



Obr. 13 Rentgenogram sigmoidální neovagíny naplněné kontrastní látkou

invertuje do budoucího introitu a spojí se s transplantátem, který je orientován v peristaltické konfiguraci. K prevenci jizevnaté stenózy se prodlouží obvod anastomózy střeva a kůže třemi podélnými dvoucentimetrovými incizemi obvodu (viz bar. příloha).

V operační technice jsou důležité tři momenty: H-incize v místě introitu k získání dostatečně velkého obvodu entereokutánní anastomózy, dostatečně široký vaginální kanál vytvořený ostrou a tupou preparací a konečně exkluze segmentu sigmatu s dostatečně dlouhým mesosigmatem (Jarolím a kol., 2000a, b, c).

Jednoduchou pomůckou při fixaci štěpu ke stěně vaginálního kanálu a pro udržení dostatečného rozměru neovagíny je měkký válec chráněný kon-

domem pro první pooperační dny. Před extrakcí válce je třeba aplikovat kolem válce do neovagíny dostatečné množství lubrikačního gelu. Válec lze v dalším pooperačním období vyměnit za jednoduchý hladký vibrátor, který si pacientka zavádí sama k zachování dostatečné hloubky a průměru neovagíny (Jarolím, 1997, 2000).

Neovagína vytvořená z invertovaného penilního kožního laloku má jemnou hladkou stěnu. Při sexuální stimulaci dochází u některých pacientek k produkci uretrálního sekretu, který slouží jako přirozené lubrikans. Sigmoidální neovagína je trvale zvlhčována hlenem. Zvýšená hygiena (výplachy neovagíny) je nezbytná. Pacientky mohou močit bez obtíží vsedě (Jarolím, 1998 b).

### Augmentační mamoplastika

Součástí chirurgické konverze pohlaví u mužských transsexuálních osob může být augmentační mamoplastika, která z větší efekt gynekomastie navozené v 60 % hormonálně. Bývá doménou plastických chirurgů. Incize pro implantaci protéz se provádí v submamární rýze nebo v axile. Přístup ze submamární incize umožňuje lepší kontrolu krvácení se snížením rizika hematomu. Pooperační jizva u axilárního přístupu je však dlouhá jen 3–4 cm a téměř není viditelná (viz bar. příloha).

## 10 ROZDÍLY MEZI TRANSSEXUÁLY FtM A MtF

P. Weiss, H. Fifková, I. Procházka

Obě skupiny klientů se liší v mnoha základních charakteristikách svého vývoje, chování i citění. Bylo provedeno několik studií, které se zabývaly jejich vzájemným srovnáním, a to především v oblasti chování v dětství, v oblasti sociální adaptace, partnerské a rodinné situace, sexuologických a psychologických charakteristik i v oblasti možné psychopatologie.

### 10.1 Transsexuální chování v dětství

Zdá se, že svou transsexualitu již před šestým rokem života si uvědomuje vyšší procento FtM. Jednoznačněji upřednostňují kamarády stejného psychického pohlaví a hračky tomuto pohlaví obvykle přisuzované. U MtF je u většího procenta z nich nalézána v dětství poměrně dobrá adaptace na biologické pohlaví (Verschoor a Poortinga, 1988). Pauly (1974 a) zjistil, že FtM dávají od raného věku výrazně přednost opačné pohlavní roli, 90 % se od puberty převléká, pubertu popisují jako traumatizující zážitek.

### 10.2 Sociální adaptace

Studie se shodují ve zjištěních, že FtM jsou lépe sociálně přizpůsobeni, méně podezřívaví a více realističtí ve vnímání toho, co je pro ně možné (Pauly, 1974 b). MtF mají méně stabilní zaměstnání a méně příznivou sociální anamnézu (uvádějí více trestných činů a prostituce) a mají též tendenci vykazovat více symptomů duševních poruch (Dixen a kol., 1984). Sociální integrace posuzovaná podle toho,

zda pacienti byli v době žádosti o přeměnu pohlaví zaměstnaní nebo v učebním procesu, byla rovněž lepší u FtM (De Cuypere a kol., 1995).

Podle některých zjištění transsexuální klienti, zejména MtF, kteří vyhledali pomoc odborníků, pocházeli většinou z nižších sociálních vrstev (Pauly, 1974 a, De Cuypere a kol., 1995). Je ovšem možné, že transsexuální jedinci s vyšším vzděláním a z vyšších sociálních vrstev kladou profesionální úspěch a sociální integraci na první místo a pro řešení pohlavní rozlady si nacházejí jiná východiska (De Cuypere a kol., 1995).

### 10.3 Partnerská a sexuální adaptace

FtM mívají častěji blízké vztahy s rodinou, více z nich zakládá pevný partnerský vztah, a to výhradně s partnery stejného biologického pohlaví (Kockott a Fahrner, 1988). MtF žijí často alespoň po nějakou dobu jako mužští jedinci v souladu se společenskými očekáváními, zatímco v anamnéze FtM většinou nenacházíme ani manželství, ani vlastní děti. FtM prožívají více trvalých sexuálních vztahů se ženami než s muži, zatímco MtF mají v anamnéze obvykle více trvalých vztahů s ženami (Dixen a kol., 1984). V partnerských rolích se lépe adaptují FtM (Pauly, 1974 a), dle Steinera a Bernsteina (1981) také častěji navazují vztahy ještě před přeměnou pohlaví. Jejich partnerky se samy označují za heterosexuální a svůj vztah vnímají jako ostatní ženy (Pauly, 1974 b).

I dle českého výzkumu Weisse a Švecové (2001) je partnerská i sexuální adaptace v inverzní pohlavní roli lepší ve skupině FtM (častěji se u nich vyskytuje stálý partnerský vztah, a to téměř výhradně s heterosexuálně orientovanými partnerkami, měli častěji pohlavní styky celoživotně pouze s osobami stejného biologického pohlaví). Tyto rozdíly jsou pravděpodobně výsledkem faktu, že v našich sociokulturních podmínkách je snadnější přeměna pohlaví pro FtM. Je zřejmě jednodušší převzít mužskou pohlavní roli než naopak. Rozhodnutí MtF prezentovat se v ženských šatech má odlišné dimenze, protože ženské šaty stále nesou spojitost s ženskostí, zatímco mužské šaty mají tendenci být unisexuální (De Cuypere a kol., 1995).

Některé problémy klientů jsou po chirurgické změně pohlaví významně redukovány, i zde však rozdílnou měrou. Kockott a Fahrnerová (1988) například zjistili, že klienti MtF byli po konverzi sociálně integrováni stejně dobře jako FtM, ale rozdíly mezi skupinami v partnerské oblasti se jako důsledek operace nezměnily. Možné vysvětlení tohoto rozdílu vidí autoři opět v oblasti sociální: pro pár s transsexuálním jedincem je složité získat souhlas a podporu okolí, což komplikuje proces vytváření stabilního vztahu. MtF jsou navíc i po operaci znevýhodňováni pro přetrvávání maskulinních znaků ve svém ženském vzezření

(výška, velikost rukou, přetrvávající ochlupení apod.) (De Cuypere a kol., 1995). Chirurgická změna pohlaví mívá i u klientů MtF za následek zvýšení sexuálního uspokojení, přesto však často nejsou jejich očekávání v této oblasti naplněna (Kockott a Fahrner, 1988).

Transsexuální lidé žijící v partnerském vztahu mají větší úspěšnost v sociální adaptaci, častěji jsou dobře adaptováni i pracovně, mají méně psychiatrických potíží, jsou motivovaní v průběhu léčby a mají zájem rychle dosáhnout přeměny pohlaví (Huxley a kol., 1981 a).

Někteří autoři uvádějí v souvislosti s partnerstvím transsexuálů možnost srovnání s folie à deux (přenos iluzorních myšlenek nebo abnormálního chování z jedné osoby na druhou). Hovoří o tom, že partneři a partnerky transsexuálních klientů s nimi sdílejí jejich iluzorní myšlenky, není jen jasné, do jaké míry a zda tato víra přetrvává i po jejich odloučení (Huxley a kol., 1981 b).

Domníváme se však, že uvedené psychopatologické vysvětlení skutečnosti, že naši transsexuální klienti žijí nezděděná v relativně velmi kvalitních partnerských vztazích, není v tomto případě adekvátní. Pohlaví člověka je možné definovat či stanovit podle několika kritérií. Jde o pohlaví genetické, tedy dané pohlavními chromozomy, pohlaví biologické, tedy určené při narození dle typu gonád, pohlaví úřední, tedy úřadem stanovené v rodném listě (což u všech novorozenců bývá shodné s pohlavím biologickým, ale u transsexuálních lidí po operativní přeměně nikoli) a pohlaví psychické, tedy takové, jehož příslušníkem se člověk cítí být. U drtivé většiny lidí nejsou tato pohlaví v rozporu, u transsexuálních lidí ano. Pokud bychom přijali zmíněnou optiku vidění (folie à deux), jednoznačně bychom upřednostnili pohlaví biologické před psychickým a pohlavní psychickou identitu transsexuálního člověka tedy označili za duševní nemoc či poruchu v pravém slova smyslu. Ale transsexuální lidé nejsou psychicky nemocní. Onen rozpor, ve kterém se nalézají, staví do protikladu dvě zdravé kvality – zdravé tělo i zdravou duši. Není proto možné jejich psychickou pohlavní identitu považovat za blud, který šíří i na své okolí, zejména pak na své partnery. Interpretaci transsexuality jako psychotického bludu považujeme za zavádějící a neetickou.

Některé výzkumy se zabývaly i charakteristikami partnerských sexuálních aktivit MtF a FtM. Dulko (1988) zjišťuje, že FtM dávají při styku přednost typicky mužským polohám, MtF zase typicky ženským. Obě skupiny přitom uvádějí přibližně stejnou míru sexuální potřeby a i frekvence jejich uspokojování je v průměru stejná.

Obecně se dá říci, že transsexuální klienti žijí partnersky adaptováni buď na své biologické, nebo psychické pohlaví. Dle našich zkušeností jsou v mnohem větší míře schopni žít partnersky v adaptaci na biologické pohlaví klienti MtF.

FtM pak žijí ve většině vztahů podle své psychické identity, bez ohledu na fázi terapie, ve které se právě nacházejí.

### Sexuální život v původních rolích

MtF jsou v daleko větší míře schopni sexuálního života před procesem přeměny pohlaví ve snaze o adaptaci na pohlaví biologické, sexuálně se jim relativně často dobře daří naplňovat mužskou roli, a to včetně koitálních aktivit. Pokud to partnerka umožní, někteří z nich se rádi při sexu převléknou. Jsou schopni sex prožívat pozitivně, byť by byli v těle, které jim nevyhovuje, v roli, která jim není vlastní, a s partnerkou, která neodpovídá jejich sexuální orientaci.

FtM málokdy sexuálně žijí v původní roli, a pokud přece jen ano, neprožívají uspokojení, spíše se cítí být poníženi a pokořeni. Možná by mohli nalézat alespoň částečné uspokojení v sexu s mužem ti, kteří jsou homosexuálně orientováni. Obecně pak lze říci, že pro drtivou většinu FtM je nepřijatelné, že mužští partneři je vnímají v ženské roli. Je pro ně nemyslitelné, aby s heterosexuální mužskou identitou poskytli své ženské tělo heterosexuálně orientovaným biologickým mužům, svým sokům a rivalům. Zásadní roli zde hraje i vztah k vlastnímu tělu, který je u FtM nepochybně mnohem složitější než u MtF. Z hlediska FtM je jisté možné vnímat penetraci penisu do pochvy i jako více ohrožující typ sexuálního chování, jako podstatné narušení tělesné integrity a intimnosti.

### Sexuální život v rolích psychicky vlastních po dokončení procesu přeměny pohlaví

Pokud žijí klienti v rolích jim psychicky vlastních, situace se obrací. FtM žijí uspokojivým sexuálním životem, a to jak z hlediska partnerek, tak i z hlediska uspokojení svého (zvláště pokud se naučili využívat vlastní klitoridální vzrušivosti). Jejich sexuální apetence podpořená dlouhodobým podáváním testosteronu je na dobré úrovni.

Ani lesbicky orientovaní MtF nemívají velké potíže při hledání partnerek a nemají ani zábrany v sexuálním životě. Poněkud komplikovanější však bývá situace heterosexuálně orientovaných MtF. I když fungovali v předchozích vztazích dobře jako muži se svými ženami, v roli dívek hledajících své první partnery jsou spíše nejisté, bez zkušeností, s potřebou zaujmout pasivní roli, s problémem se vzrušivostí v neovagině i neoklitorisu, bez podpory testosteronu a s nejistým a neurčitým vlivem estrogenů na sexuální touhu.

### Sexuální orientace

Mezi MtF a FtM existují výrazné rozdíly i v oblasti sexuální orientace. Dle našich zkušeností počet homosexuálně orientovaných FtM pravděpodobně kopíruje

počty v běžné populaci. U MtF však klinická zkušenost svědčí o tom, že jejich počet je mnohem vyšší (objektivní výzkumy však zatím v této oblasti chybí). U některých těchto jedinců jde o přechodnou fázi, která svědčí o složitosti procesu, jímž MtF procházejí, a současně i o dobrých schopnostech alespoň některých z nich adaptovat se v navenek většinovém typu vztahu (tělem muži s heterosexuálními ženami). Proces přeměny pohlaví je u těchto jedinců často rozdělen do dvou etap – nejdříve si připouštějí „změnu“ identity a teprve následně i „změnu“ orientace. Jako by svou nově nabytou tělesnou totožnost nejdříve zkoušeli ve vztazích se ženami, se kterými mají zkušenosti. Teprve pak se vydávají na heterosexuální cestu, teprve v ženském těle si troufají myslet na muže jako na své potenciální partnery. U jiných MtF se zdá, že jde o trvalou lesbickou orientaci. I tato redukovaná skupina se však zdá býti procentuálně ve vztahu k celkovému počtu MtF větší než počet lesbických žen v běžné populaci.

## 10.4 Psychologické charakteristiky

Existuje mnoho psychologických výzkumů zaměřených na zjištění základních neuropsychologických, osobnostních i jiných psychologických rozdílů mezi oběma skupinami transsexuálů. Hunt a kol. (1981) například srovnávali 17 MtF a 5 FtM klientů z hlediska kognitivních charakteristik. K měření inteligence použili testu WAIS, přičemž zjišťovali možné rozdíly mezi oběma podskupinami. Vycházeli z neuropsychologických výzkumů, podle kterých skóre verbálních subtestů testů inteligence jsou spojeny s funkcí levé mozkové hemisféry, zatímco výkony v performačních subtestech jsou spojeny s funkcí hemisféry pravé. Podobně postupovali i Herman a kol. (1993), kteří zkoumali vztah hemisférické asymetrie mozku a transsexuality. Dle obou výzkumů byl u transsexuálních klientů zjištěn trend k výraznější hemisférické asymetrii než u kontrolních skupin. Autoři vyvodili z těchto poznatků závěr, že pohlavní identita může také hrát roli ve vývoji mozkové lateralizace, přičemž existuje rozdíl ve výkonech mezi muži, kteří skórují lépe v performační části testu, a ženami, které si vedou lépe ve verbální části. Vzhledem k tomu, že transsexuální klienti skórovali ve stejném smyslu jako obecná populace, lze předpokládat, že typ jejich inteligence se shoduje spíše s jejich biologickým pohlavím než s pohlavní identitou. MtF skórovali lépe v testech performačních, FtM v testech verbálních.

Opakovaná distribuce Minnesotského osobnostního dotazníku (MMPI) mezi populací transsexuálních lidí ukázala, že probandí skórují spíše ve shodě se svou psychickou pohlavní identitou (Hunt a kol., 1981). Jsou-li jejich výsledky posuzovány podle norem shodných s biologickým pohlavím, škály maskulinita/feminita (Mf) a psychopatie (Pd) jsou vysoko nad průměrem. Pokud jsou použity

normy shodné s psychickou identitou, škála Mf u FtM spadá do průměru. MtF mají skóre dokonce nad průměrem normální ženské populace. Příčinou tohoto rozdílu může být zjištění, že FtM přirozeněji přebírají mužskou roli, kdežto transsexuálové MtF často přehánějí vyjádření své ženskosti a jsou spíš karikaturou ženy (Pauly, 1974 b). Škála psychopatie zůstává zvýšena i po použití norem shodných s psychickou identitou. Zvýšení samozřejmě spíše odráží psychologickou reakci na problém pohlavní rozlady, než že by bylo kauzálním základem poruchy. Zdá se, že percepce sebe sama jako výrazně se odlišujícího od společensky akceptovaných modelů chování je dostatečná ke zvýšení této škály (Hunt a kol., 1981).

MtF měli ve výzkumu Hunta a kol. (1981) zvýšené skóre i ve škálách schizofrenie (Sc) a mánie (Ma), FtM měli kromě škál Mf a Pd zvýšené skóre ve škále deprese (D) a mírně zvýšené i ve škále Sc. Vysoké D skóre ukazují na emoční rozladu s pocitem méněcennosti. Ke zvýšení skóre v této škále by zajisté byly dostačující obavy, deprese a pocit neschopnosti vyřešit pohlavní dilema spojené s poruchou identifikace. Nevyhnutelné narušení interpersonálních vztahů a sociální percepce by pak mohly způsobit zvýšení škály Sc. Celkové profily MMPI u transsexuálních jedinců naznačují, že se jedná o jedince s problémy v sociální adaptaci a ve formování sociálních kontaktů (Rosen, 1974).

Fleming a kol. (1981, 1985) porovnali výsledky MMPI testu u 10 FtM a 10 MtF; obě skupiny rozdělili ještě na ty jedince, kteří měli před operací, a na ty, kteří už operativní změnou prošli (s vyrovanými počty z hlediska pohlaví i stavu vzhledem k operaci). „Předoperační“ MtF měli největší počet vysokých skóre. Přestože uvedli mnoho ženských zájmů a prezentovali se jako ženy, nepřijali ještě ženskou roli ve všech aspektech života. Žádný z nich úspěšně neukončil zkoušku skutečného života (real-life test) v roli opačného pohlaví.

Výsledky dále svědčily i o tom, že „předoperační“ FtM neměli skóre psychopatie tak vysoké jako „předoperační“ MtF, přesto však zažívali jisté sociální těžkosti kvůli chování lišícímu se od konvencí. Jejich sociální stigma bylo pravděpodobně menší než u jejich mužských protějšků, protože obvykle již žili v mužské roli v osobním i profesním životě. Nejevili však obvykle tendenci popírat ženské aspekty své osobnosti (což také vysvětluje mírně zvýšené skóre u škály Mf při použití norem pro muže). Zaujímalí spíše aktivní přístup ke svému osobnímu a profesnímu životu (zvýšené skóre ve škále Ma). Zdá se, že „pooperační“ FtM mají nejmenší problémy s přizpůsobením, i když i „pooperační“ MtF jsou lépe sociálně integrováni než „předoperační“.

Výzkum se však zaměřil na zjištění, zda tato podobnost bude výraznější vzhledem k jejich biologickému pohlaví nebo k jejich psychické identitě. Dulko (1988) použil temperamentový dotazník se dvěma subtesty, zaměřenými na pohyblivost a na reaktivitu nervových procesů. Jeho vzorek byl tvořen 37 polský-

mi transsexuály (23 FtM a 14 MtF). FtM v této skupině skórovali výrazně níže v reaktivitě. Zdá se tedy, že jsou odolnější vůči vysoce stimulujícím podmínkám, nízká úroveň reaktivity přitom u nich vypovídá o větší síle nervového systému a o připravenosti provádět činnost ve vysoce stimulujících podmínkách. MtF vykazovali emocionální poruchy ve stresových situacích a viditelné změny v efektivitě činnosti v podmínkách dlouhodobé nebo silné stimulace. FtM se temperamentem podobají spíše mužům, se kterými se identifikovali, a nikoliv ženám, kterými biologicky jsou. U MtF je tendence podobná, temperamentově jsou podobnější ženám.

O komplexnější zjištění rozdílů v sexuologických i psychologických charakteristikách mezi transsexuálními klienty obého pohlaví se pokusili Weiss a Švecová (2001). Jejich soubor tvořilo celkem 171 transsexuálů (55 MtF a 116 FtM). Ke zjištění psychologických charakteristik probandů autoři použili Ravenovy progresivní matice, Eysenckův osobnostní dotazník DOPEN, Škálu manifestní úzkosti Taylorové (MAS) a Kresbu lidské postavy (FDT). Podobně jako ve studiích zahraničních, i v tomto výzkumu autoři zjišťují, že MtF vykazují více neurotických a psychopatických rysů než FtM (DOPEN) i vyšší míru manifestní úzkosti (MAS). U MtF byl i častější výskyt manželství a vlastních dětí v anamnéze, tedy pokusů o adaptaci v sociální roli svého biologického pohlaví.

Obě srovnávané skupiny se však významně nelišily v inteligenci, úrovni vzdělání, věku uvědomění si vlastní sexuální identity a ani ve věku zahájení pohlavních styků. Rozdíly nebyly nalezeny ani v oblastech výskytu trestné činnosti, problémů s alkoholem nebo drogami, sebevražedných pokusů a psychiatrické léčby v anamnéze.

## 10.5 Psychopatologie

Přestože se zdá, že u transsexuálních klientů se nevyskytují žádné výrazné psychické poruchy (resp. že se psychopatologicky významně neliší od ostatní populace), lze i z tohoto hlediska odlišit skupiny FtM a MtF. De Cuypere a kol. (1995) uvádějí, že FtM postrádali významnější psychopatologii a byli zdravější než jejich MtF protějšky. Tento rozdíl by mohlo vysvětlovat už zmiňované zjištění, že v průmyslových společnostech FtM zažívají méně potíží při změně pohlaví (Dixen a kol., 1984). Druhým možným důvodem lepšího duševního zdraví FtM by mohla být skutečnost, že chování příslušející druhému pohlaví je mnohem méně akceptováno u mužů než u žen. MtF tedy mohou mít vážnější sociální a psychologické problémy při prezentaci tohoto chování než FtM (Green, 1974).

Výskyt sebevražd je podle některých autorů stejný v obou skupinách (Pauly, 1974 b), podle jiných autorů (Kuiper a Cohen-Kettenis, 1988; Kockott a Fahrner, 1988) je u MtF vyšší.

## 10.6 Adaptační na vlastní tělo

Obě skupiny jsou náchylné k psychickým potížím zahrnujícím opovržení svým tělem a tělními funkcemi spojenými s pohlavím, například s ejakulací nebo s menstruací (Verschoor a Poortinga, 1988).

Adaptační na vlastní tělo je dle našich klinických zkušeností lepší u MtF, snad vyjma oblasti genitálu. Svou roli zde hraje pravděpodobně i skutečnost, že pro FtM jsou kromě genitálu problémem i ňadra, která se snaží skrývat, stahovat, vizuálně minimalizovat. Pro MtF oblast prsou problémem obvykle není, koneckonců mohou se cítit jako ženy, kterým prostě prsa zatím nenarostla. Plocha nechtěných částí těla je tedy výrazně vyšší u FtM. Další komplikací z hlediska subjektivní adaptační je u FtM každoděsíční menstruace, která je i pro naprostou většinu nepříjemnou připomínkou možnosti otěhotnění.

Svou úlohu také může hrát to, že v ženské roli jsou v naší kultuře FtM mnohem výrazněji vystaveni návrhům či přímo snahám o kontakt, včetně erotického, ze strany mužů než MtF ze strany žen. Obrana psychické rovnováhy ještě větším odmítnutím nechtěné tělesnosti je jen logickým důsledkem. Ostatně z výzkumů v běžné populaci víme, že muži mnohem hůře nesou situaci, ve které se dostávají proti své vůli do role sexuálního objektu – muži s ženským tělem se do této role mohou dostávat častěji a následky mohou být výrazně horší.

## 10.7 Průběh terapie

První rozdíly mezi skupinami pozorujeme už ve věku, kdy navazují první kontakt s lékařem. FtM v souladu s klinickými poznatky přicházejí většinou v mladším věku, přinejmenším proto, že si svou identitu uvědomí rovněž dříve (Landen a kol., 1998 a). Toto uvědomění je jasné, bez tzv. vývojových fází ve smyslu transvestitismu apod., s ucelenou koncepcí budoucího života přinejmenším z hlediska pohlaví.

U MtF bývá i diagnostika základní poruchy identity nezřídka problémem, který lze definitivně vyřešit jen v delším časovém období. Mnozí přicházejí v etapě, kterou lze podle zevních znaků popsat jako transvestitickou, a to zpočátku buď ve smyslu transvestitismu fetišistického (včetně autoerotických aktivit narcistického typu), nebo v období tzv. transvestitismu dvojí role, kdy jde již mnohem více o to být viděn okolím než vzrušit se pohledem na sebe sama.

Nepřítomnost adekvátního období u skupiny FtM je předmětem dalšího zkoumání.

Dalším výrazným rozdílem v procesu diagnostiky a terapie je pak zcela jednoznačně složitější RL.T. Dle našich klinických zkušeností nečiní zahájení života v nové roli většinou velké problémy skupině FtM, MtF prožívají toto období hůře. Změna z mužského rodu na ženský je společensky složitější. Přetrvávající sekundární znaky příslušející biologickému pohlaví to neusnadní (vousy, ochlupení, hluboký hlas, ohryzek, tělesná výška, muskulatura, pleš apod.).

Menší problémy s psychickým stavem po ukončení procesu přeměny pohlaví jsou rovněž na straně FtM. Většinou velice snadno zapomínají na svou osobní historii v původní biologicky podmíněné roli. Vzpomínky na tuto etapu jsou pro většinu z nich ponížující a nepříjemné přímo úměrně míře komplikací, které jim transsexualita přinášela. Naprostá většina se již dávno před operacemi a jednoznačně i po nich zařazuje do skupiny mužů. Vývoj u MtF bývá složitější a nejednoznačnější. Část z nich se i po skončení procesu nechce, nemůže, neumí či nepotřebuje zařadit mezi biologické ženy. Nazývají se i nadále transsexuálkami. Z nich především se rekrutují ty, které se v hnutí transgender angažují i nadále ve prospěch ostatních. Druhá skupina MtF prochází podobným vývojem jako většina FtM a bez problémů se identifikuje se skupinou svého rodu. To, zda se klientka zařazuje jako žena nebo jako transsexuálka, podmiňuje podle našeho názoru větší množství faktorů a nesvědčí o větší či menší úspěšnosti terapie.

Zmíněné rozdíly mezi skupinami FtM a MtF nás vedou k několika úvahám o možných příčinách tak odlišného vývoje obou skupin. Soudíme, že lze především přinejmenším hypoteticky předpokládat, že nepřítomnost období transvestitismu v anamnéze FtM může být pouze zdánlivá. Dobrá společenská tolerance a nenápadnost aktivit cross-dressingu u těchto biologických žen možná způsobuje pouhou lékařskou neviditelnost tohoto období. A naopak existence období, které lze zvnějšku popsat jako transvestitické, u transsexuálních MtF dává příležitost k zamyšlení nad otázkami diagnostiky transvestitismu. Nelze definitivně vyloučit ani možnost, že transvestitismus existuje spíše jako forma dobře zvládnuté psychologické adaptační na biologické pohlaví u transsexuálního člověka, kterou volí především kvůli svým osobnostním charakteristikám či kvůli své sociální situaci.

Hovoříme-li o obtížnější diagnostice, složitějším rozhodování i průběhu terapie u MtF, je potřeba si také jasně uvědomit několik skutečností. Svou roli bezpochyby hraje kromě jiných vlivů i fakt, že v naší společnosti stále ještě přetrvávají promyšlené tendence a změna z muže na ženu je často společensky dehonostující, sociálně degradující a ekonomicky nevýhodná.

MtF často váhají i proto, že si na rozdíl od FtM někteří vyzkoušeli, že jsou vcelku schopni žít ve vztazích dle svého biologického rodu. Pomáhá jim v tom

někdy jejich skutečná homosexuální orientace (nežijí sice v těle, které chtějí, ale alespoň s objektem dle svých preferencí), někdy schopnost žen ve skutečnosti heterosexuálně orientovaných pohybovat se i v lesbických vztazích. Otázkou zůstává, jak výrazně jim v tom z hlediska sexuální touhy napomáhá testosteron mužských hodnot a vůbec více pudově podmíněná biologická složka mužské sexuality.

Váhání způsobují i rozpaky při představě přetrvávajících problémů se sekundárními znaky maskulinního typu, jakými jsou vousy či ochlupení a hluboko posazený hlas. FtM se takřka nikdy neptají na to, jak budou jako muži vypadat. U MtF je to jedna z nejčastějších otázek. Vliv kultury, která klade tělesnou krásu u žen na jednu z nejvyšších příček, tvořících obecně platná kritéria pro hodnocení příslušnic ženského pohlaví, je značný a pro tuto skupinu komplikující. Právě tělo a s ním spojené atributy mají do budoucna hrát výraznou roli ve vytváření sebehodnocení MtF. „Chtěl bych být úspěšný,“ říkají FtM, „chtěla bych být krásná,“ sdělují MtF. Problémy a nejistoty vzhledem ke svému zevnějšku, které prožívají standardně se vyvíjející dívky v pubertě, vyvstávají před MtF často o mnoho let později, v přímo úměrném vztahu k míře pochyb a úzkosti. Nesmíme zapomenout ani na kulturně danou omezenost možností aktivně navazovat partnerské vztahy v souvislosti s přetrvávajícími požadavky na pasivitu žen při seznamování se s muži.

Uvedené výrazné rozdíly v charakteristikách MtF a FtM umíme v současné době popsat, ale nedokážeme je prozatím vyčerpávajícím způsobem vysvětlit. Jako možné příčiny těchto rozdílů přitom připadají v úvahu jakékoli kombinace vlivů genetických, hormonálních, kulturně společenských a výchovných.

## 11 TRANSSEXUALITA A RODIČOVSTVÍ

H. Fifková

Transsexuální člověk se může stát po přeměně pohlaví rodičem několika standardními způsoby: adoptí, získáním dítěte do pěstounské péče, u FtM umělým oplodněním partnerky spermatem dárce.

Prozatím výjimečné a ojedinělé jsou pokusy, při kterých se využívá původních zárodečných buněk odebraných klientům ještě před zahájením procesu přeměny pohlaví. U MtF jde o uložení spermatu ve spermabance. U FtM pak jde o uchování zárodečné buňky – vajíčka, oplodněného spermatem dárce a konzervovaného zmrazením. Klienti, kteří se pro tento typ řešení rozhodli, hovořili o touze být pokrevním rodičem svého dítěte. Experti HBIGDA doporučují hovořit s klienty o těchto možnostech ještě před zahájením hormonální terapie.

Ve všech uvedených případech jde o rozhodnutí plánované, které s sebou nese možnost prožívat jako rodič především plnou hodnotu své existence a přirozené štěstí. Jediným podstatným problémem, který budou klienti jako rodiče ve vztahu ke své transsexualitě řešit, je to, zda a jakým způsobem s dětmi hovořit o minulosti (nereprezentativní anketa nám ukázala, že existují dvě přibližně stejně velké skupiny – zástupci jedné chtějí před dětmi mlčet a minulost s původní identitou zatajit, zástupci druhé pak ve sdělení celé skutečnosti nevidí problém a jsou rozhodnutí se svými potomky hovořit otevřeně).

Existují ale i klienti, pro něž je kombinace rodičovství a transsexuality velkým problémem. Jsou to ti, kteří se stali rodiči dětí ještě před tím, než si zřetelně transsexualitu uvědomili a rozhodli se ji řešit. V drtivé většině případů jde o MtF. FtM se v této situaci ocitají minimálně a je to pochopitelné. Málokterí z nich by dokázali žít dlouhodobě adaptovaní ve vztahu s heterosexuálním mužem, poskytovat mu své ženské tělo k sexu, otěhotnět a porodit. Sama menstruace pro většinu z nich bývá jen těžko snesitelným obdobím. U klientů MtF je adaptace ve vztahu s heterosexuálně orientovanou ženou často méně problematická, a to

jak vztahově, tak i sexuálně (viz předchozí kapitola). Ve srovnání s FtM se mnohem větší počet MtF žení a plodí děti. Toto rodičovství je pak přirozeně komplikujícím faktorem, uvědomí-li si klienti, kdo jsou, a rozhodnou-li se řešit problém přeměnou pohlaví.

Rodičovství je vnímáno jako relativní překážka v procesu přeměny pohlaví, a to nejen okolím a odbornou veřejností, ale i klienty samými. Přeměna pohlaví je lákavým východiskem z tíživé osobní situace. Na druhé straně však stojí strach ze ztráty svých blízkých a obava z jejich poškození. Realizace přeměny pohlaví s sebou jistě nese určitou míru rizika ve smyslu traumatizace dítěte, které se musí se změnou pohlaví rodiče vyrovnat. Na druhou stranu – zůstane-li transsexuální rodič žít ve své biologicky podmíněné roli, která mu přináší utrpení, je pro dítě výhrou život v rodině, ve které jeden z rodičů dlouhodobě strádá? Mnozí klienti z těchto důvodů odkládají řešení do doby dospělosti svých dětí.

V případě těch, kteří zvolí proces přeměny pohlaví bez odkladu, je samozřejmě třeba postupovat s maximální opatrností. Dle názoru některých odborníků je nejlepší, když transsexuální rodič rodinu definitivně opustí. Obavy z toho, aby účast na přeměně pohlaví rodiče neovlivnila vlastní pohlavní identitu dítěte, a jistě i obavy z traumatizace a frustrace – to všechno vede k uvedeným postojům, které se snaží chránit zájmy dítěte. Ale můžeme si být skutečně jisti, že víme, co je pro dítě optimální variantou? V předchozích částech jsme opakovaně uvedli, ve kterých fázích života se formuje pohlavní identita a zopakovali hypotézy týkající se vzniku transsexuality, tedy poruchy pohlavní identity. Z uvedeného jasně vyplývá, že přeměnou pohlaví rodiče nemůže být identita dítěte ohrožena. Dítě jistě může být traumatizováno a frustrováno, stejně jako jiné děti, bude-li se v jejich blízkosti dít něco, čemu nebudou rozumět, něco, kvůli čemu se rodiče dostanou do konfliktu, něco, co jednoho rodiče od rodiny oddělí. Na uvedená místa si však můžeme dosadit i desítky jiných důvodů, než je transsexualita.

Rozhodne-li se rodič pro přeměnu pohlaví, mělo by být nejvyšší prioritou získání druhého rodiče pro spolupráci. Tomu je třeba poskytnout podporu a zájem, tak, aby se mohl vyrovnat s pocity zklamání, případně zrady či opuštění, a aby rozhodnutí partnera pochopil a podpořil. Pokud se to podaří, je dle našeho názoru obava z hlubokého a trvalého poškození dětské psychiky zbytečná. Dítě, které dostane otevřené informace od obou rodičů a které uvidí, že spolupráce rodičů dále funguje, má větší předpoklady ke klidnému vývoji než dítě, jehož rodiče se dramaticky a pro dítě nesrozumitelně rozejdou a dítě jednoho z nich dokonce i ztratí. Dospělým se někdy stává, že podceňují schopnost dětí pochopit situaci. Porozumět transsexualitě bývá pro dítě snazší než pro mnohého dospělého.

Někdy se rovněž stává, že klienti – častěji pochopitelně FtM – se ještě před přeměnou, během přeměny či po ní přistěhují k partnerce, která vychovává

vlastní děti. Ty často o problému vůbec nic netuší a akceptují FtM klienta jako nevlastního otce. Někdy, zejména když klient nejdříve vystupuje v neutrální roli a pak podstupuje přeměnu, se z hlediska vyrovnávání se se situací dostávají do stejné role jako vlastní děti, a to se všemi výše uvedenými způsoby adaptace.

Uvedené úvahy jsou výsledkem naší klinické praxe, ale současně je potvrzují i výzkumy. Je přitom zajímavé, že i přes závažnost tohoto problému existuje jen velmi málo výzkumů zabývajících se důsledky pohlavní přeměny rodiče na psychický a sexuální vývoj dítěte v různých stupních vývoje. Touto problematikou se dlouhodobě zabývá především Richard Green, bývalý ředitel výzkumu a vedoucí Kliniky gender studií v londýnské nemocnici Charring Cross. V roce 1978 publikoval studii, ve které rozebíral případy 18 dětí, jejichž rodič byl transsexuální. Dospěl k závěru, že žádné z dětí nesplňovalo kritéria pro diagnostiku poruchy pohlavní identity ani transvestitismu. Tři děti se staly kvůli transsexualitě rodiče krátkodobě terčem posměchu vrstevníků. Ostatní nepocítily žádný problém. Pro to, co se děje s rodiči, projevíly dostatečné pochopení. Autor uvedl i názory některých dětí:

„Jim je frajer. Jediný, co mu chybí k dokonalosti, je penis.“ (16letý chlapec s rodičem FtM).

„Můj táta se nechá operovat. Bude z něj žena. Nevadí mi to.“ (11letá dívka, rodič MtF).

„Linda chce být ženská, chce začít nový život. Dřív jsem tomu úplně nerozuměl, teď už vidím, že musí být jako ženská šťastná, tak to беру.“ (7letý chlapec s rodičem MtF).

„Po plastické operaci se změnil v muže. Říká, že Bůh udělal při jeho narození chybu.“ (9letý chlapec, rodič FtM).

Jednou z dalších je studie dětí rodičů, kteří podstoupili pohlavní přeměnu, jejíž výsledky byly poprvé uvedeny v rámci symposia HBIGDA (Etner, 1999). Formou dotazníku, administrovaného terapeutům v adresáři HBIGDA, pracujícím s transsexuálními klienty, zjišťovali míru ohrožení a možnost pomocných kroků pro děti v různých věkových obdobích. Byly hodnoceny také dojmy lékařů ohledně škodlivých a prospěšných aspektů objasnění skutečnosti přeměny dětem. Předběžné výsledky tohoto průzkumu se podle autorů shodují s předpoklady vytvořenými na základě klinické zkušenosti. Dětem se daří celkově lépe tehdy, nastane-li konverze rodiče v mladším věku dítěte. Terapeuti se shodli i na tom, že odkládání přeměny na starší věk a zatajování skutečnosti staví děti do složitější situace. Výjimkou je období pozdní puberty, kdy většina terapeutů doporučuje vyčkat do dospělosti dětí. Celkově dospěli respondenti ke shodě v tom, že na dítě mají větší vliv jednotlivé projevy vztahu rodičů a uspořádání rodinného systému než sama přeměna. Takové okolnosti, jako jsou náhlé odloučení od měnícího se rodiče, nepodporování členy rodiny, konfliktní vztah rodičů



a neschopnost rodiny spolupracovat, mohou dítě podstatným způsobem ohrozit ve schopnosti adaptace.

V San Franciscu pracuje při Centru pro alternativní rodiny podpůrná skupina transgender rodičů. Na svých webových stránkách se snaží vyvracet některé mýty, spojované s transsexualitou rodičů ([www.queer.org/afp/tgpmys.html](http://www.queer.org/afp/tgpmys.html)):

Mýtus 1: Transsexuální rodiče poznamenávají své děti. Ne, děti spíše poznamenává transfobie společnosti.

Mýtus 2: Děti nemohou nést úděl spojený s přeměnou pohlaví rodiče. Existuje však mnoho rodin, v nichž se průběžně diskutuje o problémech pohlavní přeměny rodiče a ve kterých je možné reagovat pružně na potřeby dítěte.

Mýtus 3: Transsexuální rodiče musí být ideální. Ne, dělají stejné chyby jako všichni ostatní, ale protože jsou často středem pozornosti, tyto chyby se mohou zdát většími, než opravdu jsou.

Dále pak členové této podpůrné skupiny uvádějí, že rodiny s transsexuální členy potřebují především: prostor ke vzájemnému setkávání se, osvětu společnosti, modely rolí, informace, rovnoprávnost a vyjmutí transsexuality ze seznamu duševních poruch. Transsexualita by měla být považována za lékařsky sporný problém, ne za duševní nemoc.

O tom, co prožívá transsexuální rodič, hovoří na uvedených webových stránkách například Lynn: „Transsexuální rodič, na vrcholu zmatku a starostí nad tím, jak přijmout svou vlastní dysforii, se pokouší dozvědět, jak by mohl zmenšit obavy svých dětí, manželky a přátel. Každá manželka či manžel budou pochopitelně zděšení, když jejich partner začne tvrdit, že je opačného pohlaví. Není možné nutit je k tomu, aby tuto situaci rychle pochopili a bezpodmínečně přijali. To by byl špatný začátek vaší přeměny. Mělo by jít o rozumný proces, podporovaný poradci, psychology a přáteli. Nemůžete se pokoušet o udržení vztahu s dětmi, nebudete-li mít jejich náklonnost.“

Andrea, biologický otec čtyř dětí, zase uvádí: „Já sama jsem problém s transsexualitou nechtěla radikálně řešit vůbec. Měla jsem strach, že mě nebude nikdo přijímat, že mnou budou všichni opovrhovat, že nikdy nebudu mít vlastní děti. Ale ta touha být na druhém břehu je obrovská a ten pocit křivdy, že to tak není, je nesdělitelný.“

I v naší republice existuje stále více rodin, které transsexualita rodiče nerozdělila. I tam, kde došlo k rozvodu, zůstává v těchto rodinách transsexuální rodič po přeměně pohlaví v dobrém kontaktu se svým dítětem. Je to možné kromě jiného i díky narůstající informovanosti společnosti a díky spolupráci a podpoře některých rodinných terapeutů, dlouhodobě se zabývajících touto problematikou. Pod vedením dr. Riegra se již druhým rokem scházejí rodiny, ve kterých jeden rodič je transsexuální, v klubu určeném těmto rodinám.

Dle Riegra (2001) setkání s rodinami, v nichž jeden z rodičů je transsexuál, přináší mnoho inspirací a zároveň otázek. Jsou to ostatně otázky, které si kladou i sami rodiče – a svědčí o tom, že dokáží přiměřeně reflektovat svoji nelehkou životní situaci. Autor se pokusil o vymezení těchto otázek.

Především se na základě jeho zkušeností potvrdilo, že se téma transsexuality v rodině zvyrazňuje v okamžiku, kdy se transsexuální rodič rozhoduje o změně pohlaví – přičemž pro jeho děti je v podstatě jedno, zda jde „jen“ o změnu exteriéru (například z mužského oblékání a vůně na oblékání a vůni ženskou), nebo zda jde i o změnu operativní. Tato situace v rodině vyvolává otázky, které lze rozdělit do pěti okruhů:

- a) Jak zapůsobí změna pohlaví v intrapsychickém světě transsexuálního člověka: má změna pohlavního orgánu nějaký vliv na jeho rodičovskou roli (případně i její prožívání)?
- b) Co změna pohlaví vyvolá vzhledem k okolí – k okresu, městu, obci, kmeni (kde, jak známo, snaha o ochranu nejlepších zájmů dítěte bývá jedním z argumentů vznášených proti transsexuálním rodičům)? S tím pak souvisejí i další otázky, především to, jak o své či partnerově transsexualitě informovat rodiče a příbuzné, jaké lze očekávat reakce okolí a zda je třeba se na ně připravit a jak, zda může reakce okolí negativně zasáhnout děti a zda tedy na tyto reakce mají být připraveny a jak.
- c) Jak zapůsobí změna pohlaví na partnera transsexuálního rodiče? Ovlivní jejich vzájemnou komunikaci a změní partnerovo působení na děti, příbuzné a blízké okolí (třeba v takové podobě, že bude bránit kontaktům transsexuálního rodiče s dítětem)?
- d) Co dělat, aby transsexuální rodič při změně pohlaví neohrozil svoje děti a nepřišel o ně (tj. aby také jeho děti nepřišly o něho – o svého rodiče)? K tomu patří následující doplňující otázky: zda transsexualita jednoho z rodičů ohrožuje sexuální identitu a sociální postavení dítěte, zda ho nezabavuje model identické sexuální role, zda by to nemělo být důvodem k zamítnutí žádosti o přeměnu pohlaví, dále pak otázka, co způsobí absence jednoho pohlaví rodičů (když rodiče jsou stále dva) a zda nemá z těchto důvodů transsexuál se změnou pohlaví počkat, až dítě odroste.
- e) Další otázky vznikají v případě, když se ke změně pohlaví transsexuální rodič rozhodne: jak by na tomto rozhodnutí měl s ním spolupracovat druhý rodič dítěte (dětí), jaký věk dítěte je nejvhodnější pro realizaci změny pohlaví rodiče (přičemž autor sem řadí i změnu exteriéru), jak to dětem – s ohledem na jejich věk – říci a jak sdělení uspořádat, a nakonec i otázka, jak po operaci (změně exteriéru) vystupovat před dětmi a – například – jaké od nich žádat oslovování.

Tyto okruhy otázek vyplynuly z klinické zkušenosti práce s rodinami, které řešily transsexualitu jednoho z rodičů. Již tím, jak svoje otázky tyto rodiny zaujaly



vyjadřují, přispívají dle Riegra k řešení svého problému. Autor se domnívá, že ke změně pohlaví se většinou rozhodují velmi uvážlivě – a to i přesto, že je jejich situace nesmírně bolestná, protože procházejí nepřestávající krizí, vyvolanou pobýváním „ve vlastním těle, obrostlým cizí kůží“. Autor vidí řešení uvedených problémů v tom, že subsystém rodičů má díky svým aktivně definovaným otázkám ujasněny a komplementárně realizovány svoje funkce – a to samozřejmě i s reflexí funkcí tzv. tradičně „mužských“ a „ženských“ (otcovských a mateřských). A také v tom, že se rodiče neuzavírají přirozeným transakcím nejen na „pevnině svého ostrova rodiny“ (Rieger a Vyhnálková, 2001), ale i se světem za jeho hranicemi.

Významným úkolem rodiny, jejíž jeden z rodičů je transsexuální, je tudíž: a) jasné vymezení kontaktového rozhraní (vymezení mezi jednotlivými členy rodiny), zejména mezi rodiči; b) věku dětí odpovídající transparentnost situace transsexuálního rodiče a rodičů vůbec (netabuizovat toto téma!) a c) možnost průběžných konzultací o situaci s odborníkem (nejlépe rodinným terapeutem). V takových případech není důvod bránit změně pohlaví transsexuálního rodiče. V rodinách, které mají přiměřeně definovanou pozici transsexuálního rodiče, není příliš pravděpodobné, že by transsexualita rodiče způsobovala psychická traumata či nežádoucí změny v psychickém stavu jejich dětí (Rieger, 2001).

Závěrem tedy lze konstatovat, že na základě klinické zkušenosti i na základě několika málo výzkumů proběhlých zatím v této oblasti se zdá, že přeměna pohlaví rodiče neovlivní žádným způsobem pohlavní identitu dítěte ani jeho sexuální orientaci, nemusí být dokonce ani psychicky traumatizujícím faktorem ve vývoji dítěte. Přeměna pohlaví rodiče samozřejmě není neutrální záležitostí v životě dítěte, zdá se však, že odklad a zatajování skutečnosti staví dítě do většího rizika než přeměna sama. Podpůrné kroky v případě těchto rodin zahrnují ochranu dítěte v procesu pohlavní přeměny jeho rodiče, spolupráci jednotlivých členů rodiny, udržování kontaktu mezi oběma rodiči, převzetí aktivní role širší rodinou. Z hlediska rodinného poradenství je třeba klást důraz na jasné vymezení kontaktového rozhraní mezi rodiči, je třeba děti informovat přiměřeně jejich věku a umožnit setkávání rodin s transsexuálním členem mezi sebou a s odborníky. Transsexuální rodiče mohou být plnohodnotnými rodiči i po přeměně pohlaví a děti jsou schopny své rodiče chápat a poskytnout jim adekvátní oporu. Současně lze předpokládat, že se zlepšujícím se diagnostickým a terapeutickým servisem spolu s narůstající informovaností společnosti bude případů, kdy se transsexuální člověk stává rodičem ve své původní pohlavní roli, ubývat.

## 12 PRÁVNÍ ASPEKTY

V. Raichlová, I. Procházka

Společnost a právo zpravidla rozlišují pouze dvě pohlaví, přičemž neexistuje právní definice těchto pojmů. To znamená, že definice pohlavní příslušnosti je ponechána mimoprávním disciplínám. Toto stanovisko tedy neodráží nejruznější formy gender dysforie a může vést k řadě společenských problémů, právních sporů a nejasností.

O pohlavní příslušnosti jedince se rozhoduje deklarativně při narození podle fyzického zjevu novorozence a pozorování zevních pohlavních znaků zápisem do matriky a následným vystavením rodného listu a čísla. Z hlediska společenského a právního je cílem přeměny pohlaví nastolení takového právního stavu, s nímž se jedinec ztotožňuje. Pochopitelně nedojde k úplné biologické změně pohlaví (například genetické pohlaví je nedotčené) a rozhodující pro umožnění právní přeměny je vymizení reprodukční schopnosti, jedná se tedy podle některých názorů spíše o připodobnění požadovanému pohlaví. Z humánních hledisek a respektování práva na ochranu soukromí (viz rozhodnutí Evropského soudu u francouzských transsexuálů a článek 10 Listiny lidských práv) je však třeba s touto osobou zacházet tak, jako kdyby osobou požadovaného pohlaví skutečně byla.

Změna pohlavní příslušnosti pak může vyvolat několik právních otázek:

- Dochází-li ke změně pohlavní příslušnosti, nastává zpětně nebo od daného okamžiku?
- Jsou předcházející zápisy v matrice vadné?
- Pokud bylo uzavřeno v minulosti manželství, bylo uzavřeno platně?
- Je tato osoba správně zapsána v rodných listech dětí?

Případná přeměna pohlaví nezpochybnuje správnost deklarativního prohlášení pohlavní příslušnosti při porodu. V této době není ani možné rozpoznat případnou budoucí gender dysforii. Proto také osoba daného pohlaví před změ-

nou pohlaví zcela oprávněně může uzavírat sňatek, stávat se rodičem dítěte apod. tyto právní úkony, které uzavřela ve svém původním pohlaví, nejsou zpochybněny.

Pokud se transsexuální osoba rozhodne požádat o přeměnu pohlaví a podstoupí příslušnou léčbu, pak po provedené operaci může pacient požádat o změnu zápisu jména, příjmení a pohlaví v matrice podle zákona č. 301/2000 Sb. o matrikách, jménu a příjmení a o změně některých souvisejících zákonů. Svoji žádost musí doložit potvrzením odborného lékaře z oboru sexuologie o provedené úplné změně pohlaví. V matrice je pak ve sloupci „Dodatečné zápisy a změny“ zapsána změna jeho pohlavní příslušnosti.

Provedená právní změna však nemůže mít zpětné účinky. V případě, že by o takovou změnu žádal ženatý muž nebo vdaná žena, je třeba, aby nejpozději před rozhodováním o schválení chirurgických zákroků bylo toto manželství rozvedeno. Vcelku pochopitelně mnoho lékařů však požaduje rozvedení manželství již před vlastním rozhodnutím o provedení přeměny pohlaví. Jinak by totiž došlo k paradoxní situaci platného manželství dvou osob stejného pohlaví, protože v našem právním řádu neexistuje zákonné ustanovení, které by rušilo platnost takového manželství.

Transsexuál po dokončení přeměny pohlaví má právo na vystavení nových dokladů totožnosti, přidělení nového, pohlavně příslušného rodného čísla. Směrnice ministerstva školství z roku 1998 č. j. 29 210/98-20 v článku V. umožňuje po předložení rozhodnutí matriky o změně pohlaví a původního vysvědčení vystavení náhradního dokladu o vzdělání. Dosavadní doba zaměstnání se započítává pro výpočet důchodu.

Rodičovský zápis při narození případného potomka transsexuálního rodiče se rovněž nemění. Matkou zůstává vždy žena, která dítě porodila (přestože se stala následně mužem), a rovněž otcovská role je trvalá a daná systémem tří paternitních domněnek (tedy právním standardem určujícím, kdo je prohlášen za otce dítěte, tzn. jde buď o manžela matky dítěte, nebo muže, který uzná otcovství; není-li splněna ani jedna z těchto podmínek, otcovství řeší soud). Znamená to, že transsexuál zůstává rodičem se všemi právy a povinnostmi.

Jesliže někteří terapeuti požadují, aby se transsexuál, pokud je rodičem, před zahájením přeměny pohlaví vzdal svých rodičovských práv, pak tento požadavek nemá oporu v novelizovaném zákoně o rodině, který termín vzdání se rodičovských práv nezná. Bezesporu je oprávněná snaha terapeuta i pacienta hledat a pokusit se nalézt takové řešení situace, které omezí na minimum nepříznivý vliv přeměny pohlaví na vývoj jeho/jejích potomků.

Trestní zákon nijak nepostihuje projevy a chování transsexuálů. Nicméně jejich zjev, vystupování a chování v opačné pohlavní roli během probíhající přeměny pohlaví, které jsou v rozporu s jejich pohlavím v dokladech, jim může

přinášet obtíže v kontaktu s policií či úřady. Proto jim v případě jejich žádosti vystavujeme odborný nález, že jsou v naší péči a že jejich chování je v souladu s jejich pohlavní identitou. V minulosti někteří transsexuálové byli trestně stíháni, pokud nerespektovali odlišnou hranici povoleného homosexuálního pohlavního styku podle tehdejšího § 244 trestního zákona, která byla 18 let. V roce 1990 byla však zrovnoprávněna věková hranice pohlavního styku heterosexuálního i homosexuálního a je 15 let.

K problému transsexualismu se konkrétně vyslovuje pouze jediný zákon. Je to v § 27a zákona č. 20/66 Sb. o péči o zdraví lidu. Ten definuje podmínky lékařského zásahu do reprodukční činnosti jednotlivců, kastrace, stereotaktických operací a zákroku u transsexuálních osob. Stanovuje, že žádost pacienta musí posoudit odborná komise, kterou tvoří právník, nejméně dva lékaři se specializací v příslušném oboru a další dva lékaři nezúčastnění na provádění lékařského zásahu. Před podáním žádosti musí lékař osobu náležitě informovat a upozornit na rizika a případné nepříznivé důsledky s ním spojené.

Ministerstvo zdravotnictví připravuje nový zákon o péči o zdraví lidu, kde změna pohlaví transsexuálních osob je definována v § 35. Je totiž zřejmé, že dosavadní právní úprava, řešící jen složení komise povolující zákroky u transsexuálů, je nedostatečná a nevyhovující. Podle nového návrhu lze léčebné zákroky směřující ke změně pohlaví provést pouze na základě žádosti pacienta staršího 18 let, který má plnou způsobilost k právním úkonům a u něhož bylo na základě odborných vyšetření spolehlivě prokázáno transsexuální zaměření.

Úplnou změnu pohlaví, tj. změnu pohlaví chirurgickým zákrokem při současném znemožnění reprodukční funkce, lze provést jen pacientovi staršímu 21 let a s plnou způsobilostí k právním úkonům, který dosáhl schopnosti trvale žít v opačné sexuální roli, na jeho žádost a po doporučení odbornou komisí. Odbornou komisí tvoří právník, nejméně dva lékaři se specializací v oboru sexuologie, lékař ve specializaci v oboru psychiatrie, další dva lékaři nezúčastnění na provádění lékařského zákroku a klinický psycholog. Tuto komisí jmenuje ředitel zdravotnického zařízení, ve kterém se změny pohlaví provádějí.

Z léčebných zákroků směřujících ke změně pohlaví a z úplné změny pohlaví jsou vyloučeni dle návrhu ti, kteří trpí těžkou poruchou osobnosti, psychózou, závislostí na alkoholu, drogovou závislostí, neschopností trvale žít v opačné sexuální roli a dále ti, kteří žijí v manželství. U pacientů, kteří jsou rodiči nebo osvojiteli nezletilých dětí, se tyto zákroky zpravidla neprovádějí.

Komise je povinna poskytnout žadateli úplné poučení o povaze výkonu a jeho rizicích. Před provedením výkonu musí být ve zdravotnické dokumentaci písemně stvrzen svobodný informovaný souhlas pacienta s provedením tohoto výkonu (příklady textů viz příloha 2).

Pacient, kterému byla změna pohlaví provedena, musí požádat na matrice o změnu zápisu jména, příjmení a pohlaví. Svou žádost doloží potvrzením lékaře z oboru sexuologie. Náklady spojené se změnou pohlaví hradí žadatel o změnu pohlaví.

Některé navrhované změny či úpravy lze vnímat zásadně pozitivně. Například komise rozhodující o dokončení přeměny pohlaví byly v minulosti v pravomoci krajských národních výborů. Po jejich zrušení byl zřizováním pověřen ředitel zdravotnického zařízení, s výjimkou Prahy, kde magistrát nadále plnil funkci krajského správního orgánu. Návrh zákona tedy předává tuto pravomoc jednoznačně do rukou odborníků.

Zákon také umožňuje v případě transsexuálních rodičů individuální přístup. Je třeba si uvědomit, že během rozvodu proběhlo už nutně šetření a zkoumání opatrovnického soudu, často je konzultován dětský psycholog a bylo soudem vydáno rozhodnutí o výchově nezletilého po rozvodu.

Určité pochybnosti vzbuzuje odst. 6 citovaného paragrafu, podle kterého náklady související se změnou pohlaví hradí žadatel o změnu pohlaví. Náš názor je, že přestože podle kontextu zákonodárce toto tvrzení vztahoval jen k administrativním úkonům, v tomto odstavci zmiňovaným, není to explicitně uvedeno, a mohlo by to vést k odmítnutí hrazení této péče zdravotními pojišťovnami.

Zdravotní péče o transsexuální pacienty je plně hrazena zdravotními pojišťovnami. Pacienti doplácí částečnou úhradu na některé hormonální léky, plně si hradí kosmetické výkony – například epilaci, augmentaci prsů či vložení varletních protéz. Některé snahy o odmedicinalizování problému transsexuality ze strany pacientů mohou podpořit názor, že by se mělo jednat o péči hrazenou. Protože pokud by se opravdu nejednalo o zdravotní poruchu, pak je oprávněný požadavek, aby si veškeré finanční náklady přeměny pohlaví hradil pacient.

V souvislosti s návrhem zákona se objevují ale i četné kritiky, a to jak z řad odborníků lékařských i nelékařských oborů, tak ze strany samotných transsexuálních klientů. Tyto kritiky vycházejí ze srovnání navrhované úpravy se standardy HBIGDA a z klinické praxe. Týkají se především věkových hranic a absolutních kontraindikací změny pohlaví. Podle mezinárodně uznávaných a respektovaných doporučení je totiž možno, aby adolescenti obdrželi hormony zpoždující pubertu hned, jakmile začaly pubertální změny. Použití maskulinizujících a feminizujících hormonů je možné od věku 16 let, vlastní operativní zákroky pak od 18 let. Například Cohen-Kettenisová uvádí, že v Holandsku v několika nezpochybněných případech zahájili hormonální terapii transsexuálů již během adolescence před osmnáctým rokem věku (Cohen-Kettenis, 1994). Zejména u transsexuálů MtF tak došlo k blokování rozvoje nevratných maskulinních změn.

Část odborné veřejnosti navrhuje tedy k odstavci 1 a 2 § 35 návrhu zákona změnit věkovou hranici na zletilost, eventuálně plnoletost. Odstavec 3, týkající

se kontraindikací, doporučuje upravit následujícím způsobem umožňujícím individuální přístup: „Léčebné zákroky směřující ke změně pohlaví a úplnou změnu pohlaví nelze provést osobě, která žije v manželství nebo není schopna trvale žít v opačné sexuální roli. U fyzických osob, které jsou rodiči (osvojiteli) dětí a trpí těžkou psychopatií, psychózou (zejména paranoidní), závislostí na alkoholu nebo na drogách, se léčebné zákroky směřující ke změně pohlaví či úplná změna pohlaví **zpravidla neprovádějí.**“

## 13 TRANSSEXUALITA A NÁBOŽENSKÁ VÍRA

H. Fífková

Je zřejmé, že řešení otázky transsexuality s sebou může nést velké množství komplikací, a to jak z hlediska zdravotního, tak i z hlediska psychologického či sociálního a společenského. Věřící klienti se pak navíc ještě pohybují v mantinelech, které si vymezili v rámci svého náboženského přesvědčení, v prostoru, který jim je dán jejich náboženskou vírou a příslušnou církví, ke které se hlásí oni sami nebo jejich blízcí. Náboženská víra může v tomto případě přinést podstatnou pomoc, ale i ne podstatnou komplikaci. Protože jde o téma, kterým se jednotlivé církve zabývají spíše okrajově (pro jeho vzácnost) a nejednoznačně (pro jeho složitost), necháváme na tomto místě prostor pro názory lidí, kteří jsou z jistých důvodů povolání se na téma transsexualita a víra vyjádřit.

**ThDr. Jiří Skoblík, odborný asistent Katolické teologické fakulty UK v Praze:**

V katolické církvi neexistuje směřovatné stanovisko k transsexualismu, zejména k jeho invazivní terapii v podobě hormonálně-chirurgického připodobnění žádoucímu pohlaví. K dispozici je však řada publikací morálních teologů, hodnotících uvedené terapeutické postupy. Názor většiny autorů na rekonstrukční chirurgii je záporný nebo alespoň zdrženlivý. Konkrétně lze uvést především nejvýznamnější myšlenky katolického biskupa E. Sgreccii. Ten je v církevních kruzích uznáván jako přední odborník v bioetických otázkách. Kdyby došlo k vydání oficiálního církevního dokumentu o transsexualismu a otázkách HSR (hormonal surgical reassignment, tedy hormonálně-chirurgické připodobnění), text by se zcela jistě opíral o postoj tohoto bioetika. Tvrdí, že:

- a) Vyšší morální dobro osoby nedovoluje HSR.
- b) Pro dobro osoby je možno odstranit nemocné části, ne zdravé.
- c) S tělem nelze necitlivě zacházet jako s pouhým případkem lidské osoby. Tělo objektivně vyjadřuje skrytý princip osoby, nikoli pouze vnější aspekt, a v této

roli vybízí k rozvíjení, ne mrzačení. Tělesnost je specifický způsob bytí a konání, vlastní lidskému duchu.

- d) Aby byl zákrok tolerovatelný, vyžaduje lékařská etika splnění několika podmínek:
  - Musí převažovat úspěšnost zákroku.
  - Zákrok musí být skutečně terapeutický, to znamená, že eliminuje nemocnou část ve prospěch celku.
  - Musí léčit to, co by bylo jinak neléčitelné.
  - Musí respektovat vyšší morální dobro osoby. Tyto podmínky se v uvažovaném případě u transsexuálů neověřily ani jednotlivě, ani vcelku.
- e) HSR nemůže zaručit stoprocentní úspěch.
- f) Psychoanalýza se někdy dobrala úspěchů v léčbě.
- g) HSR nevyřeší konflikt, ve kterém transsexuál vězí, což je patrné v tom, že pooperační situace někdy vyústí do suicidia. Také imitace orgánů mu nedává plnou satisfakci.
- h) Obtíže zvyšuje malá schopnost nebo úplná neschopnost se po operaci sociálně zapojit.
- i) Dochází ke konfliktu mezi pohlavím chromozomálním a gonadálním na straně jedné a zevními umělými orgány na straně druhé s dopadem na citový život.
- j) Soucit s transsexuály umožňuje zneužití tohoto politováníhodného fenoménu k prosazování hnutí vedoucích k sexuální svobodě.

Důvodem pro záporné stanovisko je přesvědčení, že zásadu celistvosti (podle které část těla je možné obětovat pro záchranu zdraví nebo života) nelze aplikovat mimo fyzický celek. Proti hormonálně-chirurgické terapii se namítá, že zasahuje proti zcela zdravému tělu.

Jiným důvodem pro záporné stanovisko je přesvědčení o účinnosti psychoterapie, odpovídající psychické poruše pohlavní identity. Záporné stanovisko teologů posiluje nedůvěra vůči kladným pooperačním výsledkům hormonálně-chirurgického připodobnění.

Důvodem pro zdrženlivé stanovisko je vědomí, že nové obzory, které medicína o sexualitě člověka v současné době otevírá, nejsou dosud dostatečně probádané, aby bylo možno vyslovit závěrečné etické hodnocení uvažovaných terapií.

Záporná stanoviska katolických morálních teologů lze shrnout zhruba do těchto tezí:

- a) Existuje dvojpohlavnost, kterou je nutno bezpodmínečně chránit.
- b) Pohlavní identita pochází z biologického pohlaví při narození, které je nezaměnitelné.
- c) K pohlavní identitě patří možnost plodit nebo rodit.

- d) Disponování tělem formou operace svědčí o tělesně-duševním dualismu. Důsledkem toho je mentalita vlastnění, která znetvořuje přirozené tělo, ale nezmění jeho pohlaví.
- e) Psychická pohlavní identita je nedůležitá a může být trpěna nejvýš jako převzetí pohlavní role mimo tělesnou realitu. Tělesné realitě se však musí přizpůsobit.
- f) Pooperační výsledky u sledovaných pacientů nejsou mnohdy uspokojivé, naopak výsledky psychoterapie jsou mnohdy příznivé. Proti těmto tezím je však možno vznášet námitky:

- ad a) Žádný transsexuál dvojpohlavnost člověka nepopírá.
- ad b) Původ pohlavní identity z biologického pohlaví při narození popírá fakt poruchy pohlavní identity.
- ad c) Možnost plodit nebo rodit závisí na zdravotním stavu člověka. Lékař někdy v rámci nutné léčby tuto schopnost ukončí.
- ad d) Transsexualismus představuje dilema. Znetvoření těla operací u indikovaných případů odpovídá znetvoření duše upuštěním od operace. Medicína neoperuje kvůli změně pohlaví, což je nemožné, nýbrž kvůli připodobnění pohlaví, protože je ověřila jako účinný způsob, jak ukončit utrpení plynoucí z poruchy pohlavní identity.
- ad e) Právě transsexualismus ukazuje, jak důležitá je pro každého člověka jeho psychická pohlavní identita. Převzetí pohlavní role „jakoby“ je pouze „jakoby“ pohlavní identita.
- ad f) Pečlivé a dlouhodobé katamnestické studie ukazují velmi vysoké procento příznivých pooperačních stavů. Naproti tomu se v klinické praxi ukazuje psychoterapie v mnoha případech jako neúčinné ztrácení času.

U postojů, které jsou vůči rekonstrukční operaci zamítavé, je patrné, jak důležitá je informovanost o současném stavu vědeckého výzkumu i klinické praxe a jak neméně důležitá je osobní zkušenost s lidmi trpícími poruchou pohlavní identity.

Při posuzování transsexuální terapie je třeba rozlišovat aspekt eticko-normativní od aspektu praktického poradenství trpících transsexuálů. S ohledem na tendenci aplikovat v současné teologii zásadu celistvosti šířeji, tzn. na psychosociálně-fyzický celek, s ohledem na příznivá hodnocení lékařského výzkumu všeobecně ze strany církve, i když není jeho aplikace na konkrétní terapii prosta rizika a s ohledem na fakt, že se transsexuální terapie nedokáže vyhnout porušení základní lékařské zásady *primum non nocere*, není nutné na církevní půdě hormonálně-chirurgické připodobnění žádoucímu pohlaví odmítnout jako eticky nepřipustné.

Na místě je důvěra a porozumění církve pro nevyhnutelné průkopnické kroky seriózní medicíny, které nejsou míněny jako terapie standardní, nýbrž jako

terapie ve prospěch konkrétního pacienta. Proto je také mezinárodně uznávanou lékařskou zásadou u každého jednotlivého případu transsexualismu pečlivě stanovit, zda je u něho hormonálně-chirurgické připodobnění žádoucímu pohlaví skutečně indikováno.

**Jiří P. Štorek, farář českobratrské církve evangelické:**

Křesťanská víra znamená pro člověka velikou ochranu, závaznost i svobodu pro jeho svědomí. A společenství církve, ve které člověk žije, mu pomáhá k tomu, aby svou víru v Krista rozvíjel jako svou osobní důvěru a svobodnou odpovědnost při všem rozhodování. I v oblasti sexuální morálky nezdurazňuje společenství církve především mravní normu, ale rozvoj lásky a úcty k Bohu, k bližnímu i k sobě jako Božímu stvoření. Nakonec to ale není kvalita osobní odpovědnosti a lásky, ale spolehnutí na nezměrnost a trvanlivost milosrdenství a lásky Kristovy, která dodává člověku sílu, aby se mravně rozhodoval a svou situaci ve vší její křehkosti řešil. Aby mohl transsexuální člověk při svém rozhodování vyloučit vzdor, vzpouru či agresi a nalézt reálné východisko, potřebuje takové církevní společenství, které právě jemu svou lásku a podporu projevuje a které jej nese. V takovém prostředí lásky a naděje se člověk rozhoduje s důvěrou a bez osobní křeči také poznává svou vlastní životní cestu. Takové spolupracující prostředí pak zralé rozhodnutí transsexuála podpoří a přijme. Ze své pastorační praxe vím, jak je důležitá úcta a respekt ke křehkosti člověka v takové situaci. Ale nejdůležitější je chránit a povzbuzovat jeho víru, která ke svobodnému a odpovědnému rozhodnutí vede a pomáhá je nést po celý život.

**Bohumil Baštecký, rovněž farář českobratrské církve evangelické, který dlouhé roky působil ve vězeňství:**

Jsem vězeňským kaplanem a s transsexualitou jsem se setkal právě ve vězení. V tomto prostředí si buď zvyknete druhého nehodnotit, nebo velice rychle spadnete mezi ty, pro které jsou trestaní všichni v jednom pytlí. Zdánlivě paradoxně jsem se tu naučil být svobodný vůči kategorickým soudům. Jako protestant mám výhodu, církev nás neučí ani nepoučuje, jak přistupovat k odchylkám od normy. Nevýhoda je, že zůstat při hledání normy sám se svým svědomím je namáhavější než nalistovat správnou stránku se správným postojem.

Dokonce se přiznám, že jsem vnímal svoje větší rozpaky vůči lidem homosexuálním než transsexuálním. Připadalo mi, že člověk s homosexuální orientací si může vybrat. Asi proto, že jsem tehdy pracoval v ženském vězení a že jsem viděl, jak se z heterosexuálních žen stávají homosexuální, protože objevily a poprvé zažily v partnerském vztahu něhu. Nadále si myslím, že ženská homosexualita se liší od mužské podobně jako se liší ženská sexualita od mužské, že ženy jsou pro zážitek něhy schopny leccého a že homosexualita není celistvý pojem, stejně jako není celistvý pojem „norma“, jen ty mé rozpaky nějak zmizely. Dnes se mi zdá,

jako bych si o podobách sexuality skoro nic nemyslel, vnímám daného člověka, ať už je na tom sexuálně jakkoli, vnímám jeho osud, směr v životě a starosti a naděje.

Musím se vrátit do doby, kdy jsem si ještě něco myslel, abych mohl popsat svoje seznámení s transsexualitou. Případalo mi, jako by transsexuální ženy musely víc bojovat, víc jít za svým. Vůči sobě i vůči okolí. Ve vězení dvojnásob. Zamilovávaly se do spoluvězeňkyň, ale zamilovávaly se jako muži a musely své družky přesvědčovat, že jejich láska není homosexuální. Zklamávaly a byly zklamané.

Smyslem vězení je trest, který spočívá v omezení svobody. Nesvoboda a potřeba svobody jsou ve vězení všudypřítomné. Vyznání pocitu o vězni ve vlastním těle může znít někomu nadneseně, v prostředí věznice ale má svoji hloubku. A já občas vnímám, jak je toto vězení pro lidi zbavené svobody tíživější než ono „normální“. I proto, že není jasné, za co jsou svým tělem trestáni.

Za smysl své služby považuji úsilí o úctu k druhému a o sebeúctu. To se samozřejmě netýká jen vězeňského prostředí, dotýkám se obecné potřeby přijmout a uznat sebe sama. Nevidím tu důvod bránit cestě, která by přijetí usnadnila.

Slyšel jsem a slyším námitky svých kolegů. Každému je daná nějaká výbava, on ji má nést, nalézt její smysl, nalézt případně smysl svého utrpení. Naše víra je vírou kříže. Ano. Jen si nemyslím, že já vím, co je pro druhého kříž a kde je jeho smysl. Jestli se problém transsexuality bude týkat mne osobně – a já se rozhodnu tento kříž nést – nikdo nebude mít právo do toho nějakým obecným pravidlem zasahovat. Věc se bude týkat jenom mne a mých konkrétních vztahů k mým konkrétním blízkým. Etika, pokud má platnost, se týká vztahů, ne modelu člověka.

Tento příspěvek se mi nepíše lehko. Osobně se mne dotýká, protože ti, o kterých je tu řeč, jsou mi blízcí. A já moc stojím o to, aby toho vězení zažívali co nejméně, aby – pokud to jde – ve svém vnitřním boji obstáli. Dalšíh zkoušek stejně zbude dost a dost.

#### **Klientka D. K., MtF:**

V rámci církve, kterou nechci blíže specifikovat, jsem byla po operaci v postavení mimo církev. Nesměla jsem ani políbit ikonu, kříž a chodit k večeři Páně. Církev požadovala, abych se nehledě na změnu jména nazývala i nadále mužským jménem a modlila se jako muž. Nejmenovaná církev mě půl roku pouze zpovídala a nesměla jsem chodit na bohoslužby v ženských šatech a ani si brát s sebou kabelku. Chování této církve považuji za nesprávné. Včas a velmi dobře se zachovala ve chvíli, kdy mi bylo nejhůř, církev československá husitská.

#### **Klient D. A., FtM:**

Po přeměně pohlaví mi náš farář řekl, že bych se nadále neměl v kostele ukazovat. Prý to lidi na vesnici pohoršuje. Dalo mi to najevo i několik dřívějšíh blízkých.

Prý by pro ně bylo lepší, kdybych se trápil v původním těle, mohli by se mnou soucítit a pomáhat mi. Tím, co jsem udělal, jsem překročil jejich zásadní normy, které jim říkají, že každý člověk si má nést svůj kříž tak, jak ho dostal do vínku. Víím také, že podobně dopadl člověk, který se přiznal k tomu, že žije s přítelem. V jedné knize jsem četl, že v církvi bude dobře tehdy, až sama pochopí, že nesmí být vězením, ve kterém je Bůh hlavním bachařem. Až si zase vzpomene na to, že hlavní Ježíšovou zbraní nebyla hrozba, ale odpuštění a tolerance. Naprosto s tím souhlasím.

#### **Klient M. N., FtM:**

Jsem křesťan, katolík a jednoho dne jsem zjistil, že i transsexuál (to slovo hrozně nemám rád, ale lepší asi neexistuje). Necítím v tom žádný zvláštní rozpor. Víra mi moji situaci v určitém ohledu komplikovala, ale většinou to byly komplikace docela užitečné. Dlouho jsem se rozhodoval, jak svoji situaci vyřeším. Přemýšlel jsem o tom ze všech stran a zvažoval důsledky. Odmala jsem byl veden k tomu, abych svůj život přijímal jako dar a přijal zodpovědnost za to, jak s ním naložím, aby můj život měl smysl a cíl. Toto vědomí mě nutilo a zároveň pomáhalo postavit se problému čelem, rozhodnout se a za svým rozhodnutím si stát. Často jsem si ale také kladl otázku, nakolik a jestli vůbec mám právo (morální) učinit některé kroky (operace). Nakonec jsem se rozhodl pro operaci a nelituji toho. Někteří lidé v mém okolí z toho nebyli nadšeni, hlavně zpočátku, ale nesetkal jsem se s žádným opovrhováním či zatracováním. Mnozí z těch, kteří mě znali od dětství, mi řekli, že to asi nedokážou pochopit, ale že jsem to já a že to ze mě vždycky tak trochu vnímali a že mě tak berou. Neztratila mě ani církev, jistě jsem vázán určitými omezeními, ale přijal jsem je dobrovolně, a tak nemám důvod si stěžovat. Nejsem žádný hrdina, byla doba, kdy jsem chtěl všechno vzdát, na všechno se vykašlat a nebýt, ale vždy se našel nějaký přítel. Měl jsem (a mám pořád) obrovské štěstí na lidi. A nakonec to nejdůležitější, můj problém (transsexualita) nazíraný očima víry a řešený ve vztahu s Bohem ze mne udělal lepšího člověka, míň si jistého sám sebou a svojí pravdou a víc se snažícího pochopit ty druhé. To, kvůli čemu jsem se dříve na Boha zlobil, proč mi to dělá, tak za to mu dnes děkuji.

Z výše uvedených osobních vyjádření je nanejvýš zřejmé, že postoj k transsexualitě je především individuální záležitostí. Víme o mnoha lidech, kterým církevní společenství poskytlo důležité zázemí a oporu při nesnadné cestě chirurgické přeměny pohlaví. Víme ale i o jiných případech, které neskončily tak dobře, protože po rozhodnutí pro přeměnu následovala buď oficiální, nebo neoficiální exkomunikace a izolace. Z čistě lékařského hlediska nám nepřísluší jakkoli naše věřící transsexuální klienty ovlivňovat v jejich rozhodování. Ovšem v zájmu zlepšení kvality jejich života samozřejmě vítáme ze strany církví každou podporu.

## 14 SOCIOLOGICKÉ ASPEKTY

M. Linková

Problematika transsexuality byla až do nedávné minulosti vnímána čistě jako lékařská záležitost, jako „problém“ či „deviace“, kterou je možno napravit nebo alespoň zmírnit. Zkoumání se soustřeďovalo na transsexuály samotné místo toho, aby jejich zkušenost byla vnímána v rámci kultury, v níž žijí. V důsledku kulturních hodnot a symbolů naší západní křesťanské civilizace byl problém spatřován čistě v radikální jinakosti transsexuálů. Tato jinakost byla uměle vytvořena na základě různých kulturně-ekonomických diskurzů a politických agend, jež postupem času vymezily komplementární, leč nezastupitelné role pro muže a ženy.

Na úvod této stati uvedu definice základních pojmů, se kterými genderová studia operují, a poté se budu zabývat dopadem definic maskulinity a feminity v české společnosti na sociální zkušenost transgenderů a jejich pozici v rámci majoritní společnosti. Je zřejmé, že uplatňování přísných genderových měřítek na transsexuály má velice negativní dopad na jejich sociální zkušenost a může vytvářet nepřijatelný tlak na jejich vnímání sebe samých.

Studium **genderu** začíná přibližně od šedesátých let 20. století poukazovat na rozdíl mezi (biologickým) pohlavím, což je kategorie vymezující fyziologické rozdíly mezi muži a ženami, zejména rozdíly týkající se pohlavních orgánů a reprodukčních dispozic, a genderem.

**Gender** je pojem, který odkazuje na sociální rozdíly mezi muži a ženami, které jsou kulturně a sociálně podmíněné, konstruované, tj. mohou se v čase měnit a různí se jak v rámci jedné kultury, tak mezi kulturami různými. V českém kontextu existují snahy zavést termín „rod“, což je ale zavádějící, neboť české právo jej používá v kontextu právního vymezení zákazu diskriminace ve významu rodinného „pozadí“ jednotlivce. Je ale nutno podotknout, že je to odpovídající gramatická kategorie anglickému gender.

S pojmem gender souvisí termín **genderové role**, což je soubor předpisů a norem očekávaných v jednání a chování žen a mužů, které jsou předávány a zachovávány procesem socializace a které jsou do značné míry stereotypně vymezeny. K tomu přispívá i fakt, že jsou vnímány jako biologicky dané, tj. přirozené.

Odpovídající genderová role žen tedy konstituuje tzv. **feminitu**, což je soubor vlastností, které daná společnost v určitém čase připisuje ženě. Její role jsou vymezeny komplementárně k mužským a vycházejí z ženských pohlavních znaků, především jejího mateřství a péče o potomky. Tradičně jde o vlastnosti jako trpělivost, odolnost, submisivita, pasivita a čistota (zejména sexuální), poskytování emocionální podpory v soukromé sféře a útočiště před tvrdým veřejným světem.

Společnost také definuje **maskulinitu**, soubor mužských rolí přijímaných danou společností v určitém čase. Stejně jako u feminity se maskulinita pojí především s biologickými predispozicemi, v případě mužů tedy s hormonálně podmíněnou pohotovostí k agresivitě. Nutno ovšem podotknout, že právě konstrukce mužské agresivity na základě hormonu testosteronu je problematická, jak ukazují sociologické výzkumy projevení agresivity u žen a mužů. Mužská sociální role se tradičně odvíjí od participace mužů ve veřejné sféře a důrazu na finanční zajištění rodiny.

Studium genderu se tedy intenzivně zabývá výzkumem a analýzou odlišných symbolických hodnot a významů, které pokládáme za neměnné a které oběma pohlavím přisuzujeme. Tyto symbolické hodnoty společnost stereotypně připisuje jednomu či druhému pohlaví pouze na základě arbitrárních znaků. Ty jsou zároveň motivované (tzn. založené na znacích, které ovšem nemají žádnou a priori hodnotu).

Z výše uvedeného vyplývá, že ve společnosti existují tzv. **genderová očekávání**, tj. očekávání, že osoby ženského a mužského pohlaví se budou chovat určitým způsobem, podle určitých „obecně“ uznávaných pravidel. Tím, jakým způsobem se tato očekávání konstituují, se zabývá sociologie genderu. Zatím naprosto neproblematickou kategorií pohlaví tento obor zproblematizoval tím, že poukázal na odlišnou sociální zkušenost mužů a žen, jinou socializaci dívek a chlapců ve společnosti, která se nakonec odráží v odlišném přístupu ke vzdělání, kariéře, péči o druhé atd. Obor zpochybnil dříve nezpochybněnou přirozenost mužského a ženského bytí na světě.

V naší kultuře přisuzuje hierarchie pohlaví ženám stále status symbolického kapitálu, s jehož pomocí je postavení muže ve společnosti možno zvýšit (zejména na základě krásy ženy a jejího mládí), a mužům přisuzuje pozici toho, kdo status poskytuje – zejména ve spojení s bohatstvím a zkušeností. Tato binární opozice pohlaví, která reguluje naše symbolické vnímání světa, se pochopitelně projevuje v každodenním očekávání toho, v jakých kontextech lze ženy a muže spatřit.



Přestože v naší společnosti neexistují legislativní sankce za nedodržování určitých zvyklostí, např. v oblékání či používání jazyka, jsme neustále předmětem sociální kontroly ze strany druhých. V případě porušení těchto očekávání může docházet k sociální exkluzi či se mohou projevat jiné typy sankcí (například oslabená sociální pozice na pracovišti v důsledku určitého stylu oblékání, odsouzení hrubé mluvy u žen, což se navíc pojí i s předpokladem sexuální promiskuity, stereotypizace jedinců mužského i ženského pohlaví, jež nekonformují s předpokládanou feminitou či maskulinitou, jako např. homosexuálů atd.).

Ve svém počátku si ani genderová studia se svým silným kritickým nábojem nemohla dostatečně uvědomit, že není možné jednoznačně odlišit biologickou skutečnost (která sestává z dalších rovin) od zkušenosti sociální. Nově ustavený obor se tvářil, jako by bylo možné biologické bytí odtrhnout od sociální zkušenosti, jako by bylo nedůležité.

**Sociální konstruktivismus** šedesátých let zásadně přispěl ke zdůraznění konstrukce našich životů a reality. V poslední době se objevují vyváženější pohledy, které zdůrazňují, že biologie a sociální zkušenost jsou ve vzájemné interakci a že v závislosti na různých proměnných může docházet k různým výsledkům (transformativní výklad vývoje genderové identity).

Přes tento nepochybně pozitivní vývoj zůstávají kategorie pohlaví nezpochybněny. Společensky definovaná očekávání spojená s pohlavními rolami se sice pomalu rozvolňují a postupně se tak vytváří prostor pro nové mody feminity a maskulinity. Dochází k překročení hranic tradičně definovaných genderových rolí, společnost ovšem nadále zůstává bez jakékoli reflexe toho, že vědy – sociální, přírodní – nejsou schopny vysvětlit variabilitu lidské zkušenosti. Uvnitř vědy samotné zatím nedochází ani k reflexi toho, že fakta nejsou černobílá, že neexistují jasné odpovědi. Žáci a studující se například nedozvídají, že samotné chromozomální uspořádání není jediným determinantem našeho pohlaví, že nelze učinit striktní dělicí čáru mezi uspořádáním XX a XY. To se pochopitelně týká i dalších fyziologických faktorů.

Tento **mýtus binarity** je rámec, v němž se musí pohybovat i transsexuálové. Myslím, že není nikterak nutné zdůrazňovat omezenost tohoto přístupu a násilí, jenž páchá. Zatímco si již i česká společnost pomalu přivyká na myšlenku „citlivého muže devadesátých let“ a asertivní ženy orientované na úspěch, standard, který společnost vyžaduje od transsexuálů, není zdaleka tak uvolněný. V tomto směru si troufám tvrdit, že společenská očekávání týkající se skupiny MtF se mohou stát schizofrenním vězením. Není možné se domnívat, že raná socializace těchto biologických mužů ve společnosti prostě zmizí s uvědoměním si vlastního transsexualismu. Jejich sociální zkušenost se tedy vždy bude pohybovat v určitém hraničním prostoru – a majoritní společnost by měla upustit od snah tuto zkušenost bagatelizovat a okleštit na jeden aspekt, který osobám MtF

navíc ani neumožní s poukazem na to, že nejsou „skutečné ženy“, a tudíž musejí dostat radikálnějším požadavkům na feminitu. Navíc je nutné se ptát, zda a jakým způsobem se maskulinní socializace a reprezentace ženství v mužských očích podepisuje na pozdějším vlastním vnímání transsexuálů MtF.

V této souvislosti se zdá důležité podotknout, že takto striktní kritéria nejsou nutně uplatňována ani očekávána od transsexuálů FtM. Domnívám se, že jde o kombinaci faktorů: změna pohlaví v tomto případě neznamena zbavení se symbolické moci, která je připisována mužskému genitálu, ale naopak symbolické „povýšení“. Domnívám se také, že společnost se cítí více ohrožena tím, kdo se dobrovolně vzdává svého biologického statusu. Za druhé je možné se dohadovat, že současný tlak na rozvolnění tradiční tvrdé maskulinity, zejména ze strany určitých skupin žen, otevírá prostor pro různé mody sociálního prožívání mužství, čímž snad dochází i ke snížení tlaku na konformování ze strany transsexuálů FtM.

Naše definice toho, co konstituuje mužství a ženství, se tedy odvíjí od nedokonalého a předsudečného vědeckého poznání, které fetišizuje určité vlastnosti na úkor jiných. Důležitost tvaru genitálů v naší kultuře pro vnímání individua jako muže či ženy vytváří nátlak na transsexuály v tom smyslu, že potřeba změny pohlaví pomocí operace je vědecky upřednostňována, neboť samotné prohlášení „jsem žena“ nebo „jsem muž“ nedostačuje. Pocit a zkušenost jedince ve vlastním těle musí být potvrzeny lékařskou komunitou posvěcením chirurgické změny pohlaví.

Je zřejmé, že hlavním problémem u transsexuálních lidí není odstranit penis a nahradit jej co možná nejlépe rekonstruovanou pochvou a naopak, i když chirurgický zákrok, zdá se, je v současné době nejlépe schopen zmírnit pocítovanou úzkost u jedinců s diagnostikovanou **dysforií genderové identity**. Operace změny pohlaví totiž zahrnuje také změnu kulturně společenskou, tj. přijetí rolí nového pohlaví. Je nutné ptát se, co tedy znamená, když transsexuální člověk splní podmínky pro terapeutickou triádu – hormonální terapie, zkušenost opravdového života a posléze operace pohlaví. Znamená to, že odpovídá společenské představě reprezentované medicínou o tom, jak se má chovat a vypadat muž a žena, co je maskulinní a femininní. Jednou z podmínek pro splnění požadavků na zařazení do kategorie pohlaví je nutnost odpovídajících genitálů.

Transsexuálové si tohoto jsou pochopitelně vědomi. V současné době již existují výzkumy o tom, že transsexuálové MtF jsou v dodržování extrémních představ o feminitě obzvláště důrazní, jak ukazují výzkumy v transsexuálních komunitách. Výzkum provedený sociologem Thomasem Kandou (Shapiro, 1991) ukázal, že transsexuální lidé často vykazují mnohem konzervativnější chování ve vztahu k normám genderových rolí mužů a žen. V naší zemi stále ještě přetrvávají poměrně rigidní představy o tom, co muž a žena je, jak vypadají a jak se chovají. Nemůžeme se tedy divit, když se transsexuální lidé při přechodu do nové role

snaží o co největší konformitu a asimilaci s kulturou, ve které žijí. S tou kulturou, která na ně v podobě medicíny, ale hlavně každodenní zkušenosti v interakci s okolím vyvíjí neustálý tlak. V této souvislosti je nutno uvést, že existovaly a existují kultury, kde přecházení z jedné role do druhé bylo normální či mělo přímo zvláštní hodnotu, ale nemuselo být podmíněno (a často ani nebylo) úpravou fyziologického pohlaví.

Vrátila bych se tedy ještě na závěr k základní otázce – jaký je vztah mezi genderovými studií a transgender komunitou. Domníváme se, že sociologické zkoumání feminity a maskulinity ve společnosti může pomoci odkrýt a také odkrývá principy, na základě kterých jsou mužské a ženské role ve společnosti organizovány. Ukazuje, jak jsou tyto role a statusy konstruovány a jakým účelům v dané společnosti slouží. Dle našeho názoru se nyní nacházíme v době, kdy se postupně stává přijatelné překračovat společensky definované role, transformovat je a vytvářet prostor pro flexibilní vyjádření vlastní identity. Myslíme si, že stejná transformace se bude muset dotknout – a vidíme ve světě, že se již dotýká – i těch, kteří určují, co je normální. Postoj lékařů, kteří se okamžitě po narození snaží o určení pohlaví intersexuálních dětí, je ze strany intersexuálních aktivistů stále častěji kritizován jako nepřipustný zásah do práv dítěte. Ozývají se hlasy intersexuálů po chirurgické změně pohlaví, kteří tvrdí, že by chtěli raději sami přijít na to, kdo jsou, než aby je lékaři okamžitě po narození zařadili a tak předurčili jejich genderový vývoj.

Věřím, že s přibývajícím tolerancí týkající se organizace genderových rolí ve společnosti se postupně stane pro transsexuální lidi přijatelné využít většího prostoru pro definici toho, kým jsou. Že společenský tlak na jejich zařazení do jedné nebo druhé kategorie bude postupně slábnout a vytvoří se prostor pro individuální vyjádření genderové identity. Ta pak bude někde mezi ženským a mužským, ale nebude se nutně muset nacházet na jednom či druhém pólu. Tím nechci říci, že si taková osoba nebude jistá, zda chce být ženou či mužem. Chci pouze říci, že možností jak žít jako žena či muž bude více. To by nás – majoritní společnost – mohlo vést zároveň k uvědomění, že nemáme právo komukoli říkat, že z něj nikdy nebude „správný chlap“ nebo „pořádná ženská“. Nemůžeme to dělat především proto, že neexistuje jedna jediná definice toho, co „správný chlap“ nebo „správná ženská“ znamená.

## LITERATURA

- Abraham, FZ. (1931): Genitalumwandlung an zwei männlichen Transvestiten. *Zeitschr. Sexualwissensch. Sexualpolitik*, 28, 223–225
- Baker, HJ. (1969): Transsexualism—problems in treatment. *Amer. J. Psychiatr.*, 125, 1412–1418
- Baldwin, JF. (1904): The formation of an artificial vagina by intestinal transplantation. *Ann. Surg.*, 40, 398–403
- Bakker, A., van Kesteren, PJM., Gooren, L.J.G., Bezemer, PD. (1993): The prevalence of transsexualism in the Netherlands. *Acta Psychiatr. Scand.*, 87, 237–238
- Bancroft, J. (1989): *Human sexuality and its problems*. Edinburgh, Churchill Livingstone
- Barr, R., Blaszczyński, A. (1976): Autonomic responses of transsexual and homosexual males to erotic film sequences. *Arch. Sex. Behav.*, 5, 211–222
- Benjamin, H. (1954): Transsexualism and transvestitism as psychosomatic and somatopsychic syndromes. *Am. J. Psychother.*, 8, 219–230
- Benjamin, H. (1967): Transvestitism and transsexualism in the male and female. *J. Sex. Res.*, 3, 107–127
- Biemer, E. (1988): Penile reconstruction by the radial arm flap. *Clin. Plast. Surg.*, 15, 425–30
- Birnbacher, R., Marberer, M., Weissenbacher, G., Schober, E., Frisch, H. (1999): Gender identity reversal in an adolescent with mixed gonadal dysgenesis. *J. Pediatric Endocrin. Metabol.*, 12, 687–690
- Blackstone, E. (1978): Non-medical aspects: A police officer's view. *Arch. Sex. Behav.*, 7, 291–293
- Blanchard, R. (1989): The classification and labeling of non-homosexual gender dysphorias. *Arch. Sex. Behav.*, 18, 315–325
- Block, AI., Tessler, AN. (1971): Transsexualism and surgical procedures. *Surg. Gynecol. Obstet.*, 132, 517–525
- Brown, JA., Wilson, TM. (1997): Benign prostatic hyperplasia requiring transurethral resection of prostate in a 60-year-old male-to-female transsexual. *Br. J. Urol.*, 80, 956–957
- Brzek, A., Šípová, I. (1979): Dnešní možnosti změny pohlaví u transsexualismu. *Prakt. Léč.* 59, 752–756
- Brzek, A., Šípová, I. (1983): Transsexuelle in Prag. *Sexualmedizin* 9, 110–112
- Buhrich, N., McConaghy, N. (1978): Parental relationships during childhood in homosexuality, transvestism, and transsexualism. *Austr. New Zeal. J. Psychiatr.*, 12, 103–108
- Bullough, VL. (1975): Transsexualism in history. *Arch. Sex. Behav.*, 4, 561–571
- Bullough, VL. (1987): A nineteenth-century transsexual. *Arch. Sex. Behav.* 16, 81–84
- Caspari, D., Sittinger, H., Lang, B. (1999): Transsexualism and schizophrenia. Problems in preparing expertises for the German Transsexual Act. (Abstract). *Psychiatr. Prax*, 26, 89–92.

- Cohen-Kettenis, PT. (1994): Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Geschlechtsidentitätsstörungen an der Universitaet Utrecht. *Zeitschrift f. Sexualforschung*, 7, 231–239
- Constantinople, A. (1979): Sex role acquisition: In search of the elephant. *Sex Roles*, 5, 121–133
- De Cuypere, G., Jannes, C., Rubens, R. (1995): Psychosocial functioning of transsexuals in Belgium. *Acta Psychiat. Scand.*, 91, 180–184
- Delvaux, H. (1993): Legal consequences of sex reassignment in comparative law. XXIII<sup>rd</sup> Colloquy on European Law. Council of Europe, Strasbourg
- Diamond, M. (1982): Sexual identity, monozygotic twins reared in diskordant sex roles and the BBC follow up. *Arch. Sex. Behav.*, 11, 181–186
- Dixen, JM., Maddever, H., Van Maasdam, J., Edwards, PW. (1984): Psychosocial characteristics of applicants evaluated for surgical gender reassignment. *Arch. Sex. Behav.*, 13, 269–276
- Dörner, G., Doecke F., Goetz, F., Rohde, W., Stahl, F., Toenjes, R. (1987): Sexual differentiation of gonadotropin secretion, sexual orientation and gender role behavior. *J. Steroid Biochem.*, 27, 1081–1087
- Dörner, G. et al. (1991): Gene- and environment- dependent neuroendocrine etiogenesis of homosexuality and transsexualism. *Exp. Clin. Endocrinolog.*, 98, 141–150
- Dulko, S. (1988): Sexual activity and temperament in Polish transsexuals. *Arch. Sex. Behav.*, 17, 163–171
- Durfee, R., Rowland, W. (1973): Penile substitution with clitoridal enlargement and urethral transfer. *Proceeding of the second interdisciplinary symposium on gender dysphoria syndrome*, Palo Alto, Stanford University Press, 181–183
- Edgerton, M. T., Knorr, NJ., Callison, JR. (1970): The surgical treatment of transsexual patients. *Plast. Reconstr. Surg.*, 45, 38–46
- Edgerton, MT., Bull, J. (1970): Surgical construction of the vagina and labia in male transsexuals. *Plast. Reconstr. Surg.*, 46, 529–539
- Ehrhardt, A., Grisnati, G., McCauley, EA. (1979): Female-to-male transsexuals compared to lesbians. Behavioral patterns of childhood and adolescent development. *Arch. Sex. Behav.*, 8, 481–490
- Eklund, PLE., Gooren, LJG., Bezemer, PD. (1988): Prevalence of transsexualism in the Netherlands. *Brit. J. Psychiat.*, 152, 638–640
- Ettner, R C. (1999): Children of transsexual parents. XVI. HIBIGDA symposium, London
- Exner, K. (1992): Penile reconstruction in female to male transsexualism: A new method of phalloplasty. X. IPRAS Congress, Madrid
- Feinberg, L. (2000): *Pohlavní štvanci. G plus G, Praha*
- Fifková, H., Weiss, P. (2000): Srovnání psychologických charakteristik transsexuálních klientů v průběhu procesu přeměny pohlaví. Předneseno na semináři o problematice transsexuality, Brno
- Filipas, B., Black, P., Hohenfellner, R. (2000): The use of isolated caecal bowel segment in complicated vaginal reconstruction. *BJU International*, 85, 715–719
- Fischl, FH. (1998): Hormonelle Behandlung von Transgenderpersonen. In: Fischl, FH., Vlasich, E. (eds.): *Transsexuell-Transgender*, Krause et Pachernegg, Gablitz
- Fleming, MZ., Koocher, G., Nathans, J. (1979): Draw-a-person test: Implications for gender identification. *Arch. Sex. Behav.*, 8, 55–61
- Fleming, M., Cohen, D., Salt, P., Jones, D., Jenkins, S. (1981): A study of pre- and post-surgical transsexuals: MMPI characteristics. *Arch. Sex. Behav.*, 10, 161–170
- Fleming, M., Mac Gowan, B., Costos, D. (1985): The dyadic adjustment of female-to-male transsexuals. *Arch. Sex. Behav.*, 14, 47–55
- Fogh-Andersen, P. (1956): Tranvestitism and transsexualism – surgical treatment of transsexual patients. *Acta Med. Leg. Soc.*, 9, 1–6
- Futterweit, W. (1998): Endocrine therapy of transsexualism and potential complications of long-term treatment. *Arch. Sex. Behav.*, 27, 209–226
- Gilbert, DA. (1986): One-stage reconstruction of the penis using an innervated radial forearm osteocutaneous flap. *J. Rec. Microsurg.*, 3, 25–26
- Gillies, HD., Millard, DR. Jr. (1957): *The principles and art of plastic surgery*. Boston, Little, Brown and Co., 368–384
- Gladue, BA., Green, R., Hellman RE. (1984): Neuroendocrine response to estrogens and sexual orientation. *Science* 225, 1496–1499
- Godlewski, J. (1988): Transsexualism and anatomic sex: Ratio reversal in Poland. *Arch. Sex. Behav.*, 17, 547–548
- Goh, HH., Ratnam, SS. (1997): Effects of hormone deficiency, androgen therapy and calcium supplementation on bone mineral density in female transsexuals. *Maturitas*, 26, 45–52
- Gooren, L. (1986): The neuroendocrine response of luteinizing hormone to estrogen administration in heterosexual, homosexual, and transsexual subjects. *J. Clin. Endocrinol. Metabolism*, 63, 583–588
- Gooren, L. (1990): The endocrinology of transsexualism: A review and commentary. *Psych. Neur. Endocrin.*, 15, 3–14
- Gooren, L., Fliers, E. (1991): Androgen-resistant syndromes: Considerations of gender assignment. *Current Therapy in Endocrinology and Metabolism*, 4<sup>th</sup> Edition, 309 až 312
- Gosselin, C., Wilson, G. (1980): *Sexual variations*. London, Faber and Faber
- Green, R. (1974): *Sexual identity conflict in children and adults*. New York, Basic Books
- Green, R. (1978): Sexual identity of thirty-seven children raised by homosexual or transsexual parents. *Am. J. Psychiat.*, 135, 692–697
- Green, R. (1987): *The „sissy boys syndrome“ and the development of homosexuality*. New Haven and London, Yale University Press
- Haage, JJ. (1992): From penioplastica totalis to reassignment surgery of the external genitalia in female-to-male transsexuals. *VU University Press*, 62–63
- Haage, JJ. (1995): Poster, XIV. Congress HIBIGDA, Kloster Irsee
- Haage, JJ. (1995): Medical requirement and consequences of sex reassignment surgery. *Med. Sci. Law*, 35, 17–24

- Haage, JJ., Karim, RB., Bloem, JJ., Suliman, HM., van Alphen, M. (1994): Sculpturing the neoclitoris in vaginoplasty for male-to-female transsexuals. *Plast. Reconstr. Surg.*, 93, 358–364
- Haage, JJ., Karim, RB., Ascherman, H. et al. (1995): Unfavorable long-term results of rectosigmoid neocolpopoiesis. *Plast. Reconstr. Surg.*, 94, 842–848
- Hamburger, C., Stürup, GK., Dahl-Iversen, E. (1953): Transvestitism, hormonal, psychiatric and surgical treatment. *JAMA*, 152, 391–396
- Hentz, VR., Pearl, RM., Grossman, JAI., Wood, MB., Cooney, WP. (1987): The radial forearm flap: A versatile source of composite tissue. *Ann. Plast. Surg.*, 19, 485–453
- Herman, A., Grabowska, A., Dulko, S. (1993): Transsexualism and sex-related differences in hemispheric asymmetry. *Acta Neurobiol. Exp.*, 53, 269–274
- Hunt, DD., Carr, JE., Hampson, JL. (1981): Cognitive correlates of biologic sex and gender identity in transsexualism. *Arch. Sex. Behav.*, 10, 65–77
- Huxley, PJ., Kenna, JC., Brandon, S. (1981a): Partnership in transsexualism. Part I. Paired and nonpaired groups. *Arch. Sex. Behav.*, 10, 133–141
- Huxley, PJ., Kenna, JC., Brandon, S. (1981b): Partnership in transsexualism. Part II. The nature of the partnership. *Arch. Sex. Behav.*, 10, 143–160
- Chang, TS., Hwang, WY. (1984): Forearm flap in one-stage reconstruction of the penis. *Plast. Rec. Surg.*, 74, 251–258
- Imperato-McGinley, J., Peterson, R.E., Gautier, T., Sturla, E. (1979): Androgens and the evolution of male gender identity among male pseudohermaphrodites with 5- $\alpha$ -reductase. *New Engl. J. Med.*, 300, 1233–1237
- Jarolím, L. (1997): Transsexualismus – korekční operace. *Čas. Lék. čes.*, 136, 292–293
- Jarolím, L. (1998a): Operace ke změně pohlaví transsexuálů. *Rozhl. Chir.* 77, 487–492
- Jarolím, L. (1998b): Chirurgicky léčitelné poruchy sexuální diferenciacie. In: Jan Dvořáček et al. (eds.): *Urologie*. Praha, 1537–1561
- Jarolím, L. (2000a): Surgical conversion of genitalia in transsexual patients. *BJU International*, 85, 851–856
- Jarolím, L., Babjuk, M., Hanuš, T., Pokuta, P., Pecherová, S. (2000b): Rekonstrukce vagíny po cystektomii a při vaginální absenci. *Urológia* 6, 31
- Jarolím, L., Pecher, SM. (2000c): Surgical gender reassignment in 85 patients with transsexualism. *B. J. Urol. International*, 86, Suppl.1, 267
- Jarolím, L., Pecherová, SM., Babjuk, M., Pokuta, P. (2000): Sigmoidální neovagina. *Česká urologie*, 4, 30
- Jayaram, BN. (1978): Complications and undesirable results of sex-reassignment surgery in male-to-female transsexuals. *Arch. Sex. Behav.*, 7, 337–345
- Jones, HW., Schirmer, HK., Hoopes, JE. (1968): A sex conversion operation for males with transsexualism. *A. J. Obst. Gynec.*, 100, 101–109
- Jorgensen, C. (1967): *Christine Jorgensen: A personal autobiography*. New York, Paul S. Ericksson
- Julian, R., Klein, MH., Hubbard, H. (1969): Management of a termal burn with amputation and reconstruction of the penis. *J. Urol.*, 101, 580–586
- Kaplan, I., Wesser, D. (1971): A rapid method for reconstructing a functional sensitive penis. *Br. J. Plast. Surg.*, 24, 342–344
- Kockott, G., Fahrner, E-M. (1988): Male-to-female and female-to-male transsexuals: A comparison. *Arch. Sex. Behav.*, 17, 539–546
- Krug-Jeromin, J., Jeromin, L., Dec, W. et al. (1992): Two-stage surgical treatment for male transsexuals. *Int. Urol. Nephrol.*, 24, 75–81
- Kuiper, B., Cohen-Kettenis, P. (1988): Sex reassignment: A study of 141 Dutch transsexuals. *Arch. Sex. Behav.*, 17, 439–457
- Landen, M., Walinder, J., Lundstrom, B. (1996): Prevalence, incidence, and sex ratio of transsexualism. *Acta Psychiatr. Scand.*, 93, 221–223
- Landen, M., Walinder, J., Lundstrom, B. (1998a): Clinical characteristic of a total cohort of female and male applicants from sex reassignment: A descriptive study. *Acta Psych. Scand.*, 97, 3, 189–194
- Landen, M., Walinder, J., Hambert, G., Lundstrom, B. (1998b): Factors predictive of regret in sex reassignment. *Acta Psych. Scand.*, 97, 284–289
- Langer, D., Hartmann, U. (1997): Psychiatrische Begutachtung nach dem Transsexuellengesetz. *Nervenarzt*, 68, 862–869
- Laub, DR. Jr. (1993): Penis and urethra reconstruction. XIII International Symposium on Gender Dysphoria, New York
- Laub, DR., Laub, DR. II, Biber, S. (1988): Vaginoplasty for gender confirmation. *Clin. Plast. Surg.*, 15, 463–470
- Laub, DR., Eicher, W., Laub, DR. Jr., Hentz, VR. (1989): in: Eicher W. (ed.): *Plastic surgery in the sexually handicapped*. Berlin, Springer, 113–128
- Lebmerger, RJ., Bishop, MC. (2001): Neovaginoplasty using rectosigmoid colon on a superior rectal artery pedicle. *B.J.U. International*. 87, 269–272
- Lemperle, G., Exner, K. (1993): Phalloplasty with one rectus abdominis muscle, two groin flaps and a silicon stiffner. XIII. International Symposium on Gender Dysphoria, New York
- Malloy, TR., Noone, RB., Morgan, AJ. (1976): Experience with the one-stage surgical approach for constructing female genitalia in male transsexuals. *J. Urol.*, 116, 335–337
- Maltz, M. (1946): Maltz reparative technique for the penis. In: Maltz M. (ed.): *Evolution of plastic surgery*. New York, Froben Press, 278–9
- Marek, J. et al. (1995): *Farmakoterapie vnitřních nemocí*. Praha, Grada Publishing
- Markland, C., Hastings, D. (1974): Vaginal reconstruction using cecal and sigmoid bowel segments in transsexual patients. *J. Urol.*, 111, 217–219
- McConaghy, N. (1993): *Sexual behavior*. New York, Plenum Press
- McIndoe, A. (1950): Treatment of congenital absence and obliterative conditions of vagina. *Br. J. Plast. Surg.*, 2, 254–267
- Meyer, JK. (1974): Clinical variants among applicants for sex reassignment. *Arch. Sex. Beh.*, 3, 527–558
- Meyer, C., Kapfhammer, HP. (1995): Coincidence of transsexuality and psychosis. *Nerven-artz*, 66, 225–230

- Meyer, R., Kesselring, UK. (1980): One stage reconstruction of the vagina with penile skin as an island flap in male transsexuals. *Plast. Reconstr. Surg.*, 66, 401–405
- Meyer-Bahlburg, HFL., Gruen, RS., New, MI., Bell, JJ., Morishima, A., Shimsi, M., Bueno, Y., Vargas, I., Baker, SW. (1996): Gender change from female to male in classical congenital adrenal hyperplasia. *Hormone Behavior* 30, 319–332
- Molčan, J. a kol. (1989): Vybrané kapitoly ze sexuologie a hraničných odborov. Osveta, Bratislava
- Money, J. (1988): The skoptic syndrome: Castration and genital self-mutilation as an example of sexual body-image pathology. *J. Psych. Hum. Sex.* 1, 113–128
- Money, J., Hampson, JG., Hampson, JL. (1955): An examination of some basic concepts: The evidence of human hermaphroditism. *Johns Hopkins Hospital Bulletin* 97, 301–319
- Money, J., Erhardt, AA. (1972): Man and woman, boy and girl. Baltimore, Johns Hopkins University Press
- Monstrey, S., DeCubber, J., Hoebeke, P. et al. (1995): A custom-made mould to improve vaginal reconstruction in male-to-female transsexuals. XIV HBIGD Symposium, Ulm
- Morales, PA., O'Connor, JJ. Jr, Hotchkiss, RS. (1956): Plastic reconstructive surgery after total loss of penis. *Am. J. Surg.*, 92, 403–408
- Pandya, NJ., Stuteville, OH. (1973): A one-stage technique for constructing female external genitalia in male transsexuals. *Br. J. Plast. Surg.*, 26, 277–282
- Pauly, IB. (1974a): Female transsexualism. Part I. *Arch. Sex. Behav.*, 3, 487–507
- Pauly, IB. (1974b): Female transsexualism. Part II. *Arch. Sex. Behav.*, 3, 509–526
- Perovič, S. (1993): Male to female surgery: A new contribution to operative technique. *Plast. Reconstr. Surgery*, 91, 703–711
- Perovič, S. (1995): Vaginoplasty in male transsexuals using pedicled penile skin with composite urethral flap. XIV HBIGD Symposium, Ulm
- Petrovič, S. (1993): Phalloplasty using a pedicle island extended groin flap. XIII International Symposium on Gender Dysphoria, New York
- Pfafflin, F. (1999): Zur Diagnose: „Transsexualitaet“. In: *Transsexualismus. Referatenband*, 26.–27. Februar 1999, AKH Wien, 16–18
- Puckett, CL, Montie, JE. (1978): Construction of male genitalia in the transsexual, using a tubed groin flap for the penis and a hydraulic infation device. *Plast. Rec. Surg.*, 61, 523–30
- Rieger, Z. (2001): Transsexuální rodič. Předneseno na semináři o transsexualitě, Praha
- Rieger, Z., Vyhnálková, H. (2001): *Ostrov rodiny. Konfrontace*, Praha
- Roberto, LG. (1983): Issues in diagnosis and treatment of transsexualism. *Arch. Sex. Behav.*, 24, 73–93
- Rong-Hwang Fang, Cheng-Feng Chen, Shih Ma (1992): A new method for clitoridoplasty in male-to-female sex reassignment surgery. *Plast. Reconstr. Surg.*, 89, 679–682
- Rosen, AC. (1974): Brief report of MMPI characteristics of sexual deviation. *Psychol. Rep.*, 35, 73–74
- Rothblatt, MA. (1993): An American perspective on Transgender health law. XXIII Colloquy on European Law, Council of Europe, Strasbourg

- Rubin, SO. (1990): A method preserving the glans penis as a clitoris in sex conversion operations in male transsexuals. *Scand. J. Urol. Nephrol.*, 14, 215–217
- Santi, P., Berrino, P., Canavese, G., Galli, A., Rainero, ML., Badellino, F. (1988): Immediate reconstruction of the penis using an inferiorly based rectus abdominis myocutaneous flap. *Plast. Rec. Surg.*, 81, 961–964
- Santi, P., Adami, M., Berrino, P., Galli, A., Muggianu, M., Veselý, J. (1992): Neophalloplasty using a rectus abdominis muscle flap and a radial forearm free flap. *Eur. J. Plast. Surg.*, 15, 94–97
- Shapiro, J. (1991): Transsexualism: Reflections on the persistence of gender and the mutability of sex. In: Epstein, J., Straub, K. (eds.): *Body guards: The cultural politics of gender ambiguity*. New York, Routledge
- Schaefer, LC., Wheeler, CC. (1995): Harry Benjamin's first ten cases (1938–1953): A clinical historical note. *Arch. Sex. Behav.*, 24, 73–93
- Schlatterer, K., Yassouridis, A., von Werder, K., Poland, D., Kemper, J., Stalla, GK. (1998): A follow-up study for estimation the effectiveness of a cross-gender hormone substitution therapy on transsexual patients. *Arch. Sex. Behav.*, 27, 475–492.
- Snyder, CC., Browne, EZ. Jr. (1977): Intersex problems and hermaphroditism. in: Converse, JM. (ed.): *Reconstructive plastic surgery*. Philadelphia, Saunders, 3941–3949
- Stein, M., Tiefer, L., Melman, A. (1990): Follow up observations of operated male-to-female transsexuals. *J. Urol.*, 143, 1188–1192
- Steiner, B., Bernstein, S. (1981): Female to male transsexuals and their partners. *Can. J. Psychiatr.*, 26, 178–182
- Stoller, RJ. (1968): *Sex and gender*. London, Hogarth
- Stoller, RJ. (1971): The term transvestism. *Arch. Gen. Psychiatr.*, 24, 220–237
- Thurston, AV. (1994): Carcinoma of the prostate in a transsexual. *Brit. J. Urol.*, 73, 217
- Tichý, P. (1994): Vulvopletysmografické nálezy u transsexuálních žen. *Čas. Lék. čes.*, 133, 263–265
- Trengove-Jones, G., Horton, CE. (1993): Reconstruction of male genitalia in transsexual patients. XIII. International Symposium on Gender Dysphoria, New York
- Tsoi, WF. (1988): The prevalence of transsexualism in Singapore. *Acta Psychiatr. Scand.*, 78, 501–504
- Upton, J., Mutimer, KL., Loughlin, K., Ritchie, J., (1987): Penile reconstruction using the lateral arm flap. *J. R. Coll. Surg.*, 32, 97–101
- Van Harst, EP., Newling, DW W., Gooren, LJG., Asscheman, H., Pregner, DM. (1998): Metastatic prostatic carcinoma in a male-to-female transsexual. *Br. J. Urol.*, 81, 776
- Van Kesteren, P., Asscheman, H., Megens, J. et al. (1995): Side effects of cross-sex hormonal treatment: An update of mortality and morbidity in 1109 transsexuals. XIV HBIGD Symposium, Ulm
- Van Kesteren, P., Asscheman, H., Megens, JAJ., Gooren, LJG. (1997): Mortality and morbidity in transsexual subjects treated with cross-sex hormones. *Clin. Endocrinol.*, 47, 337–342
- Verschoor, AM., Poortinga, J. (1988): Psychosocial differences between Dutch male and female transsexuals. *Arch. Sex. Behav.*, 17, 173–178

- Veselý, J., Bařinka, L., Santi, P., Berrino, P., Mugianu, M. (1992): Reconstruction of the penis in transsexual patients. *Acta Chir. Plast.*, 34, 44–54
- Veselý, J., Procházka, V., Válka, J., Mrázek, T., Santi, P., Berrino, P. (1994): Use of two microsurgical flaps in one stage reconstructive surgery. *Acta Chir. Plast.*, 36, 99–103
- Vohradník, M. (2000): Foniatická léčba a metodika edukace hlasu u transsexualismu male to female. *Otorinolaryngologie a foniatricie*, 49, 214–215
- Walinder, J. (1968): Transsexualism: Definition, prevalence and sex distribution. *Acta Psychiatr. Scand.*, 203 Suppl., 255–258
- Walters, W. (1986): *Transsexualism and sex reassignment*. Oxford University Press, Oxford
- Weiss, P., Marešová, M. (1999): Psychologické a sexuologické charakteristiky partnerek transsexuálních žen. *Č. S. Psychiatr.*, 95, 125–134
- Weiss, P., Švecová, B. (2001): K některým rozdílům mezi transsexuály male-to-female a female-to-male. *Č. S. Psychiatr.*, 97, 13–19
- Zvěřina, J. (1995): *Lékařská sexuologie*. Praha, H and H
- Zvěřina, J. (1999): Hormonální terapie u transsexuálních osob. *Prakt. lék.*, 79, 70–71

Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Diagnostická kritéria pro výzkum. (1996) Psychiatrické centrum, Praha

## PŘÍLOHA 1

### Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association Standardy péče pro poruchy pohlavní identity, šestá verze

Únor 2001

Členové výboru: Walter Meyer III M.D. (předseda), Walter O. Bockting Ph.D., Peggy Cohen-Kettenis Ph.D., Eli Coleman Ph.D., Domenico DiCeglie M.D., Holly Devor Ph.D., Louis Gooren M.D., Ph.D., J. Joris Hage M.D., Sheila Kirk M.D., Bram Kuiper Ph.D., Donald Laub M.D., Anne Lawrence M.D., Yvon Menard M.D., Jude Patton PA-C, Leah Schaefer Ed.D., Alice Webb D.H.S., Connie Christine Wheeler Ph.D.

Toto je šestá verze Standardů péče od originálního dokumentu z roku 1979. Předcházející revize byly v letech 1980, 1981, 1990 a 1998.

#### Obsah:

- I. Úvodní pojednání
- II. Epidemiologické aspekty
- III. Diagnostická terminologie
- IV. Ošetřující lékař
- V. Diagnostika a léčba dětí a adolescentů
- VI. Psychoterapie u dospělých
- VII. Podmínky pro hormonální léčbu u dospělých
- VIII. Účinky hormonální léčby u dospělých
- IX. Zkušenost reálného života
- X. Chirurgické zákroky
- XI. Operace poprsí
- XII. Operace genitálu
- XIII. Pooperační sledování

## I. Úvodní pojednání

**Cíl Standardů péče.** Hlavním cílem Standardů péče (Standards of Care, SOC) je formulovat profesionální konsensus této organizace z hlediska psychiatrického, psychologického, léčebného a chirurgického přístupu k řešení poruch pohlavní identity. Odborníci mohou použít tento materiál k pochopení parametrů, podle kterých mohou poskytovat pomoc osobám v této situaci. Osoby s poruchami pohlavní identity, jejich rodiny a společenské instituce mohou použít SOC k tomu, aby porozuměli názorům odborníků. Je ale zapotřebí mít na paměti, že naše znalosti v této oblasti jsou dosud značně omezené a že teprve budoucí vědecké bádání možná přispěje k objasnění některých klinických nejasností.

**Cíl léčby.** Souhrnným cílem psychoterapeutické, hormonální nebo chirurgické terapie osob s poruchami pohlavní identity je dosažení trvalého pocitu spokojenosti v pohlavní roli a s tím spojené pohody duševní.

**Standardy péče jsou klinickými pravidly.** Záměrem SOC je podat flexibilní instrukce k léčbě osob s poruchami pohlavní identifikace. Podmínky vhodnosti, které byly stanoveny, jsou považovány za minimální. Jednotliví odborníci a organizované programy je mohou pozměnit. Možné klinické odchylky od těchto pravidel mohou vycházet ze specifické anatomické, sociální nebo psychologické situace pacienta, z odlišného přístupu, kteří jednotliví odborníci volí, nebo z výzkumného protokolu. S těmito odchylkami je třeba počítat, objasnit je pacientovi a zdokumentovat jak pro právní ochranu, tak pro účely možného vyhledání krátkodobých i dlouhodobých výsledků, které pomohou v rozvoji oboru.

**Klinická hranice.** Klinická hranice je překročena, když během vývoje jedince přetrvávají pochybnosti, obavy a otázky týkající se pohlavní identity a stanou se natolik intenzivními, že jsou nejdůležitějším aspektem života jedince nebo brání vytvoření relativně neproblematické pohlavní identity. Útrapy takového člověka jsou pak rozličně neformálně označovány jako problém pohlavní identity, pohlavní dysforie, gender problém, gender komplikace, rozpor pohlaví nebo transsexualita. Je známo, že takovéto útrapy se vyskytují od předškolních let až do pozdního věku a mají mnoho alternativních forem. Ty odrážejí různý stupeň nespokojenosti se svou pohlavní identitou, orgány charakteristickými pro to či ono pohlaví, pohlavní rolí, pohlavní identitou i tím, jak dotyčného člověka vnímá jeho okolí. Když pacienti splňují kritéria specifikovaná v jedné ze dvou oficiálních terminologií, což jsou Mezinárodní klasifikace nemocí-10 (International Classification of Diseases-10, ICD-10) nebo Diagnostická a statistická příručka pro duševní poruchy, čtvrtá edice (Diagnostic and Statistical Manual of Mental

Disorders-Fourth Edition, DSM-IV), lze je formálně považovat za trpící poruchou pohlavní identity (Gender Identity Disorder, GID). Některé osoby s GID překračují další hranici – pociťují přetrvávající touhu po chirurgické přeměně těla.

**Existují dvě základní skupiny osob s GID – biologičtí muži a biologické ženy.** Pohlaví pacienta je vždy rozhodujícím faktorem v řešení GID. Lékař musí samostatně posoudit biologická, sociální, psychologická a ekonomická dilemata každého pohlaví. U všech pacientů by se však mělo postupovat podle SOC.

## II. Epidemiologické hledisko

**Prevalence.** Když se poruchy pohlavní identity dostaly do středu odborného zájmu, klinický postup se soustředil převážně na otázku, jak identifikovat kandidáty na chirurgickou změnu pohlaví. S postupným vývojem oboru si odborníci začali uvědomovat, že někteří lidé se skutečnými poruchami pohlavní identity jednak nejsou kandidáty na chirurgickou změnu pohlaví, jednak si ji nepřejí. První odhady výskytu transsexuality u dospělých byly 1 ze 37 000 mužů a 1 ze 107 000 žen. Poslední informace prevalence z Nizozemí týkající se transsexuálního konce spektra poruch pohlavní identifikace hovoří o 1 z 11 900 mužů a 1 ze 30 400 žen. Čtyři studie, doposud dostatečně nepodložené systematickým výzkumem, uvádějí dokonce vyšší prevalence: 1. v některých případech není při diagnóze rozpoznán gender problém – pacient je vyšetřován v souvislosti s pocity úzkosti, depresemi, bipolárními poruchami, poruchami chování, zneužíváním léků, disociativními poruchami osobnosti, hraničními poruchami osobnosti, jinými sexuálními poruchami a intersexualitou; 2. někteří lidé, kteří nejsou pacienti – mužští transvestité, imitátoři ženských rolí, „transgender“ osoby a homosexuální muži a ženy, mohou mít určitou formu poruchy pohlavní identity; 3. intenzita poruchy pohlavní identity u některých osob kolísá pod a nad klinickou hranicí; 4. odlišnosti pohlavní role u osob se ženským tělem psychologové a další vědci většinou opomíjejí a společnost si jich nevšímá.

**Biologický popis poruch pohlavní identity.** Případná data týkající se přirozeného vzniku a původu problémů pohlavní identity by byla informativní pro všechna léčebná rozhodnutí. Ta však chybí, kromě potvrzení, že bez terapie většina děvčat a chlapců s poruchou pohlavní identity vyroste ze své touhy změnit pohlaví. Poté, co je stanovena diagnóza GID, léčebný postup obvykle zahrnuje tři části nebo fáze (někdy označován jako trojitá terapie): zkušenost reálného života ve vybrané roli, léčba hormonů vybraného pohlaví a operace za účelem změny genitálu a jiných pohlavních rysů. Pět vědecky doposud nepřilíš doložených námitek varuje lékaře před předepisováním trojité terapie pouze na základě



diagnózy: 1. některé osoby s pečlivě stanovenou diagnózou spontánně změní svou snahu; 2. pro jiné je přijatelnější přizpůsobit se své pohlavní identitě bez lékařských zásahů; 3. další od svého rozhodnutí během psychoterapie odstoupí; 4. některé kliniky pro poruchy pohlavní identity mají nevysvětlitelně vysoký počet nedokončených terapií a 5. procento osob, které nemají užitek z trojitě terapie, se u jednotlivých studií výrazně liší. Mnoho pacientů s GID si přeje absolvovat všechny tři části terapie. Typicky probíhá terapie v posloupnosti: hormony ==> zkušenost reálného života ==> operace, nebo někdy: zkušenost reálného života ==> hormony ==> operace. Některé biologické ženy mohou preferovat postup: hormony ==> operace poprsí ==> zkušenost reálného života. Diagnóza GID však zahrnuje zvážení množství různých terapeutických možností, z nichž jen jedna představuje kompletní terapeutickou trojici. Lékaři si stále více uvědomují, že ne všichni pacienti s poruchami pohlavní identity chtějí nebo potřebují podstoupit všechny tři fáze terapie.

**Kulturní rozdíly v odlišnostech pohlavní identity ve světě.** I kdyby výsledky epidemiologických studií stanovily, že základní míra poruch pohlavní identity je na celém světě podobná, je pravděpodobné, že kulturní rozdíly mezi jednotlivými zeměmi by způsobily rozdílné projevy chování. Kromě toho dostupnost léčby, cena léčby, společenský přístup a terapie nabízené lidem s odlišností pohlavní role a odborníci, kteří poskytují péči, se na různých místech od sebe navzájem velmi liší. Zatímco ve většině zemí překračování hranic pohlaví je většinou spjato s morální cenzurou spíše než s projevy soucítění, v některých kulturách existují pozoruhodné příklady „cross-gender“ chování (například u duchovních vůdců), které není stigmatizováno.

### III. Diagnostická terminologie

**Pět částí klinické práce.** Odborný přístup k pacientům s poruchami pohlavní identity zahrnuje kteroukoli z následujících položek: diagnostické posouzení, psychoterapie, zkušenost reálného života, hormonální terapie a chirurgická terapie. Poslední část vytváří pozadí pro diagnostické posouzení.

**Vývoj terminologie.** Termín *transsexuál* začala odborná i laická veřejnost používat v 50. letech pro označení osoby, která usilovala o život v anatomicky opačné pohlavní roli, nebo tak již v podstatě žila, nezávisle na tom, zda byly podávány hormony a provedena operace. V 60. a 70. letech používali lékaři termín *skutečný transsexuál*. Za skutečného transsexuála se považoval člověk s charakteristickým atypickým vývojem pohlavní identity, který dával naději, že se zahájením léčby

a následnou operativní změnou dojde u něj ke skutečnému zlepšení kvality života. Jako skuteční transsexuálové byli chápáni ti jedinci, kteří měli: 1. identifikaci s opačným pohlavím konzistentně vyjadřovanou svým chováním v dětství, adolescenci a dospělosti; 2. minimální nebo žádné sexuální vzrušení při cross-dressingu a 3. žádné heterosexuální zájmy vztahující se k jejich anatomickému pohlaví. Skuteční transsexuálové mohli být obojího pohlaví. Skuteční transsexuálové mužského pohlaví byli odlišováni od mužů, kteří dospěli k rozhodnutí změnit pohlaví a rod navzdory relativně běžnému mužskému vývoji a chování. Víra v ideu skutečných transsexuálů se rozplynula, když se zjistilo, že tito pacienti jsou spíše vzácní a že někteří z původně skutečných transsexuálů přizpůsobili svůj životopis tak, aby se jejich příběh hodil k tehdejší teoriím o GID. Pojetí skutečných transsexuálních žen nikdy nevyvolávalo diagnostické nejasnosti, do značné míry proto, že výpovědi patientek byly relativně neměnné a chování odlišné od pohlavní role (jako ženský cross-dressing) zůstávaly lékaři nepovšimnuty. Později byl přijat termín „syndrom pohlavní dysforie“, který měl označovat existenci problému pro obě pohlaví do doby, než psychiatrie vytvoří vlastní oficiální názvosloví.

Diagnóza transsexuality byla zavedena v příručce DSM-III v roce 1980 pro pohlavně dysforické jedince, kteří nejméně po dobu dvou let projevovali trvalý zájem o přeměnu svého tělesného pohlaví a společenského postavení. Ostatním pacientům s pohlavní dysforií mohla být přiřazena diagnóza poruchy pohlavní identity v adolescenci nebo dospělosti netranssexuálního typu, nebo dále diagnóza nespecifikované poruchy pohlavní identity (Gender Identity Disorder Not Otherwise Specified, GIDNOS). Tyto diagnostické termíny většinou média ignorovala – termín transsexuál se používal pro jakoukoli osobu, která si přála změnu svého pohlaví.

**Příručka DSM-IV.** V roce 1994 nahradila komise DSM-IV diagnózu transsexuality poruchou pohlavní identity. S ohledem na svůj věk byli pacienti s trvalou identifikací s opačným pohlavím a nespokojeností se svým pohlavím rozděleni na diagnózu poruchy pohlavní identity v dětství ( 302.6), dospívání nebo dospělosti ( 302.85). Pro osoby, které nevyhovovaly těmto kritériím, měla být použita diagnóza dále nespecifikované poruchy pohlavní identity (GIDNOS)(302.6). Tato kategorie zahrnovala celou škálu jedinců, včetně těch, kteří si přáli pouze kastraci nebo penektomii bez vytvoření poprsí, pacientů, kteří chtěli hormonální terapii a mastektomii bez rekonstrukce genitálu, osob s vrozenou intersexualitou, pacientů s přechodným cross-dressingem v souvislosti se stresem a lidí, kteří projevovali ambivalenci, když měli změnit pohlaví. Pacienti s diagnózou GID a GIDNOS měli být zařazeni do podskupin podle sexuální orientace: přitahování

muži, přitahování ženami, přitahování oběma pohlavími nebo nepřitahování žádným pohlavím. Tyto podskupiny měly napomáhat při zjišťování, zda jednotlivci s určitou sexuální orientací měli lepší výsledky při použití určitých terapeutických postupů; jejich záměrem nebylo ovlivňovat terapeutická rozhodnutí.

Mezi vydáním DSM-III a DSM-IV začal být v různých případech používán termín „transgender“. Někteří odborníci ho začali používat pro označení osob s neobvyklou pohlavní identitou, bez vedlejšího významu – tedy bez vztahu k psychopatologii. Někteří jím začali neformálně označovat jakékoli osoby s jakýmkoli druhem problému pohlavní identity. Transgender není oficiální diagnóza, ale mnozí profesionálové i laici neformálně používají raději tento výraz než GIDNOS, což je oficiální diagnóza.

**ICD-10.** Klasifikace ICD-10 nyní nabízí pět diagnóz pro poruchy pohlavní identity (F 64):

**Transsexuality (F64.0)** má tři kritéria:

1. Touha žít a být přijímán jako příslušník opačného pohlaví, většinou doprovázena přáním učinit své tělo chirurgickou cestou a hormonální terapií co nejvíce shodné s preferovaným pohlavím.
2. Transsexuální identita je přítomna nejméně po dobu dvou let.
3. Porucha není symptomem jiné duševní poruchy nebo chromozomální vady.

**Transvestitismus dvojí role (F64.1)** má tři kritéria:

1. Osoba nosí šaty opačného pohlaví, aby dočasně vyjádřila příslušnost k němu.
2. Pro cross-dressing není žádná sexuální motivace.
3. Jedinec netouží po trvalé změně pohlaví.

**Porucha pohlavní identity v dětství (64.2)** má odlišná kritéria pro dívky a chlapce.

**Pro dívky:**

1. Dítě pociťuje trvalé a intenzivní utrpení, že je děvče, a vyjádřilo touhu být chlapcem (ne pouze touhu po kulturních výhodách chlapců), nebo trvá na tom, že je chlapec.
2. Musí být přítomna některá z následujících charakteristik:
  - a) Zřetelná přetrvávající averze k normálním ženským šatům a trvání na obvyklém mužském oblečení.
  - b) Přetrvávající odmítání ženských anatomických struktur, což by mělo být doloženo jedním z následujících:

ba) Dívka tvrdí, že má nebo jí naroste penis.

bb) Odmítá močit vsedě.

bc) Prohlašuje, že nechce, aby jí narostla prsa, a že nechce menstruuovat.

3. Dívka ještě nedosáhla puberty.

4. Porucha musí trvat nejméně 6 měsíců.

**Pro chlapce:**

1. Dítě pociťuje trvalé a intenzivní utrpení, že je chlapec, touží být dívkou, nebo trvá na tom, že je dívka.

2. Musí být přítomna některá z následujících charakteristik:

a) Zaujetí pro obvyklé ženské aktivity, o čemž svědčí vyhledávaný cross-dressing nebo imitování ženského oděvu nebo silné přání účastnit se dívčích her a zábavy a odmítání typických mužských hraček, her a aktivit.

b) Přetrvávající odmítání mužských anatomických struktur, což by mělo být doloženo jedním z následujících přesvědčení:

ba) Vyroste a bude ženou (ne pouze v roli ženy).

bb) Jeho penis a varlata jsou odporné, zmizí.

bc) Bylo by lepší nemít penis a varlata.

3. Chlapec ještě nedosáhl puberty.

4. Porucha musí trvat nejméně 6 měsíců.

**Jiné poruchy pohlavní identity (F64.8)** bez specifických kritérií.

**Nespecifikované poruchy pohlavní identity** – bez specifických kritérií.

Kterákoli z obou předchozích diagnóz může být použita pro intersexuální jedince.

Cílem DSM-IV a ICD-10 je poskytnout vodítko pro léčbu a výzkum. Tato terminologie vznikala konsensuálně v průběhu let a podílely se na ní různé týmy odborníků. Předpokládá se, že rozdíly mezi těmito systémy budou v budoucnosti odstraněny. V této chvíli jsou specifické diagnózy založeny spíše na klinické dedukci než na vědeckém výzkumu.

**Jsou poruchy pohlavní identity duševními poruchami?** Aby mohl být vzorec chování kvalifikován jako duševní porucha, musí být příčinou značného adaptivního znevýhodnění jedince nebo jeho psychického utrpení. Terminologie DSM-IV a ICD-10 definovaly stovky duševních poruch, které se liší svým počátkem, trváním, patogenezí, následky a léčitelností. Označení poruch pohlavní identity jako duševních poruch není důvodem ke stigmatizaci nebo zbavení pacienta občanských práv. Použití oficiální diagnózy je často velmi důležité pro možnost

nabídnout úlevu, pro poskytnutí zdravotního pojištění a směřování výzkumu k efektivnějším způsobům léčby v budoucnosti.

#### IV. Ošetřující lékař

**Deset povinností ošetřujícího lékaře.** Po odbornících (Mental Health Professional – MPH), kteří pracují s pacienty s poruchami pohlavní identity, obvykle mohou být požadovány mnohé z následujících povinností:

1. Přesně diagnostikovat poruchu pohlavní identity pacienta.
2. Přesně diagnostikovat jakékoli komorbidní psychiatrické stavy a dohlédnout na jejich správnou léčbu.
3. Informovat pacienta o celé šíři léčebných možností a jejich implikacích.
4. Zapojit se do psychoterapie.
5. Stanovit vhodnost a připravenost pro hormonální a chirurgickou terapii.
6. Učinit oficiální doporučení pro své lékařské a chirurgické kolegy.
7. Zdokumentovat v doporučující zprávě příslušnou historii pacienta.
8. Být spolupracovníkem týmu odborníků zaměřených na poruchy pohlavní identity.
9. Předávat vědomosti o poruchách pohlavní identity rodinným příslušníkům, zaměstnavatelům a institucím.
10. Být k dispozici pro následné sledování bývalých pacientů.

**Specialista pro dospělé.** Vzdělání lékaře, který se specializuje na poruchy pohlavní identity u dospělých, spočívá v základních všeobecných klinických kvalifikacích pro diagnostiku a léčbu duševních nebo emocionálních poruch. Klinické vzdělávání se může uskutečňovat v rámci jakékoli kvalifikační disciplíny – například psychologie, psychiatrie, sociální péče, poradenství, pečovatelské práce. Toto jsou minimální doporučené kvalifikace pro speciální kompetence pro poruchy pohlavní identity:

1. Lékařský diplom v oboru behaviorální klinické medicíny. Tato nebo vyšší kvalifikace by měla být udělena institucí, která byla uznána státní nebo oblastní akreditační radou. Ošetřující lékař by měl mít kvalifikační dokumenty potvrzené patřičným školicím zařízením a licenční radou.
2. Specializované školení a kompetence pro posouzení poruch pohlavní identity podle DSM-IV/ICD-10 (ne pouze poruch pohlavní identity).
3. Výcvik v psychoterapii a praxi pod supervizí.
4. Pokračující vzdělávání v léčbě poruch pohlavní identity, což může zahrnovat přítomnost na odborných kurzech, seminářích nebo setkáních a účast na výzkumu týkajícího se poruch pohlavní identity.

**Dětský specialista.** Odborník, který provádí posouzení a léčbu v dětství nebo rané adolescenci, by měl být vzdělán ve vývojové psychopatologii dětí a adolescentů. Odborník by měl mít kvalifikace na diagnostikování a léčbu běžných problémů u dětí a dospívajících. Tyto požadavky přistupují k požadavkům na specialistu pro dospělé.

**Rozdíly mezi vhodností a připraveností.** SOC uvádí podmínky vhodnosti hormonů a operace. Pacient ani terapeut by neměli požadovat hormony či operaci, pokud předtím nebyla splněna tato doporučení. Zde je příklad podmínky vhodnosti: po 12 měsících před operací genitálu musí žít pacient plně v roli preferovaného pohlaví. Aby byla tato podmínka splněna, lékař musí zdokumentovat, že zkušenost reálného života trvá po tuto dobu. Splnění podmínky připravenosti – posílení rozvíjející se pohlavní identity nebo zlepšení duševního zdraví v nové potvrzené pohlavní roli – je složitější, neboť spočívá na pacientově a lékařově posouzení.

**Vztah mezi psychoterapeutem a ordinujícím lékařem, chirurgem.** Psycho-terapeuti, kteří doporučili hormonální a chirurgickou terapii, se o svou zodpovědnost za toto rozhodnutí dělí s lékaři, kteří léčbu provádějí. Hormonální léčba často zmírní úzkost a depresi u lidí, kteří neužívají další psychotropní léky. Někteří pacienti však potřebují psychotropní medikaci před nebo souběžně s hormony a operací. Posouzení situace a dohled nad tím, že je pacientovi nabídnuta přiměřená medikace, obvykle připadá psychoterapeutovi. Přítomnost psychiatrických komorbidit neznamená nutně vyloučení hormonální léčby nebo operace, některé diagnózy však stanovují závažné léčebné dilema nebo znemožňují obojí léčbu.

**Dokumentace ošetřujícího lékaře pro hormonální terapii nebo operaci by měla stručně specifikovat:**

- všeobecnou charakteristiku osoby pacienta;
- sexuologické a psychiatrické diagnózy na počátku a během vývoje;
- trvání jejich profesionálního vztahu, včetně typu psychoterapie a vyšetření, která pacient absolvoval;
- splněné podmínky vhodnosti a odůvodnění ošetřujícího lékaře pro hormonální terapii a operaci;
- do jaké míry postupoval pacient podle Standardů péče dosud a jejich předpokládané dodržování v budoucnosti;
- zda je autor zprávy členem týmu zabývajícího se gender problémy;
- že odesílatel zprávy uvítá, když si příjemce telefonicky ověří, zda byla zpráva vystavena v obdržené podobě.

Uspořádání a úplnost těchto dokladů poskytuje značnou záruku pro chirurga a lékaře předepisujícího hormony, že ošetřující lékař je erudovaný a kompetentní v otázkách posouzení poruch pohlavní identity.

**Pro zahájení hormonální léčby nebo operaci poprsí se vyžaduje jedna zpráva.** Jedna zpráva od ošetřujícího lékaře obsahující zmíněných sedm bodů napsaná pro lékaře, který bude odpovídat za pacientovu terapii, je dostačující pro zahájení hormonální léčby nebo doporučení k operaci poprsí (tedy mastektomii, rekonstrukci poprsí nebo augmentační mamoplastiku).

**Pro operaci genitálu se obecně požadují dvě zprávy.** Operace genitálu u biologických mužů může zahrnovat orchiektomii, penektomii, plastiku klitorisu, plastiku labií a rekonstrukci neovagíny; pro biologické ženy může operace představovat hysterektomii, salpingooforektomii, vaginektomii, metoidioplastiku, skrotoplastiku, uretropolastiku, umístění testikulárních protéz nebo vytvoření neopenisu.

Je optimální, když ošetřující lékař pravidelně o těchto procesech referuje jako člen týmu více psychoterapeutů nebo nepsychiatrických lékařů. Jedna zpráva pro lékaře realizujícího operaci genitálu postačuje, je-li podepsána dvěma odborníky.

Častěji však doporučení pocházejí od odborníků, kteří pracují sami, bez kolegů erudovaných v oblasti poruch pohlavní identity. Specialisté vykonávající praxi nezávisle nemusí mít možnost profesionálních konzultací gender problémů, a právě proto jsou požadovány dvě doporučující zprávy před zahájením operace genitálu. Pokud je první zpráva od nelékaře, druhá by měla být od psychiatra nebo psychologa s vyšší kvalifikací, kteří mohou adekvátně zhodnotit psychický stav pacienta. Je-li první zpráva od pacientova psychoterapeuta, druhé doporučení by měl vystavit odborník, který pacienta vyšetřoval. Obě zprávy by však měly zahrnovat stejná témata. Alespoň jedno z doporučení by mělo obsahovat rozsáhlou zprávu. Autor druhého doporučení, po přečtení prvního, může zvolit formu stručnějšího shrnutí nebo souhlasu s doporučením.

## V. Diagnostika a léčba dětí a adolescentů

**Fenomenologie.** Pohlavní dysforie dětí a mladistvých jsou jiné než u dospělých v tom, že probíhá rychlý a dramatický proces vývoje (tělesný, psychický a sexuální). Porucha pohlavní identity u dětí je komplexní stav. Mladá osoba může pociťovat svůj sexuální fenotyp v rozporu se svou představou pohlavní identity. Pacient zažívá značné utrpení zvláště v období adolescence. Časté jsou přidružené emocionální problémy a poruchy chování. Zvláště u prepubertálních dětí je

větší variabilita a proměnlivost ve výsledcích testů a pozorování. Jen málo mladistvých s pohlavní dysforií se stane transsexuály. Ale u mnoha z nich se může vyvinout homosexuální orientace.

Běžně pozorované znaky rozporů pohlavní identity u dětí a mladistvých zahrnují deklarovanou touhu patřit k opačnému pohlaví, cross-dressing, preferenci her a hraček spojovaných obvykle s pohlavím, s nímž se dítě identifikuje, vyhýbání se stylu oblékání, chování a hrám normálně spojovaných s biologickým pohlavím dítěte, preferenci společníků při hře a přátel toho pohlaví, se kterým se dítě identifikuje, odpor k vlastním pohlavním znakům a funkcím. Poruchy pohlavní identity jsou častěji diagnostikovány u chlapců.

Fenomenologicky vzato existuje kvalitativní rozdíl mezi způsobem, jakým děti a mladiství prezentují své pohlaví a krizi pohlavní identity, a mezi prezentací klamných představ a ostatních psychotických symptomů. Klamné představy (bludy) o jejich těle nebo pohlaví se mohou objevit v psychotických stavech, ale od fenoménu poruchy pohlavní identity je lze odlišit. Poruchy pohlavní identity v dětství nejsou ekvivalentní s těmi v dospělosti a předchozí problémy nevedou nevyhnutelně k pozdějším poruchám identity. Čím je dítě mladší, tím méně jasné a možná také plastičtější jsou následky.

**Psychologické a sociální zásahy.** Úkolem dětských psychologů je poskytnout diagnózu a léčbu, která všeobecně vyhovuje následujícím doporučením.

1. Odborník má rozpoznat a přijmout problém pohlavní identity. Přijetí a odstranění tajemství/mlčení může přinést značnou úlevu.
2. Vyšetření by mělo zjistit povahu a charakteristiky pohlavní identity dítěte, resp. dospívajícího. Měla by být provedena kompletní psychodiagnostická a psychiatrická analýza. Kompletní posudek by měl obsahovat zhodnocení rodinné situace, protože i jiné problémy chování a emocionální problémy jsou velmi časté. Nežádá jsou přítomny nevyřešené problémy v prostředí dítěte.
3. Terapie by měla být zaměřena na zmírnění všech dalších přidružených problémů v životě dítěte a na zmenšení utrpení, které dítě zažívá kvůli své poruše pohlavní identity a kvůli dalším problémům s ní spojeným. Dítě a rodina by měli být podporováni v těžkém rozhodování týkající se toho, do jakého rozsahu dovolit dítěti přijmout pohlavní roli shodnou s jeho pohlavní identitou. To zahrnuje otázky, zda informovat ostatní o situaci dítěte, jak budou reagovat ostatní z okolí dítěte, např. zdali má dítě ve škole užívat jméno příslušející k jeho biologickému pohlaví a nosit takové oblečení. Měli by být také podporováni k toleranci vůči nejistotě a úzkosti ve

vztahu k pohlavnímu vyjádření dítěte a dostat informace o tom, jak to nejlépe zvládat. Systém profesionálního poradenství může být velmi užitečný při hledání vhodných řešení uvedených problémů.

**Fyzické zásahy.** Před tím, než je zvážen jakýkoliv fyzický zásah, měly by se podrobně psychologicky prozkoumat rodinné a společenské problémy. Fyzické zásahy by měly být chápány v kontextu vývoje mladistvého. Pohlavní identita dospívajícího se může rychle a neočekávaně rozvinout. Posun ke konformitě (souladu) může nastat primárně za účelem potěšit rodinu a nemusí dále trvat či reflektovat změnu v pohlavní identitě. Přesvědčení o identitě u adolescentů může být dost silně vyjadřované, což dává falešný dojem o její neměnnosti. Jako nestabilnější se může objevit až v pozdějším období. Z těchto důvodů by měly být nevratné fyzické zákroky pozdrženy tak dlouho, jak je to klinicky vhodné. Kvůli míře utrpení v dospívání je tlak na fyzické zákroky velký. Za takových okolností by mělo být zváženo doporučení multioborových specialistů na děti a dorost.

Fyzické zásahy se dělí do tří kategorií nebo stadií:

1. Plně reverzibilní zásahy: zahrnují použití LHRH agonistů nebo medroxyprogesteronu k potlačení produkce estrogenu či testosteronu a následnému oddálení pubertálních tělesných změn.
2. Částečně reverzibilní zásahy: zahrnují hormonální intervence, které maskulinizují či feminizují tělo, jako jsou léčba biologických dívek testosteronem a léčba biologických chlapců estrogeny. Zde však už změna opačným směrem může vyžadovat chirurgický zásah.
3. Ireverzibilní zásahy: Chirurgické zásahy.

Rozfázovaný proces se doporučuje z hlediska zachování možnosti volby v prvních dvou stadiích. Nemělo by dojít k přesunu z jednoho stadia do dalšího, dokud neměl mladý člověk a jeho rodina čas plně přijmout změny, které s sebou nesou předcházející zásahy.

**Plně reverzibilní zásahy.** Podávání hormonů oddalujících pubertu je možné s nástupem pubertálních změn. Aby mohl adolescent a jeho rodina učinit dostatečně kvalifikované rozhodnutí o odložení nástupu puberty, doporučuje se, aby adolescent zažil počátek puberty (myšleno z hlediska věku, a ne biologických změn) ve svém biologickém těle alespoň do druhého stadia. Pokud je z objektivních důvodů dřívější zásah v zájmu pacienta, musí tak být učiněno na základě pediatrického endokrinologického doporučení a na základě více než jednoho psychiatrického posudku.

Dva cíle ospravedlňující tento zásah: a) poskytnout čas k dalšímu objevování pohlavní identity a dalších vývojových problémů v psychoterapii; b) učinit přechod snadnější v případě, že adolescent stále trvá na změně pohlaví.

Pokud mají být dospívajícímu podány hormony oddalující pubertu, musí být splněna následující kritéria:

1. V dětství vykazoval dospívající silné znaky opačného pohlaví a averzi vůči očekávané pohlavní roli a příslušnému chování.
2. Potíže a nepohodlí kvůli očekávané pohlavní roli a fyzickému pohlaví významně vzrostly s nástupem puberty.
3. Rodina s terapií souhlasí a podílí se na ní.

Biologičtí muži by měli užívat LHRH agonisty (které zastavují vylučování LH, a tak brání sekreci testosteronu) nebo progestin nebo antiandrogeny (které blokují sekreci testosteronu nebo jeho účinky). Biologickým ženám by měl být podáván LHRH agonista nebo dostatečné množství progestinů (které zastaví tvorbu estrogenu a progesteronu) k potlačení menstruace.

**Částečně reverzibilní zásahy:** Dospívající mohou být způsobilí k zahájení maskulinizující či feminizující hormonální terapie po dovršení 16 let věku, nejlépe se souhlasem rodičů.

V mnoha zemích jsou šestnáctiletí právně způsobilí k činění rozhodnutí v oblasti lékařských zásahů, v takových případech není souhlas rodičů nutný.

Úkolem psychiatra je určení vhodnosti třífázové terapie během dospívání. Pro realizaci real-life testu nebo hormonální terapie by se měl odborník zabývat pacientem a jeho rodinou minimálně šest měsíců. Počet terapeutických sezení během šestiměsíčního období závisí na posouzení lékaře. Záměrem je, aby hormonální terapie a život v preferované roli byl během terapie opakovaně a důkladně zvážen. U pacientů, kteří již žili v preferované roli před návštěvou specialisty, by měl odborník úzce spolupracovat jak s nimi, tak s jejich rodinami a měl by opakovaně a pozorně zvážit, k jakým změnám za čas (terapie) došlo.

**Ireverzibilní zásahy:** Jakékoliv chirurgické zásahy by neměly být uskutečněny před dosažením dospělosti nebo před dovršením alespoň dvouleté doby, po kterou pacient žil v roli, s níž se identifikuje.

Hranice 18 let by měla být chápána jako kritérium způsobilosti, a ne jako jediné kritérium pro aktivní intervenci.

## VI. Psychoterapie u dospělých

**Důležitá poznámka.** Mnoho dospělých s poruchou pohlavní identity považuje za pohodlné a efektivní neabsolvovat všechny prvky třífázové terapie. Někteří zvládají problém sami, jiným může psychoterapie pomoci v sebepoznání a v sebepřijetí.

**Psychoterapie není nezbytným požadavkem pro třífázovou terapii.** Ne každý dospělý pacient potřebuje psychoterapii, aby překročil k hormonální terapii, k životu ve vytoužené roli a k chirurgické změně pohlaví. Individuální programy se liší v tom, za jak důležitou považují potřebu psychoterapie. Jestliže ošetřující lékař na základě výsledků vstupního vyšetření doporučí psychoterapii, pak by měl také specifikovat cíle léčby a stanovit frekvenci a délku trvání. Neexistuje minimální požadovaný počet psychotherapeutických sezení před zahájením hormonální terapie, života v preferované roli a chirurgické změny pohlaví, a to z následujících tří důvodů: 1. pacienti se liší ve schopnosti dosáhnout podobných cílů v určeném čase; 2. minimální počet sezení vede k tomu, že je vykládán jako překážka, která odrazuje od jedinečné možnosti k osobnímu růstu; 3. ošetřující lékař může být důležitou podporou pro pacienta ve všech fázích procesu změny pohlaví. Individuální programy mohou stanovit vhodná kritéria k určitému minimálnímu počtu sezení nebo k tomu, kolik měsíců by měla psychoterapie trvat.

Ošetřující lékař, který vede počáteční vyšetření, nemusí být psychotherapeut. Pokud členové gender týmu neprovádějí psychoterapii, měl by být psychotherapeut informován o tom, že zpráva o pacientově terapii může být vyžádána předtím, než pacient postoupí do další fáze léčby.

**Cíle psychoterapie.** Psychoterapie často poskytuje informace o možnostech řešení, které pacient dosud nevzal v úvahu. Zdůrazňuje potřebu dát si realistické životní cíle pro práci a vztahy a snaží se definovat a zmírnit pacientovy konflikty, které by mohly narušit stabilní životní styl.

**Terapeutický vztah.** Nastolení vztahu s pacientem založeného na důvěře je prvním krokem k úspěšné práci odborníka na duševní zdraví. Odborník získává důvěru především vhodným a neodsuzujícím prozkoumáním pacientova genderového problému během vstupního vyšetření. Ostatní problémy mohou být projednány později, když pacient cítí, že lékař se o něj zajímá a má pochopení pro jeho problém s pohlavní identitou. V ideálním případě pracuje lékař s pacientem v celé komplexnosti jeho osobnosti. Cílem léčby je pomoci pacientovi žít

pohodlně v jeho pohlavní roli a vyrovnat se s ostatními problémy, které nesouvisí s pohlavní identitou. Psychotherapeut se často pokouší pomoci s rozvíjením pracovních schopností a možností nebo s vytvářením či udržováním podpůrných vztahů. Odborníci by měli mít stále na zřeteli, že po dosažení počátečních cílů je pravděpodobné, že zcela nezmizí všechny známky původního biologického pohlaví ani životní zkušenost s předcházející pohlavní rolí a že žádná vzdělávací, psychotherapeutická, hormonální ani chirurgická terapie je nemůže navždy vymazat.

**Psychotherapeutické postupy.** Psychotherapie je série interaktivních komunikací mezi terapeutem, erudovaným v otázkách lidského utrpení, a pacientem. Obvykle se terapie skládá z pravidelných 50minutových terapeutických sezení. Psychotherapeutická setkání iniciují vývojový proces. Umožňují pacientovi přijmout svou minulost, porozumět svým současným problémům (a volbám, které je provázejí) a pomáhají pacientovi identifikovat chování, které mu adaptaci ztěžuje. Účelem psychotherapie není vyléčit poruchu pohlavní identity. Obvyklým cílem psychotherapie je vytvořit dlouhodobě stabilní životní styl a realistickou šanci na úspěch v oblasti osobních vztahů, práce, vzdělání a vyjadřování pohlavní role. Utrpení působené poruchou pohlavní identity často zhoršuje problémy ve vztazích, práci a vzdělávání.

Terapeut si musí uvědomovat, že volba některé z možností je výhradním právem pacienta. Pacient může během času experimentovat s různými alternativními přístupy.

V ideálním případě je psychotherapie společnou snahou. Terapeut si musí být jist, že pacient rozumí pojetí způsobnosti a připravenosti. Pacient a terapeut musí spolupracovat na definování pacientových problémů a při posuzování pokroku, jakého bylo při práci s nimi dosaženo. Spolupráce brání vzniku patových stavů mezi terapeutem, který budí dojem, že zbytečně zdržuje doporučení (k operaci či postupu k další fázi terapie), a pacientem, který může působit, že jeho nedůvěra je příliš hluboká na to, aby se svěřoval se svými pocity myšlenkami, zážitky a vztahy.

Psychotherapie může být pro pacienta přínosem v kterékoliv fázi rozvoje jeho pohlavní identity. To zahrnuje také období po operaci, kdy se pacient cítí v nové roli pohodlně, ale stále pociťuje nedostatek skutečné spokojenosti a má málo dovedností pro život v nové roli.

**Možnosti adaptace.** Aktivity a procesy popsané níže umožnily v různých kombinacích mnoha lidem najít více pohody v osobním životě. Tyto adaptace se mohou vyvinout spontánně během psychoterapie. Nalezení nových způsobů adaptace v pohlavní roli neznámá, že člověk nemůže později zvolit podstoupení hormonální terapie, život ve zvolené pohlavní roli a podstoupit chirurgickou změnu pohlavních orgánů.

Aktivity:

Biologičtí muži:

1. Cross-dressing: nenápadné oblečení, ale nošení dámského spodního prádla, unisex oblečení, dámské oblečení.
2. Tělesné modifikace: likvidace ochlupení pomocí elektrolýzy a voskové depilace. Malé kosmetické chirurgické zákroky.
3. Zvýšená péče o vzhled, šatník, trénování hlasového projevu.

Biologické ženy:

1. Cross-dressing: nenápadné oblečení, pánské spodní prádlo, unisex oblečení, pánské oblečení.
2. Tělesné modifikace: bandážování prsou, nošení umělého knírku, posilování.
3. Vycpávání pánských slipů, nošení penilní protézy.

Obě pohlaví:

Vzdělávání v oblasti transgender fenoménu: v rámci svépomocných skupin, internetová komunikace, studování standardů péče, relevantní laické a profesionální literatury a cross-dressing na veřejnosti; zapojení se do rekreačních aktivit ve vytoužené roli; příležitostné žití ve vytoužené roli.

Procesy:

1. Přijetí vlastních homosexuálních nebo bisexuálních fantazií a orientace bez závislosti na pohlavní roli či na usilování o její změnu.
2. Přijetí nutnosti udržet si stávající práci, postarat se o emocionální potřeby dětí, ctít závazky vůči partnerovi, nezpůsobovat rodině utrpení, to vše má vyšší prioritu než osobní přání žít permanentně ve vytoužené roli.
3. Integrace ženských a mužských aspektů ve všedním životě.
4. Identifikace mechanismů a situací vedoucích ke zvýšené touze po vyjadřování pohlavní identity opačné k biologickému pohlaví a předcházení těmto situacím; například rozvinutí lepší sebeobrany, asertivity a profesionálních dovedností důležitých k pracovnímu postupu a vyřešení mezilidských problémů, posílení partnerských, pracovních a přátelských vztahů.

## VII. Podmínky pro hormonální léčbu dospělých

**Důvody pro hormonální terapii.** Léčba hormonů opačného pohlaví hraje důležitou roli v procesu změny pohlaví. Hormony jsou často léčebně nezbytné pro život v novém pohlaví. Zvyšují kvalitu života a omezují přidružené psychické potíže (komorbiditu), kterým se často nevěnuje odborná péče. Po hormonální léčbě se pacienti cítí a vypadají víc jako příslušníci preferovaného pohlaví.

**Kritéria způsobilosti.** Podávání hormonů má jistá rizika, proto by pro zahájení hormonální léčby měla být splněna následující kritéria:

1. věk 18 let;
2. prokazatelná znalost veškerých účinků hormonů a uvědomění si jejich sociálního přínosu i rizika.  
Dále:
  - a) prokazatelná zkušenost s životem ve zvolené roli alespoň po dobu tří měsíců před nasazením hormonů nebo
  - b) psychoterapie, jejíž délku (obvykle minimálně tři měsíce) určí po počátečním vyšetření ošetřující lékař.

Ve vybraných případech je akceptovatelné podávat hormony pacientům, kteří nespĺnili poslední kritérium – například k usnadnění poskytnutí terapie za užití hormonů ověřené kvality jako alternativy k černému trhu nebo svévolnému užívání hormonů.

### Kritéria připravenosti

Existují tři kritéria.

1. U pacienta došlo k posílení pohlavní identity během Real life testu (žití ve zvolené pohlavní roli) nebo během psychoterapie.
2. Pacient učinil pokrok ve zvládání ostatních identifikovaných problémů, což vedlo k zlepšení či udržení stabilního duševního zdraví (to znamená uspokojivá kontrola problémů, jako jsou sociopatie, zneužívání látek, psychóza a sebevražedné sklony).
3. Pacient by měl užívat hormony zodpovědně.

**Mohou být hormony podávány pacientům, kteří nechtějí operaci nebo Real life Experience (zkušenost se životem ve zvolené pohlavní roli)?** Ano, ale po stanovení diagnózy a po psychoterapii vedené kvalifikovaným odborníkem, za respektování minimálních standardů, které jsou uvedeny výše. Hormonální terapie může poskytnout značnou úlevu těm, kdož nechtějí žít v opačné životní roli, než k jaké je předurčuje jejich biologické pohlaví, nebo nechtějí



podstoupit chirurgický zákrok nebo tak učinit nemohou. U některých pacientů může samotná hormonální terapie poskytnout dostatečnou symptomatickou úlevu a odstranit touhu po životě ve zvolené roli nebo po operaci.

**Hormonální terapie a lékařská péče pro uvězněné osoby.** Osoby léčené kvůli poruše pohlavní identity by měly pokračovat v léčbě dodržující tyto Standardy péče i po uvěznění. Například pacientům, kteří podstupují psychoterapii a hormonální léčbu, by mělo být dovoleno pokračovat v této lékařsky nezbytné léčbě, aby se zabránilo či aby byly omezeny: emocionální labilita, nežádoucí návrat hormonálně vyvolaných tělesných projevů a pocitu beznaděje, což může vést k depresi, smutku a sebevražedným sklonům.

Vězněné osoby, u nichž došlo k náhlému ukončení hormonální terapie, jsou obzvláště vystaveny riziku psychických symptomů a sebezraňujícího chování. Měly by být také v průběhu hormonální léčby lékařsky sledované tak, jak je popsáno ve standardech. Ubytování vězňů se změněnou pohlavní identitou by jim mělo zajistit osobní bezpečnost a brát v potaz jejich postavení (pohlavní roli během procesu změny).

## VIII. Účinky hormonální léčby u dospělých

Výrazné tělesné změny nemohou být patrné dříve než po dvou letech nepřetržité léčby. Dědičné limity a tkáňová odezva na hormony nemůže být překonána zvyšováním dávek. Stupeň skutečně dosahovaných účinků se u různých pacientů liší.

**Žádoucí účinky hormonů.** Biologičtí muži léčení estrogeny mohou realisticky očekávat, že léčba povede k: růstu prsou, redistribuci tělesného tuku blížící se ženským dispozicím, k omezení vypadávání vlasů, ke zjemnění pokožky, ke snížení síly a mohutnosti horní části trupu, ke snížení tělesného ochlupení, plodnosti a velikosti varlat, erekce jsou méně časté a méně pevné. Většina těchto změn je vratných, jen zvětšení prsou po přerušení léčby zcela nezmizí.

Biologické ženy léčené testosteronem mohou očekávat následné permanentní změny: hlubší hlas, zvětšení klitorisu, mírnou atrofii prsů, zvýšené ochlupení těla a tváře, plešatost mužského typu. Vratné změny zahrnují: zvýšenou mohutnost horní části těla, zvýšení hmotnosti, větší sexuální aktivitu a vzrušivost, úbytek tuku v oblasti stehen.

**Možné negativní vedlejší účinky léčby.** Pacienti se zdravotními problémy či zvýšeným rizikem kardiovaskulárních chorob mohou s větší pravděpodobností

očekávat vážné až fatální následky hormonální léčby. Například kouření, obezita, pokročilý věk, srdeční choroba, vysoký tlak, poruchy ve srážlivosti krve, zhoubné nádorové onemocnění a některé endokrinní poruchy zvyšují vedlejší účinky a rizika hormonální léčby. Proto je možné, že někteří pacienti nebudou schopni snášet léčbu hormony opačného pohlaví. Avšak hormonální léčba s sebou nese jak zdravotní přínosy, tak rizika. Poměr přínosu a rizika by měl být zvážen za spolupráce pacienta a lékaře předepisujícího hormonální léčbu.

Vedlejší účinky u biologických mužů léčených estrogeny a progestiny mohou zahrnovat zvýšenou tendenci ke srážení krve (žilní trombózu s rizikem plicní embolie), rozvinutí benigního nádoru hypofýzy, neplodnost, zvýšení hmotnosti, emocionální labilitu, choroby jater, tvorbu žlučových kamenů, spavost, vysoký tlak a cukrovku.

Vedlejší účinky u biologických žen léčených testosteronem mohou zahrnovat neplodnost, akné, emocionální labilitu, zvýšení pohlavní touhy, posun hladin lipidů na mužskou úroveň, což zvyšuje riziko kardiovaskulárních chorob, a možný vývoj benigních či maligních nádorů jater a poruchy funkcí jater.

## Zodpovědnost lékaře předepisujícího hormony

Hormony má předepisovat lékař. Neměly by být podávány bez adekvátního psychologického a lékařského vyšetření, před a během léčby. Pacienti, kteří nerozumí požadavkům na připravenost a způsobilost k hormonální léčbě a nevědí o Standardech péče, by o nich měli být informováni. Nepřipravenost pacienta je důvodem k jeho odeslání k odbornému vedení specialistou na poruchy pohlavní identity.

Lékař poskytující hormonální léčbu a monitoring nemusí být specialista endokrinolog, ale měl by se dobře orientovat v relevantních lékařských a psychologických aspektech léčby osob s poruchou pohlavní identity. Po detailní anamnéze, lékařské prohlídce a laboratorních testech by měl lékař opět zvážit pozitivní a vedlejší účinky hormonální léčby, včetně možných vážných následků ohrožujících život. Pacient musí mít možnost uvědomit si rizika a přínosy hormonální léčby a souhlasit s lékařským sledováním léčby. Lékař mu musí zodpovědět jeho případné otázky. Lékařský záznam musí obsahovat písemný informovaný souhlas pacienta týkající se rizik a přínosů hormonální terapie.

Lékaři mají široké možnosti výběru hormonálních preparátů i způsobů jejich aplikace. Možné volby zahrnují orální, injekční a transdermální způsob podávání

léku. Užití transdermálních estrogenových náplastí by mělo být vzato do úvahy u biologických mužů starších 40 let a u těch, kteří mají poruchy srážlivosti krve nebo měli v minulosti žilní trombózu. Transdermální testosteron je vhodný pro biologické ženy, které nechtějí dostávat injekce. Základní lékařské sledování, nenastanou-li jiné zdravotní potíže, by mělo zahrnovat: opakovaná lékařská vyšetření vztahující se k výsledkům a vedlejším účinkům léčby, měření životních funkcí před a během léčby, vážení a laboratorní testy. Pacienti s poruchou pohlavní identity, ať už léčení hormony či nikoliv, by měli být sledováni kvůli nádorům v pánevní oblasti.

U jedinců, kterým jsou podávány estrogeny, by mělo minimální laboratorní vyšetření zahrnovat: měření stálé hladiny volného testosteronu, glukózy, jaterní testy, krevní obraz. Vyšetření by se měla opakovat po 6 a 12 měsících a poté jednou za rok. Měření hladin prolaktinu by se mělo zopakovat vždy po roce, dvou a třech letech. Pokud se během této doby neobjeví hyperprolaktinémie, nejsou další měření nutná. Biologičtí muži léčení estrogeny by měli být sledováni na výskyt rakoviny prsu a povzbuzováni k provádění rutinního samovyšetření. S přibývajícím věkem by měli být sledováni kvůli rakovině prostaty.

U pacientů, kterým jsou podávány androgeny, by mělo minimální laboratorní vyšetření zahrnovat jaterní testy a krevní obraz. Vyšetření by se měla provádět po 6 a 12 měsících a dále každý rok. Mělo by být zvaženo každoroční vyšetření jater pohmatem. Biologické ženy, které podstoupily mastektomii a mají rakovinu prsu v rodinné anamnéze, by měly být monitorovány i na tuto nemoc.

Lékaři mohou svým pacientům vystavit dokument se stručným prohlášením, že pacient je v lékařské péči, která zahrnuje léčbu hormony opačného pohlaví. Během raných fází hormonální terapie by měli být pacienti informováni o tom, že mají mít toto prohlášení neustále u sebe pro případ potíží s policií nebo úřady.

**Redukce dávek hormonů po gonadektomii.** Dávky estrogenu po orchiektomii mohou být sníženy o třetinu až polovinu. Snížení dávky testosteronu po ovarektomii by mělo být zvaženo s ohledem na nebezpečí osteoporózy. Celoživotní podpůrná léčba je obvykle nutná u všech pacientů se změněnou pohlavní identitou.

**Nesprávné užívání (resp. zneužívání) hormonů.** Někteří jednotlivci dostávají hormony bez předpisu od přátel a rodinných příslušníků, popř. je získávají v lékárnách v zahraničí. Lékařsky nesledované užívání hormonů vystavuje osobu většímu zdravotnímu riziku. Jsou také známy případy, kdy osoby léčené pod lékařským dozorem braly další dávky ilegálně získaných hormonů bez vědomí svého lékaře. Lékaři by měli z důvodu snížení úmrtnosti a zdravotních komplikací

pacienty nabádat k dodržování doporučených dávek. Lékaři postupují eticky, jestliže se rozhodnou přerušit terapii pacientům, kteří se neřídí předepsaným režimem léčby.

**Ostatní možné přínosy hormonů.** Hormonální léčba, pokud ji pacient snáší bez problémů, by měla předcházet všem chirurgickým zákrokům na genitálu. Spokojenost s účinky hormonů posiluje identitu osoby jakožto příslušníka preferovaného pohlaví a přispívá k odhodlání pokračovat v léčbě. Nespokojenost s výsledky hormonální terapie může signalizovat nerozhodnost vzhledem k chirurgickým zásahům. U biologických mužů hormony samotné často vyvolávají dostatečný růst prsů vylučující potřebu jejich chirurgického zvětšení. Někteří pacienti podstupující hormonální léčbu nežadají další chirurgické zákroky.

**Užívání antiandrogenů a sekvenční terapie.** Antiandrogeny mohou být použity jako přídavná léčba biologických mužů léčených estrogeny, i když nejsou vždy nezbytné k dosažení feminizace. U některých pacientů mohou antiandrogeny značně potlačit tvorbu testosteronu. To umožní užívat nižší dávky estrogenu, který může mít vedlejší účinky.

Pro feminizaci není nutná sekvenční terapie. Pokusy imitovat menstruační cyklus předepisováním přerušované estrogenové terapie nebo nahrazování estrogenu progesteronem během části měsíce nejsou k dosažení feminizace nutné.

**Informovaný souhlas.** Hormonální léčba má být podávána jen těm, kdož jsou legálně schopni poskytnout informovaný souhlas. U neplnoletých pacientů je třeba, aby informovaný souhlas obsahoval kromě jejich souhlasu také informovaný souhlas rodiče nebo zákonného zástupce.

**Reprodukční možnosti.** Informovaný souhlas znamená, že pacient ví o skutečnosti, že hormonální terapie omezuje plodnost a odnětí pohlavních orgánů znemožňuje možnost reprodukce. Jsou známy případy, kdy pacienti podstoupili hormonální terapii a operativní přeměnu pohlaví a později litovali ztráty možnosti zplodit a vychovávat vlastní genetické děti. Odborníci doporučující hormonální terapii a lékaři předepisující takovou léčbu by měli probrat s pacientem před zahájením hormonální terapie reprodukční možnosti. Biologičtí muži, zvláště pak bezdětní, by měli být informováni o možnosti uchování spermatu v kryogenické bance před započatím hormonální terapie. Biologické ženy nemají v současnosti jiné dostupné volby pro uchování pohlavních buněk, než je kryogenické uchování oplodněných vajíček, avšak měly by být informovány o reprodukční problematice včetně této možnosti. Jakmile budou dostupné další možnosti, měly by i tyto být prezentovány.

## IX. Zkušenost reálného života

Zkušenost reálného života (Real Life Experience, RLE). Tímto termínem je označován proces, v jehož rámci člověk v každodenním životě přijímá novou pohlavní roli a rozvíjí ji. RLE je nezbytným předstupněm před přechodem k pohlavní roli, která odpovídá pacientově pohlavní sebeidentifikaci. Vzhledem k tomu, že změna pohlavního vyjádření s sebou nese okamžité sociální a osobní důsledky, mělo by zahájení této fáze předcházet zevrubné posouzení všech aspektů, ať už se týkají vztahů v rodině, v zaměstnání nebo ekonomických či sociálních dopadů. Všechny tyto sféry musejí odborníci se svými pacienty dopředu pečlivě rozebrat, aby se předešlo případným negativním dopadům na pacienta, protože zahájení RLE může mít zásadní vliv na pacientovo postavení v rodině, zaměstnání, manželství a negativně se může odrazit i na možnosti jeho styku s vlastními dětmi. S mnohými z těchto možností pacient dopředu vůbec nepočítá, ale je nutné zdůraznit, že ne všechny změny jsou výhradně negativní.

**Parametry RLE.** Při úvahách o zahájení RLE by odborníci měli vzít v potaz následující okolnosti:

- schopnost pacienta udržet si zaměstnání nebo alespoň částečný pracovní úvazek;
- schopnost účastnit se vzdělávacího procesu;
- schopnost aktivní účasti na společenském životě;
- schopnost obstát alespoň v určité kombinaci bodů 1–3;
- schopnost dosáhnout legální změny jména, které by vyhovovalo pohlavní sebeidentifikaci pacienta;
- doložit ještě z jiných zdrojů, než jsou lékařské záznamy, že pacient vystupuje ve zvolené pohlavní roli;

**RLE versus Real Life Test.** Odborník může pacientovi doporučit zahájení RLE, ale konečné rozhodnutí, zda, kdy nebo jak tak učiní, musí záležet na pacientovi samém. Někteří zahájí RLE a po čase dojdou k názoru, že tento donedávna vytoužený cíl není tím, co si ve skutečnosti představovali. Mnozí odborníci často považují úspěšnost RLE za konečné potvrzení stanovené diagnózy – pokud pacient dosahuje v RLE pokroků, je „transsexuál“, pokud ne, „transsexuál není“. Tento přístup však zaměňuje pacientovu schopnost adaptovat se v nové sociální a pohlavní roli s tím, zda má opravdu poruchu pohlavní identity. RLE pouze testuje pevnost rozhodnutí jedince, míru schopnosti žít ve zvolené pohlavní roli, ale také přiměřenost nutné sociální, ekonomické a psychologické pomoci. RLE proto pouze pomáhá jak pacientovi, tak i psychologovi, aby posoudili, jakým směrem je nejlepší se dál ubírat. Před zahájením RLE ale musí

být diagnóza pevně stanovena, a to i navzdory tomu, že stále nemusí být zcela uzavřená, ale otevřená pro nové zhodnocení. Úspěch v RLE tak pacientovi dodává sebedůvěru, stejně tak psychologovi další argumenty pro pokračování v léčbě.

**Odstraňování vousů a dalšího nežádoucího ochlupení u FtM pacientů.** Podáváním ženských hormonů se hustota vousů a ochlupení sama od sebe nijak výrazně nesníží. Nejúspěšnější a nejbezpečnější metodou k odstranění vousů je elektrolýza, zdlouhavý proces, který však biologickým mužům velmi usnadňuje RLE. Kromě nepohodlí během samotného zákroku patří k negativním vedlejším účinkům občasná hypo- nebo hyperpigmentace, svědění a folikulitida. K zahájení elektrolýzy není zapotřebí formálního lékařského souhlasu, pacient k ní může přistoupit, kdykoli uzná za vhodné. Obvykle je lépe zahájit elektrolýzu ještě před RLE, protože k úspěšnému odstranění vousů je zapotřebí nechat je dorůst do určité délky. Většina pacientů stráví na elektrolýze přibližně dva roky. Novou metodou odstraňování vousů je použití laseru, ale zkušenosti s ním jsou dosud velmi omezené.

## X. Chirurgické zákroky

Operativní změna pohlaví je účinná a lékařsky doporučovaná v případech těžkých poruch pohlavní identity. U osob s diagnostikovaným transsexualismem nebo s jinou vážnou poruchou pohlavní identity se operativní zákrok spolu s podáváním hormonů a RLE ukazuje jako účinný postup. Takovýto léčebný postup – předepsaný a doporučený kvalifikovaným odborníkem – je z lékařského hlediska žádoucí a nevyhnutelný. Přeměna pohlavních orgánů v žádném případě není nějakým pokusem, kosmetickou úpravou, součástí výzkumu nebo jinak nezodpovědným krokem. Je jasně stanovenou, velice účinnou a nejvhodnější léčbou transsexualismu nebo jiných vážných poruch pohlavní identity.

**Jak se vypořádat s etickými souvislostmi přeměny pohlaví.** Mnoho lidí, včetně některých lékařů, se z etických důvodů staví proti chirurgické přeměně pohlaví. V běžné chirurgické praxi se patologické tkáně odstraňují s cílem obnovit poškozené funkce nebo se provádějí úpravy charakteristických fyzických rysů, což má sloužit ke zlepšení pacientova osobního vzhledu. Ti, kteří protestují proti chirurgickým zákrokům u osob s poruchou pohlavní identity, neberou tyto věci vůbec v potaz. Je proto zapotřebí, aby odborníci začali za adekvátní považovat i změny anatomicky normálních struktur. Aby správně určili, jak mohou transsexuálnímu pacientovi zmírnit psychické útrapy, musejí mu patřičně naslouchat a pečlivě vnímat jeho vyprávění o dosavadním životě a dilematech.

Nesouhlas s prováděním chirurgických zákroků z etických důvodů typu „hlavně neudělat nic, co by poškodilo fyzickou schránku“ je třeba brát vážně a diskutovat o něm, ale přitom je nutné přihlížet k tomu, aby se lékař od pacienta co nejvíc dozvěděl o jeho psychických stresech a pocitech, průvodních jevech poruchy pohlavní identity.

Odmítnout zákrok nebo možnost pohlavní přeměny případně hormonální léčby na základě například jen seropozitivity krevního nálezu např. u HIV, hepatitidy B, C a dalších chorob je neetické.

**Vztah chirurga, lékaře předepisujícího hormony a ošetřujícího lékaře.** Chirurg není pouze jakýmsi řemeslníkem najatým k nějakému úkonu, ale je součástí týmu odborníků, kteří se podílejí na dlouhodobém léčebném procesu. Pacient bere operátora často velmi pozitivně, ačkoli se na následné léčbě nebude (v ideálním případě) příliš podílet. Vzhledem k zodpovědnosti, kterou chirurg vůči pacientovi má, musí dokonale rozumět diagnóze, která vedla k rozhodnutí o chirurgické přeměně pohlaví. Chirurgové by ostatně měli mít možnost hovořit se svými pacienty i pro svou vlastní jistotu, že pacient bude po zákroku se vši pravděpodobností spokojen.

V ideálním případě by měl chirurg úzce spolupracovat s ostatními odborníky, kteří se po celou dobu podílejí na psychologické a lékařské péči o daného pacienta. Tohoto cíle se dosáhne nejlépe v okamžiku, kdy je chirurg členem interdisciplinárního týmu odborníků specializovaného na poruchy pohlavní identity, nicméně faktem zůstává, že takové týmy jsou zatím výjimkou.

Chirurg musí být navíc sám přesvědčený o tom, že lékaři, kteří hormony a zákrok předepsali, jsou uznávanými a kvalifikovanými odborníky s dostatečnou praxí. To lze často poznat už z dokumentace, kterou tito lékaři předloží. Pokud chirurg pojme podezření, že dokumentace je neúplná nebo se jedná o falsum, měl by o případu hovořit minimálně s jedním z lékařů, kteří zákrok doporučili, nebo si ověřit autentičnost dokumentů.

Před každým chirurgickým zákrokem by měl operátor mít k dispozici příslušná lékařská vyšetření, včetně vlivu hormonální léčby na játra a jiné orgány. Tato vyšetření může provést sám nebo je přenechat svým kolegům. Stav před operací může komplikovat rekonstrukci genitálu, a proto by měl být chirurg i zkušeným urologem. Lékařská zpráva by měla obsahovat také souhlas dobře informovaného pacienta s každým chirurgickým krokem, který bude proveden.

## XI. Operace poprsí

Zvětšování nebo úplné odstranění prsů jsou dnes už zcela běžné operace, které z různých důvodů podstupuje značná část veřejnosti – počínaje kosmetickými zákroky a léčbou rakoviny konče. Ačkoli jsou prsa důležitým druhotným pohlavním znakem, jejich přítomnost či velikost není zahrnuta v legislativních definicích určujících pohlaví a pohlavní identitu člověka, a nejsou důležitá ani pro pohlavní reprodukci.

Postup u MtF pacientů se v tomto bodě od pacientů FtM liší. Pro FtM pacienty je mastektomie obvykle prvním chirurgickým krokem, jehož smyslem je zlepšit vystupování pacienta na veřejnosti v mužské roli. Pro některé pacienty je to zákrok jediný, protože žádné další už nepodstupují. Po odstranění prsní tkáně, které vyžaduje více zásahů do pokožky, zůstanou pacientovi viditelné jizvy. Pacient o tom musí být předem podrobně informován. FtM pacienti mohou tuto operaci podstoupit zároveň se zahájením hormonální léčby.

U MtF pacientů může být prováděno zvětšování prsů až tehdy, kdy lékař po osmnáctiměsíčním podávání hormonů zkonstatuje, že zvětšení není dostatečné pro pohodlnou adaptaci v nové pohlavní roli.

## XII. Operace genitálu

Minimální kritéria pro různé operace genitálu vyžadovaná bez rozdílu pro biologické muže a ženy:

1. Zletilost podle zákonné normy v daném státě.
2. Obvykle alespoň dvanáct měsíců nepřetržitého užívání hormonů bez vedlejších účinků.
3. Nepřetržitá, minimálně dvanáct měsíců trvající RLE. Pokud se občas pacient navrácí k původní pohlavní roli, mělo by to být považováno za ambivalentní a za nesplnění těchto kritérií.
4. Pravidelná psychoterapeutická sezení na přání psychoterapeuta, která jsou závazná po celou dobu RLE.
5. Prokazatelné povědomí o nákladech, délce hospitalizace, možných komplikacích a pooperačních rehabilitačních postupech nutných u řady operativních zákroků.
6. Povědomí o možnostech a schopnostech různých chirurgů a jimi používaných operačních postupů.

## Kritéria svědčící o připravenosti pacienta

1. Prokazatelný pokrok v přechodu do nové pohlavní role.
2. Prokazatelný pokrok ve styku s rodinou, v zaměstnání, pozitivní změny v osobním životě směřující k duševní pohodě. Zahrnuje též uspokojivé zvládnutí problémů typu sociopatie, nadužívání léků, psychóz, tendencí k sebevraždě apod.

**Lze chirurgický zákrok provést bez hormonální léčby a RLE?** Dosáhnout chirurgického zákroku bez splnění výše uvedených kritérií není možné. Operativní přeměna genitálu je součástí léčebného postupu u osob s poruchou pohlavní identity a může být prováděna pouze po pečlivém předchozím zhodnocení. Žádosti o operaci genitálu nemusí být vždy vyhověno.

SOC prosazuje individuální přístup ke každému pacientovi, ale to neznamená, že by měla být ignorována obecná doporučení a standardy, které specifikují podmínky a způsoby diagnostického hodnocení.

Pokud však daná osoba žije delší dobu přesvědčivě v roli opačného pohlaví a psychoterapie prokáže její duševní zdraví, neexistuje žádný podstatný důvod, proč by měla hormonální léčba předcházet operaci genitálu.

**Podmínky pro provádění operace genitálu.** Operace genitálu u osob s poruchou pohlavní identity není pouze jen jednou z možných variant léčby, pro kterou se pacient může rozhodnout sám po domluvě s chirurgem. Operace genitálu u osob s poruchou pohlavní identity ale mohou být prováděny pouze po komplexním zhodnocení kvalifikovaným odborníkem.

Operace může být provedena až na základě dokumentů, které potvrzují, že byla provedena všechna požadovaná vyšetření a že pacient vyhovuje výše uvedeným kritériím. Poté se pacient, chirurg a ošetřující lékař podílejí stejnou měrou na zodpovědnosti za rozhodnutí provést na těle nevratné změny.

**Co musejí splňovat chirurgové provádějící operace genitálu?** Chirurg by měl mít atestaci z oboru urologie, gynekologie, plastické chirurgie nebo všeobecného lékařství. Měl by projít specializovaným školením v oboru rekonstrukce genitálu pod dohledem zkušeného odborníka. I zkušení lékaři by měli dbát o to, aby se o své vědomosti dělili se svými mladšími kolegy a navíc by si měl každý chirurg neustále udržovat přehled o vývoji v oboru.

V ideálním případě by měl chirurg ovládat více než jednu metodu rekonstrukce genitálu, aby mohl s pacientem předem jednotlivé postupy konzultovat a byl schopen rozhodnout se v individuálním případě pro vhodnější postup.

Pokud se chirurg těmito postupy nezabývá nebo má v tomto směru jen základní znalosti, měl by o tom pacienta předem informovat a předat ho do péče zkušenějšímu kolegovi.

**Operace genitálu u MtF pacientů.** Tato chirurgická procedura může obsahovat orchiektomii, penektomii, vaginoplastiku, klitorideoplastiku a labioplastiku. Jmenované postupy si žádají zkušeného chirurga a nutná je i pooperační péče. Tyto techniky zahrnují penilní kožní inverzi nebo rectosigmoidální vaginoplastiku. Hlavním cílem vaginoplastiky je dosažení sexuální citlivosti, stejně jako vytvoření funkční vaginy přijatelného vzhledu.

**Další operace u MtF pacientů.** S cílem dosáhnout větší feminizace těla lze provádět také thyreoidální chondroplastiku, dodání tuku do oblasti boků, plastiku nosu, redukci lícních kostí, facelifting a blepharoplastiku. Tyto zákroky si nevyžadují doporučení odborného lékaře. U operací hlasivek existují reálné obavy z možných rizik a než bude tento zákrok doporučen k širšímu použití, bude zapotřebí získat více empirických dat. Pacient, který se však pro tuto operaci rozhodne, by ji měl v každém případě podstoupit až po všech ostatních chirurgických zákrocích, aby předešel možným rizikům z anestezie a intubace.

**Operace genitálu u FtM pacientů.** Tato chirurgická procedura může obsahovat hysterektomii, salpingoophorectomii, metaidoioplastiku, scrotoplastiku, urethroplastiku, nasazení protéz varlat a faloplastiku. Nynější metody pro faloplastiku se liší a volba některé z nich může být ovlivněna anatomickými omezeními nebo rozhodnutím chirurga. Pokud je cílem faloplastiky dosažení vzhledově dokonalého penisu schopného erekce, sexuální citlivosti a schopnosti koitu, musí být pacient informován o tom, že se jedná o proces v několika fázích a s mnoha technickými obtížemi, které si mohou vyžádat další chirurgické zákroky. I metoidioplastika, která je v teorii jednorázovým zákrokem k vytvoření mikropenisu, si obvykle žádá více operací. Značný počet metod konstrukce falu napovídá tomu, že zatím nebyl vytvořen ideální postup a v tomto směru bude zapotřebí ještě značného technologického vývoje.

**Další operace u FtM pacientů.** K dalším zákrokům směřujícím k maskulinizaci těla patří například liposukce k redukci boků či stehen.

### XIII. Pooperační sledování

V rámci získání údajů o psychologických dopadech terapie se doporučuje dlouhodobé sledování pacienta i po operativní změně pohlaví. Tento proces je důležitý i z hlediska pacientova tělesného a duševního zdraví i pro pochopení možností a hranic současné terapie.

K získání ideálního vzorku je zapotřebí dlouhodobě sledovat všechny pacienty daného chirurga. Pacientům pocházejícím ze vzdálených míst by měl chirurg zajistit možnost sledování u svého kolegy v místě pacientova bydliště.

Někteří pacienti se po operaci vyhýbají i lékařům předepisujícím hormony. Neuvědomují si ale, že právě tito odborníci mohou s předstihem rozpoznat a diagnostikovat různé zdravotní potíže a předejít tak různým komplikacím vyplývajícím z unikátní zkušenosti pacienta s hormonální terapií. Pacienti po operaci by měli pravidelně absolvovat zdravotní prohlídky v souladu s doporučeními odpovídajícími jejich věku. Sledovat pacienta by měl i ošetřující lékař, který s ním strávil ze všech odborníků nejvíce času, a je proto nejvhodnější osobou, která může pacientovi pomoci s případnými adaptačními problémy.

## PŘÍLOHA 2

### Informovaný souhlas pacienta (pacientky) s provedením operačních zákroků směřujících k dokončení přeměny pohlaví

Potvrzuji vlastnoručním podpisem, že souhlasím, aby byla provedena nezbytná vyšetření a následné operativní úpravy, které povedou k úplnému a nevratnému ukončení plodnosti a odstranění mých pohlavních žláz.

Jsem si plně vědom toho, že:

- není jiného zdravotního důvodu pro provedení těchto zákroků než zjištěná porucha pohlavní identity a mé přání podstoupit změnu pohlaví;
- přeměna pohlaví je provedením těchto zákroků nezvratný proces a nemohu žádat o změnu pohlaví k původnímu;
- nevím o žádných právních překážkách, které by bránily přeměně pohlaví, zejména že nežiji v manželství;
- se jedná o složitou operaci, která vždy představuje zdravotní zátěž pro organismus a která má zdravotní rizika související s podáním narkózy a ztrátou krve;
- operační zákrok neumožní dokonale vytvořit pohlavní orgány pohlaví opačného, může dojít ke zhoršení mého sexuálního prožívání a nelze zaručit, že nově vytvořené orgány a tkáně budou plně splňovat anatomickou, funkční a estetickou normu;
- po provedení těchto operací musím trvale užívat předepsané hormonální léky a být v pravidelném lékařském sledování.

V Praze dne

Pacient .....

Ošetřující lékař .....

Členové komise rozhodující o souhlasu s operačními výkony:

## Informovaný souhlas pacienta (pacientky) se zahájením hormonální léčby u poruch pohlavní identity

Potvrzuji vlastnoručním podpisem, že souhlasím, aby u mne byla zahájena nezbytná vyšetření a následná hormonální léčba, která povede k vytvoření tělesných změn typických pro opačné pohlaví, s nímž se ztotožňuji.

Jsem si plně vědom toho, že:

- není jiného zdravotního důvodu pro zahájení této léčby než zjištěná porucha pohlavní identity a mé přání podstoupit změnu pohlaví;
- hormonální léčba přispěje k vytvoření tělesných znaků typických pro druhé pohlaví a že nebudu žádat o hormonální léčení, které by mělo navodit změnu pohlaví k původnímu;
- nevím o žádných právních překážkách, které by bránily zahájení přeměny pohlaví, zejména že nežiji v manželství a nebyl jsem v posledních dvou letech odsouzen pro úmyslný trestný čin;
- nebudu užívat jiné hormonální léky než předepsané ošetřujícím lékařem a každého jiného lékaře budu informovat o své léčbě;
- se jedná o složitou léčbu, jejíž efekt nemůže být dokonalý a podléhá širokým individuálním variacím, například nemůže dojít ke změnám kostry a antropometrických rozměrů, u mužů zcela nezmizí růst vousů a ochlupení a nezmění se hloubka hlasu;
- výraznější změny působením hormonů lze očekávat pouze v prvních dvou letech léčby, další podávání hormonů již zpravidla vede pouze ke stabilizaci dosaženého stavu;
- hormonální léčba představuje zdravotní zátěž pro organismus a vyžaduje pravidelné lékařské a laboratorní kontroly, mohou se objevit i změny psychického prožívání, například citová labilita, nárůst agresivity;
- vytvořené tělesné změny by měly přispět k trvalému životu v souladu s pohlavní identitou, který je podmínkou k provedení případných operačních změn.

V Praze dne

Pacient .....

Ošetřující lékař .....

Členové komise rozhodující o souhlasu s hormonální léčbou

## PŘÍLOHA 3

### Výpovědi transsexuálních klientů

#### Lucie-Martin, FtM

Bylo to někdy v průběhu školky, kdy jsem s konečnou platností zjistil, že se svět dělí na holky a kluky, kteří, když jsou velcí, jsou ženami a muži. A já, protože chodím na holčičí záchodky, čurám vsedě a musím ve školce nosit zástěrku a ne trenky jako ostatní kluci, jsem tedy holčička. V té době jsem asi poprvé pocítil, že není všechno v pořádku, že přece holčička nejsem a v zástěrce jsem se cítil jako ve skafandru. Příliš jsem si s tím hlavu nelámal, kromě výše řečených rozdílů mne nic netrápilo a když jsem přišel ze školky domů, převlékl jsem se do košile a kalhot s kšandami. Když jsem se tím přece jenom zabýval, došel jsem k názoru, že jsem ještě malý a že až vyrostu, určitě se to vyřeší (spoléhal jsem, že z větší části samo)...

#### Tomáš-Monika, MtF

Myslím, že už v období 4–8 let se u mne vyskytovalo femininní chování, které ale moji rodiče vytrvale potlačovali. Chtěla jsem mít dlouhé vlásky, lakované dívčí sandálky, být princeznou, hrát si s panenkami a vozit je v kočárku. V devíti letech jsem si poprvé uvědomila svou touhu po změně pohlaví. V televizi jsem viděla film, ve kterém vyhledavači talentů změnili ušmudlanou servírku v krásnou ženu. Tehdy jsem pochopila, že stejnou proměnou bych ráda prošla i já. Když jsem se ale se svými pocity bezprostředně obrátila na otce, pochopila jsem z jeho reakce, že je mé přání cosi strašně špatného, cosi, co už nikdy nesmím vyslovit. A když to přesto udělám, už mne nikdy nikdo nebude mít rád. Poněvadž jsem tehdy ještě trochu koketovala s náboženskou vírou, zkoušela jsem se modlit, aby ze mne Bůh udělal ženu. Taky jsem pro všechny případy zkoušela různá zaříkávadla. Sice jsem moc nevěřila v úspěch, ale stejně jsem si říkala, co kdyby...

#### Jitka-Daniel, FtM

První školní den jsem byl nucen obléci si nenáviděné dívčí šatičky. Představa, že takto „vyhastrošen“ půjdu ven, mezi lidi, že mne uvidí kamarádi, se kterými jsem ještě nedávno hrál fotbal, mi připadala nesnesitelně krutá. Silný pocit trapnosti,



který jsem ten den prožíval, se podobal spíše snu než realitě. Nevzpomínám si, že by mne matka ještě někdy potom nutila do šatů. Nejspíš rezignovala a nebo i ona cítila ze mne něco nepatřičného, stěží postižitelného, co dávalo mému vzhledu tragikomičnost...

V jedenácti letech jsem nastoupil na druhý stupeň školy. V té době jsem se stal vážnějším a zamlklejším než většina vrstevníků. Budoucnost jsem neplánoval. Stále ještě jsem měl partu kluků, hráli jsme fotbal a hokej. Jednoho dne jsem se však podezíravě zadíval na své tělo a zjistil, že už není tak rovné. Hrudník už jsem neměl tak plochý. Při pohledu na své měnící se tělo jsem pokaždé zažíval pocit hanby. O samotě jsem si tehdy odbýval svou první velkou prohru, byl jsem zdrcen, jako by mne potkalo to největší neštěstí a tragédie. Teď už se stěží dalo věřit, že se osud nenaplní stejně neúprosně i v tom ostatním. Další pohroma – menstruace na sebe nedala dlouho čekat. Mé skutečné já se začalo pomalu stahovat do ústraní. Dříve tak sebevědomé a nebojácné já, které určovalo tón v dětských letech, se začalo pomalu vytrácet...

#### **Petr-Petra, MtF**

Mé představy nikam nezapadaly. Připadala jsem si tím největším úchylem na světě, když se mi v hlavě honily představy sebe jako ženy. Často jsem sama sebe přesvědčovala, že je to všechno proto, že jsem ještě neměla žádnou dívku. Zkusila jsem se dvakrát seznámit na inzerát, ale rande bylo pro mne utrpením. Snažila jsem se v sobě všemožně potlačit touhu být ženou a abych se stala opravdovým chlapem, začala jsem dělat bojová umění. Představy ale byly stále častější, vybavovaly se mi věci jako těhotenství, porod, péče o dítě. Byla jsem tehdy psychicky značně rozhozená. Po čase jsem se odhodlala říci o svém problému rodičům. Jejich postoje byly odmítavé, táta mámě vyčetl, že ze mne vychovala zženštilého kluka. Probrečela jsem tehdy mnoho nocí a zhoršení psychického stavu se projevilo i zvýšením počtu astmatických záchvatů. Když jsem se po jednom z nich probrala na jednotce ARO, řekli mi, že jsem v bezvědomí mluvila jako žena. V dalším období mne máma přemlouvala, abych si ještě vše rozmyslela. Když jsem viděla, že pláče, vyčítala jsem si to a slíbila, že to zkusím. Dlouho jsem to nevydržela. Měla jsem pak možnost prožít jeden den jako žena a definitivně jsem se rozhodla. Chtěla bych usilovat o změnu pohlaví. Tentokrát se odradit nenechám...

#### **Jolana-Martin, FtM**

Na vysoké škole jsem se zamiloval do ženy. Říkala, že je bisexuální a myslel jsem si, že jsem na tom taky tak. Pak se mi pomalu začaly vracet vzpomínky na dětství a já začal tušit, že jsem někým úplně jiným. Když jsem se setkal s transsexuálním člověkem a poslouchal, co mi vypráví, tak mi to všechno došlo. Najednou dostaly smysl i dříve iracionální výroky typu „kdybych se malovala, cítila bych se jako teplouš“. Vracel se mi sen z dětství, který mne děsil. Byl jsem celkem hezká žena, zabil se a narodil se znovu jako kluk – tlustý, krátkozraký a věčně nespokojený. Když jsem se nakonec rozhodl, ulevilo se mi...

#### **Lenka-Honza, FtM**

Už jako malé dítě jsem si hrál raději s chlapci. Nelákaly mne panenky, v sedmi letech jsem začal hrát fotbal za žáky, za dorost už jsem jako holka nemohl, tak jsem odešel hrát dívčí fotbal do Prahy. Už jako malého si mne pletli s klukem, byl jsem rád, ale pak, když mi začala růst prsa, už to nešlo. V šestnácti přišel vztah s klukem, líbil se mi, ale spíš jsem si představoval, že bych mohl vypadat jako on. Nebylo to příjemné. Chtěl jsem se ženit, a ne vdávat. Nechtěl jsem mít děti jako máma, ale líbilo by se mi, když by mi říkaly tati. Chtěl jsem si s ním vyměnit role – to já chtěl nosit kytky a být on. Pak jsem potkal partnerku. Začali jsme spolu chodit a postupně i žít. Vždycky mne brala jako kluka. Naše okolí nás bere jako lesby, oni nevědí, jaký je to pocit stydět se za své tělo, nemoci se jít v létě vykoupat ani zatancovat si se svojí holkou. Dlouho trvalo, než jsem se rozhodl něco udělat. Myslel jsem, že je to i otázka peněz. Ale nejde donekonečna na něco čekat. Zbývá to nejtěžší – říci to rodičům, ale myslím, že to pochopí a snad i rádi by se dočkali vnoučat...

#### **Mirek-Dana, MtF**

Prazačátkem je samozřejmě dětství. V osmi jsem si to instinktivně namířil (ač nerada, musím zde použít ten prokletý mužský rod) k máminým šperkům a skříni plné šatů. Netušil jsem proč, ale tyto věci mne jaksi přirozeně přitahovaly. Vracel jsem se k nim se stejným pocitem, který nutí zízivého se napít. Toho pocitu už jsem se nezbavil a později se stal spolu s dalšími nepochopitelně zženštilými projevy mého já zdrojem všech možných frustrací. Fakt byl, že celé další dospívání se stalo bojem o to, jak zůstat zařazený a jak se konečně stát normálním (klukem). Neuvědomoval jsem si, že jsem herec, který se narodil s kostýmem,

který nelze svléknout. Být nucen hrát divadelní roli a nevědět, že je to jen divadelní role mužského pohlaví, jaké následky, zmatky a posuny to vyvolá v pološlepy duši, to se nedá vylíčit. Takhle nějak musí vypadat peklo, jestli existuje. Spojovat své problémy s poruchou pohlavní identity mne nenapadlo. Jen postupně přicházel čas, kdy jsem dospěl po řadě nepublikovatelných peripetií k přesvědčení, že šťastný mohu být jen tehdy, když budu moci alespoň v soukromí, po večerech žít jako žena. Dlouho jsem pochyboval, jestli to není jen nějaký útěk před sebou samým. Vnímám jsem sám sebe jako velmi nevyrovnaného člověka, plného dogmat, neustále se snažícího něco předstírat. Otupělý a přivyklý trvalému neklidu jsem si zvykl na myšlenku, že to tak bude pořád. Dnes jsem schopna vnímat svůj život natolik komplexně a ve vazbách, že vzpomínky na tehdejší nemohoucnost mi vhánějí slzy do očí...

### Pavla-Pavel, FtM

Je to holčička, ozvalo se kdesi v porodnici. A tím to všechno začalo. Celá moje mizérie. Brzy jsem začal poznávat, že není něco v pořádku. Asi v deseti letech jsem dospěl k nezvratnému přesvědčení, že jsem kluk. Otec je starší než matka. Vadí mi to. Nikdy si se mnou nehrál. Často jsem se s rodiči hádal. Hlavně s otcem, je úplně jiný než já. Vlastně celá rodina je jiná – připadám si jako mimozemšťan. Rodiče nesnášejí všechno, co se odlišuje od průměru. Toho jejich průměru. Ten seriál je dobrý, jenom mne tam štví ten buzerant, řekla matka při sledování Melrose Place. Otec nejen že nenávidí transsexuály, ale dokonce nadává i na všechny, jejichž kůže je jiná než bílá. Většinou jim nadává do negrů. Víc než cokoli jiného jsem věděl jistě to, že rodičům se svěřit nemůžu...

### Simona-Standa, FtM

Můj život před změnou pohlaví bych popsal jako vleklý, černý a opuštěný. To, že jsem si přál být klukem, jsem považoval za jeden z těch infantilních snů jako být pirátem nebo slavnou hvězdou. Když pomínu ty starosti, které člověk může v dospělosti svobodně odbourat, jako povinnost nosit sukničky či náušnice, zůstává ještě řada hlubších problémů, přetrvávajících a zásadních. Člověk je sám, nerozumí, co se po něm chce, do čeho je násilně manipulován. Lidé nerozumějí jemu, cítí zmatek a chtějí buď utéci, nebo pomoci. Pomoc v dřívější době vypadala tak, že nenormální jedinec byl poslán na léčení s podezřením na schizofrenii, homosexualitu nebo poruchy chování. Léčba se pak omezovala výhradně na izolaci, užívání léků „oblbováků“, snahu převychovat, přesvědčit transsexuálního

člověka o tom, že necítí to, co cítí. Lékaři snad měli představu, že si můžete ráno před zrcadlem říci pětkrát za sebou – jsem krásná slečna – a stane se to. Omyl. Zkoušel jsem to, upřímně jsem lékařům věřil, snažil se přizpůsobit a výsledek – břitká parodie. Dlouho jsem věřil, že až budu dospělý, vše se změní. Bylo to stejné – cítil jsem se opuštěný a sám. Po všech těch letech snahy o přizpůsobení jsem ztracený, už i sám sobě cizí, nepochopitelný, dokonale zmatený a dokonale nešťastný. Změna pohlaví pro mne logicky znamená spasení a zázrak, normální život, vrcholné štěstí. Dnes, po operacích, jsem spokojený sám se sebou, vím, kdo jsem a kam patřím, a zdá se, že to vědí i všichni kolem. Jsem integrovaný do společnosti, jsem ženatý a šťastný. Konečně...

### MtF

V nitru vím, hledám  
tolik cizí připadá mi objetí,  
v lůno matky zrozen jest,  
jsem člověk jako Ty,  
smrtný a maličký,  
však bojím se mluvit,  
doznat pravdu... už ani nevím, kde končí skutečnost  
a kde začíná lež,  
jíz oklamat sám sebe snažím se už tolik let  
teď křičím beze slov, bez hlasu  
... propadám se ... není tu ...

A v zařatých pěstích cítím tu úzkost...  
tu zarytou touhu jít dál,  
míjet a nacházet, v dešti hrát si s kapkami,  
v duze kreslit obrazy,  
zabít ten strach... zabít a pohřbít tu ztracenost  
procitnout  
v ranní rose a cítit zas měkkost rtů  
ve snu políbených...  
... nebát se zas snít  
o dětských kouzlech.

## PŘÍLOHA 4

## Kontakty:

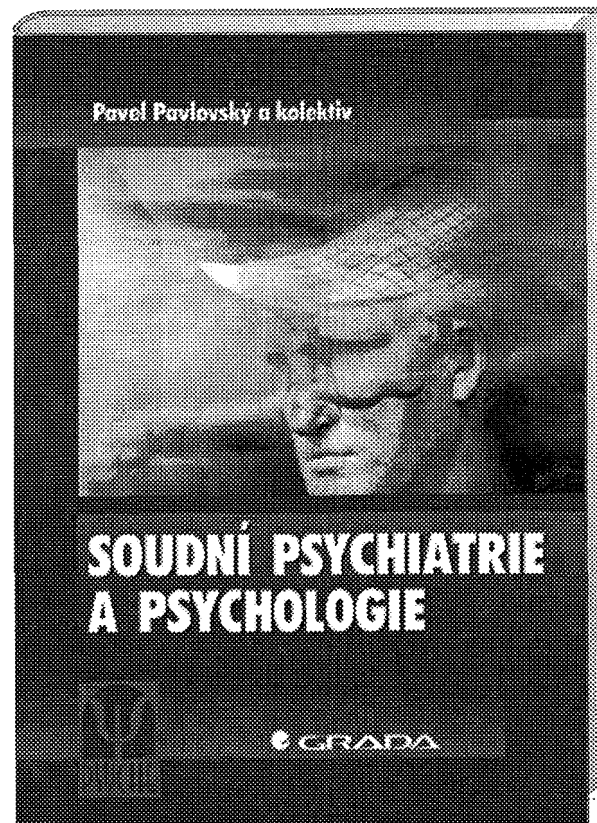
- ✉ MUDr. Hanka Fífková, Lannova 2, Praha 1, 24802328, [hankaf@mbox.dkm.cz](mailto:hankaf@mbox.dkm.cz)
- ✉ MUDr. Ivo Procházka, CSc., Karlovo nám. 32, Praha 2, 02/24966379, [ivo.prochazka@seznam.cz](mailto:ivo.prochazka@seznam.cz)
- ✉ Doc. PhDr. Petr Weiss, PhD., Karlovo nám. 32, Praha 2, 24966568
- ✉ MUDr. Vladimír Weiss, U nemocnice 1, Praha 2, 02/24962919, [vweis@lf1.cuni.cz](mailto:vweis@lf1.cuni.cz)
- ✉ Doc. MUDr. Ladislav Jarolím, PhD., V úvalu 84, Praha 5, 02/24434864, [ladislav.jarolim@lfmotol.cuni.cz](mailto:ladislav.jarolim@lfmotol.cuni.cz)
- ✉ Doc. MUDr. Jiří Veselý, CSc., Berkova 34, Brno, 05/41582111, [jvesely@med.muni.cz](mailto:jvesely@med.muni.cz)
- ✉ MUDr. Pavlína Marešová, Budínova 2, Praha 8, 02/66081111
- ✉ MUDr. Petr Ondrejka, Budínova 2, Praha 8, 02/66081111
- ✉ PhDr. Zdeněk Rieger, Chelčického 39, Praha 3, 02/6976768,
- ✉ Mgr. Marcela Linková, Jilská 1, Praha 1, 02/24219620, [marcela@zenyaveda.cz](mailto:marcela@zenyaveda.cz)
- ✉ ThDr. Jiří Skoblík, Thákurova 3, Praha 6, [skoblik@ktf.cuni.cz](mailto:skoblik@ktf.cuni.cz)
- ✉ JUDr. Vlasta Raichlová, Jižní 268, Stráž pod Ralskem, 0425/409171
- ✉ Mgr. Bohumil Baštecký, fara ČCE, Husova 6, Hodonín, 0628/353332
- ✉ Mgr. Jiří Štorek, U školské zahrady 1, Praha 8, 02/6889771, [kosteljakob@mbox.vol.cz](mailto:kosteljakob@mbox.vol.cz)
- ✉ Sexuologie, Lannova 2, Praha 1, 02/24802328
- ✉ Sexuologický ústav 1. LF a VFN, Karlovo nám. 32, Praha 2, 02/24966610, [sexuol@lf1.cuni.cz](mailto:sexuol@lf1.cuni.cz)
- ✉ Sexuologické oddělení FN, Jihlavská 20, Brno-Bohunice, 05/43191111

## Krizová centra:

- ✉ CKI Bohnice, Ústavní 91, Praha 8, 02/24016666, [plcki@seznam.cz](mailto:plcki@seznam.cz)
- ✉ RIAPS, Chelčického 39, Praha 3, 02/6976768, [riaps@mcssp.cz](mailto:riaps@mcssp.cz)
- ✉ SOS centrum diakonie, Belgická 22, Praha 2, 02/22521912, 0728/047416
- ✉ Sexuologická společnost (předseda doc. MUDr. Jaroslav Zvěřina, CSc.), Karlovo nám. 32, Praha 2, 02/24966610, [sexuol@lf1.cuni.cz](mailto:sexuol@lf1.cuni.cz)
- ✉ Svaz pacientů, Sokolská 32, Praha 2, 02/24266666, [pacienti@pacienti.cz](mailto:pacienti@pacienti.cz)

## Webové stránky:

- ✉ [www.transgender.cz](http://www.transgender.cz)
- ✉ [www.transforum.czhttp://web.telecom.cz/ivaw/](http://www.transforum.czhttp://web.telecom.cz/ivaw/)


**SOUDNÍ PSYCHIATRIE  
A PSYCHOLOGIE**
*Pavel Pavlovský  
a kolektiv*

ISBN 80-247-0181-2

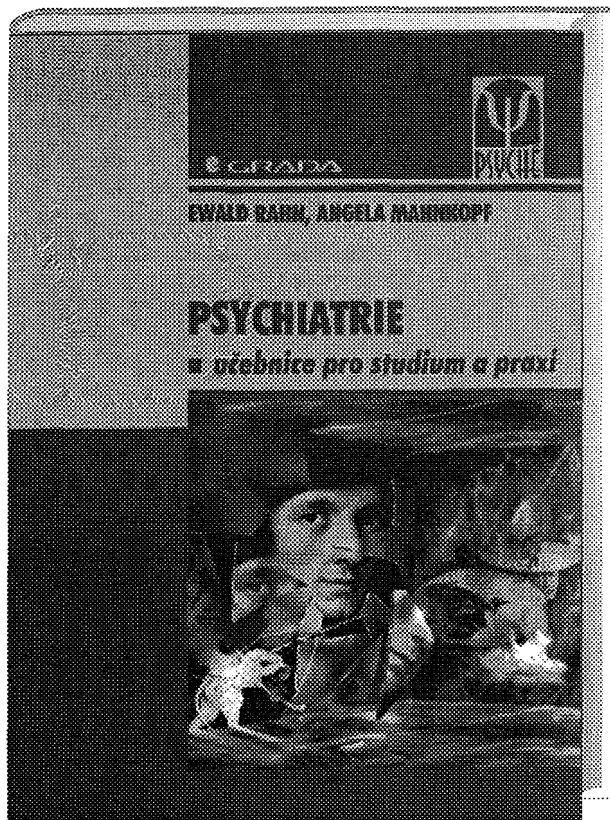
184 strany

**295 Kč, 417 Sk**

Publikace přináší nejnovější poznatky z oboru soudní psychiatrie a psychologie včetně legislativních změn. Seznamuje s novou psychiatrickou nomenklaturou a s řadou zajímavých kazuistických sdělení. Určena je především psychiatrům, psychologům, právníkům a vyšetřovatelům.

Publikace z nakladatelství GRADA Publishing si můžete zakoupit u svého knihkupce nebo objednat v Zákaznickém servisu nakladatelství GRADA Publishing, U Průhonu 22, Praha 7, tel.: 02/20 386 511, fax: 02/20 386 400, e-mail: [obchod@gradapublishing.cz](mailto:obchod@gradapublishing.cz), [www.grada.cz](http://www.grada.cz)





GRADA

**PSYCHIATRIE**  
**UČEBNICE PRO**  
**STUDIUM A PRAXI**  
*Ewald Rahn,*  
*Angela Mahnkopf*  
ISBN 80-7169-964-0  
468 stran

**690 Kč, 975 Sk**

Moderní a přehledně koncipovaná učebnice nabízí ucelený pohled na všechny aspekty současné psychiatrie. Citlivě přihlíží k subjektivním prožitkům nemocných a vyzdvihuje možnosti psychoterapeutického přístupu k postiženému a rovněž i jeho rodině. Kniha se tak stává podrobným návodem k profesionálnímu a tvořivému kontaktu s postiženým. Je doporučována jako odborný text ve státech EU. Český překlad recenzovali prof. MUDr. Eva Češková, CSc a prof. PhDr. Stanislav Kratochvíl, DrSc.

Publikace z nakladatelství GRADA Publishing si můžete zakoupit u svého knihkupce nebo objednat v Zákaznickém servisu nakladatelství GRADA Publishing, U Průhonu 22, Praha 7, tel.: 02/20 386 511, fax: 02/20 386 400, e-mail: [obchod@gradapublishing.cz](mailto:obchod@gradapublishing.cz), [www.grada.cz](http://www.grada.cz)

