diskuse byly identifikovány oblasti, kde dochází k sociálnímu napětí nebo kde se objevují deficity v uchopení a pochopení tohoto fenoménu, obzvláště v podpoře osob s variacemi pohlavních znaků. Právní studie nabízí normativní analýzu mezinárodního práva, lidských práv a české právní úpravy v takto identifikovaných oblastech. Vychází z poznatků sociologické studie a zároveň z množství zahraničních publikací mapujících zkušenosti lidí s variacemi pohlavních znaků. Nabízí rovněž stručný pohled na řešení obsažená v jiných právních rádech.

1.1 Intersex lidé / lidé s variacemi pohlavních znaků

„Nevíme, jestli to je holčička, nebo chlapeček.“

„We do not know if your baby is a boy or a girl“:

GROWING UP INTERSEX – THE GUARDIAN, 2. 7. 2016

Jedna z prvních otázek, kterou dostávají nastávající rodiče, je zpravidla otázka na pohlaví dítěte. Pokud neví, lidé se zajímají, proč pohlaví svého budoucího dítěte nechtěli vědět. Ať již to chtějí, nebo ne, pohlaví dítěte bude také první informace, kterou – snad spolu s informací o zdraví dítěte – po porodu dostanou. Pohlaví je jedním ze základních znaků, kterým jsou lidé v naší společnosti identifikováni. Zároveň panuje hluboko zakotvená představa, že lidé jsou biologicky buď muži, nebo ženy, určeno podle toho, s jakými vnějšími pohlavními znaky se narodili.

Není to však tak jednoduché. Na světě se rodí mezi 0,05 a 1,7 % dětí (OSN 2020), jejichž pohlavní znaky plně neodpovídají typicky ženským, ani typicky

mužským pohlavním znakům. Tyto odlišnosti nabývají mnoha podob – jsou hormonální, chromozomální, nebo anatomické – a mohou tak být zjevné hned po porodu, nebo se také mohou projevit až v dospívání (OHCHR 2019, s. 2–3, ILGA Europe 2019, s. 9). Někdy taková situace neumožňuje okamžité určení biologického pohlaví, které je možné stanovit až za pomoci jiných metod než zhlédnutím vnějších pohlavních orgánů. V jiných případech se variace pohlavních znaků může projevit až v dospělosti, aniž by měla vliv na určení pohlaví dítěte při porodu (Von Klan 2015). Některé z nich vedou ke zdravotním komplikacím, tedy k ohrožení zdraví nebo života jedince, některé z nich závažnější zdravotní komplikace nezpůsobují.

Pro pochopení této situace je třeba si vysvětlit, že pohlaví – tedy to biologické, tělesné – je možné identifikovat na více úrovních. Máme zde *pohlaví chromozomální* s většinovými variantami XX – ženské pohlaví a XY – mužské pohlaví. Rodí se ovšem lidé s variantami chromozomů X0, XXY nebo XYY. Určovat pohlaví můžeme také na rovině *hormonální*, kde odlišujeme mužské (androgeny, obzvl. testosteron) a ženské (estrogen, progesteron) hormony. Je nutné si ale uvědomit, že jak biologický muž, tak biologická žena mají kombinaci jak mužských, tak ženských hormonů, přičemž jejich hladiny během života jedince různě varíují a také varíují mezi jednotlivými jedinci. To znamená, že můžeme mít ženu/ženy mající příslušné charakteristiky pohlaví ovšem s reálně vyšší hladinou testosteronu než nějaký muž mající příslušné mužské pohlavní znaky.

Další oblastí určení biologického pohlaví je *pohlaví gonadální*, kdy jde o rozpoznání orgánu v těle, jež slouží k rozmnožování. U mužů hovoříme o varlatech, u žen o vaječnících, přičemž je nutné zmínit, že se v zárodečné podobě v době prenatálního vývoje tyto orgány zprvu neliší a postupně se odlišují až během vývoje a dozrávání (kolem osmého týdne prenatálního vývoje), které vrcholí pubertou. Jak bylo zmíněno, rodí se určitý počet dětí s nedovyvinutými gonádami, případně i s gonádami obojího typu.

Čtvrtou rovinou je *genitální pohlaví*, tedy určení muže a ženy podle zevních pohlavních orgánů. Zde je důležité zmínit, že opět v prenatálním období se genitálie jak chlapců/mužů, tak dívek/žen vyvíjejí z pohlavně nerozlišitelné tzv. urogenitální rýhy. I zde nemusí vždy dojít k vývoji těchto zevních pohlavních znaků do předpokládané podoby, tedy normy, nebo může dojít ke zdravotním komplikacím v souvislosti s (ne)uzavřením urogenitální rýhy.

Pátou rovinou, kdy můžeme uvažovat o odlišné mužské a ženské biologii, je všeobecně *tělesné pohlaví*, kde si můžeme všimnout různých průměrných výšek, tělesné konstituce, nebo velikosti a váhy vnitřních orgánů. Je ale třeba si uvědomit, že i v této oblasti existuje velká variabilita, kde asi nejpatrnějším příkladem je porovnání tělesné konstituce lidí západní Afriky, kde mluvíme o vysokých mužích atletického typu a ženách s postavou tzv. přesýpacích hodin, s nepříliš vzdálenými pygmeji střední Afriky (ale také Brazílie či Oceánie), kteří dorůstají výšky zhruba 150 cm a kosterní a svalová dispozice mezi mužem a ženou se příliš neliší. Zde můžeme uvažovat o významně odlišnější tělesnosti mezi pygmejským a západoafrickým mužem, než

mezi pygmejským mužem a ženou. (Podrobněji viz mj. Oakleyová 2000, s. 22ff, Renzetti a Curran 2003, s. 61ff, a pro detailnější biologický a medicínský popis viz běžné učebnice lidské biologie.)

Samozřejmě vedle těchto biologických rovin pohlaví můžeme ještě hovořit o *psychickém pohlaví* (kým se cítím být) a *sociálním pohlaví* (jakou roli ve společnosti chci mít), pro které se zpravidla používá již zmiňovaný termín *gender*. V posledních několika letech se pro jedince, u nichž jsou všechny roviny pohlaví (biologické, psychické i sociální) v předpokládané normě (v souladu), používá označení *cis-gender*, tedy cis-muž a cis-žena. Tím je možné odlišit trans* muže a ženy, nebo intersex muže a ženy, čelící často specifickým zdravotním, právním, psychickým a sociálním životním situacím, s nimiž cis-lidé nemají zkušenost (tyto termíny jsou tvořeny pomocí latinských předložek cis – na (této straně), trans – přes a inter – mezi).

Z výše stručně popsaných rovin biologického pohlaví vyplývá, že existuje poměrně velká rozmanitost a zároveň i určitá pravděpodobnost, že všechny roviny pohlaví nemusí být (krátkodobě či celoživotně) v souladu, tedy v předpokládané normě. Zde bychom rádi zdůraznili, že norma či normalita se určuje různými způsoby. Jeden způsob bychom mohli označit jako autoritativní – jde o rozhodnutí poměrně malé skupiny lidí, které je společností přisouzena odborná váha a legitimita k takovému rozhodnutí, v našem případě tedy lékařům a biologům. Druhý způsob je statistický – kdy se za normu stanoví stav, který je běžný u většiny určité populace. Další způsob můžeme nazvat ideologický, nebo také morální – kde rozhodnutí dělá skupina, která má moc především symbolickou (ideovou), často ale také i fyzickou. Zde by šlo o autoritářské režimy nebo působení názorových vůdců, jejichž nejtypičtějším příkladem jsou představitelé církví, kteří mají tu moc lidem říkat, co je správné (normální) a špatné (nenormální) a lidé mají tendenci jim naslouchat a jejich ideje nezpochybňovat.

Jak je nejspíše patrné, ať stanovíme normu jakkoliv (nejen v oblasti tělesnosti či přímo pohlaví), vždy budou existovat větší či menší skupiny lidí, které tuto normu splňovat nebudou. To otevírá prostor pro specifické sociální dynamiky, jimiž jsou stigmatizace, diskriminace a vynucování si přizpůsobení se normě (normalizace). Hlavní trampotou s tělesnou a pohlavní normou a normalizací je to, že je nejen obklopena tlakem na sociální (a psychické) přizpůsobení se, ale vynucuje si také přizpůsobení biologické. To s sebou pak nese různé zásahy do těla, v našem případě do příslušných rovin pohlaví – tedy do hladin hormonů, invazivní zákroky do vnitřních a vnějších tělesných orgánů, a na hladině chromozomů to může vést k selekci embryí či manipulaci se zárodečnými buňkami.

Podle Výboru pro biomedicínu Rady Evropy však existují pouze tři lékařské zákroky, které jsou skutečně nezbytné pro zdraví dětí s variacemi pohlavních znaků, a to endokrinní léčba jako prevence ztráty soli, odstranění některých gonád v případě poruch gonadálního vývoje a chirurgické zákroky, pokud fyziologie genitálu znemožňuje vyměšování (Zillén, Garland, Slokenberga 2017, s. 44). Zbytek těchto pohlavních variací tak lze považovat za přirozený projev biologické diversity

Tabulka 1: Možná chápání / odlišení pohlaví

Pohlaví ...	Popis
biologické (případně tělesné nebo anatomické)	<p>To, co se běžně považuje za „pohlaví“ (v angličtině „sex“). V kontextu této knihy a detailnějšího rozlišení jde o souhrn genetického a gonadálního pohlaví, z nichž vyplývá vliv hormonů na tělo a podobu genitálií (zde nazýváme hormonální a genitální pohlaví). Ještě je možné sem přiřadit tzv. sekundární pohlavní znaky, které souvisí s tělesnou konstitucí, jako je ochlupení, ne/vystouplý ohryzek, množství svalové hmoty, tvar a proporce postavy (mj. ramena, pánev) a další.</p> <p>Intersex / variace pohlavních znaků právě vyplývá z variantnosti různých znaků biologického pohlaví, a to takové variantnosti, která se z lékařského hlediska nepovažuje za normu (či soulad).</p> <p>V kontextu genderových studií a sociálních věd se biologické pohlaví (tedy tělesné) odlišuje od pohlaví sociálního (sociokulturního). Pro zvýraznění tohoto oddělení se do češtiny již před více než 20 lety zavedl a používá termín gender (z anglického „gender“).</p>
chromozomální (genetické)	Jde o ustrojení 46. chromozomu, tzv. pohlavního chromozomu, přičemž varianta XX zpravidla determinuje ženské a XY mužské biologické pohlaví. Ovšem jak se dozvíme v této publikaci, není tomu tak vždy a zároveň máme muže a ženy s jinými genetickými variantami (X0, XXY, 47-XXX, 47-XXY ad.).
gonadální	Jde o vnitřní pohlavní (reprodukční) orgány, tedy vaječníky a varlata či jejich zárodky a nevyvinuté podoby. Gonády (ale nejen ony) produkují pohlavní hormony.
hormonální	Jde o míru hladin tak zvaných mužských (tzv. androgeny, obzvl. testosteron) a ženských (estrogen, progesteron) hormonů. Jak muži, tak ženy mají v těle zpravidla přítomny „obě“ skupiny hormonů, ale v různém množství, přičemž medicína stanovuje normy pro hladiny jednotlivých hormonů pro (biologické) muže a ženy. Hormony se dají do těla dostávat zvenčí, např. léky. Působením hormonů se mj. lidské tělo formuje a vyvíjejí se i pohlavní znaky vč. genitálií.
genitální	Jsou to především vnější, ale částečně také vnitřní pohlavní orgány. Jde o klitoris, stydké pysky, pochvu a dělohu, penis a šourek.
psychické (v psychologii rod, ale také gender)	Je spojeno se sebepojetím a prožíváním, jde o vnitřní, mentální představu o své identitě na spektru mezi mužstvím a ženstvím. To, kým se jedinec cítí být, a zároveň, jak prožívá své tělo coby mužské a/nebo ženské, případně ale také je možné své tělo vnímat (a identifikovat jej/sebe) jako třeba androgynní nebo i intersex.
sociální či sociokulturní (gender)	Jde o podobu (konstrukt) mužství a ženství v dané kultuře a v dané době. Ta je spojována s různými očekáváními a požadavky, a to např. v ohledu chování, vzhledu, volby životních (např. vzdělávacích nebo pracovních) trajektorií, partnerů/partnerek, zálib a podobně. Tato podoba či představa se mezi kulturami a historicky liší a proměňuje. Často bývá spojováno s konceptem (mužských, ženských, ale také otcovských, mateřských, klučičích, dívčích a dalších) rolí.
administrativní (legální, matriční, registrované)	Je takové pohlaví, které se po porodu zapíše do matričního zápisu. (V případě trans* osob to, které se zapíše v rámci procesu tranzice.) V Česku jsou úředně stanovena jen dvě pohlaví, mužské a ženské. Pohlaví dítěte musí být registrováno do 3 dnů po porodu. Některé státy umožňují ale i nezapsání pohlaví, zapsání třetího/jiného („X“), nebo uvedení toho, že pohlaví je (zatím) „neurčené“.

lidí. Anne Fausto-Sterling v tomto smyslu například poukazuje na to, že „mužské“ a „ženské“ pohlaví jsou zjednodušujícími kategoriemi ve skutečnosti obsahujícími kombinaci znaků na škále mezi ženským a mužským (Fausto-Sterling 2000, viz také Greenberg 1998).

Pro lidi, kteří mají variace pohlavních znaků, se vžil pojem *intersex*. Intersex lidé se v našem kulturním prostoru sami označují také jako lidé s *variacemi pohlavního vývoje* (Differences of Sex Development) (ILGA Europe 2015, s. 9, Carpenter 2018a, s. 280 an., Ghattas 2013). Tento pojem byl již přijat za oficiální například v německé legislativě, která práva intersex dětí reguluje v zákoně o ochraně dětí s variacemi pohlaví (*Gesetz zum Schutz von Kindern mit Varianten der Geschlechtsentwicklung*). V medicínské terminologii se tento jev označuje zpravidla jako *poruchy pohlavního vývoje* (Disorders of Sex Development – DSD), který je však někdy považován za stigmatizující (Wiesemann, Ude-Koeller, Sinnecker, Thyen 2010). Samotní lidé s variacemi pohlavních znaků se od pojmu DSD silně distancují (Davis 2015 nebo Viloría 2015), popřípadě akceptují již vžitou zkratku, ale navrhují nahradit termín disorder (tedy porucha), termíny jako difference, což již akceptoval systém britského veřejného zdravotnictví NSH, nebo divergence atp. V této studii budeme občas používat pojem intersex, který je zavedený v odkazovaných právních a politických dokumentech, ale především budeme používat pojem variace pohlavních znaků, či lidé s variacemi pohlavních znaků.

Intersex lidé a LGBTI komunita

Pojem intersex je často začleňován do zastřešujícího akronymu LGBTI (případně LGBTIQ+ a další akronymy). Podobnosti mezi těmito kategoriemi mohou ale být přeceňované. Lesby, gayové a bisexuální lidé (LGB) jsou osoby s jinou než heterosexuální orientací. Jde tedy o sexuální a/nebo romantickou (vztahovou) preferenci určité skupiny osob. Nejde tedy o gender a pohlaví lesby, gaye či bisexuálního člověka, ale spíše o gender a/nebo pohlaví objektu romantického či sexuálního zájmu (více mj. Fafejta 2016, Sloboda 2016).

Trans* lidé (T) jsou ti, jejichž biologické pohlaví určené po narození a vedené v oficiálních dokumentech neodpovídá tomu, které vnitřně přijímají za vlastní a se kterým se identifikují. Jde tedy v zásadě o nesoulad mezi psychickým a sociálním pohlavím, tedy genderem a biologickým (a administrativním) pohlavím. Trans* lidé se identifikují prostřednictvím genderu, nikoliv primárně podle sexuality. Sami sebe nepovažují za muže/ženu tak, jak je v matrikách státu identifikovali jiní. Nezbytně to však nesouvisí s tím, jaké mají pohlavní orgány a biologické vzezření těla (ILGA Europe 2019), ani s tím, jakou mají partnerskou a sexuální preferenci (což je definičním znakem LGB a heterosexuálních lidí).

V diskusi o trans* lidech do diskuse vstupuje další rovina pohlaví, a to je *administrativní* či *registrované pohlaví*, tedy pohlaví, které je rozeznáno státním byrokratickým aparátem a vepsáno do úředních dokumentů osoby – zpravidla bez jejího vlastního souhlasu či dokonce vědomí (zpravidla okamžitě po narození).

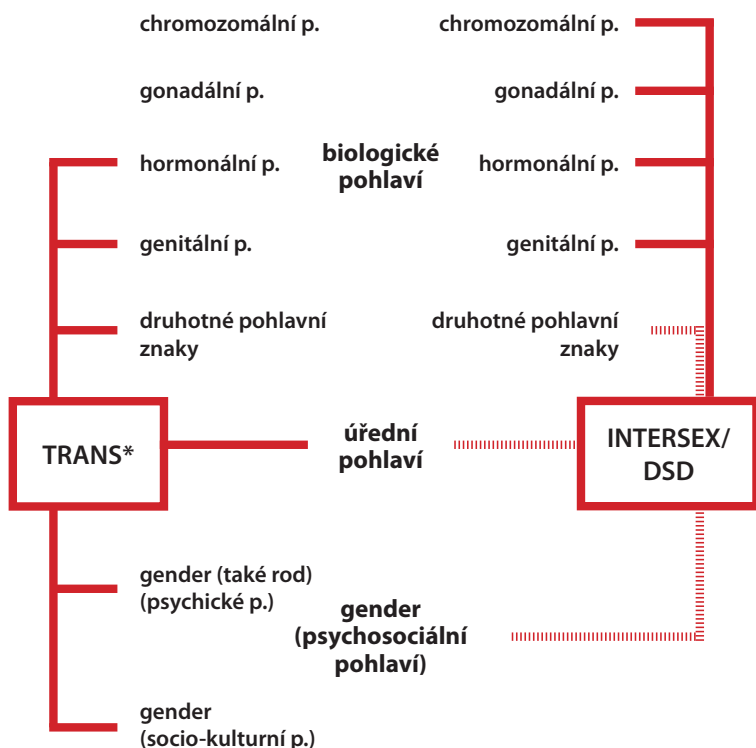
Podobnou souvislost s primárně genderovými identitami můžeme připsat i písmenku Q v akronymu. To znamená buď queer (vysvětlení viz např. Epstein 1996), nebo questioning (question = anglicky otázka, dalo by se přeložit jako zpochybňující). Pro představu jde tedy zpravidla o fluiditu (tekutost), tedy proplouvání mezi gendery, nebo o požadavek absence imperativů genderových identit, tedy o požadavek být mimo předpoklady a normy kladené na mužství a ženství.

Intersex lidé (I) – lidé s variacemi pohlavních znaků – jsou ti, jejichž biologické pohlaví – tedy jejich fyzické tělo – je v některých ohledech jiné, než předpokládají zdravotnické normy. Nejsou definováni svou sexuální orientací či partnerskou preferencí, ani svým genderem (sociálním pohlavím). Jsou definováni pouze pohlavními znaky, tedy biologicky (OHCHR 2017). Někteří intersex lidé se považují za třetí, jiné nebo neurčené pohlaví. To však neplatí pro všechny. Někteří z nich svou biologickou odlišnost vůbec nepovažují za součást své pohlavní identifikace. Intersex člověk proto může být ženou nebo mužem, trans* ženou nebo trans* mužem i člověkem s nebinárním nebo jiným genderem. Může být heterosexuální, homosexuální, bisexuální i jiné orientace (OSN 2020). Mnozí lidé s variacemi pohlavních znaků svou intersexualitu vůbec nepocítují jako formu identity, ale svou odlišnost vnímají jako medicínský stav, u kterého je otázka, jestli je v jejich případě nutné medicínsky zasahovat.

S jinými skupinami pod zastřešujícím pojmem LGBTI tak intersex lidé sdílejí méně, než by se mohlo kvůli zařazení pojmu intersex do LGBTI kategorie zdát. To, co je spojuje, pak není, zdá se, primárně otázka nenormativní identity, ale zejména některé negativní zkušenosti s většinou společnosti – vyloučení, diskriminace, násilí z nenávisli a jiné formy stigmatizace a marginalizace motivované či namířené proti určité tělesné jinakosti, tělesné nenormativnosti (Komisař Rady Evropy pro lidská práva 2015, s. 15). Právě pro tuto specifčnost, jež se ukázala být významným prvkem v naší analýze, je relevantním kontextem v diskusi o lidech s variacemi pohlavních znaků obzvláště oblast práv, života a sociálního postavení lidí s postižením – na rozdíl od situace gayů, leseb či bisexuálních lidí, kde klíčem k pochopení situace je diskuse primárně o rozmanitosti sexuality (sexuální a romantické preference), a u trans* či queer lidí to je diskuse o různorodosti genderových (tedy sociálních a psychické) identit.

Je nutno ale podotknout, že historicky byla i homosexualita odborně pojímána jako fyzická či psychická vada či nemoc (mj. Fafejta 2016) a byla vyškrtuta ze seznamu nemocí až na přelomu 80. a 90. let 20. století (v Československu v roce 1992). Také transsexualita byla až do změny lékařské klasifikace v roce 2021 vedena jako psychická nemoc, ač se léčila obzvláště hormonální a tělesně-invazivní (chirurgickou) terapií. V prvním případě rozhodně, ve druhém většinou v diskurzu kolem těchto jevů tematizaci variace pohlavních znaků coby tělesného postižení nenalezneme. Výjimkou jsou neo-konzervativní populistické, často fundamentálně náboženské projevy, které koncept tělesné (a psychické) nedostatečnosti či abnormality často používají (viz např. Kuhar, Patternotte ed. 2017).

Schéma 1: Vztah možných „pohlaví“ k intersex či trans* situaci



Zdroj: vlastní

Intersex lidé a lidé s postižením

Zkušenosti, zejména nucené zásahy do svého těla mající za cíl jeho „normalizaci“ nebo diskriminaci v přístupu k lékařské péči sdílí lidé s variacemi pohlavních znaků s lidmi s postižením (Komisař Rady Evropy pro lidská práva 2015, s. 16, OII Europe 2015). Člověkem s postižením je podle čl. 1 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením ten, kdo z důvodu své biologické odlišnosti (angl. *impairment*) a překážkám ve společnosti, která nepočítá s osobami s touto odlišností, čelí nedostatečnému a nerovnému zapojení do společnosti. Toto vymezení odpovídá tzv. sociálnímu modelu postižení, které je v současnosti převažujícím diskurzem v oblasti lidských práv. Zjednodušeně lze říci, že zdravotní postižení je považováno za sociální konstrukt, který vzniká interakcí biologické odlišnosti s neinkluzivní nebo netolerantní společností (viz např. Kolářová 2012). Pokud by překážky ve společnosti neexistovaly, biologická odlišnost by nebyla postižením (Oliver 2013, Shakespeare 2013). Úmluva o právech osob se zdravotním postižením tento přístup

precizuje a nazývá jej lidskoprávním modelem zdravotního postižení (Lawson, Becket, 2020.)

Z tohoto pohledu je situace intersex lidí připodobňována situaci osob se zdravotním postižením. Také u intersex lidí jsou problémy, se kterými se setkávají z důvodu své odlišnosti, zpravidla vytvořeny nikoli biologickou odlišností samotnou, ale reakcí společnosti a jí nastavenými normami (OII Europe 2015, s. 7). Podobně jako u osob s postižením i u intersex převažuje společenská představa, že jejich „nejlepší zájem“ definovaný odborníky je důležitější než jejich autonomie a svoboda rozhodování. Bývají také podrobováni nedobrovolným lékařským zásahům z důvodu svého postižení. Výbor OSN pro práva osob se zdravotním postižením se v tomto smyslu také opakovaně zabýval nedobrovolnými zákroky na tělech intersex lidí (CRPD 2019, CRPD/C/IND/CO/1, odst. 37). Podle výše nastíněného chápání zdravotního postižení lze tedy mnoho osob s variacemi pohlavních znaků považovat také za osoby s postižením (OII Europe 2015, s. 7). Progresivní právní standardy vyplývající z Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením i jiné poznatky tzv. *disability studies* proto mohou být relevantní také pro osoby s variacemi pohlavních znaků.

1.2 Trampoty s terminologií a diskurz variací pohlavních znaků

Jak z našeho vlastního výzkumu, tak z analýz zahraničních publikací se ukázalo, že klíčovým problémem, který je nutno vyřešit nejen pro potřeby této studie, ale i kvůli porozumění a uchopení tohoto tématu různými aktéry, kterých se problematika týká (tedy především lékaři a lékařkami, intersex osobami a jejich blízkými, ale také státními i nestátními organizacemi), je používání příslušných pojmenování a terminologie. Nabízí se hned několik možností: variace pohlavních znaků, porucha pohlavního vývoje, intersex či DSD.

Na základě analýzy akademické a právní literatury a textů mezinárodních organizací (jako jsou doporučení Rady Evropy, nebo informačních materiálů nestátních neziskových organizací) a autentických výpovědí lékařů a lidí s variacemi pohlavních znaků jsme identifikovali tři perspektivy náhledu na variace pohlavních znaků / intersex a s tím související terminologii, která je používána:

- **diskurz medicínský**, který bychom podle perspektivy, kterou zaujímá, mohli označit jako *diskurz nemoci*,
- **diskurz sociální**, který je navázaný na sociální pojetí postižení (disability) a najev se dívá spíše z perspektivy zdraví (*diskurz zdraví*),
- **diskurz lidskoprávní**, jehož centrální kategorií je identita, právo na identitu a sebevyjádření, bychom také mohli označit jako *diskurz identity*.

Níže se podíváme na zdroje jednotlivých diskurzů, jejich hlavní východiska a perspektivu, kterou zaujímají, na to, jak zacházejí s terminologií, a jak stav a lidi s variacemi pohlavních znaků označují.

1.2.1 Medicínský diskurz – diskurz nemoci

Medicínský diskurz je zásadním aktérem v celé oblasti zájmu této knihy. Jeho silná pozice je dána nejen historickou setrvačností, ale i vysokou hodnotou a legitimitou, které se přírodní vědy a medicína jak v akademickém prostředí, tak v politice i laickém diskurzu těší. Jak například dokládá Foucault (1999), od druhé poloviny 19. století začíná být vše kolem pohlaví (genderu) a sexuality silně medikalizováno a biologizováno – tento přístup typický pro západní společnosti Foucault nazývá *scientia sexualis*, tedy věda o sexu/pohlaví. Nutno také podotknout, že diskurz medicíny a obzvláště sexuologie kolem nenormativních sexualit a genderových identity je obzvláště v Česku silný a historicky zakořeněný (Lišková 2018, Sokolová 2021).

Zatímco v právních a sociálněvědních textech (viz diskurzy níže) se setkáváme s termínem *intersex*, v současné medicínské literatuře se de facto setkáme pouze s termínem „**porucha pohlavního vývoje**“ (disorder of sex development) nebo „porucha pohlavní diferenciaci“ – v obojím případě často zastupovaný zkratkou **DSD**: „V roce 2005 byla odborníky z LWPE (Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society) a ESPE (European Society for Paediatric Endocrinology) v Chicagu [tzv. **Chicagský konsenzus** či Consensus Statement – pozn. autorů] navržena nová klasifikace poruch pohlavního vývoje, která zároveň nahrazuje některé termíny novým názvoslovím. Dříve užívaný termín ‚intersex‘ by měl být nahrazen označením ‚porucha pohlavního vývoje‘ (v angličtině ‚disorder of sex development‘, DSD) [...]“ (Pleskačová, Šnajderová, Lebl 2010). Jak si ukážeme níže v analýze rozhovorů s lékaři a lékařkami, je zjevný příklon k pojmu DSD coby medicínsky přesným, nepříznačným (podle lékařů nenese negativní příznak „poruchy“) a na mezinárodním konsenzu stojícím. V souvislosti s nepříznačností – na rozdíl od anglického kontextu se analogicky utvořená česká zkratka PPV nepoužívá, a tak užitím anglické zkratky DSD není odkaz k „poruše“, jenž vadí v obou následujících diskurzích, tak zřejmý. Zjevné v rámci tohoto diskurzu je i odmítání pojmu „intersex“, a to z různých důvodů. Významným argumentem proti používání tohoto termínu je jeho překlad „mezi pohlavími“, přičemž lékaři odmítají, že by mohlo být ještě další biologické pohlaví, jiné od mužského a ženského. Druhý argument je ideologické povahy, kdy lékaři své trvání na pohlavní (genderové) binaritě ospravedlňují praktickou nemožností vychovávat dítě „mezi pohlavími“ či „nepohlavně“. Zde je nutno zdůraznit, že tento terminologický problém nastává nejen v rámci českého medicínskému prostředí, ale i anglickojazyčného, kde je gender považován za neměnný biologický fakt (viz např. Saraswat, Weinand, Saffer 2015) a spojování genderové identity se sociálními normami je považováno za

příklad nevhodného sociálního konstruktivismu (viz např. Wiesemann et al. 2010). Tento rozpor tedy v mnoha ohledech není rozpor mezi ideově odlišným vnímáním problematiky, ale problém jazykový. Ani ti, kteří aktivně užívají termín intersex, jej povětšinou nechápu jako „mezipohlavnost“ a až na výjimky nemají za to, že by děti neměly mít určený buď mužský, nebo ženský gender, a neměly tudíž žít v té či oné sociální roli.

1.2.2 Diskurz sociální disability – diskurz zdraví

Jak již bylo uvedeno, pro usnadnění vzájemného porozumění (s lékaři a lékařkami) používají i někteří aktivisté a aktivistky či nevládní a mezinárodní organizace pohybující se v této oblasti zkratku DSD. Co je ale zásadní, snaží se nahradit výraz *disorder* (porucha) termíny jako *divergence* (rozmanitost) (viz např. Reis 2007), *diverse* (různorodé) (viz např. Liao, Simmonds 2013) nebo *difference* (odlišnost) (viz např. Diamond, Beh 2008). V rámci výzkumné sondy měli někteří lékaři tuto změnu za zbytečnou, pro jiné byla zcela neproblematická. To je patrně dáno i tím, že (jak již bylo uvedeno) v běžné komunikaci (včetně komunikace s výzkumníkem) používají čeští lékaři výraz DSD (vyslovováno dé-es-dé), ze kterého se slovo porucha (disorder) vytrácí – fakticky slovo porucha tedy nepoužívají. V anglickojazyčné medicínské literatuře se pak můžeme s termínem „differences in sex development“ (odlišnosti v pohlavním vývoji) setkat spíše okrajově (viz např. Wiesemann et al. 2010), zároveň jej ale například používá britský systém veřejného zdravotnictví National Health Service¹.

První vlna intersex aktivismu propagovala termín intersex se snahou prosadit výraz, který by byl nehodnotící. Tehdejší medicína používala termíny „hermafroditismus“ či „pseudohermafroditismus“ (viz např. Fausto-Sterling 1993, 2000), které byly samotnou medicínou nakonec opuštěny jako nevhodné a stigmatizující (Pleskačová, Šnajderová, Lebl 2010). Ovšem problém s termínem intersex je, jak uvádí i jedna za zakladatelek intersexuálního hnutí Cheryl Chase, v tom, že identitu jedince ztotožňuje s jeho medicínským stavem, jako by byl jedinec primárně intersexuál, intersexualita byla jeho primární charakteristikou a jeho individuální osobnost byla podružná (viz Feder 2009). Proto postupem času někteří z aktivistů a aktivistek začali propagovat termín „osoba/člověk/jedinec s DSD“, aby tím zdůraznili, že daní jedinci mají svou specifickou osobnost a nejsou definováni pouze svým medicínským stavem, resp. intersexualitou, která nevytváří osobnost jedince (Kraus 2015). To bylo spojeno s výše zmíněnou snahou nahradit slovo disorder termíny jako *divergence* či *difference*, neboť termín disorder, tedy porucha, je nejen stigmatizující, ale může fungovat i jako sebenaplňující se proroctví – nazveme-li něco poruchou, chceme to odstranit. Navíc i v rámci medicíny se pojetí toho, co je a co není porucha, vyvíjí (Wiesemann et al. 2010).

¹ Viz <https://www.nhs.uk/conditions/differences-in-sex-development/>.

Akademický diskurz – diskurz disability studies

Analýzou, jakou terminologii používat v případě jedinců, kteří z pohledu majoritních či hegemonních diskurzů trpí nějakým hendikepem či postižením, se zabývají již zmíněné disability studies. Ty argumentují, že pro stavy, které odlišují jedince od normy, by se neměl používat termín porucha: „Používání slova porucha je v rozporu s centrální premisou disability studies, podle které nemusí být fyziologická odlišnost nutně vnímána jako inherentní nedostatečnost či vada“ (Reis 2007). V případě jedinců s variacemi pohlavních znaků může vést termín porucha k potřebě provádět operace, které nejsou primárně zdravotní povahy, ale mají cíle kosmetické. To, co jedince hendikepuje, nejsou zdravotní problémy, ale vzhled jeho genitálií, jenž není v souladu se sociokulturními normami. Pokud by se změnila estetické normy určující, jak mají vypadat „normální“ genitálie, jedinci by již nebyli vnímáni jako hendikepovaní a společnost by jim nepřisuzovala poruchu, kterou je nutno odstranit či napravit. Jejich diagnóza totiž neplyne z jejich zdravotního stavu, ale ze sociálních představ o tom, jak má vypadat ženské či mužské tělo. Fakticky tedy nejde o striktně medicínskou diagnózu. Zde bychom mohli vést paralelu s leváctvím. Dokud byla levorukost vnímána jako anomálie, byli leváci přeučováni na praváky. Pokud společnost přestala vnímat tento stav jako poruchu (hendikep), veškeré snahy o nápravu tohoto stavu ustaly. Stejně tak by neexistovala potřeba chirurgicky upravovat genitálie jedinců s variacemi pohlavních znaků, pokud by vzhled jejich genitálií nebyl vnímán jako anomální. Přičemž je nutno zdůraznit, že tento přístup nijak nezpochybňuje ty zákroky, které mají jasný zdravotní charakter – třeba v případě, kdy je třeba genitálie reoperovat kvůli tomu, aby mohl dotčený jedinec řádně vyměšovat.

Dále se disability studies zabývají tím, nakolik má být označení určitých individuálních stavů (jako jsou např. diagnózy) spojováno s identitou jedince. Konkrétně jde o to, zda používat „identity first“ nebo „person first“ terminologii, tedy terminologii stavící na první místo obecnou identitu, nebo terminologii zdůrazňující konkrétní osobnost jedince – například mají-li být užívány termíny typu „autista“, „schizofrenik“ či „vozičkář“ (terminologie zdůrazňující identitu) nebo výrazy jako „osoba s autismem“, „člověk se schizofrenií“ či „jedinec na vozičku“ (terminologie zdůrazňující konkrétního člověka). Zatímco terminologie zdůrazňující identitu de facto ztotožňuje dotyčného jedince s jeho hendikepem, neboť takový člověk *je* vozičkář, *je* schizofrenik atp. a takto přehlídí jeho individuální osobnost, tak druhý typ oslovení, zdůrazňující konkrétní individuum, neredukuje popis osobnosti tohoto jedince na jeho hendikep (postižení). Takto může být označení typu intersexuál vnímáno jako nevhodné, protože jde o terminologii, která evokuje, že intersexualita vyjadřuje primární identitu jedince, jako by neměl svou vlastní osobnost.

Disability studies zdůrazňují, že to, jaké termíny ve spojitosti s jedincem používáme, ovlivňuje, jak na jedince s hendikepem sociálně nahlížíme (Kolářová 2012). Vedle faktického fyzického či mentálního medicínského stavu, který jedinci

komplikuje život (např. je nevidomý, trpí depresemi, narodil se s anatomicou anomálií, která mu neumožňuje účastnit se na všech aktivitách, které jsou pro většinu populace běžné), je tu i postižení, které vychází ze sociálních reakcí na tohoto jedince – společnost někdy jedince hendikepuje nad rámec jeho konkrétního postižení. Zde je nutno rozlišit termíny hendikep (anglicky impairment) a postižení (anglicky disability) – zatímco hendikep je fyziologického či mentálního charakteru, postižení je sociální, neboť „to, co jedince postihuje, není jen jeho hendikep, ale i sociální praktiky, které vedou ke znevýhodnění jedince“ (Waldschmidt 2017). V tomto pojetí není hendikep vnímán pouze jako daný fakt, se kterým se jedinec narodil, či se mu v průběhu života přihodil na základě objektivních skutečností (jako např. úraz, propuknutí nemoci atd.), ale upozorňuje se na předsudky a stereotypy s ním spojené, které mohou v důsledku postihovat jedince více než jeho fyziologický hendikep. Postižení, coby soubor stereotypů a předsudků, je tak kulturně a sociálně konstruováno, a pokud by společnost preferovala jiné normy a nevnímala by člověka jako postiženého, jednala by s ním způsobem, který by jej nemarginalizoval, neomezoval jeho autonomii a právo na sebeurčení atd. Postižení je totiž nálepkou, která člověka vřazuje do určité skupiny, která si zaslouží speciální zacházení, aniž by povětšinou byl nositel nálepky plnohodnotně tázan, zdali o takové zacházení stojí. Jedinec je svým pojmenováním/nálepkou vřazen do určité kategorie, vůči které či se kterou je společnost zvyklá jednat určitým způsobem a pro dotyčného jedince je nesmírně obtížné tento způsob jednání nějak korigovat (Waldschmidt 2017, Becker 1966).

Cílem tohoto přístupu ovšem není fakticitu hendikepu pominout, pokud je jedinec skutečně hendikepovaný, protože zdravotní povaha hendikepu mu může velmi výrazně komplikovat život. Cílem je odlišit od sebe situace, kdy je člověk postižen společenskými reakcemi a postojí a kdy fakticitou svého hendikepu. Pro člověka na vozíčku jistě není překážkou pro plnohodnotné zapojení do společnosti jen to, že jej společnost nějak sociálně marginalizuje, redukuje na „vozičkáře“ a pomíjí jeho osobnost, k marginalizaci přispívají i reálné fyzické bariéry, které dotyčnému komplikují či přímo znemožňují pohyb (schody a obrubníky, nedostatečně velké výtahy atd.). Pokud v takovém případě společnost hendikep dotyčného úplně pomíjí, postihuje tím jedince o to více. Stejně tak může být pro jedince, který se narodil s tělem, které nezapadá do dvoupohlavního modelu, problematické, má-li se do jednoho z těchto dvou pohlaví zařadit. Podobně jako v případě jedince na vozíčku, nebere-li společnost v potaz jeho individuální situaci a považuje-li jej za zcela „normálního“, může ho tím negativně postihovat.

Zároveň ale může být z hlediska jedince s hendikepem větším, či přinejmenším nepominutelným problémem, jak na něj společnost nahlíží. Je-li jeho hendikep neustále zdůrazňován, je často vnímán, jako „reprezentant druhu“ a ne individuální osobnost. Přílišné zdůrazňování hendikepu je tedy také problematické, neboť takto může být jedinec permanentně zařazován do kategorie, která si vyžaduje zvláštní zacházení, i když o to dotyčný nemusí stát. I přílišná péče a ohledy mohou jedince hendikepovat, neboť jej připravují o jeho autonomii. V případě jedinců s variacemi

pohlavních znaků jde například o to, že ve snaze pomoci těmto lidem zapadnout do stereotypních představ o vzhledu „normálního“ mužského či ženského těla, jsou těmto lidem prováděny operace (respektive jsou pod sociálním tlakem, aby takové operace podstoupili), které jsou primárně kosmetického charakteru a nemají zdravotní opodstatnění – prováděny jsou primárně z estetických, tedy sociokulturních důvodů.

Výše popsany sociální model disability se odlišuje od tzv. medicínského modelu disability. Zatímco v rámci medicínského modelu je, jak zjistila i výzkumná sonda, termín porucha vnímán těmi, kteří jej používají, jako popisný a nehodnotící, proponenti přístupu disability studies zdůrazňují, že jakmile je (medicínskou) autoritou použit termín porucha, je spuštěn výše nastíněný normalizující proces, jehož cílem je tuto poruchu odstranit, aniž by byl nositel této odlišnosti („poruchy“) relevantně tázán, zdali o to má zájem, a aniž by měl její nositel šanci se proti této normalizující léčbě postavit. To celé je navíc vnímáno jako pomoc osobě s variacemi pohlavních znaků. To je v tomto případě dáno i tím, že se operace často provádějí v raném věku dítěte, kdy není schopno dát ani informovaný, ovšem fakticky ani neinformovaný souhlas. V případě pozdějších zákroků je pak informovaný souhlas často ovlivněn tím, že nositel „poruchy“ si sám internalizuje normalizující diskurz, jenž vidí jeho stav jako poruchu, kterou je nutno odstranit, aby dotyčný mohl prožít plnohodnotný život. Takto pozbývá dotčený jedinec autonomie (sebeurčení) a aktivně se ztotožňuje s tím, jak na něj nahlíží společnost a experti.

Příčemž společnost a experty od sebe vlastně nelze oddělit. Ač máme běžně za to, že experti utvářejí pohled společnosti, tak mnohdy mnohem více sami experti přejímají dominantní sociální diskurz a aplikují jej ve své praxi, čili sami experti jsou mnohdy mnohem více produktem kultury (jinak by jim společnost neumožnila stát se experty), než by byla kultura produktem expertů (Foucault 1999). Původní intersex hnutí se etablovalo na kritice medicínských přístupů vůči odlišnostem, se kterými se intersexuální lidé narodili, ale expertní tvůrci medicínských diskurzů si sami internalizovali pohled společnosti na tento typ odlišností. Ostatně mnohdy to nejsou lékaři a lékařky, tedy experti, ale primárně rodiče, kdo reprodukuje a anticipuje stigmatizující pohled společnosti na jedince s „poruchou“ a usilují o brzké operativní zákroky na intersex dětech, aby děti „opravily“. Jak se můžeme dočíst v odborné medicínské literatuře, role rodičů může být v těchto případech „kontroverzní“ (Wiesemann et al. 2010). Někteří autoři si pak kladou otázku, mají-li rodiče vůbec „morální právo“ rozhodnout o nevratných operativních zákrocích týkajících se genitálií dítěte (Anderson 2015). Diskusi k tomuto viz dále v textu.

1.2.3 Diskurz lidskoprávní – diskurz identity

S tímto diskurzem se můžeme setkat nejčastěji u třech typů aktérů. Prvním jsou lidé s variacemi pohlavních znaků. Druhým neziskové organizace a svépomocné skupiny, které stav a životní zkušenost lidí s variacemi pohlavních znaků vnímají jako svébytnou identitu, jež naráží na společenské hodnoty formované historicky především medicínským diskurzem a z nich vyplývající systémovou i individuální diskriminaci či nepochopení. Třetím aktérem, jenž je významným nositelem tohoto diskurzu i v ostatních oblastech života s požadavkem na právo na sebeurčení či možnosti svobodné volby a požadavku nediskriminovat jsou mezinárodní organizace, často právního a politického charakteru jako jsou OSN nebo Rada Evropy.

Při pohledu na první typ aktérů například Davis (2015) ve své studii zdůrazňuje i určitý rozkol uvnitř amerických komunit lidí s variacemi pohlavních znaků při používání pojmů „intersex“ a „DSD“. Upozorňuje ale na to, že lidé odmítající pojem DSD a medicínský diskurz poruchy a abnormality s tím spojený vykazují častěji pozitivnější sebepojetí a nepovažují se za nenormální. Coby sociolog si také všímá toho, že „lidé selektivně používají tu z terminologií, u níž předpokládají, že jim bude v konkrétní chvíli prospěšnější. Když chtějí podporu od poskytovatelů zdravotní péče a/nebo rodinných příslušníků, používají medikalizující DSD pojmosloví. Když se začínají cítit jako nenormální, použijí intersex jazyk s představou, že intersex je přirozenou tělesnou variací,“ aby se cítili zase normálněji. Toto přecházení mezi diskurzy ale podle Davise „vyžaduje chápání pohlaví, genderu, sexuality a diagnózy jako sociálně konstruovaných fenoménů“ (Davis, 2015, s. 22). Jak ovšem ukazuje studie Lin-su a kolektivu, i přesto, že terminologie DSD byla konsenzem zavedena již v roce 2006, je povědomí o ní mezi lidmi s variacemi pohlavních znaků (v jejich vzorku jen lidé s diagnózou CAH – tedy ženy s maskulinizovaným genitálem, n=574) velice malé (70 % nikdy neslyšelo) a ti, co termín znali, tak se s ním zpravidla seznámili na internetu (nikoliv od lékařů). Drtivá většina (84 %) se s termínem DSD neidentifikovala a tři čtvrtiny měly za to, že tento pojem má negativní dopad na CAH komunitu (Lin-su a kol. 2015).

Byl to právě lidskoprávní diskurz, prostřednictvím kterého začala být sociální a právní situace intersex lidí v posledních letech tematizovaná na mezinárodním poli. V právních dokumentech, doporučeních nebo zprávách občanské společnosti i mezinárodních a národních institucí na ochranu lidských práv se proto setkáváme zejména s termínem „intersex“. Tento diskurz do jisté míry určuje témata, kterým se uvedené zdroje zabývají. Místo diagnóz a možností léčby se soustředí na efektivní zajištění práv na tělesné i duševní sebeurčení, a rovné zacházení bez diskriminace.

Tabulka 2: Základní přehled terminologie

Termín	Popis
Hermafrodit(ismus)	Nepřesný termín – v biologické terminologii se jím označují jedinci, kteří jsou zároveň mužského i ženského pohlaví, což pro jedince s variacemi pohlavních znaků neplatí. Termín je též vnímán jako stigmatizující.
Intersex(ualita)	Termín se běžně užívá v politických a právních textech, hlásí se k němu velká část nemedicínských organizací zabývajících se touto problematikou. V rámci medicíny není v současné době používán s tím, že jde o termín nepřesný, neboť doslova přeloženo znamená mezi pohlavími (inter sexes), přičemž naprostá většina jedinců s variacemi pohlavních znaků se hlásí buď k mužskému, nebo ženskému pohlaví/genderu. Tento termín odmítají i někteří další aktéři, neboť kořen slova sex je matoucí a část populace se domnívá, že jde o sexuální orientaci.
DSD (porucha) (Disorder of Sex Development)	Zkratka pro „disorder of sex development“, tedy „poruchu pohlavního vývoje“. Termín je preferován v medicínském prostředí, kde je výraz porucha vnímán jako popisný a nehodnotící. Mimo medicínské prostředí je tento výraz kritizován, neboť označení porucha je vnímáno jako stigmatizující. Termín porucha navíc vyvolává proces, který má tuto poruchu odstranit, aniž by byl nositel této odlišnosti („poruchy“) relevantně zázán, zdali o to má zájem.
DSD (odlišnost) (Difference of Sex Development)	Někteří aktéři se neztotožňují ani s termínem intersex, ani nechtějí používat termín porucha. Zároveň navrhují ponechat zkratku DSD s tím, že slovo disorder bude nahrazeno termínem differences (tedy odlišnosti). Na tuto terminologii přistoupil např. britský systém veřejného zdravotnictví NHS (National Health Service).
VPZ – Variace pohlavních znaků	Vzhledem k tomu, že termíny intersex a DSD vyvolávají v určitých kruzích kontroverze, navrhuje je v českém diskurzu nahradit termínem „jedinec/lidé s variacemi pohlavních znaků“. Tento termín používáme i v této knize.
Hendikep (impairment)	Hendikep je odchylka od zdravotní/biologické normy fyziologického/anatomického či mentálního charakteru. S hendikepem se člověk rodí, nebo je způsoben úrazem či nemocí. Hendikep jedinci komplikuje život, neboť mu neumožňuje účastnit se na všech aktivitách, které jsou pro většinu populace zcela běžné.
Postižení (disability)	Vedle hendikepu, tedy fyzického či mentálního medicínského stavu, existuje i postižení sociální – společnost svým jednáním jedince znevýhodňuje nad rámec jeho hendikepu. Jedinec je na základě svého hendikepu zařazen do určité kategorie, se kterou je společnost zvyklá jednat určitým způsobem. Například pro jedince, který se narodil s tělem, které nespadá do dvoupohlavního modelu, může být problematické, má-li se do jednoho z těchto pohlaví zařadit a jednat ve všech interakcích a situacích tak, jak se od daného pohlaví očekává.

1.3 Pozornost mezinárodních institucí

Téma intersexuality je stále okrajovým tématem jak mezi lékařskou, tak mezi právní nebo sociálněvědní komunitou. O to nižší je povědomí o právní a sociální situaci intersex lidí mezi laickou veřejností. Do jisté míry se jedná i o téma tabuizované, zatížené výše popsanými terminologickými problémy. Tato situace se však začíná pod vlivem mnoha mezinárodních iniciativ a kampaní měnit. V posledních letech bylo publikováno několik důležitých právních dokumentů, které nabádají ke zvýšené pozornosti k situaci osob s variacemi pohlavních znaků, a vyzývají státy k podpoře výzkumů, zvyšování povědomí, i k efektivnímu respektování jejich lidských práv. I tato publikace je reakcí na mezinárodní trend, který do jisté míry určuje témata i diskurz, v rámci kterého jsou formulovaná stěžejní témata dané problematiky. Tato podkapitola stručně shrnuje vývoj tohoto mezinárodního diskurzu a hlavní současné mezinárodní zdroje formulující témata a doporučení.

Mezinárodní intersex fóra

Jedním ze stěžejních momentů, který otevřel dialog mezi intersex lidmi, respektive aktivisty z řad těchto osob, a mezinárodními institucemi, byl úvodní ročník mezinárodního intersex fóra v roce 2011 (ILGA Europe 2011), které se od té doby koná každoročně. Na těchto fórech osoby s variacemi pohlavních znaků z různých zemí popisují své zkušenosti a diskutují o navrhovaných řešeních. V roce 2013 byla na tomto fóru přijata tzv. Maltská deklarace, která shrnuje požadavky této aktivní části intersex komunity, které jsou od té doby stále aktuální (OII Europe 2013, ILGA Europe 2019, s. 40). Centrálním požadavkem tohoto dokumentu je depatologizace, tedy odstranění automatického rovnítka mezi variacemi pohlavních znaků a diagnózou, neboť právě patologizace podle této deklarace ospravedlňuje nedobrovolné normalizační zákroky. Dalším důležitým požadavkem je úprava prenatální diagnostiky a zabránění selektivním potratům plodů, které by se mohly narodit jako intersex děti. Maltská deklarace také požaduje jednoduchý přístup k proceduře změny pohlaví v případě, že pohlaví připsané po narození se ukáže jako nesouladné s prožíváním intersex člověka. Volá také po ukončení nedobrovolných sterilizací intersex lidí a po zlepšení přístupu ke kvalitní zdravotní péči, která respektuje pacientovo právo informovaně rozhodovat o provedených zákrocích a zároveň po právu na plný přístup k informacím ze zdravotnické dokumentace. V neposlední řadě se deklarace dovolává zajištění efektivního přístupu k ochraně proti diskriminaci a k zastoupení při porušení lidských práv.

Tabulka 3: Časový přehled důležitých dokumentů a událostí OSN, Rady Evropy a EU

Rok	Organizace	Dokument či událost
2013	OSN	<i>Maltská deklarace</i> shrnující požadavky mezinárodní intersex komunity.
	EU	Směrnice Evropské rady <i>Na podporu a ochranu užívání všech lidských práv leseb, gayů, bisexuálů, transsexuálů a intersexuálů (LGBTI)</i> .
	Rada Evropy	Rezoluce Parlamentního shromáždění Rady Evropy <i>Právo dětí na fyzickou integritu</i> .
2014	OSN	Prohlášení Navi Pillay, Vysoké komisařky OSN pro lidská práva, odsuzující „nezvratné a nedobrovolné lékařské zákroky vůči intersex lidem, které nejsou nezbytné“.
	Rada Evropy	Obecný komentář Komisaře Rady Evropy pro lidská práva k právům intersex lidí <i>Chlapec nebo dívka nebo člověk</i> .
	EU	Usnesení Evropského parlamentu <i>O plánu EU proti homofobii a diskriminaci na základě sexuální orientace a genderové identity</i> .
2015	OSN	Expertní setkání týkající se práv intersex osob na půdě OSN.
	Rada Evropy	Publikace Komisaře Rady Evropy pro lidská práva <i>Lidská práva a intersex lidé</i> .
2016	OSN	Zahájení kampaně <i>OSN za povědomí o intersex lidech</i> .
	OSN	Společné veřejné prohlášení expertů OSN a regionálních organizací <i>Konec násilí a škodlivých lékařských praktik na intersexuálních dětech a dospělých</i> .
	OSN	Publikace Úřadu Vysokého komisaře OSN pro lidská práva <i>Žít ve svobodě a rovnosti</i> mapující situaci a práva intersex lidí.
2017	OSN	<i>Jakartské principy</i> , stanovisko množství mezinárodních expertů odsuzující jakékoli zásahy do tělesné integrity dítěte s nejasnými pohlavními znaky bez plného, svobodného a informovaného souhlasu dítěte a v jeho nejlepšího zájmu.
	Rada Evropy	Rezoluce Parlamentního shromáždění Rady Evropy <i>Podpora lidských práv a odstranění diskriminace intersex lidí</i> .
2019	OSN	Rezoluce Valného shromáždění OSN <i>Ukončení diskriminace intersex žen a dívek ve sportu</i> .
	EU	Usnesení Evropského parlamentu <i>O právech intersex osob</i> .
2020	EU	<i>Strategie pro rovnost LGBTIQ osob na období 2020–2025</i> .

Deklarace a doporučení na úrovni Organizace spojených národů

Maltská deklarace (OII Evropy 2013) také vyzvala potenciální spojence ke spolupráci ve zvyšování povědomí o porušování práv intersex lidí. Na tuto výzvu reagovaly různé agentury Organizace spojených národů (OSN), Rady Evropy i Evropské unie. Přibližně od roku 2011 se na úrovni těchto nadnárodních organizací začínají objevovat deklarace, rezoluce, politická prohlášení, poziční dokumenty, výzkumy a další formy projevů upozorňující na práva intersex lidí a začleňující specifická porušování lidských práv, kterým čelí, do existujících rámců lidskoprávní

ochrany (mezi první patří OHCHR 2011, odst. 57, Zvláštní zpravodaj OSN proti mučení 2013, odst. 76–77, a Zvláštní zpravodaj OSN pro právo na zdraví 2015, odst. 84–86).

V roce 2014 Vysoká komisařka OSN pro lidská práva, Navi Pillay, odsoudila „nezvratné a nedobrovolné lékařské zákroky vůči intersex lidem, které nejsou nezbytné“ (Navi Pillay 2014). V reakci na toto prohlášení v roce 2015 Úřad vysokého komisaře OSN organizoval první velké expertní setkání týkající se práv intersex osob. V jeho úvodu opět zaznělo silné prohlášení tehdejšího komisaře OSN pro lidská práva, Zeida Ra'ad Al Husseina, odsuzující nedobrovolné chirurgické zákroky i absenci detailního zmapování porušování lidských práv intersex lidí (Zeid Ra'ad Al Hussein 2015a). V obou letech se také při zasedání Rady OSN pro lidská práva konaly k danému tématu diskuzní panely (Rada OSN pro lidská práva 2014, Rada OSN pro lidská práva 2015, Zeid Ra'ad Al Hussein 2015b).

Od roku 2015 vydalo OSN několik dokumentů věnujících se situaci intersex osob (OSN 2020) a v roce 2016 zahájilo rozsáhlou kampaň *OSN za povědomí o intersex lidech* (OSN 2016a). V souvislosti s touto kampaní bylo také vydáno prohlášení expertů z OSN a dalších organizací volajících po ukončení škodlivých lékařských praktik na intersex lidech (OSN 2016b). Problematice intersex lidí se věnuje i publikace Úřadu Vysokého komisaře OSN pro lidská práva *Žít ve svobodě a rovnosti*, publikovaná v roce 2016 a další dokumenty (OHCHR 2016). Naposledy v roce 2019 přímo Valné shromáždění OSN přijalo rezoluci, v níž odsuzuje také diskriminace intersex žen a dívek ve sportu (OSN 2019).

Rezoluce Rady Evropy

Rada Evropy, která je primární evropskou regionální organizací (nezávislou na Evropské unii) zabývající se mimo jiných i lidskými právy, nezůstala pozadu. V roce 2013 vydala studii přímo zaměřenou na práva trans* a intersex dětí (Schneider 2013, s. 29–30). Tématem se potom začala intenzivněji zabývat komisařka Rady Evropy pro lidská práva, která v roce 2014 vydala obecný komentář – výkladové stanovisko – k právům intersex lidí nazvané *A boy or a girl or a person* (Komisař Rady Evropy pro lidská práva 2014). V roce 2015 následně komisařka vydala rozsáhlejší publikaci *Lidská práva a intersex lidé*, přehledně shrnující situaci lidí s variacemi pohlavních znaků i lidskoprávní standardy, které se jí dotýkají (Komisař Rady Evropy pro lidská práva 2015).

V roce 2017 se o problematiku začalo zajímat i Parlamentní shromáždění Rady Evropy. To na základě zprávy Výboru pro rovnost a nediskriminaci *Podpora lidských práv a odstranění diskriminace intersex lidí* přijalo v roce 2017 stejnojmennou rezoluci, která shrnuje lidskoprávní závazky států vůči intersex lidem (Parlamentní shromáždění Rady Evropy 2017a). Rezoluce obsahuje řadu doporučení členským státům Rady Evropy, od ukončení všech normalizačních i dalších nedobrovolných zákroků, které nejsou striktně nezbytné, přes zaručení kvalitní a dostupné zdravotní péče, až po ochranu proti diskriminaci (Parlamentní shromáždění Rady Evropy 2017b).

Výzkumy a usnesení Evropské unie

Tematikou intersex lidí se s rozšiřující se vlastní lidskoprávní agendou začala zabývat i Evropská unie (Evropský parlament 2014, Evropská rada 2013). Důležitým přínosem jsou zde zejména dva výzkumy Agentury pro základní práva (FRA) Evropské unie z roku 2015 a z roku 2020, oba poprvé přinášejí unikátní data o situaci intersex komunity v Evropě (FRA 2015, FRA 2020). Komparativní studii pro oblast diskriminace poté v roce 2018 pro Evropskou komisi zpracovala i Evropská síť expertů v oblasti genderové rovnosti a nediskriminace (Evropská síť právních expertů v oblasti nediskriminace 2018).

Pravděpodobně nejzásadnějším počinem je však v roce 2019 přijaté *Usnesení Evropského parlamentu o právech intersex osob* (č. 2018/2878(RSP)). Usnesení odsuzuje medikalizaci a patologizaci intersex lidí i normalizační chirurgické zákroky, požaduje zajištění kvalitní zdravotní péče a vyzývá také například k přijetí flexibilní a přístupné procedury registrace i změny pohlaví (Evropský parlament 2019). V neposlední řadě toto usnesení vyzývá členské státy ke komplexnímu zmapování situace intersex osob na jejich území z lidskoprávního – nikoli lékařského – hlediska.

2. SOCIÁLNÍ TRAMPOTY S POHLAVÍM

2.1 Základní informace o sociologické analýze

Těžiště této části a jejích poznatků vychází ze dvou typů datových zdrojů. Prvním z nich jsou vlastní hloubkové rozhovory se scénářem rozhovoru (polostrukturované) realizované se zástupci skupiny osob s variacemi pohlavních znaků a rozhovory a kvalitativně pojaté dotazníky s relevantními lékaři a lékařkami. Druhým jsou veřejně dostupné odborné texty jak české, tak zahraniční, jak medicínského (např. kazuistiky), tak sociálněvědního charakteru. Realizace rozhovorů s intersex osobami byla velice složitá především proto, že jde o prakticky neviditelnou skupinu lidí. Tito lidé často ani nevědí, že do této skupiny patří a kvůli této specifické životní situaci se nesdružují a zpravidla nechtějí být viděni a identifikováni.² Realizovány byly tři osobní hloubkové rozhovory, jeden trval přes tři hodiny, druhý přes hodinu a půl a třetí hodinu. Pro potřeby studie byly provedeny rozhovory také s představiteli neziskových organizací, které se jako jediné v ČR tématem intersexuality (ač jen okrajově) zabývají. Jeden z těchto představitelů zprostředkoval perspektivu intersex osob tzv. z druhé ruky, tedy tak, jak byly těmito osobami na komunitních a veřejných akcích, které organizace uskutečnila v minulosti, představeny.

Princip následující analýzy je kvalitativní, a tak nevyžaduje mnohočetné výzkumné vzorky, ale především hutná data jdoucí do hloubky problému a s informanty a informantkami, kteří jsou relevantními reprezentanty zkoumaného problému. Všichni tři účastníci výzkumu – Andrea, Boris a František – takovými reprezentanty jsou a poskytli velké množství dat. Je nutno podotknout, že i zahraniční studie i ve významně lidnatějších zemích či s existující aktivní intersex komunitou pracují často se vzorky o několika osobách. Oslovena byla přes prostředníka a následně Facebook také Ema. Velice váhala a nakonec účast odmítla se slovy: „*Přečetla jsem si tu studii [Fafejta, Sloboda 2021 – pozn. aut.] a myslím, že v ní máte vše. Ty vzorce se opakují, nic se od roku 1991 [kdy se to o sobě ve svých asi 20 letech dozvěděla – pozn. aut.] nezměnilo. Pro mě je to otevírání starých ran a není mi to příjemné.*“ Ema nakonec souhlasila s případným zahrnutím svých několika málo odpovědí po Facebooku do této knihy. Pro rozšíření množství původních českých zkušeností lidí s variacemi pohlavních znaků byly do analýzy zahrnuty i dva příběhy z médií. Jedním je příběh z faktuální fotografické knihy s názvem *Chiméra*, kde vystupuje Gabi, která se označuje jako transsexuálka, kterou ale v Epilogu autorka publikace Vladimíra Kotra označuje jako intersexuální. Druhý je rozhovor z roku 2021 „*Co*

² Popis způsobů kontaktování účastníků a účastnic pro rozhovor viz původní studii (Fafejta, Sloboda 2021).

tě nezabije, to tě posílí.“ aneb *tělesná autonomie u intersex* lidí* s M., který vedla Marie Mrvová pro Zpravodaj *Rovné příležitosti v souvislostech*³. Pro potřeby této studie budeme k M. odkazovat jako k Dani. Detailnější seznámení s informantkami a informanty výzkumu – Andreou, Borisem, Cyrilem, Dani, Gabi, Emou a Františkem – naleznete v Příloze této knihy.

Druhou částí původních dat sociologické studie byla realizace rozhovorů s lékaři a lékařkami, kteří s intersex osobami přicházejí do styku. Byly provedeny dva rozhovory s českými lékaři/lékařkami, další tři lékařky/lékaři pak preferovali vyplnění kvalitativně pojatého dotazníku s otevřenými otázkami. Ostatní oslovení (více než desítka) buď nereagovali, nebo poslali kusé zmínky o jednotlivých případech. Lékaři a lékařky často odkazovali na své kolegy(ně), kteří se rozhovorů zúčastnili, či zaslali odpověď. Vedle restriktivních opatření spojených s pandemií covid-19 byla neochota často spojená s tím, že lékařů a lékařek, kteří by se s touto problematikou setkávali častěji a sami sebe hodnotili jako kompetentní se v rozhovoru vyjadřovat, není v celé ČR mnoho. Z důvodu anonymizace a vzhledem k tomu, že z hlediska studie není třeba odlišovat jednotlivé participanty, jelikož všichni představují v zásadě jednotný lékařský hlas, nebudou uvedeny další informace o jednotlivých účastnících výzkumu a budou zmiňováni jako (zúčastnění) lékaři.

Dalším významným zdrojem informací o situaci lidí s variacemi pohlavních znaků v kontextu medicíny byla analýza popsanych případů v odborné literatuře. Byly zahrnuty vybrané kazuistiky z českých i zahraničních odborných lékařských časopisů a vybrané zahraniční sociologické studie. V rámci projektu byla provedena analýza 41 odborných zdrojů týkajících se problematiky intersex jedinců publikovaných v recenzovaných odborných časopisech z medicíny a sociálních věd (z velké části šlo o zdroje, které nám byly doporučeny samotnými lékaři). Cílem je informovat o podobě medicínských přístupů k intersex lidem v zahraničí a standardech, které musí tyto přístupy splňovat, a komparace těchto přístupů a standardů s přístupy a standardy české medicíny.

Na základě analýzy byly identifikovány následující významově relevantní oblasti, které představují i podkapitoly této části knihy:

- terminologie a terminologické uchopení různými aktéry,
- zdraví, nemoc a problematika lékařských zákroků,
- pozice rodičů intersex osob,
- specifika dětství, dospívání a vlastního rozhodování, včetně souvislosti s poradenskými službami a patientskými či svépomocnými skupinami,
- genderové aspekty a možnosti uznání „třetího pohlaví“.

Oblastí, která není tematizována specificky ve vlastní kapitole, ale je obzvláště na základě zahraničních výzkumů významná, je zkušenost s nevhodným chováním a diskriminací na základě intersex statusu ze strany okolí v dospělém věku (jež se

³ Rozhovor je dostupný zde: <https://zpravodaj.genderstudies.cz/cz/clanek/co-te-nezabije-to-te-posili.-aneb-telesna-autonomie-intersex-lidi>

někdy označuje jako intersexfobie či interfobie). „*Kdykoliv jsem se v životě svěřila, bylo to použito proti mně,*“ komentovala to Ema, která také uvedla zkušenost s fyzickým napadením a slovním ponižováním. Jak si ukážeme v následující podkapitole, vzhledem k zřidkavé vnitřní, ale i veřejné identifikaci s jakousi intersex identitou, s níž ovšem pracují i mezinárodní dokumenty a organizace (viz kap. 3.3.), nemáme pro rozpracování této oblasti dostatek podkladů.

2.2 Pohled českých aktérů a akterek na označování a terminologii

V úvodní části této knihy jsme představili základní rozdíly v terminologii a označování v perspektivách jednotlivých diskurzů, včetně zdrojů, z nichž tyto diskurzy vycházejí. Níže tyto perspektivy ilustrujeme na chápání jednotlivých označení účastnicemi a účastníky našeho výzkumu.

Nutno na úvod podotknout, že dosud zmiňované výzkumy byly realizovány v cizině, zpravidla v anglicky mluvících zemích, a že oba pojmy jak „DSD“, tak „intersex“ jsou do češtiny importovány ze zahraničního diskurzu a zároveň, jak už jsme napsali výše, každý z jiné oblasti (diskurzu). Jak jsme uvedli, v češtině se nepoužívá třeba zkratka PPV, která by implikovala poruchu (pohlavního vývoje), a tak medikalizující náboj, který je v zahraniční literatuře považovaný za zásadní, nemusí být v češtině přítomný, či tak silný. Jak uvádí Dani, tuto pozici negativní příznakovosti a medikalizace nejspíše v češtině zaujímají pojmy jako „hermafrodit“, jež je zatížen negativními obrazy z historie a literatury, a „intersexuál“, kde je nutné zmínit, že zatímco v angličtině (a latině) sex(us) znamená i pohlaví, v češtině implikuje pouze sex, konkrétně nějaký „nenormální sex“. V první třetině 20. století byl pojem „intersexualita“ také někdy používán pro označení transsexuality nebo i homosexuality. Zároveň historická absence vzniku a vývoje české komunity či dokonce sociálního hnutí, jež by se nazývalo intersex, a tudíž neviditelnost tohoto jevu a pojmu, na níž se shodli Andrea, Boris, Dani i František, umožňuje jen omezenou možnost sebeidentifikace s tímto označením v českém kontextu.

2.2.1 Ne/existující intersex

Andrea a Boris se ozvali na výzvu, jež používala **termín intersex**. Na následující výzvy obsahující jak pojem intersex, tak DSD se již nikdo neozval, a to ani když byly osloveny pacientské organizace. Vzhledem ale k všeobecně nízké responzivitě na výzvy i na osobní kontakty není možné vyvozovat nějaká zevšeobecnění. Kontakt na Františka a Emu byl zprostředkován osobou pohybující se především v trans* komunitě, jež měla důvěru jak ve výzkumníka, tak u obou oslovených. Z příběhů osob s variacemi pohlavních znaků ovšem vyplývá, že pokud o svém

stavu vůbec vědí a zjišťují si informace, sledují téma v médiích nebo se alespoň částečně sdružují, či to dělali po nějakou dobu v minulosti, tak jsou s termínem „intersex“ a „intersexualita“ obeznámeni. Jsou si také vědomi, že je možné jej použít pro označení jejich situace, ač si uvědomují obrovskou variabilitu kombinací tělesných znaků, která se pod touto nálepkou skrývá.

Gabi se ovšem takto ve svém příběhu neidentifikovala. František k sobě pojem intersex vztahoval jen do té míry, že jeho diagnóza, stejně jako Emy, se označuje jako komplexní intersexualita. Boris se zprvu také neidentifikoval jako intersex, nýbrž jako gay muž. Ke konci rozhovoru, během něhož i více vyprávěl o určitém svém aktivismu a snaze aktivně informovat okolí o lidech s variacemi pohlavních znaků a zároveň ve snaze jejich situaci odlišit od situace trans* lidí na přímou otázku, jestli by se označil jako cis muž, odpověděl, že by se označil jako intersex muž. Označení „cis“ (cis muž, cis žena, cis gender) se používá jako analogie (a jakýsi komplement) označení „trans“ (trans muž, trans žena) a vyjadřuje stav souladu biologického pohlaví, psychické (sebepronášení) a sociální/genderové identity (role), zatímco trans* (někdy i queer) označuje rozmanité variace pohlaví, psychické a sociální, tedy genderové identity. Andrea naproti tomu zdůrazňovala, že nálepky se snaží nepoužívat. *„Vnímám se asi jako člověk. Vzhledem k tomu, že asi nemám nějaký problém s identitou, že bych se někdy cítila jako muž nebo by mi ty vnitřní pohlavní orgány neseseděly s těma vnějšíma, tak asi nemám úplně problém tý identity. Na druhou stranu se asi ani neztotožňuju jako lesba nebo bisexuálka – tyhle nálepky nejsou něco, co preferuju, když se identifikuju. Na druhou stranu, říct: Jsem lesba a jsem intersex pro mě není ničím hanlivý, nebo něco, za co bych se styděla, nebo něco, s čím bych měla problém. Asi pro lidi, kteří to chtějí zaškatulkovat, tak je to asi snazší to takhle udělat, ale jinak rozhodně nenesím intersex vlaječku a nějaké odznaky na batohu, to asi ne [pousmání].“* (Andrea)

Všichni účastníci výzkumu uváděli, že vedle dílčí tělesné odlišnosti byli i genderově nekonformní. Andrea to spojovala spíše se svým tělesným stavem (chromozom X0). Boris to spojoval částečně s tím, že je gay. Zmiňoval ovšem, že možná jeho chůze může působit méně mužně právě kvůli jeho zdravotním problémům. I v situacích, kdy měl pocit, že ho někdo jiný nevnímá jako dost mužného, i přesto, že je vyšší a silnější, sám pro sebe si to spojoval se svou zdravotní situací. Gabi se nejprve identifikovala jako trans žena. František o trans* identitě chvíli uvažoval. Boris, ani Andrea se jako trans* nikdy neidentifikovali.

Krizi své více než roční tranzice v ženu ve svém blogovém příspěvku komentovala Gabi takto: *„Záhy ovšem přišla katastrofa, která téměř zničila můj život a přerušila tento příběh na více než 15 let. O slovo se přihlásila DNA mého bratra...“* Bez dalšího vysvětlení. Vysvětlení lze najít v epilogu Vladimíry Kotry, autorky knihy o Gabině příběhu: *„Ten obrovský kus cesty, který zatím ušla, měl být ztracený [...] Mezi tím přestala brát hormony a chtěla vše vrátit zpět a stát se opět Pavlem. [...] Nakonec lékaři zjistili, že v raném stádiu matčina těhotenství se tělo Gabi spojilo s plodem jejího sourozence opačného pohlaví. Gabino tělo je ze 75 % tvořené buňkami s chromozomy XX. Má dělohu, vaječnky i děložní hrdlo. Vnější genitál má*

chromozomy XY, a to ovlivnilo chybné určení mužského pohlaví po narození. Těmto lidem se odborně říká intersex. Je lidskou chimérou. Tuto lékařskou zprávu jsem nikdy neviděla [...], věřím, že je to pravda.“ Gabi se autorům nepodařilo kontaktovat, aby zjistili, jak se tato více než pět let stará situace změnila.

Emma napsala, že má tzv. komplexní intersexualitu a reagovala na to, když byla oslovena zprostředkující osobou, že hledáme do výzkumu intersex osoby. S touto nálepkou se ovšem neidentifikovala, ale spíše si jí byla vědoma jako možného popisu svého biologického stavu.

Boris sice uvedl, že se jako intersex neidentifikuje, ale nebylo tomu tak celou dobu: *„Měl jsem období, kdy jsem se s tím možná identifikoval víc, ale zjistil jsem, že když se to snažím lidem vysvětlit, tak se v tom sám ztrácím. [...] proto, že se o tom těžce mluví.“* (Boris) Oním obdobím bylo několik měsíců na vysoké škole, kdy se o téma více zajímal, četl si o něm na internetu a měl potřebu s ním konfrontovat – na zkoušku, co to udělá – své okolí. Tyto coming outy mu ale coby spíše introvertní osobě nebyly příjemné. Také proto, jak bylo uvedeno, že jak samo téma, tak i jeho zdravotní komplikace byly složité na vysvětlení. Dalším důvodem byla stigmatizace a medikalizace, která je s tím spojená. *„To je otázka, co je to intersexualita. Já bych řekl, že to není něco, s čím se člověk identifikuje. To je něco, s čím se narodí, zjistí se to a je to něco velmi zmedikalizovaného. A jakmile se to zjistí, tak prostě z toho je také stigma, je to medicínský problém. [...] Je to stigma, ale na druhou stranu se o tom nemluví.“* (Boris)

I když se tak účastníci a účastnice výzkumu neidentifikují, považují za důležité, aby se o termínu vědělo, aby nedocházelo k nepochopení a k případnému ubližování. Boris zmiňuje, že je ale nutné odlišovat intersex od ostatních pojmů jako je genderová nebinarita nebo transgender tematika, ač spolu souvisí. *„Je nutné podotknout, že to jsou související témata, podle mě, u někoho víc, u někoho méně. Když jsem slyšel příběh jiných lidí, řekněme trans, tak někteří zjistili, aha, ale já vlastně mám nějakou intersex vadu. Proto říkám, že to jsou související témata, na druhé straně je potřeba to odlišovat, protože to je jedna z věcí, které nám intersex lidem ubližuje, když nevědí.“* (Boris)

Dani vnímá důsledky zdravotních zákroků na její život a tělo jako natolik zásadní, že termín intersex spojuje i se svou genderovou identitou. *„Já to tak třeba u sebe v určitém smyslu mám, považuju to za věc, která tak strašně moc formovala mou zkušenost a život, že pro mě už je to nějaký příznak genderu, ale pro drtivou většinu intersex* lidí to tak není.“* Dalo by se ale asi spíše říci, že intersex je její hlavní či zásadní identitou, jelikož jí její zkušenost a situace motivuje k aktivitě v oblasti osvěty a informování nejen ve svém okolí, ale i ve formálnějších situacích (jako jsou přednášky a diskuse, poradenství osobám, které osobně nezná atp.). Jelikož neznáme věk Dani, můžeme jen spekulovat, jestli její identifikace s konceptem a aktivismus nejsou jen určitou fází jejího života – fází, kdy se potřebuje s touto životní situací uspokojivě vyrovnat. Obdobně, jak na flexibilitu sebeidentifikace s intersex označením upozorňuje Davis (2015). Pojem intersexualita Dani vnímá jako medicínský a říká, že je to *„taková divná nálepka“*. Preferuje pojem intersex

psaný s hvězdičkou (intersex*), která má značit, že jde o zastřešující pojem a tedy obsahuje velkou variabilitu možností.

Na závěr je nutno podotknout, že i když se Andrea i Boris identifikují jako lesba a gay, nespojují svou sexualitu nijak se svou zdravotní situací způsobenou variací pohlavních znaků.

Naproti tomu **lékaři** termín **intersex** viděli jako problematický, když často zmiňovali, že něco jako „mezipohlavnost“ (což je fakticky překlad tohoto termínu) biologicky neexistuje. Jak uvedl jeden z lékařů: „*Pojem intersex nepovažuji za šťastný. Budu-li otrocky překládat – je to mezipohlaví?*“ Či slovy dalšího lékaře: „*Lékaři uvažují technicky: systematika DSD dovoluje odlišit DSD mužské, ženské nebo jedince s chromozomální/genetickou mozaikou. Uvnitř skupin rozlišuje, jestli je příčina genetická, hormonální nebo jiná (např. vývojová anatomická – nevytvoření zevních genitálií). Technický přístup k věci vychází z biologie: biologicky neutra neexistují, máme geny mužské ‚XY‘ nebo ženské ‚XX‘. [...] Pro vědce – genetiky, lékaře, bioloogy – je v současnosti slovo ‚intersex‘ zatíženo negativní pejorativní konotací s tím, že dítě je chlapec nebo dívka, stav ‚mezi‘ biologicky neexistuje a dítě vyčleňuje.*“

Termín intersex je tedy podle lékařů fakticky nesprávný, protože podle nich je skutečně intersexuálních (tedy v jejich pojetí mezipohlavních) lidí naprosto minimálně, pokud vůbec existují, a až na naprosté výjimky se všichni lidé hlásí buď k mužskému, nebo ženskému pohlaví a i ti, kteří se neztotožňují s pohlavím, které jim bylo po narození určeno, volí podle nich v naprosté většině pohlaví opačné, nikoliv mezipohlavnost. Takto je podle lékařů termín intersex pro většinu pacientů mnohem více stigmatizující než z jejich pohledu nehodnotící termín porucha, resp. DSD – viz například i učebnice Urologie pro mediky, kde se můžeme dočíst: „*Dřívější výraz intersex se nedoporučuje používat, má pejorativní nádech, navíc každý jedinec musí mít určeno pohlaví*“ (Kočvara 2015, s. 192).

Jak uvedl jeden z lékařů, v dospělosti se někdo může jako intersex individuálně cítit, to ale neznamená, že to má být pro majoritu normou. V tomto kontextu uvedl případ jiných stavů, které jsou z hlediska medicíny poruchou a se kterými se někteří jejich nositelé pozitivně ztotožňují, a přesto většina lidí vnímá tyto poruchy jako hendikepující (jako příklad si můžeme dát poruchy sluchu). Podle tohoto lékaře je pozitivní ztotožnění se s mezipohlavností (tedy jeho slovy cítit se „ne-mužem a ne-ženou“) anomálií, přičemž dotyčný lékař zdůraznil, že termín anomálie používá medicínsky/biologicky, tedy v nehodnotícím smyslu. Lékař pak dále pokračoval následujícími slovy:

„*Aktivisté a lidé, kteří navrhuji zařazení termínu ‚intersex‘, vnímají podle mého názoru situaci ze sociálního a psychického pohledu. Proto je pro ně ‚něco mezi pohlavími‘ atraktivní. Umožňuje to jim osobně žít ve světě tak, jak ho vnímají. Nebezpečí podle mého názoru plyne z toho, že se svým minoritním okrajovým názorem snaží ovlivnit společnost. Vnímám to tak, že je správné je respektovat jako jedince s určitým pohledem na svět a vážit si jich, ale nedovolit, aby minoritní názor poškodil zdravý vývoj a úsudek populace. Mám za to, že posunutí významů a odklon od tradičních hodnot nevedly k pokroku a ‚trvale udržitelnému životu‘. Smíchání (a záměny)*

biomedicínských pojmů a podstaty života se sociologickými pojmy a vnímáním světa jednotlivci je důvodem k terminologickému a následně i reálnému zmatku.“

Na dotaz, zdali by lékaři neměli více vstupovat do terminologických diskusí, kde by svůj postoj vysvětlili, tento lékař prohlásil, že na to jsou lékaři příliš zaneprázdnění, další lékař pak prohlásil, že tato slovní nuance nic nemění na utrpení pacientů. Zároveň jeden z lékařů připustil, že termín intersex pro zjednodušení někdy v běžném neformální medicínské komunikaci používá, pokud mluví obecně o dítěti, které „*se narodilo s neurčitým genitálem*“, ale pokud se nepohybuje na této velmi obecné rovině, používá konkrétní medicínskou nomenklaturu.

Dalším argumentem jednoho z lékařů ve výzkumné sondě proti termínu intersex byla nemožnost vychovávat dítě, které nemá určené pohlaví. Argumentoval, že někdo by dotyčné dítě mohl vychovávat jako chlapce a zároveň jiný jako dívku, ptal se, jaký gramatický rod by se v souvislosti s dítětem používal atd. Z rozhovorů vyplynulo, že lékaři mnohdy **nerozlišují mezi pohlavím a genderem**, tj. že si nedokáží představit stav, kdy dítě vykazuje na biologické rovině znaky obou pohlaví, ale na genderové je chlapcem, nebo dívkou. Z toho plynul i jejich argument, že drtivá většina dětí s DSD ví, zda je chlapcem, nebo dívkou, a necítí se a ani nechce být něčím mezi. Znovu je tu vidět, že termín intersex je mezi lékaři vnímán v jeho doslovném překladu, což spolu s faktem, že lékaři buď vůbec neuvžívají termín gender, nebo jej obsahově neodlišují od termínu pohlaví, vede k úplně jinému chápání problematiky, než jaké bychom našli mezi sociálními vědci. Zde je nutno zdůraznit, že tento terminologický problém nastává nejen v rámci českého medicínskému prostředí, ale i anglickojazyčného, neboť v obou se termínem gender často označuje biologický fakt, termíny gender a pohlaví jsou tedy vnímány jako synonyma. Rozpor mezi medicínským a sociálněvědním chápáním tedy nemusí být dán odlišným ideovým pohledem, ale může jít o jazykové nedorozumění, neboť ani ti, kteří aktivně užívají termín intersex, nemají povětšinou za to, že by děti neměly mít určený buď mužský, nebo ženský gender.

Zároveň se ale za ztotožněním pohlaví s genderem mezi lékaři může skrývat určitý ideový postoj – víra, že dívky a chlapci jsou od přirozenosti natolik rozdílní, že je třeba je již od narození vychovávat odlišnými způsoby. Ztotožnění termínů pohlaví a gender tak může být dáno nejen tím, že lékaři chápou termín gender jinak, než jak je dnes běžně chápán v sociálních vědách, ale i tím, že někteří z nich se domnívají, že tento termín ani není třeba odlišovat od pohlaví, neboť rozdíly mezi chlapci a dívkami na rovině chování jsou primárně a zásadně dány biologicky – dívky jako ucelená skupina inklinují od přirozenosti k jiným aktivitám než chlapci a je nutno vychovávat obě pohlaví v souladu s tím, že od přirozenosti mají jiné behaviorální inklinace.

2.2.2 Ne/stigmatizující DSD

V současné medicínské literatuře se de facto setkáme pouze s termínem „porucha pohlavního vývoje“, nejčastěji ve zkratce DSD. Jak již bylo uvedeno, je tento termín mimo medicínský diskurz vnímán jako problematický, kvůli stigmatizujícímu

výrazu „porucha“, ovšem lékaři, kteří se zúčastnili výzkumné sondy, se s touto terminologií ztotožňovali a nespatořovali ji jako spornou, protože termín „porucha“ podle nich medicína vnímá pouze jako deskriptivní. Slovy jednoho z nich: „*Jako lékař považují termín disorder jako zcela normální, nestigmatizující označení nemoci. Pokud máme řešit nějaký problém, je dobré tento problém označit, určitě ho však nechceme nikomu ‚nalepit na čelo‘. S každým pacientem, s každou rodinou jsem se dosud vždy domluvil, jak budeme to, nad čím se společně scházíme a co chceme nějak řešit, označovat.*“ Někteří lékaři tedy používají termín porucha, ale pokud s ním jejich pacienti, respektive jejich rodiče nesouhlasí, jsou ochotni v komunikaci s nimi používat termín jiný.

Jak jsme uvedli v úvodní diskuzi kolem terminologie a označování, pro usnadnění vzájemného porozumění používají i někteří aktivisté pohybující se v této oblasti a někteří lidé s variacemi pohlavních znaků zkratku DSD. Na rozdíl od lékařů ovšem vnímají pojem porucha (*disorder*) ve zkratce obsažený jako problematický a snaží se jej nahradit termíny jako je rozmanitost (*divergence*) či odlišnost (*difference*) (pohlavního vývoje). Snaha je tedy vyjít vstříc medicínskému diskurzu a sjednotit se na určité terminologii, ale zbavit ji případné patologizace. Při otázce na **používání termínu DSD** se Boris rozpomněl, jak ve 13 letech chodil na stránky organizace ISNA (Intersex Society of North America) od roku 2008 neaktualizované, kde se tento pojem používal, a to v podobě „disorder“, tedy „porucha“. „*Podle mě to tam bylo popsáno takovým způsobem, že to člověk pochopí, o co jde. A v tom si myslím, že je trošku problém, jak se čas vyvíjel, já to chápu, že mnozí intersex lidé nechtěli být označováni, že mají nějakou poruchu [...], protože to je nějaké stigma, to chápu. Ale zároveň říkám, že se snažím na to dívat objektivně a v dnešní době mi přijde, že se spíš v těchhle tématech snaží ti aktivisti být až příliš politicky korektní, a proto je to takové hůř uchopitelné. Ale kdyby si se podíval například na tu stránku isna.org, tak tam je to popsáno spíše tak exaktněji, vědečtěji, [...] takovým tím medicínským způsobem. A tady je, si myslím, takový asi dost boj.*“ Zde Boris naznačuje pnutí mezi lidskoprávním a medicínským diskurzem kolem tohoto tématu. Používání pojmu intersex zmiňuje s určitým příznakem jako politicky korektní, termín DSD vidí jako funkčnější, když se lidé chtějí o tématu dozvědět podrobněji, obzvláště o zdravotních aspektech. Opět obdobně, jak uvádí např. Davis (2015). Tím se omezuje téma jen na medicínský diskurz, který se jeví jako objektivní a exaktní, zatímco jakýkoliv jiný diskurz implicitně takový není. Andrea a František termín DSD vůbec neznali, Dani jej ve svém rozhovoru ani jednou nezmínila.

Jak Andrea, tak Boris vnímali, že mají nějakou tělesnou či zdravotní jinakost a často používali označení „**vada**“ či „**porucha**“ vycházející z medicínského diskurzu. Také odkazovali ke svému stavu jako k jinakosti či něčemu, co nevnímali, nebo nebylo okolím vnímáno jako normální. František používal pojem „syndrom“ a tematizoval především psychickou nepohodu, i když uvedl, že jeho tělo vykazuje podobnosti s tělem ženským. Informanti a informantka slova jako „varianta“ či „variace“ příliš nepoužívali. Andrea snahu o terminologickou korektnost také komentovala a situaci relativizovala takto: „*Nerozumím pozitivní diskriminaci*

a nerozumím tady těm všem věcem: Nazývájme věci pravými jmény. To mám spíš pocit, že [...] ve chvíli, kdy ‚porucha‘ [určité lidi] nějakým způsobem uráží, tak oni mají pocit té méněcennosti ze sebe. To slovo přece normálně člověka, který je nějakým způsobem ukotvený sám v sobě, nemůže urazit. Někdo má poruchu tohohle, někomu dřív začnou vypadávat vlasy, někdo, já nevím, má míň bílejších krvinek, a to přece neznamená, že je míň hodnotnej člověk, vždyť to je úplně jedno. Přece nikdo není dokonale standardní ve všech tabulkách, který vyhodnocujou ten standard.“ Boris se u toho ve svém příběhu zastavil mnohokrát, například takto: *„Já teď řeknu, že to jsou poruchy. Mnozí intersex lidé to nemají rádi [...] mě to přijde, že lidé spíš pochopí něco, když to nazveš tak, jak si to dokážeš představit.“* Řekl to i přes to, že si byl vědom stigmatizace, jakou to sebou nese. *„A v tom je ten boj, to je ten problém. Protože jakmile – aha, porucha, tak to musíme nějak léčit, za každou cenu, co nejdřív. To je to riziko, tady je ten kámen úrazu. Tak bych to viděl.“* Tím nás Boris dostává ke klíčovému problému tématu, a to jsou jeho medicínské aspekty a uchopení celého jevu medicínou, jimž se budeme věnovat v další části. Zároveň je evidentní, že ač Andrea i Boris projeví sami zájem pro téma intersex poskytnout rozhovor a svůj příběh (a to platí i pro Dani), jejich aktivismus je spíše komunitní (snaží informovat ostatní o situaci, příp. další intersex/DSD lidi), nikoliv, řekněme, politický, jenž by se opíral o diskurz lidských práv a snažil se o systémovou změnu. To je ovšem zájmem neziskových organizací, jak uvedl Cyril, které na jednu stranu reflektují to, že je tato agenda nastolena LGBT+ organizacemi a politikami v západní Evropě, na stranu druhou také ale reagují pouze na poptávku, jelikož se s lidmi s variacemi pohlavních znaků ve své komunitní a poradenské činnosti setkávají.

2.2.3 Shrnutí

Intersexualita či porucha pohlavního vývoje jsou takto přirozené i zkonstruované. Přirozené v tom smyslu, že se jedinci s daným tělem rodí a mnohdy jim samotné variace pohlavních znaků nezpůsobují zdravotní problémy. Zkonstruovaná v tom, že pokud by jejich tělo nebylo kulturou terminologicky označeno jako intersexuální či tělo s poruchou, ale bylo by považováno za možnou a akceptovatelnou variantu těla mužského či ženského, sociálně by intersexualita či porucha pohlavního vývoje neexistovala (Fafejta 2016). Jedinec se rodí s určitým tělem a sociální a medicínské praktiky, které na jeho tělo reagují a označují jej jako intersex či DSD/poruchu, jsou již postaveny na kulturním pohledu na daný stav. Pokud by společnost byla schopna stavu tohoto typu akceptovat, neexistovala by nutnost je „napravit“.

Z výše zmíněných důvodů nebude nadále až na výjimky, kdy daný termín použili participanté výzkumné sondy či se objevily v citované literatuře, používán ani termín intersex či intersexuální, ani termín DSD či porucha. Místo nich budeme dále v knize mluvit o jedincích s variacemi pohlavních znaků. Na rozdíl od termínu intersexuál, nejde o „identity first“ termín, kdy je jedincova identita redukována na

jeho odlišnost. Jedinec je tedy primárně definován svou vlastní individualitou, a nikoliv skrze odchylku od sociální a/nebo medicínské normy. Zároveň o něm nehovoříme jako o jedinci s poruchou – variace totiž nemá, na rozdíl od termínu porucha, stigmatizující konotace. Vedle toho sám sebe ani jeden z informantů a informantek výzkumu termínem intersex či intersexualita neoznačoval, ač si byli vědomi jeho existence a jeho používání pro osoby v podobné zdravotní situaci.

2.3 Zdraví, nemoc a lékařské zákroky

Je na místě zdůraznit, že některé stavy, se kterými se děti s variacemi pohlavních znaků rodí, ohrožují jejich fyziologické zdraví či přímo život a v takových případech jsou medicínské zákroky samozřejmě nutné. Zároveň, jak ve výzkumné sondě upozornil jeden z lékařů, některé zákroky jsou vedeny s ohledem na fertilitu a rozhodně by nebylo správné, aby fertilitu omezovaly – naopak některé jsou nutné, aby dítě v dospělosti vůbec mělo možnost mít potomky. K tomu je nutno ještě dodat, že operace nejsou prováděny u všech osob s variacemi pohlavních znaků a u všech diagnóz s tím spojených – některé z nich chirurgické zákroky vůbec nevyžadují. Jak uvedl jeden z lékařů z výzkumné sondy: „*U nižších stupňů virilizace (hypertrofie klitorisu, sinus urogenitalis) vlastně ani lékaři ani rodiče a ani pacientky problém DSD významněji nepocítují.*“ A k některým zákrokům, ke kterým se v minulosti v zahraničí lékaři uchýlovali, dnes již nedochází – příkladem může být přeoperování chlapců s tzv. mikropenisy na dívky. Takové operace byly legitimizovány teorií genderové bipotenciality (někde uváděná i jako teorie genderové neutrality), kterou razil např. vlivný psycholog John Money. Ta byla postavena na představě, že při utváření pohlavní identity není ani tak důležité tělo, se kterým se jedinec narodil, ale jeho výchova (viz např. Money, Hampson, Hampson 1955). V duchu této teorie byly někteří lékaři přesvědčeni, že pro chlapce, který se narodil s příliš malým penisem, kvůli čemuž by byl v životě sociálně stigmatizován, je lepší, když bude přeoperován na dívku (Fausto-Sterling 1995).

V současnosti nejsou mnohé operace primárně prováděny, protože by genitálie dotýčných odporovaly sociokulturní představě o normálním vzhledu genitálií, ale protože je ohrožen jejich život či budoucí zdravý vývoj (třeba již zmíněná fertilita) – vše plyne z diagnózy, která je pro jejich život a zdravý vývoj ohrožující (jako např. CAH, tedy kongenitální adrenální hyperplázie). Podle Výboru pro biomedicínu Rady Evropy existují konkrétně tři zákroky vůči dětem s variacemi pohlavních znaků, které jsou skutečně nezbytné z lékařského hlediska (Zillén, Garland, Slokenberga 2017) – viz kapitolu 1.1.

Zákroky nutné ze zdravotních důvodů jsou ovšem často spojeny se zákroky kosmetické povahy – z hlediska lékařů to má svou logiku v tom, že i kosmetické zákroky bude jednou nutno provést a je proto lepší provést je již v momentě, kdy se do tkáně zasahuje chirurgicky poprvé, neboť to je pro jedince v součtu menší zátěž. To by mělo svou logiku, pokud by byly kosmetické zákroky skutečně urgentní.

Ovšem podíváme-li se na danou záležitost z právního hlediska, bez informovaného souhlasu lze provádět pouze zákroky nutné a nevyhnutelné, do čehož kosmetické zákroky nezapadají.

Termíny DSD či intersexualita a stavy s nimi spojené jsou tedy produktem toho, jak kultura a společnosti kategorizuje mužské a ženské pohlaví, když mužské a ženské pohlaví vidí jako dvě disparátní entity, mezi kterými nemůže biologicky nic existovat. A to nejen na rovině lidského druhu (v tomto smyslu máme skutečně biologicky dvě pohlaví a lidská reprodukce se evolučně uskutečňuje prostřednictvím vzájemného sexuálního styku těchto dvou pohlaví), ale i na rovině individuální. Z hlediska naší kultury je nepřipustné, aby měl jedinec znaky obou pohlaví, byť by se již takový narodil, a bylo mu to tedy „přirozeno“, a to i v případech, kdy jej tento stav neomezuje na rovině fyziologického zdraví. Takže zatímco na obecné rovině lidského druhu a jeho způsobu reprodukce nelze zpochybňovat existenci dvou-pohlavního systému, na rovině individuální mohou existovat odchylky a variace, jejichž existence nijak nezpochybňuje dvou-pohlavní systém, a jediný důvod, proč chceme „opravovat“ anatomii těchto jedinců, je důvod sociokulturní.

O tom, že způsob, jak je intersexualita/DSD sociokulturně konstruována, může být pro jedince s touto diagnózou poškozující, je přesvědčeno mnoho aktivistů, pohybujících se na poli intersex/DSD, a sociálních vědců, kteří provádějí výzkumy mezi jedinci s variacemi pohlavních znaků. Společnost má tendence vidět dítě, které se narodí se smíšeným genitálem, jako někoho „poškozeného“, ovšem je otázka, zda je jeho „poškození“ dáno faktem, že se narodil mimo kulturně-estetickou normu, nebo tím, že jsou mu chirurgicky (kosmeticky) upravovány genitálie, aby této normě odpovídaly, a to i v těch případech, kdy není ohroženo jeho fyziologické zdraví. K ohrožení zdraví a života dochází např. tehdy, když je genitál natolik deformovaný, že dítě nemůže bez problémů vyměšovat či mu hrozí infekce urinárního traktu, ovšem kupříkladu zkracování „abnormálně zvětšených klitorisů“ (klitromegalie) z estetických důvodů (či aby si na ně dívky „nesahaly“, jak uvedli někteří lékaři ve výzkumné sondě) je zákrok, který není z medicínských důvodů nutný a provádí se pouze z důvodů sociálních. Sandberg, Pasterski a Callens (2012) se odvolávají na studii, do které bylo zahrnuto 91 žen s DSD, z nichž 64 % podstoupilo operaci genitálu. Dvě třetiny z nich trpěly sexuální dysfunkcí bez ohledu na to, zdali operaci podstoupily či ne – operace tedy ani nezlepšila, ani neohrozila jejich sexuální funkce. Ovšem pokud operace nezlepšuje pacientův zdravotní stav a funkčnost orgánů, není nutné ji provádět. To, že společnost vnímá jedince jako postiženého, ještě nemůže být ospravedlněním operativních zákroků, zákroky mohou být legitimizovány pouze zdravotními důvody.

Zároveň nejde jen o chirurgické zákroky, ale obecně o přístup, ze kterého dítě dospěje k názoru, že je „poškozené“. Davis ve své studii s 36 lidmi s variací pohlavních znaků, 26 rodiči takových lidí a 10 lékařskými experty/expertkami v USA tvrdí, že „problémy spojené s intersex nevycházejí výhradně ze skalpelu, ale spíše tkví v širším procesu medikalizace zahrnujícím patologizaci intersex těla. Z toho důvodu, obávám se, je terminologie DSD, pokud s ní nebude zacházeno opatrně,

potenciálně nebezpečná intersex komunitě. Porucha pohlavního vývoje [disorder of sex development] implikuje to, že jedinec má nějakou abnormalitu, nebo hůře, je abnormální“ (Davis 2015, s. 21). Jak se praví i v odborných medicínských časopisech, pacient se může medicínskými vyšetřeními a zákroky cítit vysoce stigmatizován: „Přibližně čtvrtina žen účastnicích se výzkumu popisovala vyšetření genitálií v dětství a adolescenci jako nežádoucí události přispívající k nepříjemným pocitům odlišnosti“ (Sandberg, Pasterski, Callens 2012). Z toho důvodu by mělo platit, že „genitální vyšetření by měla být omezena na minimum, protože je vysoká pravděpodobnost, že si bude dítě tato vyšetření pamatovat jako traumatizující“ (Sandberg, Gardner, Cohen-Kettenis 2012). A tak můžeme i v medicínských časopisech narazit na články, jejichž autoři připodobňují psychologické dopady opakovaných vyšetření genitálií u dětských pacientů k „sexuálnímu napadení v dětství“ (Ravendran, Deans 2018).

V případě operací pak můžeme narazit na přesvědčení některých jedinců s variacemi pohlavních znaků, že jde spíše o mutilaci než o operaci. V tomto kontextu je zajímavé, že jeden z lékařů z výzkumné sondy připustil, že v minulosti byly některé zákroky na dětech s variacemi pohlavních znaků „mutilující“ (přičemž použil přesně tento výraz), přičemž zdůrazňoval, že dnes se takové operace již neprovádějí. Zároveň ovšem sám zmiňoval nutnost zkracování „abnormálně“ dlouhých klitorisů. Všichni zpovídání lékaři (tedy i ti, co se explicitně ztotožňovali s nutností redukovat klitorisy určité délky) se přitom jednoznačně hlásili k tomu, že operace nesmí do budoucna nijak omezovat nejen fertilitu pacientů, ale i sexuální citlivost a vzrušivost jejich genitálií. Jak prohlásil jeden z nich: „*Plodnost (právo mít děti) je součástí charty lidských práv. Zachování [sexuální] senzitivity je pro lidství důležité, nevést operativu jako funkční zákrok se zachováním citlivosti je non-lege artis postup.*“

Zahraníční výzkumy ukazují, že pacientky většinou uvádí dobrou klitorální senzitivitu po feminizující genitoplastice. Špatná senzitivita pak přímo souvisí s vícečetnými operacemi, amputací klitorisu nebo neuchováním neurovaskulárního svazku (Hemesath et al. 2019). Zachování neurovaskulární svazku zdůrazňovali i lékaři ve výzkumné sondě, ti taktéž zdůrazňovali, že je vhodné provést operaci před tím, než začne dítě navštěvovat mateřskou školu – a to i z kulturně-sociálních důvodů. Tento věk potvrzuje i Hemesath se spolupracovníky (2019), když uvádějí, že průměrný věk, kdy byla provedena operace, byl 2,1 roku, a pacientky, které byly s operací nespokojeny, uváděly výrazně vyšší věk, kdy jim byla operace provedena (většinou v pubertě či adolescenci). Nižší věk uváděli i lékaři ve výzkumné sondě. Slovy jednoho z nich: „*Dosavadní odborný přístup je chirurgická úprava zevního genitálu do anatomické a funkční ženské podoby ve shodě s chromozomálním a gonadálním pohlavím s cílem maximálně zachovat funkčnost a fertilitu. Správné načasování operací je stále diskutováno a není zcela jednoznačné, v posledních letech je tendence feminizující gynekoplastiky provádět co nejčasněji, většinou do 2 let věku.*“ Je zřejmé, že v tomto věku dítě nemůže dát informovaný souhlas, ale argumentem lékařů je, že z jejich zkušenosti (resp. ze zkušenosti popsané v odborné

literatuře) by vlastně bylo pro jedince poškozující, kdyby se čekalo na věk, kdy je schopen dát informovaný souhlas.⁴

Co se týká neurovaskulárního svazku, je otázka, zdali se vždy operace zdaří natolik, aby tento svazek nebyl zasažen, a zdali není lepší operace vůbec neprovádět. Podle Raveenthirana (2017) jsou potíže s orgasmem často dány operačním poškozením pohlavních nervů a zachování samotného klitorisu nemusí pro uchování sexuální senzitivity postačovat. Ve výzkumu, na který se odvolává, zároveň všechny ženy, které nepodstoupily žádnou operaci genitálií, hlásily uspokojivý orgasmus. Na jednu stranu tu je tedy upřímná snaha lékařů pomoci pacientkám a respektovat jejich právo na spokojený sexuální život, na druhé straně se ovšem objevuje otázka, nakolik jsou tyto operace z hlediska očekávaných výsledků úspěšné. A i v odborné medicínské literatuře můžeme narazit na hlasy, které si kladou otázku, zdali tyto zákroky nejsou prováděny primárně z kulturních důvodů: „[...] zvětšený klitoris zasahující do poševní dutiny je u pacientek s CAH buď resekován, nebo zmenšen. Tyto přístupy pravděpodobně odrážejí naše podvědomé vnímání penetračního styku. [...] Cílem genitoplastiky by měly být spíše sensitivní orgány než kosmeticky přijatelné genitálie“ (Raveenthiran 2017). To by mohlo být i odpovědí na otázku, kdy provádět operace. Jde-li nám primárně o zachování sexuální citlivosti, a ne o úpravu genitálu podle převládajících estetických norem, nejlépe je vůbec nezasahovat. Samotná velikost klitorisu rozhodně nemůže být důvodem operace a to i tehdy, kdy se velikost klitorisu blíží velikosti penisu a tento klitoris má navíc schopnost erekce, jedná se tedy o tzv. falický klitoris (Diamond, Sigmundson 1997 či Fausto-Sterling 1999).

Gardner a Sandberg (2018) se zamýšlejí nad chirurgickým zmenšením klitorisu v raném věku. Tento zákrok je podle nich v mnoha případech zákrokem kosmetickým, prováděným ze sociokulturních důvodů, kterým může být ohrožena citlivost genitálních tkání, sexuální funkčnost a spokojenost v dospělém věku. Upozorňují pak, že Chicagský konsenzus (tedy společné prohlášení lékařských organizací z roku 2005 týkajících se pacientů s DSD, na který se často odvolávali i lékaři ve výzkumné sondě – viz Lee et al. 2006) a z něj plynoucí doporučení pro klinickou praxi doporučují, aby operace v případě klitoromegalie („abnormálního zvětšení klitorisu“) byly zvažována pouze v případech těžké virilizace, tedy maskulinizace genitálu. To potvrzuje i výše zmíněný výrok z výzkumné sondy, podle kterého na jedince s „nižšími stupni virilizace“ (tedy maskulinizace genitálu) medicína ani nepohlíží jako na jedince s DSD.

Ovšem i při rozhodování o tom, kde je hranice mezi nižším a vyšším stupněm virilizace a kdy je zákrok urgentní, nakonec hrají roli sociokulturní kritéria (byť mohou být samotnými aktéry vnímána jako kritéria medicínská), jak se můžeme dočíst i v medicínské literatuře (viz např. Khadilkar et al. 2015). Nejde totiž jen o zachování zdraví na fyziologické rovině, ale i na rovině mentální – z důvodu psychického zdraví jsou obecně prováděny mnohé kosmetické operace. Ač si často pod termínem kosmetická operace představíme zákrok, který má jedince přiblížit převládající

⁴ Viz také diskusi k tématu věku a informovaného souhlasu v právní studii Šárky Duškové (2021) a níže v této knize.

představě o krásném těle, jde často o zákroky, jejichž cílem je nahradit chybějící či upravit poškozené části těla kvůli úrazu, popáleninám apod. Cílem těchto zákroků není dosáhnout kulturního ideálu/mýtu krásy, ale to, aby se dotčený jedinec necítil být znetvořený. V tomto kontextu se objevuje termín „non-medically necessary surgery“, tedy operace, jejichž provedení je považováno za urgentní, ale ne z důvodů fyziologického zdraví, ale z důvodu zdraví psychického. Obhajoba operací tedy stojí na argumentu, že nebude-li v případě jedinců s variacemi pohlavních znaků operace provedena, bude dotyčný natolik vybočovat ze sociálních norem a kulturních představ, že kvůli tomu může trpět rozsáhlými psychickými problémy. To v případě dospělých pacientek potvrzuje např. na základě své gynekologické praxe Sarah Creighton: „I když existují pádné důkazy (hlavně z naší výzkumné práce), že operace klitoris poškozuje sexuální senzitivitu a narušuje schopnost orgasmu, naprostá většina dospívajících a dospělých žen se zvětšeným klitorisem, se kterými se setkávám, požaduje zmenšení klitoris. Dostane se jim sice dostatek informací o rizicích chirurgického zákroku, vč. psychologického poradenství, ale obvykle raději riskují snížení senzitivity, aby dosáhly ‚normálnějšího‘ vzhledu genitálií“ (Creighton et al. 2009). Jak autorka doplňuje, tyto ženy „jsou stále velmi tradiční ve svém pohledu na to, co považují za ‚normální‘,“ a požadují operace, i když chirurgie zatím „neumí vytvořit vaginu, která je stejně funkční jako vagina, která žádný chirurgický zákrok nepotřebuje“. Podle Creighton jsou některé ženy přesvědčeny, že po operaci již bude vše „normální“ a mnohé z nich se rozhodují pro chirurgický zákrok, i když jsou seznámeny s riziky s těmito zákroky spojenými, i s tím, že není zdaleka jisté, že „zákrok bude trvale prospěšný na psychické nebo funkční rovině“ (Creighton et al. 2009). „Touha zapadnout“ je v těchto případech prostě až příliš silná. Mnozí jedinci s variacemi pohlavních znaků se ztotožňují s dominantními sociokulturními normami týkající se vzhledu jedince a jeho genitálií a pro jejich „normální“ vzhled jsou ochotni se dobrovolně vzdát sexuální senzitivity a podstoupit operaci s nejistými výsledky. Daleko větším problémem pro jedince s variacemi pohlavních znaků tak může být nespokojenost s vlastním tělem, které se odlišuje od normy. Zdravý člověk pak není ten, jehož tělo normě odpovídá, ale ten, který se se svou odlišností dokáže vyrovnat: „Vyrovnaná mysl se může přizpůsobit defektnímu tělu, zatímco zdravé tělo se pravděpodobně nedokáže vyrovnat s nespokojenou myslí“ (Raveenthiran 2017). Pokud se tedy nezmění sociokulturní pohled na akceptovatelnou podobu genitálií, není zas tolik překvapivé, že někteří jedince zcela dobrovolně podstupují operace, které se mohou jevit jako poškozující. Pro tyto jedince je problémem to, jak je negativně postihuje (stigmatizuje) sociokulturní představa o správném vzhledu a tvaru genitálií. A tak, ač de facto netrpí žádným hendikepem, který by ohrožoval jejich zdravotní stav, rozhodují se pro operace, které fakticky mohou jejich zdravotní stav zhoršit. Pro takovéto zpravidla kosmetické zákroky se také používá označení *normalizační zákroky*. Pokud jsou ovšem operace podstupovány dobrovolně jedinci, kteří s nimi jsou schopni dát informovaný souhlas, je po formální stránce vše v pořádku. Problémem je, pokud jej podstupují i jedinci, kteří z důvodu svého věku informovaný souhlas dát nemohou.

2.3.1 Zkušenost lidí s variacemi pohlavních znaků

Situaci se zdravotnictvím všeobecně hodnotila Andrea: „*Myslím si, že český zdravotnictví je s tímhle trošku pozadu a že vlastně spousta lidí, kteří jsou nějakým způsobem intersex, to vlastně ani netuší. Protože k tomu běžnému chromozomálnímu testu se – aspoň co já vím – lidi většinou dostanou dost náhodou. Že to není nic, co by tady bylo běžně testovaný a běžně to bylo nějakým způsobem vyhledávané přes ty doktory, i když o tom svědčí spousta věcí. Ve chvíli, kdy to vysloveně není nějaká viditelná věc, nebo ve chvíli, kdy ten člověk nemá problém, tak ty lidi to vlastně ani nezjistí. Často si myslím, že mají spíš problém s identitou, než jim někdo vlastně úplně omylem zjistí, že jsou vlastně intersex. Viz ta Gabi z toho projektu [Chiméra], že chce být trans, a najednou zjistí, že má vnitřní pohlavní orgány jako žena, a ne jako muž.*“ Upozorňuje na to, že chromozomální variace nebo i jiné podoby variací pohlavních znaků se nemusí příliš projevovat, ač mohou způsobit nejistotu v identitě, nebo třeba genderovou nekonformitu.

Tabulka 4: Podoby variací pohlavních znaků v rámci lékařského diskurzu

Diagnóza / název	Popis
CAIS / AIS – Syndrom testikulární feminizace aneb syndrom úplné androgenní rezistence	Dítě, které je chromozomálně muž (XY), se narodí v důsledku necitlivosti těla vůči androgenu s vnějším ženským genitálem, má nese-stoupplá varlata, nemá dělohu a často má relativně krátkou vagínu. Podobný případ je syndrom neúplně testikulární feminizace (PAIS), kdy dochází k částečné maskulinizaci orgánů. Jedinci je v takových případech většinou přisouzeno ženské pohlaví a vystupuje v ženském genderu.
CAH – Kongenitální adrenální hyperplazie	Novorozenec, který je chromozomálně ženou (XX), se rodí v důsledku nadměrné tvorby androgenu s maskulinizovaným genitálem. V českém prostředí je většina případů variací pohlavních znaků spojena s touto diagnózou.
Chimerismus	Případ, kdy je tělo tvořeno dvěma embryi opačného pohlaví (XY a XX), která spolu sdílela dělohu a následně v prenatálním období splynula.
Malformace genitálu (včetně neexistence některých orgánů)	Jde o různé podoby genitálií, které nebývají lékaři považovány za normu. Například to může být chlapec, který se narodí úplně bez penisu, nebo s tzv. mikropenise a trpí hypospádií, tj. močová trubice ústí po straně penisu či u jeho kořene tak, že po narození není vizuálně zcela zřejmé, jestli jde o špatně vyvinutý penis či klitoris. Nebo může jít o dívku s nadprůměrně velkým, tzv. falickým klitorisem. Některé tyto malformace nebývají lékaři považovány za DSD, resp. variace pohlavních znaků.
Mozaicismus	V těle se nachází obdobně jako u chimerismu buňky obojího pohlaví, tento jev však nastal důsledkem somatické mutace (nejde tedy o buňky dvou odlišných jedinců, ale vznikají chybným dělením jádra v časných fázích vývoje embrya).

Zkušenosti informantů a informantky s lékaři/lékařkami, svým zdravotním a tělesným stavem bychom mohli rozdělit do několika oblastí:

- diagnózy a diagnostiky,
- terapie či léčby, včetně terapie operativní i hormonální,
- zdravotní a tělesné důsledky a s nimi související aspekty sexuální a psychické,
- komunikace s lékaři a lékařkami a informování o svém stavu.

Čtvrtou oblastí se budeme zabývat v dalších dvou podkapitolách týkajících se rodičů, dětství a dospívání. Zde se zmíníme o prvních dvou. Oblastí třetí, především důsledky na sexuální život, psychiku, příp. sociální vztahy se budeme zabývat také níže, v části týkající se dospívání.

Ne/dozvědět se diagnózu

Dnes třicátnice Andrea svoji **diagnózu** zjistila až poměrně pozdě. Jako dítě byla genderově nekonformní, ani tělo neměla příliš holčičí. „*Potom přišla puberta: Nemá menstruaci. Tak se to začalo řešit různou hormonální léčbou. To bylo v patnácti. A ještě chvíli před tím přišli na to, že mám problém se štítnou žlázou. Takže tam se všechno zhouplo na tý štítné žláze [...], pak mi udělali nějaký vyšetření a sdělili mi, že nikdy nebudu moct mít děti, protože ty moje vnitřní pohlavní orgány vlastně nefungují. [...] Začali mi dávat hormonální léčbu, s tím, že to nedělalo úplně pokroky a menstruace se pořád nedostavovala. Cílem bylo nějakým způsobem vybalancovat ten hormonální obraz – u mě byly vždycky extrémní hodnoty testosteronu a extrémní hodnoty růstového hormonu a úplně neexistující estrogen.*“ (Andrea) Dále cynicky popisuje, jak doktoři nepoznali, že je těhotná a až do pátého měsíce těhotenství jí dávali troje antibiotika, jelikož u ní diagnostikovali helikobaktera v žaludku. To Andree bylo 21 let.

Jak tedy přišla na to, že má variaci pohlavních znaků? „*Na X0 jsem přišla vlastně úplně náhodou před třema rokama. Já jsem extrémně ztloustla, měla jsem asi 140 kilo, a pak jsem extrémně zhubla, vůlí, [...] začala jsem cvičit, protože jsem konečně chtěla mít tu holčičí postavu, pas a zadek a ty přesýpací hodiny, co všechny holky chtějí. Začala jsem se připravovat na soutěž a k tomu patřilo i braní lehkých anabolických steroidů. [...] Musela jsem začít chodit na velký krevní vyšetření k jednomu protekčnímu doktorovi, který byl zvyklý jednat s kulturistama. [...].“ Braní hormonů u Andree nezabíralo, jak mělo, právě naopak. „*Ten doktor, když se pak podíval na ten krevní obraz, tak [...] já bych skoro tipnul, že máte Turnerův syndrom, že máte jeden chybějící chromozom, protože přesně tak vypadáte. Nemáte potíže s kloubama? Říkám, mám potíže s kloubama, jsem těžce hypermobilní, mám artrózy v kloubech. – Protože v tom prenatalním stadiu, jak se ten plod vyvíjí jinak, tak to je právě častý problém. [...] Tak mě poslal na genetický testy a takhle se na to přišlo.*“ Andrea uvedla, že lékař, který její problémy identifikoval, byl imunolog a alergolog. Předchozí doktoři a doktorky chromozomální variace X0 nenapadla, a to i přes různé Andreiny problémy.*

Ema se o svém stavu komplexní intersexuality, tedy variace chromozomů dozvěděla až ve svých 20 letech (dnes jí je padesát). „*Můj život se žil cca +/- stejně jako Gábi v projektu Chiméra paní Kotry,*“ upřesnila. Detailnější informace ovšem nemáme, jelikož ale po přečtení výzkumné zprávy, z níž část této knihy vychází, konstatovala, že se od té doby mnoho nezměnilo a že její zkušenost je bolestná, lze předpokládat, že její zkušenost s lékaři a lékařkami nebyla příjemná.

„*Je to naprostá klasika. Jako ve většině případů i já jsem se pochopitelně oženil a chtěli jsme potomka. Přišlo se na to standardní metodou. Na klinice, kde se vyšetřilo moje sperma, se zjistilo, že jsou spermie mrtvé, že se netvoří. Potom jsem šel na genetický vyšetření [...a] z toho rozboru krve se přišlo na to, že mám tu mozaiku XXY.*“ Že má Klinefelterův syndrom se František dozvěděl až ve třiceti letech. „*Ale až na to, že jsme nemohli mít děti, jsem žil plnohodnotnej mužskej život. Nebyla tam žádná známka, až když jsem vyhořel.*“ To bylo zhruba ve 43 letech. Stres nejspíše významně ovlivnil hladiny hormonů, kterých Františkovo tělo produkuje méně než tělo běžného muže. To podle něj způsobilo další, spíše psychické problémy. Až poté začal svou situaci řešit i zdravotně.

Tabulka 5: Podoby tzv. mozaicismu⁵ (Turnerův a Klinefelterův syndrom)

Název	Stručný popis
Klinefelterův syndrom (47,XXY)	Způsobuje zpravidla hypoplastická (tj. malá) varlata produkující málo mužského pohlavního hormonu (testosteronu). Chybí sekundární pohlavní znaky – nemívají typickou mužskou postavu, ochlupení nebo mužský hlas. V ejakulátu nejsou přítomny spermie. Častým projevem je gynekomastie (tj. zvětšená prsní tkáň).
Turnerův syndrom (45,X, starší zápis 45,X0)	Způsobuje především malý vzrůst a nedostatečně vyvinuté sekundární pohlavní znaky, často bez menstruace.

Borisova variace pohlavních znaků není vázána primárně na variaci chromozomů, a tak je jeho zkušenost jiná a táhne se již od dětství. Je také nutné poznamenat, že jeho zkušenost z dětství je tedy již 20 až 30 let stará, a odráží situaci, která je podle rozhovorů s lékaři překonána. Přesto jsou některé poznatky zajímavé a zásadní. Borisova zdravotní situace byla poměrně složitá. U odpovědi na otázku, jaká je jeho diagnóza, uvádí, že se narodil s hypoplastickým, tedy s nedostatečně vyvinutým penisem, s nesestouplým varletem, urogenitálním sinusem, tedy prohlubní v oblasti genitálií, která není pro chlapce typická, a s hemangiomelem, který hnisal. To vedlo k tomu, že porodník nejprve myslel, že se narodilo děvče. Situace se ale vysvětlila poměrně rychle a o situaci Borise měli lékaři určitou představu. Jak ale uvádí na

⁵ Za mozaicismus můžeme považovat i syndromy superfemale (47,XXX) a supermale (47,XYY), které ale často nemají klinické příznaky, které by bylo nutno lékařsky řešit. Často jde o zesílení ženských či mužských biologických charakteristik jedince. V některých případech ženy se syndromem superfemale mají problémy s početím dítěte. Přehledné schéma chromozomálně vázaných variací a jejich důsledků pro hormonální a genitální variace je možné nalézt ve schématu variací pohlavních znaků biologky Amandy Montañez (2017).

základě vypravování své matky, lékaři se s podobnými situacemi setkávali jen výjimečně, specializovanější pracoviště bylo až v hlavním městě. Přesto relevantní lékaři z oblastí urologie nebo endokrinologie postupovali, zdá se, poměrně opatrně.

Zkušenost s lékařským řešením

Na rozdíl od Andrey měl Boris významně větší zkušenost s lékařským řešením své situace. Právě urogenitální sinus – prohlubeň v oblasti genitálií – způsobil, že lékař, který měl Borise v jeho dvou měsících léčit na problém s dýchacími cestami, tuto situaci objevil a tlačil na Borisovu matku: „*[Doktor] řekl mámě, že je tam ten urogenitální sinus, tak by se z toho dala udělat vagina. Tak jsem to pochopil, tak to asi pochopila moje máma, a ona říká – prostě ne. A vysvětlila mu, že se bavila i s endokrinoložkou, která jí vysvětlila, že ne, je to normální chlapec, má tam samozřejmě tento problém, ale to neznamená, že se musíme v něčem teď unáhlit.*“ (Boris) Zajímavé na tom je, že intervenovat chtěl a tlak vytvářel lékař, v jehož odbornosti toto vůbec nebylo. K operacím nedošlo díky tomu, že měla Borisova matka coby zdravotní sestra přístup k relevantním lékařům a lékařkám, a zároveň nechtěla urychleně svého syna nechat podstupovat operativní zákroky. První operaci, kterou Boris měl, byla zdravotně nevyhnutelná, a to když v sedmi letech došlo k tzv. torzi varlete, kdy se varle protočí a dojde k jeho škrcení na cévní stopce. Následně může dojít k nekróze a dalším závažným důsledkům. Boris měl následně ještě dvě další operace, které měly za cíl vyřešit nesestoupulé varle a zacelit neuzavřený šourek. Operace a jejich důsledky hodnotí Boris jako bolestivé. Také souhlasil s tím, že jen jedna operace byla zdravotně nutná, další spíše směřovaly k úpravě jeho těla, aby více splňovalo určitou normu, jak by příslušná oblast měla u chlapce vypadat. „*Naučil jsem se také přijmout to, že ty zákroky, a to, co se dělo, mi ublížilo. Nebo mi prostě ještě víc mohlo ublížit to, co navrhovali někteří doktoři [...].*“ (Boris)

Boris nadále míval časté a bolestivé záněty močových cest a dodnes je sledován na urologii. Ještě v 11 letech byl na týden v nemocnici v Bratislavě na testech, které měly určit, jestli se jeho tělo v pubertě vyvíjí (a bude vyvíjet) správně, aby mu případně mohla být nasazena hormonální terapie. Hormony mu nasazeny nebyly.

Z Borisova vyprávění vyplývá, že měl dobrý vztah se svým dětským urologem, vůči němuž měl důvěru, a dokonce podle něj to, že se jej lékař dotýkal, vedlo k jeho brzkému uvědomění si své homosexuality. Také je patrná důvěra v postup a úsudek matky, která se evidentně radila s lékaři. Přesto uvádí, že nebyl o své situaci obeznámen a že ji nechápal. V jeho příběhu nijak nevystupoval(a) jeho pediatr/pediatřička, a to ani jako někdo, kdo jej doprovázel, ani epizodicky v určité konkrétní situaci. Borisovi chyběl jakýsi zdravotní „plán“ postupu během celého dětství a dospívání. Člověk s variacemi pohlavních znaků se tak setkává spíše náhodně, když je něco urgentní, s různými specialisty, kteří jedince často vidí poprvé a někdy i naposled.

Zdravotní komplikace Borisovi způsobovaly diskomfort a často také bolest. Také vedly k pocitu podivnosti a způsobovaly problémy ve škole (o tom dále v textu). Od 13 let si vše začal zjišťovat sám na internetu na zahraničních webech. „*Mně*

pomohlo uvědomit si, proč jsem měl ty operace. I když se dá souhlasit s tím, že se nemají dělat zbytečné operace,“ uvedl Boris. Tento motiv varování před operacemi na dětech se objevoval v rozhovoru mnohokrát a byl motivovaný jen částečně vlastní zkušeností, spíše asi obeznámením se s tématem. Často uváděl zahraniční případy lidí s variací pohlavních znaků (z internetu, nebo filmových dokumentů). Uvedl také zkušenost svého známého, o osm let staršího Čecha, s obdobnou zdravotní situací, jenž na rozdíl od něj ovšem celoživotně užíval hormony. „*Tak bych chtěl, aby lidé nedělali taková unáhlená rozhodnutí za svoje děti, protože to je strašné. Nejde jen o identitu, jde o to, že když děláš takovéhle operace na dětech, tak [...] to tělo, které má člověk, když se narodí, je úplně jiné tělo, než když vyrostete a když si projde pubertou. To nevrátíš zpět, to jsou samozřejmě nevratné zákroky.*“ (Boris) V tomto úryvku si specificky všímá dvou zásadních aspektů, a to je role rodičů v rozhodování, a toho, že by se dětská těla neměla normalizovat chirurgickými zákroky, jelikož to může mít významné důsledky pro těla dospívající a dospělá. Vedle čistě zdravotních komplikací totiž krátce Boris zmínil, že mu to způsobovalo problémy i v sexuálním životě. Zásadní důsledky to mělo i na jeho psychiku.

Po přistěhování do Prahy v dospělém věku začal Boris navštěvovat nového urologa. Jelikož je stabilizovaný, tak jde pouze o občasné kontroly. Ovšem když byl jednou s bolestivým problémem v oblasti genitálií, bylo mu nepříjemné o tom mluvit a vysvětlit, že to může souviset s jeho variací pohlavních znaků. Nebylo to proto, že by lékař byl nějak nepřístupný, ale proto, že byly otevřené dveře od ordinace ke stolu sestry a Boris měl pocit, že sestra poslouchá, co spolu řeší. Ovšem o své situaci neřekl lékařovi, když k němu začal chodit, ale až po více než roce, ve chvíli, kdy cítil bolest a potřeboval probrat možné příčiny. Uváděl také, že se snažil hovořit o své situaci co nejoborněji, tedy medicínsky, na což by si dříve netroufal. „*Taková zvláštní věc. [...] Třeba jednou, když jsem zmiňoval nefroložce, že mám nějaký zdravotní problém, tak se mě ptala, jestli urolog zjišťoval příčinu. A vlastně nezjišťoval. [...] Slyšel jsem [...] že se někdy doktoři nesnažili určit příčinu, proč má člověk vlastně něco jinak. A ta nefroložka čekala, že teda ten urolog by to přece měl zjistit [...]. Ti doktoři někdy měli, ale to všeobecně [...] trošku jiné názory na to, co je třeba a co není třeba dělat,*“ doplnil k tomu Boris nesrovnalost v přístupu různých českých lékařů. Přidal i příběh starší: „*Když jsem přišel v těch 11 letech na endokrinologickou kliniku, kde se mě doktor zeptal, proč nosím slipy a nenosím boxerky. [...] [Já mu] říkám, mě nikdo neřekl, že bych neměl nosit slipy.*“ (Boris)

František tematizoval, že po vyskytnutí psychických problémů (kolem 43. roku), jichž byl podle něj spouštěč stres a s tím související pokles hormonů, začal chodit k různým lékařům. „*Dopadl jsem do depresí, panickéjeh poruch, [...] prošel jsem neskutečným vyšetřením přes lékaře, který se nikam nedostali, [...] tápali a říkali: Ale Vy jste zdravěj. To není možný. Tak to máte v hlavě. Ale já jsem začal [u psychologů – pozn. aut.] otvírat ty největší rány z dětství, a to mě dohnalo na sexuologii a tam mi udělali rozbor krve a zjistili, že mám testosteron na 3,3 [...] ženy mají někde kolem 0,8 až 2,2, a já došel k tyhletý šílený hranici. A to prostě s vámi zamává, bylo to šílený období.*“ Jenže lékaři si nevěděli rady s takto specifickým případem.

„Běžný věci s lékařem můžete řešit, ale tyhlety vědecký už nemůžete vůbec. Protože každý má na to svůj jakoby vlastní názor.“ Snaha o nalezení problému uvnitř vlastní mysli vedla na sexuologii a k tematizaci transsexuality, neboli genderové dysforie (viz další část). Biologickou příčinou byly tedy nejspíše nižší hladiny hormonů. „Samozřejmě jsem byl i u endo[krinologa], asi u dvou, ale ten přístup byl katastrofální. Zase se bavíme o nějaký rutině.“ Slovo „rutina“ u lékařského přístupu František používá často a spojuje jej s malým obeznámením lékařů s variacemi pohlavních znaků, a tím absenci cílené individuální péče. František také uvedl, že se dostal již z několika rakovin. „Klinefelter může být příčinou a nemusí, ale to vám nikdo neřekne. [...] Na to medicína už prostě nemá. Všichni říkají, jak funguje. Ale funguje to jen do chvíle, dokud nejste nemocnej. [...] A když je vám něco, co není vidět. [...] Když se podíváte do mojí karty, tak jsem se zúčastnil všech možných vyšetření: spánkový vyšetření, oční pozadí, cévy, lumbální punkce do zad, kde zkoumali mozkomíšni mok. Těch vyšetření jsem měl tunu, a když shledali, že jsem zdravěj, tak nad tím zavřeli vodu. A poslali mě k cvokaři. [...] A když budu čekat na lékaře, tak tam budu mít nádor. A to už pak bude vidět. Ale to už bude pozdě.“ Když hrozila Františkovi tranzice (změna pohlaví), setkal se s jedním lékařem, „ktorej mě z toho tak trochu dostal [...] posílal mě na ještě jiný vyšetření. Dva lékaři řekli, vy jste žena, [...] a ten jedinej z nich chtěl jít dál. Říkal: Mě se to nějak nezdá.“ Svou zkušenost s doktory a doktorkami hodnotí František kriticky, je nedůvěřivý, i když našel lékaře, jehož expertízu uznává.

Velice kriticky svou zkušenost s lékaři a lékařkami hodnotí Dani, ale ve svém rozhovoru s novinářkou není příliš konkrétní. Částečně i proto, že nemá informace od rodičů, a částečně proto, že její zdravotní dokumentace z dětství není dostupná, jelikož chvíli s rodiči žila mimo Česko. Uvádí, že sama musela iniciovat test chromozomů, aby si potvrdila svůj status, jelikož jí nikdo žádnou informaci nedal. Často uvádí slova jako „lhaní“, „zamlčování“ a „mlžení“. Označuje zakrývání pravdy jako mafianský přístup. „Chápu, že to může znít šíleně a nějakým způsobem konspiračně, ale třeba z mých zkušeností s komunikací s lékaři a lékařkami, je to fakt hrůza.“ (Dani) Podle ní někteří lékaři a lékařky zastrášují rodiče tím, že děti budou šikanované, dostanou rakovinu nebo se budou chtít zabít, pokud nepřistoupí na zákrok. Chtěla by být více informována a mít možnost se jako dítě či dospívající podílet na rozhodnutí. Domnívá se také, že by se často mohlo a také mělo s rozhodnutím počkat na vyšší věk dítěte. Sama vnímá některé své pozdější i současné zdravotní problémy (mj. rakovinu) jako důsledky lékařských zákroků. Můžeme se domnívat, že tím chce říci, že je buď nemusela mít, pokud by se neuskutečnily, nebo o nich mohla předem vědět, pokud by byla informována. Detailnější zkušenost nám ovšem rozhovor neposkytuje

Andreina zkušenost s lékaři a lékařkami je poznamenána tím, že až do 29 let jejího věku nebyli schopni identifikovat příčinu její situace. Označuje to slovy „nikoho to nezajímalo“ a „ignorece“. Hormony, které jí nasadili v pubertě, nezabíraly, jak měly, proto je asi po dvou letech přestala brát. Moc se tím netrápila, protože, jak říkala, byla v pubertě a měla jiné věci na práci. Jako nepříjemnou hodnotila zkušenost s gynekoložkou, k níž ji v pubertě přivedla její matka. Ani dnes nemá k lékařům a lékařkám

příliš dobrý vztah: „*Nikdo nic neřeší, absolutně. Vždycky se akorát diví, když jim přijdou ty krevní testy: ‚Nojo, tohle je zvláštní.‘ Říkám: ‚Nojo, ale tady jsem vám dávala ten genetický test.‘ A on: ‚Nojo, to dává smysl, no dobrý.‘ A je to pro ně absolutně uzavřený.“ (Andrea) Přitom má zdravotní problémy, například v tom, že její tělo zadržuje více vody, než je běžné. Přestože pije až 8 litrů vody denně, doporučuje jí praktik, aby víc pila. Také různými vyšetřeními spojenými se cvičením, nikoliv, že by ji někdo poslal ke specialistovi kvůli prevenci zdravotních rizik, zjistila, že má zvětšené funkční orgány (srdce, játra a ledviny). „*Ale nikdo nemá sebemenší chuť to nějakým způsobem řešit, nebo do toho víc pronikat, [...]. Každýmu je to vlastně úplně u zadku. Takže ve chvíli, pokud vysloveně nechytám křeče do ledvin, tak se nikdo nebude zabývat tím, jestli náhodou není něco špatně s ledvinama, což mi přijde zvláštní.“ (Andrea)**

Podobnosti a rozdíly se situací trans* lidí

Gabin příběh zachycený knihou je spojený s její snahou o změnu pohlaví. Ve vztahu ke zdravotním aspektům Gabi uvádí, že nechtěla čekat, až jí její lékařka, sexuoložka, předepíše hormony pro terapii, a tak si našla jiného lékaře, který je předepsal snadněji. Toto není nijak neobvyklé, kdy malé množství lékařů a lékařek, kteří poskytují terapii transsexuality, včetně léků, zásadně ovlivňuje možnosti volby trans* lidí.⁶ Udělala to na základě doporučení a znamenalo to jezdit přes celou republiku k vyšetření a kontrolám. Z doslovu autorky knihy vyplývá, že až následně se Gabi dozvídá z lékařského vyšetření, že její situace není klasickou podobou transsexuality, ale že její tělesný stav spíše odpovídá jedné z variací pohlavních znaků.

O podobnostech a rozdílech se situací trans* lidí hovořil také Boris, jelikož několikrát vysvětloval vztah intersex(uality) a LGBT+ komunity, ale také ovlivnění filmem *Kluci nepláčou*. Všimá si například toho, že u určité části osob s variací pohlavních znaků se nejdříve realizují chirurgické operace a až následně se přistupuje k hormonální terapii, zatímco u trans* lidí se nejprve začíná s hormonální terapií a až následně se případně přistoupí k chirurgickým řešením. Co Boris přímo jako souvislost nezmiňoval, ale dá se do jeho srovnání zahrnout, je určitá psychologická práce. Zatímco s tou to u trans* lidí zpravidla začíná a předchází hormonální terapii, u osob s variacemi pohlavních znaků zpravidla k žádné souvislejší psychologické práci nedochází, ta je většinou ponechána na rodičích, kteří ovšem zpravidla nemají nejenom lékařskou expertízu, ale ani dostatečnou citlivost a zkušenost s genderovou a sexuální rozmanitostí na psychické a sociální rovině (viz násl. kapitolu).

Nejvíce paralel a zmatení mezi situacemi, které způsobují variace pohlavních znaků, a situací trans* lidí uvedl František. „*Tahleta anomálie, která se mi stala před šesti lety, výpadek mozku, jsem nechápal. Tak jsem začal hloubat, více jako otevírat některý vlastnosti, protože rozumíte ženám, protože najednou máte zvláštní pocity. [...] Když jsem se dostal do té dysforie. [...] Oni vám tam [na sexuologii] poradějí: ‚Vy nejste v žádný komunitě?‘ Tak vy jdete k těm lidem, který se převlíkaj,*

⁶ Více viz studie o situaci trans* lidí v Česku (PROUD 2015, Pavlica, Heumann, Kučera 2019).

a ty vás v tom podržej: „Jo seš, jasně, pojd' k nám, my tě přivítáme.“ A najednou se vám otevře růžový svět, který jste před tím neviděl. Tak vás to vtáhne, začne vás to zajímat a začnete se do toho ponořovat, [...] a tak to i vy zkusíte. [...] V tu chvíli jste sám v patový situaci, kdy si říkáte: Ale tohleto přece není možné, vždyť jsem do té doby žil normálně. Kde se tohleto stalo?! Naštěstí, jsem těm lékařů neuvěřil,“ popisuje svou zkušenost František. Podobně na tom byla i Gabi, která ovšem přeměnou pohlaví prošla a svůj chimérismus objevila až následně.

Tyto zkušenosti ukazují na to, že psychický (a sociální) gender a biologické pohlaví jsou ve vzájemném vztahu ovlivňování, a především ukazují to, že nejde o kategorie se dvěma póly („bud' – a nebo“), ale že existuje variabilita. Tlak na genderovou konformitu, bud' muž, nebo žena, a tudíž přizpůsobení se předpokládané pohlavní a genderové polaritě může mít za následek „diagnostickou slepotu“, nesprávné rozpoznání situace. Společně s restriktivním a invazivním řešením situace trans* lidí v Česku – zákonem vynucovanými chirurgickými zákroky (vč. kastrace), může pak dojít ke zbytečnému, nevratnému poškození. Snížení tohoto tlaku např. navázáním změny úředního pohlaví na sebeidentifikaci (sebeurčení), nebo jen na diagnózu bez nutné léčby by situaci mohlo zlepšit i pro osoby s variacemi pohlavních znaků.

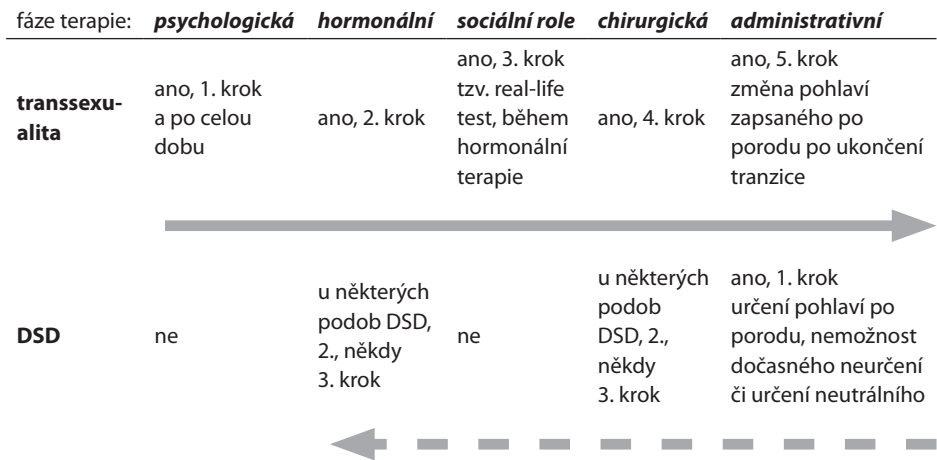
Neviditelný zdravotní problém

Z příběhů účastníků výzkumu vyplývá, že zpravidla nevěděli, co s nimi tělesně či zdravotně je. Informace si často zjišťovali sami. Lékaři a lékařky řešili jejich situaci zpravidla tehdy, když byl nějaký akutní zdravotní problém. Postrádali určitě **dlouhodobější vedení lékařem či lékařkou**, s nimiž by zároveň měli určitý důvěrný vztah a kteří by byli o tématu více obeznámení. Andrea to formulovala takto: „*Já si myslím, že praktik by rozhodně měl víc posílat na nějaký odborný vyšetření, jenže k tomu, jak je nastavený náš zdravotní systém. [...] Všude na vás trochu koukaj jako na hypochondra. [...] Pokud vysloveně nemáte nějaký extrémní akutní příznaky nějaký nemoci, tak to nikoho vlastně nezajímá. To už by opravdu asi musela být nějaká experimentální medicína, kde by někoho zajímalo se dopátrat, co a jak kde funguje. Pro běžnou medicínu, kde je nějaký příznak a zaléčení příznaků, a ne zaléčení důvodu toho příznaku, je tohleto vlastně úplně nezajímavý.*“ (Andrea) Obdobně to popisoval skoro padesátiletý František: „*Vemte si, že praktickej lékař se stará skoro o tři tisíce lidí, myslíte si, že je tam čas na nějakou individualitu? [...] To samý se děje na sexuologii. Já jsem se tam dostal k tý dysforii, protože se k tomu přistupuje rutinně. Že vás hoděj do jednoho pytle. [...] Endokrinologové do toho přišli dejme tomu po tý sexuologii [...] a všichni k vám přistupujou rutinně. Já se jim snažím popsat, co mi je. A ten vám řekne, že musíte jít k cvokaři. Ten vás pošle k neurologovi. A neurolog zase zpátky ke cvokařovi. To je fakt jako na palici. [...] Takže ano, mám to extrémně individuální, ale když vy trpíte něčím, co vás v tom životě hrozně omezuje – já jako nepracuju, je to komplikovaný – takže nemáte z čeho žít a tak jsem musel prodat majetek. [...] A teďka vám ti doktoři nevěří.*“ František to zakončuje konstatováním, že ani on doktorům už nevěří.

Zde se tedy nabízí úvaha o špatné dostupnosti informací pro lékaře a lékařky, kteří se nemusí s lidmi s variacemi pohlavních znaků setkávat příliš často. Jedna z oslovených dětských praktických lékařek mající několik dětí s variacemi chromozomů uvedla, že na informace ze školy se nespolehá, od odborné komory prý žádné nemá a informace si případně dohledává sama.

Schéma zobrazuje průběh terapie, řešení, situace transsexuálních a DSD lidí v jednotlivých krocích lékařů. Zatímco u transsexuality je posloupnost jasná, u DSD lidí není. Zpravidla začíná nejasností při určení pohlaví, po čemž následují chirurgické zákroky. Prakticky zcela absentuje psychologické doprovázení, a to i přes to, že tato zdánlivě zdravotní situace má jasné sociální a především psychické důsledky.

Schéma 2: Schematizace kroků terapie DSD a transsexuálních lidí v medicínském diskurzu



Zdroj: vlastní

2.3.2 Shrnutí

V tomto kontextu se tedy musíme ptát, za jakých okolností lze i dnes neprovést nevratné zákroky a jak se na to dívají lékaři? Z výše uvedeného plyne, že na jednu stranu se ozývá volání po demedikalizaci jedinců s variacemi pohlavních znaků, což se i dle slov lékařů z výzkumné sondy děje. Některé zákroky, o jejichž nutnosti či prospěšnosti neměli lékaři před několika dekádami pochyb, se dnes již neprovádějí. Jiné se provádějí později, s větší opatrností a v menší míře, což ovšem samo o sobě není znakem demedikalizace, ale je spíše dáno pokrokem v medicínské diagnostice a technologiích a větším respektem k otázkám sexuální sensitivity, fertility a k integritě lidského těla, což je samo o sobě také pozitivní posun. Například dnes se oproti

minulosti nedoporučuje v dětství provádět vaginální dilataci (Hemesath et al. 2017, Lee et al. 2016).

Co se týká lege artis postupů, lékaři se ve výzkumné sondě odkazovali především na Chicagský konsenzus. Ten stanovil, že zákroky vůči lidem s variacemi pohlavních znaků nesmí být tak invazivní, jak bylo zvykem před rokem 2006, kdy byl tento dokument přijat mezinárodními lékařskými organizacemi a tak výrazně a pozitivně proměnil lékařský pohled na jedince s variacemi pohlavních znaků. Z výpovědí lékařů participujících na výzkumu je zřejmé, že jej berou v potaz i české lékařské společnosti. Zároveň z faktu, že se lékaři odvolávají na Chicagský konsenzus, ale přitom někteří z nich považují za akceptovatelné zkracovat klitorisy určité délky, je vidět, že je tento konsenzus individuálně odlišně interpretován a v některých případech je za lege artis považován spíše tradiční přístup k problematice (tedy určitá rezidua přístupu, která panovala před konsenzem). Jedním ze zdrojů lege artis postupů by mohly být i lékařské učebnice, ovšem děti, které se rodí s variacemi pohlavních znaků, je natolik málo, že aktuálně užívané učebnice se této problematice věnují jen velmi stručně (zpravidla v řádu jednotek stránek) a často se též odkazují na Chicagský konsenzus. Dočíst se tak můžeme doporučení typu „chirurgická úprava není urgentní“ (Kočvara 2015, s. 195), kterou lze interpretovat různými způsoby.

Z malého počtu jedinců s variacemi pohlavních znaků plyne i další problém, a to nedostatek výzkumů mezi samotnými pacienty, které by zjišťovaly jejich postoje a spokojenost. Na terapeutu se logicky obrací ti pacienti, kteří mají psychické problémy, členy aktivistických organizací se stávají ti, kteří jsou se stávající praxí nespokojeni. Mnozí lékaři argumentují, že spokojených je většina, to ale nemůže být důvodem k tomu, aby byly odmítnuty námitky těch, kteří spokojení nejsou. Otázka je, proč jsou nespokojeni. V lékařských časopisech se často argumentuje tím, že ti, kteří dnes protestují proti příliš invazivním zákrokům a necitlivému jednání ze strany zdravotního personálu a celého medicínského systému, byli objekty zákroků v době, kdy byly práva a potřeby lidí s variacemi pohlavních znaků skutečně přehlíženy, ale situace se od té doby změnila. Hemesath se spolupracovníky (2017) zmiňují výzkum, ve kterém byly porovnávány dvě kohorty pacientů, jedna z roku 2001, druhá z roku 2012 (tedy jedna před a druhá po Chicagském konsenzu). V kohortě z roku 2012 považovalo 76 % participantů výzkumu výsledky své kosmetické operace za dobré nebo uspokojivé oproti 54 % z roku 2001, přičemž potřeba rozsáhlé reoperace vaginy se snížila ze 75 % v roce 2001 na 24 % v roce 2012. Na základě toho se Hemesath se spolupracovníky domnívají, že pacienti, kteří byli nespokojeni s medicínskými přístupy před třiceti lety, by neměli jen na základě své vlastní zkušenosti obviňovat současné medicínské přístupy.

Každopádně chybí dostatečně reprezentativní výzkumy, ať již mezi spokojenými, tak mezi nespokojenými. Gardner se Sandbergem (2018) uvádějí, že dostupná data zmiňují spokojené i nespokojené, ovšem nevíme, jak jsou tyto údaje reprezentativní. To je dáno tím, že výskyt uvedených případů je vzácný, málo pacientů je sledováno od dětství po dospělost a mezi operacemi a sběrem dat často uplyne dlouhá doba. Meyer-Bahlburg provedl se spolupracovníky několik výzkumů,

jejichž výsledky publikovali jak v sociálněvědních, tak i v medicínských časopisech, a jejich závěry jsou obdobně nejednoznačné. Podle jedné jeho metastudie jsou na tom neoperovaní jedinci s variacemi pohlavních znaků psychicky lépe než operovaní (Meyer-Bahlburg 2005), v jiné studii byli operovaní pacienti víceméně spokojeni (Meyer-Bahlburg et al. 2004). Vždy záleží i na tom, kde výzkumníci získávají data: „Lze si představit, že aktivistické materiály jsou příliš negativní a data z klinických vzorků příliš pozitivní“ (Meyer-Bahlburg et al. 2004). Tento nedostatek informací je dán i tím, že chybí expertní centra s multidisciplinárním přístupem (Lee et al. 2016). Meyer-Bahlburg pak dospívá k závěru, že většina je spokojena, což neznamená, že bychom měli přehlížet a bagatelizovat hlasy nespokojených. Ve výzkumném vzorku výzkumu, který vedl, byla podle něj většina respondentů spokojenějších, než jak by se jevílo z kritických materiálů. Ovšem existuje sice menšinová, ale nemalá část jedinců, která „je nespokojena se stavem svých genitálií a sexuální funkčnosti a podporuje změny přístupu“ (Meyer-Bahlburg et al. 2004). Dá se předpokládat, že nespokojení budou především ti, kteří se zákroky nemohli dát skutečně informovaný souhlas. Buď byly operace prováděny v tak raném věku, že ani neměli mentální kapacitu se k zákrokům vyjádřit, nebo byly provedeny později, ale informace jim nebyly sděleny takovým způsobem, aby plně porozuměli možným rizikům spojeným s těmito operacemi. Dá se předpokládat, že jedinec, který si byl vědom rizik spojených s chirurgickým zákrokem, a přesto k němu dal souhlas, bude s mnohem nižší pravděpodobností aktivně vystupovat za změnu této praxe.

Ve výzkumné sondě padlo z úst některých lékařů, že důvodem nespokojenosti některých pacientů může být i postoj jejich rodičů, kteří nebyli schopni či ochotni s nimi o jejich stavu otevřeně a racionálně hovořit – a důvodem nemusí být jen předsudky a stereotypy, kterým rodiče věří, a z nich plynoucí neschopnost opustit zažitá kulturní schémata, ale i to, že rodiče sami příliš nechápali situaci svého dítěte. Takoví rodiče pak s lékaři nespolupracují (nebo spolupracují nedostatečně) a nejsou dostatečně otevření vůči dítěti, respektive nejsou dítěti schopni citlivě a srozumitelně vysvětlit situaci.

2.4 Role rodičů

Vzhledem k tomu, že pacienti jsou velmi často děti, podstatnou roli při rozhodování hrají rodiče. Ti touží po „normálním“ dítěti a doufají, že medicína má schopnost toto přání splnit. Otázka je, nakolik jsou primárním důvodem k medicínským zákrokům zdravotní potřeby dítěte a nakolik přání rodičů a také nakolik rodiče jsou a chtějí být informováni o důsledcích a efektu jednotlivých zákroků. Rodiče mohou v touze, aby se „problém“ co nejrychleji „vyřešil“, rezignovat na náležité informování a naopak tlačit na lékaře, aby i nevratné zákroky provedli co nejdříve.

Odborné časopisy mluví o „značné psychosociální zátěži rodičů“ při „narození dítěte s obojetným genitálem“ (Strnadlová 2018). Vzhledem k tomu, že dítě je

v době operace často ve věku, kdy si nemůže uvědomovat svou odlišnost od anatomické normy, operace jeho případné psychické problémy předjímají (a bez náležitých dat nemůžeme říci, nakolik oprávněně a je-li operace dítěte jediným řešením, ale vždy si musíme uvědomovat, že jsou v takovém případě prováděny ve věku, kdy dítě nemůže dát informovaný souhlas) a jsou skutečně postaveny primárně na psychických obavách rodičů dítěte a jejich touze mít „normální“, tedy vzhledově konformní dítě. Slovy jednoho z lékařů ve výzkumné sondě: „*Rodiče chtějí mít jednoznačně i anatomicky určené pohlaví u svého dítěte.*“ To potvrzuje i medicínská literatura uvědomující si, že některé zákroky by bylo vhodnější provádět později, než jak si mnohdy na základě převládajících kulturních norem a z nich vyplývajícího sociálního tlaku přejí rodiče (viz Khadilkar et al. 2015).

A i mezi lékaři z výzkumné sondy bylo možno narazit na hlasy, které si kladly otázku, nakolik jsou takové zákroky skutečně nutné, respektive nakolik vycházejí z (internalizovaného) sociálního tlaku. Jak pravil jeden z lékařů: „*[...] jistě je přání rodičů aspekt hodně silný. Souvisí také zase s celkovým problémem naší, z mého pohledu málo tolerantní společnosti. Ale na druhé straně je přání rodičů po ‚zdravém, nenápadném dítěti‘ plně pochopitelné.*“ Tento lékař si uvědomoval, že kulturní tlak na rodiče (tedy ne tlak ze strany lékařů, ale ze strany obecných sociálních očekávání) je velmi silný a těžko se mu v současné české společnosti odolává, respektive rodiče mnohdy ani netuší, že by se mu nemuseli podříditi, protože sami mají tyto normy internalizovány. V tomto kontextu daný lékař připustil, že některé operace mohou být pod tlakem rodičů prováděny v jiném věku (tedy dříve), než by bylo z čistě medicínského hlediska optimální – i když jak dodal, nemá data, která by to statisticky podchycovala. Další lékař uvedl, že zná případ, kdy lékaři nechtěli na dítěti daného věku provést určitou operaci a rodiče proto rozhodli, že dítě tuto operaci podstoupí v zahraničí. Jak prohlásil tento lékař: „*Operace mají nebo nemají medicínskou indikaci. Pokud nemají, nikdo si choulostivý zákrok nedovolí. Musí být odůvodněný literárními znalostmi a doporučeními pro konkrétní situaci, medicínsky indikovaný, často schválený konziliem odborníků a vždy se souhlasem rodičů, kteří důvodům pro zvolený medicínský postup porozuměli.*“ Ovšem znovu se tu objevuje otázka, kde je pro lékaře hranice mezi kosmetickým a medicínsky indikovaným zákrokem, když tento lékař zároveň obhajoval zkracování klitorisů a jedním z důvodů, kterým nutnost těchto zákroků vysvětloval, bylo to, že dívky si na zvětšený klitoris často sahají v mateřské škole. Další z lékařů v tomto kontextu dodal, že určité operace je nutno provést kvůli zachování fertility jedince. Takovou operaci ovšem lze považovat za urgentní – nejde zde sice o bezprostřední ohrožení zdraví a života dítěte, ale jeho budoucí možnost naplnit rodičovský potenciál. Zde se ukazuje, že i otázka urgentnosti daných zákroků je dána kulturně – je člověk, který není fertilní, zdravý či není? Pro dalšího lékaře byla právě plodnost a sexualita důvodem, proč operace provádět: „*Toto je právě velmi silný, zásadní důvod, [...] z mých zkušeností s těmito pacienty a jejich chirurgickou léčbou zcela zásadní.*“

Nespokojenost může vyvěrat i z problematické spolupráce lékařů s rodiči a dětmi. Jak již bylo uvedeno, děti nemohou dát do určitého věku informovaný souhlas

a některé typy operací se provádějí v raném věku (často ještě před třetím rokem života dítěte), informovaný souhlas tedy musí dát rodiče. Jak upozorňuje Raveenthiran, rodiče místo dětí rozhodují o školním vzdělání, způsobu stravování atd., nelze pak vnímat jako nepatřičné, pokud v případě nejasnosti rozhodují o pohlaví svých dětí. „Problémy však nastávají, když se rodiče rozhodují pod společenským tlakem, pod vlivem mylných představ, zaujatosti nebo neznalosti“ (Raveenthiran 2017). Z tohoto důvodu se v odborných medicínských periodících mluví o potřebě „rozšířeného nebo kvalifikovaného a trvalého informovaného souhlasu“, který „vyžaduje úplné a přesné informace o alternativních léčebných postupech a pravidelné a stále udělování písemného souhlasu“ (Greenberg in Creighton 2009).

Rodiče musí vědět, jaké mají oni sami rozhodovací pravomoci, jaké možnosti je schopna dítěti nabídnout současná medicína, jaké budou mít jednotlivé zákroky a formy terapie efekt a důsledky a jaký přístup je tedy v nejlepším zájmu dítěte. Přičemž je nutno brát v potaz, že po narození dítěte s variacemi pohlavních znaků mohou mít rodiče strach ze stigmatizace a požadovat „rychlé jednání, které bude ‚normalizovat‘ vzhled jejich dítěte“ ještě předtím, než jsou „plně informováni o všech možnostech“ (Gardner, Sandberg 2018). Za takových okolností ovšem nejsou schopni „správně zvážit rizika a přínosy chirurgického zákroku“ (Gardner, Sandberg 2018) a bez náležitého psychologického poradenství a pomoci si vůbec nemusí uvědomovat, že operace nemusí být jediným řešením nastalé situace. Alternativou chirurgického řešení může být „robustní přístup zaměřený na péči o pacienta a jeho rodinu, v kterém jsou nezbytné psychologické služby“ (Ernst et al. 2018), tedy ne primárně pomoc medicínská, ale psychologicko-terapeutická.

O situaci rodičů informantů našeho výzkumu Andrey, Borise, Dani, ani Františka, a jejich vztahu k lékařům toho mnoho relevantního nevíme. Jelikož k identifikaci Turnerova syndromu u Andrey došlo až těsně před jejím třicátým rokem a zdravotní problémy (v podobě nedostavení se menstruace) byly identifikovány až kolem 15. roku, nejednali její rodiče s lékaři v přímé souvislosti variací pohlavních znaků. Přesto ale Andrea, která byla od malička genderově nekonformní, a to jak ve volbě činností, tak i v tělesné konstituci, uváděla, že určitý dlouhodobý pasivní tlak na konformitu v rodině existoval a vedl v době puberty ze strany její matky nakonec k určité snaze situaci řešit. Matka ji přivedla za svou gynekoložkou, aby ji vyšetřila. Řešila především Andreinu neplodnost, obzvláště v souvislosti s tím, že nebude babičkou. Borisova matka, zdravotní sestra, později pracující na urologii (což bylo i relevantní k Borisovým obtížím) rozhodovala opatrně a „nepodrobovala“ se lékařským tlakům, sama si nejspíše vyhledávala odborníky a odbornice, s nimiž by se poradila. Přestože Borisova matka postupovala poměrně obezřetně a nejspíše s lékaři komunikovala, nekomunikovala příliš o situaci a stavu se samotným Borisem. Jako nejproblematičtější se jeví vztah Dani a jejích rodičů, kteří s ní o její situaci během dětství a dospívání nechtějí a explicitně odmítají hovořit.

Dále Dani nejspíše na základě svých zkušeností s dalšími rodinami uvádí jeden zajímavý sociologický aspekt tlaku na rodiče. Podle ní tlak na rodiče s vyšším socioekonomickým postavením může být spojený s určitou sociální stigmatizací, kdy

pokud nedojde k včasné normalizaci těla jejich dítěte, může to pro ně být v budoucnu problém, když to „praskne“. U rodičů s nižším socioekonomickým postavením může být nátlakem tvrzení, často nepřesné, „že operace budou později strašně drahé a že teď je proplácí pojišťovna, pak už ne.“ (Dani)

2.4.1 Sdílené rozhodování

V tomto kontextu pak můžeme narazit na koncept sdíleného rozhodování (shared decision making, SDM), ve kterém se v trojúhelníku experti–rodiče–dítě probírají veškeré dostupné možnosti a jejich rizika a přínosy, přičemž se berou v potaz hodnoty, které vyznávají pacient a rodina. Z tohoto modelu nevyplývá, že poskytovatelé péče, pacienti a rodiče mají stejnou odpovědnost za konečné rozhodnutí, ale má se hledat soulad mezi odbornými znalostmi poskytovatelů péče a právy pacientů a rodičů rozhodovat o zdravotní péči na základě úplných informací. V tomto modelu si tedy všechny strany navzájem vyměňují informace, vzájemně projednávají možnosti léčby a dohodnou se na plánech této léčby. Rodiče totiž nakonec nemusí nejvíce traumatizovat fakt, že se jim narodilo dítě s variacemi pohlavních znaků, ale nedostatek jasných informací a s ním spojená obava, že jejich rozhodnutí ohledně medicínských zákroků nemusí být správná (Gardner, Sandberg 2018). Zároveň má být do procesu rozhodování zařazeno i dítě, i když ještě samo nemá mentální kapacitu vyslovit s jednotlivými zákroky informovaný souhlas.

V konceptu sdíleného rozhodování je tak vedle rodičů a lékařů brán v potaz i postoj a přání dítěte. Dítě musí být do celého procesu zapojeno ihned, jakmile to jeho mentální schopnosti umožňují, samozřejmě takovými prostředky, kterým rozumí a které jsou dostatečně citlivé k jeho obavám z medicínského prostředí: „Z hlediska mnohých standardů je aktivní účast dětí na rozhodování považována za nepostradatelnou, zejména jde-li o výrazný celoživotní dopad na jejich život, přičemž se bere v potaz, že zejména malé děti nemusí být schopny srozumitelně protestovat proti mnoha zákrokům“ (Lee et al. 2016). Proto je třeba vždy dítě vyslechnout, a to s náležitou citlivostí, a musí to provádět odborníci kompetentní v problematice dětské vývojové psychologie.

V konceptu sdíleného rozhodování je zároveň nutno brát v potaz právo lékaře za určitých okolností jednat jinak, než by si přáli rodiče. Na to upozornili i lékaři ve výzkumné sondě, když zmiňovali případy rodičů s neadekvátními a přehnanými požadavky na vzhled dítěte, kdy jejich touha mít dítě, které vypadá „normálně“, převažovala nad možnými negativními dopady nevratných a příliš invazivních zákroků. V mnoha případech totiž nelze medicínskou cestou vytvořit „normálně“ (tj. běžně) vypadající dítě, ale lze dítěti určit gender, se kterým se bude identifikovat, i když jeho tělo nebude odpovídat představám, které si s pohlavím připadajícím k danému genderu stereotypně spojujeme. A ve věku, kdy dítě dosáhne dostatečné autonomie, aby o sobě mohlo informovaně rozhodovat, se může samo rozhodnout pro určité medicínské zákroky (Sandberg, Pasterski, Callens 2012). V těchto případech totiž

není cílem dosáhnout jediného možného, předem daného řešení, ale jde o spravedlnost na individuální rovině. Na první místo musí být kladen zájem jedince a ne představa společnosti, jaký by měl mít jedince vzhled (Oberacker 2007). Ostatně i v případě lidí bez variací pohlavních znaků můžeme narazit na jedince, jejichž pohlaví (a tělo) je z medicínského pohledu jednoznačně ženské, či mužské, a přesto se tito lidé s tímto pohlavím neztotožňují a medicína to respektuje (jak potvrdili i lékaři z výzkumné sondy). Na tom je vidět, že přisoudit jedinci pohlaví pouze na základě biologických znaků, které jeho tělo vykazuje, nelze (i když v drtivé většině případů je pohlavní atribuce na tomto základě zcela odpovídající) – i v tom je onen rozdíl mezi vědeckou adekvátností a spravedlností.

Lékaři ve výzkumné sondě pak zdůrazňovali, že v případech, kdy nejde o život dítěte, není důvod nerespektovat rodiče, zvláště pokud se nejedná o nevratný proces (ať již v tom smyslu, že se zákrok neprovede, pokud jej rodiče nechtějí provést, ale může se provést později, tak i v tom, že dítě léčebnou terapii podstoupí, přejí-li si to rodiče, ale její efekt není nevratný) – ostatně v takových případech by bylo nerespektování přání a postoje rodičů protiprávním. V těchto případech, jak lékaři uváděli, bývá spolupráce s rodiči většinou prosta větších problémů a konfliktů, přičemž jak prohlásil jeden z lékařů, i zde platí Gaussova křivka normálního rozložení v populaci, takže spolupráce s některými rodiči může být problematická. Ne všichni rodiče jsou schopni a ochotni se zapojit do procesu sdíleného rozhodování – jak pravil jiný z lékařů, může to být dáno jejich neschopností pochopit, že určité věci nedokáže medicína vyléčit, nebo názorovou rigiditou některých rodičů, kvůli které nejsou schopni přijmout cokoli, co se odchyluje od normy, kterou považují za přirozenou. Někteří rodiče požadují „normální“ dítě a nejsou schopni či ochotni s lékařským personálem vést diskusi nad různými možnostmi. Jak upozornil další lékař, konzultace s rodiči jsou vždy velmi dlouhé a měly by být postaveny na „*ne-direktivním jednání lékaře a respektování přání rodiny, je-li v mezích zákonných norem*“. Teze, která se objevuje v některých materiálech, které jsou vůči medicínským zákrokům kritické, že děti s variacemi pohlavních znaků musí na základě medicínského rozhodnutí podstupovat normalizující léčebnou kúru, tak nemusí vystihovat realitu. Tím, kdo tlačí na nevratné zákroky, mohou být rodiče, a proto mezinárodní právní dokumenty a instituce hovoří o tom, že nevratné zákroky, které nejsou nezbytné a neodkladné, mohou být provedeny jen se souhlasem dítěte-pacienta, souhlas rodičů nestačí.

Zároveň je nutno brát v potaz, že rodiče se opravdu ocitají v těžké situaci. Běžní rodiče chtějí, aby se jim narodilo „normální“ zdravé dítě, a pokud tomu tak není, je pro mnohé z nich těžké to přijmout a vyrovnat se s tím. Nemalá část rodičů podle výzkumů pociťuje posttraumatické stresové symptomy, stavy úzkosti, deprese, zlobu, stydí se, mají výčitky, že je vše jejich vina (Oliveira et al. 2015). Za této situace je nutné, aby se rodičům dostalo adekvátního poradenství a psychologické podpory a edukace (Ravendran, Deans 2018). Do celého procesu pak musí být vedle odborníků z oblasti medicíny zapojeni i psychologové, psychoterapeuti a sociální pracovníci zabývající se etickými a právními otázkami. Ravendran s Deans (2018)

pro to používají ve shodě s mezinárodními právními dokumenty termín „holistický management“.

2.4.2 Shrnutí

Rodiče jsou klíčovým prvkem v životě lidí s variacemi pohlavních znaků, a to na různých úrovních či v různých oblastech. Jsou významní pro komunikaci s lékaři, kdy mohou zamezit vykonávání nežádoucích zákroků na svých dětech. Pro to ale potřebují mít dostatečné informace a také musí být ochotní případně i jít proti autoritě lékaře či lékařky. Vedle toho jsou rodiče často ti, kteří chtějí mít a vychovávat „normální“ dítě, a tak mohou tlačit na zdravotníky, aby vykonali kroky, které k takové normalizaci mohou vést. Možným řešením je sdílené rozhodování, do nějž by měly být zahrnuty i děti od co nejnižšího věku, kdy jsou schopny alespoň určitým, dílčím způsobem situaci chápat.

2.5 Dětství, dospívání, (spolu)rozhodování a poradenské služby

Nepominutelným aktérem rozhodování o případné lékařské intervenci jsou osoby s variacemi pohlavních znaků samotné. Jejich pozice v rozhodování je ovšem významně omezena, obzvláště pokud jsou nemluvněti či malými dětmi. V dospělosti jsou pak tyto osoby často v situaci, kdy již o nich bylo několikrát rozhodnuto. Výjimkou mohou být případy chromozomálních variací, které se mohou více projevit až během puberty, kdy je (spolu)rozhodování osob s variacemi pohlavních znaků zásadní. Dříve než se dostaneme k pozdějším fázím života osob s variacemi pohlavních znaků, je třeba podrobněji představit situaci dětí.

2.5.1 Práce s dětmi

Děti mají často z medicínského prostředí strach a obávají se, že vyšetření a zákroky budou bolestivé nebo jinak nepříjemné. Vyšetření dítěte s variacemi pohlavních znaků se často týká genitálií a není-li provedeno s dostatečnou citlivostí a není-li dítě dostatečně informováno, mohou zvláště větší děti pociťovat obdobné pocity jako při sexuálním zneužívání (Ravendran, Deans 2018). Toho si je vědom i Chicagský konsenzus, jehož text upozorňuje na to, že „opakované vyšetřování genitálií, včetně lékařského fotografování, může být prožíváno jako hluboce zostuzující akt“ (Lee et al. 2006). Není-li dítě dostatečně informováno, neberou-li se s dostatečnou citlivostí v potaz jeho přání a obavy z vyšetření a zákroků, může to mít dlouhodobý negativní dopad na důvěru pacienta vůči medicínskému prostředí a personálu, což

má negativní efekt na úspěšnost terapie, jejímž cílem má být i to, aby daný jedinec na psychické rovině akceptoval svou odlišnost od kulturní normy a byl schopen s touto odlišností prožít relativně spokojený život (Sandberg, Pasterski, Callens 2012).

Práce s dítětem je dlouhodobá i proto, že s nástupem puberty se začínají objevovat nové problémy na psychické rovině. Sandberg, Gardner a Cohen-Kettenis (2012) mluví o tom, že úzkost u pacienta mohou vyvolávat opakující se vyšetření genitálu, protože po nástupu puberty se děti obecně cítí nejistě v otázkách svého mužství/ženství, sexuality a sexuální orientace. Děti s variacemi pohlavních znaků se často ptají, proč potřebují léky a hormonální léčbu, proč mají jizvy v oblasti genitálií atd., proto musí být vždy včas a dostatečně informovány. S dalšími problémy se pak jedinec musí vyrovnávat se vstupem do adolescence a mladého dospělého věku: „Mezi další úskalí, kterým musí dospívající a mladí dospělí s DSD čelit, patří anticipovaná úzkost z romantických a sexuálních vztahů kvůli atypické anatomii genitálu, jeho funkčnosti a neplodnosti a obavy ze stigmatizace. Vzdělávání pacientů, které je citlivé vůči stupni jejich mentálního a psychického vývoje, je nezbytné pro podporu optimálního lékařského a psychologického přístupu“ (Lee et al. 2016).

V tomto procesu pak není důležitá jen komunikace zdravotnického personálu s rodiči a dítětem, ale i poučená komunikace rodičů s jejich dětmi, na kterou musí být rodiče připraveni. Navíc nejde o jednorázový krok, komunikace je permanentní proces. Jak již bylo řečeno, dítě se mentálně vyvíjí a v každé fázi svého vývoje je schopno pochopit celou problematiku na jiné úrovni komplexnosti a jinak na ni reagovat na psychické rovině. Navíc je i pro rodiče velmi složité vše pochopit (jak na rovině inteligenční, tak i na rovině psychické), pro komplexnost problému si nemusí veškeré informace pamatovat, a proto se musí proces seznamování s problematikou pravidelně opakovat jak v případě dětí, tak i v případě rodičů (Sandberg, Gardner, Cohen-Kettenis 2012).

Zároveň je nutno přesvědčit či ujistit rodiče, že dítě před ničím neuchrání, pokud mu zatají některé informace o jeho stavu (Sandberg, Gardner, Cohen-Kettenis, 2012). Zde si je třeba uvědomit, že teze o nutnosti utajovat stav nejen před dětmi, ale i před jejich příbuznými, byla ještě před několika dekádami běžnou součástí medicínského přístupu k lidem s variacemi pohlavních znaků: „V minulosti zdravotnický personál – především lékaři – nekomunikovali otevřeně a plně s pacienty s DSD a jejich rodinami, částečně kvůli přesvědčení, že nebudou schopni přijmout celou pravdu. [...] Nyní je jasné, že otevřená a úplná komunikace je povinnou součástí procesu rozhodování, aby se předešlo jakýmkoliv nejistotám“ (Lee et al. 2016).

Socializace dítěte s variacemi pohlavních znaků nebude probíhat bez obtíží, ty se ale zatajováním nesníží, ale spíše zvýší. Dítěti musí být vždy vše obsáhle vysvětleno, dítě musí vědět, v čem se odlišuje. Zároveň musí být vychováváno tak, aby svůj stav dokázalo přiměřeně vysvětlit svému okolí, ocitne-li se v situaci, kdy to je potřeba. Pokud je okolí dostatečně o jeho stavu informováno, zvyšuje se povětšinou šance, že jej bude schopno přijmout bez negativních reakcí (Gough et al. 2008).

Podle Ernst a jejích spoluautorů (2018) je nutno zapojit odborníky na psychosociální intervenci a rodinnou terapii, kteří mají zkušenosti nejen s komunikačním trojúhelníkem odborník–rodič–dítě, ale i s tím, jak různé traumatizující a stigmatizující záležitosti sdělovat širšímu okolí dítěte a jeho rodiny. Širší rodina, rodinní přátelé, lidé, se kterými dítě přichází do kontaktu ve škole a při svých volnočasových aktivitách, by měli mít informace o stavu dítěte, jsou-li jejich kontakty s dítětem takové povahy, že jsou pro ně alespoň některé z těchto informací relevantní. Vždy je navíc nutno brát v potaz, jaká míra otevřenosti je žádoucí: „Stále nemáme jasnou odpověď na otázku, zdali bude mít sdílení informací o DSD s širším sociálním okolím pro dítě pozitivní nebo negativní důsledky. Žít ‚normální‘ život s utajováním některých informací může být škodlivé, stejně jako žít život bez utajování, ale se zvýšeným rizikem stigmatizace nebo odmítnutí“ (Sandberg, Gardner, Cohen-Kettenis 2012). Jak Sandberg, Gardner, Cohen-Kettenis (2012) upozorňují, bohužel ani v této oblasti nemáme relevantní data, neboť výzkumy, který by se týkaly toho, kdy a jak sdělovat určité informace a jaký vliv sehrávají kulturní, rodinné a osobnostní faktory při přijímání těchto informací, prakticky neexistují. Každopádně zahraniční výzkumy mezi rodiči dětí s variacemi pohlavních znaků ukazují, že rodiče tuto skutečnost před okolím povětšinou tají, a to někdy i před příbuznými právě proto, aby dítě ochránili před nevhodnými reakcemi (Oliveira et al. 2015). Co se týká českého prostředí, tak jeden z lékařů ve výzkumné sondě pravil, že vždy „záleží na přání rodičů. Lékař nebo psycholog může korigovat dopředu nereálná očekávání, a tak předejít zklamání rodičů, kteří by chtěli být příliš otevření (sociální síť – společenské obnažování dítěte) nebo příliš uzavření (nechtějí informovat ani babičky – obava nechat si pomoci a vzít věci tak, jak jsou).“

V této oblasti tak musí mít rodiče a děti k dispozici účinné psychosociální služby, jež se „nemohou omezovat na symbolické ‚držení za ruku‘, které má uklidnit pacienty a jejich rodiny v momentu emocionální krize“ (Ernst et al. 2018). Zahraniční zkušenosti ukazují, že je zde velmi nápomocná spolupráce s dalšími rodiči dětí s variacemi pohlavních znaků a organizacemi, které rodiče a pacienty s variacemi pohlavních znaků sdružují (Gough et al. 2008, Davis 2015). Jak říká Lee se spoluautory (2016), tíseň rodin, kterým se narodilo dítě s variací pohlavních znaků, mohou zmírnit věty typu: „Víme, že je to náročné, ale spousta rodin jako ta vaše vychovává šťastné a zdravé děti. Můžeme jim poskytnout vaše kontaktní informace, aby se některá z nich s vámi mohla spojit?“

2.5.2 Zkušenost lidí s variacemi pohlavních znaků

Zahraniční studie ukazují, že zkušenost lidí s variacemi pohlavních znaků je velice různorodá, nicméně oproti běžné populaci je v průměru častěji spojená s vyšším diskomfortem, stigmatizací a nejistotou. Australská badatelka Tiffany Jones ve svém mezinárodním dotazníkovém online šetření (n=272) uvádí sebevražedné myšlenky až u 60 % vzorku, přičemž 19 % se o ni pokusilo. Dále 26 % se sebeпоškozovalo

(a 42 % o tom uvažovalo). Jones také dokládá signifikantní rozdíl ve výši dosaženého vzdělání a argumentuje, že lidé s variacemi pohlavních znaků kvůli zakoušené šikaně a diskomfortu v prostředí školy raději předčasně vystupují ze vzdělávacího systému (Jones 2016).

Genderová nekonformita a neinformovanost

Andrea své dětství popisuje jako genderově nekonformní, kdy dělala činnosti spíše typicky chlapecké. I své tělo popsala, že bylo spíše chlapecké. Až do svých necelých 30 let o variaci pohlavních znaků nevěděla. Nevěděli to ani doktoři a doktorky, ani rodiče, přestože situace, kdy nebyla zdravotně zcela v pořádku, se objevovaly častěji a u některých nebyla jasná příčina. Komunikaci s doktorem popisuje jako ignoraci problému ze strany lékařů či lékařek – pokud nebylo něco zdravotně urgentního. Kvůli souvisejícím zdravotním problémům (absence menstruace a neplodnost) začala komunikovat s lékaři až v pubertě. I tak vnímá, že ji nikdo aktivně nesledoval, nekomunikoval s ní, ani ji neposílal ke specialistům, ač měla další problémy (např. se zavodňováním těla, zvětšenými vnitřními orgány, nebo nečekaným otěhotněním). Měla pocit, že byla vnímána jako hypochondr. Výjimkou byl imunolog, s nímž se setkávala kvůli své sportovní činnosti, který na diagnózu Turnerova syndromu přišel a poslal Andreu na genetické testy. Podle svých slov si ale nakonec Andrea většinu testů musela zařídit a zaplatit sama.

František hodnotil, že byl až do začátku svých psychických problémů normálním chlapem, jen nemohli mít s manželskou děti. I když přiznává, že zpětně je schopný najít už v dětství chování a vlastnosti, které bychom mohli označit za spíše holčičí. Je nutno poznamenat, že genderově nekonformní chování u dětí je poměrně častým jevem. „*Rodiče moc nevěděli. Nějaký takový ty ženský vlastnosti tam byly. Ale to víte, že mě rodiče tlačili [abych se choval jako kluk]. Řešili jsme ale ty nemoci. Jako dítě jsem byl hodně nemocnej, průdušky, alergie a další přidružený věci. [...] Což s tím může mít souvislost, ale nemusí.*“ Jako chlapec byl František tichý a introvertní. Puberta byla bez problémů, protože jeho tělo produkovalo více testosteronu než obvykle, a tak byl vývoj vlastně normální („naháněl holky“). Stres (kolem 42. roku života) vnímá jako spouštěč poklesu testosteronu a projevení výraznější genderové nekonformity – podle svých slov lépe rozumí ženám, umí zkombinovat ženský outfit, což dřív neuměl, nebo řeší uvolnění stresu cross-dressingem⁷. Genderová nekonformita a absence uspokojivého vysvětlení zásadní změny Františkových psychických stavů ze strany lékařů vedly až k návštěvě sexuologie, zapojení se do trans* skupin a k úvahám o změně pohlaví. Že jej nepodstoupil, je šťastný, jelikož by mu to zničilo život a jak sám říkal „*zmrzačilo tělo*“.

„*Já mám třeba docela štěstí, že jsem se to dozvěděla, na poměry, celkem brzy, někdy kolem osmnácti, kdy jsem měla možnost nahlédnout do vlastní lékařské*

⁷ Cross-dressing (v angl. také CD) znamená převlékání se do šatů opačného genderu. V Česku se zpravidla označuje jako transvestitismus. Takto to pojmenovával v rozhovoru i František.

karty, “ uvádí, kdy se o svém statusu dozvěděla Dani. Tím, že žila část dětství v cizině, a tím, že se její rodiče o tomto tématu nehodlají s ní bavit, bylo pro ni zjišťování složité, některé zdravotní záznamy jsou nedostupné. Informace si složila z údajů ze své zdravotní karty, z testu chromozomů, který musela sama iniciovat, a z „veškerých věcí, které se třeba děly v mé už rané pubertě, která byla uměle vyvolaná, bylo tenkrát hodně mlžení a hodně lhaní a takových prapodivných informací, které se ke mně dostávaly, o tom, co se s mým tělem děje, nebo co se s ním bude dít“ (Dani). Jako klíč ke všemu uvádí informování, jelikož se obzvláště během puberty mohou dospívající(mu) stát nečekaná zjištění, ať už ze zdravotní karty, nebo třeba, když dívka sestoupí varle a podobně. „Tím může přijít pocit zrady od okolí a pocit vlastní neúplnosti“ (Dani).

Diskriminace a osvěta

Boris byl za svou genderovou nekonformitu ve škole šikanovaný, občas se setkal v souvislosti se svými zdravotními komplikacemi s nepochopením vyučujících. Jak bylo již napsáno výše, ve dvou měsících stáří místní doktor zabývající se léčením plicních onemocnění tlačil na matku Borise, aby jej na specializovaném pracovišti v hlavním městě nechala přeoperovat na dívku. To matka po poradě s jinými doktory (endokrinoložkou) odmítla. Boris si vybavuje jako příjemný vztah se svým dětským urologem, k němuž docházel až do své dospělosti. Když byl na týdenních vyšetřeních kvůli zvážení zahájení hormonální terapie v 11 letech, setkal se na klinice s dalšími dětmi s jinými zdravotními problémy, např. cukrovkou, u nichž vnímal, že jsou v podobné situaci, jako je on. „*Já když jsem vyrůstal, myslel jsem si, že jsem jediný na světě, kdo má něco takového. Právě kvůli tomu, že mi ti doktoři dávali minimum informací*“ (Boris). Také v období začínající puberty viděl film *Kluci nepláčou*, který ho motivoval k tomu, že si od 13 let začal na internetu, především na zahraničních stránkách zjišťovat různé informace o variacích pohlavních znaků. Jeho dospívání doprovázely záněty močových cest a genderová nekonformita a s tím spojená šikana, např. když spolužáci před tělocvikem chtěli vidět, jestli je chlapec nebo dívka podle toho, co ukáže, že má ve spodním prádle. „*Myslím, že lidé, kteří zapadají, to třeba mají o něco lehčí. Nebo extroverti řekněme. [...] Když jsme se o tom bavili s přítelem, řekl mi, [...] ty jsi vlastně takový introvert z donucení.*“

Dani, když mluví o šikaně, odhaluje jistý paradox. Na jednu stranu děti a dospívající s variacemi pohlavních znaků daleko častěji zažívají šikanu a diskomfort ve školním prostředí z důvodu své odlišnosti (mj. Jones 2016), na stranu druhou je šikana „*zároveň jeden z argumentů, proč by se měly normalizační operace provádět.*“ Zajímavé zde je i to, že zdroj oné odlišnosti je zpravidla neznámý, jelikož jsou děti jen zřídkakdy, ať už ze strany rodičů, nebo lékařů a lékařek obeznámeny se svou situací. „*Lidé, kteří jsou v něčem celý život nějakým způsobem obelhávaní, často něco tuší. Třeba když se bavím s ostatními intersex* lidmi, většina z nás vždycky věděla, že něco bylo trochu jinak. Když člověk žije s tímhle, tak může mít*

pocity typu, že je se mnou něco špatně, a to se potom odráží i ve způsobu komunikace a tak“ (Dani).

Boris se i kvůli své zkušenosti se šikanou snažil později, když už byl víc informovaný, o tématu více mluvit. „*[P]rotože jsem si říkal, možná o tom někomu povím [...], pro dobrou věc, třeba se [někdo jiný] dozví, že jeho kamarád, kamarádka má dítě a třeba se jim něco takového taky stalo, tak jim řekne, hele, podívej se, vím, že to vypadá, že nikdo jiný na světě to nemá, ale není to pravda. V tom jsem viděl smysl.“* Boris vysvětluje, jak mu příklady, které našel na internetu (např. dokumentární film *Intersexion*), pomohly. Chtěl být také takovým příkladem. Dělal to ovšem jen chvíli, protože mu to nakonec nebylo příjemné a bylo pro něj složité vše vysvětlovat. Nedostatek příkladů je pro něj zásadní, protože nejde jen o zdravotní aspekty. Ty uvádí na příkladu transsexuality, kdy se nejprve pracuje s lidmi psychologicky, následně se přechází k hormonální terapii a poté případně k chirurgickým zákrokům. Celý proces je doprovázený lékařem či lékařkou, který má významnou psychologickou průpravu. Toto je u osob s variacemi pohlavních znaků jinak. „*Prožil jsem si, co jsem si prožil. A přijde mi to problematické. [...] Někomu pomůže to, že se to nejdřív léčí po té hormonální stránce, potom případně po té operační stránce. Tak u intersex lidí je to obráceně a je to náročné. Mimochodem, jsem ti neříkal, ale dvakrát jsem se pokusil o sebevraždu. V 21 [...]“* (Boris). To souviselo s jeho partnerským vztahem, v němž jej tehdejší partner, když se vztah pokoušel ukončit, urážel a psal mu zlé SMS zprávy, v nichž právě narážel na operace a tělesné důsledky variace pohlavních znaků. „*To byla mimochodem dost bolestivá záležitost všechny tyhle operace, bez ohledu na to, že byly potřebné [...], je to fakt velká zátěž na to tělo. Nemáme všechny odpovědi a musíme ty odpovědi hledat. [...] nejde to ale bez toho, že bysme se o těch věcech nebavili.“*

Obdobně o své zkušenosti jako příkladu pro ostatní, především pro rodiče dětí s variacemi pohlavních znaků uvažuje i Dani, kdy se snaží komunikovat s rodiči: „*Když už můj život je prostě poznamenáný nějakými operacemi a věcmi, které z toho vycházejí, zdravotními problémy, ať už je to onkologické onemocnění způsobené hormonální terapií, anebo další věci, tak vlastně pořád je to dobře, protože alespoň, v uvozovkách, mají třeba ty rodiče nějaký ‚odstrašující příklad‘ toho, co se může stát, když poslechnou radu ‚fundovaných‘ lékařů a lékařek, kteří mají větší autoritu. [...] informace nejsou úplně běžně dostupné, tak se to dá, z pozice laika, jen obtížně hlouběji studovat. Ale je fajn, že ti rodiče mají nějakou další osobu, na kterou se mohou obrátit, když se něco děje.“*

Ema nám sdělila: „*Když to zkrátím já, tak jakékoliv ‚zvěřejnění‘ mé odlišnosti vedlo od fyzického napadení až po totální dehonestaci mé osoby.“* Nevíme sice, jestli hovořila o dospívání nebo dospělosti, ale její výrok je alarmující a upozorňuje na další významný aspekt, a to je veřejná osvěta, o kterou se snažil i Boris svými coming outy, nebo Andrea účastí na diskusích. V souvislosti s osvětou mimo komunitu lidí s variacemi pohlavních znaků a lékařského personálu vyplývá z Eminy výpovědi i vzdělávání pomáhajících profesí (např. sociálních pracovníků a pracovníků, nebo vyučujících a vychovatelů či vychovatelek), ale také policie, aby si

případně věděli s případy šikany, napadení či hate speech (nenávistné projevy)⁸ rady.

2.5.3 Poradenské služby a svépomocné skupiny

Podle výzkumné sondy fungují i v českém prostředí poradenské týmy, jejichž členy nejsou jen lékaři, ale i psychologové a sociální pracovníci, resp. pracovníci center provázení. Těmto týmům pak jsou podle jednoho z lékařů rodiče „*partnery*“, přičemž „*paternalistický přístup*“ známý z minulosti byl již podle jeho názoru opuštěn. Současný přístup je podle něj založený na faktech a vědeckých studiích. Takový přístup se sice podle něj může jevit jako „*méně citový*“ a „*více věcný*“, ale nakonec je podle něj „*více citlivý a laskavý, protože již není založený na předsudcích a osobních názorech, ale na věcné skutečnosti konkrétního dítěte. [...] Odborníci od takového jedince ‚neutíkají‘, protože mantinely práce a znalosti jsou jasně dané, a to pro velké spektrum různých dětí. Takový přístup vede k rychlému uklidnění rodičů, pečovateli [a] navození jejich jistoty a tím zvládnutí celé situace a následné péče o dítě.*“

Lékaři se shodli, že stejně jako v jiných oblastech medicíny a obecně ve společnosti je i v této oblasti kladen velký důraz na otevřenost a partnerský přístup k dětem a rodičům. Zároveň někteří lékaři připustili, že i zde je co zlepšovat („*rezervy jsou jistě vždy a všude*“ či „*určitě je komunikačně stále co zlepšovat*“), neboť nikde nelze pouze rigidně zůstat u stávajících přístupů. Mění se nejen vědecké poznání, ale i pohled na práva jedince, na jeho postavení v expertních systémech, zvyšuje se respekt vůči individuální jedinečnosti a tolerance k odlišnosti. Medicína a medicínské přístupy se mění nejen pod vlivem nového poznání na rovině vědecké a technologické, ale i pod vlivem toho, jak jsou chápána lidská práva, jak se sociálně rozvolňuje akceptovatelná normativita na rovině pohlavní a genderové identity a jaké odchylky od této normativity společnost a kultura akceptují coby přijatelné. Medicína neexistuje v kulturním a sociálním vakuu, mění se jak očekávání, která jsou vůči ní směřována, tak i lidé, kteří se medicíně věnují. Jak ve výzkumné sondě prohlásil jeden z lékařů, problematikou lidí s variacemi pohlavních znaků se zabývá například genetika a ta bere jako daný fakt, že každý jedinec je geneticky jedinečný a tedy odlišný od všech ostatních jedinců. Jak pravil další lékař, již dávno neplatí, že je medicínský systém „*nelidský*“ a „*lékaři ve státních institucích uspěchaní a neochotní*“. Zároveň ve výzkumné sondě padl i povzdech, že obecně by česká společnost mohla být více tolerantní a pokud se setkáme s určitou rigiditou v medicínských postojích, není to nic jiného než odraz české společnosti jako takové: „*Bohužel obecně naši společnost jako příliš tolerantní nevnímám a změny postupují na můj vkus hodně pomalu, ale jsou.*“

⁸ Nenávistné projevy spadají to tzv. násilí z nenávisti či předsudečného násilí. Zprávy o stavu tohoto typu násilí v Česku ve vztahu k sexuální orientaci či genderové identitě vydává např. organizace In Iustitia. Dostupné zde: <https://in-ius.cz/zpravy-o-predsudecnem-nasilii/>

Zároveň výzkumná sonda zjistila jednu výraznou slabinu českého systému oproti zahraničnímu. V České republice neexistují svépomocné patientské či rodičovské organizace, které by se zaměřovaly výhradně na pacienty s variacemi pohlavních znaků a jejich rodiče. Lékaři zmiňovali dvě organizace, Centrum provázení (<https://centrumprovazeni.cz/>) a Českou asociaci pro vzácná onemocnění (<http://vzacna-onemocneni.cz/>). Obě jsme v rámci našeho výzkumu oslovili, ale žádná nedisponovala kontakty na jedince s variacemi pohlavních znaků či jejich rodiče. To svědčí o tom, že problematika lidí s variacemi pohlavních znaků u nás stále ještě není dostatečně uchopena.

Zde se znovu dostáváme k problematice podpůrných skupin a organizací na poli práv lidí s variacemi pohlavních znaků. WHO spolu s dalšími mezinárodními organizacemi upozorňuje, že je základním právem dětí s variacemi pohlavních znaků a jejich rodičů, aby se jim dostalo informací a psychologické pomoci nejen ze strany zdravotnického personálu, ale i od jedinců s variacemi pohlavních znaků a jejich rodin, a to nejlépe pomocí organizací, které tyto jedince sdružují a podporu a informace poskytují (WHO 2014). Zde je podle lékařů důležité, aby šlo skutečně o jedince s variacemi pohlavních znaků, kteří se s tímto problémem setkávají v současnosti, a ne o ty, kteří mají zkušenost z minulých dekád a neznají současný stav. Neaktuálností trpí i mnohé výzkumné studie vycházející ze zkušenosti starších účastníků, kteří podstoupili dnes již zastaralé chirurgické zákroky (Sandberg, Pasterski, Callens 2012). S tím souhlasí i čeští lékaři z výzkumné sondy, podle nichž kritici medicínského přístupu mnohdy reagují na situaci, která již v mnoha ohledech neplatí, když je dnešní medicína obecně mnohem více otevřená vůči pacientům než v minulosti a např. zatajování zdravotního stavu před pacienty je v současnosti již vyloučené, a to obecně, ve všech oblastech medicíny. Pokud někdo zatajuje před dítětem jeho zdravotní stav, tak to dnes podle lékařů z výzkumné sondy již nebudou lékaři, jak tomu mohlo být v minulosti, ale někteří rodiče. Zároveň jeden z lékařů ze sondy prohlásil: „*Určitě je důležitá práce všech lidí, kteří se snaží v jakékoli oblasti o zvýšení informovanosti, podporu tolerance, ochranu zranitelných skupin lidí, minimalizaci nesprávných informací, ‚bludů‘ a desinformací. Toto platí nejen pro přístup k lidem s DSD.*“ Jedna věc je totiž právní stav věci, který zatajování neumožňuje, a stav faktický, kde k tomu na individuální rovině dojít může.

Z toho, jak o „doprovázení“ lékaři a lékařkami hovořily samotné osoby s variacemi pohlavních znaků z našeho výzkumu, jeví se absence psychologického poradenství a doprovázení či možnost si o své situaci s někým pohovořit jako zásadní nedostatek. Poradenství a doprovázení by zároveň mělo být dostupné kontinuálně, po celou dobu, tedy jak v dětství a během dospívání, tak i v do dospělosti. Aby toto poradenství mělo dostatečné časové možnosti a citlivost k nuancím nejen medicínským, ale také psychologickým, identitním, vztahovým či jiným sociologickým, je žádoucí, aby neleželo (jen) na ramenou lékařů a lékařek. Ti, zdá se, nemají dostatek času věnovat se dlouhodobě zdravotním potřebám osob s variacemi pohlavních znaků, s výjimkou diskuze konkrétních léčebných postupů u akutních problémů. Zpravidla také nemají ani dostatečné expertní vybavení pro komplexnější psychologické

vedení a reflexi sociálních dopadů a podmínek (mj. identitních). Boris i Andrea poznamenávají, že jejich zkušenost z období, kdy by obzvláště poradenství potřebovali, je z 90. let 20. století, tedy z doby poměrně odlišné od té dnešní. Boris by uvítal peer komunikaci, sám se občas setkává a povídá si se starším mužem s obdobnou variací pohlavních znaků, což mu pomáhá i dnes, když už je se svou situací poměrně obeznámený a vyrovnaný. Andrea by během dospívání potřebovala větší podporu v okolí, které vytvářelo silný tlak na genderovou konformitu, již nespĺňovala – jak svým chováním, tak svým tělem (nejdříve spíše chlapecké tělo, později absence menstruace a domnělá neplodnost, následně silná obezita kvůli zavodňování). Dani se o vytvoření určité „poradenské sítě“ snaží sama. V rozhovoru uvádí, že se setkává s 25 rodinami a ač nemá příslušné profesní vzdělání, vnímá svou pomoc, a především to, že je rodičům i dětem pro jakékoliv otázky a sdílení své zkušenosti k dispozici, jako významné a důležité.

Františka vedla zkušenost z online a terapeutických trans* skupin (vedoucí k silnému zpochybnění jeho genderové identity a skoro až k tranzici) k větší kritičnosti až odmítání takového seskupování. Nakonec ale asi poměrně vhodně vystihl podobu spolupráce s lékaři a ve skupině. „*Spíš se musí s těma lidma individuálně pracovat, samozřejmě je nechat být, a nedoporučovat jim komunitu. [...] Když máte nějaký problém, tak ho musíte nějak [sami] překonat. [...] Musela by to být cílená skupina, kde si lidi říknou něco danýho. Ale pak musí zasáhnout profesionál, aby se to nezvrtilo v to, kde se lidi utvrzují ve svý bolesti.*“

Podobně jako František i Boris a Andrea nezávisle na sobě uvedli, že je variace pohlavních znaků jejich problém – je to stav, který nemohou změnit, musí se s ním naučit žít, což všichni s časovým odstupem hodnotili, že nejspíše zvládli. „*Co se s tím dá dělat jinýho, než s tím žít. Asi jsem s tím smířená. [...] Ještě mám tu výhodu, že mám to dítě, že nějakým způsobem to tělo funguje jakoby žensky, takže už nemusím řešit ty psychický problémy, co se týče toho intersexu. Já věřím, že pro spoustu lidí, kterým nefungují třeba pohlavní orgány tak, jak oni by si přáli, tak je to daleko traumatictější*“ (Andrea). František to zvládá i humorem. Také opakovaně tematizoval obrovský dopad na jeho život – zdravotní i socio-ekonomický – a označoval ho jako „šiléný“, s nímž mu lékaři nepomohou, a tak se obrátil k mysticismu a šamanství. Také řekl: „*Vnímám to dneska jako dar. Řekněte, jakýmu chlapovi se povede dostat do mysli žen [...] jsem mezi tisícovkou žen, v ženský společnosti.*“ Ema byla stručná, když odmítala účast ve výzkumu slovy: „*Já už to nějak dožiju.*“

Zahraniční literatura, jak už bylo výše uvedeno, hodnotí dostupnost ať už profesionálních poradenských, nebo svépomocných peer-to-peer skupin jako zásadní, a to nejen pro samotné osoby s variacemi pohlavních znaků, ale také pro jejich rodiče a příbuzné, jelikož problematika je komplikovaná a setkávání s osobami v podobné situaci, nebo ochotnými se podělit o svou zkušenost, ale také naslouchat vede nejen ke zvýšení povědomí a informovanosti ohledně rozhodnutí, ale také snižuje pocit osamocení nebo stigma, které si nesou jak lidé s variacemi pohlavních znaků, tak i jejich rodiče, např. za špatná rozhodnutí nebo z pocitu, že situaci sami nějak způsobili třeba špatnou výchovou (mj. Davis 2015). Zároveň v zahraničí

fungují sítě specifických patientských, svépomocných, rodičovských či tzv. allies (přátel) skupin.⁹

2.5.4 Shrnutí

V případě lidí s variacemi pohlavních znaků jde o respekt vůči jedinci, který má právo volby na základě znalosti veškerých dostupných informací s tím, že do určitého věku musí o věci spolurozhodovat rodiče. Přitom nelze vždy očekávat, že je k dispozici jasné a nepochybné rozhodnutí a řešení. Jak prohlásil jeden lékařů z výzkumné sondy: *„Ale ani dnes u těchto lidí [s variacemi pohlavních znaků] nemáme možnost dát vždy přesnou odpověď. Ale vždy nabízíme, že ji chceme hledat – ale vždy ve prospěch pacienta, proto, abychom nabídli potřebnou léčbu od nejtělejšího věku, pokud je nutná a je možná.“*

V tomto kontextu nejde jen o vědeckou adekvátnost v přístupu k lidem s variacemi pohlavních znaků (zvláště pokud i tato adekvátnost je v otázce pohlaví a genderu ovlivňována kulturními představami o normálním mužství a ženství), ale v nemenší míře o to, kdo se bude moci podílet na celém procesu rozhodování a jaké v něm bude mít jedinec s variacemi pohlavních znaků slovo – není to tedy jen otázka vědecká, resp. medicínská, ale i otázka spravedlnosti (Oberacker 2007). Nejde o to za každou cenu zjistit, jestli je dítě mužského či ženského pohlaví a pak jej do tohoto pohlaví „napasovat“, ale o to, které zákroky jsou adekvátní z hlediska zdravotního stavu jedince při snaze zachovat jeho budoucí sexuální senzitivitu a možnost reprodukce a jaké jsou již nadbytečné. Výsledkem nemá být společnost, kde by neexistovala žádná pohlavní a genderová diferenciaci, jak je to někdy kritickým hlasům a aktivistům v rámci této agendy přisuzováno, ale respekt k individuální odlišnosti a právo na svobodnou volbu. Není nutno rušit systém dvou pohlaví, ale je třeba připustit možnost individuálních odlišností od tohoto systému. Člověk by měl mít právo zvolit si mužské či ženské pohlaví (a gender), přestože jeho anatomie obsahuje mužské i ženské znaky, aniž by byla tato anatomie medicínsky upravována tak, aby odpovídala kulturnímu obrazu, nebo se dokonce neidentifikovat ani jako muž, ani jako žena, zvláště pokud je jeho anatomie smíšená. Přičemž, jak se ukazuje, případy, kdy se jedinec necítí být ani mužem, ani ženou jsou v případě jedinců s variacemi pohlavních znaků natolik výjimečné, že je strach z vymizení pohlavní diferenciaci ze společnosti zcela zbytečný. Jde o to uznat právo na odlišnost těm lidem, kteří vykazují pohlavní (tedy biologické) znaky vybočující z běžné nomenklatury, na základě které rozlišujeme jedince na muže a ženy. To, že se někteří lidé nechtějí nebo nemohou identifikovat jako muži nebo jako ženy, neznamená, že mužské a ženské pohlaví vymizí. Navíc na genderové rovině, která je dána sociálními a kulturními normami, očekáváními, vzorci chování atd., může existovat více

⁹ Shrnutí jsou na webu interadvocates.org – <https://interadvocates.org/resources/intersex-organizations/>.

variant než dvě, právě proto, že gender, jak s tímto pojmem pracují sociální vědy, není dán přirozeností, ale sociokulturně.

2.6 Genderové aspekty a „třetí pohlaví“

Jaké jsou tedy možné přístupy a změny k problematice na sociokulturní i medicínské rovině? Nakolik si vystačíme se systémem dvou disparátních pohlaví a nakolik je nutno tento systém revidovat, ať už v tom smyslu, že nebudeme trvat jen a pouze na dvou pohlavích, nebo v tom smyslu, že mužství a ženství budeme vnímat jako množiny, do kterých mohou přináležet různé individuální variace, které v současném systému mužskému či ženskému pohlaví neodpovídají? Pokud by se kritéria pro určení pohlaví dítěte rozvolnila či rozšířila, ubyla by i potřeba provádět nevratné zákroky, a zvýšila by se pravděpodobnost, že rodiče a okolí přijmou bez zásadnějších psychických problémů narození dítěte s variacemi pohlavních znaků (Gough et al. 2008).

Navíc vedle otázky, máme-li provádět operace, které nejsou nutné z důvodu fyziologického zdraví dítěte, ale kvůli kulturním normám, se kterými se společnost a rodiče dítěte ztotožňují, je tu i problematika špatně určeného pohlaví. I v případě stavů spojených s variacemi pohlavních znaků musíme počítat s tím, že se narodí dítě s genderovou dysforií, tj. dítě, které se vnitřně neztotožňuje s pohlavím, ve kterém se narodilo. Proto nejde ani u jedinců s variacemi pohlavních znaků stoprocentně předpokládat a očekávat, že se vždy ztotožní s pohlavím, které jim bylo po narození určeno. Zároveň se objevuje otázka, zdali tyto operace nemohou vyvolat transgender stav, pokud dojde k chybné pohlavní atribuci u dítěte, které se jako transgender nenarodilo. Ve výzkumné sondě padlo, že pravděpodobnost chybného určení pohlaví je při možnostech dnešních medicínských technologií mizivá. Chybné určení pohlaví pak podle lékařů z výzkumné sondy není chybou na straně medicíny, ale je způsobeno genderovou dysforií u dítěte.

S ohledem na dysforii se objevuje argument, že neoperovaní jedinci mohou snáze změnit svůj gender/pohlaví než ti operovaní – nenesou si totiž zátěž již provedené chirurgické úpravy genitálií (Wiesemann et al. 2010). I v medicínské literatuře se můžeme setkat s upozorněním, že „u některých jedinců s DSD nelze s jistotou předvídat jejich genderovou identitu v době dospělosti. To je dáno tím, že stále málo víme o relativním vlivu biologických (např. geny, prenatální vystavení pohlavním hormonům) i nebiologických faktorů (např. přístup rodičů, vliv vrstevníků, kulturní kontext) na rozvoj genderové identity a její stabilitu“ (Sandberg, Gardner, Cohen-Kettenis 2012). V takových případech by pacienti neměli podstupovat nevratné zákroky. Zároveň je nutno brát v potaz, že „atypické genderové chování není známkou problémů s genderovou identitou. Přesto mohou rodiče a poskytovatelé zdravotní péče považovat genderové chování, které není v souladu s genderem, ve kterém bylo dítě vychováváno, za známku genderové dysforie, což u nich vyvolává otázku,

zda rozhodnutí o genderové atribuci po narození bylo správné“ (Sandberg, Gardner, Cohen-Kettenis 2012). Pokud se dítě nechová jako typická dívka či chlapec, nemusí tím nijak zpochybňovat svou genderovou či pohlavní identitu.

Někteří odborníci zabývající se problematikou osob s variacemi pohlavních znaků ze sociálněvědního pohledu si pak kladou otázku, nebylo-li by jedním z možných řešení situace rozvolnit kritéria, na základě kterých se určuje pohlaví jedince, přičemž se nabízejí tři varianty, jak k dané problematice přistupovat:

1. Uznat kategorii „třetího pohlaví“.
2. Nahlížet na problematiku optikou pohlavního kontinua, kdy jsou mužské a ženské pohlaví jen koncovými body intervalu a mezi nimi mohou existovat další pohlavní varianty.
3. Nezpochybňovat dvoupohlavní model, ale počítat s tím, že jedincovo tělo nemusí přesně odpovídat momentálně platným kritériím pro určení mužského a ženského pohlaví, a přesto může být daný jedinec považován za plnohodnotnou ženu či muže, aniž by se musel podrobovat chirurgickému odstranění či úpravám určitých částí těla.

Crasnow (2001) uvádí, že dvoupohlavní systém je vědeckým modelem či abstrakcí reality, ne realitou samotnou, a žádné tělo zcela neodpovídá tomuto modelu – žádné tělo není bezesbýtku „zdravé“, „normální“, „učebnicové“. Na tento pohled můžeme narazit i v medicínských textech: „Chirurgická redukce zvětšeného klitorisu u CAH [kongenitální adrenální hyperplazie] a odnětí varlat u CAIS [úplná androgenní insenzitivita] jsou v podstatě pokusy zastříhnout jedince tak, aby vyhovoval jedné ze dvou umělých kategorií“ (Raveenthiran 2017). Jeden z lékařů ve výzkumné sondě mluvil v tomto kontextu o „zvykovém“ systému, pomocí kterého lékaři „na základě všeobecného konsensu“ určují pohlaví (více viz níže).

S výše zmíněnými způsoby náhledu na problematiku se můžeme dnes již setkat i na právní rovině. Přibývají státy, které do svého právního systému inkorporovaly koncept „třetího pohlaví“, a zároveň v mnohých zemích oslabuje tlak na trans* jedince, aby spolu se změnou pohlaví podstoupili všechny medicínské zákroky proměňující jejich anatomii, které tradičně museli podstupovat, aby mohli být úředně prohlášeni za opačné pohlaví, než jaké jim bylo na základě jejich tělesnosti přisouzeno při narození. To zmínil i jeden z lékařů ve výzkumné sondě: „*Takový stav známe z klinické praxe transsexuálů. Někteří transmuži (původně biologicky ženy) nemohou být léčeni testosteronem. Necháávají se žít ženský život bez hormonální substituce a tento život je do velké míry plnohodnotný. V rozporu s realitou vědí, kdo jsou, a za stav, tak jak je, bývají vděční.*“

Takto dnes již připouštíme, že na individuální rovině nemusí být genderová identita plně v souladu s pohlavními anatomickými znaky. Existují lidé, kteří se sociálně hlásí k jednomu z genderů, i když jejich tělo plně neodpovídá pohlaví, které si s tímto genderem spojujeme – někdo, kdo se cítí být mužem, jako muž sociálně vystupuje a společnost jej za muže považuje, nemusí mít nutně penis atp. V běžných sociálních situacích určujeme pohlaví jedince primárně na základě toho,

jaké genderové znaky sociálně vykazuje – v každodenních sociálních interakcích jednak nevidíme druhé jedince nahé a už vůbec se nemáme jak dozvědět, jaká je jejich vnitřní anatomie a další znaky, na základě kterých se určuje pohlaví jedince.

Jak již bylo výše uvedeno, participant i participantky s variacemi pohlavních znaků sami uváděly, že vykazovali v dětství a pubertě určitou genderovou nekonformnost, která se projevovala i v oblasti fyzické, resp. tělesné. Všichni si (Gabi asi nejméně) vystačili s existujícími označeními – muž a žena. Reflektovali také kategorie trans* a intersex. Nikdo z nich neuvažoval o potřebě nějaké třetí kategorie či potřebu své pohlaví dlouhodobě či krátkodobě neurčovat. Výjimkou by možná mohla být Gabi, jejíž příběh ovšem končí po zjištění variantnosti pohlavních znaků. Andrea všeobecně nálepky odmítala, přišly jí zbytečné, jelikož vnímala rozmanitost lidí, a tlačení jednotlivých lidí k tomu, aby splňovali představy mužství či ženství (ale také hetero– či homosexuality) považovala za nesmyslné. U své jedenáctileté dcery respektuje její požadavek na nebinární označení. Dani o situaci přemýšlí v intencích současného mezinárodního diskurzu, který nechce lidi s variacemi pohlavních znaků vyčleňovat do zvláštní kategorie, na druhou stranu chce respektovat tělesnou rozmanitost. „*Už jen fakt, že v dokladech máme na výběr buďto žena, nebo muž, velmi vyčleňuje intersex* lidi, kterých je zhruba jako zrzavých lidí a tvoří zhruba 2 % populace. [...] Osobně bych přidávat další znaménko nechtěla, protože to by člověka hrozně outovalo a mohlo by to vytvářet nějaké negativní konotace. Ale spíš se zamyslet nad tím, jestli je taková informace v dokladu opravdu potřeba*“ (Dani).

Ve výzkumné sondě s lékaři nebyla otázka rozvolňování či třetího pohlaví/genderu přijata pozitivně. K možnosti třetího genderu uvedl jeden z lékařů: „*Spíše ne, jistě ne kvůli dětem s DSD. Jsou buď vyhraněné [tj. cítí se být chlapcem, či dívkou], nebo je stav paralelně spojený s mentálním handicapem, a tam je pak sebeurčení ve stanovení pohlaví zbytečné. Pro jednotlivce nemocné v psychiatrickém smyslu slova by to k něčemu mohlo být, ale nejspíše by to zvýšilo počty lidí, kteří se ve skutečnosti neutrálně necítí, jen mají histriónskou osobnost a chtějí se odlišovat, být zajímaví, nebo mohou mít jinou psychickou nebo sociální patologii. Myslím, že formální uznání neutra nemusí být vyjádřeno, je možné ho lidem takto smýšlejícím ponechat v lékařské dokumentaci a vysvětlit jim celou záležitost.*“ Další lékař měl za to, že by zcela stačilo nevyplňovat po narození v rodném listu kolonku pohlaví: „*[...] spíše se přikláním k nepovinnému vyplnění kolonky pohlaví u osob, které toto uvádět nechtějí či nemohou z jakéhokoli důvodu. Tedy – lépe než třetí – což ve mně vzbuzuje možnost i čtvrté, páté atd. pohlaví, považuji za vhodné: neuvedeno. Podobně i ‚otec neuveden‘ je běžně užíváno v rodném listu.*“ Ovšem Jones (2016) ve své australské studii ukázala, že po zavedení kategorie třetího pohlaví vykazovali jedinci s variacemi pohlavních znaků vyšší míru spokojenosti se svou identifikací a nižší míra stresu se objevovala i při prvotním zjištění variace pohlavních znaků. Zároveň i v současné přírodovědné odborné literatuře můžeme narazit na teze, že na mužské a ženské pohlaví nelze nahlížet pouze jako na dvě disparátní entity, ale vhodnější by bylo vnímat pohlavní identitu jako bod na kontinuu, kde mužské a ženské pohlaví

jsou dva krajní body spektra a mezi nimi existují další pohlavní vyjádření (více viz Ainsworth 2015).

Co se týká možnosti genderového rozvolnění, tak jeden z lékařů prohlásil: „*Pro danou otázku mám za sebe jasnou odpověď. Pohlaví jsou dvě a můžeme tomu říkat, jak chceme, stále jsou a budou dvě. Rozvolnění určení pohlaví, nomenklatury ... bude snad krátce fungovat, ale lidé na to dříve nebo později přijdou a zjistí, že jsou frázemi oklamáni a dále budou žít racionální ‚trvale udržitelný život‘ a pokud o nevhodnou změnu zapadne.*“ Další lékař pak prohlásil: „*Nevím jak rozvolňovat kritéria na úrovni chromozomální a gonadální – ty jsou daná ‚natvrdo‘.*“ Zároveň ale připustil, že v případě anatomických kritérií je situace poněkud jiná: „*Anatomická mohou být diskutabilní, medicína má zavedený zvykový (na základě všeobecného konsensu) jednoznačný škálovací systém – např. Praderův u virilizace chromozomálních a gonadálních dívek.*“ Jiný lékař pak uvedl: „*Anatomii, chromozomy, gonády nezměníme, můžeme jen něco modifikovat díky chirurgii, hormonální terapii...*“ Tento lékař zároveň dodal, že na rovině sociální již dávno k rozvolnění došlo: „*[...] proč nekoupit klukovi vaření a holčičce vláček nebo bagr? Ženy dnes chodí v kalhotách a muž, když bude chtít, nechť si vezme sukni, pokud ho baví chodit v punčochách, jeho věc [...].*“

Řešení zde tedy není medicínské, ale kulturní a sociální a z něj vyplývající změny na rovině zákonů. Cestou by bylo edukovat společnost, aby nepožadovala tak striktně daný pohlavní dimorfismus, který navíc začíná být zpochybňován i ve vědeckých kruzích (Ainsworth 2015). To by vedlo ke změně sociálních očekávání a kulturních norem vztahujících se k určení mužského a ženského pohlaví u dítěte a vědomí toho, že tělo dítěte nemusí plně odpovídat „učebnicové“ představě, jak má vypadat mužské či ženské tělo, a přesto jej můžeme vychovávat jako chlapce nebo dívku. V takové výchově je zároveň nutné rigidně netrvat na genderových stereotypch spojených s výchovou (například v podobě striktního odlišování chlapeckých a dívčích hraček a aktivit), neboť dítě se jednak nemusí ztotožňovat s genderovými očekáváním na něj kladenými, nebo můžeme zjistit, že jsme mu přiřkli pohlaví a gender, se kterými se neidentifikuje. Jak se můžeme dočíst i v medicínské literatuře, „vzhled pohlavních orgánů není vodítkem pro rozhodování o tom, v jakém genderu bude dítě vychovááno“ (Raveenthiran 2017).

Raveenthiran (2017) upozorňuje, že pohled na problematiku určení pohlaví a genderu je ovlivněn kulturně (nábožensky): „Zdá se, že hinduistická filozofie má pro tuto hádanku řešení. V hinduismu se duše nebo psychika („atman“) považuje za nadřazenou tělu („sarira“). Při změně pohlaví by měla převládat spíše psychosexuální orientace než tělesná anatomie. V podstatě by mělo být pohlaví přizpůsobeno genderu.“ Chceme-li v této oblasti dosáhnout změn, které by byly ku prospěchu jedincům s variacemi pohlavních znaků, musíme do výzkumu zapojit nejen biologii a medicínu, ale i vědy sociální, což si uvědomují i některé medicínské texty: „Pokrok ve výzkumu DSD by benefitoval z toho, pokud by výzkumníci z jiných oblastí zabývající se dětským vývojem (typickým i atypickým) a další sociální vědci nasměrovali svou metodologii a výzkumné strategie k otázkám, s nimiž se tito

pacienti a jejich rodiny potýkají“ (Sandberg, Pasterski, Callens 2012). Nejde zde jen o to, aby bylo možné na základě „tvrдых“ dat určit, jakého je dítě pohlaví (zvláště když tato data mnohdy nejsou k dispozici), ale je třeba se i zamyslet nad tím, jak je kulturně konstruován a sociálně vnímán disparátní dvoupohlavní model, kde se v určitých předem daných znacích muži jednoznačně odlišují od žen, jak se pohled na tento model mění v čase a do jaké míry tento model vyhovuje realitě jedinců s variacemi pohlavních znaků.

Proto by se danou problematikou neměla zabývat pouze medicína a psychologie, ale i další sociální vědy a právo (jak je tomu např. v Německu, viz Wiesemann et al. 2010). Jen tak je možné dostat úplnější a adekvátnější – tedy i vědeckější – pohled na tuto problematiku. Člověk není neměnná přírodní entita či jev, aby mohl být popisován a vnímán bez ohledu na jeho osobnost a kulturu, ve které žije, se kterou se identifikuje, či která si na něj a jeho život činí nárok.

3. PRÁVNÍ TRAMPOTY S POHLAVÍM

Lidé s variacemi pohlavních znaků jsou nedílnou součástí naší společnosti. Jak však popisuje sociologická část této studie, jejich odlišnost naráží na některé naše sociální instituty pevně spojující biologické vzezření a funkce těla se sociálními kategoriemi a rolemi. Projevené pnutí přitom není pouze společenského charakteru. Tyto sociální instituty se výrazným způsobem odrážejí také v naší právní regulaci. V některých situacích se tak náš právní systém může snažit osoby s variacemi pohlavních znaků „napasovat“ do existujících kategorií. V jiných případech pak zase nedostatek uznání jejich specifické situace může prohlubovat jejich společenské problémy. Pokud má právní systém zajistit rovnou ochranu lidských práv všech osob, musí na výše popsané výzvy reagovat. Cílem této části publikace je shrnout, o které právně relevantní výzvy se jedná, jak na ně reaguje mezinárodní právo a instituce, a jaká česká regulace na ně dopadá. Nabízí rovněž inspiraci popisem právních řešení zvolených v jiných právních řádech.

Uvedená témata se prolínají různými rámci ochrany lidských práv. Jedná se o právní instrumenty přijaté na domácí, regionální i na globální úrovni, zahrnující právní rámce ochrany proti mučení a nelidskému zacházení; práva na soukromí a tělesnou i duševní integritu; práva na zdraví a na informovaný souhlas; práva na ochranu proti diskriminaci i práva na účinnou nápravu. Kromě obecně aplikovatelných standardů jsou zde důležité i standardy chránící specificky děti, ženy i osoby se zdravotním postižením. Spíše než přístup podle jednotlivých právních instrumentů a norem proto tato část publikace volí přístup tematický, sledující oblasti vymezené níže. Metodologie a podrobnější popis užitého právního rámce je k nalezení v publikované právní studii (Dušková 2021).

Proč je potřeba mluvit specificky o právech lidí s variacemi pohlavních znaků?

„Všechny děti jsou krásné právě tak, jak jsou.“

ÚSTŘEDNÍ SLOGAN KAMPANĚ OSN „FREE AND EQUAL“

Ústřední tezí této publikace je, že přirozená biologická diverzita lidí s variacemi pohlavních znaků v našem světě naráží na právní a společenské důsledky existující kategorizace pohlaví (Komisař Rady Evropy pro lidská práva 2015, s. 7). Pohlaví je tak mnohem více než jen biologický jev. Je jím zpravidla určen gender, tedy sociální pohlaví definované relativně ustálenými genderovými rolemi (čl. 3 Istanburské úmluvy proti násilí na ženách a domácímu násilí). Ten je obvykle jedním

z určujících faktorů osobního vývoje i společenského života člověka. Ovlivňuje, jaké vzorce chování od nás ostatní očekávají a určuje, jak nás identifikují státní orgány. Identifikátory pohlaví jsou téměř všudypřítomné – od dokladů totožnosti, cestovních dokladů, formulářů na úřadech, přes toalety po hračky, oblečení a kosmetiku. S tím jsou spojeny rozsáhlé společenské i právní důsledky.

Tyto každodenní společenské a právní důsledky nepočítají s existencí osob, které nejsou biologicky ženami ani muži. Většina států, včetně České republiky, nemá žádné kolonky umožňující identifikovat jiné pohlaví než mužské nebo ženské (FRA 2015, s. 5). Neumožňují často ani odložit rozhodnutí o určení pohlaví jedince do doby, kdy bude pohlavní identifikace jasná (FRA 2015, s. 4–5). A tyto jiné kolonky, obrazně řečeno, nemá ani zbytek společnosti, se kterou člověk s variacemi pohlavních znaků přijde do kontaktu – rodina, přátelé, učitelé, lékaři, kolegové. Lidé s variací pohlavních znaků se proto mohou potýkat s tím, že se stát a společnost vzezření jejich těla i jejich pohlavní identitu snaží vměstnat do dvou předpokládaných pohlavních kategorií. Z biologicky přirozeného jevu se tak stává problém společenského a právního rázu.

Společensky vytvořená kategorizace dvou pohlaví má důsledky nejen pro identifikaci lidí s variacemi pohlavních znaků. Vyvozují se z ní rovněž představy o tom, jak by mělo vypadat jejich tělo. Jinými slovy, naše představa o tom, že lidé se dělí na muže a ženy a tyto dvě kategorie mají jasně vymezené, zjevně rozpoznatelné a lišící se pohlavní znaky, vede k touze upravit pohlavní znaky intersex lidí odpovídajícím způsobem. Tato snaha právně, společensky i fyzicky vměstnat lidi s variacemi pohlavních znaků do předpokládaných dvou pohlavních kategorií může být pro řadu z nich traumatizující (Davis 2015, Blair 2015, Amanda 2015, Baratz a Karkazis 2015, Wall 2015, Walsh 2015, Zieselman 2015, Long 2015, Inter 2015, Cynthia 2015, Simon 2015, Truffer 2015, Quinn 2015, a další). V některých případech pak může dojít i k porušování jejich lidských práv.

V České republice prozatím nebyl proveden rozsáhlý výzkum mapující situaci osob s variacemi pohlavních znaků. Na základě provedeného sociálního výzkumu (Fafejta, Sloboda 2021) však není důvod se domnívat, že do jisté míry nekopíruje systémové problémy typické v nám blízkých právních systémech. Lze proto v obecné rovině vycházet jak z množství odborných článků a rozsáhlejších výzkumů upozorňujících na problémy, se kterými se tito lidé potýkají z důvodu své biologické odlišnosti, tak z doporučení mezinárodních institucí. Podkapitoly níže shrnují témata která se v souvislosti s právní situací lidí s variacemi pohlavních znaků objevují nejčastěji. Podle nich je strukturován i zbytek právní části této publikace.

Patologizace a normalizační zákroky

První výzvou, která souvisí se specifickou situací osob s variacemi pohlavních znaků v našem právním a společenském systému, je jejich patologizace. Patologizací rozumíme označování variací pohlavních znaků za poruchu, problém, který je třeba

opravit (OHCHR 2019, s. 25, ILGA Europe 2019, s. 15). Zavedená lékařská terminologie označující variace pohlavních znaků jako poruchu pohlavního vývoje (DSD) je považována za problematickou jak samotnými intersex lidmi (Davis 2015, Viloría 2015), tak některými institucemi (např. Evropský Parlament 2019). Automatické označování variací pohlavních znaků za poruchu totiž vzbuzuje představu nezbytnosti léčby i v případech, kdy nedochází ke zdravotním komplikacím (Viloría 2015, Truffer 2015, Inter 2015, Davis 2015). Může proto docházet k zákrokům, které nejsou nezbytné z důvodu zachování života nebo zdraví a mají za cíl především upravit jejich pohlavní orgány tak, aby odpovídaly společenské představě (Walsh 2015, Truffer 2015, Viloría 2015, Amanda 2015). Takové lékařské zákroky se zpravidla označují za normalizační (OHCHR 2019, s. 25). Stále se provádějí i na malých dětech pouze se souhlasem jejich zákonného zástupce, a to i v České republice (Fafejta, Sloboda 2021, s. 10–11). Z výzkumu Agentury pro Základní práva EU (FRA) z roku 2020 navíc vyplývá, že u velké části těchto zákroků není dán souhlas ani zákonného zástupce (FRA 2020, s. 51 an.).

Tyto lékařské zákroky mohou být velmi bolestivé a mohou mít závažné důsledky na pozdější schopnost reprodukce nebo na kvalitu sexuálního života (OHCHR 2019, s. 11, Blair 2015, Truffer 2015). V některých případech musí být opakované a jsou spojeny s dlouholetou náročnou léčbou (OHCHR 2019, s. 11, Long 2015). Některé osoby s variací pohlavních znaků tyto zákroky i léčbu navíc označují za traumatizující (Inter 2015, Davis 2015). Každá léčba totiž pro dítě s variacemi pohlavních znaků znamená nové pohledy, doteky a zásahy do nejintimnější části těla. Podle výpovědí zaznamenaných v některých zahraničních výzkumech tyto opakované prohlídky někteří z nich prožívají jako formu sexuálního násilí (OHCHR 2019, s. 11, Blair 2015, více viz také Fafejta, Sloboda 2021, s. 18).

Nedostatek informací a specializované péče

Lidé kteří se narodí s variací pohlavních znaků stejně jako ostatní potřebují kvalitní zdravotní péči. Jejich situace však někdy vyžaduje zdravotní péči specializovanou. Zároveň potřebují takovou péči, která bude projevovat pochopení a respekt k jejich odlišnosti a osobním volbám. Podle zahraničních výzkumů je potřeba zejména péče, která je zaměřena na jejich psychologické, emocionální, sexuální i reprodukční zdraví (Ghattas 2013, OHCHR 2019, s. 11, Komisař Rady Evropy pro lidská práva 2015, s. 14). Výpovědi některých jednotlivců s variacemi pohlavních znaků zdůrazňují zejména důležitost vhodného a pravdivého informování o jejich situaci, vhodné léčbě a jejich alternativách (Walsh 2015, Zieselman 2015, Petersen 2015, Garcia 2015, Pagonis 2015, Truffer 2015) a kontaktu s podpůrnými skupinami a dalšími lidmi s podobnými zkušenostmi (Inter 2015, Zieselman 2015, Quinn 2015).

Lidé s variacemi pohlavních znaků si někdy stěžují na nedostatek péče, která by splňovala všechny tyto nároky (ILGA Europe 2019, s. 23–24, FRA 2020, s. 53). Psychologická péče nebo jiná podpora pomáhající jim zpracovat svou zkušenost není vždy dostupná nebo hrazená ze zdravotního pojištění (ibid.). Sami lidé s variacemi

pohlavních znaků nebo jejich zákonní zástupci si stěžují na nedostatek přístupných a srozumitelných informací (mj. o diagnóze, o alternativách) (Walsh 2015, Zieselman 2015, Petersen 2015, Garcia 2015, Pagonis 2015, Truffer 2015). Objevují se rovněž případy odepření přístupu do zdravotnické dokumentace (OHCHR 2019, s. 4, Truffer 2015). V některých případech se lidé o zákrocích, které na nich byly provedeny, dozví až v dospělosti (Komisař Rady Evropy pro lidská práva 2015, s. 14).

Odepírání sebeurčení

Brzké zákroky a umělé zařazení lidí s variací pohlavních znaků do jedné z pohlavních kategorií navíc mohou přispět k tomu, že se v průběhu života projeví nesoulad mezi přisouzeným pohlavím a tím, se kterým se identifikují (Zillén, Garland, Slokenberga 2017, s. 42, Blair 2015, Long 2015). Přestože je mezi kategoriemi intersex a trans* lidí rozdíl (viz úvodní podkapitola), i intersex člověk může být trans. Čelí potom všem problémům, se kterými se potýkají trans* lidé při snaze změnit své administrativně vedené pohlaví. V některých zemích, stejně tak jako v České republice, to stále obnáší povinnost podstoupit další operaci pohlavních orgánů, a dokonce zneplodnění.

Nedostatečná ochrana a náprava v případech porušení práv

Intersex osoby se z důvodu své pohlavní odlišnosti mohou potýkat také s diskriminací nebo násilím z nenávisti (FRA 2020, s. 51 an., Komisař Rady Evropy pro lidská práva 2015, s. 43 an., OHCHR 2012, s. 42, 51). V praxi se taková diskriminace podle zahraničních zdrojů objevuje v oblasti vzdělávání, zdravotních službách, zaměstnání, ale také ve sportu (Komisař Rady Evropy pro lidská práva 2015, s. 43 an., OHCHR 2019, s. 29 an., viz také KVOP 2019 mapující oblasti pocíťované diskriminace LGBTI osob v Česku). Zákony proti diskriminaci i trestněprávní normy mířící proti projevům z nenávisti přitom osoby s variacemi pohlavních znaků zpravidla explicitně nechrání (FRA 2015, s. 3–4).

Někteří lidé s variacemi pohlavních znaků proto hovoří o nedostatečné právní ochraně, která může vést k tomu, že svou identitu i své zkušenosti raději skrývají (Komisař Rady Evropy pro lidská práva 2015, s. 43, ILGA Europe 2019, s. 39). V případě dokumentovaného porušení práv je problematický i přístup k účinné nápravě (Komisař Rady Evropy pro lidská práva 2015, s. 51, OHCHR 2019, s. 33–34). Z mnoha důvodů je v praxi výjimečné, že by se lidé s variacemi pohlavních znaků domáhali jak ochrany před diskriminací (FRA 2020, s. 51), tak zadostiučinění za jiná porušení práv (OHCHR 2019, s. 33).

3.1 Právo na tělesnou integritu

3.1.1 Lékařské zákroky u lidí s variacemi pohlavních znaků

Variace pohlavních znaků jsou vedeny v *Mezinárodní klasifikaci nemocí* („MKN 10“) ¹⁰ jako vrozené vady pohlavních orgánů a jiná hormonální nebo chromozomální onemocnění. Od dob tzv. *Chicagského konsenzu*, dokumentu připraveném v roce 2006 několika odbornými společnostmi s cílem sjednotit přístup k péči o pacienty s variacemi pohlavních znaků a stále velmi vlivným v lékařském prostředí, se tyto kategorie sjednocují do pojmu poruchy sexuálního vývoje (*disorders of sexual development*, DSD). Variace pohlavních znaků je proto v lékařském prostředí chápána jako porucha nebo nemoc (více viz část „terminologický problém“ popisující lékařský diskurz). Právě převažující medikalizující pohled na tuto problematiku je uváděn jako důvod, proč jsou lidé s variacemi pohlavních znaků často od raného věku podrobováni různým formám chirurgických zákroků a léčeb. Bývá proto lidskoprávními odborníky kritizován (viz např. Zvláštní zpravodaj OSN pro nejvyšší dosažitelnou úroveň zdraví 2015, odst. 84). Depatologizaci variací pohlavních znaků, tedy odstranění této diagnózy z MKN 10, požadují rovněž intersex aktivisté v již zmiňované Maltské deklaraci (OII Europe 2013), lidskoprávní organizace a instituce (Komisař Rady Evropy pro lidská práva 2015, s. 9) a v neposlední řadě také globální i evropské soft-law (např. Evropský parlament 2019, body 7 a 8). Tento požadavek se již promítl také do legislativy některých evropských států. Malta ve své legislativě pouze odkazuje na „pohlavní znaky“ (*Gender Identity, Gender Expression and Sex Characteristics Act*). Německo používá termín variace pohlavního vývoje (*Varianten der Geschlechtsentwicklung*).

Ve světovém měřítku je nějaké formě lékařských zákroků podrobena valná většina dětí, které se narodí s variací pohlavních znaků, někdy již v nízkém věku (OHCHR 2019, s. 12, 13, 16). I v českém kontextu se chirurgické úpravy pohlavních orgánů preferovaně provádí před druhým rokem věku dítěte (Fafejta, Sloboda 2021, s. 11). Podle výzkumu Agentury Evropské unie pro lidská práva z roku 2020 přitom ve většině případů – v šedesáti dvou procentech – k takovému zákroku nedala souhlas ani sama osoba, které se zákrok týká, ani její zákoní zástupci (FRA 2020, s. 51). Tyto zákroky bývají prováděny nejen dětem, jejichž pohlaví je bez chirurgického zákroku neurčitelné. Provádějí se také na dětech, jejichž pohlavní orgán neodpovídá standardům. I v České republice se například provádějí operace klitorisu z důvodu jeho nadprůměrné velikosti (Fafejta, Sloboda 2021, s. 11–12). V některých případech si tyto zákroky vyžadují dlouhou navazující léčbu a někdy je

¹⁰ Je třeba uvést, že po dopsání této knihy vstoupila v platnost nová Mezinárodní klasifikace nemocí – MNK 11, která na příklad zcela jiným způsobem přistupuje k trans* situaci. – <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci-mkn-11>

potřeba je provádět opakovaně (OHCHR 2019, s. 11). Opakované zásahy do citlivé tkáně poté mohou způsobit nejen závažné zdravotní komplikace, ztrátu plodnosti, sexuální citlivosti, inkontinenci, fyzickou bolest, ale také psychologická traumata, prožitky srovnatelné s těmi po znásilnění, deprese či problémy se sebezpřijetím (OHCHR 2019, s. 11, Ghattas 2013, Inter 2015, Davis 2015, Blair 2015, více viz také Fafejta, Sloboda 2021, s. 18). Různé zásahy někdy mohou vést – přímo nebo nepřímo – ke sterilizaci, tedy znemožnění reprodukční funkce osob s variacemi pohlavních znaků (OHCHR 2019, s. 11).

Zákroky lékařsky nezbytné a zákroky normalizační

Některé prováděné zákroky jsou potřebné z hlediska zachování života a zdraví intersex jedince. Mezi ty patří podle Výboru pro lidská práva a biomedicínu Rady Evropy podávání endokrinní léčby jako prevence ztráty solí v krevním oběhu, odstranění některých gonád v případě dětí s poruchami gonadálního vývoje (Zillén, Garland Slokenberga 2017, s. 43). Ve výjimečných případech, když fyziologie pohlavního orgánu znemožňuje bezpečné vyměšování, jsou v tomto smyslu potřebné také chirurgické zákroky (ibid.). Někteří čeští lékaři za takto potřebné zákroky označují také ty, které mají za cíl zvýšit pravděpodobnost plodnosti jedince s variacemi pohlavních znaků v budoucnosti (viz výše a také Fafejta, Sloboda 2021, s. 15). Označení těchto zákroků za nezbytné a neodkladné je však sporné, protože zřejmě nadřazuje předpoklad o budoucí rodinné preferenci jedince nad jeho právem na osobní a fyzickou integritu (Garland, Diamond 2018, s. 475).

Mnoho lékařských zákroků, které se v praxi provádějí, však uvedené opodstatnění nemá. Jsou tedy prováděny na tělech dětí, které jsou z hlediska funkcí těla zdravé. Jejich cílem není vyléčit zdravotní problém, který člověka s variací pohlavních znaků trápí nebo jej ohrožuje, nýbrž upravit tělo tak, aby odpovídalo představám o biologických parametrech ženy nebo muže (Garland, Diamond 2018, s. 475, Ghattas 2013, s. 17, Blair 2015, Truffer 2015). Tyto zákroky se v právních dokumentech zpravidla označují jako „normalizační“ a patří mezi ně celá řada postupů: od úprav vnějších stydkých pysků nebo vagíny, zmenšení a jiné úpravy klitorisu, gonadektomie, hyspospadie, phalloplastie a jiné formy úpravy penisu, předporodní i poporodní podávání hormonů, až po roztahování vagíny (Carpenter 2018, také Fafejta, Sloboda 2021, s. 9–12). Řadí se k nim také různé formy testování, prohlídek a kontrolování vzhledu pohlavních orgánů (ibid., také Wall 2015, Inter 2015). Někdy takové zákroky mohou být prováděny spolu s těmi, které jsou ze zdravotního hlediska nezbytné, a je proto těžší je odlišit (ILGA Europe 2019, s. 20).

Důvody normalizačních zákroků

Normalizační zákroky bývají obhajovány některými lékařskými argumenty (viz výše v této knize). Některé brzké zákroky údajně zvýší šanci na plodnost v dospělosti, nebo mohou snížit existující riziko rakoviny (ibid., dále např. Walsh 2015). U jiných

zdravých lidí se však – bez výslovného přání dotčené osoby – takové preventivní zákroky neprovádí ani například v případě významného snížení rizika vzniku rakoviny (Garland, Diamond 2018, s. 475). Klinický konsenzus proto neexistuje (Frader 2015). Tyto zákroky jsou navíc někdy skrytě prováděny jako součást skutečně nezbytné léčby (viz výše, také OHCHR 2019, s. 15). Případná netransparentnost tak vyvolává další otazníky (OHCHR 2019, s. 15).

Častěji vznášenými argumenty pro tyto zákroky jsou však ty sociokulturní. Patří mezi ně snížení rizika diskriminace nebo šikany, kterým by mohlo dítě s variacemi pohlavních orgánů trpět v kolektivu jiných dětí z důvodu své jinakosti (Carpenter 2018a, Garland, Diamond 2018, s. 475, Vioria 2015), lepší přijetí ze strany rodičů i širší rodiny (Carpenter 2018b, Truffer 2015), nebo lepší vyhlídky v budoucím partnerském a rodinném životě (ibid., také Inter 2015). Také v českém kontextu lékaři upozorňují na to, že zákroky jsou často prováděny právě z důvodu tlaku rodiny, která se špatně smíruje s jinakostí svého dítěte (viz výše). Tato odůvodnění však předvídají budoucí situaci a potřeby dítěte s variacemi pohlavních znaků. Jsou samy navíc založeny na genderových a kulturních stereotypech předpokládající například heterosexuální orientaci dítěte a pouze určitý typ intimního soužití (Zvláštní zpráva OSN pro právo na zdraví 2015, odst. 84, Vioria 2015). Odkazování na možné nepřijetí nebo diskriminaci intersex lidí ve společnosti je navíc paradoxním kruhovým argumentem. Stát musí proti diskriminaci aktivně bojovat, nikoli jí ospravedlňovat a podporovat umožňováním nedobrovolných lékařských zásahů na jinak zdravých tělech (OHCHR 2019, s. 13).

3.1.2 Pohled mezinárodního práva

Žádná mezinárodní úmluva se právy lidí s variacemi pohlavních znaků a ochranou jejich tělesné integrity nezabývá explicitně. Stejně tak zatím konkrétní závazné vodítko k posuzování těchto zákroků neposkytl ani žádný mezinárodní soud. Tuto mezeru však do jisté míry již několik let zaplňují různé mezinárodní lidskoprávní instituce, které se v zásadě ve svém právním výkladu shodují. Po vymezení základního právního rámce se proto v analýze níže budeme soustředit na ně.

Nedobrovolné lékařské zákroky na tělech osob s variacemi pohlavních znaků je možné posuzovat z pozice několika lidských práv i základních rámců ochrany. Podle čl. 3 Listiny základních práv Evropské unie a čl. 17 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením má každý právo na tělesnou a duševní integritu, tedy právo svobodně a informovaně rozhodovat o zákrocích, které budou na jeho těle provedeny. Toto právo – tedy právo na ochranu před nedobrovolnými lékařskými zásahy – je rovněž součástí práva na nejvyšší dosažitelnou úroveň zdraví zakotveného v čl. 12 Mezinárodního paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech, čl. 24 Úmluvy o právech dítěte, čl. 25 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením a čl. 11 Evropské sociální charty. V souladu s právem na zdraví jsou lékařské zákroky v zásadě možné jen se svobodným a informovaným souhlasem

dotčeného člověka, s vyjmenovanými výjimkami pro situace okamžitého ohrožení života a zdraví a některými specifickými pravidly v případě dětí. Toto pravidlo specifikuje Úmluva o lidských právech a biomedicině, zejména v čl. 5 a čl. 8.

Nedobrovolné lékařské zásahy, pokud nesplňují přísná pravidla výjimek, jsou zpravidla posuzovány jako porušení práva na soukromí, jež je chráněno čl. 8 Evropské úmluvy o ochraně lidských práv základních svobod, čl. 17 Mezinárodního paktu o občanských a politických právech, čl. 16 Úmluvy o právech dítěte a čl. 22 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením. Výbor OSN pro lidská práva tělesnou integritu zahrnuje také pod čl. 9 Mezinárodního paktu o občanských a politických právech, který zakotvuje právo na osobní svobodu a bezpečnost (UN HRC 2014, CCPR/C/GC/35). Nevratné nebo jinak zvláště závažné nedobrovolné zásahy do tělesné integrity poté mohou být posuzovány jako mučení nebo jiné špatné zacházení. To je zakázané čl. 3 Evropské úmluvy o ochraně lidských práv základních svobod, čl. 7 Mezinárodního paktu o občanských a politických právech, čl. 1 a čl. 16 Úmluvy proti mučení, čl. 37 Úmluvy o právech dítěte a čl. 15 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením. V případě dětí mohou některé nedobrovolné zásahy do jejich tělesné integrity být považovány za škodlivé praktiky zapovězené čl. 24 odst. 3 Úmluvy o právech dítěte i za formu násilí nebo zneužívání zakázanou čl. 19 stejné úmluvy.

Důležitost informovaného souhlasu

Zásahy do tělesné integrity, jakož i další lékařské zákroky, jsou v zásadě přípustné pouze se svobodným a informovaným souhlasem dotčeného člověka. Tato zásada – obecně reflektovaná v mezinárodním právu lidských práv a explicitně zakotvená v čl. 5 Evropské úmluvy o lidských právech a biomedicině – je projevem respektu k autonomii a práva na sebeurčení každého člověka. Každý má právo svobodně rozhodovat o tom, co se bude dít s jeho tělem. Kromě přísně stanovených výjimek není přípustné, aby o něm bez jeho souhlasu rozhodovali jiní.

Tento princip je v mezinárodním právu z dobrých důvodů brán velmi vážně. Lékařské zákroky, zejména ty narušující tělesnou integritu člověka, mohou být velmi bolestivé a mít závažné důsledky, od problémů s vlastním sebezpřijetím po nekonечné lékařské komplikace. Zákroky vedoucí ke zneplodnění pak přímo odepírají reprodukční práva a zasahují také do možností rozvoje intimních, partnerských i rodinných vztahů. Existuje navíc mnoho historicky zdokumentovaných situací masového porušování lidských práv prostřednictvím nedobrovolných lékařských zákroků, které sloužily jako forma podrobování určitých skupin obyvatel. Právě nedobrovolné experimentování s lidmi nebo nedobrovolné sterilizace byly základem nacistické eugenické politiky (Lifton 2000, s. 25, 247, 274–282). Státem sankcionované nedobrovolné sterilizace vůči menšinovým populacím mohou být také považované za formu genocidy (Stote 2015).

Pravidlo, že kromě zákonem vymezených výjimek lze jakýkoli zákrok v oblasti zdraví provést jen na základě svobodného a informovaného souhlasu, stanoví

čl. 5 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně. Informovaný souhlas je takový, který je míněný jasně, srozumitelně a vážně. Musí následovat po plném poučení o důvodech, povaze, všech důsledcích a možných rizicích daného zákroku, včetně možných dostupných alternativ. Kdykoli může být odvolán. Parlamentní shromáždění Rady Evropy upřesnilo v roce 2013 ve své rezoluci *Ukončení nedobrovolných sterilizací a kastrací (č. 1945(2013))*, že informovaný souhlas není dán svobodně, pokud je dán pod jakýmkoli nátlakem, i například pod vlivem autority lékaře, která nepřipouští zpochybnění (Parlamentní shromáždění Rady Evropy 2013). Informovaný souhlas také není dán platně, pokud byl dán pod vlivem zkreslených a neúplných informací, informací založených na stereotypech, nebo dokonce podporujících diskriminaci intersex osob (ibid.). Informace, které osoby s variacemi pohlavních znaků dostávají od lékařských profesionálů s cílem získat informovaný souhlas, musí jasně rozlišovat nezbytné nebo zdravotně důležité lékařské zákroky od těch, které jsou odůvodňovány sociokulturními faktory, tedy například prevencí možné stigmatizaci jednotlivce, zajištěním jeho budoucí psychické pohody nebo vyšší pravděpodobnosti spokojeného partnerského nebo rodinného života (OHCHR 2019, s. 42). Pokud takové informace před souhlasem se zákrokem člověk neobdržel, nelze hovořit o skutečně informovaném souhlasu.

Úmluva o lidských právech a biomedicíně stanoví dvě základní výjimky z pravidla informovaného souhlasu. První je výjimka zakotvená v čl. 8 této úmluvy, která reguluje stavy nouze. Pokud souhlas nelze získat, zákrok je nezbytný pro prospěch zdraví dotčené osoby a je nutné jej provést okamžitě, lze jej provést bez souhlasu dotčené osoby. Druhou výjimkou jsou situace osob, které nejsou z důvodu nedostatku rozumové způsobilosti schopny takový informovaný souhlas dát, tedy například dětí. Podle čl. 6 odst. 1 této úmluvy informovaný souhlas za nezletilé dává jejich zákonný zástupce (resp. osoba k tomu zmocněná zákonem). Náзор nezletilé osoby musí být v tomto rozhodnutí zohledněn a respektován se závažností narůstající úměrně s věkem a stupněm vyspělosti. Účast dítěte na rozhodování o těchto zákrocích je velmi důležitá také proto, že mají mnoho důsledků do budoucnosti – od stanovení registrovaného pohlaví dítěte, které určuje také sociální chování, které se od něj očekává, po častou nutnost podstupovat další léčbu a zákroky do dospělosti.

Dopady lékařských zákroků bez informovaného souhlasu

Lékařské zákroky, které nebyly provedeny na základě svobodného a informovaného souhlasu dotčené osoby, a které nespádají pod jednu z výše uvedených výjimek, představují **zásah do práva na zachování tělesné integrity** (čl. 3 Listiny základních práv EU a čl. 17 Úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením). Zasahují také do práva na nejvyšší dosažitelnou úroveň zdraví (čl. 12 Mezinárodního paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech, čl. 24 Úmluvy OSN o právech dítěte, čl. 25 Úmluvy OSN o právech osob se zdravotním postižením a čl. 11 Evropské sociální charty). Jeho inherentní součástí je povinnost nezasahovat do tělesné

a duševní integrity člověka bez jeho informovaného souhlasu (UN CESCR 2000, E/C.12/2000/4, odst. 8, také OSN 2015). To platí také pro ochranu sexuálních a reprodukčních funkcí těla, které mohou být takovými zákroky narušeny (ibid.). Toto stanovisko v roce 2014 zaujalo množství různých agentur OSN ve společném prohlášení nazvaném *Eliminace nucené a jinak nedobrovolné sterilizace* (OSN 2014). Prohlášení důrazně odsuzuje lékařské zákroky na lidech s variacemi pohlavních znaků prováděné bez jejich informovaného souhlasu, zejména ty prováděné pouze z kosmetických – normalizačních – důvodů. Uvádí zároveň, že takové zákroky představují závažné porušení práva na zdraví, práva na informace, práva na soukromí i reprodukčních práv a představují také formu diskriminace (ibid.).

Zásahy do tělesné integrity bez informovaného souhlasu pacienta bývají posuzovány rovněž jako **porušení práva na soukromí**. Tak je tomu zejména v případech, kdy dojde zároveň k narušení reprodukčních funkcí těla člověka. Výbor OSN pro lidská práva v minulosti posoudil případ nedobrovolné sterilizace jako porušení práva na soukromí zakotveného v čl. 7 Mezinárodního paktu o občanských a politických právech (*M.T. proti Uzbekistánu*, č. 2234/2013, 21. 10. 2015). Podobně tyto zákroky posuzuje rovněž Evropský soud pro lidská práva. Ten v zásadě všechny nedobrovolné lékařské zákroky, i ty nenarušující tělesnou integritu člověka, posuzuje jako možné porušení práva na soukromí chráněném čl. 8 Evropské úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod. Posoudil tak například nedobrovolnou psychiatrickou léčbu v případě *Storck proti Německu* (č. 61603/00, 16. 6. 2005) i nerespektování nesouhlasu s léčbou ze strany zákonného zástupce dítěte v případě *Glass proti Spojenému království* (č. 61827/00, 9. 3. 2004).

V případech, kdy jde o zákroky bez informovaného souhlasu, které narušují tělesnou integritu a jsou nevratné, Evropský soud pro lidská práva přistoupil k ještě přísnějšímu hodnocení. Nevratnou sterilizaci romské ženy bez předchozího svobodného a informovaného souhlasu vyhodnotil v případě *V. C. proti Slovensku* jako **zárok porušující zákaz mučení a jiného špatného zacházení** zakotvený v čl. 3 Evropské úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod (č. 18968/07, 8. 11. 2011). Množství orgánů a expertů OSN tomuto posouzení Evropského soudu pro lidská práva sekunduje a upřesňuje ve vztahu k normalizačním zákrokům na lidech s variacemi pohlavních znaků. V roce 2011 Výbor OSN proti mučení, pověřený dohlížením nad implementací Úmluvy OSN proti mučení, kritizoval provádění těchto zákroků bez informovaného souhlasu samotných lidí s variacemi pohlavních znaků a vyzval Německo, aby zajistilo efektivní vyšetřování i poskytl odpovědající zadostiučinění (UN CAT 2011, CAT/C/DEU/CO/5, odst. 20). Od té doby je problematika nedobrovolných zákroků na lidech s variací pohlavních znaků v hledáčku Výboru OSN proti mučení pravidelně. Výbor státním doporučuje, aby striktně zakázaly normalizační chirurgické zákroky do doby, kdy k nim bude schopno dát souhlas samo dítě (UN CAT 2018, CAT/C/NLD/CO/7, odst. 52–53, UN CAT 2019, CAT/C/GBR/CO/6, odst. 64–65, UN CAT 2016, CAT/C/AUT/CO/6, odst. 44–45). Stejně stanovisko vyjádřil opakovaně také Vysoký zpravodaj OSN proti mučení. Kritizoval provádění zákroků bez svobodného informovaného a doporučil normalizační

zákroky zcela zakázat (ZZ proti mučení 2013 a 2016, odst. 48–50, 57). V roce 2015 vyslovil stejné hodnocení i Vysoký komisař OSN pro lidská práva ve zprávě o diskriminaci LGBTI lidí. Nedobrovolné lékařské zákroky na lidech s variacemi pohlavních znaků, které nejsou lékařsky nezbytné, označil za formu mučení a špatného zacházení (OHCHR 2015, odst. 14 a 38).

Lékařské zákroky a informovaný souhlas u dětí

Zákroky upravující pohlaví lidí s variacemi pohlavních znaků se zpravidla provádějí na dětech, často v jejich velmi nízkém věku. A jako takové mají i z hlediska práva trochu jiné parametry než zákroky vůči dospělým, kteří jsou schopni dát vlastní informovaný souhlas. Svobodný a informovaný souhlas za dítě, které není dostatečně vyspělé k tomu, aby dalo souhlas samo, dává v souladu s čl. 6 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně a čl. 5 Úmluvy o právech dítěte jeho zákonný zástupce, zpravidla jeho rodič.

V takovém případě všechny parametry informovaného souhlasu popsané výše musí být splněny u tohoto zákonného zástupce, a dítě musí být o zákroku přiměřeně informováno a na jeho názor musí být brán zřetel (čl. 6 Úmluvy o lidských právech a biomedicíně a čl. 12 Úmluvy o právech dítěte). Jak však vyplývá z posledního výzkumu Agentury pro základní práva EU (FRA 2020, s. 51), tato podmínka často nebývá respektována. V šedesáti dvou procentech případů zkoumaných touto agenturou souhlas nebyl dán ani člověkem samotným ani jeho zákonným zástupcem. Podobnou zkušenost popisují také někteří samotní lidé s variacemi pohlavních znaků (viz např. Truffer 2015 nebo Walsh 2015). Zvláštní zpravodaj OSN pro právo na zdraví a Vysoký komisař OSN pro lidská práva také upozorňují, že zákonní zástupci dětí někdy dávají souhlas k chirurgickým zákrokům na tělech svých dětí pod vlivem strachu, emocí, nesprávných informací a také v časové tísní. Spoléhají se většinou pouze na názor nebo doporučení lékaře (Zvláštní zpravodaj OSN pro právo na zdraví 2009, odst. 46, 49, OHCHR 2011, odst. 57). Z dostupných výzkumů přitom vyplývá, že právě způsob poskytnutí informací ze strany zdravotních profesionálů, stejně tak jako dostupnost psychosociální pomoci, jsou zásadními faktory v rozhodování rodičů. Čím více informací a dostupné podpory, tím méně zákonných zástupců s takovými zákroky souhlasí (Streuli, Vayena, Cavicchia-Balmer, Huber 2013, OHCHR 2019, s. 15, ILGA Europe 2019, s. 14).

Pokud je souhlas zákonného zástupce dán pod vlivem zkreslujících, stereotypizujících informací nebo pod vlivem zdánlivě nezpochybnitelné autority lékaře, není ze strany zákonného zástupce dán skutečně informovaně a svobodně (Parlamentní shromáždění Rady Evropy 2013). Stejně tak jako v případech, kdy informovaný souhlas zcela chybí, pak lze hovořit o porušení práv dítěte uvedených v předchozí sekci, práva na tělesnou a duševní integritu, práva na zdraví, práva na ochranu soukromí a (v případě závažného a nevratného zásahu) také o porušení práva na ochranu před mučením a jiným špatným zacházením.

Nejlepší zájem dítěte

Z pohledu Úmluvy o právech dítěte však neplatí, že zákonný zástupce může dát souhlas se zákrokem na těle dítěte vždy, kdy jsou splněny podmínky informovaného souhlasu podle Úmluvy o lidských právech a biomedicině. Musí zároveň respektovat a chránit práva dítěte, která se týkají jeho vlastní tělesné integrity (čl. 19, 24 a 37), právo dítěte na vlastní identitu a sebeurčení (čl. 8 a čl. 16), právo účast na všech věcech, které se dítěte týkají (čl. 12), a zejména zastřešující právo na to, aby ve všech věcech byl primárním hlediskem nejlepší zájem dítěte (čl. 3).

Vyhodnocení nejlepšího zájmu dítěte je dynamický proces. Jedná se o kontextuální posouzení všech dotčených práv dítěte v dané situaci a výběru takového řešení, které tato práva co do nejvyšší možné míry zachová všechna (UN CRC 2013, CRC/C/GC/14, odst. 32–33). Právě toto kontextuální posouzení dotčených práv dítěte musí být v centru rozhodování, zda je rodič vůbec oprávněn k některému z lékařských zákroků dát informovaný souhlas bez současného souhlasu dítěte (Dušková, Hofschneiderová, Kouřilová 2021, s. 55–66). Souhlasem s takovým zákrokem totiž zákonný zástupce nejen rozhoduje o vzhledu těla dítěte ale zároveň určuje pohlaví, které bude mít vedeno v registrech státu. Činí za něj tedy dalekosáhlé, dlouhodobé a těžko zvrátitelné rozhodnutí do budoucnosti, které nemusí být v souladu s vlastním prožíváním dítěte. Pokud je dítěti odebrána možnost se na těchto rozhodnutích podílet, musí zde existovat velmi dobrý a naléhavý důvod, aby narušení práv dítěte vyvážil. Nelze sice *a priori* vyloučit jeho existenci, ale není možné za takový důvod považovat jen potenciální zlepšení zdraví nebo vzhledu těla dítěte.

V případech lékařských zákroků na tělech dětí s variacemi pohlavních znaků půjde z pohledu nejlepšího zájmu dítěte o posouzení, jak takový zákrok na jedné straně zasáhne do práva dítěte na tělesnou a duševní integritu, práva na zdraví, na zachování identity a sebeurčení, na soukromí a práva na ochranu před mučením, špatným zacházením, násilím a zneužíváním, a jak zásadní je jeho případná přidaná hodnota na straně druhé. Čím závažnější zásah, tím závažnější a urgentnější musí být zájem, který jej má vyvážit. Účast dítěte na takovém rozhodování je stěžejní. Čím schopnější je dítě pochopit situaci a formulovat si vlastní názor, tím vyšší roli tento názor v posuzování jeho nejlepšího zájmu hraje (UN CRC 2013, CRC/C/GC/14, odst. 43–44, 84). Pokud souhlas rodiče k lékařským zákrokům nebude dán v souladu s nejlepším zájmem dítěte, bude s nejvyšší pravděpodobností porušovat práva dítěte (UN CRC 2011, CRC/C/GC/13, odst. 61).

Podmínky dostatečné akutnosti a nutnosti zákroku, ke kterému může dát souhlas zákonný zástupce, mohou splnit lékařsky nezbytné zákroky, bez jejichž urychleného provedení by došlo k ohrožení života nebo zdraví dítěte. Jak je uvedeno výše, podle Výboru pro lidská práva a biomedicínu Rady Evropy mezi ně patří podávání endokrinní léčby jako prevence ztráty soli v krevním oběhu, odstranění některých gonád v případě dětí s poruchami gonadálního vývoje a ve výjimečných případech chirurgické zákroky v případě, že fyziologie pohlavního orgánu znemožňuje vyměšování (Zillén, Garland, Slokenberga 2017, s. 43). Existuje však široká shoda na

tom, že tyto podmínky nespĺňujú tzv. normalizační nebo kosmetické zákroky, tedy ty zákroky, jejichž primárním cílem je upravit vzhled pohlavních orgánů intersex dítěte. Tyto zákroky narušují jejich právo na osobní integritu, právo na sebeurčení a v mnoha případech představují formu násilí a špatného zacházení. Jsou tedy inherentně problematické, a to bez ohledu na existenci souhlasu zákonného zástupce (Zillén, Garland, Slokenberga 2017, s. 44).

Normalizační zákroky jako škodlivé praktiky

Postoj, že normalizační zákroky na tělech dětí jsou inherentně problematické, v posledních letech výrazně sílí. Výbor OSN pro práva dítěte zákroky, které postrádají lékařské odůvodnění a jsou založeny na kulturních představách o mužském a ženském těle, tedy normalizační zákroky, posuzuje jako tzv. škodlivé praktiky (UN CRC, CRC/C/CHE/CO/2-4, odst. 42). Škodlivé praktiky přímo zapovídá čl. 24 odst. 3 Úmluvy o právech dítěte. Často se k nim ale vyjadřuje také Výbor OSN pro odstranění všech forem diskriminace žen, který na toto téma také společně s Výborem OSN pro práva dítěte vydal obecný komentář (UN CRC a UN CEDAW 2014, CEDAW/C/GC/31-CRC/C/GC/18, odst. 57). V něm jsou škodlivé praktiky definované jako tradiční postupy, které způsobují závažné fyzické i psychické trápení, porušují lidská práva a diskriminují na základě pohlaví, ale jsou stále používány s odkazem na kulturní a společenské normy (ibid.).

Normalizační a kosmetické zásahy na tělech lidí s variacemi pohlavních znaků definici podle Výboru OSN pro práva dítěte odpovídají, protože jejich odůvodnění je také založeno čistě na tradičních kulturních a společenských normách. Tak jako u ženské obřízky jde o snahu o to, aby intersex jedinec lépe zapadl do společnosti z hlediska jeho genderové role a aby jeho tělo odpovídalo zavedeným konvencím. Úpravy těl dětí s variacemi pohlavních znaků bývají obdobně jako ženská obřízka ospravedlňovány tím, že děti chrání před možnou stigmatizací v případě, že by jejich tělo vypadalo jinak, než okolí (širší rodina, vrstevníci, vychovatelé, učitelé, lékaři) očekává (Jones 2017, Ehrenreich, Barr 2005). Argumentuje se lepším přijetím dětí ze strany jejich rodičů a společnosti, snahou ulehčit dětem socializaci, snížit sociální tlak nebo odstranit riziko diskriminace. Někdy bývá poukazováno na ulehčení možnosti najít si partnera a vstoupit do manželství (Carpenter 2018, s. 457 a 475, ILGA Europe 2019, s. 13). V mnoha případech – například u labioplastik, vaginoplastik, zmenšování klitorisů a jiných modifikací vzezření genitálií – se navíc tato argumentace odvíjí od specifického pojetí sexuality (heterosexuálního a orientujícího se na prožitek muže), kdy je schopnost penetrace vagíny automaticky upřednostňována před pocitu sexuálního vzrušení a uspokojení ženy (ibid.). Práva dítěte v takovém případě ustupují normám, které jsou prezentovány jako nevyhnutelné a neměnné, avšak ve skutečnosti jsou společensky a kulturně podmíněné a vyvíjející se. Takový postup neodpovídá Úmluvě o právech dítěte.

Právo dítěte na vlastní informovaný souhlas

S ohledem na inherentní problematičnost normalizačních lékařských zákroků i jejich podobnosti s tradičními škodlivými praktikami volají mezinárodní instituce v posledních letech stále intenzivněji po jejich úplném zákazu, resp. po jejich odložení do doby, kdy s nimi bude moci dát souhlas samotný člověk, kterého se to týká. Zvláštního zpravodaj OSN pro nejvyšší dosažitelnou úroveň zdraví již v roce 2009 vyzval státy, aby zabránily nevratným chirurgickým zákrokům na tělech dětí s variacemi pohlavních znaků, pokud tyto zákroky nejsou akutní a nezbytné pro zachování zdraví nebo života dítěte, do doby, než k nim bude moci dát souhlas dítě samotné (Zvláštní zpravodaj OSN pro právo na zdraví 2009, odst. 49). Tuto výzvu zopakoval v roce 2015, kdy normalizační zákroky na pohlavních orgánech u dětí přímo odsoudil a konstatoval, že pokud jsou chirurgické zákroky prováděny bez informovaného souhlasu dětí a v rozporu s jejich nejlepším zájmem, porušují právo dětí na tělesnou integritu, na soukromí, autonomii a mohou také představovat špatné zacházení nebo mučení (Zvláštní zpravodaj OSN pro právo na zdraví 2015, odst. 84–85). Doporučil proto státům, aby v souladu s mezinárodním právem zakázaly chirurgické zákroky na dětech s variacemi pohlavních znaků v jejich nízkém věku, kdy k těmto zákrokům nejsou schopny dát souhlas (ibid.).

V současnosti stejná výzva zaznívá například od Výboru OSN pro hospodářská, sociální a kulturní práva (UN CESCR 2017, E/C.12/NLD/CO/6, odst. 48) i Výboru OSN pro lidská práva, který doporučuje státům, aby legislativně i prakticky zamezily provádění nevratných chirurgických zákroků na dětech, pokud zatím nejsou schopny samy k těmto zákrokům dát informovaný souhlas (UN HRC 2019, CCPR/C/MEX/CO/6, odst. 12–13; a mnoho dalších). Otázce se věnuje také Výbor OSN pro práva osob se zdravotním postižením, který normalizační chirurgické zákroky na dětech kritizuje jako zásah do práva na tělesnou a duševní integritu a vyzývá státy, aby těmto zákrokům zamezily (UN CRPD 2019, CRPD/C/IND/CO/1, odst. 36–37; a další). Stanovisko, že k lékařským zákrokům, které nejsou lékařsky zcela nezbytné a neodkladné, musí dát souhlas samo dítě, kterého se zákrok týká, jednoznačně zastává také Výbor OSN pro práva dítěte. Vyzývá, aby všechny tyto zákroky byly odloženy do doby, kdy s nimi bude dítě schopno vyjádřit informovaný souhlas (UN CRC 2018, CRC/C/ESP/CO/5-6, odst. 24, UN CRC 2016, CRC/C/ZAF/CO/2, odst. 39; a další).

V roce 2017 byly v tomto smyslu modifikovány i Jakartské principy, nezávazné, ale široce respektované principy přijaté jako konsenzus množstvím odborníků z lékařské i lidskoprávní sféry, včetně mnoha odborníků z OSN (Jakartské principy 2017). Principy spoluvytvářeli mj. Paul Hunt, Zvláštní zpravodaj OSN pro právo na zdraví, Manfred Nowak, Zvláštní zpravodaj OSN proti mučení, Philip Alston, Zvláštní zpravodaj OSN pro mimosoudní, hromadné a svévolné popravky, nebo Roman Wieruszewski, člen Výboru OSN pro lidská práva. Pravidlo 32 Jakartských principů zdůrazňuje, že jakékoli zásahy do tělesné integrity dítěte s nejasnými pohlavními znaky nesmí být provedeny bez plného, svobodného a informovaného souhlasu dítěte a v jeho nejlepším zájmu.

Stejný postoj rezonuje také v Evropě. V roce 2013 přijalo Parlamentní shromáždění Rady Evropy rezoluci *Právo dětí na fyzickou integritu (č. 1952 (2013))*. Rezoluce vyzývá členské státy k zajištění, aby žádné dítě nebylo v raném dětství podrobeno invazivnímu lékařskému zákroku, který není zcela nezbytný. Zdůrazňuje také, že děti samy musí být zahrnuty do rozhodování o tom, zda zákrok podstoupí. Pokud na takové rozhodnutí nejsou dost vyspělé, zákrok má být odložen do doby, kdy dostatečně vyspělé budou. Normalizační zákroky, tedy ty nikoli lékařsky nezbytné, rezoluce posuzuje podobně jako ženskou či mužskou obřízku a kritizuje je jako invazivní a bolestivé zásahy mající odůvodnění pouze v kulturních rámcích nebo stereotypech. Stejný postoj zaujal také komisař Rady Evropy pro lidská práva Nils Muižnieks ve svém lidskoprávním komentáři *A boy or a girl or a person* vydaném v roce 2014 (Komisař Rady Evropy pro lidská práva 2014) a následně v roce 2015 ve své obsáhlé zprávě o právech intersex lidí (Komisař Rady Evropy pro lidská práva 2015). V obou případech komisař konstatuje, že pokud k nim nedá osobní souhlas samotné dítě, jsou lékařské zákroky porušením jeho práva na tělesnou integritu i sebeurčení. Podle komisaře má každý člověk s variací pohlavních znaků právo sám rozhodnout o tom, zda chce nebo nechce podstoupit zákroky upravující jeho pohlavní orgány.

Parlamentní shromáždění Rady Evropy vydalo v roce 2017 novou rezoluci č. 2191 (2017), která se tentokrát věnuje přímo právům intersex osob (Parlamentní shromáždění Rady Evropy 2017b). Znovu vyzvalo členské státy, aby zajistily ochranu tělesné integrity dětí a zakázaly normalizační zákroky, sterilizaci a další formy nedobrovolných lékařských zákroků, jež nejsou z lékařského hlediska nezbytné. Tyto zákroky, mezi které patří podle Parlamentního shromáždění zejména úprava fyzického vzezření genitálu, musí počkat do doby, kdy k nim bude schopno dát informovaný souhlas dítě samotné. Shromáždění reagovalo na zprávu Výboru Rady Evropy pro biomedicínu ze stejného roku, která mapovala praxi lékařských zákroků na dětech s variacemi pohlavních znaků a vyhodnotila, že většina v praxi prováděných zákroků nejsou nezbytné z hlediska života a zdraví dítěte, a mají tak pouze normalizační charakter (Zillén, Garland, Slokenberga 2017). S jistým časovým odstupem k otázce zaujala pevný postoj také Evropská unie. Evropský parlament přijal v roce 2019 *Usnesení o právech intersex osob (č. 2018/2878(RSP))*, které kritizuje porušování lidských práv intersex osob a které postihuje širokou řadu témat. Odsuzuje mimo jiné jejich medikalizaci a patologizaci a silně odmítá jakékoli zásahy do tělesné integrity a další lékařské zákroky za účelem normalizace jejich těl.

Usnesení Evropského parlamentu ze dne 14. února 2019 o právech intersexuálních osob (č. 2018/2878(RSP))

Medikalizace a patologizace

Evropský parlament (...)

2. důrazně odsuzuje léčbu a chirurgické zákroky, jejichž cílem je normalizace pohlaví; vítá zákony, které takovému chirurgickému zákroku zakazují (jako na Maltě a v Portugalsku), a podněcuje i další členské státy k tomu, aby podobné právní předpisy co nejdříve přijaly;

6. vyzývá členské státy, aby intersexuálním osobám zlepšily přístup k jejich zdravotnické dokumentaci a aby zajistily, že nikdo nebude v kojeneckém věku či dětství podroben lékařskému nebo chirurgickému úkonu, který není nezbytný, čímž dotyčným dětem zaručí tělesnou integritu, autonomii a sebeurčení;

7. zastává názor, že patologizace intersexuálních variací ohrožuje plné uplatňování práva intersexuálních osob na nejvyšší dosažitelnou úroveň zdraví, jak je zakotveno v Úmluvě OSN o právech dítěte; vyzývá členské státy, aby zajistily depatologizaci intersexuálních osob;

8. vítá depatologizaci, jakkoli částečnou, transgenderových identit v MKN-11; upozorňuje však na to, že kategorie „pohlavní inkongruence v dětství“ patologizuje chování v dětství, které není genderově normativní; vyzývá tudíž členské státy, aby usilovaly o odstranění kategorie „pohlavní inkongruence v dětství“ z MKN-11 a aby budoucí revizi MKN uvedly do souladu se svými vnitrostátními systémy zdravotnictví.

Rozvíjející se konsenzus institucí dohlížejících na implementaci mezinárodních právních instrumentů je tedy takový, že u dětí s variacemi pohlavních znaků je možné provést lékařský zákrok pouze se svobodným a informovaným souhlasem jejich zákonného zástupce, a to pouze v případě, že to je v jejich nejlepším zájmu. Pokud se jedná o zákroky normalizační – takové, které nejsou zcela nezbytné z důvodu zachování života a zdraví dítěte a které jsou invazivní nebo nevratné – tento souhlas nemůže dát ani zákonný zástupce. Musí se vyčkat na dobu, kdy informovaný souhlas bude moci dát samotný pacient. Zákroky, které byly provedeny v rozporu s těmito pravidly, lze označit za porušení práva na tělesnou integritu a na zdraví, práva na soukromí, a dokonce i za formu špatného zacházení. V případě dětí se takové zákroky považují za škodlivé praktiky a formu násilí.

3.1.3 Pohled českého práva

Základní zásady reflektující právo na informovaný souhlas lze nalézt rovněž v české legislativě. Platí, že zdravotní zákrok je zásadně možné provést jen na základě svobodného a informovaného souhlasu osoby, které se týká. To vyplývá z § 93 odst. 1 občanského zákoníku i § 28 odst. 1 zákona o zdravotních službách. Podle obou předpisů také platí, že osoba, která k zákroku dává souhlas, i nezletilý musí být o poskytnuté službě srozumitelně a v dostatečném předstihu informována tak, aby mohl být zjištěn také názor dítěte (§ 32 a § 35 zákona o zdravotních službách).

Podle § 94 odst. 1 občanského zákoníku to znamená, že musí být srozumitelně vysvětlena povaha zákroku, přičemž vysvětlení je takto podáno, lze-li rozumně předpokládat, že druhá strana pochopila způsob a účel zákroku, jeho očekávané následky i možná nebezpečí, a zároveň byla poučena o možných alternativách. Zákon o zdravotních službách dále v § 31 vyjmenovává všechny dílčí informace, které má pacient za účelem udělení informovaného souhlasu získat.

I nezletilý může podle § 31, 32 a 35 zákona o zdravotních službách rozhodovat o své vlastní léčbě, a to přiměřeně své rozumové vyspělosti. Podle § 95 občanského zákoníku může rozhodovat o zákrocích na svém na těle, pokud se nejedná o zákrok zanechávající trvalé nebo závažné následky. V případě, že není dostatečně vyspělý, rozhoduje o jeho léčbě zákonný zástupce. Podle § 93 odst. 2 občanského zákoníku může zákonný zástupce udělit souhlas k zásahu do integrity nezletilého, který k zákroku není schopen dát souhlas sám, je-li to k jeho přímému prospěchu. Nezletilý musí být podle § 35 zákona o zdravotních službách o tomto zákroku poučen přiměřeně své rozumové vyspělosti a musí být vyslyšen jeho názor. Jeho názor musí být také zohledněn se závažností, která úměrně narůstá s věkem a stupněm jeho rozumové a volní vyspělosti.

Ani podle české legislativy však nemohou zákonní zástupci dát svolení ke všem lékařským zákrokům na těle dítěte sami. Existují zde mírné pojistky v případě rozporu mezi názorem nezletilého a zákonného zástupce. V případě, že se zákrokem zasahujícím do tělesné integrity vážně nesouhlasí dítě, které dovršilo 14 let věku, ale nenabýlo plné svéprávnosti, § 100 odst. 1 občanského zákoníku vyžaduje k provedení zákroku svolení soudu. Podobnou podmínku zákon v § 101 stanoví pro všechny osoby, které nejsou schopné úsudku (nejsou schopny samy dát informovaný souhlas) v případě, že jde o zásahy do tělesné integrity realizované způsobem zanechávajícím trvalé, neodvratitelné a vážné následky nebo způsobem spojeným s vážným nebezpečím pro jeho život nebo zdraví. V případě probíraných invazivních operativních zákroků tak v zásadě česká legislativa vyžaduje svolení soudu vždy, bez ohledu na věk dítěte. Soud může podle § 102 občanského zákoníku svolit k tomuto zákroku pouze v případě, že to je dotčené osobě podle rozumného uvážení k prospěchu, po jejím zhlédnutí a s plným uznáváním její osobnosti. Jedná se o podobnou podmínku, kterou k udělení svobodného informovaného souhlasu za dítě stanoví § 93 občanského zákoníku také zákonným zástupcům.

Na českou legislativu však zároveň dopadají korektivy vyplývající z mezinárodních právních norem, kterými je Česká republika vázaná. Jak je popsáno výše, kosmetické a normalizační chirurgické zákroky u dětí lze považovat za škodlivé praktiky. Bez vlastního osobního souhlasu lidí s variacemi pohlavních znaků mohou takové zákroky představovat porušení několika lidských práv: práva na zdraví, soukromí, tělesnou a duševní integritu, sebeurčení i práva na ochranu před špatným zacházením a násilím. Pokud proto občanský zákoník stanoví v § 93 odst. 2 podmínku, že souhlas za nezletilého může být dán, jen je-li mu to ku přímému prospěchu, normalizační chirurgické zákroky tuto podmínku ve světle dostupných informací, jakož i ve světle stanoviska mezinárodních institucí, nesplňují. To

znamená, že k normalizačním chirurgickým zákrokům nemůže dát zákonný zástupce nezletilého ani soud souhlas. Zákonný zástupce nezletilého může dát souhlas toliko k těm zákrokům, které jsou nezbytné z důvodu zachování života a zdraví dítěte a neodkladné do doby jejich dospělosti. V takovém případě musí dojít podle § 101 občanského zákoníku také ke svolení soudu, pokud není život dítěte v náhlém a patrném nebezpečí vyžadujícím okamžitý zákrok ve prospěch zdraví dítěte (§ 99 občanského zákoníku).

Z české legislativy proto vyplývá, že zákroky prováděné na nezletilých, které zanechávají trvalé, neodvratitelné a vážné následky nebo jsou provedeny způsobem spojeným s vážným nebezpečím pro život nebo zdraví, musí být vždy provedeny jen s předchozím souhlasem soudu. Soud může k zákroku svolit pouze tehdy, pokud je k přímému prospěchu nezletilého. Musí v posuzování přípustnosti takového zákroku brát v potaz celý katalog dotčených práv dítěte a zejména jeho nejlepší zájem, včetně názoru dítěte, pokud je možné jej zjistit. Normalizační zákroky prováděné na dětech s variacemi pohlavních orgánů těmto podmínkám z pohledu mezinárodních standardů nedostojí, protože jsou škodlivé praktiky vždy v rozporu s nejlepším zájmem dítěte. Nelze k nim proto dát ani podle české legislativy platný souhlas. Z provedeného sociologického výzkumu nicméně vyplývá, že praxe se od těchto právních zásad někdy odchyluje. Jeví se proto jako vhodné pro tyto zákroky přijmout jasnější právní regulaci, která bude zřetelně definovat, které zákroky není přípustné provést bez souhlasu samotného nezletilého pacienta.

3.1.4 Pohled do jiných jurisdikcí

Praxe chirurgických zákroků na dětech s variacemi pohlavních znaků bez jejich svobodného a informovaného souhlasu je stále poměrně běžná i přes stále jasnější mezinárodní konsenzus o její neslučitelnosti s lidskými právy dítěte. Existují však také výjimky. Mezi země, které uznaly nepřipustnost normalizačních zákroků bez vlastního svobodného a informovaného souhlasu dítěte, patří Kolumbie. Již v roce 1999 Ústavní soud v Kolumbii rozhodl, že s neurgentními chirurgickými zákroky na tělech dětí s variacemi pohlavních znaků je nutné počkat do doby, než k nim bude schopné dát souhlas samotné dítě. Učinil tak na podkladě konkrétního případu osmiletého dítěte, u kterého mělo dojít k „feminizační“ operaci, tedy úpravě pohlavních znaků tak, aby odpovídaly ženským. Kolumbijský Ústavní soud rozhodl, že je nezbytné chránit právo dítěte na svobodný rozvoj osobnosti. To znamená, že s neodkladnými zákroky je nutné vyčkat do doby, až dítě začne samo formovat svou genderovou identitu (International Commission of Jurists 1999). V roce 2008 stejný soud tento právní názor potvrdil. Tentokrát se jednalo o žádost otce pětiletého dítěte, který si přál, aby dítě podstoupilo operaci, avšak s ohledem na rozhodnutí Ústavního soudu z roku 1999 mu nebylo umožněno dát za dítě s operací souhlas. Soud v tomto případě zopakoval, že právo na rozhodování dítěte o své duševní i tělesné integritě v tomto případě převáží nad právem rodiče jednat za dítě, byť s cílem jeho

ochrany (International Commission of Jurists 2008a). Podobné rozhodnutí bylo přijato v roce 2019 také Vysokým soudem v Madrasu v Indii, který vyzval k zákazu chirurgických zákroků upravujících pohlavní orgány dětí do doby, než k nim bude moci dát souhlas sama osoba, které se to týká. Soud přímo konstatoval, že souhlas dítěte nelze v těchto případech nahrazovat souhlasem rodiče (WP(MD) č. 4125 z roku 2019 a WMP(MD) č. 3220 z roku 2019, citováno z OHCHR 2019, s. 19).

V legislativě jde příkladem zejména Malta, která v roce 2015 přijala zákon o *Genderové identitě, vyjádření a pohlavních charakteristikách* (Gender Identity, Gender Expression and Sex Characteristics Act). Ten v zásadě plně reflektuje všechny lidskoprávní standardy shrnuté v této kapitole. Zákon za prvé zakotvuje jasnou terminologii založenou na lidskoprávním přístupu a srozumitelně rozlišuje mezi neodkladnými a nezbytnými zákroky pro zachování zdraví a života dítěte a zákroky, které mají za cíl zejména upravit vzhled pohlaví dítěte a lze je odložit. Ty druhé zákroky přímo zapovídá, pokud k nim nedal informovaný souhlas samotný člověk s variacemi pohlavních znaků. Za provedení takových zákroků navíc stanovuje pokuty. Zárok na těle dítěte pak může být proveden pouze v případě, že nejde o zárok normalizační a že se na potřebě zákroku shodne multidisciplinární tým a zákonní zástupci dítěte, které nemůže samo dát souhlas. Explicitně také stanoví, že nesmí jít o zákroky, jejichž opodstatnění je primárně společenské nebo kulturní.

Podobným příkladem je také portugalský zákon z roku 2018, který rovněž zapovídá normalizační chirurgické zákroky bez svobodného a informovaného souhlasu samotných dětí (ILGA Europe 2018). S účinností od května 2021 chirurgické zákroky na intersex dětech bez zvláštního schválení soudu zakázalo rovněž Německo prostřednictvím svého zákona o ochraně dětí s variacemi pohlaví (*Gesetz zum Schutz von Kindern mit Varianten der Geschlechtsentwicklung*) (Reuteurs 2021). Tento zákon se však vztahuje pouze na děti, které dostaly specifickou diagnózu vztahující se k variacím pohlavních znaků, což nemusí být všechny intersex děti. Za porušení zákazu navíc nestanoví žádné sankce (Reuteurs 2021).

3.2 Právo na poskytnutí zdravotní péče

3.2.1 Potřeba specializované zdravotní péče a jiné podpory

Předchozí kapitola se věnovala právu na informovaný souhlas při poskytování lékařské péče, tedy právu osob svobodně a informovaně rozhodovat o zákrocích, které budou na jejich těle provedeny. Soustředila se zejména na to, kde lékaři a další autority nemají zasahovat do autonomie jednotlivce. Zachování autonomie však není jedinou potřebou, kterou i lidé s variacemi pohlavních znaků v oblasti poskytování zdravotní péče mají. Z provedených výzkumů vyplývá, že se mnoho osob s variacemi pohlavních znaků potýká se zdravotními i psychickými obtížemi a potřebují

kvalitní zdravotní i terapeutickou péči (ILGA Europe 2019, s. 23). Některé z těchto potíží mohou být následky lékařských zákroků, které na nich byly provedeny v dětství (ibid., také Blair 2015, Long 2015). Zdravotní služby mají být dostupné, přístupné, přijatelné i přizpůsobitelné (Parlamentní shromáždění Rady Evropy 2017, bod 7.1.3). V jejich dostatečném zajišťování však někdy státy pokulhávají (OHCHR 2019, s. 16, ILGA Europe 2019, s. 24).

Kvalitní zdravotní péče je taková, které předchází řádné informování a vysvětlení dostupných možností a postupů. Musí zároveň respektovat sebeurčení klienta a vyvarovat se diskriminace i stigmatizace. Právě tyto dva požadavky na lékařskou péči bývají lidmi s variacemi pohlavních znaků někdy označovány za problematické. Kvůli rozšířené stigmatizaci a diskriminaci z důvodu jejich tělesné jinakosti se někteří z nich vyhýbají návštěvám lékaře (FRA 2020, s. 52–53). Někdy se stává, že oni ani jejich zákonní zástupci nejsou dostatečně informováni o všech aspektech léčby tak, aby se mohli informovaně a klidně rozhodnout o nejlepším postupu (OHCHR 2019, s. 15–16, Davis 2015, Walsh 2015, Zieselmann 2015, Petersen 2015). Někdy jim bývá dokonce odepírán přístup k informacím z lékařské dokumentace (Human Rights Watch 2017, s. 34–36, Truffer 2015). Všechny uvedené problémy bývají dávány do kontextu s nedostatečným školením lékařského personálu ohledně intersexuality a lidských práv (Zillén, Garland, Slokenberga 2017, s. 42, Garland, Diamond 2018, s. 475).

Někdy opomíjenou součástí práva na zdraví je právo na duševní zdraví a terapeutickou péči. Podle výzkumu Agentury Evropské unie pro základní práva z roku 2020 má 26 % intersex osob psychické problémy (FRA 2020, s. 53). Podle jiných výzkumů je toto číslo ještě významně vyšší, přičemž psychické problémy v mnoha případech vedou k myšlenkám na sebevraždu. Podle ILGA Europe (2019, s. 23), citující německé studie z roku 2008 a 2018, je poměr intersex osob majících psychologické problémy více než 50 %, přičemž téměř polovina z respondentů rovněž přemýšlela o sebevraždě. Na tento problém upozorňují také Výbor OSN pro hospodářská, sociální a kulturní práva (UN CESCR 2017, E/C.12/KOR/CO/4, odst. 56) a Výbor OSN pro práva dítěte (UN CRC 2019, CRC/C/AUS/CO/5-6, odst. 38). Doporučují proto, státy zajistily odpovídající terapeutickou a psychologickou pomoc, která má být součástí běžně poskytovaných zdravotních služeb. Státy se rovněž mají zaměřit na předcházení důvodům těchto potíží, zejména na boj proti stigmatizaci, patologizaci, a diskriminaci (ibid.)

3.2.2 Pohled mezinárodního práva

Právo na nejvyšší dosažitelnou úroveň zdraví (právo na zdraví) je zakotveno v několika mezinárodních úmluvách, které jsou součástí právního řádu České republiky; nalezneme jej v čl. 12 Mezinárodního paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech, čl. 24 Úmluvy o právech dítěte a čl. 25 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením. Právo na zdraví zakotvuje také čl. 11 Evropské sociální charty

a dílčí aspekty tohoto práva jsou chráněny také čl. 8 Evropské úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod. Listina základních práv EU zakotvuje právo na zdraví ve svém čl. 35. Děti mají kromě toho podle čl. 17 Úmluvy o právech dítěte právo na informace, které jsou důležité pro jejich zdravý vývoj, včetně informací o sexuálním a reprodukčním zdraví, a také na informace související s jejich genderovou a pohlavní identitou, chráněnou čl. 8 Úmluvy o právech dítěte.

Právo na kvalitní zdravotní péči

Právo na zdraví nezakládá právo na to být zdravý. Rozumíme jím spíše soubor dílčích práv a odpovídajících závazků státu, které mají napomoci zajistit celkovou tělesnou, duševní i sociální pohodu člověka (UN CESCR 2000, E/C.12/2000/4, odst. 4). Právo na zdraví lze podle terminologie Výboru OSN pro hospodářská, sociální a kulturní rozdělit na tři základní složky: na respekt, ochranu a naplňování práva na zdraví (ibid., odst. 35–36). Tou první, kterou můžeme označit za negativní, míníme právo každého na to, aby měl sám pod kontrolou stav svého zdraví a svého těla a nebyl podroben nedobrovolným zásahům do své tělesné integrity ani svých reprodukčních funkcí (ibid., odst. 8). Tento aspekt práva na zdraví byl rozebrán v předchozí kapitole. Právo na zdraví však obsahuje i dvě další, pozitivní složky. Těmi jsou právo na ochranu před protiprávními zásahy ze strany jiných osob a zejména právo na zajištění takových odpovídajících zdravotních služeb, které umožní co do nejvyšší možné míry zachování a rozvoj tělesné a duševní pohody jednotlivce (ibid., odst. 4). Nedílnou součástí práva na zdraví je také právo na zachování sexuálních a reprodukčních funkcí těla (ibid., odst. 8, 11, 14).

Lidé s variacemi pohlavních znaků mají právo na poskytnutí takových zdravotních služeb, které jejich tělesné nebo duševní zdraví vyžaduje. Stát tyto služby musí zajistit v odpovídající kvalitě (UN CESCR 2000, E/C.12/2000/4, odst. 13, viz také UN CESCR 2018, E/C.12/ARG/CO/4, odst. 56). Podle kategorizace běžně používané Výborem OSN pro hospodářská, sociální a kulturní práva to znamená, že zdravotní služby musí být a) dostupné, b) přístupné, c) přijatelné a d) kvalitní (UN CESCR 2000, E/C.12/2000/4, odst. 12). To znamená, že musí být přístupné všem bez rozdílu, bez diskriminace a stigmatizace na základě pohlavních charakteristik, každý musí mít možnost si je dovolit finančně a v neposlední řadě musí být založeny na dostatečné informovanosti pacienta o možnostech léčby, jejich implikacích i možných vedlejších důsledcích. Kvalitními zdravotními službami míníme mimo jiné takové, které jsou poskytovány adekvátně proškoleným personálem a založeny na nejnovějších lékařských poznatcích.

Požadavek přijatelnosti znamená mimo jiné to, že lékařská péče musí být etická a kulturně citlivá (UN CESCR 2000, E/C.12/2000/4, odst. 12). To znamená, že informace a zejména lékařská doporučení poskytované dětem s variacemi pohlavních znaků i jejich zákonným zástupcům nesmí podporovat jejich **stigmatizaci a patologizaci**, jak se podle dokumentované praxe někdy děje (OHCHR 2019, s. 15). Doporučení lékařů podle některých výpovědí intersex osob často vycházejí

z převažujících společenských stereotypů (ibid., také Viloria 2015, Inter 2015). Diskurz, který prezentuje existenci variací pohlavních znaků jako problém sám o sobě, bez spojitosti se zdravotními potřebami člověka, může vést ke zvyšování tlaku k přijetí určitého rozhodnutí (Streuli, Vayena, Cavicchia-Balmer, Huber 2013, s. 1953–1960, OHCHR 2019, s. 15). Neodpovídá navíc současnému vědeckému poznání a je v rozporu s požadavkem kvality zdravotní péče (Zvláštní zpravodaj OSN pro právo na zdraví 2015, odst. 84). Právě způsob informování a obsah poskytnutých informací přitom podle dostupných výzkumů zásadně určuje způsob, jakým se lidé rozhodují ohledně různých lékařských zákroků. Pokud jsou informace poskytnuty v nestigmatizující podobě, je až třikrát nižší pravděpodobnost, že zákonní zástupci dítěte s variacemi pohlavních znaků poskytnou informovaný souhlas s chirurgickým zákrokem (Streuli, Vayena, Cavicchia-Balmer, Huber 2013, s. 1953–1960, OHCHR 2019, s. 15). To naznačuje, že za rozhodnutím přistoupit na chirurgický zákrok může často být snaha předejít stigmatizaci dítěte z důvodu jeho odlišnosti.

Zdravotní služby musí být poskytovány pouze na základě **informovaného souhlasu**, jehož základním předpokladem je adekvátní a srozumitelné informování pacienta. To platí rovněž pro dětské pacienty, kteří mají podle čl. 12 Úmluvy o právech dítěte právo na účast ve všech věcech, které se jich týkají (UN CRC 2018, CRC/C/ESP/CO/5-6, odst. 24). Bez seznámení pacienta (dítěte i jeho zákonného zástupce) s důležitými aspekty týkajícími se jeho zdravotního stavu, případných komplikací, dostupných léceb i alternativ nelze mluvit o informovaném souhlasu. Nestačí pouze informování o klasifikaci a názvu konkrétního zákroku; je nutné transparentně informovat o všech jeho důsledcích i postupu, jakým se zákrok provádí (OHCHR 2019, s. 42). Kromě informací nezbytných k zajištění informovaného souhlasu jednotlivce s různými zákroky jsou však důležité i informace obecnější: děti mají podle čl. 17 Úmluvy o právech dítěte právo na informace prospěšné pro svůj zdravý vývoj, mezi které patří také informace o sexuálním a reprodukčním zdraví, které jim mají být podávány přímo, vhodnou a srozumitelnou formou (Tobin 2019, s. 623 an). Podle Výboru OSN pro hospodářská, sociální a kulturní práva by státy měly zajistit, aby děti a mladí lidé měli dostatek informací a poradenství k tomu, aby o své lékařské péči mohli (spolu)rozhodovat. Právě věku odpovídající informování o lékařské péči, jejich možnostech i rizicích i odpovídajícím poradenství i v oblasti sexuálních a reprodukčních práv je zásadní pro realizaci práva na zdraví dětí a mladých lidí (UN CESCR 2000, E/C.12/2000/4, odst. 22–23).

Důležitou součástí práva na zdraví je také právo na přístup ke zdravotnické dokumentaci a ke všem informacím, které souvisí se zákroky provedenými v minulosti (UN CESCR 2000, E/C.12/2000/4, odst. 11, 14, 22–23, 34, 37). Podle dnes již ustálené judikatury Evropského soudu pro lidská práva je odepírání přístupu ke zdravotnické dokumentaci obsahující informace o všech lékařských zákrocích a léčbách, kterým byl člověk podroben, porušením práva na soukromí podle čl. 8 Evropské úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod. (*Gaskin proti Spojenému království*, č. 10454/83, 7. 7. 1989, *K.H. a ostatní proti Slovensku*, č. 32881/04, 28. 4. 2009).

Nezbytnost holistické multidisciplinární podpory

Výbor OSN pro práva dítěte pravidelně zdůrazňuje, že péče o děti s variacemi pohlavních znaků má být holistická. To znamená, že musí podporovat celkovou fyzickou, psychickou i sociální pohodu člověka. Zdravotní péče proto znamená nejen léčbu fyzického těla, ale také zajištění terapií, odborného poradenství i vznik a fungování svépomocných skupin osob v podobné situaci (peer-podpora), ve kterých mohou intersex osoby i jejich zákonní zástupci nalézt další informace i vzájemnou podporu (UN CRC 2019, CRC/C/PRT/CO/5-6, odst. 28b; a další). Důležitost těchto podpůrných skupin je často vyzdvižována také samotnými intersex osobami (Zieselman 2015, Inter 2015, Garcia 2015, Quinn 2015). Další agentury OSN doporučují vytvoření multidisciplinárních týmů, které budou schopny navázat osoby s variacemi pohlavních znaků a jejich rodiny na další podporu (UN CESCR 2019, E/C.12/DNK/CO/6, odst. 65d, OHCHR, 2019, s. 42–43). Doporučují rovněž vytvoření jednotných pracovních standardů a postupů a zavedení odpovídajícího školení zdravotnického personálu (UN CRC 2019, CRC/C/ITA/CO/5-6, odst. 23b, UN CESCR 2019, E/C.12/DNK/CO/6, odst. 65c, OHCHR 2019, s. 42).

Uvedené požadavky opakuje také Parlamentní shromáždění Rady Evropy ve výše citované rezoluci č. 2191(2017) k lidským právům intersex osob z roku 2017 (Parlamentní shromáždění Rady Evropy 2017b). Vyzývá k zajištění efektivního přístupu ke zdravotní péči, k plnému přístupu ke zdravotnické dokumentaci i k zajištění multidisciplinární spolupráce odborníků, kteří přistupují ke zdraví jednotlivců holisticky a mají na zřeteli jak jejich fyzické, tak psychické zdraví (ibid., bod 7.1.3). Doporučuje proto rozvíjet spolupráci organizacemi a dalšími odborníky zaměřenými na ochranu práv intersex osob (ibid.). Obdobná doporučení vznáší ve svých doporučeních také komisař Rady Evropy pro lidská práva (2015, s. 9): „Intersex osobám i jejich rodinám by mělo být zajištěno multidisciplinární poradenství a podpora, včetně peer-podpory. Intersex osobám musí být také zajištěn přístup k jejich zdravotnické dokumentaci.“ Také *Usnesení Evropského parlamentu ze dne 14. února 2019 o právech intersexuálních osob (2018/2878(RSP))* vyzývá státy k tomu, aby intersex osobám i jejich zákonným zástupcům zajistily odpovídající poradenství a podporu, zejména úplné informace o důsledcích prováděné léčby.

Usnesení Evropského parlamentu ze dne 14. února 2019 o právech intersexuálních osob (2018/2878(RSP))

Medikalizace a patologizace

Evropský parlament (...)

3. zdůrazňuje, že intersexuálním dětem a intersexuálním jedincům se zdravotním postižením a jejich rodičům nebo poručníkům je třeba poskytovat odpovídající poradenství a podporu a plně je informovat o důsledcích léčby za účelem normalizace pohlaví (...)

4. vyzývá Komisi a členské státy, aby podporovaly organizace, které pracují na odstranění stigma, jímž jsou intersexuální osoby zatíženy;

5. vyzývá Komisi a členské státy, aby zvýšily financování organizací občanské společnosti věnujících se problematice intersexuality; (...).

Z titulu práva na zdraví tedy mají lidé s variacemi pohlavních znaků právo na zajištění kvalitní, finančně dostupné zdravotní péče. Kvalitní zdravotní péče nesmí být založena na předsudcích vůči osobám s variacemi pohlavních znaků. Zdravotní profesionálové by se rovněž měli vyhnout patologizujícímu jazyku. Integrovaná součástí kvalitní zdravotní péče je srozumitelné, adekvátní a komplexní informování osob s variacemi pohlavních znaků, i pokud jsou dětmi. Základní informace mají obsahovat skutečnosti o zdravotním stavu, diagnóze, dopadech na sexuální a reprodukční zdraví, možnostech a alternativách léčby, včetně jejich výhod, nevýhod a rizik. Do požadavku informovanosti spadá také právo na plný přístup do zdravotnické dokumentace. Kvalitní zdravotní péče také musí být holistická a zaměřovat se na celkové psychické i fyzické zdraví člověka, včetně sexuálního a reprodukčního zdraví. Doporučuje se vytvoření multidisciplinárních týmů, které rovněž zajistí kontaktování osoby s variacemi pohlavních znaků a jejich blízkých na jiné podpůrné a svépomocné skupiny.

3.2.3 Pohled českého práva

Listina základních práv a svobod zakotvuje právo na ochranu zdraví ve svém čl. 31. Způsob poskytování zdravotní péče reguluje zejména zákon o zdravotních službách. Lékaři, se kterými byl v rámci souvisejícího sociologického výzkumu proveden rozhovor, zdůrazňovali důležitost adekvátního a srozumitelného informování dětí s variacemi pohlavních znaků i jejich rodin během poskytování zdravotních služeb. Není již však zcela zřejmé, zda takové komplexní informování považují za svou povinnost (Fafejta, Sloboda 2021, s. 20–21). Je zároveň patrné, že v lékařské praxi převažuje označování osob s variacemi pohlavních znaků za osoby s poruchou pohlavního vývoje. Tento jazyk je z výše uvedených důvodů považován mezinárodními institucemi za problematický (Fafejta, Sloboda 2021, s. 5 a kap. 1.2 a 2.2).

Zdravotnickými službami se podle § 2 odst. b) zákona o zdravotních službách míní také konzultační služby, jejichž účelem je posouzení individuálního léčebného postupu, popřípadě navržení jeho změny nebo doplnění, a další konzultace podporující rozhodování pacienta ve věci poskytnutí zdravotních služeb. Tyto služby jsou v zásadě hrazeny ze systému veřejného zdravotního pojištění, pokud jsou poskytovány s cílem zlepšit, zachovat zdravotní stav nebo zmírnit utrpení pacienta, pokud odpovídají jeho zdravotnímu stavu, jsou v souladu se současnými dostupnými poznatky lékařské vědy a existují důkazy o jejich účinnosti vzhledem k účelu jejich poskytování (§ 13 zákona o veřejném zdravotním pojištění). To však stále platí jen

za omezených podmínek – musí se jednat o péči léčebnou, preventivní, diagnostickou, léčebně rehabilitační, posudkovou. Psychoterapie poskytovaná lékařem, který není psychiatrem, nemusí být hrazena z veřejného zdravotního pojištění více, než jedenkrát ročně v jednom oboru po podrobném zápisu ve zdravotnické dokumentaci (Příloha č. 1 k zákonu o veřejném zdravotním pojištění, poř. č. 37).

Přístup ke komplexní psychologické péči je tak pro osoby s variacemi pohlavních znaků a jejich blízké v České republice omezen jejich finančními možnostmi. Právě nedostupnost stabilní psychologické a jiné podpory provázející osoby s variacemi pohlavních znaků často náročným procesem léčby pocítovaly intersex osoby participující na zmiňované sociologické studii jako jeden z hlavních problémů souvisejících s jejich situací. Ani systém vzájemné podpory a navázání osob s variacemi pohlavních znaků a jejich blízkých na podporu patientských nebo rodičovských organizací v České republice zcela nefunguje, a to z důvodu nedostatečné sítě organizací poskytujících podobné služby. (Viz výše v textu nebo Fafejta, Sloboda 2021, s. 20–21.) V České republice tedy není podle dostupných informací přístup k holistické podpoře, včetně psychologického poradenství a vzájemné podpory patientských nebo rodičovských organizací, dostatečný.

Nezletilý, stejně tak jako jeho zákonný zástupce, má podle české legislativy právo na nahlédnutí do zdravotnické dokumentace i právo pořizovat si z dokumentace kopie a výpisky (§ 65 zákona o zdravotních službách). Narozdíl například od § 35 odst. 1 zákona o zdravotních službách zde realizace práva nezletilého není podmíněna jeho plnou svéprávností. Zákonný zástupce vykonává právo na nahlédnutí do dokumentace vedle nezletilého, nikoli za něj.

3.2.4 Pohled do jiných jurisdikcí

Pro příklad dobré praxe je opět možné podívat se do maltského zákona o *Genderové identitě, vyjádření a pohlavních charakteristikách* (Gender Identity, Gender Expression and Sex Characteristics Act) z roku 2015. Ten v sekci 14, která zapovídá normalizační zákroky bez informovaného souhlasu, zakotvuje také pravidla pro poskytnutí adekvátní a potřebné zdravotní péče. Ustanovuje pro tyto případy mezidisciplinární týmy, které jsou odpovědné také za zjišťování názoru dítěte a vyhodnocování jeho nejlepšího zájmu. Zákon také v následující sekci zakotvuje právo všech intersex osob na individualizované psychologické poradenství a podporu, včetně *peer* (vrstevnické) podpory a také na lékařskou péči, kterou si s ohledem na své vlastní potřeby přejí. Konstatuje zároveň, že patologizace intersex identity, vyplývající mimo jiné z *Mezinárodní klasifikace nemocí* (MKN 10), není na území Malty platná. Kromě výše uvedeného zákon také zakotvuje vznik pracovní skupiny, která má revidovat zavedené lékařské postupy cílem zajistit jejich soulad s uvedenými standardy.

3.3 Právo na sebeurčení

3.3.1 Problém s dichotomií pohlaví

Chápání pohlaví člověka jako dvou exkluzivních kategorií – mužské a ženské – znamená, že ihned po narození dítěte vzniká potřeba jedno z těchto pohlaví dítěti přisoudit. S kategoriemi mužského a ženského pohlaví jsou spojovány představy o standardním vzezření pohlavních orgánů. Právě tyto dvě kategorie proto také stojí za prováděním „normalizačních“ lékařských zákroků. Tyto zákroky, kromě dopadů popsanych v dřívější kapitole, mají další důležitý důsledek: provedený zákrok někdy rozhoduje také o registrovaném pohlaví dítěte, jehož pohlaví je jinak obtížně určitelné (Zvláštní zpravodaj OSN pro právo na zdraví 2015, odst. 85, také Blair 2015, Long 2015). Od tohoto rozhodnutí se poté odvíjí velká část sociální identity dítěte: gender, v souladu s nímž jej rodiče a další osoby odpovědné za výchovu budou vychovávat, vzorce chování, které v dítěti budou podporovány a které od dítěte budou očekávány, a mnoho dalšího. Neexistuje však žádná záruka, že pohlaví, o kterém takto za dítě rozhodnou druzí, bude v souladu s tím, které v průběhu svého vývoje dítě skutečně přijme za vlastní (Zillén, Garland, Slokenberga 2017, s. 42, také Blair 2015, Long 2015). U osob s variacemi pohlavních znaků existující výzkumy odhalily vyšší pravděpodobnost, že se u nich v průběhu jejich života projeví nesoulad s jejich registrovaným pohlavím. Podle studie z roku 2012 se může jednat až o 8,5–20 % z nich (Furtado 2012, s. 620–627).

Ve státech, které neumožňují změnit státem registrované pohlaví nebo pro takovou změnu kladou nepřiměřené podmínky, to může znamenat uzamčení dítěte nebo mladého člověka v pohlavní identitě, která mu není vlastní, a o které za něj rozhodli jiní (Fafejta, Sloboda 2021, s. 22–23). Takový nesoulad se může výrazně projevat v každodenním životě. Pokud se rozhodne vystupovat v souladu se svou vlastní pohlavní identitou, při každém jednání, při kterém musí ukazovat své dokumenty, včetně žádosti o zaměstnání, vyzvedávání balíku na poště nebo kontrole jízdního dokladu, se vystavuje nucenému coming outu, který je nejen nepříjemný, ale může být také motivem pro diskriminaci (ILGA Europe 2019, s. 36–37). Pokud to neučiní, může rozpor vnějšího vystupování s vlastní genderovou identitou prožívat velmi těžce. Obě možnosti mohou mít závažné negativní dopady na kvalitu jejich života.

3.3.2 Pohled mezinárodního práva

Právo na sebeurčení, včetně určení vlastní genderové identity, se zpravidla posuzuje jako součást jiných základních lidských práv; práva na zachování duševní integrity chráněného podle čl. 3 Listiny základních práv Evropské unie; práva na osobní autonomii a nezávislost zakotveného v čl. 3 písm. a) Úmluvy právech osob se

zdravotním postižením; nebo práva na to uchovat si, poznat a rozvíjet svou vlastní identitu, včetně genderové identity, chráněném čl. 8 Úmluvy o právech dítěte (Tobin 2019, s. 295 an.). Právo na sebeurčení, včetně rozhodování o své genderové identitě i jménu, se chápe rovněž jako součást práva na soukromí, chráněného v čl. 8 Evropské úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod (Goodwin proti Spojenému Království (GC), č. 28957/95, 11. 7. 2002), čl. 17 Mezinárodního paktu o občanských a politických právech, čl. 16 Úmluvy o právech dítěte a čl. 23 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením. Právo na soukromí zahrnuje také právo na to bez zásahu státu žít rodinným, partnerským a sexuálním životem (Komisař Rady Evropy pro lidská práva, 2015, s. 24).

Výše uvedená práva mohou být podle čl. 5 Úmluvy o právech dítěte limitována v zájmu usměrňování a rodičovského vedení a výchovy dítěte. Rodičovské vedení a usměrňování však vždy musí být v nejlepším zájmu dítěte a směřovat k plnému umožnění užívání jeho práv do budoucnosti. Pokud dítěti není umožněna účast na rozhodování o vlastní pohlavní identitě již v průběhu dětství, toto rozhodnutí nesmí být nevratné. Také z toho důvodu nemají být nevratné chirurgické zákroky upravující pohlaví dětí prováděny v jejich nízkém věku, kdy o nich nemohou spolurozhodovat – efektivně jim totiž odepírají právo na vlastní pohlavní sebeurčení a identitu (UN CRC 2019, CRC/C/ITA/CO/5-6, odst. 26, také Komisař Rady Evropy pro lidská práva 2015, s. 31–32).

Registrace pohlaví

Registraci osob žijících v jeho jurisdikci lze považovat za nezbytnou součást společenské organizace státu. Kromě jiného je oficiální registrace státem také právem dítěte, zakotveným v čl. 7 Úmluvy o právech dítěte, čl. 24 Mezinárodního paktu o občanských a politických právech a čl. 18 odst. 2 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením. Žádné z těchto ustanovení však přímo nezakotvuje povinnost státu registrovat okamžitě také pohlaví dítěte. Mnohé organizace proto dlouhodobě doporučují odstranění informací o pohlaví z registračních i identifikačních dokumentů všech osob, protože tyto údaje jsou často důvodem stigmatizace či diskriminace intersex a transgender osob (OHCHR 2019, s. 29, Komisař Rady Evropy pro lidská práva 2015, s. 9, shodně také Jakartské principy a Maltská deklarace, OII Europe 2013). Prozatím je však registrace pohlaví, stejně jako vedení pohlavních identifikátorů v oficiální dokumentaci státu, pevně zakotvenou praktikou. Údaj o pohlaví je přítomen na většině důležitých dokumentů ve většině států světa. Automatické vynechání registrace pohlaví jen u těch dětí, jejichž pohlaví není na první pohled určitelné, by mohla naopak vést k jejich další stigmatizaci nebo diskriminaci. Proto je doporučováno ji využívat spíše jako dobrovolné a doplňkové řešení (ILGA Europe 2019, s. 33, Komisař Rady Evropy pro lidská práva 2015, s. 9).

Do hry proto vstupují další varianty: varianta registrace „třetího“ nebo „neutrálního pohlaví“ a varianta ponechání pouze ženského a mužského pohlavního identifikátoru s možností flexibilní změny (více viz kapitolu 2.6. Genderové aspekty

a „třetí pohlaví“). První varianta vyjadřuje pozitivní přijetí intersex identity a může být pro část lidí s variacemi pohlavních znaků preferovanou (ILGA Europe 2019, s. 33). Pro některé však může být stigmatizující a podobně jako vynechání pohlavního identifikátoru může také vést k diskriminaci. Nemusí také odpovídat genderové identitě osob s variacemi pohlavních znaků. Jak vyplývá rovněž z provedené sociologické studie, velká část osob s variacemi pohlavních znaků se identifikuje buď jako ženy, nebo jako muži. Jejich biologická odlišnost neznamená odlišnou genderovou identitu (viz mj. kap. 2.6, také Inter 2015). Doporučuje se proto, aby třetí varianta pohlavního identifikátoru byla dostupná lidem s variací pohlavních znaků nebo nebinární genderovou identitou, ale její využití nebylo povinné ani automatické pro lidi s variacemi pohlavních znaků (Komisař Rady Evropy pro lidská práva 2015, s. 9, shodně také Jakartské principy). Poslední variantou, která přichází v úvahu vedle dobrovolných možností vynechání registrace pohlaví nebo registrace třetího pohlaví, je registrace ženského nebo mužského pohlavního identifikátoru tak jako u všech ostatních dětí. Podle *Rezoluce Parlamentního shromáždění Rady Evropy č. 2191(2017)* (Parlamentní shromáždění Rady Evropy 2017b) a shodně také podle Maltské deklarace (OII Europe 2013) je však důležitým doplňkem této varianty umožnění flexibilní změny registrovaného pohlaví v případě, že se v průběhu vývoje dítěte projeví jeho jiná pohlavní identifikace.

Změna registrovaného pohlaví

Evropské státy dnes již běžně umožňují změnit státem registrované pohlaví. Většina z nich však klade pro takovou změnu pohlaví řadu podmínek: od diagnózy a hormonální léčby, přes rozvod manželství a změnu jména, až po podstoupení chirurgického zákroku a zneplodnění (Transgender Europe 2020). Mezinárodní instituce v posledních letech státům často připomínají potřebnost zajištění rychlé a flexibilní administrativní procedury změny pohlaví, bez zbytečných a nepřiměřených překážek. V roce 2017 vyzvala řada agentur OSN, zástupců regionálních a mezinárodních organizací i mezinárodních expertů, aby státy „zajistily rychlé transparentní a přístupné procedury změny registrovaného pohlaví bez zbytečných podmínek (...), včetně nucených zásahů, jako jsou sterilizace nebo diagnóza duševní poruchy“ (OSN 2017, shodně také WPATH 2015). Stejná výzva varuje, že zapovídání změny pohlaví dětem a mladým lidem je vystavuje zvýšenému riziku stigmatizace, diskriminace nebo násilí. Porušuje tak základní princip zakotvený v čl. 3 odst. 1 Úmluvy o právech dítěte, tedy že nejlepší zájem dítěte by měl být vždy primárním hlediskem (OSN 2017). Obdobné principy shrnuje také článek 24c Jakartských principů (Jakartské principy 2017). Ten stanovuje, že i děti mají právo na formování vlastní genderové identity a při jakémkoli rozhodování, které se této identity týká, musí být brán v potaz jejich nejlepší zájem i jejich postoje. Toto právo je důležité pro všechny věkové skupiny obyvatel. Pro děti a mladé lidi je téma genderové identity často stěžejní již při nástupu na střední školu. Procedura administrativní změny pohlaví proto musí být přístupná i jim (WPATH 2012, s. 12).

Právo na změnu registrovaného pohlaví přímo vyplývá z práva na soukromí specifikovaného výkladem Evropského soudu pro lidská práva. V případě *Van Kück proti Německu* (č. 35968/97, 12. 6. 2003) Evropský soud pro lidská práva konstatoval, že proces změny pohlaví musí být prakticky přístupný, a tedy že požadavky pro změnu pohlavní nesmí být nepřiměřené. Vyžadovat prokazování lékařské nezbytnosti úkonů souvisejících se změnou pohlaví proto, aby tyto úkony byly hrazeny ze zdravotního pojištění, je s tímto požadavkem neslučitelné. Takovým nepřiměřeným požadavkem je podle Evropského soudu pro lidská práva, mimo jiné, i podmínka chirurgického zákroku nebo zneplodnění (*A.P., Garçon a Nicot proti Francii*, č. 9885/12, 52471/13 a 52596/13, 6. 4. 2017). Výzvu k zajištění jednoduché, rychlé a přístupné procedury změny pohlaví zopakovalo také Parlamentní shromáždění Rady Evropy ve své rezoluci z roku 2017 *Podpora lidských práv a odstranění diskriminace vůči intersex osobám* (č. 2191(2017)).

Právo na určení vlastní genderové identity mají, v souladu s čl. 8 Úmluvy o právech dítěte, také děti. Procedura změny registrovaného pohlaví tedy musí být dostupná i jim (Tobin 2019, s. 295 an., také Komisař Rady Evropy pro lidská práva 2014). Jak zdůrazňuje *Rezoluce Parlamentního shromáždění Rady Evropy č. 2048 (2015), Diskriminace transgender osob v Evropě*, rychlá a transparentní procedura změny pohlaví založená na principu sebeurčení má být přístupná bez ohledu na věk a v případě dětí musí plně respektovat princip jejich nejlepšího zájmu jako primárního hlediska. Také komisař Rady Evropy pro lidská práva (2014) připomíná, že děti mají právo na sebeurčení a v realizaci tohoto práva jim nesmí být kladeny nepřiměřené překážky.

Evropská unie zastává stejné stanovisko a vyzývá členské státy, aby přijaly flexibilní postupy zápisů pohlaví do matrik i jejich změny. Podporuje přitom ty procedury změny pohlaví, které jsou založeny na sebeurčení člověka, a tedy nevyžadují lékařské diagnózy, lékařské zákroky ani splnění dalších souvisejících podmínek. Cíle zajistit, aby v členských státech fungovaly flexibilní a přístupné procedury změny pohlaví, si vytyčila Evropská unie i v *Strategii rovnosti LGBTI osob* z roku 2020 (Evropská komise 2020, s. 18). Strategie odkazuje na výše citovanou judikaturu Evropského soudu pro lidská práva a zavazuje Evropskou komisi k tomu, aby mezi členskými státy podporovala zvyšování povědomí o právech intersex osob i výměnu zkušeností s jurisdikcemi, které zavedly proceduru založenou na sebeurčení a neomezenou věkovými limity.

Usnesení Evropského parlamentu ze dne 14. února 2019 o právech intersexuálních osob (č. 2018/2878(RSP))

9. zdůrazňuje význam flexibilních postupů zápisů do matriky; vítá zákony přijaté v některých členských státech, které umožňují právní uznání pohlaví na základě sebeurčení; podněcuje ostatní členské státy k tomu, aby přijaly podobné právní předpisy, včetně flexibilních postupů pro změnu ukazatelů pohlaví, budou-li nadále evidovány, a jmen na rodných listech a občanských průkazech (včetně možnosti genderově neutrálních jmen).

Ve stávajícím právním a společenském kontextu je tedy vhodné doporučit, aby zavedení tzv. třetího pohlaví, popř. vynechání registrace pohlaví, bylo pouze doplňkovou a dobrovolnou variantou řešení registrace pohlaví jedince s variacemi pohlavních znaků. Z hlediska respektování pohlavního sebeurčení člověka, jeho duševní integrity a práva na soukromí, je naopak vhodnější registrovat jedno ze zavedených pohlaví, ale umožnit jeho následnou flexibilní změnu bez nepřiměřených podmínek. Nepřiměřenou podmínkou je například vyžadování podstoupení chirurgických zákroků nebo zneplodnění, které přímo narušují právo na soukromí dotčeného jedince. Mezinárodní instituce ve shodě rovněž doporučují, aby změna pohlaví byla umožněna také dětem.

3.3.3 Pohled českého práva

Česká republika je jednou ze zemí, kde se pohlaví registruje matričními úřady ihned po narození dítěte do knihy narození podle § 14 odst. 1 písm. c) zákona o matrikách, jménu a příjmení. V souladu s § 15 stejného zákona se tak děje na základě oznámení zdravotnického zařízení, matky dítěte nebo jiné fyzické osoby, a to nejpozději do 3 pracovních dnů od narození dítěte. Zákon neobsahuje výjimku a neumožňuje nevyplnění pohlavního identifikátoru, odložení jeho vyplnění nebo vyplnění jiného pohlaví než mužského a ženského. Identifikátor mužského nebo ženského pohlaví je přítomen jak na rodném listě (§ 29 odst. písm. c) zákona o matrikách, jménu a příjmení), tak na občanském průkazu (§ 3 odst. 2 písm. a) zákona o občanských průkazech) a pasu (§ 6 odst. 3 zákona o cestovních dokladech). Možnost neuvádět tento údaj v registrech státu i v uvedených dokumentech v České republice neexistuje. Jedinou možností změnit pohlaví dítěte, které muselo být registrované do 3 dnů od narození dítěte, je podle české legislativy projít změnou pohlaví podle § 29 odst. 1 zákona č. 89/2012 Sb., občanského zákoníku.

Zákon pro změnu registrovaného pohlaví vyžaduje podstoupení chirurgického zákroku při současném znemožnění reprodukční funkce a přeměně pohlavních orgánů. Tato podmínka je v rozporu jak s judikaturou Evropského soudu pro lidská práva (*Garçon a Nicot proti Francii*, č. 9885/12, 52471/13 a 52596/13, 6. 4. 2017), tak s rozhodnutím Evropského výboru pro sociální práva vůči České republice v *Transgender Europe a ILGA-Europe proti České republice* (stížnost č. 117/2015). Vyžadovaný zákrok je specifikován v § 21 zákona o specifických zdravotních službách, který ve svém odst. 3 stanoví, že chirurgické výkony směřující ke změně pohlaví se provedou pacientovi, který dovršil věk 18 let. Souhlas nezletilého zde nelze nahradit souhlasem zákonného zástupce. V České republice, stejně tak jako v 33 dalších evropských zemích, je tedy možné proceduru úřední změny pohlaví podstoupit až po dosažení zletilosti (Transgender Europe 2018).

Česká legislativa tedy prozatím adekvátně neřeší situace, kdy u osoby s variacemi pohlavních znaků není spolehlivě určitelné pohlaví, ani situace, kdy vyjde najevo, že určené pohlaví není v souladu s pohlavím přijatým daným jedincem (viz

výše). Neexistuje možnost odložit registraci pohlaví dítěte, které musí být zapsáno do tří dnů. Není možné ani zapsat jiné pohlaví nebo tuto kolonku zcela vynechat. Zároveň Česká republika klade přísné překážky pro změnu již registrovaného pohlaví. Touto změnou může projít pouze dospělý jedinec a dětem tedy není vůbec umožněna. Zároveň ještě stále Česká republika pro tuto administrativní změnu vyžaduje potvrzení o provedeném chirurgickém zákroku společně se zneplodněním, požadavek, který je v rozporu s Evropskou úmluvou o ochraně lidských práv a základních svobod. V roce 2022 tuto právní úpravu vyžadující chirurgický zákrok a zneplodnění, jakož i právní úpravu znemožňující registraci jiného než ženského a mužského pohlaví, přezkoumával Ústavní soud (Pl. ÚS 2/20 ze dne 9. 11. 2021). Většina soudců pléna došla k závěru, že úprava není v rozporu s Ústavou České republiky a je především na zákonodárci, jak dané společenské otázky upraví. Stejnou otázku tak bude v dohledné době ve vztahu k České republice pravděpodobně projednávat Evropský soud pro lidská práva.

3.3.4 Pohled do jiných jurisdikcí

Většina států světa vyžaduje zápis pohlaví člověka do registru států i oficiálních dokumentů a zpravidla se tak děje velmi brzy po narození dítěte při jeho registraci. Například Německo však umožňuje tento údaj nechat v registrech státu trvale nevyplněný (Baršová 2020, s. 992–997). Německo navíc tento údaj neuvádí ani v občanských průkazech (Komisař Rady Evropy pro lidská práva 2015, s. 40). Jiné země, jako například Francie a Nizozemí, umožňují po určitou dobu odklad registrace pohlaví dítěte v případě variací pohlavních znaků. Francie takový odklad umožňuje až na tři roky (Evropská síť právních expertů v oblasti nediskriminace 2018, s. 66). Z evropských zemí Finsko, Portugalsko a Malta tento odklad umožňují na neurčito do doby, kdy bude možné určit pohlaví dítěte spolehlivě. Malta umožňuje tento odklad až do doby 18 let věku intersex osoby s cílem umožnit takové osobě registraci pohlaví podle vlastní volby (Komisař Rady Evropy pro lidská práva 2015, s. 37, 39).

Většina států světa, včetně evropských států, zároveň umožňuje pouze registraci mužského (M) nebo ženského (F) identifikátoru (Komisař Rady Evropy pro lidská práva 2015, s. 37, 39). Existují však také výjimky. Již od roku 1945 umožňuje Mezinárodní asociace pro civilní letectví registraci třetího („X“) identifikátoru, stejně tak jako to v cestovních pasech v současnosti umožňuje množství neevropských zemí jako je Austrálie, Malajsie, Nepál, Nový Zéland nebo Indie (Komisař Rady Evropy pro lidská práva 2015, s. 40). V Evropě tuto možnost zatím v roce 2015 zavedla Malta v již citovaném zákoně o Genderové identitě, vyjádření a pohlavních charakteristikách (Gender Identity, Gender Expression and Sex Characteristics Act). V roce 2019 možnost registrace třetího pohlaví zavedlo také Německo (BBC 2019). Tato regulace byla výsledkem dlouholetého procesu, ve kterém sehrál důležitou roli německý Spolkový Ústavní soud. Ten v roce 2017 rozhodl, že neexistence dobrovolné třetí možnosti pohlaví v registrech státu porušuje právo některých osob

na osobní rozvoj a rovnost (1 BvR 2019/16, 10. 10. 2017). Podobný rozsudek v roce 2018 vydal také rakouský Ústavní soud (Reuters 2019).

O něco flexibilnější jsou právní systémy některých zemí ve vztahu ke změně registrovaného pohlaví. Stále více a více států umožňuje změnit registrované pohlaví člověka v průběhu života na základě vlastního sebeurčení, bez požadavku lékařské diagnózy a zejména bez požadavku podstoupení chirurgických zákroků. První vlaštvou byla v tomto ohledu Argentina, která již v roce 2012 přijala velmi flexibilní a rychlou proceduru administrativní změny pohlaví založenou na sebeidentifikaci. Výslovně přitom v zákoně stanoví, že pro změnu pohlaví nesmí úřady v žádném případě vyžadovat podstoupení chirurgického zákroku, hormonálních nebo jakýchkoli jiných léčeb (Transgender Europe 2013). Na Filipínách v roce 2008 Nejvyšší soud rozhodl, že v případě intersex člověka musí být možné flexibilně změnit registrované pohlaví v návaznosti na přirozený vývoj jeho biologického těla (International Commission of Jurists 2008b).

V Evropě prozatím nevyžadují chirurgické zákroky, léčbu ani diagnózu pro administrativní změnu pohlaví Dánsko, Malta, Irsko, Lucembursko, Norsko, Francie, Belgie, Řecko a Portugalsko (Evropská síť právních expertů v oblasti nediskriminace 2018, s. 59). Dánsko zrušilo veškeré medicínské požadavky pro uznání změny pohlaví včetně psychiatrické diagnózy, sterilizace i hormonální léčby již v roce 2014 (Transgender Europe 2014). V roce 2015 přijala tento model i Malta v již zmíněném zákoně. Zákon je postaven na plně sebe-identifikačním pojetí, změna vyžaduje jen deklaráci před notářem a celá procedura trvá maximálně 30 dní. Zákon také přímo zapovídá vyžadování lékařských informací za účelem změny pohlaví (Transgender Europe 2015a). Podobnou regulaci přijalo v roce 2015 i Irsko. Zde stačí, když osoba požádá o certifikát změny pohlaví spolu s prohlášením, že plně rozumí důsledkům své žádosti a je rozhodnuta žít v souladu se svým preferovaným genderem po zbytek svého života (Transgender Europe 2015b).

Norsko se vydalo podobnou cestou v roce 2016, kdy přijalo zákon upravující proceduru změny pohlaví založenou plně na sebe-identifikaci, nevyžadující diagnózu, prokazování žité identity, a dokonce ani žádnou čekací dobu (Transgender Europe 2016). Ve stejném roce přijala takovou právní úpravu také Francie (ILGA Europe 2016) a v následujícím roce Řecko (ILGA Europe 2017). Obě tyto země však nadále vyžadují podstoupení tzv. *real-life test*, tedy prokázání, že daná osoba skutečně trvale žije jako osoba druhého pohlaví. V roce 2017 jednoduchý a flexibilní model změny pohlaví přijala také Belgie, která vyžaduje pouhou žádost k matričnímu úřadu a její opětovné potvrzení po třech měsících. Po této době matrika změnu pohlaví jednoduše provede. Portugalsko přijalo zákon o změně pohlaví, založený na sebe-identifikačním pojetí pro dospělé, v polovině roku 2018 (ILGA Europe 2018).

Ve většině států – i v těch, kde je změna pohlaví založena na sebe-identifikačním pojetí – je však **procedura změny pohlaví nepřístupná dětem**, popřípadě přípustná omezeně při splnění dalších specifických podmínek (Evropská síť právních expertů v oblasti nediskriminace 2018, s. 65–66). Pouze Itálie, Malta, Německo a Chorvatsko umožňují dítěti nebo jeho zákonným zástupcům (s respektováním práva dítěte na

účast ve věci i na zohlednění jeho nejlepšího zájmu) požádat o změnu registrovaného pohlaví bez jakéhokoli věkového limitu – to znamená, že zákonní zástupci mohou změnit registrované pohlaví dítěte i v jeho nízkém věku (ibid.). Irsko, Portugalsko a Belgie umožňují takovou změnu pouze po dovršení 16 let dítěte (ibid.). V Nizozemí nezletilí starší 16 let o tuto změnu mohou požádat sami, pokud doloží také tři různé lékařské zprávy, ale u dětí mladších 16 let změnu pohlaví nelze vůbec provést. V Řecku mohou o změnu požádat nezletilí starší 17 let se souhlasem zákonného zástupce. Nezletilí starší 15 let musí doložit souhlas zákonného zástupce a zároveň souhlasné stanovisko specificky ustanovené komise (ibid.). V Norsku mohou nezletilí starší 15 let požádat se souhlasem zákonného zástupce a nezletilí starší 16 let mohou požádat sami bez dalších podmínek (ibid.). Norsko však má specifickou proceduru změny registrovaného pohlaví pro intersex děti – zde mohou o změnu pohlaví požádat sami zákonní zástupci do doby 6 let věku dítěte (ibid.). Podobně je tomu také ve Švédsku, kde o změnu pohlaví dítěte mohou požádat zákonní zástupci, avšak pouze se souhlasem dítěte samotného, pokud je dítě starší 12 let (ibid.).

Mnoho evropských zemí proto může být České republice inspirací. Z hlediska možnosti změny registrovaného pohlaví patří česká právní úprava mezi ty vůbec nejprísnejší (Transgender Europe 2020). Většina evropských států již nevyžaduje podstoupení chirurgických zákroků. Mnoho z nich poté neklade ani další podmínky, jako například stanovení diagnózy poruchy pohlavních identity. Podstatná část evropských zemí změnu registrovaného pohlaví umožňuje i dětem. Malta a Německo navíc již umožňují rovněž registrovat třetí pohlaví.

3.4 Právo na účinnou ochranu a nápravu

3.4.1 Diskriminace a přístup k právní ochraně

Lidé s variacemi pohlavních znaků se mohou z důvodu své odlišnosti setkávat s šikanou, znevýhodňováním, obtěžováním nebo nenávisťnými projevy (Komisař Rady Evropy pro lidská práva 2015, s. 43). Agentura pro základní práva Evropské unie ve výzkumu publikovaném v roce 2020 zjistila, že šedesát dva procent dotazovaných intersex osob se v každodenním životě někdy cítí diskriminováno kvůli svým pohlavním znakům (FRA 2020, s. 51 an.). Jedna třetina z nich právě diskriminaci vnímá jako největší problém, se kterým se kvůli své odlišnosti potkávají. Přibližně stejný poměr osob za největší problém označuje šikanu a jiné formy obtěžování a násilí (ibid.). *Strategie Evropské unie k rovnosti LGBTI osob z roku 2020* také konstatuje, že intersex osoby dosud nejsou proti diskriminaci v evropské legislativě dostatečně chráněny a stanovuje si za cíl prozkoumat způsoby, jak jejich ochranu účinně zajistit (Evropská komise 2020, s. 7).

Diskriminace, ponižování i násilí na intersex lidech se může projevovat například ve styku se zdravotnickým systémem. Necitlivý a stigmatizující jazyk

a jednání zdravotnického personálu i lékařské zákroky motivované stereotypním vnímáním pohlavní identity člověka lze považovat za formu diskriminace (OHCHR 2011, odst. 56–57). Pro širokou veřejnost je navíc poměrně známým tématem diskriminace intersex osob v oblasti sportu (OSN 2019). Intersex sportovkyně například mohou být nuceny podstupovat chromozomální nebo hormonální testování, aby prokázaly své ženství (ibid.). Známý je např. případ jihoafrické atletky Caster Semenya, zlaté medailistky z mistrovství světa v Berlíně v roce 2009, která byla podrobena takovému testování ze strany International Association of Athletics Federations (IAAF) a do roku 2010 nemohla závodit (Komisař Rady Evropy pro lidská práva 2015, s. 44, OHCHR 2019, s. 31). Od roku 2018 IAAF zavedla nová pravidla, která ženským atletkám s přirozeně vyšší hladinou testosteronu – mezi něž se řadí řada atletek s variacemi pohlavních znaků, včetně Semenyi – zapovídají závodit v několika běžeckých disciplínách, pokud hladinu svého testosteronu pomocí léčiv nesníží (World Athletics 2018). I toto pravidlo mohou intersex atletky považovat za diskriminační.

Společným jmenovatelem ve vztahu k všem problémům popsáným v této části publikace je poté nedostatečná efektivita právní ochrany. Případy lidí s variacemi pohlavních znaků, kteří se setkali s jednáním, které lze označit jako porušení lidských práv, se velmi zřídka dostávají před soudy. Vysoký Komisař OSN pro lidská práva příčinu tohoto stavu vidí v nízkém povědomí o právech osob s variacemi pohlavních znaků jak mezi nimi samotnými, mezi jejich zákonnými zástupci/rodiči, u odborné lékařské veřejnosti, ale i mezi právníky (OHCHR 2019, s. 33–34). V českém kontextu může být důvodem i vědomí nízké šance na úspěch u soudu i na získání odpovídajícího odškodnění (k tzv. underreportingu v případech diskriminace a jeho důvodům viz například Veřejný ochránce práv 2019, s. 50–52). Dalším důvodem však může být i to, že v případě zásahů do tělesné integrity dětí často uplyne velmi dlouhá doba, než se o nich samotná osoba s variacemi pohlavních znaků dozví (Davis 2015, Blair 2015, Garcia 2015, Truffer 2015). Některé z nároků, které by bylo možné požadovat jako zadostiučinění za způsobenou újmu, tak již mohou být promlčené. Po tak dlouhé době také někdy bývá problém získat informace ze zdravotnické dokumentace (OHCHR 2019, s. 33–34, ILGA Europe 2019, s. 38). Pokud se lidé o zákrocích, které na jejich těle byly provedeny, dozví dříve – ještě jako děti – zpravidla potřebují podporu vlastních rodičů k vedení soudního sporu za přiměřené zadostiučinění. Často to přitom bývají rodiče, kteří k nedobrovolným zákrokům dali souhlas. Dětem s variacemi pohlavních znaků je proto potřeba zajistit efektivní přístup k ochraně i zadostiučinění za způsobené újmy, který nebude závislý na aktivitě jejich zákonných zástupců.

3.4.2 Pohled mezinárodního práva

Požadavek rovného přístupu k právům a nediskriminace obsahuje většina mezinárodních lidskoprávních úmluv: je zakotven v čl. 26 Mezinárodního paktu o občanských a politických právech, čl. 2 Mezinárodního paktu o hospodářských, sociálních

a kulturních právech, čl. 2 Úmluvy o právech dítěte, v čl. 5 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením, čl. 14 Evropské úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod i implicitně v čl. 1 Úmluvy OSN proti mučení (UN CAT 2008, CAT/C/GC/2). Ochranu proti diskriminaci v zaměstnání poskytuje také Směrnice Rady 2000/78/ES ze dne 27. listopadu 2000, kterou se stanoví obecný rámec pro rovné zacházení v zaměstnání a povolání (tzv. rámcová směrnice). Všechny tyto mezinárodní právní normy chrání proti diskriminaci na základě pohlaví i jiného statusu. Tam se, mimo jiné, řadí také genderová identita, sexuální orientace, nebo zdravotní postižení (OHCHR 2015, A/HRC/29/23, odst. 42, UN CESCR 2016, E/C.12/GC/22, odst. 2, UN CEDAW 2010, CEDAW/C/GC/28, odst. 18). Byť žádná z těchto norem specificky nechrání proti diskriminaci na základě pohlavních charakteristik, intersex osoby pomohou požívat ochrany před diskriminací motivovanou ostatními chráněnými znaky, zejména chráněným znakem pohlaví (HRC 2011, Rezoluce č. 17/19, A/HRC/RES/17/19).

Právo na účinný přístup ke spravedlnosti a právo na účinnou nápravu je explicitně je zakotveno v čl. 13 Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením. Úmluva OSN proti mučení požaduje ve svém čl. 14, aby státy zajistily efektivní přístup k přiměřenému zadostiučnění a odškodnění, včetně rehabilitace, pro oběti mučení. Toto právo zakotvuje také čl. 13 Evropské úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod. S ohledem na judikaturu Evropského soudu pro lidská práva lze navíc dovodit, že přístup ke spravedlnosti a účinné nápravě je implicitní součástí efektivní a praktické ochrany každého lidského práva (*Airey v. Ireland*, č. 6289/73, 7. 7. 1977, odst. 24). Podobný právní názor zastává také Evropský výbor pro sociální práva (*MDAC v. Belgium*, č. 109/2014, odst. 80).

Explicitní ochrana před diskriminací na základě pohlavních znaků

Proto, aby byla ochrana proti diskriminaci efektivní, je nezbytná určitá úroveň právního povědomí i jistoty ohledně toho, které skupiny antidiskriminační legislativa chrání. Orgány OSN za tímto účelem doporučují, aby intersex status nebo pohlavní charakteristiky byly výslovně označeny za chráněné diskriminační znaky. Tuto výzvu vyslovil v roce 2011 Komisař OSN pro lidská práva v roce 2011 (OHCHR 2011, odst. 17 a 79(c)) a v roce 2017 ji zopakoval nezávislý expert OSN na ochranu proti násilí a diskriminaci z důvodu sexuální orientace a genderové identity (A/HRC/35/36, odst. 14 a 57–58). Kromě výslovného zakotvení ochrany intersex osob do antidiskriminačních zákonů vyzval státy také k tomu, aby zajistily praktickou ochranu jejich marginalizací a vyloučením (ibid.).

Také výbory OSN dohlížející na implementaci jednotlivých lidskoprávních úmluv OSN pravidelně státy vyzývají, aby intersex lidé byli explicitně chráněni zákony na ochranu proti diskriminaci a aby byla přijata opatření k zajištění efektivního vymáhání. Taková doporučení opakovaně přijal Výbor OSN pro lidská práva (UN HRC 2017, CCPR/C/CMR/CO/5, odst. 14; a další), Výbor OSN pro hospodářská, sociální a kulturní práva (UN CESCR 2020, E/C.12/UKR/CO/7; a další), Výbor OSN pro

odstranění diskriminace žen (UN CEDAW 2018, CEDAW/C/CHL/CO/7, odst.15(d), UN CEDAW 2018, CEDAW/C/LUX/CO/6-7, odst. 39–40) i Výbor OSN pro práva dítěte. Ten například vyzval Maďarsko, aby přijalo národní strategii ochrany všech dětí před násilím a diskriminací, a své zákony efektivně uplatňovalo na ochranu dětí s variacemi pohlavních znaků (UN CRC 2020, CRC/C/HUN/CO/6, odst. 24). Podobně k efektivnímu uplatňování antidiskriminační legislativy vůči těmto dětem vyzval také Koreu (UN CRC 2019, CRC/C/KOR/CO/5-6, odst. 16–17).

Na potřebu efektivní ochrany proti diskriminaci upozorňují také regionální lidskoprávní orgány. Komisař Rady Evropy pro lidská práva vyzval, aby státy přehodnotily legislativu na ochranu proti diskriminaci a násilí z nenávisťi a zakotvily explicitně pohlavní charakteristiky mezi chráněné znaky. Pokud to nebude možné, doporučil, aby státy alespoň vydaly autoritativní výkladové stanovisko, ve kterém specifikují, že intersex lidé jsou chráněni pod charakteristikou pohlaví (Komisař Rady Evropy pro lidská práva 2015, s. 9). Parlamentní shromáždění Rady Evropy v Rezoluci č. 2048 (2015) *Diskriminace transgender osob v Evropě* z roku 2017 také doporučuje členským státům, aby diskriminaci na základě pohlavních znaků zakotvily explicitně anebo alespoň zajistily povědomí všech dotčených odborníků, že intersex osoby jsou chráněny před diskriminací pod chráněným znakem pohlaví nebo jinou podobnou charakteristikou (bod 7.4). Evropský parlament v usnesení *Práva intersex osob* z roku 2019 (2018/2878(RSP)) podobná doporučení o explicitním přijetí pohlavních znaků jako zakázaného diskriminačního důvodu zopakoval.

Usnesení Evropského parlamentu ze dne 14. února 2019 o právech intersexuálních osob (2018/2878(RSP))

Medikalizace a patologizace

Evropský parlament (...)

10. vyjadřuje politování nad tím, že pohlavní znaky nejsou v celé EU uznávány za důvod diskriminace, a zdůrazňuje proto důležitost tohoto kritéria k tomu, aby byl intersexuálním osobám zajištěn přístup ke spravedlnosti.

Efektivní nástroje právní ochrany

Zakotvení pohlavních charakteristik jako chráněného znaku do diskriminační legislativy však nestačí k zajištění praktické ochrany. Společné veřejné prohlášení expertů OSN a regionálních organizací v roce 2016 proto vyzvalo také k zajištění praktického postihování této diskriminace (OHCHR 2016). To podle uvedených expertů znamená zajištění odpovídajícího proškolení soudních pracovníků, migračních úředníků, policistů, lékařů a dalšího zdravotního personálu, učitelů a dalších odborníků přicházejících s osobami s variacemi pohlavních znaků do kontaktu (ibid.).

Speciální pozornosti se ze strany mezinárodních organizací dostalo diskriminaci ve sportu: v roce 2019 vyzvalo Valné shromáždění OSN rezoluci vyzývající k ukončení diskriminace intersex dívek a žen ve sportu (OSN 2019). Valné shromáždění vyjádřilo znepokojení nad pravidly sportovních asociací, které nutí ženy a dívky s variacemi pohlavních znaků podstupovat různé formy testování a zákroků – zejména snižování hladiny testosteronu – které jsou ponižující a diskriminační. Podle Valného shromáždění tyto podmínky porušují právo na jejich fyzické, duševní, sexuální a reprodukční zdraví, právo na práci, na soukromí, na vlastní tělesnou integritu a autonomii i na ochranu před mučením a jinými formami špatného zacházení. Vyzvalo členské státy OSN, aby zajistily, že pravidla sportovních asociací odstraní všechny podmínky, které by mohly obsahovat formy nedobrovolných, ponižujících a škodlivých zákroků, založených jen na stereotypním pojetí lidského těla (ibid.).

K zajištění účinné a praktické ochrany před diskriminací vyzývá také Komisař Rady Evropy pro lidská práva. Ten za tím účelem doporučuje, aby národní instituce na ochranu rovného zacházení úzce pracovaly s intersex lidmi a jejich organizacemi (Komisař Rady Evropy pro lidská práva 2015, s. 13). Diskriminace těchto lidí má podle komisaře, podobně jako ostatní formy porušování jejich lidských práv, zárodek v jejich patologizaci. Komisař proto rovněž vyzývá k přehodnocení mezinárodní i národních klasifikací nemocí, které zakotvují poruchy sexuálního vývoje (DSD) jako nemoci (ibid.). Parlamentní shromáždění Rady Evropy tento požadavek vzneslo také v roce 2017 ve své rezoluci *Podpora lidských práv a odstranění diskriminace vůči intersex osobám* (č. 2191 (2017)). Doporučuje rovněž aktivní spolupráci s neziskovými organizacemi v oblasti zvyšování povědomí o intersex osobách a jejich právech (bod 8). K zajištění účinné ochrany proti diskriminaci vyzývá také Evropský parlament v Usnesení Evropského parlamentu ze dne 14. února 2019 o právech intersexuálních osob (2018/2878(RSP)). Kromě zajištění efektivní ochrany proti diskriminaci členské státy vyzývá také k tomu, aby aktivně podporovaly organizace, které pracují na odstranění stigma spojeného s intersexualitou (body 4, 5 a 11).

Usnesení Evropského parlamentu ze dne 14. února 2019 o právech intersexuálních osob (2018/2878(RSP))

Medikalizace a patologizace

Evropský parlament (...)

4. vyzývá Komisi a členské státy, aby podporovaly organizace, které pracují na odstranění stigma, jímž jsou intersexuální osoby zatíženy;

5. vyzývá Komisi a členské státy, aby zvýšily financování organizací občanské společnosti věnujících se problematice intersexuality;

11. vyzývá Komisi, aby zintenzívnila výměnu osvědčených postupů v této věci; vyzývá členské státy, aby přijaly potřebné právní předpisy, které zajistí odpovídající ochranu, respektování a prosazování základních práv intersexuálních osob, včetně intersexuálních dětí, a zajistí také plnou ochranu před diskriminací; (...).

Kromě potřeby zajistit funkční ochranu na individuální rovině některé mezinárodní instituce zdůrazňují potřebu systematického prošetření existujících praktik. Hovoří v tomto smyslu o tzv. právu na pravdu – právu na odpovídající prošetření porušování lidských práv a právu obětí zjistit, kdo je za ně odpovědný (Nezávislý expert k aktualizaci Principů k boji proti beztrestnosti porušování lidských práv, 2005, E/CN.4/2005/102/Add., princip č. 2, s. 2). Výbory jakož i další orgány OSN pravidelně státům doporučují zajistit systematické prošetření porušování lidských práv osob s variacemi pohlavních znaků i zajištění odpovídajícího zadostiučinění. Již v roce 2014 tato výzva zazněla ve společném prohlášení *Eliminace nucené a jinak nedobrovolné sterilizace* agentur OSN (WHO, OHCHR, UNICEF a dalších, OSN 2014). Agentury OSN státy vyzývají k uznání, že praktiky nedobrovolných lékařských zákroků jsou systémovým porušováním lidských práv. Za druhé mají státy vyšetřit rozsah těchto praktik, zajistit potrestání odpovědných osob a zajistit obětem zadostiučinění a odškodnění (ibid.). Jakartské principy (2017) rovněž hovoří o právu na pravdu. Vyžadují, kromě jiného, aby státy přijaly legislativu, která zajistí odpovídající zadostiučinění a odškodnění za nedobrovolné zákroky provedené kvůli normalizaci pohlavních charakteristik (viz pravidlo č. 37). Doporučují zejména, aby státy zajistily plný a dlouhodobý přístup k lékařské dokumentaci tak, aby bylo možné ji efektivně využít k zjištění pravdy ohledně zákroků na intersex dětech (ibid.).

Podobná doporučení pravidelně vydává jak Výbor OSN pro práva dítěte (UN CRC 2019, CRC/C/MLT/CO/3-6, odst. 29), tak Výbor OSN proti mučení (UN CAT 2018, CAT/C/NLD/CO/7, odst. 53; a další). Výbor OSN pro odstranění diskriminace žen navíc doporučuje, aby státy v těchto případech přehodnotily promlčecí lhůty, které brání v přístupu ke spravedlnosti, a zvážily ustanovení zvláštních kompenzačních mechanismů pro tato systematická porušování lidských práv (UN CEDAW 2018, CEDAW/C/DEU/CO/7-8, odst. 24(e)). Vyžaduje rovněž po státech, aby lidem s variacemi pohlavních znaků zajistily efektivní přístup k lékařské dokumentaci a samy prověřily tyto praktiky, potrestaly odpovědné osoby a poskytly zadostiučinění a odškodnění obětem (UN CEDAW 2015, CEDAW/C/NAM/CO/4-5, odst. 37).

Obdobné požadavky zaznívají také na evropské úrovni. Parlamentní shromáždění Rady Evropy v roce 2017 doporučilo členským státům pečlivě vyšetřit porušování lidských práv intersex osob a zajistit jim efektivní přístup ke kompenzaci. Kromě toho doporučilo rovněž zavést kampaně na zvyšování povědomí o jejich situaci a právech jak mezi obecnou populací, tak mezi relevantními odborníky. K provedení komplexního výzkumu o situaci a právech intersex osob vyzývá také Usnesení Evropského parlamentu ze dne 14. února 2019 o právech intersexuálních

osob (2018/2878(RSP)), které zároveň vyzývá Evropskou komisi, aby zajistila, že z finančních prostředků Evropské unie nebudou podporovány žádné projekty, které mohou porušovat práva osob z důvodu odlišnosti jejich pohlavních charakteristik. Své financování má naopak zaměřit na výzkumné projekty mapující jejich situaci z hlediska lidských práv.

Usnesení Evropského parlamentu ze dne 14. února 2019 o právech intersexuálních osob (2018/2878(RSP))

Evropský parlament (...)

12. vyzývá všechny příslušné zúčastněné strany, aby uskutečnily výzkum zaměřený na intersexuální osoby, a to ze sociologického a lidskoprávního úhlu pohledu, nikoli z medicínského hlediska;

13. vyzývá Komisi, aby zajistila, aby z finančních prostředků EU nebyly podporovány výzkumné nebo zdravotnické projekty, které dále přispívají k porušování lidských práv intersexuálních osob, a to v rámci evropských referenčních sítí; vyzývá Komisi a členské státy, aby podporovaly a financovaly výzkum zabývající se situací intersexuálních osob z hlediska lidských práv.

3.4.3 Pohled českého práva

Česká republika má komplexní systém ochrany proti diskriminaci. Listina základních práv a svobod zajišťuje právo na rovné postavení před zákonem (čl. 1) a rovné zacházení v užívání základních práv a svobod všem bez rozdílu pohlaví, rasy, barvy pleti, jazyka, víry a náboženství, politického či jiného smýšlení, národního nebo sociálního původu, příslušnosti k národnostní nebo etnické menšině, majetku, rodu nebo jiného postavení (čl. 3 odst. 1). Kromě toho zákon o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací („antidiskriminační zákon“) zakotvuje specifickou ochranu ve vybraných oblastech života proti přímé a nepřímé diskriminaci i proti diskriminačnímu obtěžování z důvodů rasy, etnického původu, národnosti, pohlaví, sexuální orientace, věku, zdravotního postižení, náboženského vyznání, víry či světového názoru (§ 2 odst. 3 antidiskriminačního zákona). Ochranu proti diskriminaci ve specifické oblasti spotřebitelských vztahů poskytuje zákon o ochraně spotřebitele, který v § 6 zapovídá diskriminaci při prodeji výrobků nebo poskytování služeb spotřebiteli bez vázanosti na specifické diskriminační důvody; osoby s variacemi pohlavních znaků tak pod tuto ochranu spadají. Podobnou ochranu proti jakékoli diskriminaci zakotvuje v pracovněprávních vztazích také zákoník práce, který v § 16 odst. 2 pouze příkladem vyjmenovává některé chráněné diskriminační důvody.

Antidiskriminační zákon neobsahuje specifickou ochranu proti diskriminaci na základě pohlavních charakteristik. Na rozdíl od čl. 3 odst. 1 Listiny základních

práv a svobod, také nezahrnuje ochranu na základě „jiného statusu“, pod který by bylo možno zahrnout také pohlavní charakteristiky. Veřejný ochránce práv zastává ve své praxi právní názor, že pohlavní charakteristiky jsou obsaženy v zavedeném chráněném znaku „pohlaví“ (Veřejný ochránce práv, 7238/2014/VOP, 29. 9. 2016). Právní stanoviska Veřejného ochránce práv mají v oblasti nediskriminace velký význam, protože Veřejný ochránce práv je podle § 2 odst. 5 a § 21b zákona o Veřejném ochránci práv českým národním orgánem pro rovné zacházení (tzv. equality body), a je podle zákona odpovědný za metodickou pomoc obětem diskriminace. Antidiskriminační zákon však v § 2 odst. 4 pod chráněný znak pohlaví výslovně zahrnuje pouze diskriminaci z důvodu těhotenství, mateřství nebo otcovství a z důvodu pohlavní identifikace. Výklad zahrnující také pohlavní charakteristiky proto nemusí být dostatečně široce známý a akceptovaný, aby zaručoval právní jistotu možnosti domoci se ochrany proti diskriminaci na základě antidiskriminačního zákona.

Podobná je situace v případě legislativy na ochranu proti násilí z nenávisti a nenávisťných projevů. Trestní zákoník chrání v § 355 veřejné nenávisťné projevy (hanobení) vůči skupině osob pro jejich skutečnou nebo domnělou rasu, příslušnost k etnické skupině, národnost, politické přesvědčení, vyznání nebo proto, že jsou skutečně nebo domněle bez vyznání. V § 356 poté zapovídá podněcování nenávisti vůči skupině osob z důvodu jejich příslušnosti k národu, rase, etnické skupině, náboženství, třídě nebo jiné skupině osob. Pohlavní charakteristiky opět nejsou chráněným znakem ani u jednoho trestného činu zapovídajícího nenávisťné projevy a nelze je v tomto případě ani zahrnout pod znak pohlaví, protože ten rovněž není chráněn.

Situace je podobná v případě násilí z nenávisti. Trestní zákoník v § 352 odst. 2 poskytuje zvýšenou ochranu proti násilí nebo vyhrožování násilím vůči skupině osob pro jejich rasu, příslušnost k etnické skupině, národnost, politické přesvědčení, vyznání nebo proto, že jsou skutečně nebo domněle bez vyznání. Zákon opět neposkytuje zvýšenou ochranu proti násilí z nenávisti z důvodu pohlaví nebo pohlavních znaků. Podobná je situace v případě kvalifikovaných skutkových podstat některých trestných činů (např. trestný čin vraždy podle § 140 odst. 3 trestního zákoníku, trestný čin těžkého ublížení a zdraví podle § 145 odst. 2, ublížení na zdraví podle § 146 odst. 2, trestný čin mučení podle § 149 odst. 2, zbavení osobní svobody podle § 170 odst. 2 nebo omezení osobní svobody podle § 171 odst. 3, trestný čin vydírání podle § 175 odst. 2 a jiné), které rovněž obsahují zvýšenou ochranu pro některé skupiny osob, avšak skupinu osob definovanou pohlavními znaky nebo pohlavím zde nelze zařadit. Z výzkumu In Iustitia z roku 2018 hodnotícího efektivitu české legislativy z hlediska efektivitu ochrany obětí násilí z nenávisti nebo nenávisťných projevů přitom vyplývá, že taková ochrana v České republice prakticky chybí (In Iustitia 2017, s. 54).

V úvahu by připadalo jejich zahrnutí do „jiné skupiny osob“ pouze v případě trestného činu podněcování nenávisti podle § 356 trestního zákoníku, avšak takový postup opět nezajišťuje právní jistotu obětem, protože soudy ani jiné orgány se zatím k takovému výkladu nevyjádřily. Podobně je to přitom s ukládáním trestu; přestože § 42 písm. b) trestního zákoníku stanovuje, že spáchání trestného činu

z národnostní, rasové, etnické, náboženské, třídní či jiné podobné nenávisti nebo z jiné zvláště zavrženíhodné pohnutky je přitěžující okolností, není zde právní jistota, zda toto ustanovení bude aplikováno také v případě trestných činů vůči intersex osobám.

Co se týče nápravy za porušování práv, intersex jedinci se mohou domoci přiměřeného zadostiučinění i finančního odškodnění za zásah do svých práv. Základní právní úprava je obsažena v občanském zákoníku. Podle § 2956 má osoba, do jejichž práv bylo zasaženo, právo na náhradu škody i nemajetkové újmy, včetně odčinění způsobených duševních útrap. Při újmách na zdraví se podle § 2958 odčíní újma peněžitou náhradou vyvažující plně vytrpěné bolesti a další nemajetkové újmy, včetně ztížení společenského uplatnění, a také náklady spojené s péčí o zdraví podle § 2960. Zákon stanoví ve vztahu k odčinění újmy způsobené na těchto právech obecnou tříletou promlčecí lhůtu (§ 612 ve spojení s § 629 občanského zákoníku), která se započíná ode dne, kdy se oprávněná osoba dozvěděla o škodě a kdo za ni odpovídá, případně kdy se tyto informace dozvědět měla a mohla (§ 619 odst. 2 a § 620 občanského zákoníku). V případě nezletilých, kterým byla způsobena újma na zdraví, však tato lhůta započne běžet nejdříve v okamžiku jejich plné svéprávnosti a v případě, že plné svéprávnosti nenabudou, v okamžiku, kdy jim je jmenován opatrovník (§ 622 občanského zákoníku). Pokud se oběti dozví o nedobrovolných zákrocích na svých tělech v dětství, mohou se domoci škody i nemajetkové újmy až po dosažení zletilosti.

Problematický však někdy může být přístup ke zdravotnické dokumentaci. Podle zákona o zdravotních službách je poskytovatel povinen vést a uchovávat zdravotnickou dokumentaci pouze v období vymezeném ve vyhlášce o zdravotnické dokumentaci. Příloha č. 2 k této vyhlášce stanoví různé doby uchovávání zdravotnické dokumentace, po které nesmí být dokumentace zničena. Například v případě obecné ambulantní péče je doba uchovávání pouhých pět let (bod 2), v případě jednodenní péče deset let (bod 6) a pouze v případě lůžkové péče je doba uchovávání 20, resp. 40 let (bod 5). Pokud tedy byly zákroky provedeny ambulantně nebo formou jednodenní péče, v době dospělosti těchto lidí již dokumentace nemusí být dostupná.

Co se týče kolektivní úrovně nápravy, situace je horší. V České republice doposud nebyl proveden žádný rozsáhlý výzkum zaměřující se na porušování práv intersex lidí a vláda nepřijala specifický kompenzační mechanismus pro jejich odškodnění. Ostatně, normalizační lékařské zákroky bez svobodného a informovaného souhlasu dětí jsou podle některých českých výpovědí stále prováděny (viz výše), jejich soulad s legislativou však zatím nebyl autoritativně zpochybněn.

Efektivní ochrana předpokládá také možnost domoci se spravedlnosti. Za tím účelem mezinárodní instituce státům doporučují podporovat organizace obhajující práva intersex lidí. I v tomto ohledu Česká republika pokulhává. Prozatím u nás neexistuje dostatečná síť organizací věnujících se tomuto tématu, ani fungující rodičovské a pacientské organizace poskytující odpovídající pomoc a podporu. V neposlední řadě účinná náprava vyžaduje kvalitní zmapování bývalých i existujících praktik a jejich dopadů na lidi s variacemi pohlavních znaků. Mezinárodní instituce

proto vyžadují, aby státy podpořily výzkumné iniciativy v této oblasti. V případě zjištění systémového porušování práv, jako například rutinního provádění normalizačních zákroků na malých dětech, poté doporučují zavést kolektivní odškodňovací mechanismy. Takové kroky v České republice doposud přijaty nebyly. Zdá se, že pro posouzení dopadů české praxe stále existuje jistý výzkumný deficit zejména mezi lidmi s variacemi pohlavních znaků samotnými (Fafejta, Sloboda 2021, s. 26 a závěry této knihy).

3.4.4 Pohled do jiných jurisdikcí

Česká legislativa sice pohlavní charakteristiky explicitně nezmiňuje jako chráněný důvod, ale v zásadě lze dovodit, že intersex osoby jsou chráněny před diskriminací na základě jiných znaků: pohlaví nebo jiného podobného postavení. Tento přístup není v Evropě ojedinělý. Podle studie Evropské sítě expertů pro rovnost pohlaví z roku 2017 je častější než explicitní ochrana intersex osob (Evropská síť expertů pro rovnost pohlaví 2018, s. 70–71). V případě většiny zemí se však jejich ochrana v rámci této legislativy předpokládá. I Evropská síť expertů pro rovnost pohlaví předvídá, že výklad zahrnující intersex osoby pod jiné chráněné důvody se ustálí po tom, co se některé případy diskriminace nebo násilí z nenávisti vůči intersex osobám dostanou před soudy (ibid.).

Do té doby však intersex lidé mohou čelit právní nejistotě. Komisař Rady Evropy pro lidská práva zároveň varuje, že tento přístup dále podporuje neviditelnost intersex osob i jejich problémů (Komisař Rady Evropy pro lidská práva 2015, s. 44). Některé státy proto přistoupily k explicitnímu zakotvení pohlavních znaků jako chráněného diskriminačního důvodu. První zemí byla v roce 2005 Jižní Afrika, která do svého zákona o rovném zacházení a prevenci diskriminace (Promotion of Equality and Prevention of Unfair Discrimination Act) zahrnuje vysvětlení, že intersex osoby jsou osoby s pohlavními znaky, které nejsou zcela typické, a stanovila, že tyto osoby jsou chráněné pod znakem pohlaví. Podobný přístup zvolilo také Finsko, které ve svém zákoně o rovnosti pohlaví (Act on Equality Between Men and Women) v roce 2015 specifikovalo, že chráněný znak „pohlavní identity“ zahrnuje také pohlavní znaky, které nejsou jednoznačně typicky mužské ani ženské.

Baskicko (autonomní společenství) již předtím v roce 2012 rovněž přijalo zákon na ochranu proti diskriminaci, který se vztahuje specificky také na intersex osoby. Zakotvuje kromě ochrany proti diskriminaci také právo na účast intersex lidí ve veřejné správě a podporu organizací pracujících v této oblasti (čl. 6 odst. 4 citovaného zákona, citováno podle Komisař Rady Evropy pro lidská práva 2015, s. 45). Austrálie rovněž zahrnuje v roce 2013 do svého zákona na ochranu proti diskriminaci na základě pohlaví (Sex Discrimination Act) také ochranu proti diskriminaci na základě intersex statusu, který je definován jako „fyzické, hormonální nebo genetické znaky, které nejsou zcela ženské ani mužské, které jsou ženské i mužské zároveň, nebo které nejsou ani ženské ani mužské“ (5 písm. c). Nizozemí také v roce 2019

zakotvilo „pohlavní charakteristiky“ jako chráněný znak v antidiskriminační legislativě explicitně (OII Europe 2019). Konečně, mezi příklady dobré praxe nelze opět nezmínit Maltský zákon o Genderové identitě, vyjádření a pohlavních charakteristikách (Gender Identity, Gender Expression and Sex Characteristics Act) z roku 2015. Ten zakotvuje ochranu proti diskriminaci na základě pohlavních charakteristik, které definuje jako „chromozomální, gonadální a anatomické charakteristiky osoby, zahrnující primární znaky, mezi které patří reprodukční orgány a genitálie a/nebo chromozomální struktury a hormony, a sekundární znaky, mezi které patří svalová hmota, ochlupení, prsa a/nebo jiné struktury.“

Kromě legislativní ochrany však státy implementují také další aktivity k zvýšení praktické efektivity ochrany proti diskriminaci. Například Malta na školách implementuje specifickou strategii ochrany proti diskriminaci trans, intersex a genderově nekonformních studujících (Malta, Ministerstvo školství a zaměstnanosti 2015). Podobná iniciativa existuje také v Austrálii, která zároveň podporuje další formy zvyšování povědomí o problematice intersex osob (Komisař Rady Evropy pro lidská práva 2015, s. 48). Australská Rada pro reklamu například přijala dokument o diskriminaci na základě pohlaví, ve kterém specifikuje podoby diskriminačních reklam. Zahrnuje například reklamy, které působí ponižujícím dojmem, a odkazuje zde přímo na zobrazování intersex osob (ibid.). Austrálie také zajišťuje financování neziskovým organizacím pro publikování informačních brožur o intersex problematice (ibid.).

V neposlední řadě se lze inspirovat také veřejnými kampaněmi implementovanými v Německu a Lucembursku (OII Europe 2018 a 2019). Německé spolkové ministerstvo pro rodinné záležitosti, seniory, ženy a mládež provozuje web – Rainbow Web Portal (Duhový portál) – na kterém poskytuje poradenství a podporu LGBTI komunitě a také informuje veřejnost o souvisejících tématech, včetně různých témat souvisejících s intersex problematikou. Podobnou webovou stránku, specificky zaměřenou na intersex osoby a obsahující mimo jiné videa ve srozumitelném jazyce poskytující rodičům informace o intersex dětech, provozuje také Lucembursko. Stabilní financování pro neziskové organizace pracující na zvyšování povědomí o lidech s variacemi pohlavních znaků nebo na ochraně jejich práv zajišťují také Nizozemí (OII Europe 2018) a Malta (OII Europe 2019).

To, že se případy porušování lidských práv osob s variacemi pohlavních znaků příliš nedostávají před soudy, není specifikem České republiky. Ani v celosvětovém měřítku takových případů nenalezneme mnoho. Výjimkou je však Německo, kde je téma odškodnění intersex osob za systematické porušování jejich práv na stole minimálně od roku 2008, kdy takový první případ projednával Krajský soud v Kolíně. Žalobcem byl Christiane Völling, kterému lékaři v období puberty provedli normalizační zákrok odstraňující vnitřní ženské pohlavní orgány, avšak o povaze zákroku ho neinformovali. Naopak jej drželi v přesvědčení, že se jednalo o nebezpečnou tkáň, kterou bylo nezbytné odstranit. Lékařský zákrok na něm zanechal trvalé následky, včetně zdravotních komplikací. Krajský soud v Kolíně mu přiznal odškodnění ve výši 100 000 € za zásah do práva na zdraví a sebeurčení (International

Commission of Jurists 2008c). Odškodnění za nedobrovolný zásah do tělesné integrity bylo v roce 2015 přiznáno také Michaele Raab soudem v Norimberku (Baller, Stern 2015, citováno z OHCHR 2019, s. 33).

Podobný případ projednával v roce 2012 také soud v Chile. Žalobci zde byli rodiče Benjamina Maricarmena, kterému lékaři v dětství bez informovaného souhlasu jeho nebo jeho rodičů odstranili části mužského pohlavního ústrojí během operace kýly. I zde soud přiznal odškodnění (Centro de derechos humanos 2016, s. 346–347). Kromě případů odškodnění za nedobrovolný zásah do tělesné integrity lze nalézt také případy zadostiučinění za diskriminaci a šikanu motivovanou intersex charakteristikami. Tou si prošel Richard Muasya ve vězení v Keni, kde byl podrobován ponižujícím tělesným prohlídkám a zesměšňování kvůli vzhledu svých pohlavních orgánů. Keňský ústavní soud mu přiznal odškodnění ve výši asi 4 000 € (Komisař Rady Evropy pro lidská práva 2015, s. 50).

Kromě soudních rozhodnutí lze nalézt i další, mimosoudní snahy o zajištění zadostiučinění lidem s variacemi pohlavních znaků. Německá etická rada v roce 2012 doporučila vládě, aby přijala alespoň symbolické zadostiučinění pro oběti, které si kvůli dnes již přežitým lékařským praktikám zažily fyzické nebo psychické útrapy (Německá etická rada 2012). Německo se rovněž snaží o kvalitní zmapování situace intersex osob. V roce 2014 financovalo několik výzkumných studií, včetně výzkumu o praxi normalizačních chirurgických zákroků na dětech mladších než 10 let i výzkumu o dostupnosti podpory a poradenství rodičům intersex dětí (OII Europe 2018). Důležitou studii na toto téma v roce 2013 financoval rovněž Australský Senát (Australský Senát, Výbor pro komunitní záležitosti 2013). Studii spolu s doporučením odškodnit oběti nedobrovolných normalizačních zákroků v roce 2017 vydal také francouzský veřejný ochránce práv (toto doporučení, podobně jako v Německu, prozatím nebylo implementováno, viz Moron-Puech 2018, s. 309). Podobně v roce 2019 financovalo finské ministerstvo spravedlnosti a ministerstvo zahraničí participativní studii o zkušenostech osob s variacemi pohlavních znaků ve Finsku (OII Europe 2019). V neposlední řadě je nutné vyzdvihnout také snahy Evropské unie: v roce 2019 byli intersex lidé zahrnuti do výzkumu Eurobarometru k diskriminaci (ibid.) a v roce 2020 Agentura pro základní práva Evropské unie věnovala sekci svého výzkumu o rovnosti osob patřících k LGBTI komunitě právě situaci intersex osob (FRA 2020).

4. ZÁVĚRY A DOPORUČENÍ

Cílem této knihy bylo otevřít pro českého čtenáře či čtenářku co nejkomplexnějším způsobem téma intersex / intersexuality / DSD / života lidí s variacemi pohlavních znaků. Jak je z textu – věříme – patrné, jde o poměrně složitý, mnohohvrstevnatý jev zasahující do různých sfér oblastí identit(y), zdraví a nemoci (tělesnosti a disability) a lidských práv. Jelikož naše snaha je vedena záměrem téma nejen z různých pozic (včetně vlastního výzkumu) popsat, ale také upozornit na problematické oblasti a případně navrhnout určitá řešení, nabízíme v této závěrečné části doporučení jak v oblasti zdravotní a sociální, tak v oblasti právní, která by měla směřovat k další diskusi o tomto tématu, k jeho hlubšímu poznání, zvýšení citlivosti nejen individuálních, ale i institucionálních aktérů a potažmo k zavedení či úpravě sociálního a právního prostředí více přátelského lidem s variacemi pohlavních znaků. Stejně jako je předchozí analýza rozdělena do oblastí sociální a právní, i tato část sleduje stejné dělení.

4.1 Sociální aspekty

Přístup k problematice medicínského a sociokulturního přístupu k lidem s variacemi pohlavních znaků shrnuje Lee se spoluautory (2016) v Chicagském konsenzu následujícími body:

1. minimalizovat fyzická a psychosociální rizika,
2. zachovat fertilitní potenciál,
3. respektovat právo jednotlivce účastnit se na rozhodování, která ovlivní jeho současný nebo budoucí stav,
4. vyhnout se nevratným zákrokům omezujícím budoucí možnost volby, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné, dokud jedinec nebude mít schopnost poskytnout souhlas,
5. poskytovat psychosociální podporu a peer podporu (tedy podporu ze strany dalších jedinců s variacemi pohlavních znaků a jejich rodin),
6. podporovat zdravý vývoj sexuální a genderové identity jedince,
7. využít princip sdíleného rozhodování, které respektuje přání a přesvědčení jedince i jeho rodičů,
8. respektovat rodinné vztahy a vztahy mezi rodiči a dětmi,
9. poskytovat pacientům úplné lékařské informace odpovídající jejich věku, vývojovému stádiu a kognitivním schopnostem.

Zároveň, jak tento dokument uvádí, ne vždy lze všechny výše zmíněné body skloubit, například v případě, kdy rodiče požadují provedení brzkých nevratných zákroků, které „mohou zasahovat do práva dítěte účastnit se rozhodování a mohou dítěti snižovat jeho možnosti do budoucna“. V takovém případě by měl lékař hájit práva dítěte, neboť jeho pacientem je dítě, ne rodiče. Lékaři zároveň nemohou nést břímě rozhodování sami, jsou součástí týmu, kde jsou i psychologové a psychoterapeuti, sociální pracovníci a odborníci na etiku. Rodiče by zároveň měli mít možnost vyhledat pomoc u podpůrných svépomocných skupin rodičů a pacientů s variacemi pohlavních znaků, přičemž zdravotnický personál by je měl s takovými skupinami zkontaktovat. To ovšem v českém případě bohužel nejde, neboť, jak jsme již uvedli, svépomocné skupiny, které by se zabývaly primárně dětmi s variacemi pohlavních znaků, neexistují.

V následujících podkapitolách uvádíme souhrn všech problematických bodů, které byly na základě studia především odborné medicínské literatury a pomocí výzkumné sondy mezi několika českými lékaři a lidmi s variacemi pohlavních znaků, identifikovány:

4.1.1 Terminologie

(A) Lékaři užívají zkratku DSD obsahující termín disorder, tedy porucha. I když zdůrazňují, že termín porucha je v medicíně vnímán jako popisný a nestigmatizující, i tak jde o nálepku, která evokuje, že poruchu je nutno opravit. To může, byť nevědomě, vést k větší motivaci tyto stavy normalizovat, než kdyby výraz porucha užíván nebyl – a to nejen na straně lékařů, ale i na straně rodičů a společnosti jako takové. Slovo porucha není pouze neutrálním popisem stavu jedince, ale de facto je i předpisem, jak k jeho odlišnosti přistupovat. Jde o sebenaplnující se proroctví, kdy je opravována porucha, která z čistě zdravotního hlediska v některých případech nemusí být poruchou, ale pouze stavem, který jedince odlišuje od sociokulturní normy – člověk tedy není „porouchán“ po zdravotní stránce, ale ze sociokulturního hlediska. Proto se termín variace pohlavních znaků, ze kterého neplyne apel na změnu stavu jedince, ale přitom z něj ani nevyplývá odmítnutí veškerých medicínských zákroků, jeví jako vhodnější, i když je zřejmé, že změnit zažitou terminologii je více než obtížné. Zároveň je nutno dodat, že například v Německu se již i v medicínském prostředí užívá termín „Varianten der Geschlechtsentwicklung“, tedy varianty vývoje pohlaví či varianty pohlavního vývoje (například na internetových stránkách fakultní nemocnice v Ulmu, a to společně se zkratkou DSD, viz Universitätsklinikum Ulm 2022) – v širším měřítku náš návrh tedy není zdaleka novátorský.

(B) I termín intersex, užívaný mimo medicínu, je spojen s úskalími. Lékaři jej vnímají v doslovném významu jako „něco mezi pohlavími“ a považují jej na rozdíl od termínu porucha za skutečně stigmatizující. Ani jeho přijetí mezi lidmi s variacemi pohlavních znaků není jednoznačné. Považují se zpravidla za muže nebo ženy a je-li nutno, dodávají k tomu svou diagnózu – jsou tedy muži či ženami

s určitou diagnózou. To plně odpovídá tezím disability studies, které zdůrazňují, že terminologie označující jedince s určitým postižením by neměla identitu takového jedince ztotožňovat s jeho diagnózou. Jedincovu identitu nelze redukovat na jeho intersexualitu, takový člověk má jedinečnou osobnost s konkrétní diagnózou. I proto někteří aktivisté přestali používat termín intersex (Feder 2009) a volí jiná označení. Přičemž cílem není najít termín, který bude „uvalen“ na osoby s variacemi pohlavních znaků, ale respektovat terminologii, se kterou se tito lidé sami ztotožňují či kterou preferují.

(C) Neporozumění mezi lékaři a lidmi poučenými v terminologii sociálních věd vznikají při používání termínu gender. Lékaři mnohdy nerozlišují mezi výrazy pohlaví a gender a teze, že dítě nemusí splňovat medicínsko-biologická kritéria, která klademe na mužské či ženské pohlaví, a přesto může mít mužský či ženský gender, pro ně může být zmatečná a nesrozumitelná (jak se ukázalo i ve výzkumné sondě). Ač se na první pohled může zdát, že jde o rozpor ideový, mnohdy jde spíše o jazykový problém. To, že dítě nemusí mít určené pohlaví, jak někdy zaznívá z kruhů mimo medicínu, si lékaři vysvětlují tak, že by nemělo být ani mužem, ani ženou a považují to za nešťastné rozhodnutí poškozující dítě. Takto to ale povětšinou není myšleno – i dítě bez určeného pohlaví může být genderově vychováváno buďto jako chlapec, nebo jako dívka a není tím míněno, že je mezipohlavní v tom smyslu, že by v systému dvou genderů nemohlo být nijak zařazeno a nebylo by tedy ani mužem, ani ženou. Zároveň je nutno zdůraznit, že z hlediska individuální spravedlnosti je na místě přiznat lidem s variacemi pohlavních znaků, kteří se necítí být ani muži, ani ženami, právo na to se s ani jednou z těchto kategorií identifikovat.

Na druhou stranu je nutno dodat, že výzkumná sonda ukázala, že nerozlišování mezi termíny pohlaví a gender může být v případě některých lékařů postaveno na ideovém přesvědčení, že každé pohlaví má od přirozenosti jiné behaviorální inklinace (např. představa, že dívky inklinují na rozdíl od chlapců k domácím pracím) a je nutno je podle toho vychovávat, aby se děti mohly identifikovat se svým pohlavím.

(D) Z výše uvedených důvodů tato publikace používá systematicky pojem „variace pohlavních znaků“ (v množném čísle) a „lidé s variacemi pohlavních znaků“, který považuje za vhodně nakročený k potřebám všech skupin podílejících se na diskusi ohledně tohoto tématu, vhodně označující rozmanitost tohoto jevu a zároveň nenesoucí žádný zásadní negativní příznak.

4.1.2 Lékařské zákroky a vyšetření

(A) I když lékaři zdůrazňovali, že veškeré zákroky musí respektovat reprodukční práva pacientů a právo na plnohodnotný sexuální život a nemohou být prováděny pouze z kulturních a normativních důvodů, přesto někteří z nich zmiňovali jako nutné zkracování delších klitorisů – s tím, že se má odstranit pouze ta část, která není sexuálně citlivá. I pokud by bylo operaci možné provést tak, aby sexuálně citlivá

tkáň nebyla nijak zasažena a poškozena, jde zcela zřejmě o zákrok kosmetický, který není nutný ze zdravotního hlediska.

(B) Medicínská literatura zdůrazňuje, že vyšetření genitálií se mají omezit na nezbytné minimum. Zvláště pro děti na prahu puberty a starší mohou být tato vyšetření traumatizující, neboť při nich mohou zažívat podobné pocity jako při sexuálním zneužívání. Ač se výzkumná sonda této problematiky nedotkla, je nutné mít na paměti, že v případě jedinců s variacemi pohlavních znaků nemusí být problematické jen některé chirurgické zákroky, ale i sám způsob vyšetřování pacientů a veřejná prezentace jejich zdravotního stavu (Preves 2003, Jones 2018). Lékaři zdůrazňují, že cílem léčby je pacient psychicky vyrovnaný se svým stavem, a takto jsou často legitimizovány i operativní zákroky. Pak ovšem cesta k těmto operacím (tj. způsob, jakým je prováděno vyšetřování) nesmí vést ke stavům psychické nevyrovnanosti.

(C) K mnohým operacím se přistupuje až ve věku, kdy je zcela nepochybné, že pacient dokáže dát informovaný souhlas. Přesto podle studií nevedou tyto operace vždy k vytouženým výsledkům. Ani po operaci nemusí tělo odpovídat převládající estetické normě (např. kvůli jizvám, které vznikly při operaci), sexuální senzitivita může být narušena atp. Ovšem i přesto, že jsou pacienti s těmito riziky seznámeni, operace dobrovolně podstupují. Problém zde tedy nemůžeme hledat na straně medicíny, ale na straně sociokulturních norem, které si internalizují i jedinci s variacemi pohlavních znaků. Kritika medicíny, že tento typ operací nabízí a provádí, je pak spíše krokem vedle, neboť medicína pouze plní přání svých pacientů – jak to např. zcela běžně provádí estetická chirurgie v případě lidí, kteří netrpí ničím, co by z hlediska medicíny bylo poruchou. V tomto kontextu je zcela evidentní, že operace, které se mohou jevit jako zbytečné či přímo poškozující, jsou prováděny s dobrými úmysly – nejde o frankensteinovskou touhu vytvořit ideální tělo, ale jde o snahu nabídnout pacientovi takové možnosti, aby na základě svého vzhledu nebyl stigmatizován a necítil se traumatizován. Pokud bychom chtěli tyto praktiky změnit, je třeba se primárně zaměřit na sociální normy a kulturní hodnoty týkající se akceptovatelného tělesného vzhledu, zvyšovat obecný respekt vůči individuálním odlišnostem (vč. odlišností na tělesné rovině) a edukovat jedince s variacemi pohlavních znaků, kteří si internalizují hodnoty a normy společnosti ohledně „správného“ vzhledu, na jejichž základě pak vyžadují operace, jejichž výsledek je velmi nejistý (Creighton et al. 2009). Pokud bychom měli vidět problém na straně medicíny, tak ne na poli život a zdraví zachraňujících oborů, ale spíše v oblasti komercializace estetické medicíny.

(D) Existuje značná rozmanitost v jednotlivých variacích, a tak se s osobami s variací pohlavních znaků setkávají různí lékaři a lékařky v různých životních situacích. Rozmanitá je i zkušenost jednotlivých lidí během jejich života. Žádoucí by tudíž bylo, aby se (nejen) zdravotní informace (dokumentace) sbíhaly u jednoho ošetřujícího lékaře/lékařky, je(n)ž by byl(a) kompetentní se situací konkrétního jedince systematicky zabývat a doprovázet jej po delší časové období. Jeden lékař / jedna lékařka by tak mohl(a) být jakýmsi rozcestníkem pro další lékaře/lékařky, je(n)ž udržuje kontinuitu, je partnerem/partnerkou pro rodiče, děti, dospívající a následně dospělé osoby s variacemi pohlavních znaků.

4.1.3 Poradenství, osvěta a informovanost

(A) Ač se zdá, že hlavní příčinou nespokojenosti osoby s variací pohlavních znaků je její tělo, skutečnou příčinou je společnost, která tělo vnímá jako vadné, nedostatečné, případně i znetvořené. Proto je naprosto zásadní robustní psychosociální podpora jedinci tak, aby se byl schopen se svou odlišností vyrovnat a obhájit ji navenek, pokud se ocitne v situaci, kdy je to sociálně nutné (mají-li jej např. druzí vidět nahého). Tato potřeba je o to větší, pokud dochází k zásadním a nevratným zásahům do těla jedince. Je velice časté, že operativní zákroky mohou způsobit nejen aktuální trauma, ale mívají i tělesné důsledky, které způsobují diskomfort či dokonce bolest a které vyžadují, aby se s nimi jedinec individuálně, tedy psychicky, ale i sociálně (např. při vstupování do interakcí s ostatními) vyrovnával. Stejně hloubkové podpory a informování se pak musí dostat i rodičům dítěte a dospívající(ho).

(B) Vzhledem k tomu, že děti nemohou dát informovaný souhlas s medicínskými zákroky a v raném věku nemohou být vůbec aktéry rozhodování, musí rozhodovat rodiče s pomocí rad odborníků a, jak se zdůrazňuje i v lékařské literatuře, rodičovských a pacientských svépomocných organizací. Vše musí být tedy postaveno na dlouhodobé spolupráci v trojúhelníku expertní tým – rodiče – dítě/pacient s podporou svépomocných organizací postaveném na konceptu sdíleného rozhodování. Výzkumná sonda naznačila, že tato forma spolupráce není v ČR dostatečně institucionálně podchycena a nemá jasnou organizační strukturu, mnohdy jde spíše o hledání ad hoc řešení. Nejde tedy o stabilní systém, ve kterém by všichni aktéři dopředu věděli, co od něj mohou požadovat a jaká v něm mají práva a povinnosti. Jisté je, že pacientské a svépomocné organizace zahrnující pacienty s variacemi pohlavních znaků a jejich rodiče v Česku de facto neexistují. Pokud tedy odborné texty a medicínská doporučení mluví o tom, že je součástí správné léčby a povinností medicínského personálu rodiče s takovými organizacemi ihned zkontaktovat, v Česku to možné není.

(C) Je žádoucí systémově podporovat organizace poskytující poradenství a podporu. Důležité jsou nejen organizace pacientské, které jsou často navázané na zdravotnická zařízení či konkrétní lékaře a lékařky, ale také formální a neformální skupiny mimo primárně lékařské prostředí. Jedincům s variacemi pohlavních znaků, kteří vykazují genderovou i tělesnou nekonformitu, pomáhá, když mají možnost vstupovat do prostor, které eliminují tlak na přizpůsobení se genderovým či tělesným normám – to mohou být například LGBT+ či specificky trans* organizace a skupiny, dále třeba nízkoprahová zařízení a jiné inkluzivní prostory.

(D) Je nutné zvyšovat citlivost k psychologickým, identitním či sociálním aspektům, které souvisí s variacemi pohlavních znaků, jež se na první pohled jeví jako čistě biologický stav (resp. problém), často bezpříznakový či obtížně rozpoznatelný, a to nejen u rodičů a ve specifických prostředích (pacientské organizace, inkluzivní a LGBT+ prostory), ale také mezi lékaři a lékařkami, mezi vyučujícími a ve školských zařízeních, nebo v sociální práci. Dalšími oblastmi lidské činnosti, kde je významné tělo a pohlaví, a tudíž tlak na fyzické mužství či ženství, a kde je

tedy potřeba tématu věnovat pozornost, přinášet relevantní informace a realizovat osvětu, je pak třeba sport, nebo to mohou být některé oblasti trhu práce (např. těžké průmyslové provozy, ozbrojené složky atp.).

(E) Nejen samotní lidé s variacemi pohlavních znaků nebo zdravotnický personál, který s nimi přichází do styku, potřebuje přístup k informacím. Tento fenomén je ve společnosti všeobecně neviditelný, jeho zviditelnění je často matoucí a nejasné, a tak může vyvolávat nedůvěru a strach a vést k různým formám násilí, ať symbolického v podobě narážek, urážek nebo popírání stavů a pocitů jedince s variacemi pohlavních znaků jeho okolím a lidmi, s nimiž se setkává, tak v podobě fyzického vyčleňování z kolektivu nebo sdílených prostor a v krajní podobě i k samotnému fyzickému násilí. Je proto žádoucí informovat širokou veřejnost a systematicky vzdělávat profese (učitelství, sociální práci, policii), jež se mohou také s lidmi s variacemi pohlavních znaků a s řešením jejich problémů setkávat.

4.1.4 Výzkumný deficit

Stále se pohybujeme v situaci, kdy chybí relevantní data – na tom se shoduje jak medicínská literatura a lékaři v rámci naší výzkumné sondy, tak zahraniční sociálněvědní literatura. Bohužel ani tento výzkum nebyl při jejich sběru příliš úspěšný. Oblast se týká relativně malého počtu jedinců (i proto, že Česko je samo o sobě relativně malé), mnoho z nich vlastně ani o své situaci neví, nebo ji vyhodnocují jako svůj osobní zdravotní problém, a tak jsou pro výzkum neviditelní a nedosažitelní. Chybí svépomocné organizace. Lidé s variacemi pohlavních znaků mnohdy vnímají svůj stav jako natolik stigmatizující a psychicky náročný, že velmi často vlastně ani nemají sílu a chuť o něm hovořit. Zároveň jde o věc natolik expertní, že bez hluboké znalosti medicínské problematiky a příslušnosti k medicínské komunitě je těžké proniknout do lékařské společnosti, která tvoří významnou část výzkumného terénu pro sociálněvědní zkoumání této problematiky. Zvláště v době covidové bylo nesmírně obtížné najít participanty výzkumu – jak lékaře či lékařky, tak lidi s variacemi pohlavních znaků. Formulovat relevantní doporučení, nemáme-li dostatek dat, je velmi obtížné, ale je znovu nutno zdůraznit, že na nedostatek dat si stěžují i sami lékaři a další odborníci publikující v mezinárodních recenzovaných časopisech, ať již medicínských nebo sociálněvědních. Jones (2018), která provedla metaanalýzu 61 odborných textů týkajících se lidí s variacemi pohlavních znaků, zjistila, že více než jedna třetina z nich vycházela z dat od jednoho účastníka a skoro stejný počet studií vycházel pouze ze sekundárních zdrojů (tedy neměly žádné přímé účastníky s variacemi pohlavních znaků). Studií, na kterých by participovali rodiče dětí s variacemi pohlavních znaků, je pak naprosté minimum (Oliveira et al. 2015). V tomto smyslu tedy výzkum představený v této studii není výjimkou.

4.2 Právní aspekty

Právní část této publikace mapovala standardy ve čtyřech oblastech dotýkajících se lidských práv osob s variacemi pohlavních znaků: právo na tělesnou integritu, právo na zdravotní péči, právo na sebeurčení a konečně právo na ochranu proti diskriminaci a na účinnou nápravu. Věnovala se zejména analýze pramenů z mezinárodního práva lidských práv, které porovnávala s českou legislativou i známou praxí. Z provedené analýzy lze dovodit několik zřejmých upozornění nebo doporučení pro českou legislativu a praxi, které jsou shrnuty na následujících stránkách.

4.2.1 Právo na tělesnou integritu

V oblasti práva na tělesnou a duševní integritu jsou klíčovým pojmem tzv. normalizační zákroky. Tak označujeme zákroky, které nevratným způsobem zasahují do integrity člověka a jejich cílem je upravit vzhled a funkčnost pohlavních orgánů tak, aby odpovídaly společenské představě. Tyto zákroky jsou někdy označovány za škodlivé praktiky a panuje poměrně široká shoda mezinárodních lidskoprávních institucí, že obecně nejsou v nejlepším zájmu dítěte. Jejich provedení v takovém případě není přípustné bez souhlasu samotného nezletilého, kterého se týkají. S jejich provedením je proto nutné vyčkat do doby, než k tomuto souhlasu bude způsobilý. V české praxi by tyto zákroky v souladu s § 101 občanského zákoníku měly být podrobeny schválení soudu, který by k nim s ohledem na citované lidskoprávní standardy a zejména nejlepší zájem dítěte typicky neměl dát souhlas. Praxe však podle poznatků zjištěných z této studie legislativě neodpovídá. Pro zvýšení právního povědomí a jistoty lze proto doporučit zakotvit podobně explicitní úpravu, jaká byla přijata například na Maltě. Tato úprava podobné zákroky na dětech přímo zapovídá a stanoví sankce za porušení tohoto zákazu.

U ostatních lékařských zákroků platí, že je lze provést jen s řádně informovaným a svobodným souhlasem zákonného zástupce za informované participace dítěte. Bez takového informovaného souhlasu lze takové zákroky posuzovat jako porušení práva na tělesnou integritu, na zdraví, na soukromí i práva na to nebyt podroben mučení nebo špatnému zacházení. Nevratné nebo nebezpečné zákroky u nezletilých musí v České republice schvalovat soud, který tak nesmí učinit v rozporu s jejich nejlepším zájmem. Informovanému souhlasu musí předcházet pečlivé a srozumitelné informování o všech aspektech léčby, které je podáno bez nátlaku a stigmatizujícího nebo stereotypizujícího přístupu. Přístupným způsobem musí být informován také nezletilý, který má právo účastnit se rozhodování o vlastní léčbě a jeho názor musí být při rozhodování brán v potaz. Doporučit v tomto ohledu lze zejména vypracování jasných profesních standardů, který lékařským pracovníkům uloží uvedené informace dítěti i zákonným zástupcům podat ve srozumitelné a přijatelné podobě. Dobrou praxí je rovněž zavedení školení představující situaci osob s variacemi pohlavních znaků z hlediska lidských práv.

4.2.2 Právo na zdraví

Právo na zdraví implikuje nejen povinnost respektovat tělesnou integritu pacienta, ale také povinnost zajistit potřebnou zdravotní péči. Taková péče nesmí být stigmatizující a její poskytovatelé by se měli vyhnout patologizujícímu jazyku. Za takový lze považovat i v České republice používaný termín poruchy pohlavního vývoje. Lze doporučit například následování německé legislativy a praxe, která používá termín „variance pohlavního vývoje“. Tento termín může ten již zastaralý, odkazující na poruchu, bez problému nahradit v běžně používané zkratce „DSD“.

Poskytování komplexních a srozumitelných informací o dané problematice, včetně informací o sexuálním a reprodukčním zdraví, a to jak dospělým, tak dětem, je integrální součástí práva na zdraví. Nezbytnou součástí zdravotních služeb je také psychologická nebo terapeutická péče, která by měla být finančně dostupná. Doporučuje se vytváření multidisciplinárních týmů schopných poskytnout holistickou péči a podporu a zároveň zajistit navázání na podpůrné rodičovské nebo pacientské skupiny. Tato celková podpora v České republice prozatím podle našich informací chybí.

4.2.3 Právo na sebeurčení

V České republice, tak jako v mnoha jiných zemích, známe pouze ženské a mužské pohlaví. Registrace jednoho z těchto dvou pohlaví může být po narození dítěte s variacemi pohlavních znaků problematická. V Česku však musí být provedena do třetího dne po porodu dítěte. Některé země kvůli problému s určením pohlaví dětí s variacemi pohlavních znaků zavedly odklad registrace nebo možnost registrace třetího pohlaví. Takovou možnost stanoviska mezinárodních institucí doporučují pouze jako doplňkovou a dobrovolnou. Čeští lékaři prodloužení lhůty na registraci pohlaví vnímali jako možnou i vhodnou.

Lze doporučit se v tomto ohledu inspirovat německou legislativou, která umožňuje údaj o pohlaví ze státních registrů zcela vynechat. Zároveň nevyžaduje tento údaj uvádět ani na občanských průkazech nebo pasech. Pro českou legislativu by to znamenalo úpravu zákona o matrikách zejména v § 14 a § 15, které povinnou registraci pohlaví do tří dnů po narození dítěte vyžadují. Pro odstranění těchto údajů z identifikačních průkazů by bylo potřeba novelizovat § 3 odst. 2 písm. a) zákona o občanských průkazech a § 6 odst. 3 zákona o cestovních dokladech buď ve smyslu zakotvení dobrovolné výjimky z uvádění tohoto údaje, nebo ve smyslu jeho úplného odstranění.

Z hlediska práva na sebeurčení a rozvoj vlastní identity se však častěji doporučuje registrace jednoho z dostupných pohlaví, a následné umožnění flexibilní změny bez nepřiměřených podmínek v případě projevení nesouladu mezi registrovaným a skutečným pohlavím. V České republice taková procedura prozatím stále obsahuje několik nepřiměřených podmínek. Není vůbec dostupná dětem, a zároveň je pro

přístup k ní stále nutné podstoupit chirurgický zákrok se současným zneploďněním. Zásadní doporučení pro českou legislativu proto směřují k této oblasti. Je nezbytné novelizovat § 29 odst. 1 občanského zákoníku (a na něj navazující ustanovení), který stanoví, že změna pohlaví člověka nastává chirurgickým zákrokem při současném znemožnění reprodukční funkce a přeměně pohlavních orgánů. Při úpravě těchto ustanovení se lze opět inspirovat již odzkoušenou maltskou nebo německou právní úpravou, které regulují změnu registrovaného pohlaví na základě vlastního sebeurčení člověka, a tuto změnu umožňují za splnění určitých podmínek rovněž nezletilým.

4.2.4 Právo na ochranu a účinnou nápravu

V neposlední řadě mají lidé s variacemi pohlavních znaků právo být adekvátně chráněni před útoky souvisejícími s jejich odlišností a právo na dosažení účinné nápravy v případě porušení svých lidských práv. Lze dovodit, že v Česku jsou lidé s variacemi pohlavních znaků specificky chráněni pod znakem „pohlaví“, tento výklad však není dostatečně zaveden tak, aby poskytoval právní jistotu. Kvůli lepší právní jistotě se proto doporučuje výslovně zavést chráněný znak „pohlavních znaků“ do legislativy na ochranu proti diskriminaci a násilí z nenávisti. Pro českou legislativu by to znamenalo zejména o § 2 odst. 3 antidiskriminačního zákona a § 352 odst. 2, § 355 a potenciálně dalších souvisejících ustanovení trestního zákoníku.

K zajištění efektivní ochrany je také nutné podporovat organizace pomáhající lidem s variacemi pohlavních znaků a bojujících za jejich práva. V České republice je takových organizací prozatím nedostatek. Podobné je to s posledním doporučením směřujícím k zajištění účinné nápravy: zajištění širší podpory výzkumných iniciativ v oblasti situace a práv lidí s variacemi pohlavních znaků. Pouze komplexním zmapováním dopadů současné praxe lze zjistit rozsah problémů naznačených v této studii.

ZDROJE A ODKAZY

1. Akademická literatura

- Ainsworth, C. (2015). *Sex Redefined*. Nature, 518: 288–291.
- Amanda (2015). *The truth in writing*. Narrative Inquiry in Bioethics, 5(2): 98–100.
- Anderson, S. (2015). *Disorders of sexual differentiation: Ethical considerations surrounding early cosmetic genital surgery*. Pediatric Nursing, 41(4): 176–188.
- Baratz, A., Karkazis, K. (2015). *Cris de Coeur and the moral imperative to listen to and learn from intersex people*. Narrative Inquiry in Bioethics, 5(2): 127–132.
- Baršová, A. (2014). *Jiné pohlaví*. Časopis zdravotnického práva a bioetiky 4(1): 1–17.
- Baršová, A. (2020). *Člověk mimo ženství a mužství. O regulačních modelech ne/uznání intersexuality*. In: K. Šimáčková, B. Havelková, P. Špondrová (eds.) *Mužské právo. Jsou právní pravidla neutrální?* Prague: Wolters Kluwer.
- Becker, H. (1966). *Outsiders. Studies in the Sociology of Deviance*. New York: The Free Press.
- Blair, K. (2015). *When Doctors Get It Wrong*. Narrative Inquiry in Bioethics, 5(2): 89–92.
- Butler, J. (2015). *Trampoty s rodou*. Bratislava: Aspekt
- Carpenter, M. (2018a). *Intersex Variations, Human Rights, and the International Classification of Diseases*. Health and Human Rights, 20(2): 205–214.
- Carpenter, M. (2018b). *The 'Normalisation' of Intersex Bodies and 'Othering' of Intersex Identities in Australia*. Journal of Bioethical Inquiry, 15(7): 487–495.
- Carpenter, M., Cabral, M. (2014). *Intersex Issues in the International Classification of Diseases: a revision*. Dostupné online: <https://globaltransaction.files.wordpress.com/2015/10/intersex-issues-in-the-icd.pdf> [20. 10. 2020]
- Crasnow, S. (2001). *Models and Reality: When Science Tackles Sex*. Hypatia, 16(3): 138–148. doi: 10.1111/j.1527-2001.2001.tb00930.x.
- Creighton, S., Greenberg, S. L., Roen, S. M., Volcano, S. M. (2009). *Intersex Practice, Theory, and Activism: A Roundtable Discussion*. GLQ: A Journal of Lesbian and Gay Studies, 15: 249–260.
- Cynthia, A. (2015). *Navigating intersex healthcare: My Odyssey*. Narrative Inquiry in Bioethics, 5(2): E3–E5.
- Davis, G. (2015). *Contesting intersex: The dubious diagnosis*. New York: New York University Press.
- Diamond, M., Beh, H. G. (2008). *Changes in the management of children with intersex conditions*. Nature Clinical Practice: Endocrinology & Metabolism, 4(1): 4–5. doi: 10.1038/ncpendmet0694.
- Diamond, M., Sigmundson, K. (1997). *Management of Intersexuality: Guidelines for dealing with individuals with ambiguous genitalia*. Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine, 151: 1046–1050.
- Duškova Š., Hofschneiderová A., Kouřilová K (2021). *Úmluva o právech dítěte. Komentář*. Prague: Wolters Kluwer.

- Dušková, Š. (2021). *Sociální a právní aspekty života intersex osob v Česku – právní podkladová studie*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci.
- Ehrenreich, N., Barr, M. (2005). *Intersex Surgery, Female Genital Cutting, and the Selective Condemnation of 'Cultural Practices'*. *Harvard Civil Rights-Civil Liberties Law Review*, 40(1): 71–140.
- Epstein, S. (1996). *A Queer Encounter: Sociolog and the Study of Sexuality*. In Seidman, S. (ed.) *Queer Theory/Sociology*. Oxford: Blackwell Publ. S. 145–167.
- Ernst, M. M., Liao, L. M., Baratz, A. B., Sandberg, D. E. (2018). *Disorders of Sex Development/Intersex: Gaps in Psychosocial Care for Children*. *Pediatrics*, 142(2): e20174045. doi: 10.1542/peds.2017-4045.
- Fafejta M. (2008). *Sexualita a intersexualita*. In Marková, D. (ed.). *Sexualities II.: Collection of Papers From the Second International Conference held on 30 Sept. – 1 Oct. 2008*. Nitra: UKF. S. 49–63.
- Fafejta M. (2009a). *Operace intersexuálů a právo na sexualitu*. In Janečková, D., Vonostránský, L. (eds.) *Sex ... o nás, vás, i vás: konference o lidské sexualitě*. Olomouc: Ámos.
- Fafejta, M. (2009b). *Intersexualita jako zpochybnění systému dvou pohlaví a genderů*. In Topinka, D., Zahrádka, P., Foret, M., Fafejta, M., Hrabal, J. (eds.) *Kultura – Média – Komunikace Speciál II, Vyprávění – identita – difference. Vybraná témata kulturních studií*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Fafejta, M. (2016). *Sexualita a sexuální identita: Sociální povaha přirozenosti*. Praha: Portál.
- Fafejta, M., Sloboda, Z. (2021). *Sociální a právní aspekty života intersex osob v Česku – sociologická podkladová studie*. Olomouc: Univerzita Palackého.
- Fausto-Sterling, A. (1993). *The five sexes: Why male and female are not enough*. *The Sciences*, 33(2): 20–24.
- Fausto-Sterling, A. (1995). *How to Build a Man*. In Berger, M., Wallis, B., Watson, S. (eds.) *Constructing Masculinity*. Routledge.
- Fausto-Sterling, A. (1999). *Sexing the Body*. New York: Basic Books.
- Fausto-Sterling, A. (2000). *The five sexes, revisited*. *The Sciences*, 40(4): 18–23.
- Feder, E. K. (2009). *Imperatives of Normality: From „Intersex“ to „Disorders of Sex Development“*. *GLQ: A Journal of Lesbian and Gay Studies*, 15(2): 225–247. Dostupné online: <https://www.muse.jhu.edu/article/261480>.
- Foucault, M. (1999). *Dějiny sexuality I.: Vůle k věděni*. Herrmann & synové.
- Frader, J. E. (2015). *A pediatrician's view: Narrative Inquiry in Bioethics*, 5(2): 139–142.
- Furtado, F.S., et al. (2012). *Gender dysphoria associated with disorders of sex development*. *Nat. Rev. Urol.*, 11(9): 620–627.
- Garcia, D. (2015). *The secret inside me*. *Narrative Inquiry in Bioethics*, 5(2): 92–95.
- Gardner, M., Sandberg, D. E. (2018). *Navigating Surgical Decision Making in Disorders of Sex Development (DSD)*. *Frontiers in Pediatrics*, 6: 339. doi: 10.3389/fped.2018.00339.
- Garland J., Diamond M. (2018). *Evidence-Based Reviews of Medical Interventions Relative to the Gender Status of Children with Intersex Conditions and Differences of Sex Development*. In Scherpe J, Dutta A and Helms T (eds). *The Legal Status of Intersex Persons*. Cambridge: Intersentia.
- Ghattas D.C. (2013). *Human Rights between the Sexes A Preliminary Study on the Life Situations of Inter*individuals*. Berlin: Heinrich-Böll-Stift.

- Gough, B., Weyman, N., Alderson, J., Butler, G., Stoner, M. (2008). *'They did not have a word': The parental quest to locate a 'true sex' for their intersex children*. *Psychology & Health*, 23(4): 493–507. doi: 10.1080/14768320601176170.
- Greenberg, J. A. (1998). *Defining Male and Female: Intersexuality and the Collision between Law and Biology*. *Arizona Law Review*, 41(2): 265–328.
- Hemesath, T. P., de Paula, L. C. P., Carvalho, C. G., Leite, J. C. L., Guaragna-Filho G., Costa, E. C. (2019). *Controversies on Timing of Sex Assignment and Surgery in Individuals With Disorders of Sex Development: A Perspective*. *Frontiers in Pediatrics*, 6: 419. doi: 10.3389/fped.2018.00419.
- Inter, L. (2015). *Finding my compass*. *Narrative Inquiry in Bioethics*, 5(2): 95–98.
- Jones M. (2017). *Intersex Genital Mutilation – A Western Version of FGM*. *The International Journal of Children's Rights*, 396(25): 396–411.
- Jones, T. (2016). *The needs of students with intersex variations*. *Sex Education*, 16(6): 602–618. doi: 10.1080/14681811.2016.1149808.
- Jones, T. (2018). *Intersex Studies: A Systematic Review of International Health Literature*. *Sage Open*, 8(2): 1–22. doi: 10.1177/2158244017745577.
- Khadilkar, K. S., et al. (2015). *Ovotesticular disorder of sex development: A single-center experience*. *Endocrine Practice*, 21(7): 770–776. doi: 10.4158/EP15606.OR.
- Kočvara, R. (2015). *Poruchy vývoje pohlaví*. In Hanus, T., Macek, P. a kol. *Urologie pro mediky*. Praha: Karolinum Press. S. 192–196.
- Kolářová, K. (ed.). (2012). *Jinakost, postižení, kritika. Společenské konstrukty nezpůsobilosti a hendikepu*. Praha: Slon.
- Kraus, C. (2015). *Classifying intersex in DSM-5: Critical reflections on gender dysphoria*. *Archives of Sexual Behavior*, 44: 1147–1163. doi: 10.1007/s10508-015-0550-0.
- Kuhar, R., Patternotte, D. (2017). *Anti-LGBTI campaigns in Europe. Mobilizing against Equality*. Rowman & Litterfield Publishers.
- Lawson, A., Becket, A. (2020). *The Social and Human Rights Models of Disability: Towards a Complementary Thesis*. *The International Journal on Human Rights*, 25(2): 348–379.
- Lee, P. A. et al. (2016). *Global Disorders of Sex Development. Update since 2006: Perceptions, Approach and Care*. *Hormone Research in Paediatrics*, 85(3): 158–180. doi: 10.1159/000442975.
- Lee, P. A., Houk, C. P., Ahmed, S. F., Hughes, I. A., in collaboration with the participants in the International Consensus Conference on Intersex organized by the Lawson Wilkins Pediatric Endocrine Society and the European Society for Paediatric Endocrinology. (2006). *Consensus statement on management of intersex disorders*. *Pediatrics*, 118: e488–e500. doi: 10.1542/peds.2006-0738.
- Liao, L. M., Simmonds, M. (2014). *A values-driven and evidence-based health care psychology for diverse sex development*. *Psychology & Sexuality*, 5(1): 83–101. doi: 10.1080/19419899.2013.831217.
- Lifton, R. J. (2000). *The Nazi Doctors: Medical Killing and the Psychology of Genocide*. New York: Basic Books.
- Lin-Su, K., Lekarev, O., Poppas, D. P., Vogiatzi, M. G. (2015). *Congenital adrenal hyperplasia patient perception of „disorders of sex development nomenclature*. *International Journal of Pediatric Endocrinology*, 9(1). doi: 10.1186/s13633-015-0004-4.

- Lišková, K. (2018). *Sexual Liberation, Socialist Style: Communist Czechoslovakia and the Science of Desire, 1945–1989*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Long, L. S. (2015). *Still I rise*. Narrative Inquiry in Bioethics, 5(2): 100–103.
- Malenovský, J. (2008). *Mezinárodní právo veřejné*. Brno: Masarykova Univerzita.
- Meyer-Bahlburg, H. F. L. (2005). *Gender Identity Outcome in Female-Raised 46,XY Persons with Penile Agenesis, Cloacal Exstrophy of the Bladder, or Penile Ablation*. Archives of Sexual Behavior, 34 (4): 423–438.
- Meyer-Bahlburg, H. F., Migeon, C. J., Berkovitz, G. D., Gearhart, J. P., Dolezal, C., Wisniewski, A. B. (2004). *Attitudes of adult 46, XY intersex persons to clinical management policies*. Journal of Urology, 171(4): 1615–1619; doi: 10.1097/01.ju.0000117761.94734.b7.
- Moron-Puech B. (2018). *The Legal Status of Intersex Persons in France*. In Scherpe J., Dutta A. a Helms T. (eds). *The Legal Status of Intersex Persons*. Cambridge: Intersentia.
- Money, J., Hampson, J. G., Hampson, J. L. (1955). *Hermaphroditism: Recommendations concerning assignment of sex, change of sex, and psychological management*. Bulletin of the Johns Hopkins Hospital, 97(4): 301–319.
- Nevrliková, J., Molek, P. (2006). *Problém konformity při interpretaci právních norem*. Právní rozhledy, 14(2): 47–55.
- Oakleyová, A. (2000). *Pohlaví, gender a společnost*. Praha: Portál.
- Oberacker, J. S. (2007). *Sex Assignment Surgery and the Discourse of Public Television: The Case of NOVA's Sex: Unknown*. Television & New Media, 8(1): 25–48.
- Oliveira, M. d. S., de Paiva-e-Silva, R. B., Guerra-Junior, G., Maciel-Guerra, A. T. (2015). *Parents' experiences of having a baby with ambiguous genitalia*. Journal of Pediatric Endocrinology & Metabolism, 28(7–8): 833–838. doi: 10.1515/jpem-2014-0457.
- Oliver, M. (2013). *The Social Model of Disability: Thirty Years On*. Disability & Society, 28(7): 1024–1026. doi: 10.1080/09687599.2013.818773.
- Pavlica, K., Heumann, V., Kučera, C. 2019. *Obavy a přání trans lidí: Výsledná zpráva z výzkumu realizovaného spolkem Transparent z.s. v roce 2019*. Praha: Amos.
- Petersen, J. K. (2015). *A changed life: Becoming true to who I am*. Narrative Inquiry in Bioethics, 5(2): 106–109.
- Pleskačová, J., Šnajderová, M., Lebl, J. (2010). *Poruchy pohlavního vývoje: Současná doporučená klasifikace a nové poznatky o poruchách vývoje gonád*. Česko-slovenská pediatrie, 65(2): 79–85.
- Preves, S. E. (2003). *Intersex and Identity: The Contested Self*. New Brunswick: Rutgers University Press.
- PROUD – Platforma pro rovnoprávnost, uznání a diverzitu (2015). *Report on Trans People and Their Experience with Health Care and Legislation in the Czech Republic*. Praha: Platforma pro rovnoprávnost, uznání a diverzitu z.s.
- Quinn, E. (2015). *Standing up*. Narrative Inquiry in Bioethics, 5(2): 109–111.
- Renzetti, C. M., Curran, D. J. (2003). *Ženy, muži a společnost*. Praha: Karolinum, Univerzita Karlova v Praze.
- Raveenthiran V. (2017). *Neonatal Sex Assignment in Disorders of Sex Development: A Philosophical Introspection*. Journal of Neonatal Surgery, 6(3): 58. doi: 10.21699/jns.v6i3.604.
- Ravendran, K., Deans, R. (2019). *The Psychosocial Impact of Disorders of Sexual Development*. Journal of Sexual Medicine and Reproductive Health, 4(2): 1–4.

- Reis, E. (2007). *Divergence or disorder?: the politics of naming intersex*. *Perspectives in Biology and Medicine*, 50(4): 535–543. doi: 10.1353/pbm.2007.0054.
- Sandberg, D. E., Gardner, M., Cohen-Kettenis, P. T. (2012). *Psychological aspects of the treatment of patients with disorders of sex development*. *Seminars in Reproductive Medicine*, 30(5): 443–452. doi: 10.1055/s-0032-1324729.
- Sandberg, D. E., Pasterski, V., Callens, N. (2017). *Introduction to the Special Section: Disorders of Sex Development*. *Journal of Pediatric Psychology*, 42(5): 487–495. doi: 10.1093/jpepsy/jsx065.
- Saraswat, A., Weinand, J., Safer, J. (2015). *Evidence supporting the biologic nature of gender identity*. *Endocrine Practice*, 21(2): 199–204. doi: 10.4158/EP14351.RA.
- Shakespeare, T. (2013). *Critiquing the social model*. In Stein and Emens (eds). *Disability and Equality Law*. London: Routledge.
- Simon, L. (2015). *XY/XO*. *Narrative Inquiry in Bioethics*, 5(2): 11–14.
- Sloboda, Z. (2016). *Dospívání, rodičovství a (homo)sexualita*. Praha: Pasparta Publishing.
- Sokolová, V. (2021). *Queer Encounters with Communist Power: Non-Heterosexual Lives and the State in Czechoslovakia, 1948–1989*. Praha: Karolinum.
- Stote, K. (2015). *An act of genocide: colonialism and the sterilization of Aboriginal women*. Blackpoint, Nova Scotia: Fernwood Publishing.
- Streuli J.C., Vayena E., Cavicchia-Balmer Y., Huber J. (2013). *Shaping Parents: Impact of Contrasting Professional Counseling on Parents' Decision Making for Children with Disorders of Sex Development: Parent Decision in Disorders of Sex Development*. *The Journal of Sexual Medicine* 8(3): 1953–1960.
- Strnadlová, K., Wiedermannová, H., Strnadel, J., Černá, J., Jahodová, A., Skalka, R., Grečmalová, D. (2018). *Porucha sexuální diferenciacie u nezralého novorozence*. *Neonatologické listy*, 24(1): 16–17.
- Šmausová, G. (2000). *Proti tvrdošijné představě o otické povaze genderu a pohlaví*. In Barša, P. (ed.) *Politika rodu a sexuální identity*. *Sociální studia* 7. Brno: Masarykova univerzita. S. 15–27.
- Tobin, J. (2019). *The UN Convention on the Rights of the Child: A Commentary*. Oxford: Oxford University Press.
- Truffer, D. (2015). *It's a human rights issue!* *Narrative Inquiry in Bioethics*, 5(2): 111–114.
- Viloria, H. (2015). *Promoting health and social progress by accepting and depathologizing benign intersex traits*. *Narrative Inquiry in Bioethics*, 5(2): 114–117.
- Von Klan, A. (2015). *Removing the mask: Hopeless isolation to intersex advocacy*. *Narrative Inquiry in Bioethics*, 5(2): 14–17.
- Waldschmidt, A. (2017). *Disability Goes Cultural: The Cultural Model of Disability as an Analytical Tool*. In Waldschmidt, A., Berressem, H., & Ingwersen, M. (eds.). *Culture – Theory – Disability. Encounters between Disability Studies and Cultural Studies*. Bielefeld, Transcript Verlag. S. 19–28
- Wall, S. S. (2015). *Standing at the intersections: Navigating life as a Black intersex man*. *Narrative Inquiry in Bioethics*, 5(2): 117–119.
- Walsh, K. A. (2015). „Normalizing“ *intersex didn't feel normal or honest to me*. *Narrative Inquiry in Bioethics*, 5(2): 119–122.
- Wiesemann, C., Ude-Koeller, S., Sinnecker, G. H. G., Thyen, U. (2010). *Ethical principles and recommendations for the medical management of differences of sex development*

(DSD)/intersex in children and adolescents. *European Journal Of Pediatrics*, 169(6): 671–679. doi: 10.1007/s00431-009-1086-x.

Zieselman, K. (2015). *Invisible harm*. *Narrative Inquiry in Bioethics*, 5(2): 122–125.

Zillén, K., Garland, J., Slokenberga, S. (2017). *The Rights of Children in Biomedicine: Challenges Posed by Scientific Advances and Uncertainties*. Committee on Bioethics of the Council of Europe, Dostupné online: <https://rm.coe.int/16806d8e2f> [17. 7. 2022]

2. Mezinárodní soft-law

2.1 Strategie a principy

Jakartské principy (2017). *Additional Principles and State Obligations on the Application of International Human Rights Law in Relation to Sexual Orientation, Gender Identity, Gender Expression and Sex Characteristics to Complement the Yogyakarta Principles*, 10. 11. 2017. Dostupné online: <http://yogyakartaprinciples.org/principles-en/official-versions-pdf/> [20. 10. 2020]

Evropská komise (2020). *Strategie pro rovnost LGBTIQ osob na období 2020–2025*. Dostupné online: https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_20_2068, v české verzi: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/CS/TXT/PDF/?uri=CELEX:52020DC0698&from=EN> [20. 12. 2020]

2.2 Rezoluce a usnesení

Evropský parlament (2014). *Usnesení Evropského parlamentu ze dne 4. února 2014 o plánu EU proti homofobii a diskriminaci na základě sexuální orientace a genderové identity*. Dostupné online: <https://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P7-TA-2014-0062+0+DOC+XML+V0//CS> [20. 10. 2020]

Evropský parlament (2019). *Usnesení č. 2018/2878(RSP) o právech intersex osob*. 14. 2. 2019. Dostupné online: https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-8-2019-0128_CS.html [20. 10. 2020]

Evropská rada (2013). *Guidelines to promote and protect the enjoyment of all human rights by lesbian, gay, bisexual, transgender and intersex (LGBTI) persons*. Dostupné online: <http://data.consilium.europa.eu/doc/document/ST-11492-2013-INIT/en/pdf> [20. 10. 2020].

HRC (2011). Rada OSN pro lidská práva, *Rezoluce č. 17/19, Human rights, sexual orientation and gender identity*. A/HRC/RES/17/19. 14. 7. 2011. Dostupné online: https://ap.ohchr.org/documents/dpage_e.aspx?si=A/HRC/RES/17/19 [20. 10. 2020]

Parlamentní shromáždění Rady Evropy (2015). *Rezoluce 2048(2015), Discrimination against transgender people in Europe*. 22. 4. 2015. Dostupné online: <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-EN.asp?fileid=21736> [20. 10. 2020]

Parlamentní shromáždění Rady Evropy (2017b). *Rezoluce č. 2191(2017) Promoting the human rights of and eliminating discrimination against intersex people*. 12. 10. 2017. Dostupné online: <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=24232&lang=en> [20. 10. 2020]

Parlamentní shromáždění Rady Evropy (2013). *Rezoluce Parlamentního shromáždění Rady Evropy 1945(2013), doc. 1325, Putting an end to coerced sterilisations and castrations*,

26. 6. 2013. Dostupné online: <https://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-en.asp?fileid=19984&lang=en> [17. 7. 2022]

2.3 Obecné komentáře a výkladová stanoviska

UN CAT (2008). Výbor OSN proti mučení. Obecný komentář č. 2, CAT/C/GC/2, 24. 1. 2008. Dostupné online: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CAT%2FC%2FGC%2F2&Lang=en [20. 10. 2020]

UN CEDAW (2010). Výbor OSN pro odstranění diskriminace žen. Obecný komentář č. 28, CEDAW/C/GC/28, 16. 12. 2010. Dostupné online: <https://www.ohchr.org/en/hrbodies/cedaw/pages/recommendations.aspx> [20. 10. 2020]

UN CEDAW a UN CRC (2014). Výbor OSN pro odstranění diskriminace žen, Obecný komentář č. 31 a Výbor pro práva dítěte, Obecný komentář č. 18, CEDAW/C/GC/31-CRC/C/GC/18, 2014. Dostupné online: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N14/627/78/PDF/N1462778.pdf?OpenElement> [17. 7. 2022]

UN CESCR (2000). Výbor OSN pro hospodářská, sociální a kulturní práva. Obecný komentář č. 14, E/C.12/2000/4, 11. 8. 2000. Dostupné online: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/TBSearch.aspx?Lang=en&TreatyID=9&DocTypeID=11 [20. 10. 2020]

UN CESCR (2016). Výbor OSN pro hospodářská, sociální a kulturní práva. Obecný komentář č. 22, E/C.12/GC/22, 2. 5. 2016. Dostupné online: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=E/C.12/GC/22&Lang=en [20. 10. 2020]

UN CRC (2003). Obecný komentář Výboru OSN pro práva dítěte č. 5, CRC/GC/2003/5, 2003. Dostupné online: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/TBSearch.aspx?Lang=en&TreatyID=5&DocTypeID=11 [20. 10. 2020]

UN CRC (2011). Výbor OSN pro práva dítěte. Obecný komentář č. 13, CRC/C/GC/13, 18. 4. 2011. Dostupné online: https://www2.ohchr.org/english/bodies/crc/docs/CRC.C.GC.13_en.pdf [20. 10. 2020]

UN HRC (2014). Obecný komentář Výboru OSN pro lidská práva č. 35, CCPR/C/GC/35. Dostupné online: https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/treatybodyexternal/TBSearch.aspx?Lang=en&TreatyID=8&DocTypeID=11 [20. 10. 2020]

Komisař Rady Evropy pro lidská práva (2014). Lidskoprávní komentář *A boy or a girl or a person – intersex people lack recognition in Europe*. 9. 5. 2014. Dostupné online: <https://www.coe.int/en/web/commissioner/-/a-boy-or-a-girl-or-a-person-intersex-people-lack-recognition-in-euro-1> [20. 10. 2020]

2.4 Závěrečná doporučení

UN CAT, Závěrečná doporučení Výboru OSN proti mučení Německu, 2011, CAT/C/DEU/CO/5.

UN CAT, Závěrečná doporučení Výboru OSN proti mučení Rakousku, 2016, CAT/C/AUT/CO/6.

UN CAT, Závěrečná doporučení Výboru OSN proti mučení Číně, 2016, CAT/C/CHN/CO/5.

UN CAT, Závěrečná doporučení Výboru OSN proti mučení Francii, 2016, CAT/C/FRA/CO/710.

- UN CAT, Závěrečná doporučení Výboru OSN proti mučení Nizozemí, 2018, CAT/C/NLD/CO/7.
- UN CAT, Závěrečná doporučení Výboru OSN proti mučení Spojenému království, 2019, CAT/C/GBR/CO/6.
- UN CEDAW, Závěrečná doporučení Výboru OSN pro odstranění diskriminace žen k Německu, 2018, CEDAW/C/DEU/CO/7-8.
- UN CEDAW, Závěrečná doporučení Výboru OSN pro odstranění diskriminace žen k Namibii, 2015, CEDAW/C/NAM/CO/4-5.
- UN CESCR, Závěrečná doporučení Výboru OSN pro hospodářská, sociální a kulturní práva Nizozemí, 2017, E/C.12/NLD/CO/6.
- UN CESCR, Závěrečné doporučení Výboru OSN pro hospodářská, sociální a kulturní práva Korei 2017, E/C.12/KOR/CO/4.
- UN CEDAW, Závěrečná doporučení Výboru OSN pro odstranění diskriminace Chile, 2018, CEDAW/C/CHL/CO/7.
- UN CESCR Závěrečná doporučení Výboru OSN pro hospodářská, sociální a kulturní práva Argentině, 2018, E/C.12/ARG/CO/4.
- UN CEDAW, Závěrečná doporučení Výboru OSN pro odstranění diskriminace žen Luxemburku, 2018, CEDAW/C/LUX/CO/6-7.
- UN CESCR Závěrečná doporučení Výboru OSN pro hospodářská, sociální a kulturní práva Mexiku, 2018, E/C.12/MEX/CO/5-6.
- UN CESCR, Závěrečná doporučení Výboru OSN pro hospodářská, sociální a kulturní práva Dánsku, 2019, E/C.12/DNK/CO/6.
- UN CESCR Závěrečná doporučení Výboru OSN pro hospodářská, sociální a kulturní práva Chile, 2019, E/C.12/CHE/CO/4.
- UN CESCR Závěrečná doporučení Výboru OSN pro hospodářská, sociální a kulturní práva Ekvádoru, 2019, E/C.12/ECU/CO/4.
- UN CESCR, Závěrečná doporučení Výboru OSN pro hospodářská, sociální a kulturní práva Bělorusku, 2020, E/C.12/BEL/CO/5.
- UN CESCR Závěrečná doporučení Výboru OSN pro hospodářská, sociální a kulturní práva Ukrajině, 2020, E/C.12/UKR/CO/7.
- UN CRC, Závěrečná doporučení Výboru OSN pro práva dítěte Švýcarsku, 2015, CRC/C/CHE/CO/2-4.
- UN CRC, Závěrečná doporučení Výboru OSN pro práva dítěte Jihoafrické republice, 2016, CRC/C/ZAF/CO/2.
- UN CRC, Závěrečná doporučení Výboru OSN pro práva dítěte Španělsku, 2018, CRC/C/ESP/CO/5-6.
- UN CRC, Závěrečná doporučení Výboru OSN pro práva dítěte Maltě, 2019, CRC/C/MLT/CO/3-6.
- UN CRC, Závěrečná doporučení Výboru OSN pro práva dítěte Portugalsku, 2019, CRC/C/PRT/CO/5-6.
- UN CRC, Závěrečná doporučení Výboru OSN pro práva dítěte Austrálii, 2019, CRC/C/AUS/CO/5-6.
- UN CRC, Závěrečná doporučení Výboru OSN pro práva dítěte Belgie, 2019, CRC/C/BEL/CO/5-6.

- UN CRC, Závěrečná doporučení Výboru OSN pro práva dítěte Maltě, 2019, CRC/C/MLT/CO/3-6.,
- UN CRC, Závěrečná doporučení Výboru OSN pro práva dítěte Belgie, 2019, CRC/C/BEL/CO/5-6.
- UN CRC, Závěrečné doporučení Výboru OSN pro práva dítěte Korei, 2019, CRC/C/KOR/CO/5-6.
- UN CRC, Závěrečná doporučení Výboru OSN pro práva dítěte Itálie, 2019, CRC/C/ITA/CO/5-6.
- UN CRC, Závěrečné doporučení Výboru OSN pro práva dítěte Austrálie, 2019, CRC/C/AUS/CO/5-6.
- UN CRC, Závěrečná doporučení Výboru OSN pro práva dítěte Rakousku, 2020, CRC/C/AUT/CO/5-6.
- UN CRC, Závěrečné doporučení Výboru OSN pro práva dítěte Maďarsku, 2020, CRC/C/HUN/CO/6.
- UN CRPD, Závěrečná doporučení Výboru OSN pro práva osob se zdravotním postižením Spojenému království, 2017, CRPD/C/GBR/CO/1.
- UN CRPD, Závěrečná doporučení Výboru OSN pro práva osob se zdravotním postižením Indii, 2019, CRPD/C/IND/CO/1.
- UN CRPD, Závěrečná doporučení Výboru OSN pro práva osob se zdravotním postižením Austrálie, 2019, CRPD/C/AUS/CO/2-3.
- UN HRC, Závěrečná doporučení Výboru OSN pro lidská práva Austrálie, 2017, CCPR/C/AUS/CO/6.
- UN HRC, Závěrečná doporučení Výboru OSN pro lidská práva Kamerunu, 2017, CCPR/C/CMR/CO/5.
- UN HRC, Závěrečná doporučení Výboru OSN pro lidská práva Austrálie, 2017, CCPR/C/AUS/CO/6.
- UN HRC, Závěrečná doporučení Výboru OSN pro lidská práva Libanonu, 2018, CCPR/C/LBN/CO/3.
- UN HRC, Závěrečná doporučení Výboru OSN pro lidská práva k Mexiku, 2019, CCPR/C/MEX/CO/6.
- UN HRC, Závěrečná doporučení Výboru OSN pro lidská práva Belgie, 2019, CCPR/C/BEL/CO/6.

2.5 Zprávy

- Evropská komise (2012). *Trans and intersex people*. Dostupné online: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/9b338479-c1b5-4d88-a1f8-a248a19466f1> [20. 10. 2020]
- Parlamentní shromáždění Rady Evropy (2017a). Zpráva Výboru pro rovnost a nediskriminaci *Promoting the human rights of and eliminating discrimination against intersex people*, dok. 14404, 25. 9. 2017. Dostupné online: <https://pace.coe.int/en/files/24027/html> [20. 10. 2020].
- OHCHR (2011). Zpráva Vysokého komisaře OSN pro lidská práva *Practices and acts of violence against individuals based on their sexual orientation and gender identity*. A/HRC/19/41. 17. 11. 2011. Dostupné online: http://www.ohchr.org/Documents/Issues/Discrimination/A.HRC.19.41_English.pdf [20. 10. 2020]

- OHCHR (2015). Zpráva Vysokého komisaře OSN pro lidská práva schválená Valným shromážděním OSN *Discrimination and violence against individuals based on their sexual orientation and gender identity*. A/HRC/29/23. 4. 5. 2015. Dostupné online: <https://www.ohchr.org/EN/Issues/Discrimination/Pages/LGBTUNReports.aspx> [20. 10. 2020]
- Nezávislý expert OSN na ochranu před násilím a diskriminací (2017). Zpráva nezávislého experta na ochranu před násilím a diskriminací na základě sexuální orientace a genderové identity. A/HRC/35/36. 19. 4. 2017. Dostupné online: https://ap.ohchr.org/documents/dpage_e.aspx?si=A/HRC/35/36 [20. 10. 2020]
- Nezávislý expert OSN k aktualizaci Principů k boji proti beztrestnosti porušování lidských práv (2005). Zpráva Nezávislého experta k aktualizaci Principů k boji proti beztrestnosti porušování lidských práv. E/CN.4/2005/102/Add.1. 8. 2. 2005. Dostupné online: <https://undocs.org/E/CN.4/2005/102/Add.1> [20. 10. 2020]
- ZZ proti mučení (2013). Zpráva Zvláštního zpravodaje OSN proti mučení. A/HRC/22/53. 1. 2. 2013. Dostupné online: https://www.ohchr.org/Documents/HRBodies/HRCouncil/RegularSession/Session22/A.HRC.22.53_English.pdf [20. 10. 2020]
- ZZ proti mučení (2016). Zpráva Zvláštního zpravodaje OSN proti mučení. A/HRC/31/57. 5. 1. 2016. Dostupné online: <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G16/000/97/PDF/G1600097.pdf> [20. 10. 2020]
- ZZ pro právo na zdraví (2009). Zpráva zvláštního zpravodaje OSN pro právo na zdraví *Right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*. A/64/272. 10. 8. 2009. Dostupné online: <http://www.refworld.org/pdfid/4aa762e30.pdf> [20. 10. 2020]
- ZZ pro právo na zdraví (2015). Zpráva Zvláštního zpravodaje OSN proti právo na zdraví. A/70/213. 30. 7. 2015. Dostupné online: http://www.un.org/en/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/70/213 [20. 10. 2020]

2.6 Prohlášení a informační kampaně

- Al Hussein (2015). Zahajovací projev Vysokého komisaře OSN pro lidská práva Zeid Ra'ad Al Husseina na expertním setkání k ukončení porušování lidských práv intersex osob. 16. 9. 2015. Dostupné online: <https://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=16431> [20. 10. 2020]
- Al Hussein (2015). Zahajovací projev Vysokého komisaře OSN pro lidská práva Zeid Ra'ad Al Husseina k 30. zasedání Rady pro lidská práva OSN. Září 2015. Dostupné online: <https://ihra.org.au/29966/statement-hrc30-intersex/> [20. 10. 2020].
- Komisař Rady Evropy pro lidská práva (2014). *LGBTI children have the right to safety and equality*. 2. 10. 2014. Dostupné online: <https://www.coe.int/en/web/commissioner/-/lgbti-children-have-the-right-to-safety-and-equality> [20. 10. 2020]
- OHCHR (2017). Vysoký komisař OSN pro lidská práva. Informační leták *LGBT rights: frequently asked questions*. Dostupné online: <https://www.unfe.org/wp-content/uploads/2017/05/LGBT-Rights-FAQs.pdf> [20. 10. 2020]
- OHCHR (2016). Kancelář vysokého komisaře OSN pro lidská práva. Kampaň *Living Free and Equal*. HR/PUB/16/3. Dostupné online: <https://www.ohchr.org/EN/Issues/Discrimination/Pages/LivingFreeEqual.aspx> [20. 10. 2020]

- OSN (2014). Meziagenturní prohlášení WHO, OHCHR, UN Women, UNAIDS, UNDP, UNFPA a UNICEF *Eliminating Forced, Coercive and Otherwise Involuntary Sterilization*. Květen 2014. Dostupné online: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/gender_rights/eliminating-forced-sterilization/en/ [20. 10. 2020]
- OSN (2014). Záznam z přidružené události k 25. zasedání Rady pro lidská práva OSN. Březen 2014. Dostupné online: <http://youtu.be/hhTYYqCv7gE> [20. 10. 2020];
- OSN (2015). Společné prohlášení OSN, UNDP, OHCHR, UNAIDS, ILO, UNESCO, UNFPA, UNICEF, UNHCR, UN Women, UNODC, WFP a WHO *Ending Violence and Discrimination against Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender and Intersex People*. Září 2015. Dostupné online: <https://www.who.int/gender-equity-rights/news/un-statement-on-lgbti/en/> [20. 10. 2020].
- OSN (2015). Záznam z přidružené události k 30. zasedání Rady pro lidská práva OSN. Září 2015. Dostupné online: <https://www.youtube.com/watch?v=uPGOnBSYbOc#t=20> [20. 10. 2020]
- OSN (2013). Kampaň Organizace Spojených národů *Free and Equal*. Dostupné online: <https://www.unfe.org/intersex-awareness/> [20. 10. 2020]
- OSN (2016a). OSN Organizace spojených národů, kampaň *United Nations for Intersex Awareness*. Dostupné online: <https://unfe.org/intersex-awareness> [20. 10. 2020]
- OSN (2016b). Společné veřejné prohlášení expertů OSN a regionálních organizací *End Violence and Harmful Medical Practices on Intersex Children and Adults, UN and Regional Experts Urge*. 24. 10. 2016. Dostupné online: <http://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=20739&LangID=E> [20. 10. 2020]
- OSN (2017). Společné prohlášení Výboru OSN pro práva dítěte, Výboru proti mučení, Zvláštního zpravodaje OSN pro extrémní chudobu a lidská práva, Zvláštního zpravodaje OSN pro právo na vzdělání, a mnoha dalších *Embrace Diversity and Protect Trans and Gender Diverse Children and Adolescents*. 17. 5. 2017. Dostupné online: <http://www.ohchr.org/en/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=21622&LangID=E> [20. 10. 2020];
- OSN (2019). Rezoluce Valného shromáždění OSN *Elimination of discrimination against women and girls in sport*, A/HRC/40/L.10/Rev.1, 20. 3. 2019. Dostupné online: http://ap.ohchr.org/documents/dpage_e.aspx?si=A/HRC/40/L.10/Rev.1 [20. 10. 2020]
- OSN (2020). Informační leták kampaně Organizace Spojených národů *Free and Equal*. Dostupné online: https://unfe.org/system/unfe-65-Intersex_Factsheet_ENGLISH.pdf [20. 10. 2020]
- Pillay (2014). Prohlášení Navi Pillay u příležitosti vyhlášení ceny *LGBTI přítel roku* organizace ILGA. 30. 5. 2014. Dostupné online: <http://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=14654&LangID=E> [20. 10. 2020]

3. Publikace a výzkumy veřejných institucí

- Australský Senát, Výbor pro komunitní záležitosti (2013). *Involuntary or Coerced Sterilisation of Intersex People in Australia*. 25. 10. 2013. Dostupné online: http://www.aph.gov.au/Parliamentary_Business/Committees/Senate/Community_Affairs/Involuntary_Sterilisation/Sec_Report/index [20. 10. 2020]

- Evropská komise (2020). *Strategie pro rovnost LGBTIQ osob na období 2020–2025*. 12. 11. 2020. Dostupné online: https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/en/ip_20_2068 [20. 12. 2020]
- Evropská síť expertů pro rovnost pohlaví (2018). *Trans and intersex equality rights in Europe – a comparative analysis*. Listopad 2018. Dostupné online: https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/trans_and_intersex_equality_rights.pdf [20. 10. 2020]
- FRA (2015). Agentura pro základní práva EU. *The fundamental rights situation of intersex people*. 12. 5. 2015. Dostupné online: <https://fra.europa.eu/en/publication/2015/fundamental-rights-situation-intersex-people> [20. 10. 2020]
- FRA (2020). Agentura pro základní práva EU. *A long way to go for LGBTI equality*. 14. 5. 2020. Dostupné online: <https://fra.europa.eu/en/publication/2020/eu-lgbti-survey-results> [20. 10. 2020]
- Komisář Rady Evropy pro lidská práva (2015). *Human Rights and intersex people: Issue paper*. Duben 2015. Dostupné online: <https://rm.coe.int/16806da5d4> [20. 10. 2020]
- Německá Etická Rada (2012). *Intersexuality Opinion*. 23. 2. 2012. Dostupné online: https://www.ethikrat.org/en/publications/publication-details/?tx_wwt3shop_detail%5Bproduct%5D=13&tx_wwt3shop_detail%5Baction%5D=index&tx_wwt3shop_detail%5Bcontroller%5D=Products&cHash=16f8bd1c4b5f9d0704bb25a466060d1d [20. 10. 2020]
- OHCHR (2019). Úřad Vysokého komisaře OSN pro lidská práva. *Background Note on Human Rights Violations Against Intersex People*. Dostupné online: <https://www.ohchr.org/EN/Issues/Discrimination/Pages/BackgroundViolationsIntersexPeople.aspx> [20. 10. 2020]
- OHCHR (2012). Úřad Vysokého komisaře OSN pro lidská práva. *Born free and equal: Sexual orientation and gender identity in international human rights law*. Dostupné online: <https://www.ohchr.org/documents/publications/bornfreeandequalallowres.pdf> [20. 7. 2021]
- Schneider, E. (2013). *An insight into respect for the rights of trans and intersex children in Europe*. Council of Europe. Listopad 2013: Dostupné online: <https://rm.coe.int/168047f2a7> [20. 10. 2020]
- Veřejný ochránce práv (2016). Stanovisko Veřejného ochránce práv, 7238/2014/VOP. 29. 9. 2016. Dostupné online: <https://eso.ochrance.cz/Nalezene/Edit/4534> [20. 10. 2020]
- Veřejný ochránce práv (2019). *Být LGBTI v Česku, zkušenosti LGBT+ lidí s předsudky, diskriminací, obtěžováním a násilím z nenávisli*. 4/2019/DISK/KS, 14. 5. 2019. Dostupné online: <https://www.ochrance.cz/uploads-import/DISKRIMINACE/Vyzkum/Vyzkum-LGBT.pdf> [20. 12. 2020]
- Zillén K., Garland J. and Slokenberga S. (2017). *The Rights of Children in Biomedicine: Challenges Posed by Scientific Advances and Uncertainties*. Committee on Bioethics of the Council of Europe. 11. 1. 2017. Dostupné online: <https://rm.coe.int/16806d8e2f> [20. 10. 2020]

4. Stanoviska a informace od neziskových organizací

- Centro de derechos humanos (2016). *Informe anual sobre derechos humanos en Chile 2016*. Dostupné online: http://www.derechoshumanos.udp.cl/derechoshumanos/images/InformeAnual/2016/Godoy_dhhpersonasintersex.pdf [20. 10. 2020]

- Ghattas, D.C., ILGA Europe a OII Europe (2015). *Standing up for the human rights of intersex people – how can you help?* Dostupné online: https://www.ilga-europe.org/sites/default/files/how_to_be_a_great_intersex_ally_a_toolkit_for_ngos_and_decision_makers_december_2015_updated.pdf [20. 10. 2020]
- HRW (2017). Human Rights Watch. *I want to be like nature made me*. 25. 7. 2017. Dostupné online: <https://www.hrw.org/report/2017/07/25/i-want-be-nature-made-me/medically-un-necessary-surgeries-intersex-children-us> [20. 10. 2020]
- ILGA Europe (2011). Events. Dostupné online: <https://ilga-europe.org/what-we-do/our-advocacy-work/trans-and-intersex/intersex/events> [20. 10. 2020]
- ILGA Europe (2018). *Parabéns! Portugal votes to respect the rights of trans and intersex people*. 13. 4. 2018. Dostupné online: <https://www.ilga-europe.org/resources/news/latest-news/portugal-vote-13april2018> [20. 10. 2020]
- ILGA Europe (2019a). *International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association. Protecting Intersex in Europe: a toolkit for law and policy makers*. Dostupné online: <https://www.ilga-europe.org/resources/ilga-europe-reports-and-other-materials/protecting-intersex-people-europe-toolkit> [20. 10. 2020]
- ILGA Europe (2019b). *International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association. Trans*. Dostupné online: <https://ilga-europe.org/what-we-do/our-advocacy-work/trans-and-intersex/trans> [20. 10. 2020]
- In Iustitia (2017). *Lifecycle of a hate crime, National Report: Czech Republic*. Dostupné online: <https://www.in-ius.cz/dwn/prirucka-sz/lchc-national-report-aj-web.pdf>. [20. 10. 2020]
- OII Europe (2013). *Maltská deklarace*. Dostupné online: <https://oiieurope.org/malta-declaration/> [20. 10. 2020]
- OII Europe (2015). *Statement of OII Europe on Intersex, Disability and the UN Convention on the Rights of People with Disabilities*. Dostupné online: https://oiieurope.org/wp-content/uploads/2015/05/CRPD_2015_Statement_OII_Europe.pdf [20. 10. 2020]
- OII Europe (2018). Good Practices Map 2018. Dostupné online: <https://oiieurope.org/good-practice-map-2018/> [20. 10. 2020]
- OII Europe (2019). Good Practices Map 2019. Dostupné online: <https://oiieurope.org/good-practice-map-2019/> [20. 10. 2020]
- Transgender Europe (2018a) Trans Rights Europe Map 2018. Dostupné online: https://tgeu.org/wp-content/uploads/2018/05/MapB_TGEU2018_Online.pdf/ [20. 10. 2020]
- Transgender Europe (2018b). *Portugal votes for self-determination, keeps medicalization for minors*. Dostupné online: <https://tgeu.org/portugal-votes-for-self-determination-keeps-medicalization-for-minors/> [20. 10. 2020]
- Transgender Europe (2020). Trans Rights Europe Map 2020. Dostupné online: <https://tgeu.org/trans-rights-europe-central-asia-index-maps-2020/> [20. 10. 2020]
- WHO, OHCHR, UN Women, UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNICEF (2014). *Eliminating forced, coercive and otherwise involuntary sterilization: an interagency statement*. World Health Organization. Dostupné online: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/112848> [17. 7. 2022]
- WPATH (2012). World Professional Association for Transgender Health. *Standards of care, verze č. 7*. Dostupné online: <https://www.wpath.org/publications/soc> [20. 10. 2020]
- WPATH (2015) Stanovisko World Professional Association for Transgender Health. *Identity Recognition Statement*. 19. 1. 2015. Dostupné online: <https://www.wpath.org/media>

/cms/Documents/Web%20Transfer/Policies/WPATH%20Identity%20Recognition%20Statement%2011.15.17.pdf [20. 10. 2020]

5. Další online zdroje

- BBC (2019). *Germany adopts intersex identity into law*, 1. 1. 2019. Dostupné online: <https://www.bbc.com/news/world-europe-46727611> [20. 10. 2020]
- Chicagský konsenzus (2006). *Consensus statement on management of intersex disorders*, 19. 4. 2006. Dostupné online: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2082839/> [20. 10. 2020]
- In Iustitia. *O předsudečném násilí*. (zprávy) Dostupné online: <https://in-ius.cz/zpravy-o-pred-sudecnem-nasili/> [17. 9. 2022]
- Intersex Luxemburg*. Dostupné online: <https://intersex.lu> [20. 10. 2020]
- Jakartské principy* (2017). Dostupné online: <http://yogyakartaprinciples.org> [17. 9. 2022]
- Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10)*. Dostupné online: <https://mkn10.uzis.cz/> [20. 9. 2022]
- Montañez, Amanda. (2017). „Beyond XX and XY: The Extraordinary Complexity of Sex Determination: A host of factors figure into whether someone is female, male or somewhere in between.“ *Scientific American*, 1. 9. 2017. Dostupné online: <https://www.scientificamerican.com/article/beyond-xx-and-xy-the-extraordinary-complexity-of-sex-determination/> [17. 9. 2022]
- Rainbow web*. Dostupné online: <https://www.regenbogenportal.de> [20. 10. 2020]
- The Guardian (2016). „We don't know if your baby's a boy or a girl': growing up intersex.“ *The Guardian*, 2. 7. 2016. Dostupné online: <https://www.theguardian.com/world/2016/jul/02/male-and-female-what-is-it-like-to-be-intersex> [20. 10. 2020]
- Universitätsklinikum Ulm (2022). *Schwerpunkt DSD (Varianten der Geschlechtsentwicklung (engl. „differences of sex development“))*. Dostupné online: <https://www.uniklinik-ulm.de/kinder-und-jugendmedizin/sektionen-ambulanzen-und-arbeitsbereiche/sektion-paediatrische-endokrinologie-und-diabetologie/schwerpunkte-der-sektion/varianten-der-geschlechtsentwicklung-dsd.html> [17. 7. 2022]
- World Athletics (2018). *IAAF introduces new eligibility regulations for female classification*. 26. 4. 2018. Dostupné online: <https://www.worldathletics.org/news/press-release/eligibility-regulations-for-female-classifica> [17. 7. 2022]

6. Judikatura

- Airey v. Ireland*, rozsudek Evropského soudu pro lidská práva, stížnost č. 6289/73, 7. 7. 1977, odst. 24
- Fabris proti Francii* (GC), rozsudek Evropského soudu pro lidská práva, č. 16574/08, 7. 2. 2013
- Garçon a Nicot proti Francii*, rozsudek Evropského soudu pro lidská práva, č. 9885/12, 52471/13 a 52596/13, 6. 4. 2017.
- Gaskin proti Spojenému království*, rozsudek Evropského soudu pro lidská práva, č. 10454/83, 7. 7. 1989

- Glass proti Spojenému Království*, rozsudek Evropského soudu pro lidská práva, stížnost č. 61827/00, 9. 3. 2004.
- International Commission of Jurists (1999). Constitutional Court of Colombia. Sentencia SU 337/99, 12. 5. 1999. Dostupné online: <https://www.icj.org/sogicasebook/sentencia-su-33799-constitutional-court-of-colombia-12-may-1999/> [20. 10. 2020]
- International Commission of Jurists (2008a). Constitutional Court of Colombia. Sentencia T-912/08, Pedro v. Social Security et al., Chamber of Revision, 18. 12. 2008. Dostupné online: <https://www.icj.org/sogicasebook/sentencia-t-91208-pedro-v-social-security-et-al-constitutional-court-of-colombia-chamber-of-revision-18-december-2008/> [20. 10. 2020]
- International Commission of Jurists (2008b). Supreme Court of the Philippines. Republic of the Philippines v. Jennifer Cagandahan, 12. 9. 2008. Dostupné online: <https://www.icj.org/sogicasebook/republic-of-the-philippines-v-jennifer-cagandahan-supreme-court-of-the-philippines-second-division-12-september-2008/> [20. 10. 2020]
- International Commission of Jurists (2008c). Regional Court Cologne, Germany. In Re Völling judgment, 6. 2. 2008. Dostupné online: <http://www.icj.org/sogicasebook/in-re-volling-regional-court-cologne-germany-6-february-2008/> [20. 10. 2020]
- K.H. a ostatní proti Slovensku*, rozsudek Evropského soudu pro lidská práva, č. 32881/04, 28. 4. 2009
- MDAC v. Belgium*, rozhodnutí Evropského výboru pro sociální práva, stížnost č. 109/2014, 16. 10. 2017.
- M.T. prot Uzbekistánu*, rozhodnutí Výboru OSN pro lidská práva, stížnost č. 2234/2013, 21. 10. 2015, CCPR/C/114/D/2234/2013.
- Nález pléna Ústavního soudu Pl. ÚS 36/01 ze dne 25. 6. 2002, 403/2002 Sb.
- Německý spolkový Ústavní soud, rozsudek ze dne 10. 10. 2017, 1 BvR 2019/16. Dostupné online: https://www.bundesverfassungsgericht.de/SharedDocs/Entscheidungen/DE/2017/10/rs20171010_1bvr201916.html [20. 10. 2020]
- Storck proti Německu*, rozsudek Evropského soudu pro lidská práva, stížnost č. 61603/00, 16. 6. 2005.
- Transgender Europe a ILGA-Europe proti České republice*, rozhodnutí Evropského výboru pro sociální práva, stížnost č. 117/2015, 15. 5. 2018.
- V. C. proti Slovensku*, rozsudek Evropského soudu pro lidská práva, stížnost č. 18968/07, 8. 11. 2011.

7. Legislativa

7.1 Zahraniční

- ILGA Europe (2016). *It's official – France adopts a new legal gender recognition procedure!* 12. 10. 2016. Dostupné online: <https://www.ilga-europe.org/resources/news/latest-news/france-adopts-new-legal-gender-recognition-procedure> [20. 10. 2020]
- ILGA Europe (2017). *Greece improves gender recognition law but misses chance to introduce self-determination.* 10. 10. 2017. Dostupné online: <https://ilga-europe.org/resources/news/latest-news/greece-gender-recognition-law-oct2017> [20. 10. 2020]
- Reuters (2019). *Intersex Austrian becomes first to get third-sex identity documents.* 15. 5. 2019. Dostupné online: <https://fr.reuters.com/article/idUSL2N22R138> [20. 10. 2020]

- Reuters (2021). *Germany bans surgeries on intersex babies, but loopholes feared*. 26. 3. 2021. Dostupné online: <https://www.reuters.com/article/us-germany-lgbt-health-idUSKBN2BI2MC> [31. 8. 2022]
- Transgender Europe (2013). *Argentina Gender Equality Law*. 12. 9. 2013. Dostupné online: <https://tgeu.org/argentina-gender-identity-law/> [20. 10. 2020]
- Transgender Europe (2014). *Danish trans law amendments 2014*. 26. 9. 2014. Dostupné online: <https://tgeu.org/danish-trans-law-amendments-2014-l-182-motion-to-amend-the-act-on-the-danish-civil-registration-system/> [20. 10. 2020]
- Transgender Europe (2015a). *Malta Adopts Ground-breaking Trans and Intersex Law*. 1. 4. 2015. Dostupné online: <https://tgeu.org/malta-adopts-ground-breaking-trans-intersex-law/> [20. 10. 2020]
- Transgender Europe (2015b). *Irish Gender Recognition Act 2015*. Dostupné online: https://tgeu.org/wp-content/uploads/2015/08/IRELAND_Gender-Recognition-Act-2015.pdf [20. 10. 2020]
- Transgender Europe (2016). *Norwegian law amending the legal gender*. 1. 7. 2016. Dostupné online: <https://tgeu.org/norwegian-law-amending-the-legal-gender/> [20. 10. 2020]
- Austrálie. *Sex Discrimination Act*, 2013. Dostupné online: <https://eoc.sa.gov.au/resources/discrimination-laws/australian-laws/sex-discrimination-act> [20. 10. 2020]
- Finsko. *Act on Equality Between Men and Women*, 2015. Dostupné online: https://www.legislationline.org/download/id/8166/file/Finland_Act_Equality_Women_Men_1986_am_2016_en.pdf[20. 10. 2020]
- Jižní Afrika. *Promotion of Equality and Prevention of Unfair Discrimination Act*, 2000, novelizace z roku 2005. Dostupné online: https://www.gov.za/sites/default/files/gcis_document/201409/a22-050.pdf [20. 10. 2020]
- Malta. *Gender Identity, Gender Expression and Sex Characteristics Act*, 2015. Dostupné online: <https://rm.coe.int/168045b1e6> [20. 10. 2020]
- Malta, Ministerstvo školství a zaměstnanosti (2015). *Trans, Gender Variant and Intersex Students in Schools: Policy*. Červen 2015. Dostupné online: <http://education.gov.mt/en/resources/Documents/Policy%20Documents/Trans,%20Gender%20Variant%20and%20Intersex%20Students%20in%20Schools%20Policy.pdf>[20. 10. 2020]

7.2 Mezinárodní

- Sdělení č. 104/1991 Sb., Sdělení federálního ministerstva zahraničních věcí o sjednání Úmluvy o právech dítěte. Dostupné online: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1991-104> [20. 10. 2020]
- Sdělení federálního ministerstva zahraničních věcí č. 209/1992 Sb. ze dne 15. 5. 1992 o sjednání Úmluvy o ochraně lidských práv a základních svobod a Protokolů na tuto Úmluvu navazujících. Dostupné online: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1992-209> [20. 10. 2020]
- Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 10/2010 Sb. m. s. ze dne 12. 2. 2010 o sjednání Úmluvy o právech osob se zdravotním postižením. Dostupné online: <https://www.zakonprolidi.cz/ms/2010-10> [20. 10. 2020]
- Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 14/2000 Sb. m. s. ze dne 29. 2. 2000 o Evropské sociální chartě. Dostupné online: <https://www.zakonyprolidi.cz/ms/2000-14> [20. 10. 2020]
- Sdělení Ministerstva zahraničních věcí č. 96/2001 Sb. m. s. ze dne 2. 10. 2001 o přijetí Úmluvy na ochranu lidských práv a důstojnosti lidské bytosti v souvislosti s aplikací

- biologie a medicíny: Úmluva o lidských právech a biomedicíně. Dostupné online: <https://www.zakonyprolidi.cz/ms/2001-96> [20. 10. 2020]
- Směrnice Rady 2000/78/ES ze dne 27. listopadu 2000, kterou se stanoví obecný rámec pro rovné zacházení v zaměstnání a povolání (tzv. rámcová směrnice).
- Usnesení předsednictva České národní rady č. 2/1993 Sb. o Vyhlášení Listiny základních práv a svobod jako součástí ústavního pořádku České republiky. Dostupné online: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1993-2> [20. 10. 2020]
- Vídeňská deklarace ze Světové konference o lidských právech, 1993. Dostupná z: <https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/vienna.aspx>
- Vyhláška ministra zahraničních věcí č. 15/1988 Sb. ze dne 4. 9. 1987 o Vídeňské úmluvě o smluvním právu. Dostupné online: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1988-15> [20. 10. 2020]
- Vyhláška ministra zahraničních věcí č. 62/1987 Sb. ze dne 13. května 1987 o Úmluvě o odstranění všech forem diskriminace žen. Dostupné online: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1987-62> [20. 10. 2020]
- Vyhláška ministra zahraničních věcí č. 120/1976 Sb. ze dne 10. května 1976 o Mezinárodním paktu o občanských a politických právech a Mezinárodním paktu o hospodářských, sociálních a kulturních právech. Dostupné online: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1976-120> [20. 10. 2020]
- Vyhláška ministra zahraničních věcí č. 143/1988 Sb. ze dne 18. srpna 1988 o Úmluvě proti mučení a jinému krutému, nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání. Dostupné online: <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/1988-143> [20. 10. 2020]

PŘÍLOHA: PŘEDSTAVENÍ INFORMANTŮ A INFORMANTEK VÝZKUMU

V této studii je odkazováno k následujícím informantům a informantkám, jejichž jména byla (abecedně) změněna z důvodu anonymizace.

V době rozhovoru byla **Andrea** ve svých raných třicátých letech. Výzkumný tým kontaktovala skrze výzvu na facebookové stránce organizace Trans*parent, jejichž několik akcí dříve navštívila. Podle svých slov neměla nikdy menstruaci. To vedlo k tomu, že ve svých 15 letech na gynekologii podstupovala hormonální terapii a bylo jí řečeno, že nikdy nebude mít dítě. Důvod jí nebyl nikdy jejími ošetřujícími lékaři sdělen, jelikož podle jejích slov na něj nepřišli. Přesto ve svých 21 letech porodila vlastní dceru, kterou nyní vychovává ve stejnopohlavním vztahu. Až ve chvíli, kdy začala výkonnostně sportovat (kolem 28. roku) jí na základě jejích tělesných dispozic lékař, s nímž probírala svůj zdravotní stav a stravu v souvislosti se svými sportovními výkony, zmínil, že by mohla být typickým příkladem Turnerova syndromu (ozn. 45,X0, tedy s chybějícím druhým X chromozomem). To se záhy potvrdilo a Andrea tak získala mnoho odpovědí na situace, s nimiž si předchozí ošetřující lékaři a lékařky nevěděli rady.

Boris byl v době rozhovoru již třicátník, který se identifikuje jako muž (a gay). Až do svých studií na vysoké škole v Česku žil ve středně velkém okresním městě na Slovensku. Kvůli své genderové nekonformitě a „podezření“ u spolužáků, že s ním v oblasti genitálií něco je, zažíval na škole šikanu, ale i rozpačitost učitelů a učitelek. Jeho matka byla zdravotní sestra a dlouho odmítala chirurgické či jiné invazivní zdravotní zákroky. Při narození u něj byl diagnostikován hemangiom, nezhoubný nádor, v oblasti šourku a konečniku, který způsobil, že šourek nebyl srostlý, což v prvních chvílích vedlo porodníka k prohlášení novorozence za dívku. Hemangiom se občas zaněcoval, byl bolestivý, což vedlo k dlouhodobým zdravotním problémům. V sedmi letech (v roce 1997) podstoupil Boris tři operace na specializovaném pracovišti v Bratislavě. V jedenácti letech by na několikátýdenním testování, zdali má začít s hormonální terapií. Ta započata nikdy nebyla. O dva roky později, motivovaný filmem Kluci nepláčou (Boys Don't Cry), se začal o svou situaci zajímat a informovat především na internetu, což vyvrcholilo v době přestěhování do Česka na vysokou školu ve dvaceti letech, kdy se ovšem začal identifikovat jako gay. Kontakt na Borise byl získán tak, že jednomu z autorů této studie sám napsal na Facebooku asi před třemi lety jako reakci na vystoupení o intersexualitě v jedné české online televizi. Nejdříve se do rozhovoru pustit nechtěl, jelikož svou situaci považoval již několik let za vyřešenou a nechtěl se k ní vracet. Nakonec s rozhovorem souhlasil a ukázalo se, že pro něj byl určitým způsobem terapeutický, jelikož se mohl o své situaci po dlouhé době s někým bavit. (Se svým stálým

přítelem se o tom ne bavil.) I proto setkání trvalo skoro čtyři a půl hodiny, přičemž nahrány jako výzkumný rozhovor byly více než tři hodiny.

Cyřil působí v trans* organizaci, která se primárně věnuje situaci a pomoci trans* osobám v Praze a celé České republice. Nicméně podle jeho vlastních slov je intersex téma problematice trans* v něčem podobné: „*Je to samozřejmě nějaká sociální situace a zdravotní situace, která je podobná, řeší se dejme tomu v určitých momentech podobně. A ti lidi k nám tíhnou, protože vidí, že v tom prostoru, který my vytváříme, můžou být sami sebou.*“ Jelikož v Česku není žádná jiná organizace, která by se tématem více zabývala, uspořádala v tomto ohledu organizace, jíž je Cyril členem, několik menších akcí a artikulovala otevřenost tématu a intersex lidem. Zkušeností s intersex jedinci (jedna je členkou organizace) a spoluprací s mezinárodní organizací OII má Cyril nejen čistě aktivistický vřled, ale i osobní zkušenost, takřkajíc z druhé ruky, jelikož sám intersex není.

Dani (M.) je respondentkou v rozhovoru v online časopise *Zpravodaj Rovně příležitosti v souvislostech* (č. 2/2021 s tématem tělesná autonomie). O svém statusu se dozvěděla zhruba v 18 letech náhodou, když měnila lékaře a nahlédla do své zdravotní karty. Následně si sama nechala udělat testy chromozomů. Informace ovšem získávala poměrně složitě, jelikož část života žila v cizině. „*Musela jsem podstoupit nekonečně dlouhou dobu hledání indicií k tomu, jak to teda reálně je.*“ Jelikož její rodiče o její situaci odmítali mluvit a lékařská dokumentace není zcela dostupná, neví, které všechny zákroky a jakou léčbu v dětství skutečně podstoupila. Podle toho, jak v rozhovoru odpovídá, je o mezinárodní situaci a trendech ohledně intersex lidí podrobněji obeznámena a je v kontaktu s dalšími intersex lidmi, např. z organizace OII. Ve svém vlastním životě se aktivně snaží o šíření osvěty především mezi rodiči (pracuje s 25 rodinami s intersex dětmi) a lékař(kam)i. Její snahou je snížení stigmatizace a zvýšení informovanosti, které by mělo eliminovat zbytečné invazivní zákroky především na dětech.

Gabi (dřívě Pavel), 27 let, je v době (v roce 2015) zachycení příběhu ve foto-knize *Chiméra*, jež doprovází vybrané přepisy z dnes již neexistujícího Gabina facebookového blogu, trans* ženou v právě probíhající procesy přeměny (hormonální terapie, dílčí chirurgické zákroky a vystupování v ženské sociální roli). O její intersex situaci píše až autorka knihy (Vladimíra Kotra) jako o něčem, co tranzici zastavilo a způsobilo značné psychické i sociální problémy, vč. pokusu o sebevraždu a zmatení v Gabině pohlavní/genderové identitě. S autorkou knihy si autoři vyměnili několik emailů ohledně jejího příběhu. Gabi se autorům bohužel v době realizace tohoto výzkumu nepodařilo kontaktovat a získat její přímý komentář k tématu této studie. Citace z její knihy byly použity jen na několika málo relevantních místech analýzy.

Ema se po zprostředkování kontaktu s výzkumníky nejprve seznamovala přes Facebook a nakonec se rozhodla rozhovor neuskutečnit. Důvodem bylo to, že nechtěla otevírat staré rány. Během facebookové konverzace o sobě a své situaci některé věci ale napsala a nakonec svolila, abychom je zde použili. Ema je skoro padesátnice žijící ve velkém městě a svou situaci označila jako podobnou s Gabi,

její variací je tedy chimérismus – kombinace chromozomů dvou jedinců splynulých v prenatalním období. Svou zkušenost označila za bolestivou, k níž se nechce vrátet.

František je padesátník s Klinefelterovým syndromem, tedy s variací chromozomů XXY, ale jak sám říká, některé části jeho těla mají XX, některé XY a některé XXY. Podle svých slov má mnoho ženských vlastností, a proto dobře rozumí ženám. Tato určitá genderová nekonformita a sklony k cross-dressingu (převlékání se do ženských šatů) v soukromí vedla v určité době k značnému zpochybňování vlastní genderové identity a ke styku s trans* komunitou. Toto období na začátku čtyřicítky nehodnotí příliš pozitivně. Na to, že má Klinefelterův syndrom, přišel až coby třicátník, když se s tehdejší manželkou pokoušeli o dítě. V rozhovoru se projevovala vysoká obeznamenost s tématem a také určitá skepse ke schopnostem lékařů a lékařek situaci uspokojivě řešit. Tato nespokojenost vede Františka k hledání odpovědí a psychické pohody v šamanství a přírodních rituálech. Rozhovor, který trval skoro 90 minut, byl realizovaný po telefonu, specificky pro tuto knihu, a není tudíž obsažen v předchozí studii.

Výzkumu se také zúčastnilo **pět lékařů a lékařek** z fakultních nemocnic, kteří se případy intersex dětí ve své praxi zabývají. Jak bylo uvedeno výše, mezi participujícími lékaři a lékařkami nebude rozlišováno, jelikož z analytického hlediska představují poměrně jednotný lékařský hlas. Při citacích bylo použito generické maskulinum, hovoříme tedy vždy o lékařích (byť ve vzorku převažují lékařky).

SHRNUTÍ

Knih zpracovává téma intersex lidí, tj. lidí s variacemi pohlavních znaků. Zdrojem informací pro sociologickou část studie byly především medicínské a sociálněvědní texty a rozhovory s jedinci s variacemi pohlavních znaků a s lékaři a lékařkami. Právní studie obsahuje analýzu mezinárodního práva, české právní úpravy i stručný pohled na řešení obsažená v jiných právních rádech.

Základním problémem lidí s variacemi pohlavních znaků je obecná představa, že člověk se rodí buď s ženským, nebo mužským tělem, a pokud tomu tak není, jde o poruchu, kterou je třeba napravit. Pokud by společnost akceptovala, že někdo může mít tělo, které neodpovídá kritériím, jež klademe na mužskou či ženskou anatomii a fyziologii, a přesto může být mužem nebo ženou (což je případ naprosté většiny jedinců s variacemi pohlavních znaků), nebo dokonce ani nemusí být mužem či ženou (což jsou případy unikátní), řešilo by to mnohé problémy, kterým musí tito jedinci čelit. Z výpovědí lidí s variacemi pohlavních znaků vyplývá absence informací o jejich stavu - často ani lékaři situaci jako intersex/DSD neidentifikovali a ke zjištění vedla náhoda. To mělo za důsledek nedůvěru v lékaře a zdravotní systém jako takový a k názoru, že situace je individuální zdravotní problém osoby s variacemi pohlavních znaků, s níž se musí nějak vypořádat sama. Je nutné zvyšovat citlivost k psychologickým a sociálním aspektům, které souvisí s variacemi pohlavních znaků, jež se na první pohled jeví jako čistě biologický stav (resp. problém), a to nejen u rodičů a ve specifických prostředích (pacientské organizace, inkluzivní a LGBT+ prostory), ale také mezi lékaři a lékařkami, mezi vyučujícími a ve školských zařízeních, nebo v sociální práci. Vedle zpravidla celoživotních zdravotních obtíží měli lidé s variacemi pohlavních znaků, s nimiž jsme vedli rozhovory, zkušenosti s pocity jinakosti a nedostatečnosti, nebo s diskriminací a stigmatizací, která byly většinou motivovány genderovou nekonformitou. Tato nekonformita se společenskými představami o správných mužích či ženách (chlapcích či dívkách) ale měla jen občas za následek zpochybňování své genderové identity coby muže či ženy, nebo by dokonce vedla k genderové dysforii (trans* nebo nebinární identitě). Identifikace s jakousi intersex identitou či komunitou bylo spíše jen situační a souviselo s obeznameností účastníků a účastnic výzkumu s tímto pojmem ze zahraničních zdrojů dostupných na internetu.

Toto téma je spojeno s terminologickými problémy. Problematická je zkratka DSD (disorder of sex development), kterou běžně užívá medicína, obsahující termín disorder, tedy porucha. Slovo porucha není neutrálním popisem stavu jedince, ale stává se předpisem jak přistupovat k odlišnosti – poruchu je nutno opravit. Přitom to, co je označeno jako porucha, nemusí být ze zdravotního hlediska poruchou, ale stavem, který jedince odlišuje od sociokulturní normy. Jazyk, který odkazuje na poruchu, je v mezinárodních právních dokumentech často označován

za patologizující. Upozorňuje se na to, že právě tento jazyk stojí v pozadí někdy nedobrovolné medikalizace pohlavních znaků intersex osob, a může přispívat k jejich diskriminaci.

Proto se jako vhodnější jeví termín variace pohlavních znaků, používaný například aktuální německou legislativou. Mimo medicínu je často užíván též termín intersex, ovšem i ten je spojen s úskalími. Lékaři jej vnímají v doslovném významu jako „něco mezi pohlavími“ a považují jej za stigmatizující. Ani jeho přijetí mezi lidmi s variacemi pohlavních znaků není jednoznačné. Z našich rozhovorů vyplynulo, že se zpravidla považují za buď muže, nebo ženy a je-li nutno, dodávají k tomu svou diagnózu. To plně odpovídá tezím disability studies, které zdůrazňují, že terminologie označující jedince s určitým postižením by neměla jeho identitu ztotožňovat s jeho diagnózou: jedincovu identitu nelze redukovat na intersexualitu, takový člověk má svou jedinečnou osobnost. Neporozumění mezi lékaři a lidmi užívající terminologii sociálních věd vznikají při používání termínu gender. Lékaři mnohdy vidí výrazy pohlaví a gender jako synonyma a teze, že dítě nemusí splňovat medicínská kritéria, podle kterých se určuje mužské a ženské pohlaví, a přesto může mít mužský či ženský gender, pro ně může být zmatečná.

Problematické mohou být i operativní zákroky. I když lékaři zdůrazňují, že veškeré zákroky musí respektovat reprodukční práva pacientů a jejich právo na plnohodnotný sexuální život, přesto někteří považují za akceptovatelné zkracování delších klitorisů – s tím, že se má odstranit pouze ta část, která není sexuálně citlivá. I pokud by bylo operaci možné provést tak, aby sexuálně citlivá tkáň nebyla nijak poškozena, jde o zákrok kosmetický, který není nutný ze zdravotního hlediska. Z hlediska práva jsou tyto zákroky označovány za „normalizační“ a odpovědné instituce OSN je považují za tzv. škodlivé praktiky. To znamená, že nejsou v nejlepším zájmu dítěte a zásadně by neměly být prováděny na nezletilých, kteří k nim nejsou schopni dát svůj informovaný souhlas sami. České právo u těchto zákroků vyžaduje schválení soudů, které by jej vzhledem k citovaným lidskoprávním standardům typicky poskytnout neměly. Praxe však podle našich poznatků této legislativě neodpovídá. Právní úpravy, které tyto zákroky zapovídají explicitně, objevující se například v Německu nebo na Maltě, se proto jeví jako vhodnější řešení.

Problematický může být i způsob, jakým jsou prováděna vyšetření. Medicínská literatura zdůrazňuje, že vyšetření genitálií se mají omezit na nezbytné minimum. Pro děti mohou být taková vyšetření traumatizující, neboť při nich mohou zažívat podobné pocity jako při sexuálním zneužívání. Obecně platí, že všechny lékařské zákroky na dětech mají být prováděny jen s řádně informovaným a svobodným souhlasem zákonného zástupce za informované participace dítěte. Informovanému souhlasu musí předcházet pečlivé a srozumitelné informování o všech aspektech léčby, které je podáno bez nátlaku a stigmatizujícího nebo stereotypizujícího přístupu. Přístupným způsobem musí být informován také nezletilý. Bez takového informovaného souhlasu lze takové zákroky posuzovat jako porušení práva na tělesnou integritu, na zdraví, na soukromí i práva na to nebýt podroben mučení nebo špatnému zacházení.

K mnohým operacím se přistupuje až ve věku, kdy pacient dokáže dát informovaný souhlas sám. Ovšem operace přináší mnohá rizika, mohou způsobovat diskomfort a bolest, přesto někteří tyto operace dobrovolně podstupují. Problém zde není na straně medicíny, ale na straně sociokulturních norem. Pokud bychom chtěli tyto praktiky změnit, je třeba se primárně zaměřit na sociokulturní normy týkající se akceptovatelného tělesného vzhledu a zvyšovat obecný respekt vůči individuálním (tělesným) odlišnostem. Ač se zdá, že hlavní příčinou nespokojenosti pacienta je jeho tělo, tou je spíše společnost, která jeho tělo vnímá jako vadné či znetvořené.

Jak se praví v poslední verzi Chicagském konsenzu (společném prohlášení lékařských organizací týkajících se pacientů s variacemi pohlavních znaků), veškerá terapie týkající se těchto jedinců musí zachovat jejich fertilitní potenciál; respektovat jejich právo účastnit se na rozhodování o jejich terapii; vyhnout se nevratným zákrokům omezujícím budoucí možnost volby, které nejsou z lékařského hlediska nezbytné, dokud jedinec nemá schopnost poskytnout informovaný souhlas; poskytovat psychosociální podporu; podporovat zdravý vývoj sexuální a genderové identity jedince; využít princip sdíleného rozhodování, které respektuje přání pacienta i jeho rodičů; poskytovat pacientům úplné lékařské informace odpovídající jejich kognitivním schopnostem. Zároveň musí lékaři vždy hájit práva pacientů.

Z těchto důvodů je důležité nabídnout pacientům robustní psychosociální podporu, aby se byli schopni se svou odlišností vyrovnat a obhájit ji navenek. Stejně podpory a informací se pak musí dostat i rodičům dítěte. Vzhledem k tomu, že děti nemohou dát informovaný souhlas s medicínskými zákroky a v raném věku nemohou být vůbec aktéry rozhodování, musí o rané terapii rozhodovat rodiče s pomocí odborníků a svépomocných organizací. Poskytování komplexních a srozumitelných informací o dané problematice, včetně informací o sexuálním a reprodukčním zdraví, a to jak dospělým, tak dětem, je integrální součástí práva na zdraví. Jeho součástí je rovněž právo na zajištění psychologické nebo terapeutické péče, která by měla být finančně dostupná. Doporučuje se vytváření multidisciplinárních týmů schopných poskytnout holistickou péči a podporu a zároveň zajistit navázání na podpůrné rodičovské nebo pacientské skupiny. Anglickojazyčné odborné texty mluví o tom, že medicínský personál má rodiče s takovými organizacemi ihned zkontaktovat. Ovšem tato forma spolupráce není v ČR dostatečně institucionálně podchycena, pacientské a svépomocné organizace zahrnující primárně pacienty s variacemi pohlavních znaků a jejich rodiče v ČR de facto neexistují. Je žádoucí systémově podporovat organizace poskytující poradenství a podporu. Důležité jsou nejen organizace, které jsou navázané na zdravotnická zařízení, ale také formální a neformální skupiny mimo lékařské prostředí. S osobami s variacemi pohlavních znaků se setkávají různí lékaři a lékařky v různých životních situacích. Žádoucí by tudíž bylo, aby se zdravotní dokumentace sbíhaly u jednoho ošetřujícího lékaře či lékařky. Tato zodpovědná osoba by se systematicky a dlouhodobě zabývala situací konkrétního jedince.

Problémy, se kterými se lidé mohou kvůli odlišnosti svých pohlavních znaků potkávat, však nejsou jen medicínského charakteru. Pohlaví určené při narození dítěte

se promítá do registrů státu a v České republice rovněž do všech identifikačních dokumentů. Pohlaví musí být takto určeno do tří dnů a česká legislativa nezná žádné výjimky. Pro děti s variacemi pohlavních znaků, jejichž pohlaví nemusí být takto brzy snadno určitelné, to může představovat vážný problém. V Česku totiž zároveň není jednoduše přístupná procedura administrativní změny pohlaví. Pokud se tedy v průběhu života člověka s variacemi pohlavních znaků ukáže nesoulad skutečného pohlaví s tím registrovaným státem, musí podstoupit chirurgickou změnu pohlaví se současným zneplodněním, jak stanovuje § 29 občanského zákoníku. Existuje poměrně široká shoda na tom, že tato podmínka je nepřiměřená a podle mezinárodního práva představuje porušení práva na soukromí. Administrativní změna pohlaví je navíc, s ohledem na její svázanost s invazivním chirurgickým zákrokem, dostupná pouze dospělým. Lze doporučit se v tomto ohledu inspirovat německou legislativou, která umožňuje údaj o pohlaví ze státních registrů zcela vynechat. Zároveň nevyžaduje tento údaj uvádět ani na občanských průkazech nebo pasech. Inspirací může být také již odzkoušená maltská právní úprava, která reguluje změnu registrovaného pohlaví na základě vlastního sebeurčení člověka, včetně nezletilých.

V neposlední řadě je dokumentováno, že lidé s variacemi pohlavních znaků mohou být kvůli své odlišnosti obětmi diskriminace nebo předsudečného násilí. Stávající legislativa je proti takovým specifickým útokům prozatím dostatečně jasně nechrání. Mezinárodní soft-law proto doporučuje zavést chráněný znak „pohlavních znaků“ do legislativy na ochranu proti diskriminaci a násilí z nenávisti. Organizace pomáhající lidem s variacemi pohlavních znaků hrají důležitou úlohu v zajišťování efektivní ochrany jejich práv. V České republice se zatím na tuto oblast mnoho organizací nespécializuje. Širší podpora těchto organizací, stejně tak jako podpora výzkumných iniciativ v oblasti situace a práv intersex lidí, by mohla významně napomoci zvyšování povědomí o problémech nastíněných v této knize, které se zatím těší pouze velmi okrajovému společenskému zájmu.

SUMMARY

The book deals with the topic of intersex people, i.e. people with variations in sex characteristics. The sources of information for the sociological part of the study were mainly medical and social science texts and interviews with individuals with variations in sex characteristics and with male and female doctors. The legal study includes an analysis of international law, Czech legislation and a brief overview of solutions contained in other legal systems.

The basic problem of people with variations in sex characteristics is the general idea that a person is born with either a female or a male body, and if this is not the case, it is a disorder that needs to be corrected. If society were to accept that someone can have a body that does not fit the criteria we place on male or female anatomy and physiology and still be male or female (which is the case for the vast majority of individuals with variations in sex characteristics), or even not be male or female (which are unique cases), it would solve many of the problems these individuals face. The accounts of people with variations in sex characteristics show a lack of information about their condition – often even doctors did not identify the situation as intersex/DSD and the discovery was made by chance. This has resulted in a lack of trust in doctors and the health system as a whole, and a view that the situation is an individual health problem that the individuals have to deal with themselves. There is a need to increase sensitivity to the psychological and social aspects related to variations in sex characteristics, which at first glance appear to be a purely biological condition (or problem), not only among parents and in specific settings (patient organisations, inclusive and LGBT+ spaces), but also among doctors and medical practitioners, among teachers and in school settings, or in social work. In addition to generally lifelong health difficulties, the people with variations in sex characteristics who were interviewed had experienced feelings of otherness and inadequacy, or discrimination and stigma, which were mostly motivated by their gender non-conformity. However, this non-conformity with societal ideas of the proper men or women (boys or girls) only occasionally resulted in questioning one's gender identity as a man or woman, or would even lead to gender dysphoria (trans* or non-binary identity). Even identification with some kind of intersex identity or community was rather situational and related to the familiarity of the research participants with the term from foreign sources available on the Internet.

This topic is associated with terminological problems. The acronym DSD (disorder of sex development), commonly used in medicine, is highly problematic due to its reliance on the term disorder. The word disorder is not a neutral description of an individual's condition, but becomes a prescription for how to approach difference – the disorder needs to be corrected. Yet what is labelled as a disorder may not be a disorder from a medical perspective, but a condition that sets the individual apart

from the sociocultural norm. Language that refers to a disorder is often referred to as pathologizing in international legal documents. It is pointed out that this language is behind the sometimes involuntary medicalisation of intersex people's gender characteristics and may contribute to discrimination against them.

Therefore, the term variation in sex characteristics used, for instance, in German legislation seems more appropriate. Outside of medicine, the term intersex is also often used, but this too is fraught with pitfalls. Doctors perceive it in its literal meaning as 'something between the sexes' and consider it stigmatising. Nor is its acceptance among people with variations in sex characteristics clear. Based on our interviews we could say that they generally consider themselves to be male or female and, if necessary, add their diagnosis. This is fully in line with the thesis of disability studies, which emphasises that terminology used to describe an individual with a disability should not equate their identity with their diagnosis: An individual's identity cannot be reduced to intersexuality; such a person has a unique personality. Misunderstandings between doctors and people using social science terminology arise when using the term gender. Doctors often see the terms sex and gender as synonymous, and the thesis that a child may not meet the medical criteria for determining male and female sex and yet may be male or female can be confusing to them.

Surgical interventions can also be problematic. While doctors stress that all procedures must respect patients' reproductive rights and their right to a full sex life, some still consider it acceptable to shorten longer clitorises – with the caveat that only the part that is not sexually sensitive should be removed. Even if the operation could be performed in such a way that the sexually sensitive tissue is not damaged, it is a cosmetic procedure that is not medically necessary. From a legal point of view, these procedures are described as 'normalisation' and are considered to be harmful practices by the relevant international bodies. This means that they are not in the best interests of the child. As a matter of principle, they should not be carried out on minors who are unable to give their informed consent themselves. Czech law requires court approval for these procedures, which, given the human rights standards cited, typically should not be provided. However, according to our knowledge, practice does not correspond to this legislation. Legislation that explicitly prohibits such interventions, such as the German or Maltese one, thus seems to be a more appropriate solution.

The way in which examinations are carried out may also be problematic. The medical literature emphasises that genital examinations should be kept to the minimum necessary. For children, such examinations can be traumatic, as they may experience similar feelings to sexual abuse. All medical interventions on children should be carried out only with the duly informed and free consent of their legal guardian, with the informed participation of the child. Informed consent must be preceded by careful and clear information about all aspects of the treatment, which is given without coercion or stigmatising or stereotyping. The minor must also be informed in an accessible manner. Without such informed consent, such

interventions may be considered a violation of the right to bodily integrity, health, privacy and the right not to be subjected to torture or ill-treatment.

Many surgeries are only undertaken at an age when the patients are able to give informed consent themselves. However, there are many risks, discomfort and pain associated with surgery, yet some people voluntarily undergo these operations. The problem here is not on the side of medicine, but on the side of socio-cultural norms. If we want to change these practices, we need to focus primarily on socio-cultural norms regarding acceptable body image and increase general respect for individual (physical) differences. Although it seems that the main cause of the patient's dissatisfaction is his or her body, it is rather society that perceives his or her body as defective or disfigured.

As stated in the latest version of the Chicago Consensus (a joint statement by medical organizations concerning patients with variations in sex characteristics), all therapy concerning these individuals must preserve their fertility potential; respect their right to participate in decisions about their therapy; avoid irreversible interventions that limit future choices that are not medically necessary until the individual has the capacity to provide informed consent; provide psychosocial support; promote the healthy development of the individual's sexual and gender identity; use the principle of shared decision-making that respects the wishes of the patient and his or her parents; provide patients with complete medical information appropriate to their cognitive abilities. At the same time, doctors must always defend the rights of patients.

For these reasons, it is important to offer robust psychosocial support to patients so that they are able to cope with their difference and defend it vis-a-vis others. The same support and information must then be given to the child's parents. Since children cannot give informed consent to medical interventions and cannot be actors in decision-making at an early age, parents must make decisions about early therapy with the help of professionals and self-help organisations. The provision of comprehensive and comprehensible information on the subject, including information on sexual and reproductive health, to both adults and children, is an integral part of the right to health. It also includes the right to the provision of psychological or therapeutic care, which should be affordable. It is recommended to create multidisciplinary teams capable of providing holistic care and support, while ensuring linkages to parent or patient support groups. English-language professional texts speak of medical staff putting parents in touch with such organisations immediately. However, this form of cooperation is not sufficiently institutionally supported in the Czech Republic, and patient and self-help organisations involving primarily patients with variations in sex characteristics and their parents are de facto non-existent in the Czech Republic. It is thus desirable to provide more systemic support to organisations providing counselling and support. Not only organisations that are linked to medical institutions are important, but also formal and informal groups outside the medical environment. Persons with variations in sex characteristics are encountered by various doctors and physicians in different life situations. It would therefore be

desirable for medical records to converge on a single attending physician. This responsible person would deal with the situation of the individual in a systematic and long-term manner.

However, the problems that people may encounter because of their different sex characteristics are not just medical. The sex determined at birth is reflected in the state registers and, in the Czech Republic, in all identification documents. Sex must be determined within three days of the birth of a child. Czech legislation knows no exceptions. For children with variations in sex characteristics, whose biological sex may not be easily determined so early on, this can pose a serious problem. At the same time, there is no easily accessible administrative gender change procedure in the Czech Republic. If the actual gender does not match the one registered by the state, they must undergo a surgical sex change with simultaneous impregnation, as provided for in Article 29 of the Civil Code. There is a fairly broad consensus in international law that this condition is unreasonable and constitutes a violation of the right to privacy. Moreover, given its association with invasive surgery, administrative sex reassignment is available only to adults. In this respect, it may be advisable to take inspiration from German legislation, which allows for the complete exclusion of gender marker from state registers. At the same time, it does not require this information to appear on identity cards or passports. Inspiration can also be drawn from the Maltese or German legislation, which regulates the change of registered sex on the basis of a person's own self-determination, including for minors.

Last but not least, it is documented that people with variations in gender characteristics can be victims of discrimination or prejudicial violence because of their difference. Existing legislation does not yet protect them clearly enough against such specific attacks. International soft-law therefore recommends the introduction of a protected characteristic of "sex characteristics" in legislation to protect against discrimination and hate crime. Organisations assisting people with variations in sex characteristics play an important role in ensuring effective protection of their rights. In the Czech Republic, not many organisations specialise in this area. Wider support for these organisations, as well as support for research initiatives on the situation and rights of intersex people, could significantly help to raise awareness of the issues outlined in this book, which have so far received only very marginal social interest.

REJSTŘÍK

A

Agentura pro základní práva Evropské unie (FRA) [20, 66–68, 75, 84, 97, 108]
AIS (CAIS, syndrom androgenní rezistence) [35, 61]
antidiskriminační zákon [99, 103–104, 117]

C

CAH (kongenitální adrenální hyperplazie) [15, 30, 33, 35, 61]

D

Depatologizace – viz patologizace
disabilita (vč. postižení, disability studies) [8–9, 11–14, 16, 31, 109, 111]
diskriminace (vč. násilí z nenávisti, hate-speech) [6, 8, 15, 56, 68, 71, 77, 91, 97–108, 117]
dokumentace (lékařská, zdravotnická) [40, 84, 89, 105, 112]
dospívání – viz (ne)zletilost

E

Evropská unie [20, 79, 93, 103]
Evropský soud pro lidská práva [74, 93]

G

genderová...
... identita [10, 24, 25, 56, 58, 60, 61, 82, 90, 91–93, 99, 109]
... nekonformita [24, 35, 36, 53–54, 62, 107, 113]

H

hendikep, hendikepování [12–13, 16, 26, 34]
hormonální terapie/léčba [8, 36, 38, 41, 43, 51, 54, 55, 61, 63, 92, 96]

CH

Chicagský konsenzus [10, 33, 44, 50, 69, 109]
chiméra (chimerismus) [21, 25, 35, 37, 42]

chromozom (chromozomální pohlaví, chromozomální mozaika, mozaicismus) [3–6, 24, 26, 32, 35–37, 40, 50, 54, 63, 98, 107]

I

informace o intersex/DSD (vč. nedostatek informací) [34, 40, 42–43, 45, 47–48, 51–52, 54, 57, 67–68, 73, 75, 81, 85–89, 96, 98, 107]
informovaný souhlas [14, 32–34, 46–48, 73, 75–76, 78–81, 83, 108, 113]

J

Jakartské principy [18, 78, 91–92, 102]

L

LGBTQ+ (LGBT+) [7–8, 29, 41, 68, 75, 107, 108, 113]

M

matriky (matriční úřady) [5, 7, 93–94, 96]
medikalizace [10, 15, 20, 23, 25, 31, 69, 79, 87, 100, 101]
Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN) [8, 69, 80, 89]
mučení a špatné zacházení [73, 76–78, 101, 115]

N

(ne)zletilost (vč. dospívání) [3, 22, 34, 38, 40, 47, 50–58, 73, 80–82, 89, 94, 97, 105, 115]

O

Občanský zákoník [80–82, 94, 105, 115, 117]
obřízka (...ženská, mužská, mutilace pohlaví) [32, 77, 79]
odškodnění (vč. zadostiučinění) [99, 102, 104–105, 107–108]
organizace (svépomocné, patientské, rodičovské) – viz skupiny

P

patologizace (vč. depatologizace) [17, 28, 66, 67, 79, 80, 88, 89]
 pohlaví...
 ... biologické [1, 3, 5–7, 10, 24, 42, 107]
 ... registrované (úřední) [4–5, 42, 73, 90–97, 116–117]
 ... třetí / neutrální [5, 7, 10, 22, 43, 60–62, 91, 92, 94, 95, 97, 116]
 ... *změna* – viz *trans**
 poradenství (vč. doprovázení, psychologická terapie/psychoterapie, psychické/duševní zdraví) [25, 33, 34, 38, 43, 47, 49, 52, 55, 56–58, 83–87, 89, 101, 107, 108, 110, 112, 113–114, 116]
postížení – viz *disabilita*
 právo na ...
 ... duševní integritu [65, 71–72, 74–76, 78, 81, 90, 94, 115]
 ... (nejvyšší dosažitelnou úroveň) zdraví [71–72, 75, 78, 84–86, 116]
 ... pravdu [102]
 ... sebeurčení [13, 15, 62, 68, 72, 76–77, 79–81, 90–97, 107, 116–117]
 ... soukromí [65, 72, 74–76, 78, 80, 81, 86, 91, 93–94, 101, 115]
 ... tělesnou integritu [18, 65, 69–83, 85, 98, 101, 107, 115]

R

Rada Evropy [1, 15, 18–20, 30, 67–70, 73, 79, 87, 91–93, 95, 100–102, 106]

S

sexuální orientace [4–8, 16, 51, 56, 63, 71, 99, 103]
 skupiny (svépomocné, patientské, rodičovské) [15, 22, 53, 56–59, 67, 87, 88, 110, 113, 116]
 sport [18, 68, 98, 100–101]
 sterilizace (vč. kastrace, zneplodnění) [17, 42, 68, 70, 72–74, 92–96, 102]
 stigma (stigmatizace) [6, 8, 11, 16, 25–30, 32, 47, 51–52, 58, 73, 77, 84–88, 91–92, 97, 101, 110–116]
 syndrom, Klinefelterův nebo Turnerův [28, 35–37, 40, 47, 53]

T

terapie – *psychoterapie* viz *poradenství*, *hormonální* viz *hormonální terapie*
*trans** (vč. transsexualita, transgender) [4, 5, 7, 8, 19, 21, 23–25, 35, 40, 41–42, 43, 53, 55, 58, 60–62, 68, 69, 80, 91, 107, 113]
třetí pohlaví – viz *pohlaví*

V

Veřejný ochránce práv (obmduskman/ka) [98, 104]
 Výbor OSN ...
 ... pro hospodářská, sociální a kulturní práva [78, 84–86, 99]
 ... pro lidská práva [72, 74, 78, 99]
 ... pro práva dítěte [77, 78, 84, 87, 102]
 ... pro práva osob se zdravotním postižením [78]
 ... proti mučení [74, 102]
 vyšetření [32, 36, 37, 39, 40–42, 50, 51, 54, 111–112]

Z

zájem dítěte (nejlepší zájem dítěte) [76–77, 92, 115]
 zákon o zdravotních službách [80–81, 88–89, 94, 105]
 zákonný zástupce [67, 69, 73, 75–77, 80–81, 84–87, 89, 94, 97–98, 115]
 zákroky...
 ... chirurgické [6, 19, 20, 30, 31, 33, 34, 39, 42, 45, 47, 55, 57, 69, 70, 74–76, 78, 79, 81–84, 86, 91–97, 108, 112, 117]
 ... lékařské [6, 18, 19, 30–34, 67, 69–75, 76, 78–81, 84, 93, 98, 105, 107, 111–112]
 ... normalizační (vč. kosmetické) [12, 14, 17, 20, 30, 31, 33, 34, 44, 46, 54, 66–67, 70–71, 74, 77–83, 89, 106–108, 115]
 ... zdravotně nutně [30–32, 38, 46, 60, 73, 76, 111–112, 117]
 zdravotní péče (vč. zdravotní služby) [15, 17, 20, 48, 60, 67–68, 83–89]
 zdravotní pojištění [48, 67, 88–89, 93]
změna pohlaví – viz *trans**

Trampoty s pohlavím

Sociální a právní aspekty života intersex lidí

Šárka Dušková, Martin Fafejta, Zdeněk Sloboda

Vydává Wolters Kluwer ČR
U Nákladového nádraží 10, 130 00 Praha 3,
v roce 2022 jako svou 4682. publikaci.
Odpovědná redaktorka Iva Rolečková
Vydání první
Stran 156

Tisk Sowa Sp. z o. o., ul. Raszyńska 13, 05-500 Piaseczno, Polsko

Obsah této publikace naleznete také v ASPI.



Wolters Kluwer | ASPI

E-kniha k dostání na obchod.wolterskluwer.cz

www.wolterskluwer.cz
e-mail: obchod@wolterskluwer.cz
tel. 246 040 400

Informační web

<https://intersex-dsd.upol.cz/>



Poznáváme
intersex / DSD

lidé s variacemi
pohlavních znaků