

UNIVERZITA PALACKÉHO V OLOMOUCI

Pedagogická fakulta

Ústav pedagogiky a sociálních studií



EVA FIŠEROVÁ

III. ročník – kombinované studium

Obor: pedagogika – sociální práce

Transsexualita v praxi sociální práce

Bakalářská práce

Vedoucí bakalářské práce: Mgr. Miroslav DOPITA, Ph.D.

OLOMOUC 2010

Prohlašuji, že tato práce je mým původním autorským dílem, které jsem vypracovala samostatně. Všechny zdroje, prameny a literaturu, které jsem při vypracování používala nebo z nich čerpala, v práci řádně cituji s uvedením úplného odkazu na příslušný zdroj.

V Olomouci dne 29. června 2010

.....

Eva Fišerová

Děkuji Mgr. Miroslavu Dopitovi, Ph.D. za cenné rady, doporučení a odborné vedení mé bakalářské práce.

Obsah

Obsah	1
Úvod	5
1. Základní pojmy a vymezení transsexuality	7
1.1. Pohlaví	7
1.2. Transsexualita	8
1.3. Intersexualita	9
2. Etiologie, diagnostika a léčba transsexuality	11
2.1. Etiologie	11
2.2. Diagnostika	13
2.3. Léčba	15
3. Problémová témata	21
3.1. Život před přeměnou – dětství a škola	23
3.2. Dospívání	23
3.3. Dospělost	25
3.4. Stáří	25
3.5. Po operacích	26
3.6. Partnerské vztahy v průběhu a po změně pohlaví. Možnosti rodičovství.	27
3.7. TS a křesťanská víra, náboženství	28
4. Problematika transsexuality z hlediska sociální práce	31
4.1. Postoj sociálního pracovníka a etika	31
4.2. Kde se s problematikou v rámci sociální práce můžeme setkat?	32
4.3. Legislativa	34
Závěr	42
Seznam použité literatury	43
Seznam příloh	46

Úvod

„Vše jsem si začal uvědomovat už někdy kolem tří let. Rodiče mi říkali Jano, Janičko a snažili se mě modelovat podle toho, jak jsem vypadal. Máma mi nechala narůst dlouhé vlasy a česala copánky, táta si hrál radši s bráchou s auty, strkali mě do společnosti stejně starých a stejně vypadajících holčiček, aniž by kdokoli z nich tušil, jak nepřírozeně se mezi nimi cítím. Nevěděl jsem samozřejmě tehdy, o co jde a co se děje, ale přesně si pamatuju, že jsem každý večer usínal s úpěnlivým přáním: Ať se ráno probudím a jsem kluk! Pořád jsem doufal, že se stane nějaké kouzlo, které mi pomůže. Věděl jsem úplně spolehlivě, jasněji než později v následujících letech, co chci a dětským rozumem jsem věřil, že když budu hodný, splní se to. Babička byla věřící a znal jsem od ní nějaké modlitby. Denně před usnutím jsem pámbíčka prosil, ať mi pomůže. Nic se nestalo...“ (Fifková 1998, str. 67–68).

Příběh Jany/Jana je příběhem člověka s diagnózou, která je skryta pod označením F64.0. Transsexualita. Podle Mezinárodní klasifikace nemocí v desáté revizi (zkráceně MKN-10) (2009)¹ duševní porucha, přesněji porucha osobnosti a chování u dospělých (F60 – F69) a ještě přesněji jedna z poruch pohlavní identity (F64).

Vzhledem k tomu, že se s transsexualitou většinová společnost neseťkává často a někdo za celý život vůbec (počet transsexuálů u nás i ve světě se podle Hany Fifkové a jejích kolegů (2008, s. 17) odhaduje v promilích), nemusí řešit svůj vztah k těmto lidem, svůj postoj k tématu, zajímat se o to, jestli věci nejsou jinak, než jak se k nim často dostanou ve mnohdy zkreslené podobě skrze media bulvárního typu. Možná i proto se na např. různých diskusních internetových stránkách pod články věnovanými transsexualitě tak často setkáváme s intolerancí vyjádřenou slovními útoky a založenou v lepším případě na povrchní znalosti či nepochopení tak složitého problému, jakým transsexualita bezesporu je.

Označení „transsexualita“ díky slovu „sex“, který se ve v něm objevuje, vzbuzuje u člověka nedotčeného alespoň základními informacemi dojem, že hlavní problém je „v sexu“, a tedy člověk, u kterého byla transsexualita diagnostikována, je „divný“, zvrhlík, deviant a je třeba se mu vyhýbat. Tomuto pohledu nahrává i fakt, že je transsexualita západní společností řazena v MKN-10 právě mezi duševní poruchy.

Takto nastavené sociální klima je proto jedním z důvodů, proč se problém transsexuality stává jednou z oblastí, ve které se může angažovat i sociální pracovník. Pokud bychom pro náhled na transsexualitu zvolili sociálně zdravotní hledisko, řekneme, že je možné ji postavit do řady nemocí a poruch se sociálním

dopadem - přináší totiž svému nositeli v určitých životních obdobích a fázích léčby více či méně srovnatelná omezení - podrobení se pravidelnému léčebnému režimu, zásahy do organismu, celoživotní užívání farmak, ztížení společenského kontaktu v běžných situacích, aj. Podrobněji se těmito aspekty budeme věnovat v příslušné kapitole.

Následující práce má za cíl stručně shrnout a předložit základní informace o transsexualitě, její diagnostice a léčbě u nás, o jejích sociálních dopadech, tématech a možnostech sociální práce s transsexuálními lidmi.

¹ MKN-10, Tabelární část, aktualizovaná druhá verze k 1.1. 2009.

1. Základní pojmy a vymezení transsexuality

Pro začátek si stručně vymežeme pojmy, které s tímto tématem souvisí, případně se kterými se budeme v textu dále setkávat.

V práci bude používán termín „**transsexuál**“ v nepřechýleném tvaru pro obě pohlaví. V některých textech se můžeme setkat i s termínem „ženský transsexuál“ a „mužský transsexuál“, případně „transsexuální žena“, „transsexuální muž“ (srov. Weiss, Švecová, 2001, s. 13-19). Tyto termíny však mohou čtenáře mást a ani sami transsexuálové je nepoužívají, většinou z důvodu, že takové označení odkazuje především na jejich biologické pohlaví, se kterým se zcela či vůbec neztotožňují.

Nyní již k samotným pojmům:

1.1. Pohlaví

Od dětství jsme byli většinou vychováni tak, že určení něčího pohlaví není nic složitého - že jde o otázku jednoho či dvou pohledů porodníka a je rozhodnuto. Tak bychom určili pohlaví biologické a většinou bychom se nemýlili. Podle zkušeností lékařů, kteří se setkali s různými anomáliemi, je ale i jen určení biologického pohlaví záležitost mnohdy velmi komplikovaná. Právě tyto anomálie, se kterými se lékaři na celém světě setkávali, vedly k nutnosti vymežit pohlaví jedince i jinak, než pouze na základě viditelných morfologických znaků. V této práci se budeme držet vymezení, jež ve své publikaci *Duševní a behaviorální poruchy* používá Petr Smolík (2002):

„V souvislosti s pohlavní identitou se často setkáváme s pojmy ‚biologické pohlaví‘, ‚jádrová pohlavní identita‘, ‚pohlavní identita‘, ‚pohlavní role‘. Krátce definujme tyto pojmy:

- 1) Biologické pohlaví: chromozomální výbava (genotyp), fyzikální vlastnosti a vzhled genitálií (pohlavní fenotyp nebo též anatomické pohlaví).
- 2) Jádrová pohlavní identita: základní uvědomění si jedince, že je příslušníkem mužského nebo ženského pohlaví. Tato identifikace se objevuje obvykle před dosažením věku 18 měsíců a je nevratně fixována ve věku 3 let.
- 3) Pohlavní identita: Pocity mužství nebo ženství; povědomí o tom, ke kterému pohlaví jedinec patří a definování sebe sama jako muže nebo ženy.
- 4) Pohlavní role: vyjádření pohlavní identity vůči sobě nebo jiným. Může být

definována též jako cokoli, co jedinec říká a dělá, včetně sexuálního vzrušení, čím jiným nebo sobě dokazuje, do jaké míry je mužem nebo ženou. Lze též říci, že pohlavní role je výrazem pohlavní identity na veřejnosti.

Největší vliv na pocit pohlavní identity má soulad mezi psychologickým prožitkem pohlaví a biologickým pohlavím a dále pocit, že vlastní vyjádření pohlaví odpovídá tomu, co určitá kultura definuje jako příslušné pro dané pohlaví. Poruchy pohlavní identity se vyskytují v případech, kdy u jedince dochází k nesouladu mezi biologickým pohlavím a pohlavní identitou. Jedinec velmi silně touží po tom, aby byl příslušníkem opačného pohlaví.“ (Smolík, 2002, s. 401–402).

1.2. Transsexualita

Termín „transsexuál“ poprvé použil německý lékař a sexuolog Magnus Hirschfeld. Tehdy však zahrnoval i problematiku transvestitismu. V 50. – 60. letech 20. století termín zpopularizoval německý endokrinolog Harry Benjamin (srov. Benjamin, 1999, s.14.-15), který se studiu poruch pohlavní identity věnoval od roku 1948 do ukončení své aktivní činnosti v roce 1978. Obecně je Benjamin považován za „otce transsexualismu“, neboť na základě jeho výzkumů byl transsexualismus vymezen jako samostatná porucha (Fifková, 2008, s. 15).

Transsexualita je v MKN-10 zařazena mezi poruchy pohlavní identity a vedena pod diagnostickou značku F 64.0. U lidí s touto poruchou je v rozporu biologické pohlaví a pohlavní identita. Jak uvádí v článku pro MF Dnes MUDr. Hana Fifková: „Transsexualita je velice zvláštní stav, v jehož rámci dochází ke kombinaci dvou zdravých kvalit. Transsexuální lidé mají zdravé tělo jednoho pohlaví a zdravou psychickou identitu pohlaví druhého. Problém je v tom, že to nejde dohromady.“ (IVA W., 2004)

Základní rozlišení transsexuality je na transsexualitu typu FtM a MtF.

Transsexualita FtM (Female to Male) – biologické pohlaví je ženské, pohlavní identita je však jedincem vnímána (v převážné většině již od útlého dětství) jako mužská.

Transsexualita MtF (Male to Female) – opačný případ, tedy biologické pohlaví je mužské, pohlavní identita je vnímána jako ženská.

Anglický pojem „**transgenderismus**“, který je v této souvislosti u nás někdy nesprávně užíván, zahrnuje širší škálu „trans“ problematiky – spadá pod něj např.

i crossdressing (oblékání se do oblečení opačného pohlaví, ovšem bez narušení pocitu příslušnosti k biologicky určenému pohlaví), jedinci s nevyhraněnou identitou (necítí se být ani ženou, ani mužem „trvale“, balancují někde mezi.) a další. Obecně by se dalo říci, že do této kategorie spadá každý, kdo svými projevy neodpovídá projevům a chování, které daná kultura vnímá jako ženské a mužské vzhledem k ženskému a mužskému biologickému pohlaví jedince.

Transsexulitu můžeme ještě dále dělit **podle sexuální orientace** daného jedince – tedy, i mezi transsexuály existují homosexuálně orientovaní jedinci (FtM orientovaní na muže, MtF orientovaní na ženy), případně se objevuje bisexualita a asexualita, a to přibližně ve stejném procentuálním objemu jako u většinové populace (Fifková, 2008, s. 37). Opět – člověku bez znalosti základních informací o transsexualitě by mohlo připadat zvláštní, proč TS člověk ženského biologického pohlaví, kterého přitahují muži, usiluje o operativní změnu pohlaví na mužské, když je teď vlastně „vše v pořádku“ – z jeho pohledu je heterosexuální. Problém je ovšem v tom, že TS člověk v tomto případě nechce být svým partnerem vnímán jako žena (protože se tak sám nevnímá a necítí), ale chce být partnerem (mužem) vnímán jako muž (srov. Benjamin, 1999, s. 21).

Pokud jde o četnost výskytu transsexuality v populaci – např. Smolík (2002, s. 403) uvádí, že o chirurgický zákrok ke změně pohlaví v evropských zemích žádá jeden z 30.000 dospělých mužů (TS MtF) a jedna ze 100.000 dospělých žen (TS FtM), přičemž postupně pomalu přibývá žádostí o změnu na straně FtM.

V této fázi si můžeme dovolit udělat menší odbočku k jiné z poruch, která však hodně ovlivnila vnímání i výzkum transsexuality a tou je intersexualita.

1.3. Intersexualita

Jako příklad poruchy biologického pohlaví můžeme uvést **intersexualitu (hermafroditismus)**, která je velmi zjednodušeně definována jako oboupohlavnost, tj. dítě se narodí s jak s ženskými, tak s mužskými genitáliemi (v různém stupni vývoje té které části), vyskytují se u něj jiné pohlavní chromozomy než XX či XY, a jeho (nejen) biologické pohlaví je tedy nejednoznačně definovatelné. Vzhledem k tomu, že jde o „viditelnou“ (lékařským vyšetřením objektivně zjistitelnou) anomálii, je i zařazení v rámci MKN-10 jiné než u transsexuality. Ačkoliv se s označením „intersexualita“ v MKN-10 nesetkáme, je tento termín v odborné literatuře používán pro své neutrální zabarvení a bližší význam tématu než pojem hermafroditismus. V rámci MKN-10 spadá do kapitoly XVII. – Vrozené vady, deformace a chromozomální abnormality, pod čísla diagnóz Q 56.0 – Q 56.4. Jde tedy pro lékaře při stanovení diagnózy primárně o poruchu

somatickou nikoliv duševní. Problematika intersexuality sama je samozřejmě mnohem obsáhlejší a má svá témata k diskusi (a to včetně používání dělení a daného pojmosloví), jak uvádí např. Robin Ante (2003). Pro tuto práci ji však redukuje pouze na ty problémy, které mohou být s transsexualitou podobné. Současnou praxí je, že pohlaví dítěte s intersexualitou je na základě vyšetření co nejdříve operativně upraveno na jedno ze dvou – tedy M či F (srov. Lisá, 2001).

Co je tedy s TS společné? Především v řadě případů diagnostická nejasnost s jakou se často setkáváme u TS MtF (kde často trvá potvrzení diagnózy TS o měsíce až léta déle než u TS FtM), zdrženlivost v některých případech a sociální dopady této diagnózy. Ne vždy se totiž u intersexuálů jádrové pohlaví shoduje s pohlavím, které je dítěti operativně „přiděleno“. U intersexuála se případná pozdější operace ke změně pohlaví nepovažuje za transsexualitu, ale za špatně určené pohlaví před první operativní úpravou genitálu.

V řadě případů dochází k tomu, že sama pohlavní identita člověka s intersexualitou zůstává i po provedených úpravných operacích nevyhraněná. Nabízí se tak samozřejmě otázky, zda a jak dlouho bude stačit a vyhovovat dělení pohlaví pouze na dvě – mužské a ženské. Diskuze nad tímto tématem v oblasti gender problematiky již léta probíhají (Benjamin, 1999; Feinberg, 2000; Janošová, 2008, a další), nejsou však primárně předmětem této práce, proto je nebudeme více rozvíjet.

2. Etiologie, diagnostika a léčba transsexuality

2.1 Etiologie

Důvody vzniku transsexuality nejsou doposud přesně známy. Na počátku jejího zkoumání v padesátých a hlavně v šedesátých letech minulého století převažovaly především **psychoanalytické a behaviorální teorie**. V případě psychoanalytické teorie tedy přesvědčení, že chování a prožívání pohlavní identity je v raných fázích vývoje dítěte ovlivněno jeho identifikací s rodičem stejného pohlaví (biologického) jako má ono samo.

V případě behaviorálních teorií se velký vliv přikládal výchově a vztahům v rodině - transsexualita se brala jako důsledek chybného výchovného prostředí vzhledem k tomu, že přijímání pohlavní role probíhá prostřednictvím **posilování** (prostřednictvím odměn a trestu za „vhodné“ a „nevhodné“ chování), **pozorování** (sledováním a učením se řešením a přístupům k situacím podle vzoru, který dítě odkoukalo) a **nápodobou** (opakování dříve pozorovaného chování, které je vnímáno jako správné – následuje po něm odměna) (Janošová, 2008, s. 114–115). Z tohoto přesvědčení plynuly také přístupy, které měly transsexualitu vyléčit. Pomoci měla důsledná výchova a psychoterapie vedená ve smyslu přijetí biologického pohlaví za své a naučení se „správnému chování“, které z hlediska vnímání společnosti tomu kterému pohlaví náleží. Jako precedens pro tvrzení, že na transsexuální chování má vliv výchova rodiny a je tedy svým způsobem naučené, pak sloužil zejména případ Bruce/Brenda Reimer, o kterém obsáhle referoval John Money. Šlo o případ jednoho z dvojčat – chlapců, u něhož bylo po nevydařené obřízce, při které přišel o velkou část penisu, operativně změněno pohlaví na ženské a až do 14-ti let byl rodiči vychováván jako děvče – Brenda. Chirurgický zásah měl podle Moneyho pomoci chlapci lépe žít (než žít s prakticky neexistujícím penisem jako chlapec, je lépe žít jako děvče). Život „Brendy“ ale neodpovídal předpokladům a teoriím doktora Moneyho, Bruce se se svojí přisouzenou ženskou rolí nikdy neztotožnil, odmítal dívčí šaty, hračky a když se ve čtrnácti letech dozvěděl, jaký je pravý stav věcí, zažádal o operativní změnu pohlaví zpět na mužské a posléze žil až do svých téměř čtyřiceti let, kdy spáchal sebevraždu, jako David Reimer (podrobněji Zastrow, 2007, s. 3-9, Fifková, 2008, s. 25-26).

Přesto, že jeden z nosných důkazů „síly naučeného“ zklamal, je behaviorální model vzniku a léčby transsexuality opouštěn jen pomalu. A to i proto, že problematika TS je rozsáhlejší, tato terapie může pomoci v případech, kdy se

nejedná o tzv. „čistou“ transsexualitu.

Jeden z pohledů na transsexualitu, který podle autorů vychází z díla H. Maturany a snaží se na vznik a tím i léčbu transsexuality dívat očima systemické terapie, přičemž TS chápe jako záležitost transgenerační², u nás zastupují např. Ludmila Trapková a Vladislav Chvála (2005), kteří se zabývají psychosomatickou medicínou a rodinnou terapií. V příspěvku „O smyslu transsexuality“ publikovaným na svých internetových stránkách (2005), píší: „Zatímco psychoanalytik popisuje vznik a růst vnitřní struktury člověka v procesu zrání, my se věnujeme popisu vzniku a růstu zevní struktury rodinného systému, ve kterém se onen proces odehrává. Náš jazykový aparát mnohem více reflektuje silové pole rodiny, ve kterém se procesy v individuích dějí. Jsme vybaveni na popis prostředí, s nímž je individuum koevolučně strukturálně svázáno a ve kterém se odehrává to, co popisuje psychoanalytik svým odlišným jazykem.“

V poslední době mezi odborníky stále více převažují **teorie biologické**, které vycházejí na základě výzkumů z toho, že jádrová identita jedince i jeho sexuální orientace je utvářena již během prenatálního vývoje jedince, a to vlivem genetických dispozic a uvažuje se čím dál více o eventualitě nerovnovážnosti hormonálního zásobení mozkového centra, které je zodpovědné za: „...psychosexuální vývoj jedince, v kritickém období jeho zrání. Jedná se o poměrně krátké časové okénko, trvající přibližně 1 týden mezi 4. – 6. měsícem prenatálního období. Pokud v těchto rozhodujících několika dnech dojde k nadměrnému (u dívek) nebo k nedostatečnému (v případě chlapců) působení androgenizujících hormonů na příslušná mozková centra, může zřejmě dojít k přesměrování dispozic pro sexuální orientaci či pro příslušnou pohlavní identitu (Gorski, 1998). Na základě uvedeného tedy můžeme usuzovat, že dispozice pro přijetí **běžné pohlavní identity a heterosexuální orientace** jsou závislé na vlivu přiměřeného množství androgenních hormonů, které by hrály roli rozhodujícího „vštepovacího faktoru““ (Janošová, 2008, s. 70).

Podle Janošové (2008, s. 71) i zde jsou některými odborníky brány v potaz vlivy postnatální, jako „faktor výchovy, plnění či neplnění rodových rolí rodičů dítěte, maximálně však do věku 3 let dítěte, kdy je již zcela rozhodnuto.“³

Do doby zhruba 3 let věku také většinou spadají první vzpomínky transsexuálů na pocity odlišnosti a první jednoznačné identifikace sebe sama jako příslušníka opačného než biologicky určeného pohlaví.

² Podrobněji se autoři tématu věnují na svých internetových stránkách www.lirtaps.cz

³ viz také Hana Fifková (2008, s. 26–29).

2.2 Diagnostika

Transsexualita je v MKN-10 vedena pod označením F.64.0 a je řazena vedle dalších dvou základních poruch pohlavní identity – Transvestitismus dvojí role (F64.1) a Porucha pohlavní identity v dětství (F64.3). Obě z uvedených poruch mohou (ale nemusí) v transsexualitu vyústit.

Ve stejné kategorii (F64) pak můžeme najít ještě Jiné poruchy pohlavní identity (F64.8) a Poruchy pohlavní identity nespecifikované (F64.9).

Kriteria důležitá pro odlišení transsexuality od jiných poruch jsou stanovena následovně:

- **jedinec touží žít a být akceptován i ostatními jako jedinec opačného biologického pohlaví. Toto přání většinou provází přání operativní změny pohlaví.** Tím se TS odlišuje od transvestitismu, kde nejde o identifikaci s opačným pohlavím, převlékání má sexuální podbarvení a není zde už vůbec požadavek na trvalou a nevratnou změnu pohlaví na opačné.
- **Transsexuální diagnóza trvá alespoň dva roky**
- **Není příznakem jiné duševní poruchy** (např. schizofrenie) **a není spojena s chromozomální abnormitou** (Smolík, 2002, s. 403).

Valná většina TS lidí přichází se svým problémem za odborníkem až v období adolescence, případně později, a to přesto, že svou odlišnost si uvědomují již hluboko v předškolním věku. Působí hlavně okolí, které jedince přesvědčuje, že jeho vnímání sebe sama je divné, je to „dětský rozmar, ze kterého vyroste“⁴. Tím je pocit podivnosti zatlačen, a protože do doby, než vlivem hormonů dochází k charakteristickému formování postavy, rozvoji sekundárních pohlavních znaků, není třeba identitu zásadně řešit – okolí většinou toleruje odchylky v chování a projevech pohlavně nedospělých dětí a tedy nikdo se příliš nepozastaví nad dívkou, která s kluky hraje fotbal, leze po stromech a naopak nad klukem, který se příliš klukovsky neprojevuje a většinu času tráví ve skupině dívek. Tento věk je považován za víceméně neutrální, a proto je i tolerance k projevu dětí ve smyslu opačné pohlavní role větší. Dodejme ještě, že tato tolerance je v naší kultuře vyšší u dívek, které mají „chlapecké zájmy“, než u chlapců, kteří mají zájem o činnosti, které jsou naší společností vnímány jako „dívčí“. Problém znovu naplno

⁴ Samozřejmě, i to se může stát, pak by se jednalo právě o poruchu pohlavní identity v dětství (F 64.3), nicméně – požadavku dítěte a jeho pocitu by měla být věnována pozornost, neměly by být dospělým bagatelizovány. Pokud se jedná o F64.3, může s počínajícím nástupem puberty (nebo i dříve) odeznít, případně se zjistí, že šlo o první náznaky homosexuální preference. U části dětí však příznaky přetrvávají i nadále a jejich diagnóza přechází v diagnózu F64.0 – Transsexualita.

propuká s příchodem puberty. Do té doby mohl ještě TS člověk potají doufat, že vše je hloupý omyl, který se dá napravit.

Utváření výrazných sekundárních pohlavních znaků – růst prsou a nástup menstruace však tyto naděje provždycky hatí u transsexuála typu FtM.⁵ Stejně tak u MtF transsexuála noční poluce a tvorba ochlupení na místech, kde by „žena“ žádné mít neměla.

„Většinu času jsem nepocítoval, že bych se od svých kamarádů nějak lišil, když nezapočítám tělocvik, kdy jsem se musel převlékat s holkama. Naštěstí jsem zažil jen snad dva roky, kdy jsem musel nosit ty nemožné modré kalhotky, ve kterých jsem si připadal hloupě, když kluci přece měli červené trenýrky. Zlom nastal kolem šesté třídy, kdy jsem si jednoho dne všiml, že se mi pod tričkem něco rýsuje. O menstruaci jsem něco málo věděl, ale na prsa jsem připravený nebyl. To, co ostatní holky očekávaly s nadšením, já nenáviděl. Začínal jsem se hrbít, abych co nejvíce skryl tu hanebnost na svém těle. Do šatny na tělocvik jsem běžel už v momentě, kdy zazvonilo na přestávku jen proto, abych byl už převlečený, než dorazí první holka. Styděl jsem se. Byl jsem zoufalý. S klukama už jsem se moc bavit nemohl, nebrali mě jako dřív, i když úplně mě neodepsali (byl jsem jeden z nejlepších útočníků ve fotbale a běhal jsem mnohem rychleji než mnohý z nich). Další rána na sebe nenechala dlouho čekat. Nebylo mi ještě dvanáct, když jsem se nechal poslat se sestrou domů, protože mě ve škole strašně rozbolelo břicho. Maminka mi doma vysvětlovala, že právě dospívám v ženu. Plakal jsem a ona si myslela, že kvůli bolesti. Trpěl jsem, ale mnohem více bezmocí než fyzickou bolestí. (Nikola, FtM).⁶

Svou roli i v tomto období sehrává nejbližší okolí transsexuála. Pokud není dostatečně otevřené, může fázi coming outu odsunout až do mnohem pozdějšího období – většinou do období finanční i jiné nezávislosti TS člověka na rodině. Nemožnost bezpečného coming outu, odmítání nejbližších sdílet i jen myšlenku odlišnosti může u transsexuála vést k sebepoškozování či až k suicidu, protože neslučitelnost biologické a pohlavní identity bez výhledu na úlevu či změnu stavu se stává neúnosnou. Odborná literatura uvádí, že v případě transsexuality je výskyt sebevražd několikanásobně vyšší počet sebevražd vyšší než u běžné populace (Fifková, 2008, s. 86-87; srov. Benjamin, 1999, s. 14).

⁵ Shodně uvádějí české i zahraniční prameny, ze zahraničních např. Holly Devor (1999, s. 187, 190–200) uvádí výpovědi zkoumaného vzorku FtM transsexuálů ohledně dospívání a vývoje sekundárních pohlavních znaků a jejich postoj k těmto tělesným změnám. Nástup menstruace a růst prsou jsou ve většině výpovědí brány jako konečné potvrzení toho, že se jejich tělo mění definitivně v tělo ženské, jako konec nadějí a snů, že by něco mohlo být ještě jinak.

Pokud má transsexuál možnost mluvit o svých pocitech, je snazší a časnější kontakt s příslušným odborníkem, tím pádem i časnější určení diagnózy a v řadě případů je i větší šance pozastavit rozvoj jinak nezvratných fyzických změn již v období puberty a adolescence.

Návštěva příslušného odborníka bývá tedy završením první etapy na cestě ke změně. Proces diagnózy většinou začíná u sexuologa, případně u psychologa. **Po úvodním rozhovoru** následuje fáze **testování**. Ta je na různých sexuologických pracovištích různě dlouhá. V některých případech je již po úvodním rozhovoru zřejmé, že tématem, se kterým se bude dále pracovat je transsexualita, jindy trvá stanovení diagnózy déle – měsíce i roky.

Přístup odborníků u nás vychází ze Standardů péče pro poruchy pohlavní identity, vydanou Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (poslední aktualizace 2001), které jsou brané jako doporučené minimální standardy, ovšem s možností jednotlivých odborníků a odborných pracovišť upravit je: „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“ (Fifková, 2008, s. 166). Důraz je však kladen na důslednou dokumentaci takového postupu.

Pro vyloučení duševní poruchy (např. schizofrenie) slouží vyšetření psychologické (pohovor, osobnostní test, test IQ, v případě partnerů může být dán i test partnerské shody), určitou vypovídající hodnotu mají i metody projektivní (kresba lidské postavy aj.). V přibližně stejné době prochází transsexuál i vyšetřením u endokrinologa, internisty (vyloučení kontraindikací hormonální terapie) a předpokládání TS FtM i u gynekologa, MtF pak u urologa. V případě, že konečná stanovená diagnóza zní transsexualita, následuje příslušná léčba.

2.3 Léčba

Psychoterapie

Již v úvodu u přístupů k transsexualitě jsme se zmiňovali o snaze působit na lidi s transsexualitou psychoterapeuticky, ve smyslu přeučit je, vést je ke zvládnutí přijetí svého biologického pohlaví, naučit je správným vzorcům chování v roli, která koresponduje s představou většinové společnosti o tom, jak se má člověk chovat v roli muže, v roli ženy. Byla snaha hledat kořeny odlišného přístupu ke své identitě v raném dětství, ve špatném přístupu okolí, chybném zvnitřnění vlastní pohlavní role. Tento způsob léčby se ukázal postupem doby

⁶ Z rozhovoru s Nikolou – FtM (celý rozhovor viz příloha č. 1).

především u „čisté“⁷ transsexuality jako neúčinný. Možná se u některých TS lidí podařilo upravit chování v dané roli dle biologického pohlaví, nepodařilo se však změnit jejich identitu (Fifková, 2008, s. 85).

Přesto by psychoterapie v různých formách neměla během procesu léčby TS lidí chybět. Zejména na počátku celého procesu může pomoci odbourat velký stres, který člověka s TS ohledně jeho vnímání celého problému provází:

„Nikdo si neumí představit, co jsem cítila, když jsem k vám šla poprvé. Bála jsem se, že mne vyhodíte, že se mi budete smát. Nikdy v životě jsem o tom problému s nikým nemluvila. Styděla jsem se, připadala jsem si jako zrůda, jako nějaké monstrum. Od naší první schůzky se vše obrátilo úplně opačným směrem. Jednak se mi hrozně ulevilo, jednak jsem se přestala obviňovat... (Marcela, MtF)“ (Fifková, 2008, s. 86).

Psychoterapie by měla pomoci usnadnit zvládání jednotlivých etap léčby, pomoci řešit problémy, které mohou změnu provázet (problémy s porozuměním v rodině, v zaměstnání, s přijetím okolím atd.). Je také důležité nezapomenout, že kromě problémů, které přináší transsexualita, řeší tito lidé i „běžné“ problémy, spojené s životními událostmi, tak jako všichni ostatní.

RLT

Léčebný postup, který v případě „čisté“ TS má pozitivně vnímané výsledky, je operativní změna (= úprava) pohlaví (Benjamin, 1999, s. 18).

Fáze diagnostická a fáze léčby může být s ohledem na konkrétní pracoviště různě propojená. Po prvotní diagnostické fázi totiž následuje **etapa zvaná RLT – Real Life Test**, při které musí transsexuál prokázat, že souzní se svou opačnou pohlavní identitou i navenek a dokáže se prezentovat v příslušné pohlavní roli na veřejnosti. Sexuolog většinou hned na počátku této části procesu dá klientovi doporučení pro matriku, aby zde tento mohl požádat o **změnu jména a příjmení na neutrální tvar**, což má proces RLT usnadnit. Jinak je totiž okolím vnímán člověk např. s dívčí vizáží, pokud se představuje jako Karel Novák a jinak člověk, který se představí jako např. René Nováků, tedy pod jménem, ze kterého není na první pohled zřejmé, zda se jedná o muže či ženu.

Fázi RLT nejde jednoznačně zařadit ani do léčby ani do diagnostické fáze, ačkoliv slovíčko „test“ by spíše ukazovalo na fázi diagnostickou. Víceméně spadá stejnou měrou do obou. Má dopad diagnostický – transsexuál potvrdí, že své

⁷ Jako „čistou“ transsexualitu uvažujeme v textu ten typ transsexuality, kdy je TS člověk přesvědčen, že jedinou možností je operativní změna pohlaví na opačné, a ani po této provedené změně své rozhodnutí nezpochybňuje, naopak je vnímá jako úlevné. Někdy též označováno jako „extrémní podoba“ transsexuality. Srov. Benjamin, 1999, s. 14 – „the true and full-fledged transsexual“.

rozhodnutí vystupovat i navenek v roli opačného pohlaví myslí vážně a dokáže jej zvládnout; a má i dopad terapeutický – je nutné otevřít toto téma s nejbližším okolím, vystavit se pohledům, otázkám. Úlevně působí už jen fakt, že je zde někdo – lékařská autorita, kdo toto vystupování v opačné roli „schválí“, resp. doporučí. Okolí může zareagovat přijetím a nabídkou pomoci, na druhou stranu může zaujmout i odmítavý postoj. Proces změny je však již nastartován a citlivé téma otevřeno. Někdo je nucen absolvovat tuto fázi v místě, kde jej okolí velmi důvěrně zná, někdo má možnost využít určité anonymity většího města. Výsledkem však je vždy možnost prezentovat se i navenek v roli, která ke mně vnitřně patří.

RLT fáze je důležitá i z toho důvodu, že pomáhá odhalit případy, které jsou na pomezí - lidi, kteří situaci ohledně vnímání své příslušnosti k tomu kterému pohlaví mají ještě složitější. U vyhraněných typů („čisté“ TS) tato fáze po překonání prvních problémů, které souvisejí se seznámením okolí se stavem věcí, přináší vnitřní úlevu z možnosti prezentovat se v roli, s níž člověk vnitřně souzní. V případech nevyhraněných, je tato fáze bezpečnou z hlediska reverzibility – v případě, že v této fázi člověk zjistí, že ani toto není „jeho cesta“, je možné RTL ukončit prakticky okamžitě bez viditelných následků - nedochází k zásahům do organismu, které by bylo později nutné opět nějakým lékařským zásahem „vracet zpět“. Stává se, že někdo první kroky RLT zvládá obtížně (např. pro velký tlak okolí, kvůli rodině, zdravotnímu stavu atd.), léčbu přerušuje a započíná ji opět až třeba po několika letech.

Hormonální terapie

V průběhu RLT je možné po určité době začít s hormonální terapií, která je dalším krokem v procesu změny pohlaví, pokud tomu nebrání zdravotní stav a RLT probíhá uspokojivě. U FtM je aplikován testosteron (Sustanon, Understor), který má mimo jiné vliv na změnu ukládání tuků z hlediska jejich rozložení na těle, má podpořit růst ochlupení, nárůst svalové hmoty a zasáhnout i do hloubky hlasu. V drtivě většině případů vymizí po nepříliš dlouhé době aplikace i menstruace.

U MtF jsou podávány blokátory tvorby mužských hormonů (Androcur) a substitute ženských hormonů (Estrofem, Estrimax). Ty mají vliv na růst prsou, opět také na jiný způsob ukládání tuků na těle, omezují růst chloupků, ale nezastavují ho a ani nezajistí dorost již nevratně - vlivem testosteronu - vypadaných vlasů.

Hormony musí být zejména po základních operacích u TS uměle podávány celý život, protože tělo v tomto případě nemá jak si jejich dostatečné množství

vyrobit. Ke stáru se velikost dávek snižuje, tak jak se i u starších lidí snižuje přirozená produkce těchto hormonů v těle.

Kontraindikací pro hormonální terapii mohou být existující zdravotní problémy, které by aplikace hormonálních přípravků mohla zhoršit. Jde o kontraindikaci relativní, vždy jde spíše o doporučení lékaře, založené na individuální zdravotní situaci klienta. Absolutní kontraindikací je v současné době a při dosud platné právní úpravě pouze věk pod 16 let. Od 16 let je možné se souhlasem rodičů hormonální terapii zahájit. Hormonální terapie musí být také písemně odsouhlasena samotným klientem, který musí být seznámen s jejími dopady a možnými riziky.

Operativní změna

Dalším krokem u „čistých“ TS bývá podání žádosti o operativní změnu pohlaví. Slovo „bývá“ je v tomto případě důležité. Ne každý člověk s diagnózou TS totiž projde celým procesem, tedy včetně operativní změny pohlaví. Důvody jsou individuální – někomu stačí změna, kterou vyvolá pravidelné podávání hormonů, dalším důvodem může být věk, ve kterém je proces změny započat (výjimkou nejsou lidé, kteří léčbu započnou až ve středním a pozdějším věku). K operativní změně, která je ireverzibilní, také nepřistupují lidé s nevyhraněnou TS, tedy ti, kteří by ani po operativní úpravě pohlaví nedosáhli spokojenosti, souladu s tím, kým se cítí po této stránce být.

Skutečnost, že ne všichni TS projdou změnou pohlaví až do konce, přesto i tato změna přinese do jejich života pocit většího psychického komfortu, podporuje tvrzení, že pro lidi s TS je mnohem důležitější, aby byli okolním světem vnímáni jako příslušníci daného pohlaví, než funkčnost či podoba pohlavních orgánů, a tedy sexuální funkce⁸.

Žádost se podává ke komisi, která je pro tuto příležitost vyžadována dle § 27a) zákona 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu v aktuálním znění. Pokud komise, kterou tvoří právník, nejméně dva lékaři se specializací v oboru a dva další lékaři nezúčastnění na provádění lékařského zásahu, žádost schválí, následuje chirurgické odstranění reprodukčních orgánů. U FtM jde o odstranění dělohy a úpravu prsou (ta v některých případech není třeba). U MtF dochází k odstranění

⁸ Otázka toho, co vlastně TS lidé získají operativní změnou pohlavní, když s tím zároveň přijdou o reprodukční schopnost a jejich pohlavní orgány budou víceméně „nefunkční“ byla probírána i na jednom z prvních setkání odborníků (lékaři, psychologové, právníci atd.) u nás v r. 1969 (viz SYMPOZION o soudně lékařských otázkách transsexualismu, 1969) a argument, že prvotně nejde o operativní změnu, která by vedla k uspokojení zejména v sexuální oblasti, ale o přijetí společenské a osobní, svědčil ve prospěch „duševního zdraví“ lidí s TS. Srov. Benjamin, 1999, s. 95-96.

varlat a penisu. Tyto základní operace jsou požadovány proto, aby mohla být provedena i úřední změna pohlaví na opačné. Následný rozsah dalších úprav je na zvážení každého TS. U FtM je možné vytvoření mikropenisu, případně neofallu (penis uměle vytvořený ze svalů či jiné vlastní tkáně), včetně prodloužení a vyvedení močové trubice. U MtF dochází k vytvoření umělé vagíny, na jejíž konstrukci se použije (ve většině případů) kůže z těla penisu, který se zároveň odstraní, a úpravu stydkých pysků.

Co se týče operací, přinášejí s sebou stejná rizika jako jiné operace a člověk, který se je chystá podstoupit, musí být o všech rizicích informován. Ohledně složitosti operací záleží, jaké všechny operativní zásahy TS člověk absolvuje - složitější zásahy jsou potřeba u FtM, který absolvuje i tvorbu neofallu s prodloužením a vyvedením močové trubice. Se složitostí operace a mírou zásahu do organismu se zvyšuje i riziko pooperačních komplikací. Je tedy na zvážení každého, jaká rizika chce a také - vzhledem např. ke zdravotnímu stavu - může podstoupit. Výsledný efekt operací bývá vzhledově přesvědčivější u MtF. Podrobněji se lze o jednotlivých operacích, jejich průběhu, rizicích a výsledcích dočíst v příslušné literatuře, kde je i obrazová dokumentace⁹.

Základní operace jsou hrazeny zdravotní pojišťovnou – prozatím. V roce 2003 však byl podán návrh na změnu zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, ve kterém se počítalo s tím, že si transsexuálové budou operace hradit sami. Prozatím byl tento návrh stažen a neobjevil se ani při dalších novelizacích a zatím ani v návrhu Zákona o specifických zdravotních službách, který by měl nově tuto problematiku upravovat a o němž se ještě zmíníme na konci kapitoly.

Mezi základní z pojištění hrazené operace se u FtM tedy počítá: úprava prsou, odstranění dělohy, případně vaječnicků, základní úprava genitálu, která počítá s mikropeniselem, případně s neofallem, ale již nepočítá s varleční protézou, kterou si v případě zájmu hradí FtM sám.

Mezi základní z veřejného pojištění hrazené operace u MtF se počítá úprava zevního a vnitřního genitálu (odstranění varlat a penisu a tvorba stydkých pysků a neovagíny); případné zvětšení prsou pomocí prsních implantátů si již hradí MtF sám. To se týká i dalších „kosmetických“ úprav, jako je operace lícních kostí, úprava „ohryzku“ apod.

Při studiu tématu jsem se často v různých internetových diskuzích setkala s názorem, že by si i tyto základní operace měli hradit TS sami, že je to „jejich

⁹ U nás patří mezi odborníky na konverzní operace doc. MUDr. Ladislav Jarolím, CSc. a prof. MUDr. Jiří Veselý, CSc., kteří na dané téma publikují články v odborných českých a i zahraničních publikacích (např. odborné časopisy: *Urologické listy*, *Acta chirurgiae plasticae*, *Praktický lékař* ad.).

rozmar“, proč by na to měl doplácet běžný poplatník zdravotního pojištění¹⁰. Je to názor, který vychází z neznalosti problematiky. Cena uvedených základních operací není vysoká a na hormonální terapii si transsexuálové doživotně připlácejí nemalou částku. Cena za jejich pobyt v psychiatrické léčebně, kam by je také řada odpůrců dokázala zavřít (Benjamin, 1999, s. 54), by byla nepoměrně vyšší, navíc by to byl čin bez efektu. Naopak transsexuál, u něhož se chirurgická úprava pohlaví provede a on sám se zařadí ve své nové pohlavní roli do společnosti, se podílí na veřejném zdravotním pojištění, je stejně jako ostatní plátcem daní a jeho stav nevyžaduje přiznání invalidního důchodu, ve většině případů není třeba ani další podpůrná psychoterapie. Stává se tak „běžným spoluobčanem“, jehož frekvence návštěv u lékaře spadá do běžného průměru, zůstává pouze v evidenci a občasném kontaktu odborníka – sexuologa, endokrinologa. Často nám však vrací i hodnoty těžko měřitelné. Zkouší naši schopnost tolerance – přijetí odlišného, přináší nadhled, smysl pro humor, víru a sílu poprat se se svým osudem. Nastavuje zrcadlo každému z nás a nutí se zamyslet – co je vlastně „normální“, „běžné“, jak sami vnímáme a přijímáme své tělo? Jsme s ním v souladu? Vážíme si ho? Jak sami vnímáme svou příslušnost k danému pohlaví? Jak ji vlastně projevujeme? Jak moc bereme za samozřejmé, že naše tělo i „duše“ jsou jednotného názoru? Dávají možnost se ptát, dávají možnost odpovídat. Dávají možnost uvědomit si, co je pro nás vlastně na člověku to důležité, posouvat hranici vnímání – vysypat obsah škatulky „muž“ a obsah škatulky „žena“ do společné škatulky „lidská bytost, člověk“. A v tom jsou z mého pohledu výzvou, tématem, o kterém stojí za to přemýšlet, ptát se. Uvnitř jsou lidé jako ostatní, jen jejich cesta k vyjádření sebe jako příslušníka určitého pohlaví, je složitější.

¹⁰Např. komentáře k článku „Jak se žije transsexuálům“ na www.translide.cz cit [2010-6-7] dostupné z URL <<http://www.translide.cz/komentare-k-jak-se-zije-transsexualum>>

3. Problémová témata

Než se budeme věnovat otázkám, které TS lidé vnímají jako problematické, zastavíme se u specifik, která byla v rámci výzkumů zjištěna mezi TS MtF a TS FtM.

- **Transsexuální FtM** si většinou nesoulad mezi identitami uvědomují dříve (v raném dětství, nejdříve cca od 3 let) a bývá silnější pocit neúnosnosti stavu tak, jak je. Jejich snaha o přizpůsobení se biologickému pohlaví většinou troskotá (ne-li dříve) na prvních vztazích s osobami opačného biologického pohlaví (Devor, 1999, s. 313–317, Fifková, 2008, s. 127-128), proto také uzavírají před změnou pohlaví v porovnání s MtF méně sňatků. Méně často pak také mají s takovým partnerem vlastní děti, i když i takové případy se vyskytují (Devor, 1999, s. 319–324, Fifková, 2008, s. 126-128).
- Coming out u nich většinou probíhá přirozeněji (jak v projevech FtM osoby co se týče chování v roli podle psychického pohlaví, tak ze strany okolí). Je to dáno i tím, že dívka v kalhotách a s účesem „na kluka“ dnes nikoho nepohorší ani nepřekvapí. Tato skutečnost také umožňuje FtM prezentovat sama sebe do značné míry v mužské roli mnohem dříve, než až se zahájením léčby (Devor, 1999, s. 197). S pravidelnou aplikací hormonů přicházejí pak další tělesné změny, které jsou „k lepšímu“ – hrubne hlas, začínají růst vousy. To vše zlepšuje podmínky pro adaptaci na novou roli ještě před operací.
- Se společensky hladším průběhem přebírání role opačného pohlaví je u FtM spojeno (v porovnání s MtF) snazší společenské přijetí během a po změně pohlaví.
- FtM je dle výzkumů vnímám jako psychicky stabilnější než MtF a také má více stabilní partnerské vztahy (Fifková, 2008, s. 125)¹¹.
- Ve své nové roli se cítí jistější, je také často vzhledem k psychickému pohlaví vyhraněně heterosexuální (Devor, 1999, s. 335-336), jeho představy o „mužské roli“ korespondují s tradiční představou této role zastávané většinovou společností.
- **Transsexuální MtF** ve více případech trvá déle, než je diagnostikována skutečně transsexualita. Velká část MtF lidí se během procesu uvědomování si svého stavu, cítí být někde na pomezí, proto se také častěji dokáže více adaptovat na životní roli dle biologického pohlaví. I když i tady je adaptace

většinou dočasnou záležitostí, řada TS MtF se ožení a se svou partnerkou má vlastní děti (Fifková, 2008, s. 125-128).

- To však také častěji přináší komplikace do procesu jejich vlastní změny pohlaví. Nezřídka se stává, že TS MtF se snaží s operativní změnou pohlaví počkat až do doby, kdy budou jejich děti velké, a to z mnoha důvodů – jednak nechtějí přijít o možnost „v klidu“ pečovat o své děti, což se může v případě rozvodu, který je požadován před zahájením léčby, velmi zkomplikovat, obávají se, jak by to přijalo okolí, jak by byl vnímán jejich partner a hlavně, jak by to vnímalo dítě samo, jak by se s tím vyrovnalo, jaký dopad by to mělo na jeho další vývoj (uvědomování si vlastní pohlavní identity a role, společenské přijetí, hrozba šikany např. ve škole – kvůli odlišnosti rodiče, atd.). Pro zahájení procesu změny pohlaví je u nás také požadován rozvod stávajícího manželství (viz příslušná kapitola).
- Uvědomění si vlastní transsexuality, ale paradoxně právě onu zmiňovanou lepší adaptaci na biologické pohlaví, může u MtF transsexuálů ovlivňovat i fakt, že se u nich mnohonásobně častěji objevuje mimo TS i homosexuální orientace, tedy, že biologický muž, který se cítí být ženou, je sexuálně přitahován právě ženami. U FtM je naopak procento výskytu homosexuální orientace zhruba shodné s procentuálním výskytem v běžné populaci (Fifková, 2008, s. 128-129).
- U TS MtF lze vyzorovat méně stabilní partnerské svazky, což lze jistě přičíst i faktu horšího společenského přijetí jejich odlišnosti, a to jak ve fázi přeměny, tak po operacích.
- TS MtF mají horší podmínky pro započítí i průběh RLT. Jak jsme již uváděli, naše společnost velmi ostře vnímá, když se muž projevuje žensky. Proto je také TS MtF člověk, který prochází RLT velmi nápadný. Z toho důvodu je doporučováno začít např. v oblasti odívání unisex oblečením a čistě ženské začít nosit až v pozdějších fázích hormonální terapie. Mnohem lepší adaptace nastává až určitou dobu po operacích, kdy je upravena hladina mužského hormonu, působí již substituované hormony ženské a TS MtF má většinou za sebou i určité kosmetické zákroky – jako je např. laserová depilace vousů a dalšího ochlupení, úprava hlasu (operativně nebo cvičením hlasivek) atd. (Fifková, 2008, s. 79).
- Přijetí MtF okolní společností ztěžuje velmi často i fakt, že snaha o ženské chování a vystupování vede k tomu, že MtF, aniž si to uvědomuje, působí

¹¹ Uvádějí také ve svých člancích P. Weiss a B. Švecová (2001), také Benjamin (1999).

někdy spíše jako karikatura ženy – pohyby, účesy, líčení, mluva jsou přehnané. U FtM se s tímto nesetkáváme (Weis, Švecová, 2001).¹²

3.1. Život před přeměnou – dětství a škola

Pro člověka s TS je těžké přijmout již fakt, že se někde stala chyba, že to, jak vypadám, nekoresponduje s tím, co uvnitř ohledně své pohlavní identity cítím. Podporován poznámkami okolí, pochybuje sám o sobě, svém duševním stavu. Mohou přijít i pocity viny (jsem divný, trápím rodiče, ubližuju jim, něco dělám špatně, „jsem zlobivý/zlobivá“) (srov. Devor, 1999, s. 106). Což může vést k tomu, že se dítě buď stáhne do svého světa, nebo reaguje opačně – odmítá, „zlobí“, je v opozici.

U dítěte, které se chová odlišně než jeho vrstevníci, je také větší hrozba šikany ze strany spolužáků, part dětí. Je zde, bohužel, i větší riziko sexuálního zneužívání. Jak už jsme zmiňovali dříve, více ohrožení posměchem a napadáním jsou v tomto smyslu TS MtF pro své dívčí chování a vystupování, které společnost hůře toleruje.

Co potřebují: respekt k odlišnosti, individuální přístup, informace a pocit jistoty ze strany rodičů, že je budou mít rádi takové, jací jsou. Být vyslechnuti a bráni vážně. Podporu ze strany školských a volnočasových zařízení ve smyslu respektování odlišnosti, práva na odlišné chování ve smyslu pohlavní role. Informovanost okolí (rodina, škola atd.) o problematice.

3.2. Dospívání

Období dospívání je již samo o sobě složitým i pro člověka nezatíženého TS. S tím, jak se začínají rozvíjet sekundární pohlavní znaky, přichází zlomové období ve smyslu konečnosti a neměnnosti vlastního vývoje – mé tělo už se žádným zázrakem nezmění na to „opačné“. Přibývají pocity studu před ostatními dospívajícími stejného biologického pohlaví v citlivých záležitostech jako převlékání ve společných šatnách, používání toalet, společných sprch. Problém nastává při koupání na veřejném koupališti, při sportu apod.

Stupňuje se pocit zhnusení z vlastního těla, jeho projevů spojených s dospíváním (menstruace, noční poluce). Více než předtím se objevuje potřeba tělesné znaky náležející biologickému pohlaví skrývat. U FtM začíná období stahování hrudníku – maskování prsou (Devor, 1999, s. 197), u MtF snaha odstranit nežádoucí ochlupení, „zneviditelnit“ varlata a penis pod oblečením.

¹² Shodně uvádí např. J. Walinder (1967).

K pocitu diskomfortu přispívá nepochopení a narážky okolí, nepřijetí ze strany rodiny a blízkých. Pro rodiče a blízké TS člověka je rozhodnutí potomka pro změnu pohlaví také velkou zátěží – jde vlastně o určitou ztrátu. „Výstižně popsal takovou situaci jeden z rodičů adolescentního syna, který se rozhodl pro změnu pohlaví: ‚Jste-li kamarád, přijmete takovou změnu u člověka, kterého máte rádi, bez potíží a přejete mu, aby byl co nejšťastnější. Jste-li však rodič dítěte, které mění pohlavní identitu, je mnohem složitější celému procesu porozumět a smířit se s tím. Tady člověk nevystačí jen s tolerancí vůči transsexualitě. Musíte se vzdát také vlastních představ o budoucnosti svého dítěte a určité části vašich plánů“ (Janošová, 2008, s. 252).

Záležitost se komplikuje i v počínajících partnerských vztazích. TS si uvědomuje svou horší pozici v navazování kontaktů s lidmi opačného psychického, ale stejného biologického pohlaví. Cítí mnohem větší riziko odmítnutí. Často řeší otázku, kdy to partnerovi vůbec sdělit (v jaké fázi vztahu). S tím jsou spojeny i pocity bezmoci, bezvýchodnosti situace. Objevují se depresivní stavy, někdy až myšlenky na suicidium, pokud je situace vnímána ostře jako neřešitelná a již dále neúnosná. Může se objevit také zneužívání drog a nadužívání alkoholu (Devor, 1999, s. 305–208).

Co potřebují: Stejně jako dříve – individuální a respektující přístup. Informované okolí (především škola, praktický lékař, OSPOD ad.). Mít možnost projít touto fází co nejpřirozeněji a bez zbytečné psychické újmy – př. mít možnost mýt se, převlékat se jinde než ostatní. Jakkoliv to může být vnímáno jako větší upozornění na daný stav, spolužáci tím mohou být naopak vedeni k respektu k odlišnosti, individuální potřebě. Větší pozornost z hlediska možné šikany (Devor, 1999, s. 204–206). Otevřenost a naslouchání, nedevalvování jejich pocitů a stavů. Odbornou pomoc – kontakt na sexuologa, který může zahájit první kroky, informovat rodiče o stavu a možnostech. Podporu. Mohou potřebovat i lékařskou pomoc, rehabilitace (př. stahování hrudníku se podepisuje na držení celého těla, svalstvu zad, může dojít i k vědomému sebepoškození atd.). Pochopení ohledně výkyvů nálad, pokud procházejí hormonální terapií, respektování nastavených změn – v oblékání, oslovování, chování v roli příslušné psychické identity.

Toto období je vnímáno jako těžké i z hlediska finanční i jiné závislosti na rodičích. Rodiče, bohužel, tuto skutečnost mohou použít jako zbraň vůči svému dítěti – „pokud se nebudeš chovat tak a tak, jdi si bydlet, kam chceš...“ apod.

3.3. Dospělost

Plusem může být v dospělosti finanční nezávislost na rodičích, samostatnost. Přesto i ta je relativní – o práci, která činí TS člověka finančně nezávislým, může přijít, pokud zveřejní, jaký je skutečný stav věcí. Hrozí nepřijetí ze strany spolupracovníků, klientů (zákazníků, rodičů dětí, které má v rámci svého povolání v péči atd.) Může se objevit tlak ze strany rodiny k uzavření partnerství (případně i rodičovství) s osobou opačného biologického pohlaví (Devor, 1999, s. 271). Pokud je problém dlouhodobě neřešen, projeví se psychosomaticky – bolesti hlavy, zad, celková skleslost a slabost, deprese. Stále hrozí riziko suicida, protože problém je protrahovaný a nerýsuje se žádné východisko.

Co potřebují: Informace, informované okolí (zaměstnavatelé, spolupracovníci ad.), individuální a respektující přístup, individuální podmínky tam, kde jde o citlivé situace (převlékání atd., tam, kde to možné zajistit). Prostor a podporu blízkých. Kontakt s odborníkem, naději na zlepšení situace. Pochopení, že svými požadavky nechtějí šokovat, ale být respektováni jako příslušníci daného pohlaví.

3.4. Stáří

To, že se problematika TS týká také seniorů, může být pro někoho překvapivé. Není to skupina, která by se příliš zviditelňovala, či byla zviditelňována medií. Možná, že „neviditelnosti“ TS seniorů nahrává skutečnost, že u seniorů si společnost zvykla tolerovat určitou míru „podivínství“. Je to dáno i tím, že se ke stáru více stírají rozdíly mezi jednotlivými pohlavími, stává se tak trochu opět neutrálním věkem. Také je pravda, že nárůst počtu seniorů, u kterých byla diagnostikována TS (a nějakým způsobem ji kompenzovali a okolí to registrovalo) teprve přijde. U nás se s operacemi začalo cca v polovině šedesátých let minulého století a bylo jich tehdy minimum. Řada nynějších seniorů proto řeší svou situaci v ideálním případě hormonální terapií, pokud to lze, kde je zdravotní omezení, tak alespoň vystupováním v roli opačného pohlaví a crossdressingem. Do budoucna je však třeba i zde s problematikou TS více počítat – rozhodně přibude větší počet TS seniorů, kteří budou po operativní změně pohlaví. Počítat by s tím měli hlavně lékaři, pracovníci pečovatelských služeb, home care a další. A opět nesmíme zapomenout na zvýšenou možnost šikany.

Co potřebují: pochopení a respekt k situaci, přijetí a respekt k soukromí. Individuální přístup, informovaný personál, zejména v případě sociálních služeb pobytového typu.

3.5. Po operacích

Operace ke změně pohlaví jsou u nás dovoleny od 18 roku věku. Řada lidí s TS jimi v dnešní době alespoň částečně projde během studia na SŠ, VŠ. Zdálo by se, že operace vše vyřeší, ale není to pravda. Záleží, jaké všechny operace TS člověk podstoupí a s jakým výsledkem. TS MtF jsou na tom po operaci lépe – jejich tělo se vzhledem i „funkčností“ hodně blíží ženskému, téměř není poznat rozdíl. I zde jsou však skryté komplikace, jednak ohledně zdravotních rizik (doživotní hormonální terapie a s ní spojená rizika, nutná je každodenní dilatace neovagíny, ve které záněty mohou způsobit větší škodu než záněty u běžných žen). Co se týče celkové vizáže, hendikepuje TS MtF především výška, určitá hranatost postavy, výraznější ohryzek a čelisti, hlouběji posazený hlas a přítomnost vousů. Úpravy těchto částí těla si musí MtF člověk, jak už bylo zmiňováno, hradit sám. V případě odstraňování vousů je to otázka více měsíců a několika bolestivých ošetření např. laserem.

Je třeba vzít v úvahu, že v mezidobí, než jsou potřebné úpravy zevnějšku zrealizovány, je to záležitost, která TS MtF stigmatizuje, může tak být velmi snadným terčem posměchu, i fyzických útoků, protože v tomto případě je „odlišnost“ viditelná. Do určité míry také může vést k izolaci TS člověka.

V případě FtM opět záleží, jaké všechny zákroky člověk podstoupí a jak „vybaven“ byl fyzicky před operacemi. V případě malých ňader, nemusí být zákrok viditelný, v případě většího poprsí, jsou po operaci znatelné jizvy na hrudi, a to poměrně velkého rozsahu. Opět stigmatizující záležitost, po dobu, než jizvy alespoň trochu vyblednou, případně je skryje ochlupení. Někdy je třeba podstoupit korektivní operaci. Ještě složitější je úprava genitálu, někteří FtM ji ze zdravotních či jiných důvodů (např. čekají, zda se neobjeví jiné postupy a způsoby tvorby neofallu) nepodstupují. S tím je opět spojeno určité společenské omezení – př. již zmiňované společné sprchy např. v plaveckém bazénu atd. V případě, že TS FtM operativní zákroky k úpravě genitálu postoupí, znamená to opět velký zásah do ostatních částí těla (využití svalu zad a kůže z předloktí), který je viditelný, navíc je riziko dalších komplikací, které si mohou vyžádat i více revizních operací.

A opět je zde riziko stigmatizace – na první pohled může být rozpoznatelné, že tento člověk je TS. Jizvy po odebrání svalu i kůže jsou totiž velmi specifické.

Je tedy jen na každém FtM, zda a do jaké míry uvedená rizika podstoupí (Weiss, Švecová, 2001, s. 13–19).

3.6. Partnerské vztahy v průběhu a po změně pohlaví. Možnosti rodičovství.

K tématu partnerských vztahů již několik informací zaznělo v rámci předchozích kapitol. Dozvěděli jsme se, že TS lidé mohou být heterosexuálně i homosexuálně zaměřeni, že se během svého života mohou pokoušet o adaptaci na biologické pohlaví, zplodit děti (v korespondenci dle svého biologického pohlaví). Jaká je ale jejich situace poté, co zahájí proces přeměny a následně je operace ke změně pohlaví zbaví vlastní plodnosti?

Už sama diagnóza TS vnáší do vztahové roviny omezení. Ne každý partner je připraven žít s člověkem, který je biologicky stejného pohlaví, a ta informace by měla dříve či později od TS člověka padnout. Jednou z velmi řešených otázek proto je – kdy o své situaci říci člověku (a nyní je vcelku jedno, zda se jedná o muže, ženu homo či heterosexuálně zaměřené), o kterého mám vážný zájem. Názory se různí, dle povahy každého TS. Někdo upřednostňuje možnost, aby jej daná osoba znala jako TS už od samého začátku, jiní naopak to, aby se partner o problému dozvěděl později, aby měl možnost poznat TS člověka nejdříve jako osobnost, a pak teprve přišlo na řadu řešení otázky dopadů transsexuality na pokračování vztahu. Nelze říci, které řešení je správné. Každé z nich přináší rizika ukončení vztahu z důvodu toho, že partner se k TS problematice postaví odmítavě, případně nebude chtít nést zátěž dopadů operativní změny pohlaví, jako je neplodnost partnera a další. Také musíme vzít v potaz, že nejen rodiče potřebují čas na vyrovnání se s touto skutečností¹³, ale i potenciální partner TS člověka.

Další otázkou, kterou musí pár s TS zátěží řešit, zda a jak informovat o TS rodiče a blízké partnera, který TS není. Opět se názory různí, osobně bych se přiklonila k tomu, který říká, že toto je čistě soukromá věc daného páru, není povinností rodinu informovat. Samozřejmě – vždy záleží na různých okolnostech a vzájemných vztazích.

Otázku rodičovství TS lidí jsme částečně zmiňovali v předchozích kapitolách, když jsme uváděli možnost, kdy se alespoň na nějaký čas pokouší TS člověk adaptovat na své biologické pohlaví a podaří se mu mít vlastní děti.

Další možností, kterou ale u nás není možné zrealizovat, je odebrání vajíček člověku s TS FtM před operací vaječníků a dělohy, jejich oplodnění spermatem dárce a zamražení zárodků (mají větší procento přežití, proto se samotná vajíčka prakticky nezamrazují), které by mohly být následně po operativní změně pohlaví a uzavření sňatku aplikovány do dělohy jeho manželky. Etická komise (např. při

¹³ K tomuto tématu je možné doporučit např. kapitolu Coming out stories (Devor 1999, s. 421– 434).

FN Bulovka v Praze) tuto možnost nevyklučuje, nicméně zákon u nás neumožňuje, aby „dárkyně“ vajíček znala příjemkyni (ani v tomto případě)¹⁴. V zahraničí se s touto možností počítá. MtF má v tomto zdánlivou výhodu, může si nechat před operací bez problému zmrazit sperma. Nicméně pokud je jejím pozdějším partnerem muž, je jedinou cestou jak mít děti adopce, případně pěstounská péče.

Poslední „možností“ je vzít si po operativní změně pohlaví partnera, který má v péči vlastní děti z předchozího vztahu. Část TS lidí o dětech vůbec neuvažuje (Fifková, 2008, 135–140).

3.7. TS a křesťanská víra, náboženství

Jedním z témat, které také zasahuje do života některých TS lidí, je víra. Vzhledem ke kořenům naší kultury, je to převážně některá z forem křesťanství. Problém u věřících TS lidí se může týkat samotného vnitřního prožívání víry, případně účasti na společenství ostatních věřících. Stanoviska některých církví a náboženských společností k problematice transsexuality jsou přinejmenším rozpačitá. Je to pochopitelné, jde o problematiku, která zasahuje jen malou část věřících lidí. Na druhou stranu, veškeré instituce jsou tvořeny především lidmi, kteří mohou k problematice zaujímat určitý svůj osobní postoj.

Katolická církev nevydala prozatím žádné konkrétní stanovisko, jak k problematice TS přistupovat. Názory se různí. Jisté ale je, že v případě, že TS člověk řeší svou situaci operativním zákrokem, neuznává katolická církev jeho nový stav, úřední změnu pohlaví, a tudíž nedovoluje přístup do církevních úřadů ani na laické úrovni, nedovoluje uzavření církevního sňatku atd. (Skoblík, 2006, s. 148–157). Postoj a přístup farářů a ostatních věřících v dané farnosti k jednotlivým lidem s TS je vždy individuální záležitostí. Postoj k tématu a přístup osciluje od vnímání problematiky TS jako osobního kříže, který je třeba (statečně) nést, s absolutním odmítnutím jakýchkoliv zásahů (hormonální terapie, operace, ale i jen vizuální se přizpůsobení opačnému pohlaví je vnímáno odmítavě), ke vnímání problematiky TS jako tématu, které je sice složité uchopit teologicky, avšak lidsky lze jednat jednoznačně směrem k podpoře člověka s TS, včetně přijetí operativní změny a nové identity daného člověka.

Touto problematikou se z pohledu katolické církve zabývá např. Jiří Skoblík (2006) ve své publikaci „Transsexualismus“ a dá se říci, že jeho závěr, který shrnuje předložená vyjádření morálních teologů, se dá aplikovat obecně:

„Z probíhající diskuse je patrné, jak důležitá je informovanost o vývoji vědeckého

¹⁴ Dle osobního sdělení MUDr. Pavelkové z CAR u Apolináře v Praze, na základě rozhodnutí etické komise.

výzkumu, jehož výsledky jsou dnes již k dispozici a jak důležitá je osobní zkušenost s lidmi trpícími poruchou pohlavní identity“ (Skoblík, 2006, s. 146).

Pokud bychom se vrátili ke stanoviskům ostatních hlavních církví, které jsou u nás zastoupeny, pak lze shrnout, že evangelíci (ČCH, ČCE) se na problematiku TS dívají více skrze optiku vlastní odpovědnosti člověka, jak naloží se svým životem, není další autorita, kromě Boha, která by mohla cokoliv závazně nařizovat, duchovní jsou spíše důvěrníky, poradci a zauímají spíše přijímající postoj (Fifková, 2008, s. 152-153).

Jiný postoj budou naopak zauímat např. představitelé evangelikálního proudu, který je ve své podstatě velmi konzervativní, jsou zde větší tendence k černobílému vidění světa a doslovnému výkladu Bible. Převážně stejný postoj pak budou zauímat představitelé náboženských spolků a společností, které lze řadit mezi tzv. „nové (netradiční) náboženské směry a hnutí.“¹⁵

Příkladem může být paradoxně Církev adventistů sedmého dne, která u nás má dlouholetou tradici, velký misijní potenciál a řadu projektů zaměřených na sociální činnost (př. adventistická organizace ADRA). K problematice transsexuality se její zástupce na jedné z diskuzí, probíhající na webu církve, vyjádřil následovně:

„...Úkolem církve je vyjadřovat biblické postoje k jednotlivým problematickým skutečnostem v životě lidí a ve světě a také pomáhat hledat cesty ke zmírnění dopadů hříchu ve světě a k nápravě problémů. Pokud je možné problémy řešit, je úkolem církve a věřících lidí hledat jejich řešení a pokoušet se je řešit. Lidé z pomyslné pasti transsexuality neuniknout tím, že se budou snažit přizpůsobit svoje tělesné pohlavní znaky svým představám, ale z Boží milosti a s pomocí milujícího společenství církve se mají snažit přijmout svoji identitu v Božích očích. Vykoupený člověk nemusí trpět pocitem odcizení od své identity ani pocitem vnitřního vykořenezení. Nadruhé straně, jako věřící lidé jsme povinni milovat i ty lidi, kteří nebudou schopni překonat své pocity a podstoupí zákrok změny pohlaví stejně jako lidi, kteří budou pociťovat náklonnost ke stejnému pohlaví. Do doby než Bůh při Kristově příchodu zničí příčiny i důsledky hříchu, budeme ve svém těle i ve světě trpět a sténat pod břemenem hříchu. Avšak porušenost a skutečnost hříchu by nás neměla vést k tomu, že nesprávné skutečnosti budeme přijímat a obhajovat. Transsexuálové, kteří prožívají vnitřní nejistotu, pochybnosti a krize, jsou zvláště ohroženou skupinou lidí, kteří potřebují porozumění, přijetí,

¹⁵ Více k této problematice např. Zdeněk Vojtíšek (2007).

objasnění problémů, modlitby a podporu. Zvláště když jim nepřinesla úlevu terapie nebo operativní změna pohlaví.“¹⁶

Závěr nechť si udělá každý sám.

¹⁶ CASD- mládež.net. *Jak se dívá CASD na transsexuály?* online]. [s.n.]. c2005 cit [2010-06-20]. Dostupné z www < <http://www.mladez.net/index.php?page=poradna&dfrom=30&dcount=10>, příspěvek, bohužel, nelze přesně datovat, odpovídal tajemník Č-S unie C.A.S.D Josef Hrdinka.

4. Problematika transsexuality z hlediska sociální práce

V této kapitole bych se ráda zaměřila na postoj sociálního pracovníka k problematice a TS klientovi, situace, ve kterých se může sociální pracovník setkat s touto tematikou, a tím, co by o ní měl v návaznosti na předchozí kapitoly vědět. V přílohách pak bude možné najít další materiály a kontakty, kterých sociální pracovníci mohou využít.

4.1. Postoj sociálního pracovníka a etika

První a zásadní otázkou sociální práce vůbec je to, jaký by měl sociální pracovník k problematice TS zaujmout postoj. Budeme-li vycházet z Etického kodexu sociálních pracovníků, můžeme se, co se týče profesního postoje, jednoznačně opřít již o úvodní body – etické zásady, a to konkrétně tyto:

„1.2. Sociální pracovník respektuje jedinečnost každého člověka bez ohledu na jeho původ, etnickou příslušnost, rasu či barvu pleti, mateřský jazyk, věk, **pohlaví, rodinný stav**, zdravotní stav, sexuální orientaci, ekonomickou situaci, náboženské a politické přesvědčení a bez ohledu na to, jak se podílí na životě celé společnosti...

...

1.5. Sociální pracovník dává přednost profesionální odpovědnosti před svými soukromými zájmy. Služby poskytuje na nejvyšší odborné úrovni.“ (Etický kodex společnosti sociálních pracovníků ČR, 2006).

Zde si dovolím malou odbočku - Kodex se dále odvolává na principy Mezinárodního etického kodexu sociální práce (Etika sociální práce – principy, 2004), který byl přijat valným shromážděním IFSW (Mezinárodní federace sociálních pracovníků) v roce 2004 a ze kterého česká podoba vychází. Zde se v podobném výčtu ohledně respektu k jedinečnosti každého člověka objevuje vedle pojmu pohlaví (sex) i „rod“ (gender) – konkrétně v podobě spojení (pokud si najdeme anglickou verzi): „...culture, **gender or sex**, marital status...“ Je otázkou, proč tento termín nebyl převzat i do české verze Kodexu, když jeho revize proběhla o dva roky později. Je i další otázkou, proč je tento termín pro potřeby odkazu na Kodex překládán do češtiny v uvedeném případě automaticky jako „rod“, a není ponechán ve tvaru „gender“, když je tento tvar pro potřeby sociální práce srozumitelnější a můžeme říct, že i více vžitý. Pokud bychom uvažovali o českém ekvivalentu, tak v daném kontextu by se více hodil překlad ve smyslu „sociální pohlaví“.

Dále se můžeme odkázat v rámci tohoto dokumentu na část 2 Pravidla etického chování sociálního pracovníka, konkrétně část 2.1. Ve vztahu ke klientovi, kde se uvádí:

„2.1.7. Sociální pracovník je si vědom svých odborných a profesních omezení. Pokud s klientem nemůže sám pracovat, předá mu informace o dalších formách pomoci. Sociální pracovník jedná s osobami, které používají jejich služby (klienty) s účastí, empatií a péčí.“(Etický kodex společnosti sociálních pracovníků ČR, 2006)

Z uvedených zásad jednoznačně vyplývá, že sociální pracovník by měl znát svá omezení – lidská i profesní, a v případě, že má s tématem transsexuality osobní problém (tzn. má problém s lidmi s TS vůbec jednat, nebo předložit klientovi možnosti, které jsou pro řešení jeho situace k dispozici, aniž by přitom upřednostňoval svůj pohled na problematiku atd.), měl by dopad tohoto osobního pohledu na TS na klienta minimalizovat např. předáním případu, ve kterém jedná. Uvedenou zásadu zmiňuji z důvodu, že sociální pracovník (a nejen on, může jít i o terapeuty, lékaře...) může mít např. z náboženských či jiných důvodů úplně jinou představu o tom, jak by měl klient svůj problém řešit. V některých případech může být tento jeho pohled natolik vyhraněný, že mu nedovoluje vidět další možná řešení (informace, kontakty), která by klientovi mohl nabídnout.

Pro sociální práci s TS klientem je důležitým dokumentem také již zmínění a v roce 2009 schválený tzv. antidiskriminační zákon (č. 198/2009 Sb.). Podrobněji se o něm zmíníme v podkapitole „Legislativa“.

4.2. Kde se s problematikou v rámci sociální práce můžeme setkat?

Úvodem této kapitoly je důležité vysvětlit, proč se problematikou transsexuality zabýváme ve spojení s působením sociálních pracovníků. Vezmeme-li v úvahu, že pole působnosti sociální práce je velmi široké, je pro sociálního pracovníka možnost, že se s touto problematikou během svého života setká, poměrně velká, měl by proto na ni být připraven.

Problematika transsexuality je navíc trochu hraniční - ačkoliv nejde o záležitost sexuální preference, zahrnují TS do svého „programu“ organizace a hnutí, které se zabývají především sexuálními menšinami – např. LGBT¹⁷. Jakkoliv můžeme řazení TS mezi problematiku sexuálních menšin vnímat jako

¹⁷ **LGBT**, někdy také **GLBT**, dříve jen **LGB** či **LG** – zkratka, která cca od 2. poloviny 90. let 20. století **Lesby, Gaye, Bisexuály** a **Transgender** osoby. Pro širší popis podobných menšin se používá také označení *queer*.

sporné¹⁸, pomáhá LGBT hnutí v rámci svých akcí a informačních kampaní seznamovat veřejnost s tímto tématem. U nás se s LGBT problematikou můžeme setkat např. v rámci **Poradny pro občanství, občanská a lidská práva**¹⁹, která ji má jako jednu z oblastí, na které se zaměřuje. Pro doplnění uvedme, že je vždy dobře uvedeno, o jaké téma se v rámci poradny jedná, problematika transsexuality, či transgender vůbec, je brána jako samostatná.

Dále se TS může stát tématem, které se objeví na **linkách důvěry** – ať již telefonických, či internetových. Kontaktovat linku může sám člověk, u kterého se jedná o TS (s větším či menším vědomím toho, že TS je jeho téma), který potřebuje vůbec nějaké základní informace ke svému stavu, se kterým si neví rady, případně již řeší konkrétní problémy s TS spojené. Linku může ale také kontaktovat rodič či blízký TS člověka s žádostí o ověření si informací, či jako řešení svého aktuálního psychického stavu (ventilace pochybností, pocitů viny, obav z budoucnosti v souvislosti s možnou TS diagnózou, či podezřením u svého potomka...). Stručnou, i když ne úplně šťastnou, zmínku o TS proto najdeme i v publikaci Krizová intervence (Vodáčková, 2002). Kladně vnímám to, že je tato problematika v publikaci zohledněna, za méně šťastné však považuji, že je primárně řazena do kategorie „Poruchy sexuality“, což může být zavádějící, stejně tak jako její spojování s gay a lesbickou problematikou v rámci jednoho textu, jako třeba v této ukázce z podkapitoly „Jak to vzniklo a co se s tím dá dělat“, která následuje po podkapitole „Poruchy pohlavní identity“, která je tématu TS věnována:

„Otázka ‚jak to vzniklo‘ a ‚co se s tím dá dělat‘ zaznívá u jedince, v párech, rodinách, i větších společenských systémech. Představa o vrozenosti snímá vinu, proto se jí mnozí úzkostlivě drží. Jiní lidé se z důvodů jiných (například věroučných) drží podobně úzkostlivě představy, že si „za to“ (například transsexuál) může sám.

Postoje se různí. Smiřuje je představa kontinua, souvislého pokračování, poměrně plynulého přechodu od vrozené podmíněnosti přes vadné učení, které se stalo součástí hluboce vtisknutého vzorce sexuálního chování, až k naučenosti, kterou lze opustit.

¹⁸ TS člověk, který prošel procesem změny pohlaví a dosáhl i úřední změny pohlaví a i jeho sexuální preference je v souladu s nově nabytým úředním pohlavím brána jako heterosexuální, nevnímá sám sebe jako příslušníka menšiny – pouze se „napravilo“ to, co se „stvořiteli nepovedlo“ a dále chce být vnímán jako zástupce většinové společnosti, a to se všim všudy.

¹⁹ Viz např. jejich www stránky na <http://lgbt.poradna-prava.cz/>

Jako příklad může opět posloužit homosexualita. Ne každý, kdo se chová jako homosexuál, homosexuálem je....“ (Vodáčková, 2002, s. 254).

Následný text se dále věnuje pouze homosexualitě a k otázce transsexuality se vrací na samém závěru, který nám může na druhou stranu sloužit jako potvrzení předpokladu, s jakým tématem se právě na linku důvěry (i) TS lidé obracejí:

„Transsexuálové podobně jako gayové nebo lesbické ženy potřebují stejné druhy pomoci jako ostatní muži a ženy: jak se vyrovnat se zklamáním očekáváními rodičů, jak se přihlásit k tomu, kým se cítí být, jak najít odvalu jít svou vlastní cestou, jak sloučit představy o sobě, vlastním těle a o životě s tím, co říká například víra, jak najít přiměřeného partnera nebo partnerku, jak se vyrovnat s partnerovou nevěrou, jak řešit partnerské konflikty.

Potřeby odchylových se lidí však mají zarámování v postojích většinové veřejnosti: proto může zjištění vlastní odlišnosti, touha vyjevit, kdo je (coming-out), a obtíže s hledáním lidí, ke kterým patří, vést našeho klienta k těžkým – mnohdy sebevražedným – prožitkům a myšlenkám“ (Vodáčková, 2002, s.255).

Jak tento text napovídá, témata, která TS lidi řeší, jsou jednak specifická – související přímo se zvládnutím dopadů transsexuality a jednak témata, víceméně společná všem lidem v daném životním období. Proto dalším místem, kde se můžeme s TS problematikou častěji setkat, ať již jako primárním problémem, nebo jako doprovodným tématem, jsou např. **poradny pro rodinu, manželství a mezilidské vztahy; občanské poradny**. Pracovník státní správy by měl být při výkonu svého povolání připraven řešit specifické dílčí problémy spojené s TS na místech jako je **oddělení sociálně právní ochrany dětí; matrika; úřad práce; správa sociálního zabezpečení ad.**

4.3. Legislativa

Transsexualita není jen medicínským tématem, vyrovnat se s ní musel i náš právní systém, který uznává existenci dvou pohlaví (žena – muž) a s nimi spojuje další právní skutečnosti. Jedním z důležitých témat při diskuzích o možnostech řešení transsexuality chirurgickou úpravou pohlaví proto bylo, jak se k operativní změně pohlaví postavit z hlediska legislativy - zda a za jakých podmínek vůbec povolit úřední změnu pohlaví na opačné, zda umožnit a za jakých podmínek, aby osoby po takovéto změně pohlaví uzavíraly sňatky²⁰.

²⁰ Např. viz SYMPOZION o soudně lékařských otázkách transsexualismu, 1969, str. 16-29, a další.

Výsledkem je, že v ČR neřeší problematiku transsexuality a následné změny pohlaví jeden zákon, ale je zohledněna podle témat v zákonech a vyhláškách, které jsou uvedeny níže. Celkově lze říci, že Česká republika je ve srovnání např. se Slovenskem na poměrně dobré úrovni, a to jak v přístupu k problematice TS, tak v lékařské péči či legislativě (Pechová in Beňová, 2007, s. 57). Je však ještě mnoho témat, která by ošetřena být měla, jako např. pobyt a pokračování terapie osob, u kterých probíhá proces změny pohlaví, ve vazbě a výkonu trestu ad. (Fifková, 2008, s. 145–147). Diskutovány jsou také návrhy změny zákona o péči o zdraví lidu, kterým se budeme věnovat na konci této kapitoly.

Neutrální jméno

Možnost změnit v průběhu hormonální terapie a RLT jméno na neutrální zakotvuje *Zákon 301/2000, o matrikách, jménu a příjmení* Hlava II, díl 3, §71, odst. 5): „Fyzické osobě, u níž probíhá změna pohlaví, povolí matriční úřad užívat neutrální jméno a příjmení na základě její žádosti a potvrzení zdravotnického zařízení, u něhož léčba pro změnu pohlaví probíhá.“

Oficiální formulář žádosti není stanoven, měl by však obsahovat náležitosti, které uvádí §75 tohoto zákona a jimiž jsou zejména - původní jméno a příjmení žadatele a jeho identifikační údaje, žádaná neutrální podoba jména a příjmení, státní příslušnost a trvalý pobyt žadatele, zdůvodnění a podpis žadatele.²¹

Potvrzení o probíhající léčbě vydává sexuolog, u něhož je žadatel v evidenci a který koordinuje léčbu. Neutrální podoba jména a příjmení, jak již bylo uvedeno dříve, je taková, ze které není patrné, zda se jedná o ženu či muže, např. Nikola Krejčí, Andrea Jakubů, René Poláků.

Matrika umožňuje změnit příjmení osoby procházející změnou pohlaví kompletně – tedy není nutné u současného příjmení měnit koncovku, je možné změnit příjmení na zcela jiné. Nebývá to využíváno často, důvodem pro kompletní změnu příjmení je většinou odmítavý postoj rodiny TS člověka k problematice TS – rodina s ním tzv. nechce mít nic společného. Volba jiného příjmení je v tomto případě přijatelnou možností pro obě strany.

O změně jména příjmení na neutrální vydává místně příslušná matrika Rozhodnutí (pozor, běží u něj běžné odvolací lhůty!). Při této příležitosti je vystaven nový rodný list a je třeba změnit i další doklady, jako řidičský průkaz

Důležitou otázkou, která v debatě proběhla, bylo, nakolik porucha identity ovlivňuje duševní zdraví jedince z hlediska právních úkonů, jak ošetřit legislativně „změnu“ pohlaví, zda osobám po operativní konverzi povolit sňatky – s obavou, aby nebyla klamána druhá strana, která sňatek uzavírá atd.

²¹ Viz příloha č. 2

a další průkazy, kterými lze prokazovat totožnost, dále je třeba změnu nahlásit také na příslušné zdravotní pojišťovně.

TS člověk, uvažující o úplné a tedy i úřední změně pohlaví, zpravidla nevyřizuje paušálně změnu u všech dokumentů (smlouvy o bankovních účtech, vysvědčení atd.), i vzhledem k okolnosti, že rodné číslo, podle kterého je v ČR v rámci systému identifikovatelný a které zajišťuje právní kontinuitu existence člověka, zůstává v tomto období nezměněno.

Operace ke změně pohlaví, změna rodného čísla, jména a příjmení na opačný tvar

Operace ke změně pohlaví je u nás upravena prozatím *Zákonem č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu*, konkrétně se jedná o § 27a:

„Kastrace, stereotaktické operace a zákroky u transsexuálů se provádějí pouze na žádost osoby, u níž mají být provedeny, a po schválení odbornou komisí, kterou tvoří právník, nejméně dva lékaři se specializací v příslušném oboru a dva další lékaři nezúčastnění na provádění lékařského zásahu.

Před podáním žádosti musí být osoba náležitě informována lékařem o povaze lékařského zásahu s upozorněním na rizika a případné nepříznivé důsledky s ním spojené.“

Kriteriem pro doporučení právní úpravy pohlaví podle Vyhlášky Ministerstva zdravotnictví ČSSR č. j. LP-276-16.9.1970 „Léčebné zákroky u intersexuálů, transsexuálů a sexuálních deviantů“ je u FtM alespoň hysterektomie, u MtF amputace penisu a oboustranná kastrace. Pokud po operaci více než 50% znaků svědčí pro cílové pohlaví a provedený lékařský zákrok zabraňuje v reprodukční schopnosti pacienta, je doporučena právní změna pohlaví, a tedy je možná i změna jména na jméno osoby opačného pohlaví a změna rodného čísla (Skoblík, 2006, s. 67).

Úřední změna jména a příjmení z neutrálního na mužské či ženské a změna rodného čísla je provedena na základě písemné žádosti (která má stejné náležitosti jako žádost o změnu jména na neutrální), doporučení sexuologa, který má TS člověka v péči, a lékařskou zprávu o provedení výše uvedeného zákroku. Lékařská zpráva je důležitá kvůli datu, ke kterému k operaci došlo, úředník matriky jej následně použije v rámci Informačního systému evidence obyvatel (ISEO) jako datum, ke kterému je změna pohlaví účinná (MV ČR, 2010a).

O změnu rodného čísla požádá pracovník matriky na základě předložených dokumentů příslušné pracoviště Ministerstva vnitra ČR již automaticky (zákon

č. 133/2000 Sb.)²². Opět je vystaven nový rodný list, tentokrát i s novým rodným číslem. Vydání těchto dokladů je osvobozeno od poplatku (MV ČR, 2010c). Na základě nových dokumentů je povinností znovu požádat o změny příslušných dalších dokladů (řidičský průkaz, pas, karta pojištěnce ad.). Matrika většinou upozorní, již při vydání Rozhodnutí o povolení změny, že je třeba se neprodleně dostavit na příslušný úřad a zažádat o změnu OP. Změna na úředních dokumentech (smlouvy o bankovních účtech, další smlouvy, doklady o studiu, potvrzení a žádosti pro sociální dávky ad.) by tentokrát měla být kompletní. Návaznost rodného čísla na staré rodné číslo, která je důležitá opět pro zachování právní kontinuity existence člověka s TS, je skrze ISEO zajištěna automaticky.

Vyhláška MŠMT ČR č. 223/2005, o některých dokladech o vzdělání, umožňuje vystavit stejnopis vysvědčení s novým jménem a příjmením, a to dle §3, odst. 6): „K žádosti o vydání stejnopisu z důvodů změny pohlaví žadatele se přiloží rozhodnutí příslušného správního úřadu o povolení změny jména a příjmení, popřípadě jeho úředně ověřený opis, a prvopis vysvědčení, výučního listu, nebo diplomu o absolutoriu.“

Možnost získat vysvědčení i zpětně s novým jménem a rodným číslem usnadňuje člověku s TS např. vyřizování agendy spojené s podáním přihlášky na VŠ, nástupem do zaměstnání. Výpis z rejstříku trestů by měl již být vydán automaticky na základě žádosti (podané na příslušném tiskopise) na nové jméno. Může nastat případ, kdy změny ještě nejsou v systému zaneseny, je proto doporučováno, pokud TS člověk žádá o výpis z rejstříku trestů záhy po změně dokladů, aby s sebou na příslušný úřad vzal i Rozhodnutí příslušného matričního úřadu o změně jména z neutrálního na M či F a nový rodný list.

Po úřední změně pohlaví je TS člověk vnímán z hlediska legislativy jako nositel úředně potvrzeného opačného pohlaví a jako takový se může u nás vdávat/ženit, adoptovat děti.

Manželství uzavřená před změnou pohlaví

Jak jsme uvedli již dříve, existuje určité procento lidí s TS, kteří se svou situací snažili řešit pokusem o adaptaci na své biologické pohlaví a pro změnu pohlaví se rozhodli až ve vyšším věku, někteří z nich se oženili (MtF) či vdali (FtM). Více se těchto případů objevuje u TS MtF. Při existenci uzavřeného manželství je situace komplikovanější, vzhledem k tomu, že náš právní systém nezná „manželství“ dvou osob stejného pohlaví (zná pouze registrované partnerství dvou osob stejného pohlaví), nelze uznat kontinuitu manželství i po změně pohlaví jednoho z nich a

²² Konkrétně Zákon č. 133/2000 Sb, o evidenci obyvatel, § 17, odst. 2), písmeno d) a § 17 a), odst. 1.

jako nutná podmínka zahájení terapie ve smyslu změny pohlaví se proto vyžaduje rozvod či jiné zneplatnění uzavřeného manželství. Pokud se za trvání manželství narodily děti, zůstává v jejich dokumentech matkou vždy žena, která je porodila (i v případě, že dojde ke změně pohlaví – málo častý případ) a otcem ten, pro kterého svědčí jedna ze tří paternitních domněnek²³. Lidé s TS zůstávají tedy i po chirurgické změně pohlaví rodiči svých dětí (Fifková, 2008, s. 141–142).

Pro ilustraci uvádím jeden pohled ze strany TS:

„Je mi 36, jsem MtF a 14 let šťastně ženatý. S manželkou máme 2 děti. (Hormony neberu, terapii jsem zatím žádnou neabsolvoval. Pouze 2 informativní schůzky u sexuoložky a diagnostiku. V ženském rodě o sobě nemluvím, protože mne vnitřně ničí upínat se k něčemu, co zatím nemůžu žít.)

Manželka o mém problému ví 8 let, děčka 2 roky. Nemáme mezi sebou ani nejmenší problém, milujeme se a manželka mne všemožně podporuje. Je mi velkou oporou...

V případě, že se rozhodnu změnit svůj život k lepšímu, jsme nuceni se rozvést. Pro nás je toto ‚nepřekonatelný‘ problém. Rozvod chápu jako dýku do zad člověku, kterého nesmírně miluji. Jistě, že během HT i po případné přeměně spolu můžeme zůstat. To nám nemůže nikdo zakázat. Taky můžeme s mým novým RČ uzavřít registrované partnerství, ale to se v porovnání s manželstvím staneme občany ‚II. Kategorie‘...

Pánbůh zaplať za zákon o RP, ale v našem případě přijdeme o hodně. Myslím, že stát nemá právo nás rozdělovat, nutit nás do majetkových vypořádání a spousty jiných nesmyslů.

Taky můžu zkusit všechno nechat jak je a čekat co to se mnou udělá..“ (Diskuze na www.transsexualita.unas.cz, 2008).

Rodičovská práva i povinnosti TS osob po chirurgické změně pohlaví zůstávají právně nedotčena. Veškeré případy, kdy dochází k rozvodu manželství z důvodu TS, by měly být řešeny individuálně a citlivě ve vztahu k již narozeným dětem a dopadu dané situace na jejich aktuální i budoucí vývoj. Na druhou stranu by po nikom nemělo být požadováno z důvodu diagnózy TS a požadavku na chirurgickou změnu pohlaví, aby omezil či přerušil styk se svými dětmi. Bohužel se tak někdy podle Pechové (in Beňová, 2007, s. 62) bezdůvodně děje ze strany pracovníků odborů sociálně právní ochrany dětí. Podle Hany Fifkové (2008, s. 135–140) výzkumy, které byly realizovány v zahraničí, bylo přitom zjištěno, že děti transsexuálních rodičů nesou změnu pohlaví rodiče poměrně dobře, problém

²³ Viz Zákon č. 94/1963 Sb., o rodině v aktuálním znění, Hlava III., § 51 – 62 a)

naopak může nastat v momentě, kdy oba rodiče o situaci ví, snaží se ji všemožně zvládnout, dítě přitom informováno není. Složitější je i situace, pokud rodič změnu pohlaví odloží až do doby puberty svého potomka, který je v tomto období citlivější ohledně vnímání vlastní identity a kritických postojů vrstevníků. Fífková (2008) dále uvádí některé mýty spojované s transsexualitou rodičů, tak jak je na svých internetových stránkách zveřejnila podpůrná skupina transgender rodičů působící při Centru pro alternativní rodiny v San Francisku, tyto mýty lze vztáhnout jednak na biologické rodiče dětí, kteří prošli změnou pohlaví, jednak na rodiče dětí, které mají některého z rodičů (případně oba rodiče) transsexuály (děti se tedy narodily buď z umělého oplodnění, nebo byly adoptovány, případně transsexuálním rodičem vyženy/vyvdány):

„**Mýtus 1:** Transsexuální rodiče poznamenávají své děti.

Ne, děti spíše poznamenává transfobie společnosti.

Mýtus 2: Děti nemohou nést údel 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“ (Fífková, 2008, s. 137).

Antidiskriminační zákon

Od roku 2009 je účinný tzv. antidiskriminační zákon, konkrétně *zákon č. 198/2009 Sb., o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů (antidiskriminační zákon)*. Tento zákon vymezuje, co je a není diskriminace, diskriminační chování přímé a nepřímé, definuje také přípustné formy rozdílného zacházení. Hned na začátku však vyjmenovává důvody, které by k diskriminaci mohly vést. Jsou to důvody, které většinou známe již z Listiny základních lidských práv a svobod (zákon č. 2/1993 Sb.), na niž zákon navazuje. Antidiskriminační zákon však výčet ještě upřesňuje v § 2, odst. 4) následovně: „Za diskriminaci z důvodu pohlaví se považuje i diskriminace z důvodu těhotenství, mateřství nebo otcovství a z důvodu pohlavní identifikace.“ Přímo jsou tak zohledněny i osoby s TS.

Veřejný ochránce práv Otakar Motejl komentoval v roce 2009 vydání antidiskriminačního zákona pro jeden časopis následovně: „V podstatě jen shrnuje to, co už v českém právním řádu existuje. Nikoho nepokoří a nikoho zrovna nezachrání“.

Význam normy je podle něj především preventivně-výchovný. „Většina lidí je přesvědčena, že zde žádná diskriminace není a nikdo z nás se takového jednání nedopouštíme. To je ale omyl. Antidiskriminační zákon připomíná, že diskriminace existuje. Sice ji nevyřeší, ale naučí nás vnímat ji, lépe si uvědomovat naše vlastní jednání a analyzovat, zda se chováme v souladu s jeho pravidly. Pokud ano, zákon nám starosti dělat nebude,“...“ (Sýkorová, 2009).

Antidiskriminační zákon totiž přináší možnost odůvodnit svůj postup, který by mohl být vnímán jako diskriminační, tzv. legitimním cílem – možností, která zohledňuje, že v některých případech mohou nastat skutečnosti, kdy je takový postup oprávněný (např. v případě, že zaměstnavatel hledá do dámských šaten na koupališti pouze pracovníci a nikoliv pracovníka, nejde o diskriminaci z důvodu pohlaví). V případech, kdy se cítí kdokoliv diskriminován, projednává se oprávněnost postupu toho, kdo zdůvodňuje odmítnutí služeb, zaměstnání atd. legitimním cílem, u soudu.

Přínos antidiskriminačního zákona tedy spočívá hlavně v prevenci (je nutné mít legitimní cíl nastaven tak, aby nebyl právně napadnutelný) a v možnosti snadněji se diskriminaci bránit soudní cestou.

Chystané změny v právní úpravě ke změně pohlaví

Již několikrát byla připravena novela zákona č. 20/1966, o péči o zdraví lidu, která měla mimo jiné přinést např. změnu ohledně plateb za operativní změnu pohlaví ze strany TS lidí, posun věkové hranice pro zahájení hormonální terapie na 18 let aj. Žádná z chystaných novel však prozatím neprošla, na druhou stranu byl nedávno v paragrafovém znění připraven návrh Zákona o specifických zdravotních službách, který by měl upravovat problematiku hormonální terapie a konverzních operací u transsexuálů komplexněji. Pokud by byla úprava přijata v uvažovaném znění, v určitých ohledech by mohla pro TS lidi přinést krok zpět. Jde např. o následující části návrhu:

„§ 22, odst. 3) Zdravotní výkony směřující ke změně pohlaví se provedou pacientovi staršímu 18 let, ..., a to na základě: ... b) kladného stanoviska odborné komise...“ (PSP ČR, 2009).

- Z poslední předložené verze návrhu zákona není jasné, co vše se počítá mezi „zdravotní výkony směřující ke změně pohlaví“. Zatímco předchozí návrh otevřeně hovořil o zahájení hormonální terapie a chirurgických výkonech, po kritice návrhu došlo k uvedené úpravě. Pokud by se mezi „zdravotní výkony směřující ke změně pohlaví“ i nadále počítalo i zahájení hormonální terapie, znamenalo by to, že nebude možné zahájit hormonální léčbu před 18 rokem věku TS člověka, což v mnoha případech zkomplikuje jeho následnou sociální adaptaci v opačné roli. Pokud je totiž možné se souhlasem rodičů zahájit hormonální léčbu dříve, je utlumen vývoj sekundárních pohlavních znaků náležejících biologickému pohlaví TS klienta a např. u TS MtF je tak zmírněn růst vousů a nežádoucího ochlupení a dalších maskulinizačních změn, jež je v pozdějším věku komplikovanější během RLT tlumit či zakrývat.

- Přijetí této úpravy postupu by dále znamenalo, že již kvůli zahájení hormonální terapie by musela být povinně svolána komise, která by podávání hormonů schvalovala. Pro lidi s TS by to znamenalo další oddalování zahájení kroků ke změně pohlaví, protože návrh zákona na druhou stranu neupravuje, v jakých minimálních intervalech by se daná komise měla scházet. Vzhledem k počtu členů komise, které návrh zákona požaduje, lze očekávat, že interval schůzek komise bude cca 1x za čtvrtletí či dokonce pololetí.

Mezi jednotlivými odbornými pracovišti, která se řešením procesu léčby TS lidí zabývají, v této oblasti není shoda – např. v Praze doposud k zahájení hormonální terapie nebylo třeba stanovisko oficiálně ustavené komise, stačila žádost a souhlas pacienta, doporučující stanovisko endokrinologa, potvrzení diagnózy TS ze strany psychologa a doporučení sexuologa, který má člověka s TS v péči. Na druhou stranu při sexuologii v Brně se komise ke schvalování zahájení hormonální terapie již nyní schází a podmínky procesu změny pohlaví jsou zde celkově přísnější, což je samozřejmě lidmi s TS vnímáno jako ne moc šťastné.

- Návrh zákona se také jednoznačně staví k otázce procesu léčby transsexuality u lidí, kteří jsou ve výkonu trestu odnětí svobody, či ve výkonu vazby, v ochranném léčení nebo zabezpečovací detence. Těmto lidem podle § 22, odst. 4) nelze podle zatím poslední verze návrhu zákona změnu pohlaví po dobu pobývání v těchto zařízení provést.

Vládní návrh zákona o specifických zdravotních službách byl prozatím vzat zpět v prvním čtení, které proběhlo 28. 4. 2009, v současné době nejsou zveřejněny další návrhy.

Závěr

V úvodu práce jsme si kladli za cíl uvést informace, které souvisí s transsexualitou, její etiologií a léčbou. Tento cíl se, podle mého názoru podařilo naplnit. K problematice bylo čerpáno z více pramenů, a to i těch, které jsou v opozici s nejméně přijímaným proudem. Pohled na problematiku transsexuality se stále vyvíjí a je do značné míry ovlivněn i tím, jak je transsexualita zařazena z hlediska medicínského – tedy zda a jak je zařazena v MKN-10. Do budoucna je možné, že se transsexualita v rámci klasifikace nemocí přesune z kategorie „poruchy osobnosti“ do kategorie „vrozené vady, deformace a chromozomální abnormality“. Pokud by se tak stalo, velmi by to pomohlo vnímání lidí s transsexualitou okolím. Přestalo by tak totiž jít o „psychiatrickou diagnózu“, šlo by svým způsobem pouze o určitý druh zdravotního znevýhodnění, což je společností přijímáno bez nádechu senzace.

Dále jsme si kladli za cíl seznámit čtenáře s dopady, které s sebou transsexualita nese na oblast zdraví TS člověka a jeho vztahů, a také jsme chtěli vymezit témata, která jsou důležitá pro sociální práci s TS lidmi. I tento cíl se nám podařilo naplnit. Zabývali jsme se nejen postojem a přístupem sociálního pracovníka k problematice, ale podrobněji jsme se podívali i na oblasti, které jsou pro život člověka důležité, na něž má diagnóza transsexuality nemalý vliv a která mohou být i předmětem pozornosti sociálního pracovníka. Věnovali jsme se i problematice legislativního zakotvení přístupu k léčbě TS lidí a jeho chystaným změnám. Zmínili jsme se o rizicích, která by měla být brána v potaz, a to jak ze strany TS lidí, tak ze strany jejich okolí. Sociální pracovníci, kteří s tématem přijdou do styku, mohou tuto práci použít jako stručného průvodce a inspiraci pro další práci. Stejně tak ale mohou práce využít i pedagogové, u kterých je pravděpodobnost, že s tématem přijdou do styku, také poměrně velká.

Dalším krokem, který by mohl následovat, je dotazníkové šetření, případně některá z kvalitativních metod výzkumu, kterou by bylo možné do určité míry ověřit, zda, jak často a do jaké hloubky se vybraný vzorek sociálních pracovníků s touto problematikou setkal či setkává, jak jsou sociální pracovníci o problematice ve skutečnosti informováni a jaký k ní zaujímají osobní postoj. Obdobné dotazníkové šetření, případně kvalitativní výzkum by mohlo být provedeno mezi pedagogy zejména druhých stupňů ZŠ a mezi pedagogy, kteří vyučují na různých typech středních škol a učilišt.

SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

- ANTE, R. *Negativní aspekty medicínského přístupu k intersexualitě*. Ročníková práce. Olomouc : Univerzita Palackého. Filozofická fakulta. Katedra psychologie, 2003, 91 s, 8 s. příloh.
- BEŇOVÁ, K. *Analýzy situace lesbické, gay, bisexuální a transgender menšiny v ČR*. Praha : Úrad vlády ČR, 2007, 72 s.
- DEVOR, H. *FTM : Female to Male Transsexuals in Society*. Indiana : Indiana University Press, 1999, 728 s.
- FEINBERG, L. *Pohlavní štvanci*. 1. vyd. Praha : G plus G ; Knižní klub, 2000, 173 s. ISBN 80-86103-32-3.
- FIFKOVÁ, H. *O sexu s Hankou*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, 1998. s. 67 – 76. ISBN 80-7169-673-0.
- FIFKOVÁ, H., et al. *Transsexualita a jiné poruchy pohlavní identity*. 2.vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2008. 216 s. ISBN 978-80-247-1696-1.
- JANOŠOVÁ, P. *Dívčí a chlapecká identita : Vývoj a úskalí*. 1. vyd. Praha : Grada Publishing, a.s., 2008., 288 s. ISBN 978-80-24-2284-9.
- JAROLÍM, L., *Transsexualismus a chirurgická konverze pohlaví*. Urologické listy, 2006, roč. 4, č. 1, s. 36 – 41. ISSN 1801-7584
- KOL. AUT. *Symposion "O soudně lékařských otázkách transsexualismu"*. Olomouc, 1969.
- LISÁ, L. *Poruchy sexuální diference*. 1. vyd. Praha : MAXDORF, 2001. 281 s. ISBN 80-85912-15-5.
- NĚMEC, R. *Monika Němcová - Míla Němců - Robert Němec : biografie muže, který byl ženou*. 1. vyd. [Praha] : Cassandra, 1993, 167 s. ISBN 80-900854-4-x
- SKOBLÍK, J. *Transsexualismus: morálně- a duchovně-teologické aspekty*. 1.vyd. Praha : Karolinum, 2006, 211 s. ISBN
- SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy*. 2. vyd. Praha : MAXDORF, 2002, s. 401 – 407. ISBN 80-85912-18-X.
- VODÁČKOVÁ, D., et.al. *Krizová intervence*. 1. vyd. Praha : Portál, 2002, s. 240 – 262. ISBN 80-7178-696-9,
- VOJTÍŠEK Z. *Nová náboženská hnutí a jak jim porozumět*. 1. vyd. Praha : Beta Books, 2007. 210 s. ISBN 978-80-86851-64-8.
- WEISS, P., ŠVECOVÁ, B. *K některým rozdílům mezi transsexuály male-to-female a female-to-male*. *Česká a slovenská psychiatrie*, 2001, roč. 97, č. 1, s. 13–19. ISSN 1212-0383.
- ZASTROW, V. *Malý rozdíl*. Přel. Veronika Dudková. Praha : Občanský institut, 2007. Bulletin OI č. 187, 10 s. ISBN 978-80-86972-15-2

POUŽITÉ INTERNETOVÉ ZDROJE

BENJAMIN, H. *The Transsexual Phenomenon*. [online]. New York : THE JULIAN PRESS, INC. PUBLISHERS, 1966, Düsseldorf : Symposium Publishing, 1999. 156 s. cit [2010-06-20].

Dostupný z [www <http://tgmeds.org.uk/downs/phenomenon.pdf>](http://tgmeds.org.uk/downs/phenomenon.pdf)

Diskuze na www.transsexualita.unas.cz. *Transsexualita.cz* Změna pohlaví versus manželství. [online] cit [2010-6-20], Cassidy v 24 lis 2008 19:31. Dostupné z [www <http://www.transsexualita.unas.cz/viewtopic.php?f=13&t=345&sid=5459ca3877a13f348c65f0218485fd46#p4102>](http://www.transsexualita.unas.cz/viewtopic.php?f=13&t=345&sid=5459ca3877a13f348c65f0218485fd46#p4102) pro možnost číst příspěvek je třeba se na uvedených stránkách nejprve zaregistrovat.

Etika sociální práce – principy. Návrh, přijatý valným shromážděním IFSW (Mezinárodní federace sociálních pracovníků) Adelaide, Austrálie, 29. 9. – 1. 10. 2004. [online]. c2010, cit [2010-06-20]. Dostupný z [www <http://www.socialnipracovnici.cz/images/pdf/Mezinarodni%20eticky%20kodex.pdf>](http://www.socialnipracovnici.cz/images/pdf/Mezinarodni%20eticky%20kodex.pdf)

IVA.W. *MF Dnes 24.11. 2004*, „*Transsexualita není nemoc*“ [online]. [s.n.]. c2005 cit [2005-04-20]. Dostupné z [www <http://home.tiscali.cz:8080/iva.w/dnes041124.htm>](http://home.tiscali.cz:8080/iva.w/dnes041124.htm) - staženo 20.4.2005, v archivu autorky

MV ČR. *Informace o činnostech matričních úřadů v souvislosti se zapisováním údajů do agendového informačního systému evidence obyvatel*. [online] c2010a cit [2010-06-20]. Dostupné z [www <http://www.mvcr.cz/clanek/informace-o-cinnostech-matricnich-uradu-v-souvislosti-se-zapisovanim-udaju-do-agendoveho-informacniho-systemu-evidence-obyvatel.aspx?q=Y2hudW09Mw%3D%3D>](http://www.mvcr.cz/clanek/informace-o-cinnostech-matricnich-uradu-v-souvislosti-se-zapisovanim-udaju-do-agendoveho-informacniho-systemu-evidence-obyvatel.aspx?q=Y2hudW09Mw%3D%3D)

MV ČR. *Sjednocující postup pro zapisovatele ISEO*. [online]. c2010b cit [2010-06-20]. Dostupné z [www <http://www.mvcr.cz/clanek/sjednocujici-postup-pro-zapisovatele-do-agendoveho-informacniho-systemu-evidence-obyvatel.aspx>](http://www.mvcr.cz/clanek/sjednocujici-postup-pro-zapisovatele-do-agendoveho-informacniho-systemu-evidence-obyvatel.aspx)

MVČR. *Změna jména a příjmení*. [online] c2010c cit [2010-06-20]. Dostupný z [www <http://www.mvcr.cz/clanek/zmena-jmena-a-prijmeni.aspx>](http://www.mvcr.cz/clanek/zmena-jmena-a-prijmeni.aspx)

SSPCR. *Etický kodex sociálních pracovníků*. [online]. c2010, cit [2010-06-20]. Dostupný z [www <http://www.socialnipracovnici.cz/images/pdf/Etický%20kodex%20SSPCR.pdf>](http://www.socialnipracovnici.cz/images/pdf/Etický%20kodex%20SSPCR.pdf)

SÝKOROVÁ, P. *Antidiskriminační zákon: Rychle zapomeňte na předsudky*. [online]. c2010, publikován 14.8.2009 cit [2010-06-20]. Dostupné z [www <http://www.profit.cz/clanek/antidiskriminacni-zakon-rychle-zapomente-na-predsudky.aspx>](http://www.profit.cz/clanek/antidiskriminacni-zakon-rychle-zapomente-na-predsudky.aspx)

TRAPKOVÁ, L., CHVÁLA, V. *O smyslu transsexuality*. [online]. c2005, poslední úpravy 9.6. 2010 cit [2010-06-20]. Dostupný z [www <http://www.lirtaps.cz/publikace/o_smyslu_transsexuality.htm>](http://www.lirtaps.cz/publikace/o_smyslu_transsexuality.htm)

TRAPKOVÁ, L., CHVÁLA, V. *Transgenerační pohled na nemoc, abstrakt*. [online]. c2005, poslední úpravy 9.6. 2010 cit [2010-06-20]. Dostupný z [www <http://www.lirtaps.cz/psychosomatika/psomweb2004_4/trapkov%C3%A11.htm>](http://www.lirtaps.cz/psychosomatika/psomweb2004_4/trapkov%C3%A11.htm)

WÄLINDER, J. *Transsexualism : A Study of Forty-Three Cases*. [online]. Goteborg : Scandinavian University Books, 1967 cit [2010-06-20]. Dostupný z www <<http://tgmeds.org.uk/downs/transsexualism.pdf>>

WHO. *Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10)* [online]. [s.n.]. c2008 cit [2010-06-20]. Dostupné z www <<http://www.uzis.cz/cz/mkn/index.html>>

CITOVANÉ ZÁKONY A VYHLÁŠKY

Zákon č. 301/2000 Sb., o matrikách, jménu a příjmení a o změně některých souvisejících zákonů.

Zákon č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu

Vyhláška MŠMT č. 223/2005, o některých dokladech o vzdělání

Zákon č. 2/1993 Sb., Listina základních lidských práv a svobod

Zákon č. 198/2009 Sb., o rovném zacházení a o právních prostředcích ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů (antidiskriminační zákon)

PSP ČR. Sněmovní tisk [689/0](#), část č. 1/8. [online]. [s.n.]. c2009 cit [2010-06-20]. Dostupné z www <<http://www.psp.cz/sqw/text/tiskt.sqw?O=5&CT=689&CT1=0>>

INTERNETOVÉ STRÁNKY

www.translide.cz – archiv článků

www.transsexualita.cz – diskuzní fórum

<http://www.transforum.cz>

<http://lgbt.poradna-prava.cz/>

www.mladez.net

SEZNAM PŘÍLOH

1. Rozhovor s Nikolou
2. Formulář žádosti o změnu jména na neutrální
3. Doporučení pro matriku
4. Informovaný souhlas – hormonální terapie
5. Usnesení a rozhodnutí komise
6. Kontakty na odborná pracoviště v ČR
7. Informační leták TGSF – Transgender?
8. Informační leták TGSF – Am I A Transsexual?

Rozhovor s Nikolou vedený 7.6. 2010

Životopis

Narodil jsem se v létě roku 1982 v malém městě jako nejmladší ze tří dětí. Když mi byly dva roky, přestěhovali jsme se do města, kde pracoval můj tatínek. Tady jsme bydleli asi tři roky, ze kterých si pamatuju velice málo, ale některé okamžiky a vzpomínky mi dávají najevo, že už tady jsem si začínal uvědomovat jisté odlišnosti a nepatřičnost ke „svému“ pohlaví. Když jsem začal chodit do školky, nebavilo mě oblékat a zase vysvlékat panenky, hrát si s nádobíčkem. Měl jsem kamaráda, který bydlel ve vedlejším paneláku, se kterým jsem trávil veškerý svůj čas. Ve školce i mimo. Hrávali jsme fotbal, na pískovišti stavěli hrady a cesty, po kterých se dalo jezdit s autíčky, klacíky používali jako zbraně při hře na zloděje a policisty. Tehdy mě rodiče ještě nenutili, abych se choval jinak, patřil jsem do party „panelákových“ dětí a byli jsme všichni stejní, holky, kluci – ještě se v tom nedělaly rozdíly. Že je něco špatně jsem ale pochopil, když mě bratr vzal na hřiště, kde hrával fotbal. Trénoval se v bráně a jeho kamarád mu kopal. Nejdřív mi dovolil jen koukat (byl jsem malý), ale pak mě nechal i kopat a schválně mi pouštěl góly. Když jsme šli z hřiště, říkal jsem mu, že až budu starší, budu taky hrát fotbal, ale že budu dávat góly ne chytat. Brácha se mi smál: „Holky přece nehrajou fotbal.“ Od té doby mě už na trénink nikdy nevzal. Tohle byla moje první prohra. Nechápal jsem, proč bych nemohl dělat něco, co mi šlo a co jsem měl rád, ale otec mi řekl totéž co bratr a ani u maminky jsem se nedočkal pochopení. Ten večer jsem brečel, ale druhý den jsem hrál fotbal se svým školkovým kamarádem a na velké zelené hřiště s nakrátko posekaným trávníkem už jsem nemyslel.

V srpnu 1987 jsme se přestěhovali zpátky do města, kde jsem se narodil, a pro mě začal jeden z nejkrásnějších roků v mém životě. Spoustu času jsem trávil u babičky se svými bratranci, se kterými jsem pak začal chodit i do školky. Babička nás málokdy oslovovala jmény, oslovovala nás většinou nějakými zvířátky, většinou jsme byli všichni opičáci, věčně zaklesnutí někde na stromech nebo prasata, špinaví od hlavy až k patě, když jsme celý den lítali po pastvinách za kravama či hráli fotbal nebo na indiány. Babička mezi námi nedělala rozdíl. Všichni jsme byli zlobiví a hluční, až nás většinou odmítala hlídat najednou. Jediná odlišnost od mých bratranců byla, že oni čůrali ve stoje. Častokrát jsem to zkoušel, ale nešlo mi to a než by se mi pak posmívali, že jsem „počůránek“, raději jsem si poníženečně čapnul někde za strom. Ten rok ve školce už byl malinko jiný než ve větším městě. Líbilo se mi tam, měli jsme tam indiánské stany, ale paní učitelky mi pořád nutily červenou zástěrku s kytičkama a já tolik chtěl kalhoty jako kluci. Míval jsem ve školce problémy. Třeba když jsme se měli fotit každý sám. Paní učitelka mě posadila na židli a dávala mi panenku (kluci se fotili s autíčkem a holky s panenkou). Křičel jsem, že ji nechci, až jsem si vynutil kompromis – plyšáka. Velkým utrpením ten rok pro mě byla škola v přírodě. Brečel jsem asi 2 hodiny po příjezdu na ubytovnu bez ustání. Učitelky si myslely, že je to proto, že se mi stýská po mamince. Sice jsem ji volal, ale které dítě nevolá maminku, když pláče a je zoufalé? Plakal jsem, protože jsem nemohl spát se svými bratranci, místo toho mě vecpali ke dvěma holkám, které jsem snad ve školce v životě neviděl. Pak mě přemístily jinam, k jiným holkám. Sice to pořád nebylo ono, ale byl jsem alespoň napůl spokojený. Jedna z těch holčin se nám totiž líbila, všichni kluci mi pak záviděli, že s ní spím na jednom pokoji. Ze svého předškolního dětství si už nic moc dalšího nepamatuju. Snad jen hry, které jsme hrávali s bratranci a sourozenci a hračky, kterých jsme nikdy moc nepotřebovali. Stačilo nám pár klacků nebo autíčka. V tomhle mi udělala obrovskou radost babička, když mi jednou z nějaké dovolené v Německu dovezla stejné policejní auto jako mým bratrancům. Byl jsem nejšťastnější dítě, protože mi konečně někdo dal pravý klukovský dárek. Byl jsem kluk.

Pak přišla první třída a s ní šatičky na první školní den. Nenáviděl jsem ty bílé štramplíky, do kterých mě maminka navlékla a ještě více jsem nesnášel bílé šaty

s jahodama, ve kterých jsem si připadal jako šašek. Prosil jsem maminku, abych mohl jít v kalhotkách, ale říkala, že jen první školní den a pak že můžu chodit, jak chci já. Přetrpěl jsem to. První dny ve škole se mi moc nelíbilo, protože bratřenci chodili jinam, ale pak jsem si našel kamaráda a všechno bylo zase fajn. Hrávali jsme fotbal, s autíčky, honili se po chodbách a společně lumpačili. Kvůli němu jsem dostal i svou první poznámku, na kterou jsem byl před bratránky náležitě pyšný (doma před maminkou už méně). Končil školní rok a zase tady bylo focení a můj věčný boj s maminkou a její představou o mně v šatičkách. Ponižovalo mě to. Věděl jsem, že si mě budou kamarádi divně prohlížet, dávat mi najevo, že dneska nepatřím mezi ně, i když s nima zase zítra budu hrát fotbal a dávat góly a oni se budou hádat, s kým budu v družstvu. Situace, kdy jsem se přes veškerý svůj odpor, musel obléknout do šatů, jsem nenáviděl. Naštěstí mi maminka tuhle „schválnost“ dělala jen první dva roky. Ve třetí třídě už jsem se konečně na fotce cítil uvolněně ve svých milovaných modrých kalhotkách. Tak nějak jsem školou proplouval bez větších obtíží se svými nejlepšími kamarády po boku až do čtvrté třídy. Čas jsme spolu trávili ve škole v lavici a na chodbách, po škole na kolech na blízké motokrosové dráze nebo na hřišti za nejbližšími paneláky. Většinu času jsem nepociťoval, že bych se od svých kamarádů nějak lišil, když nezapočítám tělocvik, kdy jsem se musel převlékat s holkama. Naštěstí jsem zažil jen snad dva roky, kdy jsem musel nosit ty nemožné modré kalhotky, ve kterých jsem si připadal hloupě, když kluci přece měli červené trenýrky. Zlom nastal kolem šesté třídy, kdy jsem si jednoho dne všiml, že se mi pod tričkem něco rýsuje. O menstruaci jsem něco málo věděl, ale na prsa jsem připravený nebyl. To, co ostatní holky očekávaly s nadšením, já nenáviděl. Začínal jsem se hrbít, abych co nejvíce skryl tu hanebnost na svém těle. Do šatny na tělocvik jsem běžel už v momentě, kdy zazvonilo na přestávku jen proto, abych byl už převlečený, než dorazí první holka. Styděl jsem se. Byl jsem zoufalý. S klukama už jsem se moc bavit nemohl, nebrali mě jako dřív, i když úplně mě neodepsali (byl jsem jeden z nejlepších útočníků ve fotbale a běhal jsem mnohem rychleji než mnohý z nich). Další rána na sebe nenechala dlouho čekat. Nebylo mi ještě dvanáct, když jsem se nechal poslat se sestrou domů, protože mě ve škole strašně rozbolelo břicho. Maminka mi doma vysvětlovala, že právě dospívám v ženu. Plakal jsem a ona si myslela, že kvůli bolesti. Trpěl jsem, ale mnohem více bezmocí než fyzickou bolestí. Od toho dne jsem se hodně změnil. Mnohem méně jsem chodil s kamarády na lítačku a hrát fotbal, upnul jsem se na 3 věci: Knížky, kolo a svého malého psa. Hodně jsem četl foglarovky, knihy, kde správní kluci bojují se špatnými. Založil jsem klub a zkoušel ho vést tak, abychom prožívali stejná dobrodružství jako kluci v těch knížkách, ale život není napsaný podle knížek. Nikdy se nám nepodařilo se udržet dlouho v chodu, i když jsme se pokoušeli několikrát. Tak jsem se uzavřel do svého světa, sedl si na kolo a jezdil po okolí a snil. O tom, že jsem kluk, že jedu na dalekou cestu rýžovat zlato, že bojuju se zlotřilým zálesákem o svou vyvolenou. Miloval jsem své vyjížděky a procházky se psem, kdy jsem mohl být sám sebou. Klukem. Pak nastal obrovský zlom v tom, co jsem věděl, ale nechápal. Mohlo mi být tak 12, když v časopise vyšel článek o muži, který byl ženou. Tehdy jsem rodičům nic neřekl, ale tajně jsem si ho přečetl, vytrhl a schoval jako největší svátost do šuplíku. Už jsem věděl, co jsem, dokázal jsem svůj problém pojmenovat a hlavně, zjistil jsem, že má řešení. Nebyl jsem sám, kdo článek četl. Do třídy ho donesl jeden z mých spolužáků. Asi dva dny si na mě jen ukazovali a hihňali se. Pak se ale zeptali, co si o tom myslím a jestli je to můj problém. Během několika přestávek jsme společně (skoro celá třída) probrali a odsouhlasili, že bych měl podstoupit operaci. Najednou jsem byl zase součástí party. Ne úplně, ale snesitelně. Za nějakou dobu jsem si uvědomil, že mi málokdo ze spolužáků říká jménem, většinou jsem pro ně byl označován přezdívkou, ke které prostě patřil mužský rod. Učitelé mě brali, protože jsem byl vždycky jeden z premiantů třídy a spolužáci mě měli za autoritu, byl jsem taková ta tichá voda, co mele břehy, i když jsem nebyl součástí kolektivu. Hodněkrát ještě přišla na přetřes má odlišnost, později se mi začali spolužáci posmívat, ale většinou to bylo vždycky jen na chvíli, když se někdo chtěl udělat lepším před holkama. Cítil jsem se trapně, ale holky mi většinou dávaly

najevo, že si mě váží a kluci se mi pak taky omlouvali. Nemohli za to, ale cítil jsem se mezi nimi postupně hůř a hůř.

Nevím, kolik mi přesně bylo, když jsem se svěřil mamce, že bych se chtěl jednou nechat „předělat“ na kluka, ale pamatuju si přesně její reakci: „Porodila jsem dceru a tou zůstaneš.“ Touhle větou mě umrtvila na dlouhou dobu. Něco ve mně zabila, nějakou jiskřičku naděje, že se to může všechno změnit. Protože, co řekla moje maminka, to platilo. Přežíval jsem ve svém těle, časem, když už jsem prsa nemohl schovat pod volné tričko, jsem začal vymýšlet způsoby, jak je „zneviditelnit“ (začínal jsem hrbením, pokračoval přes velmi volné trička a košile, pak jsem nějakou dobu používal takový ten pás, který mají ženy na zhubnutí břicha a skončil jsem u bandáží obvazy). Na střední škole už jsem vypadal jako kluk s holčičími rysy, takový věčný outsider. Nepatřil jsem pevně k žádné partě. Mezi spolužáky jsem neměl žádné nejlepší kamarády, kterým bych se svěřil. Našel jsem si je ale jinde. Už od 12 let jsem navštěvoval DDM, kde jsem chodil do divadelního kroužku. Naše vedoucí, Naďa, mi dávala prostor, abych se zlepšoval ve svých rolích a mě to neuvěřitelně bavilo. Nebylo divu, vždy jsem hrál hlavní mužskou postavu. Tak jsem mohl alespoň na „divadelních prknech“ být díky roli sám sebou. Mužem, který bojuje za dobrou věc a přechytračí osud. V necelých 15 už jsem patřil mezi instruktory. Na své patnácté narozeniny jsem dostal ten největší dárek, jaký by kluk mohl dostat: první opravdovou pusu. Začal jsem chodit se svou první dívkou. Byla starší a všechno o mně věděla a i tak mě měla ráda. Vydrželo to asi 8 měsíců. Pak holky přicházely a odcházely. Zamilovával jsem se rychle, ale málokdy jsem „své“ dívce dával své city najevo z obav, že budu odmítnut. V 16 jsem se na táboře seznámil se svým nejlepším kamarádem, kterému jsem se se vším svěřil snad po týdnu. Neměl s tím vůbec žádné problémy, nikdy mě jako holku nebral, a proto jsem byl v jeho společnosti hrozně rád. Mohli jsme povídat o všem, o sportu, filmech, knihách i o holkách. Strávili jsme hodiny rozebíráním smyslu života, líčením situací, které člověku „pomohou“ ke drogám, nebo kdy si člověk sáhne na život, protože nevidí jiné východisko. Poznali jsme se navzájem hodně dobře a myslím, že jsme si byli oporou navzájem nejen v té době, ale i mnohdy poté.

Ukončil jsem střední školu. Těšil jsem se na maturitu. Ke zkoušce z dospělosti jsem dorazil v saku a kravatě a bylo mi jedno, kdo si co myslí. Hodně mi pomohlo, že nic nenamítali ani rodiče. V obleku jsem se cítil jistě a uvolněně a myslím, že i díky tomu, že jsem tam seděl jako všichni ostatní spolužáci, škrcen jen strachem z otázek, maturitu jsem zvládl bez větších obtíží. Prostě jsem byl v psychické pohodě.

Po střední škole jsem se dostal na vysokou školu. Ve stejném roce jsem se poznal se dívkou, která na mě měla asi největší vliv v mém prozatímním životě. Když jsme spolu začali chodit, byl jsem nejšťastnější kluk na světě. Bylo mi bezmála dvacet a svět byl skoro dokonalý, jenže... začínal jsem mít problémy se zády. Roky stahování prsou už se začínaly projevovat a když jsem ke zdravotním komplikacím připojily školní neúspěchy a hádky s rodiči (kvůli škole a partnerce), musel jsem se odstěhovat. Naštěstí mi v tomhle období opět moc pomohl můj kamarád. Nechal mě u sebe bydlet a nabádal okolí k tomu, aby mě respektovali jako kluka, protože jsem už začínal směřovat k léčbě. V té době se se mnou ale Gabka (moje dívka) rozešla a všechno šlo zase od deseti k pěti. Uzavřel jsem se do sebe, nakonec jsem ale našel podporu, která mi pomohla z nejhoršího ve svých nejbližších: sestře, rodičích a Lukim (můj kamarád). Díky internetu jsem se seznamoval s různými lidmi, vystupoval jsem vždy jako kluk, holky na mě zabíraly, nikdy jsem neměl nouzi o přítelkyně, které nic netušily. Nikdy z toho ale nic nebylo, protože jsem se nehodlal vzdát ani kousičku své mužnosti tím, že bych jim prozradil pravdu. Natolik jsem už po Gabce žádné nedůvěřoval. Sháněl jsem si informace o přeměně pohlaví a upnul k tomu spoustu mých snů. Některé si ale plním už nyní. V jednadvaceti jsem dostal nabídku ředitele DDM, abych nahradil odcházející pracovníci a já s povděkem přijal. Mám práci, kterou mám rád, a mé kolegyně mě znají od kluka, takže jim nepřijdu jako „divný“, ale jsem pro ně kolega a kamarád, kterému fandí. Seznámil jsem se s dívkou, která mě má ráda a které si moc vážím a mám ji rád nejen proto, že si vyslechla a pochopila skutečnost, že mě vidí jako muže, ale hlavně proto, že

je to ten nejkrásnější člověk jakého jsem kdy poznal. Drží mě, když mám pocit, že už nemůžu dál.

Co víc? Den 3. května 2005 mám červeně označený v kalendáři jako datum, kdy začínám nový život. Už ne za své rodiče, kteří mi na jednu stranu fandí, na druhou stranu se bojí, už ne za sestru, která chce, aby její dcera neměla v hlavě zmatek, jak mě bude oslovovat, ale jen za sebe. Za muže, který chce být mužem nejen v hlavě, ale i tělem a úředně, aby mohl jednou mít vlastní rodinu.

Nikolo, tohle je tvůj životopis, jak jsi ho sepsal po první návštěvě Hanky Fifkové. Co vlastně bylo tím impulsem, že jsi se k Hance objednal a začal svou situaci řešit?

Přítelkyně. Poté, co jsem jí řekl, jak se věci mají. Hodně jsme o tom mluvili – v jaké jsem situaci, jaké jsou možnosti. A už jsem byl také unavený z předstírání, neustálého maskování a bolestí zad od stahování prsou. A také jsem čekal, kdy zase přijde reakce okolí ve smyslu: „vypadá jako holka“, což se párkrát už stalo a nebylo mi to vůbec příjemné.

Co na tvou návštěvu sexuoložky a přání skutečně projít přeměnou pohlaví řekli rodiče a nejbližší?

Rodičům jsem dával vědět, už když jsem na první návštěvu sexuoložky odjížděl. Tenkrát řekli, ať jedu a uvidím, co mi řekne. Když jsem se pak z vyšetření vrátil a oznámil svůj úmysl podstoupit operaci ke změně pohlaví, byla jejich první reakce „Co na to řeknou lidi?“. Na to jsem jim řekl, že lidé v mé situaci také tuhle záležitost mohou řešit sebevraždou, jestli je to pro ně jako řešení přijatelnější? Víím, že to bylo ode mě trochu vyděračské v tu chvíli, ale měl jsem pocit, že jim vůbec nedochází, jak těžké to pro mě je. „Co řeknou lidi“ mě v tu chvíli opravdu nezajímalo. Sestra měla radost, že s tím konečně něco dělám.

Kdy jsi to řekl v práci?

Hned. Už když jsem řešil, že tam pojedu. Vzhledem k tomu, že věděli, v jaké jsem situaci, je to až tak nezaskočilo. Moje nadřízená dokonce znala vzdáleně jednoho TS, tak byla spíše zvědavá, jak se věci mají. Další kolegyně spíš měla obavu, že se pak budu muset z našeho malého města odstěhovat, že tu změnu lidí nepřijmou. Já už jsem se dlouho předtím snažil nejen vypadat jako muž, ale i se tak chovat a myslím, že můžu říct, že jsem se stal mistrem v nepoužívání sloves ve tvaru, kdy bych musel použít ženskou koncovku. Místo jména jsem spíše používal přezdívku, která byla „obojetná“, ale více odkazovala na mužský rod. Po návštěvě H.F. jsem pak vlastně nemusel prakticky nic měnit – tedy, kromě jména, které jsem s radostí běžel vyměnit za neutrální. Už žádné –ová. Samozřejmě jsem předtím musel absolvovat psychotesty u Dr. Weisse, aby se vyloučila jiná diagnóza. Testy jsme absolvovali oba – já i přítelkyně.

A jak to pak tedy bylo? Musel jsi se odstěhovat? Měnit práci?

Nemusel. Párkrát jsem musel jen vysvětlit – to, když jsem se představoval novým jménem a příjmením a požádal, aby mi ti, se kterými jsem pracovní přicházel do styku, říkali mým novým neutrálním jménem. Ze začátku to chtělo hodně odvahy, ale časem jsem s tím vysvětlováním přestal mít problém a někdy docházelo spíš k legračním situacím. Nějaké řeči a pohledy po městě byly, ale tak jak asi mají zkušenost i jiní – časem se to uklidnilo, přestal jsem být zajímavým tématem pro klepy. Zpětně jsem ale rád, že to takhle proběhlo, že s mou situací neměl problém třeba některý z rodičů dětí, se kterými jsem pracoval a pracuji.

Moji rodiče to pak taky přijali docela dobře. Maminka to řekla v práci, takže se to dozvěděli další lidi z města. Rodiče si časem zvykli i na moje nové jméno. Nějaké narážky sice byly, ale časem utichly. Vlastně to horší na tom byla ta představa, co bude, až to bude – co všechno by mohlo přijít za reakce, než pak byla skutečnost.

A co kamarádi?

Ti to nějak přešli... vzali to jako fakt, nikdo se mě na nic neptal, spíš se ptali mých kolegů z práce. Jen kamarád Lukáš byl v klidu, ten se mě zeptal úplně na všechno, i na sex.

A jak to pokračovalo?

Víc než rok jsem musel žít pod neutrálním jménem, brát hormony a pak byla komise. Ta proběhla v říjnu 2006. Hned, jak jsem dostal „papír“, že komise doporučuje vyhovět mé žádosti o operativní změnu pohlaví, jsem začal řešit operace. První proběhla v Brně. To byla hysterektomie a vyjmutí vaječníků. Hned po ní jsem mohl řešit změnu rodného čísla, občanky a jména na mužské. V dubnu téhož roku jsem podstoupil i úpravu hrudníku, ta proběhla v Ostravě. Podrobnosti už se mi vybavovat nechce, některé vzpomínky nejsou nic moc. Další operace jsem už nepodstoupil. Nechci další jizvy na částech těla, které jsou vidět. Nechci si ničit tělo víc, než je nutné. Vzhledem k tomu, že mám stále problémy se zády, i vlivem toho hnusného stahování hrudníku, nechci podstoupit operaci, která by znamenala odnětí svalů, který na zádech potřebuji, pro sval, který není životně důležitý. Počkám, až jestli nepřijdou jiné léčebné metody, méně invazivní.

A když se zeptám, co plánuješ? Co partnerství a rodičovství?

Plánuju svatbu. Pokud jde o rodičovství, tak můj pokus ještě před hormonální terapií, zajistit si odebrání vajíček a jejich zmrazení sice etickou komisí prošel, ale z legislativních důvodů v ČR povolen nebyl. Tedy, možná by se to podařilo, pokud bych v záležitosti pokračoval soudním sporem, ale neměl jsem na to tehdy sílu a čas. Zbývají tedy čtyři možnosti – nemít děti vůbec, umělé oplodnění, adopce nebo pěstounská péče. S partnerkou to budeme brát popořadě – děti mít chceme. Tak uvidíme. Nechce se mi o tom mluvit. Je to těžké. Beru to jako útok na mou mužnost. Ale myslím, že stejný problém jako já řeší i jiní muži, kteří prostě děti mít nemůžou z jiných důvodů.

Jak vnímáš svou roli? Cítíš se v roli muže dobře, nebo máš nějakou potřebu se vyjádřit jinak?

Jsem chlap, sice s pár jizvami, které mě štvou, ale chlap. Nemám potřebu se nějak víc zdrsňovat ani zjemňovat...

Myslíš, že jako člověk se zkušeností druhého pohlaví (dá-li se to tak říct), máš nějakou výhodu ve vztahu k opačnému pohlaví?

Dokážu politovat své kamarádky, když mají své dny, velice rychle pak podávám Ibalgin, protože vím, jaké to je. To je zkušenost, kterou nevymažu, to se ani nedá. Takové bolesti jsem nezažil ani při žlučnickovém záchvatu, a to jsem si myslel, že umírám...

Představa, že bych tímhle musel procházet každý měsíc do konce života, mě upřímně děsí. Jsem rád, že tohle mám za sebou. Jinak jsou ale ženy pro mě velká záhada stále (smích), ženská logika mi zůstává utajena. Ale myslím si, že jsem někdy více taktní, nemám tak zraňující vtipy, cítím, kdy mám zastavit, kdy pohár trpělivosti ženy přetéká...

Jak vlastně tvou situaci brala partnerka? Jak to vlastně s vámi bylo?

Když jsme se seznámili, představil jsem se jí jako muž. Někakou dobu jsme spolu chodili, aniž by věděla, i když posléze jsem zjistil, že tušila. No a na apríla, tak to skutečně vyšlo, jsem jí řekl, jak to se mnou je. Apríl byl taková malá pojistka, kdyby to vzala – nevzala. Pak bych mohl říct jen „apríl“, ale znamenalo by to ukončení našeho vztahu. Naštěstí to vzala dobře, vlastně mi to sama řekla, jak si myslí, že to je, když jsem se chvíli snažil naznačovat. Když jsme si vysvětlili, jak to je, začali jsme řešit kroky k tomu, jak to být má. Pak byla takovou oporou – obvolávala mi lékaře, když já jsem se styděl, doprovázela mě na vyšetření. Některá i absolvovala se mnou – psychologie, gynekologie - tam spíš jako maskování pro veřejnost v čekárně. Absolvovali jsme pak spolu i různé semináře a přednášky a chvíli to vypadalo, že přítelkyně propadla tématu víc než já - přečetla i články, které jsem já neměl zájem ani vidět, oprášila latinské názvosloví a nutila mě

luštit lékařské zprávy (úsměv), kterým jsem nerozuměl.

Myslím, že našemu vztahu pomohlo, že první tři roky šlo o vztah na dálku, kdy jsme ale byli v denním telefonickém, mailovém kontaktu. O některých věcech se lépe hovořilo, když jste se tomu druhému nekoukali do očí – např. všechny ty záležitosti o pohlavních orgánech. Přece jen je tu nějaká zdravá míra stydlivosti se s druhým o těchto věcech bavit. Nevím, jak jinak bych to nazval. Hezké bylo, že jsem se o přítelkyni mohl opřít, důvěřovat jí a vědět, že se na mě nevykašle jen proto, že mi v trenkách něco schází.

A co ti vlastně dělalo největší problém – před, v průběhu a po „přeměně“ ?

Před – to byla ta bezmoc, když se s někým seznámíš, „hraješ“ tu roli muže, kterým uvnitř jsi, vztah se někam posunuje a pak už je ta hranice, kdy se ten vztah nemůže vyvíjet, pokud to druhému neřekneš. Myslím si, že je lepší nejdřív ukázat, kdo jsem – tam uvnitř, a pak „řešit obal“. Vždycky jsem vycítil, kdy to můžu říct a kdy nastane konec vztahu, když řeknu, jak to je - kdy jsem vnitřně věděl, že by to ta holka nevzala, že by to byl konec vztahu i přátelství. Některé moje ex přítelkyně tedy doteď nevědí, jaká byla skutečnost. Pokud něco tušily, tak mi nic neřekly. To byla jedna z nejtěžších věcí, vědět, že nemám šanci, i když tu holku mám rád.

V průběhu – to bylo asi to vysvětlování, vysvětlování něčeho, do čeho jiným jakoby nic není. V podstatě to bylo odhalování mého soukromí cizím lidem – na úřadech, doktorům...

A teď – jizvy. Rozhodně ale nelituji, že jsem do toho šel. Můžu ráno vyskočit z postele a nemusím patnáct minut ještě zavazovat hrudník. Stačí vzít tričko a jít.

Tíží mě to, že nemůžu mít vlastní děti. A štvou mě lidi, kteří nedokážou pochopit, že transsexualita je pro mě uzavřená kapitola, když to někdo použije „proti mně“, aby se vysmál. Vidí mě jako objekt nějaké senzace, podivnosti.

Myslíš si, že existuje nějaká trans komunita?

Tak určitě ano, ale spíš jen po dobu, kdy je pro nás tohle téma aktuální – sami ho řešíme. Děvčata (MtF) to mají jinak, mají větší potřebu se sdružovat a řešit i další témata, která k tomu patří – šatník, malování, hlas, jak co upravit. U nich je to dlouhodobý proces, kdy se z nich i stanou kamarádky. U kluků si myslím, že si tím prostě projdou a většina to uzavře, vyšumí to. Už žijí takový ten běžný život spíš, než ty holky. Až tedy na výjimky, kluky, kteří aktivně druhým pomáhají – s osvětou atd. Před těmi smekám. A myslím si, že jich moc není, nechtějí zveřejňovat, že nebyli „chlapi“ od narození, nechtějí riskovat útok na svou roli muže. Chlapi jsou prostě chlapi. Jsou rádi, že to mají za sebou a je to pro ně uzavřená kapitola, tedy – snaží se o to.

ŽÁDOST O ZMĚNU JMÉNA A PŘÍJMENÍ

Já,, r.č.,

datum a místo narození

s trvalým pobytem v

tímto žádám o změnu jména a příjmení na zvolený neutrální tvar

Žádost odůvodňuji svým zdravotním stavem (diagnoza F64).

Ke své žádosti přikládám

- občanský průkaz
- rodný list
- lékařské potvrzení od MUDr.Fifkové

V dne

.....
podpis

Pro matriku

Doporučuji vyhovět žádosti J. [redacted] rové, [redacted]/5237, bytem [redacted] o povolení změny jména a příjmení na neutrální tvary. Klient dochází na naše oddělení s dg. transsexualita FtM (z ženy na muže). Změna jména a příjmení na formu neutrální urychlí terapii a usnadní sociální adaptaci.

Děkuji a zdravím

Dr. Hana Fifková, oš. lékařka

03	Dr. Hana FIFKOVÁ
279	sexuol. odd. 302
000	Vinohradská 126, Praha 3 IČO 04706845 Tel.: 222 317 185

V Praze dne 3. 5. 2005



FAKULTNÍ NEMOCNICE OSTRAVA
17. listopadu 1790, 708 52 Ostrava-Poruba, Česká republika



Číslo: 169 Revize: 01

Informovaný souhlas pacienta(tky) s výkonem

Hormonální léčba transsexualismu

Vážení paní, vážený pane,
vzhledem k tomu, že jako svéprávný jedinec se podílíte významným způsobem na diagnostickém a léčebném postupu navrženém u Vaší osoby, máte nezadatelné právo být před Vaším rozhodnutím o těchto postupech podrobně informován(a).

Na základě Vašeho aktuálního zdravotního stavu Vám byla lékařem doporučena hormonální léčba transsexualismu.

Co je hormonální léčba transsexualismu:

Léčba transsexualismu - poruchy, kdy se cítíte být příslušníkem opačného pohlaví než je Vám vrozeno, má za cíl přizpůsobit Vaše tělo pohlaví, s nímž se ztotožňujete psychicky.

Jaký je důvod (Indikace) tohoto výkonu:

Léčba se provádí na žádost pacienta v případě, že je u něj stanovena diagnóza transsexualismu.

Alternativy výkonu:

Hormonální léčba transsexualismu nemá alternativní léčebný postup. Pokud se z jakéhokoli důvodu rozhodnete léčbu transsexualismu nepodstoupit, je Vám po konzultaci s lékařem dostupná léčba případně psychické nepohody vyplývající z obtíží, které transsexualismus přináší.

Jaký je režim pacienta před výkonem:

Zahájení hormonální léčby předchází období stanovení diagnózy, během kterého absolvujete sexuologické, genetické, psychologické a ženy také gynekologické vyšetření. Po diagnostické fázi následuje test reálného života, období trvající několik měsíců, kdy máte prokázat, že jste schopen(a) přijat roli jedince opačného pohlaví a ztotožnit se s ní. V tomto období je Vaším úkolem své vystupování přizpůsobit co možná nejvíce opačnému pohlaví. Mezi vyšetření, která absolvujete, patří u muže vyšetření falopiechymografem a u ženy vulvopiechymografem. Při tomto vyšetření přístroj zaznamená reakce vašeho těla na sexuální podněty vnímané zrakem. Podněty představuje standardní řada diapozitivů. Vyšetření slouží jako další potvrzení diagnózy transsexualismu.

Jaký je postup při provádění výkonu:

V rámci hormonální léčby transsexualismu budete podle indikace lékaře užívat mužské nebo ženské pohlavní hormony, muži také látku, která blokuje účinek jejich přirozených mužských pohlavních hormonů (dále bude používáno termínu hormonální léčba, léčba ženskými nebo mužskými pohlavními hormony).

- Mužské pohlavní hormony vyvolají zastavení nebo oslabení menstruace, růst vousů slabší nebo silnější intenzity, větší nebo menší zbytnění svalstva zvláště v oblasti ramen, snížení polohy hlavy a další změny, které ve větší nebo menší míře připodobní Vaše tělo mužskému.
- Ženské pohlavní hormony většinou mimě oslabí růst vousů a ochlupení, dojde k miměmu zvětšení prsou a dalším změnám, ale vlivem samotné hormonální léčby nelze dosáhnout úplného ženského vzhledu.

Vlivem hormonální léčby nelze dosáhnout změn kostry a antropometrických rozměrů. Po případném přerušení léčby hormony se tělesné změny nevrátí zcela k původnímu stavu. Vaše plodnost se vlivem hormonální léčby sníží až přeruší. Vlivem hormonů může dojít k psychologické labilitě i nárůstu napětí a agresivity. Hormonální léčba znamená zátěž pro organismus a budete se podrobovat pravidelným laboratorním vyšetřením, zvláště kontrolám jaterních funkcí. Ženské pohlavní hormony mohou podpořit vznik nádorového onemocnění prsu a budete se podrobovat pravidelným preventivním vyšetřením k jeho předcházení. Po odstranění pohlavních ztíží, ke kterému dojde v další fázi léčby, Vám budou pohlavní hormony podávány po celý další život. Přerušení léčby by znamenalo zdravotní komplikace, zvláště vznik osteoporózy a předčasný výskyt postižení tepen arteriosklerosou.

Jaké jsou možné komplikace a rizika:

Po případném přerušení léčby hormony před odstraněním pohlavních žláz se tělesný vzhled do určité míry vrátí k původnímu stavu, některé změny však mohou být trvalé. Vaše plodnost se vlivem podávání hormonů opačného pohlaví sníží a následně přeruší. Zastaví se funkce pohlavních žláz – vaječnicků nebo varlat. Vlivem užívání hormonů může dojít k psychické labilitě i nárůstu napětí a agresivity. Hormonální léčba může ovlivnit funkci jater a budete se podrobovat pravidelným laboratorním vyšetřením, aby těmto změnám bylo možno předcházet. Ženské pohlavní hormony mohou podpořit vznik nádorového onemocnění prsů a budete se podrobovat pravidelným preventivním vyšetřením k jeho předcházení. Přerušení hormonální léčby po odstranění pohlavních žláz by znamenalo zdravotní komplikace, zvláště vznik osteoporózy a předčasný výskyt postižení tepen arteriosklerosou.

Jaký je režim pacienta po provedení výkonu:

Hormonální přípravky Vám bude předepisovat v potřebné dávce Váš ošetřující lékař – sexuolog nebo gynekolog. Bude Vám umožněno v případě Vaší volby užívat preparát, který je plně hrazen zdravotní pojišťovnou.

Identifikační údaje pacienta(čky):

Příjmení:	Jméno:	Titul:	RČ:
-----------	--------	--------	-----

Identifikační údaje zákonného zástupce, opatrovníka:

Příjmení:	Jméno:	Titul:	RČ:
-----------	--------	--------	-----

Plánovaný výkon:

Hormonální léčba transexuallismu

Vysvětlující pohovor provedl:

.....
rádištní a podpis lékaře

Prohlašuji, že mi byl náležitě objasněn důvod, předpokládaný prospěch, způsob provedení, následky i možná rizika a komplikace plánovaného výkonu. Dále mi byly vysvětleny možné alternativy včetně jejich komplikací a zdravotní důsledky vyplývající z nepodstoupení plánovaného výkonu. Měl(a) jsem možnost zeptat se lékaře na všechno, co mě ve vztahu k plánovanému výkonu zajímá a obdržel(a) jsem vysvětlení, kterému jsem porozuměl(a). S provedením výše uvedeného výkonu souhlasím.

Prohlašuji, že v případě výskytu neočekávaných komplikací vyžadujících neodkladné provedení dalších výkonů nutných k záchraně mého života nebo zdraví souhlasím, aby byly tyto výkony provedeny.

V Ostravě dne:

.....
podpis pacienta(čky), zákonného zástupce,
opatrovníka



FAKULTNÍ NEMOCNICE NA BULOVCE

Obchodně-investiční úsek, nám. Ing. Josef Langer
Budínova č. 2, 180 81 Praha 8, Budínova 2
tel.: 266082966, sekretariát: 266084602, e-mail: langerj@fnb.cz

P.T.

[redacted] r ů

RČ: [redacted]

[redacted]

Naše značka:
OIÚ/ 9 / 06

Vyřizuje / linka:
Hálová/4602

Praha
18.10. 2006

Věc: Usnesení a rozhodnutí komise pro posuzování kastrací a léčebných zákroků u transsexuálů

Odborná komise pro posuzování kastrací a léčebných zákroků u transsexuálů při Fakultní nemocnici Na Bulovce v Praze 8,

zřízená podle § 27a, odst. 1, zákona č. 20/1966 Sb., o péči o zdraví lidu, v platném znění pozdějších předpisů

doporučuje

vyhovět Vaší žádosti o operativní změnu pohlaví. Tato žádost byla projednána na jednání Komise dne 4.10.2006.


MUDr. Hana Fiková
předsedkyně komise

Vybrané kontakty na odborná pracoviště v ČR

MUDr. Hanka Fifková
Sexuologie
U Rajské Zahrady 12
130 00 Praha 3

MUDr. Pavla Entnerová
Psychiatricko-sexuologická ambulance
Vila zdraví
Domovina 2
779 00 Olomouc

MUDr. Jitka Potribná, Ph.D.
Psychiatrické oddělení
Fakultní nemocnice s poliklinikou Ostrava
17. listopadu 1790
708 52 Ostrava

PhDr. Jarmila Mayzlíková
Psychologická ordinace
Repinova 1931/16
702 00 Ostrava-Moravská Ostrava

MUDr. Jitka Svobodová, Ph.D.
Psychiatrické oddělení
Fakultní nemocnice Ostrava
17. listopadu 1790
708 52 Ostrava-Poruba

MUDr. Miroslav Zoubek
Sexuologická ambulance, andrologická laboratoř
Masarykova nemocnice
Sociální péče 3316 /12A
401 13 Ústí nad Labem

prof. PhDr. Petr Weiss, Ph.D.
Sexuologický ústav
Apolinářská 4
128 08 Praha 2

Doc. MUDr. Ladislav Jarolím, CSc.
Urologie (MtF: Vaginoplastika, FtM: Faloplastika, Metaoidioplastika)
Fakultní nemocnice Motol
V úvalu 84
150 06 Praha 5

prof. MUDr. Jiří Veselý CSc.
Plastická chirurgie (MtF: Vaginoplastika, FtM: Faloplastika)
Berkova 34
612 00 Brno

Next Page

lesbians exist, they do generally not cover TG people because very few communities explicitly state "gender identity" or "gender expression" in their protection ordinances.

- Violence against TG people can be particularly brutal. In 1997, in Washington D.C a pre-operative transsexual woman named Tyra Hunter was fatally injured in an auto accident. Paramedics at first refused to treat her after they discovered she had male genitalia, laughing and mocking her as she lay dying. In December 1993, an FTM named Brandon Teena was raped by two men who discovered he was born female. Brandon reported the rape to the local sheriff who refused to investigate, dismissing him with the derisive comment "What are you, anyway?" Later, the same two men whom the sheriff refused to arrest for the rape murdered Brandon and two of his friends. In October 2002 in the San Francisco Bay Area, a Newark youth named Gwen Araujo was brutally murdered at a party by 4 male friends after they found out she was born male. Her body was burned over a hundred miles away in the foothills of the Sierras. For more information about the ultimate cost of anti-TG violence, please visit the "Remembering Our Dead" project at www.gender.org/remember, an online memorial to those TG men and women whose lives have been brutally cut short.

- Most insurance companies, employee health plans, and HMOs specifically exempt coverage for sex reassignment surgery, hormones, counseling, and electrolysis. This decision, according to the insurance companies, is based on their designation of Sexual Reassignment Surgery or SRS as purely cosmetic - like a chin tuck or an eyelid lift - and therefore, not medically necessary. Today, this decision stands in spite of the fact that the medical necessity of SRS for transsexuals is well documented by the leading medical professionals in the field. Thus, most transsexuals must cover the entire expense of hormone treatment and SRS out of their own pocket (the cost of surgery can run anywhere from \$3,500 to well over \$100,000, depending upon the procedure).

Transgender?

The Concept of Gender

Most people think gender is fixed and immutable and that everyone is either a man or a woman, male or female. Yet, gender and gender identity are far more complex than merely the description of a person's genitalia. Gender identity is determined by many factors, the most important of which is considered by some to be psychological, even spiritual, rather than physical. As transgendered people "come out of the closet" of rigid gender roles and identities, both the general public and professionals within the health care and social service professions find themselves lacking even a basic understanding of transgenderism, transsexuality and gender identity.

The Transgender Community

The term Transgender (or TG) refers to people whose appearance and behavior do not conform to the cultural "norm" for the gender into which they were born. In other words, TG people, to varying degrees, "transgress" cultural norms as to what a man or a woman "should be."

Of course, not all people who transgress cultural norms in regards to gender are, or should be, considered TG as we are discussing here. In that case, that would include a woman who works as a pipe fitter or a male nurse. However, when transgender is used in the case of a "sexual minority", we are generally referring to one of the following five categories:

Transsexuals (TS)

Transsexuals were born as one gender but identify psychologically and emotionally as the other.

- TG youth living on the streets are more likely than other youth to engage in prostitution or consensual sex with a variety of partners without using safe sex techniques.

- TG people, unable to access or afford appropriate treatment for their transition, often must bypass traditional medical care and inject "black-market" hormones or steroids obtained off the street or across the border in Mexico, putting them significantly at-risk for severe health problems.
- TG people with children are often denied custodial or visitation rights in divorce settlements.

Recommended Reading

- True Selves: Understanding Transsexualism - For Families, Friends, Coworkers, and Helping Professionals. Mildred L. Brown and Chloe Ann Rounsley (1996). Jossey-Bass Publishing, 350 Sansome St., San Francisco, CA 94104-1342.
- Transgender Care: Recommended Guidelines: Practical Information and Personal Accounts. Gianna E. Israel and Donald E. Tarvel II M.D (1997). Temple University Press. Temple University Press. University Services 083-42. (215) 204-8787.
- Physician's Guide to Transgendered Medicine Dr. Sheila Kirk. MD - (1996). Together Lifeworks. PO Box 93, Watertown MA. 02272-0093
- Transsexual Workers: An Employer's Guide. Janis Walworth, MS - (1998). Center for Gender Sanity, PO Box 453427. Westchester, CA. 90045

For Additional Information

Contact:
 TGSF - TransGender San Francisco
 P.O. Box 426486 - San Francisco, CA 94142-6486
 Hotline: (415) 564-3246 Website: www.tgsf.org

Special Thanks: The majority of this information was provided by FTM-activist Alexander John Goodrum (Oct. 3, 1960 - Sept. 28, 2002).

Transsexuals are generally thought to have a condition called gender dysphoria (also called Gender Identity Disorder). Those who are born physically male but are emotionally and psychologically female are called Male to Female or MTF's. Those who are born female but are emotionally and psychologically male are called Female to Male or FTM's. There is some disagreement as to whether gender dysphoria is a physical condition, a psychological condition, or both. Some scientists believe that gender dysphoria occurs when the developing fetus is in the womb and a chemical imbalance occurs during their development that affects sexual difference.

The primary way transsexuals differ from other TG people is that in almost all cases, they seek to modify their bodies through hormones, SRS (Sexual Reassignment Surgery) or both. This process (which may take several months or many years) is called Transition, where transsexuals will make major life changes in order to bring their physical appearance in line with their gender identity. Some of those changes include changing their name and gender designation on legal documents such as birth certificates, driver's licenses, and social security records. However it is achieved, the ultimate goal of transition is to enable the transsexual to live completely as the gender with which they identify.

It is extremely important to remember that male to female transsexuals are women, just as female to male transsexuals are men and should be referred to and treated as such.

Intersexed (IS)

Intersexed people were born exhibiting some combination of both male and female genitalia (usually determined by the doctor to be either a clitoris that is "too large" or a penis that is "too small.") As one can imagine, such a diagnosis is entirely subjective. At birth, the attending physician or parents or both "choose" which gender to raise the child,

necessitating surgery and/or hormonal treatment that must be continued throughout the child's life. Many intersexed people, now adults, are advocating for an end to the way intersexed children are seen as "damaged goods" needing to be fixed.

Crossdressers (CD or TV)

Crossdressers (previously known as transvestites) identify as, and are completely comfortable with, their physical gender at birth, but will occasionally dress and take on the mannerisms of the opposite gender. Of course, crossdressing is more onerous on men, since our culture accepts the idea of a woman wearing pants, but not a man wearing a skirt. Most crossdressers are heterosexual men. The term transvestite is now considered offensive and should not be used because it is associated with negative images of sexual fetishism.

Drag Performers

Drag Performers include people like RuPaul, or Elvis Herselvis (a well known lesbian Elvis impersonator). Drag performers are precisely that - performers. They dress and act like the "opposite" sex for the entertainment of an audience. For them, drag is a job - not an identity. Some are gay - some are not. Some identify as transgendered - most do not. It is important to be aware of the fact that some people, including many drag performers themselves, do not consider drag performers to be members of the transgendered community.

Other TG People

Gender blenders, bi-gendered, genderqueer, androgynes and others - Not all transgendered people fit neatly into the above categories. For some, such characterizations of gender and gender identity are more constraining than liberating. Gender blenders may or may not identify as one or the other in a binary gender system (i.e. either/or, male/female) and many times will assume a mixture of male and female dress and characteristics, combining elements of both.

Gender Identity vs Sexual Orientation

There is a great deal of unnecessary confusion about this. To put it simply, Gender Identity is who you are, while Sexual Orientation refers to whom you love or have sex with. They are two completely separate concepts. A person who is TG may be gay, lesbian, bisexual, or straight.

How Do I Deal With a TG Person?

It is extremely important to refer to a TG person by the pronoun appropriate to their presented gender. In other words, if someone identifies as female, then refer to them as she; if they identify as male, refer to them as he. If you are not sure, ASK them what they want. Once you know, be as consistent as possible. It's okay if you forget or slip up once in a while. Nevertheless, it is very important to make the effort.

While public discussion about transgenderism and transsexuality is a relatively recent phenomenon, most TG people, particularly transsexuals have dealt with their gender issues for many years - many times at great personal and professional cost. It is important to trust that their decision to present themselves in a gender different from their birth gender is not one made lightly or without due consideration.

Do NOT "out" someone (tell others that they are TG) without his or her permission. Also, do not assume that everyone knows. Some TG people "pass" very well and the only way someone would know would be if they were told. The decision to tell someone about their gender issues should be left to the TG person themselves.

The Issues TG People Face

- Of the fifty states, only Minnesota, Rhode Island, New Mexico, and California explicitly protect TG people from job and housing discrimination.
- Even when legal protections for gay men and

7. How long does the whole process take?

If you're fairly well along with planning for your new life, it will take at least a year, but more often than not, it will take several years if you are being realistic with yourself. You are not launching a "speed-boat", but an "ocean liner" that will withstand the large waves and stormy waters you will encounter on your voyage. Trying to rush through the process without planning and forethought will only cause problems later. You owe it to yourself to be sure that this is right for you.

8. What are my other alternatives to complete sex reassignment?

Lately, more and more transgender people have been adopting majority or full-time cross-living without complete sex reassignment. This process, too, can be expensive since it may involve many of the same things that have been previously discussed with the exception of sex reassignment surgery. A "third sex" concept has historical precedent in other societies and it appears that Western society is on the brink of better acceptance of this sort of lifestyle. The psychiatric and medical professionals have not yet officially recognized this sort of concept, so some therapies requiring medical supervision such as hormonal treatment may be difficult to obtain. This is an alternative that you should examine to determine if it is viable for your situation.

This brochure has only scratched the surface of transsexualism; if you haven't already started your transgender education process, now is the time to start. Get a good listing of reference documents pertaining to transgender concepts, find a good library (usually large universities with good psychology and medical programs are a good source), and set aside a lot of time for reading and personal introspection. Join a good support group where you can discuss your ideas and opinions with others who are in similar situations. This is a time when it is very important to understand yourself, and your relationship with others and society in general. Finding your gender identity and transgender "comfort level" is most often a difficult task but an interesting adventure

Am I

A

Transsexual?

This pamphlet prepared as an introduction to basic transsexual behavior descriptions and the problems faced by transsexual persons within society.

Prepared by

The Boulton and Park Society

A non-profit Texas corporation dedicated to transgender support and education.

*Updated and revised by TGSF 2004 - www.tgsf.org

Boulton & Park Society, P.O. Box 169652, San Antonio, TX 78280-3252

Woman Associated With Crossdressers (WACS) c/o C. Phelps, P.O. Box 17, Bulverde, TX 78163

TGSF MEMBERSHIP APPLICATION

1 year - \$40 Single Membership / \$45 Family

Special \$35 Single Membership internet only delivery of the CHANNEL

New Member Renewal Member # _____

Preferred Name: _____ Birthdate (Month/Day): _____

Mailing Name: _____ Birthdate (Month/Day): _____

Family Member's Name: _____ Birthdate (Month/Day): _____

Address: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____ Country: _____

May we use photos of you taken at TGSF events in our newsletter or website: Yes No

Send Check or money order to: TGSF, P.O. Box 426496, San Francisco, CA 94142-6496

Or hand to any Ex-Com Board member at any TGSF event.

Please Print / Check all that apply

We can't really answer the question, "am I a transsexual?" for you. It's something that you, and only you, can determine for yourself. We can, however, provide you with some understanding of transsexualism and provide some introspective questions you must answer in order to come to a better understanding of yourself and your transgender nature.

This pamphlet is only an introduction and it will only touch on some of the key points and frequent questions that transsexual persons have regarding their nature. A question and answer format is used. Ultimately, you will have to consult with behavior science professionals and doctors should you determine that you are a transsexual.

1. How is a transsexual different from other transgender people?

A transsexual usually has an extreme disassociation with assigned gender role, and the gender identity of that of the opposite genetic sex. The disassociation is termed "Gender Identity Dysphoria" and the individual usually (not always) has some sort of social dysfunction until adopting fully the opposite genetic sex gender role and aligning the appearance of their body as closely as possible with that of the opposite genetic sex (hormonal therapy, and cosmetic and sex reassignment surgery). This can be contrasted to other transgender persons who can function effectively with dual gender roles and identities.

2. How many transsexuals are there?

No one knows for sure, although, we can say that they are a relatively small part of the transgender population. A lot of individuals often think they are transsexual but later determine that they are not. It has been estimated that only 5-10% of those who self-identify as transsexual eventually complete total reassignment.

3. Is examining the possibility of being transsexual common for transgender persons?

YES! Virtually every transgender person at one time or another will examine the possibility of being transsexual. It is all part of the introspection process in determining your transgender nature. Remember though, that "gender euphoria" with the opposite sex gender role does not mean that you are a transsexual! The real question that must be answered is, "am I able to function effectively within

society and my personal life with dual gender roles and identities?" If the answer to the question is "yes" then complete transition is probably not the best alternative for you.

4. Besides being gender dysphoric, what other factors should be considered?

Since it is possible to cross-live fully in the opposite sex gender role without reassignment surgery, there are a couple of other things to consider before setting on complete transition. Here are some other questions you may want to ask yourself

Am I attracted to and sexually interested in people of my physical genetic sex? Do not confuse Gender Identity Dysphoria with homosexuality! There are three distinct parts of who a person is: physical gender, gender identity, and sexual orientation. Probably the worst thing a homosexual could do is undergo complete sex reassignment. It takes some mental "gender gymnastics" to fully understand this. Remember, you are choosing a complete gender identity and societal role (including sexual role) of that of the opposite genetic sex, therefore, in terms of gender, your sexual orientation for a relationship with persons of the same genetic sex would be "heterosexual." So, a better question to ask yourself is, "must I adopt a 'conventional' lifestyle (gender role and sexuality) of the opposite genetic sex in order to have a fulfilling life?" The dynamics of being in a male-female relationship are quite different than being in a male-male or female-female relationship. Are you ready for that?

Am I so dissatisfied with my body self-image caused by my genitalia that I cannot continue to function in my life with those genitalia? In answering this question honestly with yourself, you would have to suffer extreme revulsion at the sight of your genitalia. Let's face it, sex reassignment surgery is an extreme procedure, so one ought to have an extremely good reason; it's not something where you wake up one day and say, "oh, it would be nice to have the genitalia of the opposite genetic sex today." Do not confuse your fantasies with reality!

5. Will sex reassignment help me cope with other life problems?

No, not really! In reality, you will still be the same person with the same problems (and maybe a few more). Sex

reassignment only aligns your body with that of your gender identity and self-image. If you have other life problems, we recommend that you try to solve those first and then work on the solution of your gender identity. Remember, there is nothing that prevents you from cross-living full-time in the opposite gender role while you are working on the solutions to your other problems, but don't let those problems cloud your thinking in regard to sex reassignment.

6. What does the entire transition process entail?

It is a lengthy, involved, and expensive process. We'll hit the highlights of the process for you.

Enter a clinical program: You should find a good, reputable clinical program experienced with gender identity issues. Do not pay large sums of money to educate someone not experienced in this area of human behavior. Evaluation and counseling by professionals is mandatory under current, accepted "Standards Of Care". The program will eventually require at least a year of cross-living in a "Real Life Test".

Find a good support group: It is important as you go through this serious period of self-evaluation that you have a peer group where you can freely discuss your situation.

Establish a savings or investment program: This process is expensive! Just think of all the costs involved: counseling and evaluation, electrolysis/laser, hormone therapy, a complete new wardrobe, changing all personal records and documents (court costs and legal fees, too), possibly some amount of cosmetic surgery (complete facial reconstruction costs a fortune), other therapies such as voice therapy, a "parachute" fund in case you have employment difficulties or for other unforeseen expenses, or sex reassignment surgery itself. The bottom line is to be well prepared not only mentally, but also financially.

Telling all to family, friends, and employer: Obviously, this will have to be done as you enter into full-time living in the opposite gender role. When and how you do this is dependent on the individual situation; there is no hard and fast way to do this. But, it will take some thought and planning. Be prepared for handling problems and possibly some rejection. Don't rush the process. Give your family and friends time to come out of their own closet.

ANOTACE

Jméno a příjmení:	Eva Fišerová
Katedra:	Ústav pedagogiky a sociálních studií
Vedoucí práce:	Mgr. Miroslav Dopita, Ph.D.
Rok obhajoby:	2010

Název práce:	Transsexualita v praxi sociální práce
Název v angličtině:	Transsexuality in social work practice
Anotace práce:	Práce se zaměřuje na problematiku transsexuality, na otázku její etiologie, diagnostiky a léčby. Zabývá se otázkou zdravotního a sociálního dopadu na člověka s touto diagnózou. Poslední kapitola je věnována problematice transsexuality z hlediska sociální práce a jejích možností působení.
Klíčová slova:	Transsexualita, intersexualita, gender, pohlaví, MtF, FtM, změna pohlaví, identita
Anotace v angličtině:	This work is about transsexuality, especially about its etiology, diagnostic and therapy; deals with health and social incidence to a TS man. The last chapter is devoted to a social work viewpoint and possibilities.
Klíčová slova v angličtině:	Transsexuality, intersexuality, gender, sex, MtF, FtM, sex conversion, identity
Přílohy vázané v práci:	<ol style="list-style-type: none"> 1. Rozhovor s Nikolou 2. Formulář žádosti o změnu jména na neutrální 3. Doporučení pro matriku 4. Informovaný souhlas – hormonální terapie 5. Usnesení a rozhodnutí komise 6. Kontakty na odborná pracoviště v ČR 7. Informační leták TG SF – Transgender? 8. Informační leták TG SF – Am I A Transsexual?
Rozsah práce:	46 stran
Jazyk práce:	Čeština