

JIHOČESKÁ UNIVERSITA V ČESKÝCH BUDĚJOVICÍCH

TEOLOGICKÁ FAKULTA

**DIPLOMOVÁ PRÁCE**

2012

JOSEF STANĚK

Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích  
Teologická fakulta  
Katedra teologické etiky, sociální etiky  
a etického vzdělávání

Diplomová práce

## **TRANSSEXUALITA A PROBLÉM HSR**

Vedoucí práce: doc. Jindřich Šrajfer, Dr. theol.

Autor práce: Josef Staněk  
Studijní obor: Navazující učitel náboženství  
Ročník: druhý

2012

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci jsem vypracoval samostatně pouze s použitím pramenů a literatury uvedených v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že, v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění, souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby kvalifikační práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé kvalifikační práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

Datum:

Podpis

Děkuji panu doc. Jindřichovi Šrajerovi, Dr. theol. za to, že se ujal vedení mé diplomové práce a také za cenné rady a připomínky.

Děkuji také za konzultace mé práce doc. ThDr. Jiřímu Skoblíkovi za pomoc při zpracování etické problematiky mé práce, za poskytnutou literaturu a všechny rady a důležité připomínky, které k mé práci měl.

PhDr. Richardu Braunovi a doc. MUDr. Marii Staňkové CSc. jsem vděčen za účinnou pomoc při zpracování klinické části mé diplomové práce.

# OBSAH

ÚVOD.....	7
1. Vymezení pojmů.....	10
1.1 Pohlaví a pohlavní identita.....	10
1.2 Transsexualita.....	12
1.3 Psychologická diagnostika transsexuality.....	14
1.3.1 Diferenciální diagnostika transsexuality.....	17
2. Možnosti léčby transsexuality.....	19
2.1 Psychoterapie.....	19
2.1.1 Adaptace na stávající biologické pohlaví.....	21
2.1.2 Adaptace na pohlaví psychické.....	22
2.2 Hormonální léčba.....	26
2.3 Hormonálně chirurgické připodobnění (HSR).....	28
2.3.1 Druhy chirurgických zákroků.....	29
2.3.1.1 Operace poprsí.....	29
2.3.1.2 Operace genitálu.....	30
2.3.1.2.1 Podmínky chirurgického zákroku.....	30
2.3.1.2.2 Operace genitálu u FtM pacientů.....	32
2.3.1.2.3 Operace genitálu u MtF pacientů.....	32
3. Postoje katolických morálních teologů a učitelského úřadu církve k řešení problému translidí.....	34
3.1 Postoje některých morálních teologů k HSR.....	34
3.1.1 J. Skoblík, Transsexualismus.....	36
3.1.2 J. P. Ondok, Bioetika.....	37
3.1.3 A. J. Beneš, Morální teologie.....	38
3.1.4 Fr. William P. Saunders, The Morality of 'Sex Change' Operations.....	39
Tyto americké autory si dovoluji ocitovat poněkud obšírněji, pro jejich taktéž obšírnou argumentaci problému.....	39
3.1.5 K. H. Peschke, Spezielle Moraltheologie.....	41
3.1.6 B. M. Ashley, Healthcare ethics.....	42
3.1.7 Shrnutí.....	44
3.2 „Společenství a služba“.....	44
3.2.1 Společenství a služba, bod 84.....	45
3.2.2 Společenství a služba, bod 85.....	45
3.2.3 Společenství a služba, bod 86.....	46
4. Diskuse k HSR.....	48
4.1 Transsexualita a sociologické problémy.....	50
4.2 Transsexualita a rodičovství.....	54
4.3 Některé právní aspekty HSR.....	61
4.4 Věřící transsexuálové.....	65
4.5 Vlastní průzkum na vzorku věřících transsexuálů.....	69
4.2.1 Metodika výzkumu.....	71
4.2.2 Zhodnocení výzkumu.....	72
ZÁVĚR.....	74
SEZNAM LITERATURY.....	78
SEZNAM PŘÍLOH:.....	84
PŘÍLOHA Č.1: Prezentace výsledku výzkumu.....	85
ABSTRAKT.....	97

ABSTRACT..... 98

## ÚVOD

Již z mé předcházející bakalářské práce, ze které vycházím, myslím jasně plyne, že nejen teologové, ale i lékaři a psychologové, nenašli doposud konsenzus v náhledu na léčbu transsexuality, zvláště v otázce „kam až je možné zajít“, přičemž psychoterapie není snad nikým zpochybnována. Spor je přirozeně především v použití a v razantnosti použití HSR, přičemž i hormonální připodobnění už vyvolává diskusi.

Myslím si, že jeden z velice důležitých předpokladů k odpovídající diskusi je také (i když jistě nejenom) naslouchat také těm, kterých se tato problematika nejvíce týká, tedy transsexuálům samotným. Již v době, kdy jsem psal svou bakalářskou práci o transsexualitě<sup>1</sup> jsem měl dvě zkušenosti s transsexuály. Byli to shodou okolností věřící lidé, praktikující křesťané, které jsem cíleně nevyhledal, ale setkal se s nimi shodou náhod. Tehdy jsem také narychlo sestavil dotazník, který jsem při rozhovoru s nimi vyplňoval. Ve své bakalářské práci jsem tyto dotazníky neuplatnil, jen zkušenosti z rozhovorů. Vzorek dvou případů, které jsem měl zdokumentovány, mi připadal příliš neprůkazný. V následujících letech<sup>2</sup> jsem měl postupně možnost setkat se s dalšími třemi věřícími transsexuály. pokusil jsem se rozhovory s nimi dokumentovat, také pomocí dotazníku. Dotazník který jsem používal dříve jsem neměnil, i když se mi některé otázky zdály ne úplně dobře položené nebo dobře volené a napadaly mně otázky jiné, snad vhodnější. Chtěl jsem vytvořit co největší vzorek a vzhledem k tomu, že jednotlivé příležitosti přicházeli postupně a nikdy jsem nevěděl, zda ještě někdo přibude, nechtěl jsem statistické poznatky rozmělnovat tvorbou dalších otázek a vypouštěním otázek již dříve položených a zaznamenaných.

V době, kdy jsem měl zdokumentovány čtyři případy, jsem se o těchto dotaznících zmínil při rozhovoru s doc. Skoblíkem<sup>3</sup> na půdě pražské teologické fakulty. Řekl jsem mu, že vzorek považuji za tak malý, že nemá žádnou hodnotu. On naopak mínil, že ve studiu navazujícím na mé bakalářské studium mám

---

<sup>1</sup> Bakalářskou práci jsem psal v roce 2005 a obhajoval v roce 2006 na TF JCU.

<sup>2</sup> V letech 2006 až 2009.

<sup>3</sup> Konzultoval jsem s ním svou bakalářskou práci a kdysi mně učil na KTF UK.

pokračovat ve zpracovávání transsexuality a svůj vzorek věřících transsexuálů mám zařadit do své diplomové práce. Nyní tak činím. Postupem času se vzorek čtyř ještě o jeden případ rozrostl.

Tato práce ale není postavena jen na mém výzkumu. Snaží se výsledky tohoto výzkumu porovnávat a konfrontovat s pohledem lékařů, psychologů, filozofů, morálních teologů, široké veřejnosti, prostě všech lidí, kteří se tímto tématem zabývají. Vždyť pro nositele poruchy pohlavní identity je tento problém naprosto zásadní, nepřehlédnutelný a utrpení z něho vyplývající zásadním způsobem ovlivňuje životní fungování ve všech směrech. Na světě žije nezanedbatelný počet těch, pro které je tento problém aktuální. Nemám naprosto v úmyslu zlehčovat tuto problematiku a dovedu si představit upřímně nešťastného člověka, který už zkusil snad všechno, který už neví co dál, a který se opravdu cítí jako v cizím těle. Dovedu si představit člověka, kterého to dohání až k myšlenkám na sebevraždu, kterým při nejlepší vůli nedokáže dlouho odolávat. Dovedu si představit upřímně věřícího katolíka, člověka, který i když těmto myšlenkám s vypětím všech sil a s pomocí psychoterapie odolává, žije svůj život někde na pomezí normálnosti, v neštěstí a ve stálém strachu z budoucna. Umím si to představit už proto, že jsem se s takovými lidmi setkal. A pro tyto lidi je velikou nadějí, ke které možná shlížejí jako k snad jediné možné cestě k normálnímu životu, hormonálně-chirurgické připodobnění. A takovým lidem bych chtěl svou práci pomoci.

Tato práce sestává ze čtyř částí. V první se zabývám základními pojmy a diagnostikou transsexuality.

Ve druhé části mé práce se zabývám možnostmi léčby transsexuality, mluvím o psychoterapii, hormonální léčbě a hormonálně chirurgickém připodobnění. Vycházím přitom z mé bakalářské práce<sup>4</sup>, kterou mírně upravuji a rozšiřuji.

Třetí část, se zabývá pohledy některých morálních teologů na hormonálně chirurgické připodobnění a zabývá se dokumentem Mezinárodní teologické komise Společenství a služba, zvláště body 84, 85, a 86.

Čtvrtá část mé práce má být diskusním fórem k problematice HSR. Porovnává realitu a očekávání transsexuálů a také vyhodnocuje a porovnává některé závěry, které jsem vyvodil ze svého výzkumu.

---

<sup>4</sup> Citace z ní jsou kuzívou.



Cílem této práce je přispět k diskusi o léčbě transsexuality, z pohledu samotných transsexuálů konfrontovaného s učitelským úřadem katolické církve. Stěžejní problém pak představuje postoj k HSR.

# 1. Vymezení pojmů

Americký psychiatr Harry Benjamin asi v polovině minulého století diagnostikoval u jednoho pacienta soubor příznaků, který nešlo zařadit pod již popsané psychiatrické nebo sexuologické poruchy či choroby. Tuto, do té doby vědecky skoro nezpracovanou poruchu pohlavní identity nazval transsexualismus. Podstatou této poruchy je nezvratné přesvědčení, že tělo pacienta, jakkoliv je plně v normě a funkční, má jiné pohlaví, než skutečně má pacient. Jedná se jak o muže v ženském těle<sup>5</sup>, tak také o ženu v těle muže<sup>6</sup>. Takovýto transčlověk pak intenzivně až úporně usiluje o získání těla opačného pohlaví, které by ale bylo v souladu s jeho pohlavní identitou. Své vlastní tělo odmítá, někdy až nenávidí, neboť je pro něho naprosto nepřijatelné.

## 1.1 Pohlaví a pohlavní identita

Pohlaví je nejzákladnější částí identity jednotlivce jako lidského tvora. Při narození člověka se nejčastěji používanou větou stává otázka: „Je to chlapec nebo děvče?“. Důležitou myšlenkou je, že většina lidí nikdy tolik nepřemýšlí o pohlaví. Nemají žádnou představu o tom, co způsobuje jejich pocit pro to být chlapcem nebo děvčetem, mužem nebo ženou.

V souvislosti s rozdíly mezi muži a ženami hovoříme o pohlavní identitě. Její základy se vytvářejí v části mezimozku člověka poměrně brzy, už v druhém trimestru nitroděložního života plodu.

*Vzhledem k tomu, že pohlavní identita vyjadřuje osobně vnímaný pocit sounáležitosti (nebo rozporu) s vlastním tělem, s jeho pohlavními znaky i se sociální*

---

<sup>5</sup> Forma female to male (FtM)

<sup>6</sup> Forma male to female (MtF)

*rolí přisuzovanou danému pohlaví<sup>7</sup>, a vzhledem k tomu, že pohlavní identita hraje nezanedbatelnou roli v poruše, o které se v této práci píše, je myslím potřeba o pojmu pohlaví a také o některých dalších pojmech, které nám mohou usnadnit rozlišení, více pojednat.*

Zevní projevy pohlavní identity nazýváme pohlavní rolí. Ta se ale neodvíjí pouze od biologického pohlaví ve smyslu anglického pojmu *sex*, nýbrž také od sociálních rozdílů mezi muži a ženami, pro které se od 60. let 20. století začal užívat anglický výraz *gender*. Tyto rozdíly jsou podle feministických teorií kulturně a sociálně podmíněné, konstruované, tj. mohou se v čase měnit a různí se mezi kulturami. Tímto se konstituuje tzv. *genderová role*, která je souborem norem očekávaných v chování mužů a žen. Tyto normy jsou předávány procesem socializace. Společnost také definuje *maskulinitu* a *feminitu* – genderové role mužů resp. žen.

*Základní pohlaví člověka je genetické a je dáno pohlavními chromozomy<sup>8</sup>. Na těchto chromozomech se nacházejí geny, které rozhodují o formování pohlavních žláz. Hovoříme zde o anatomickém pohlaví<sup>9</sup>. Pohlavní žlázy již během nitroděložního života produkují hormony, které se podílejí na utváření vnitřních i zevních pohlavních orgánů, tedy na formování genitálního pohlaví. Podle vzhledu<sup>10</sup> se po narození určuje pohlaví novorozence, tak zvané úředně přidělené pohlaví. Toto vše se dá shrnout pod jedno označení, totiž pohlaví biologické. Psychické pohlaví pak vyjadřuje, zda se člověk cítí být mužem nebo ženou.*

*Dále ještě můžeme hovořit o jádrové pohlavní identitě<sup>11</sup>, kterou rozumíme základní uvědomění si jedince, že je příslušníkem mužského nebo ženského*

---

<sup>7</sup> Vyjadřuje pocit mužství nebo ženství; povědomí o tom, ke kterému pohlaví jedinec patří a definování sebe sama jako muže nebo jako ženu.

<sup>8</sup> Přítomnost chromozomů X a Y znamená pohlaví samčí, přítomnost dvou chromozomů XX znamená pohlaví samičí.

<sup>9</sup> Někteří jedinci mohou mít vzácně vyvinuty žlázy obou pohlaví. Jedná se o pravý hermafroditismus, o kterém ještě bude pojednáno později.

<sup>10</sup> Někdy se může stát, že pohlavní orgány nejsou jasně diferencovány. To se pak označuje jako pseudohermafroditismus.

<sup>11</sup> Významnou složkou *pohlaví* lidí je však také pohlaví psychické, které vyjadřuje skutečnost, že se člověk cítí být mužem nebo ženou. Dle dosavadních výzkumů se jako určující faktor při vytváření psychického pohlaví jeví působení fetálních androgenů v části mozku ve druhém trimestru nitroděložního života plodu

*pohlaví<sup>12</sup>, a pak také o pohlavní roli. Pohlavní role je vyjádření pohlavní identity vůči sobě nebo jiným. Je to výraz pohlavní identity na veřejnosti.<sup>13</sup>*

## **1.2 Transsexualita**

Problém transsexuality stojí často na okraji zájmu společnosti laické i odborné, jako problém velmi komplikovaný, týkající se promilové části populace. Podobně tak sami transsexuální lidé se ocitají kvůli svému životnímu zatížení na okraji skupin, komunit i celé společnosti. Jsou izolováni svou nejistotou, okolím přehlíženi pro svou obtížně pochopitelnou jinakost.

Zcela přesně není známo, jak transsexualita vzniká, všechno ale nasvědčuje tomu, že jde o něco, co si člověk při narození již s sebou na svět přináší. Roli hrají pravděpodobně vrozené faktory a za důležité období ovlivňující vznik problému se považuje doba nitroděložního života, ovlivňovaná psychickým stavem matky, přičemž centrum pozornosti vědců je upřeno na hormonální nerovnosti v matčině těle. Proto musíme transsexualitu brát jako nevy léčitelný stav, kdy neexistuje způsob terapie, který by změnil cítění a sebevnímání u transsexuálního jedince. Transsexualita není něco, co by si dotyčný člověk vymyslel z nějakého rozmaru. Kdyby bylo na výběr, nikdo by si jistě tento osud sám od sebe ne zvolil, radši by volil snazší a méně komplikovanou cestu životem. Není to něco, co by dítě dělalo naschvál svým rodičům, aby se museli stydět před svými sousedy. Není to nic, kvůli čemu by jejich dítě muselo trpět pocitu viny. Nemůže za to, stejně jako za to nemůžou ani jeho rodiče, byť si to většina z nich vyčítá a zpytuje svědomí, kde ve výchově udělali chybu.

Transsexualita je podle oficiálně platné Mezinárodní klasifikace nemocí (ICD 10) vedena pod diagnózou F 64.0 a je definována jako stav jedince, který si přeje žít a být akceptován jako příslušník opačného pohlaví. Obvyklý je zde pocit

---

<sup>12</sup> Tato identifikace se objevuje obvykle před dosažením věku 18 měsíců a je nevratně fixována ve věku asi tří let.

<sup>13</sup> Srov. SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy*, Praha : Maxdorf, 1996, s. 400.

nespokojenosti s vlastním anatomickým pohlavím nebo pocit jeho nevhodnosti a přání hormonálního léčení a chirurgického zásahu, aby jeho/její tělo odpovídalo (pokud možno) preferovanému pohlaví. Transsexuální identita by měla trvat alespoň dva roky - nesmí být projevem duševní poruchy (zejména schizofrenie) ani nesmí být sdružena s intersexuální, genetickou nebo chromozomální abnormalitou.

*Definice transsexuality podle Meiera<sup>14</sup>: existují čtyři základní charakteristiky, které musí pacient vykazovat, aby mohla být diagnostikována transsexualita. Jsou to:*

- a) Pocit nevhodnosti nebo nepřiměřenosti anatomicky dané pohlavní role.*
- b) Víra, že změna role povede ke zlepšení.*
- c) Výběr sexuálních partnerů téhož anatomického pohlaví a chápání sebe sama jako heterosexuála.*
- d) Touha po chirurgické změně pohlaví.<sup>15</sup>*

Podle Brzka a Šíповé<sup>16</sup> však k diagnostikování transsexuality stačí, aby se klient od dětství identifikoval s opačným pohlavím a podle toho se také choval. Pravdou je, že tento ostrý rozpor si mnozí transsexuální lidé opravdu uvědomují již od útlého dětství. Již v předškolním věku často bývá cítění nespokojenosti se svým tělem jasnější a jednoznačnější než později. Je to tím, že s přibývajícimi roky je dítě stále více a více tlačeno rodinou a okolím do role, kterou mu určuje jeho tělo. Snaží se většinou adaptovat, přizpůsobit, vyhovět. Snaží se více či méně, snaží se ale tak, že jeho skutečnou identitu začíná zakrývat mlha či přinejmenším lehký opar. Pokud chtějí transsexuální lidé v mladším školním věku žít v relativním klidu, je to často za cenu jakési bezpohlavnosti, neutralita, kompromisu se sebou i se svým okolím. Toto období může natropit veliké škody na jejich duševním vývoji, škody ve smyslu neurotizace, zúzkostnění, depresivity, uzavření se, ztráty komunikačních schopností a mnoha dalších potíží, ze kterých se později složitě dostávají.

---

<sup>14</sup> MEIER, J.K. Clinical variants among applicants for sex reassignment. In *Transsexualita diagnostika a léčba*. Praha : Grada, 2002, s. 17.

<sup>15</sup> Definice transsexuality je atypická, neboť podstatnou součástí diagnózy je velmi subjektivní údaj, a to je přání pacienta. Nicméně sexuologické vyšetření musí být zaměřeno nejen na pouhé potvrzení doby trvání motivace pacienta, ale musí se zaměřit na typické známky transsexuálního vývoje a objektivizovat anamnestická data. Nezbytnou součástí diagnostického procesu je spolupráce s psychologem.

<sup>16</sup> BRZEK, A., ŠÍPOVÁ, I. Dnešní možnosti změny pohlaví u transsexualismu. *Praktický lékař*, 1979, č. 59, s. 752.

*Podle oficiálně platné klasifikace nemocí<sup>17</sup> je transsexualita definována jako stav jedince, který si přeje žít a být akceptován jako příslušník opačného pohlaví. Obvyklý je zde pocit nespokojenosti s vlastním anatomickým pohlavím nebo pocit jeho nevhodnosti a přání hormonálního léčení a chirurgického zásahu, aby jeho (její) tělo odpovídalo (pokud možno) preferovanému pohlaví. Transsexuální identita by měla trvat alespoň dva roky – nesmí být projevem duševní poruchy (zejména schizofrenie) ani nesmí být sdružena s intersexuální<sup>18</sup>, genetickou<sup>19</sup> nebo chromozomální abnormalitou.<sup>20</sup>*

*Jak vidno, vyjádření pacienta je ve všech definicích velmi podstatný údaj. Mají-li tedy sexuologové (ve spolupráci s psychology i dalšími odborníky) dojít k diagnóze transsexualita, je třeba se zaměřit na typické známky transsexuálního vývoje, prověřit anamnestická data a zhodnotit diferenciální diagnostiku. Je-li tato diagnostika obtížná pro odborníky, je tím obtížnější pro laika. Přesto několik údajů.*

### **1.3 Psychologická diagnostika transsexuality**

Transsexualita je vrozený stav rozporu mezi biologickým a psychickým pohlavím. Tělem muž se cítí být ženou a naopak. O příčinách vzniku zdaleka ještě nevíme všechno. Od samého počátku jde o souboj teorií biologických a psychologických. V padesátých a šedesátých letech převažovaly jednoznačně teorie psychoanalytické – tak, jako vysvětlovaly vývoj celé osobnosti člověka na základě ovlivnění zejména výchovnými faktory do pěti let věku dítěte, tak i o transsexualitě hovořily jako o stavu, který vznikl a fixoval se díky více či méně patologické situaci v rodině dítěte. Ovšem s postupujícími léty bylo stále jasnější, že psychologickými prostředky transsexualitu nelze vyléčit, respektive nelze změnit pohlavní citění člověka. Proto začali odborníci pracovat stále více na hypotézách

---

<sup>17</sup> ICD 10, diagnóza F64.0

<sup>18</sup> Mající znaky obou pohlaví.

<sup>19</sup> Dědičnou.

<sup>20</sup> FIFKOVÁ, H. *Transsexualita diagnostika a léčba*. Praha : Grada, 2002, s. 17.

biologických. Přesto má jistě psychologická diagnostika svou stálou platnost a váhu.<sup>21</sup>

*Nejprve je ale nutno poznamenat, že speciální metody zaměřené na zjištění přítomnosti syndromu transsexuality neexistují. Psychologické vyšetření se tak zaměřuje na srovnávání s běžnou populací (populační normou). V diagnostické praxi se setkáváme nejvíce se třemi druhy vyšetřovacích metod<sup>22</sup>:*

- a) Psychodiagnostické testy. Určení diagnózy transsexualismu jen na základě těchto testů je prakticky nemožné. Mohou přispět spíše k charakteristice klientů, což je ale důležité pro zvolení vhodné léčby a další resocializace pacienta.*
- b) Psychofyziologické diagnostické metody. Jsou založeny na přístrojové registraci změn prokrvení genitálu v závislosti na předkládaných vizuálních či auditivních erotických stimulech<sup>23</sup>. Tato metoda je průkaznější než psychodiagnostické testy, nejspolehlivější metodou je ale*
- c) Metoda anamnestického rozhovoru. Tato metoda může nejspíše vést ke specifikaci poruchy identity. Za základní diagnostická vodítka se považují následující charakteristiky:*
  - preference hraček a her v předškolním věku*
  - preference oděvu*
  - odpor k primárním i sekundárním pohlavním znakům a jiným biologickým projevům dospívání*
  - neerotické sny a denní fantazie (Žena si například představuje, jak jde jako otec svých dětí s celou rodinou na procházku.)*
  - masturbační fantazie a erotické sny (Jedno ze základních diagnostických kritérií. Sebe si při sexuálním styku představují jako příslušníka druhého pohlaví a to se všemi atributy.)<sup>24</sup>*

---

<sup>21</sup> Psychologické vyšetření pacientů se soustřeďuje na zjištění jejich odlišností v jiných oblastech a to srovnáváním s populační normou. Tradičně se vyšetřují anomálie osobnostní, motivační či charakterové. Porucha sexuální identifikace je jistě natolik závažným celoživotním handicapem, že často i v podstatné míře ovlivňuje vývoj osobnosti postiženého a jeho vztahy k sociálnímu okolí.

<sup>22</sup> Podle WEISS, P. Diagnostika transsexuality. In *Transsexualita diagnostika a léčba*. Praha : Grada, 2002, s. 28.

<sup>23</sup> Jedná se o odlišení homosexuálních a heterosexuálních preferencí. Transčlověk preferuje zpravidla aktivity heterosexuální.

<sup>24</sup> Ženy si představují, že mají penis a milují se se svou partnerkou, muži jsou v ženském těle s ňadry a ženským genitálem a milují se s partnerem. I zde je však možná homosexuální orientace.

- *zamilovanost a partnerské vztahy (Sexuální orientace transsexuálních lidí je většinou heterosexuální, tedy s apetencí jedinců opačného psychického a stejného biologického pohlaví<sup>25</sup>. Není to ale pravidlem. Někdy se může vyskytnout i homosexuální orientace.)*
- *sexuální aktivity (Jsou ovlivněny odporem translidí ke svým biologickým pohlavním atributům.)*
- *charakteristiky pohlavní role (Pro klienty bývá důležité naplňovat sociální aspekty vytoužené pohlavní role. Vybírají si obvykle profese typické pro pohlaví, s nímž se identifikují.<sup>26</sup>)*

Důležité pro komplexní diagnózu je získat informace z několika oblastí života transsexuálů. V oblasti sociální adaptace se diagnostický proces zaměřuje na zjištění všech interpersonálních a vztahových charakteristik pacienta. Je důležité zjistit, jaké jsou jeho způsoby sblížování a navazování citové vazby, jak se pacient chová v partnerských vztazích, stupeň jeho dosaženého vzdělání, kriminalita, a další charakteristiky sociální adaptace, které mohou hrát roli při jeho léčbě. Dalším zkoumaným jevem je životní historie pacienta, charakteristika jeho osobního vývoje, zahrnující jeho vztah k rodičům, i to, zda byl fyzicky, sexuálně nebo citově zneužíván či deprivován. Významná pro jeho osobnostní a psychosexuální vývoj mohou být i jiná traumata související například s úmrtím blízkých osob, rozpadem manželství, ztrátou dětí, uvězněním atd. Dále se zjišťuje pacientova osobnostní struktura, přičemž případná porucha osobnosti může být významným faktorem při rozhodování o druhu nejvhodnější terapie, závislost na alkoholu či drogách nebo jsou prováděna i somatická vyšetření, která slouží k vyloučení závažných poruch a onemocnění.

---

<sup>25</sup> Jejich okolí je však často považuje za gaye či lesbičky.

<sup>26</sup> FtM pracují často v uniformě, protože potlačuje ženské tvary. Dále jako řidiči nebo montéři. MtF pak často jako prodavači nebo cukráři.



### 1.3.1 Diferenciální diagnostika transsexuality

Jedná se o podstatnou a důležitou část diagnostiky. Jestliže se totiž neodhalí pravá příčina potíží a pacient se „vmanipuluje do transčlověka“, mohou být následky trvalé a nevratné.

Právě diferenciální diagnostika *odlišuje transsexualitu od jiných obdobných onemocnění a stavů, ať už somatických (intersexualita) nebo psychických (jiné poruchy pohlavní identity).*

*Intersexualita je laicky těžko rozpoznatelné onemocnění a stavy, proto se této kategorii nebudu příliš věnovat. Jen zmíním, že sem patří, mimo jiné, i již výše zmiňovaný hermafroditismus a mužský i ženský pseudohermafroditismus.*

*Psychická onemocnění a stavy jsou další možností, jak je možné se mýlit v konstatování transsexuality. V některých případech by se transsexualita mohla zaměnit s některými jinými poruchami nebo stavy, které by si pacient mohl mylně vyložit, případně by se mohl domnívat, že jako transčlověk vyřeší své stávající problémy. Do této kategorie zejména patří:*

- *homosexualita (Odlišná reakce na homoerotické /případně lesbické/ podněty.)*
- *porucha pohlavní identity v dětství<sup>27</sup> (Vyskytuje se až u několika procent dětí. Může sice jít o první indikátor transsexuality, rozhodně častěji však nikoliv.)*
- *transvestitismus fetišistický (Je to porucha sexuální preference, ne pohlavní identity. Objevuje se zejména u mužů. Projevuje se převlékáním do ženských šatů, spodního prádla, líčením, atd. Většinová orientace je heterosexuální.)*
- *transvestitismus dvojí role (Je to porucha pohlavní identity. Vyskytuje se převážně u heterosexuálních mužů, kteří se občas převlékají do ženských šatů a chvílemi žijí v této roli. Není zde ale jednoznačná touha po těle druhého pohlaví. Může jít o přechodné stadium budoucího transsexualismu.)*

---

<sup>27</sup> Dívky projevují zájem o chlapecké sporty a koníčky, v kolektivu chlapeckých vrstevníků jsou uznávány, někdy mohou hrát i vůdčí roli. U chlapců se naopak projevuje lepší porozumění s vrstevnicemi než s kamarády. Hrají si s panenkami, neradi hrají fotbal, neperou se a podobně.

- *psychotická porucha (Psychóza může někdy transsexualitu imitovat.)*
- *syndrom skopců (Je zde snaha znetvořit vlastní genitál. Není to ale projev extrémní nenávisti ke genitálu v rámci transsexuální poruchy, ale spíše je toto jednání projevem vlastní nadřazenosti a podobně.)<sup>28</sup>*
- *organické mozkové léze (Spíše teoreticky možný projev mozkového nádoru.)*

Diagnostická fáze má různou dobu trvání, záleží na klientovi. Někteří již na prvním sezení demonstrují svou psychickou identitu tak, že nikdo nepochybuje o tom, že znají svou pohlavní příslušnost. Ale naopak je zase mnoho takových, kteří se celé roky hledají a nejsou si úplně jisti.

---

<sup>28</sup> Některé kultury syndrom skopců dokonce společensky akceptují, například indiští hidžrové nebo v ruské sektě skopců.

## 2. Možnosti léčby transsexuality

*Utrpení, o kterém nás translidé ujišťují, je pro nás naprosto nepředstavitelné a nepochopitelné. Nepřijetí vlastního těla jako omylu přírody, vedoucí často až ke slepé nenávisti a k touze po zničení sebe sama, staví medicínu (ale nejen ji) před otázkou, jak těmto lidem pomoci.*

*Současná medicína nabízí tři možnosti léčby této poruchy. Jedná se o psychoterapii, hormonální léčbu a o hormonálně chirurgické připodobnění (dále: HSR)<sup>29</sup>. O každé z těchto možností bych rád uvedl několik základních informací.*

### 2.1 Psychoterapie

*Hned na počátku tohoto oddílu je třeba uvést závažný fakt, že všechny dosavadní pokusy o léčbu transsexuality ve smyslu změny citění pacienta selhaly<sup>30</sup>. Podle názoru odborníků<sup>31</sup> je maximem toho, čeho je možné v rámci psychoterapie<sup>32</sup> dosáhnout, adaptace na daný stav a změna chování. Nikdy ne změna identity.*

*Přes zdánlivou skepsi však je třeba okamžitě dodat, že psychoterapie je navzdory tomu všemu (nebo právě proto) základem léčby transsexuality. Člověk s transsexuální poruchou dlouho váhá (často mnoho let), než přijde za terapeutem se žádostí o pomoc. Přichází s velkou nejistotou, pln pocitů nenormality, viny,*

---

<sup>29</sup> HSR = hormonal surgical reassignment

<sup>30</sup> FIFKOVÁ, H. *Transsexualita diagnostika a léčba*. Praha : Grada, 2002, s. 52.

<sup>31</sup> tamtéž

<sup>32</sup> Psychoterapie bývá nejčastěji definována jako druh léčby, který s využitím psychologických prostředků pomáhá klientovi zlepšit kvalitu jeho života.

*s nízkým sebehodnocením, často s neurózou, depresí a úzkostí. Je-li spolupráce dobrá a kvalitní, na konci terapie tyto příznaky mizí nebo se alespoň zmírňují<sup>33</sup>.*

V rámci terapie transsexuálních klientů lze psychoterapii rozdělit na nespecifickou a specifickou. Nespecifická je během celého procesu a je dána vztahem mezi klientem a terapeutem. Specifická psychoterapie je naopak přesně vymezená, terapeutem doporučená a klientem vyžádaná. Dále klienti procházejí terapií individuální, která tvoří základ léčby, ostatní formy terapií jsou využívány podle potřeb a zájmu klienta. Skupinová terapie je většinou uzavřená, v každé skupině terapie probíhá jinak. Jsou sestavované podle doby příchodu, délky docházení a podle pohlaví. Pravidelně jsou také organizována společná setkání určená rodičům a ostatním blízkým klientů. Párovou terapii lze využít při řešení konkrétních problémů v partnerství.<sup>34</sup>

*Je třeba říci, že většina katolických morálních teologů se domnívá, že psychoterapie je jediný správný prostředek, jak transsexualitu léčit, i když připouští, že ne vždy je tato léčba úspěšná. Tak například K.H. Peschke píše: „Léčba by měla mít podobu psychoterapie a osobního poradenství, jenž obvykle výrazně zmenšují nesnesitelnost takovéto tíživé touhy.“<sup>35</sup> Dominikánský morální teolog A. J. Beneš píše : „Jelikož se jedná o poruchu psychickou, přiměřený způsob léčby je možno hledat pouze v oblasti psychoterapie. V patologickém stavu se nenachází organismus, ale psyché. Tu je třeba léčit. Zde se ovšem setkáváme s nemalými potížemi. Postižená osoba léčení odmítá, léčení je neúspěšné, psychický stav se stále zhoršuje, dochází k hlubokým depresím, k pocitům frustrace.“<sup>36</sup> Zdá se, že psychoterapie bývá doporučena často jako jediná možnost léčby většinou katolických morálních teologů. Časem dojdu k tomu, proč tomu tak je. Nyní pouze poznamenanám, že etickým i medicínským ideálem by bylo u psychoterapie zůstat. Praxe ale ukázala, že u většiny nemocných nelze touto terapií dostatečně pomoci.)*

---

<sup>33</sup> Srov. FIFKOVÁ, H. WEISS, P. *Srovnání psychologických charakteristik transsexuálních klientů v průběhu procesu přeměny pohlaví.* Předneseno na semináři o problematice transsexuality, Brno, 2000.

<sup>34</sup> Rodinná sezení hrají velkou roli buď v situacích, kdy se zbytek rodiny vyrovnává s transsexualitou jednoho z rodičů (slouží pak především ke zvýšení soudržnosti rodičovské dvojice a k prevenci traumatizace dětí) nebo jednoho z dětí (obzvláště v rodinách s výraznou autoritativní asymetrií a jasnou představou rodičů o tom, co je pro jejich dítě nejlepší).

<sup>35</sup> PESCHKE, K.H. *Křesťanská etika.* Praha : Vyšehrad, 1999, S. 255.

<sup>36</sup> BENEŠ, A.J. *Etická problematika operativní změny pohlaví.* In *Skripta bioethica.* Brno : 2001, r. 1. ,č. 1,s. 34.

Všichni, kdo absolvují proces přeměny pohlaví, řeší otázku postoje k vlastní minulosti. Potíže spojené s potřebou zpracovat uplynulé období, ve kterém klienti prožívali nezařazenost a nezařaditelnost v rámci skupin vrstevníků, jsou logické a veliké. Transsexuálním klientům a klientkám chybí základní zkušenosti ve vztahu k adekvátním referenčním skupinám. Nemohli se identifikovat a zařadit, nemohli se autonomizovat a separovat, nemohli kooperovat, nemohli bojovat a vítězit. Ve složitějších případech jsou minulé roky provázeny výraznými stavy derealizace, odosobnění, emoční anestezie, denního snění a dalšími obrannými mechanismy, které jim pomohly přežít dlouhodobou traumatizující transsexuální trýzeň se zachováním šance na obnovení duševní integrity.<sup>37</sup>

*Jak již bylo řečeno dříve, první fází práce terapeuta je diagnostický proces. Po potvrzení diagnózy by měl terapeut vytvořit klientovi co nejvhodnější podmínky k tomu, aby se mohl co možná nejlépe rozhodnout o dalších krocích. To v praxi znamená, poskytnout klientovi co nejvíce informací o dalších možnostech a o jejich výhodách a nevýhodách. Klient má nyní vlastně dvě možnosti. První z nich je adaptace na stávající biologické pohlaví, druhou je pak proces připodobnění pohlaví, ať už jen částečně nebo zcela. Které rozhodnutí v současnosti převažuje, lze jen stěží určit.*

### **2.1.1 Adaptace na stávající biologické pohlaví**

*Jistě je transsexuální skupina lidí, kteří se na terapeuta nikdy s prosbou o pomoc neobrátlí, neboť se dostatečně dokáží adaptovat sami, bez asistence. Ty, kteří se na terapeuta obrátí a rozhodnou se pro adaptaci na své biologické pohlaví, vedou k tomuto rozhodnutí nejružnější důvody. Jsou to často lidé žijící*

---

<sup>37</sup> Jak již bylo výše řečeno, je psychoterapie jednou ze zásadních složek léčby. Vztah mezi klientem a jeho terapeutem má velký vliv na úspěšnost léčby. Lidé nespokojení se svým tělem se povětšinou odhodlávají několik let k nápravě svého problému. První dojem ze setkání s psychoterapeutem bývá rozhodující pro další průběh spolupráce. Do ordinace přicházejí s velikou nejistotou, plní pocitů viny, studu, nenormality a izolace ze světa, s nízkým sebehodnocením, většinou depresivní, úzkostní, neurotičtí. A cílem, a i povinností, psychoterapeuta je z takového nešťastného uzlíčku nervů „vytvořit“ šťastného, spokojeného a sebevědomého člověka s chutí do života.

v manželství, často vychovávající děti a důvodem tohoto typu rozhodnutí je potřeba dostát rodičovským povinnostem, obava před zničením rodiny, fungující vztah s druhým rodičem, láska k dětem a obava před jejich traumatizací.

Někdy je rozhodnutí pro adaptaci celoživotní záležitostí, jindy jde jen o odložení zásadnějšího rozhodnutí na dobu dospělosti dětí.

## 2.1.2 Adaptace na pohlaví psychické

Druhou subvariantou adaptačního procesu je pak proces opačný - adaptace na pohlaví psychické. Transsexuální lidé velice trpí, aniž svému utrpení (alespoň v počátcích) rozumí. Pomoc psychologa může toto utrpení pomoci nést (a někdy ani to ne), ale určitě<sup>38</sup> je nedokáže od tohoto utrpení zcela osvobodit. Dříve nebo později se tedy většina translidí rozhodne jít dál, a problém řešit radikálněji. Ne každý však, z nejrůznějších důvodů, hned sáhne po tom nejradikálnější řešení. Většinou chtějí začínat opatrně a pomalu, a někteří už ani dále pokročit nechtějí.

Jak již bylo řečeno, adaptace na psychické pohlaví klienta je nejméně radikálním připodobněním. Transčlověk se snaží žít v roli adekvátní jeho cítění. *Tuto variantu volí lidé, kteří nemají výrazně negativní vztah ke svému tělu, lidé s obavou z lékařských zákroků, lidé homosexuálně orientovaní. Zpravidla změni jméno a příjmení na neutrální tvary a v partnerských vztazích zaujímají roli příslušející jejich psychické identitě<sup>39</sup>.*

*Většina klientů se ale nakonec rozhodne radikálněji. Za pomoci terapeuta se připravují na hormonální terapii, nebo po ní ještě na HSR. Rozhodnutí pro chirurgickou konverzi je výsledkem málo uspokojujícího boje, volbou po vyčerpání zdánlivě méně náročných variant. Zcela evidentně se v tomto směru liší FtM a MtF. Transsexualita FtM je mnohem jednoznačnější a jejím nositelům nečiní problém udělat rozhodnutí radikálního druhu. Mnohem více času na rozhodnutí potřebují lidé s transsexualitou MtF. Mnozí z nich neprožívají tak velkou trýzeň jako většina*

---

<sup>38</sup> Podle vyjádření samotných nemocných.

<sup>39</sup> Srov. FIFKOVÁ, H. *Transsexualita diagnostika a léčba*. Praha : Grada, 2002, s. 55.

FtM. Uvědomění si své skutečné identity i rozhodnutí pro určitý způsob řešení problému transsexuality je pro klienty MtF nezdědka komplikovanější a dlouhodobější záležitost. *Při požadování HSR, má proces terapie několik kroků s relativně pevnou strukturou:*

zkouška a zkušenost opravdového života (RLE)<sup>40</sup> (klient postupně začíná žít ve všech oblastech svého života roli, která je v souladu s jeho cítěním, sám si otestuje svou schopnost žít v roli harmonizující s jeho psychickou identitou. Postupně v ní začíná žít ve všech oblastech svého života a tím podstupuje jakýsi test správnosti svého rozhodnutí. Jedná se o složité období,<sup>41</sup> ve kterém určitou podporu poskytuje úřední akt změny jména a příjmení na neutrální tvar. Klientům původní jméno komplikuje život, a proto mohou požádat o změnu na tvary neutrální.)<sup>42</sup>

hormonální terapie (K hormonální terapii lze přikročit, až když klient žije minimálně několik měsíců v dané roli. V tomto období je pro pacienta důležitá reakce okolí, ověřuje si, nakolik bude v nové roli akceptován. Hormonální terapie je zahájena po dohodě s klientem a po důkladném somatickém vyšetření.<sup>43</sup> Měla by před zahájením vlastních chirurgických zákroků trvat minimálně jeden rok, měly by být zřetelně vytvořené tělesné změny a hladiny pohlavních hormonů dosažené během této doby by se měly blížit normám vlastním požadovanému rodu. V tomto období jsou pro klienty důležité i informace o nejruznějších lékařských

---

<sup>40</sup> Real Life Experience

<sup>41</sup> Cílem psychoterapeuta v tuto chvíli je aby klient nemusel měnit kromě společenské role ve svém životě nic podstatného, aby si uchoval svou profesi, bydliště, okruh kamarádů a známých, což je jistě psychicky velmi náročné. V tomto období je proto důležitá i terapie rodinná a skupinová, k posílení pocitu sounáležitosti a příslušnosti k určité skupině lidí. Postoj nejbližších je důležitým faktorem ovlivňujícím celý proces. Pochopení nebo naopak odmítnutí v rámci rodiny a nejbližších přátel může být zásadním z hlediska dalšího rozhodování klienta.

<sup>42</sup> RLE je nezbytným předstupněm před přechodem k pohlavní roli, která odpovídá pacientově pohlavní identifikaci. Protože změna pohlavního vyjádření sebou nese okamžité sociální a osobní důsledky, mělo by zahájení této fáze předcházet zevrubné posouzení všech aspektů, ať už se týkají vztahů v rodině, v zaměstnání nebo ekonomických či sociálních dopadů. Přesto někteří pacienti zahájí RLE a po čase dojdou k názoru, že tento donedávna vytoužený cíl není tím, co si ve skutečnosti představovali. (Srov. Standards of Care, šestá revize z února 2001, bod IX. Zkušenost reálného života. In: Příloha 1, FIFKOVÁ, H. *Transsexualita diagnostika a léčba*. Praha : Grada, 2002, s. 153

<sup>43</sup> V tuto chvíli psychoterapie není až tak potřebná. Většina klientů již má problém vyřešen se svým okolím a teď se soustředí jen na sebe a na co nejbližší uskutečnění svého snu. Psychický stav se stabilizuje. U FtM je zahájení hormonální terapie provázeno pocitem spokojenosti a klidu. Změnou, ke které často dochází je, že v důsledku zvyšující se hladiny testosteronu se zvyšuje sexuální apetit. U MtF se občas vyskytuje, při zahájení terapie estrogeny a antiandrogeny, kolísání nálad až deprese. Toto období bývá časově omezené a nevyžaduje kromě podávání informací žádnou speciální psychoterapeutickou péči.

i nemedicínských službách, které je možno využít v rámci přeměny zevnějšku, ať už jde o služby odstraňující nežádoucí rysy nebo naopak zvýrazňující požadované znaky. Po rok trvající hormonální terapii a déle než rok úspěšně probíhající RLT, může klient písemně požádat příslušnou komisi jmenovanou ředitelem nemocnice, rozhodující o realizaci chirurgických zákroků u transsexuálů, o schválení operativní přeměny pohlaví. Komise rozhodne na základě písemného doporučení ošetřujícího lékaře a dalšího nezávislého odborníka. O schválení operativní přeměny pohlaví je možné požádat nejdříve po dosažení plnoletosti, v osmnácti letech.)

Období, ve kterém dochází k zahájení hormonální terapie, nevyžaduje speciální či intenzivní psychoterapeutický přístup. U FtM je ve velké většině případů zahájení hormonální terapie provázeno pocitem spokojenosti a větším klidem. Psychický stav se stabilizuje. Na rozdíl od očekávání některých odborníků nedochází k nárůstu agresivní tenze v závislosti na zvyšující se hladině testosteronu. Změnou, ke které v této souvislosti naopak dochází často, je zvýšení sexuální apetence. U MtF je možné se občas setkat při zahájení terapie estrogény a antiandrogény s kolísáním nálad ve smyslu dysforie až deprese. Toto období bývá časově omezené a nevyžaduje kromě podání informací zpravidla žádnou speciální psychoterapeutickou či farmakologickou péči.

*předoperační období* (Operativní kroky si klient plánuje individuálně, přesně podle svých možností a potřeb. K úplné změně pohlaví dochází až chirurgickým zákrokem. O zákroku rozhoduje komise. Operace je u nás hrazena zdravotní pojišťovnou, což řadí Českou republiku ke světovým unikátům v této oblasti. V zahraničí je běžné, že si klient zákrok hradí sám, což znamená, že na něj našetří až ve vyšším věku, který s sebou přináší více zdravotních komplikací.)

Z psychoterapeutického hlediska je charakteristické především přípravou na vlastní operativní zákroky ve smyslu doplňování informací při setkáních s odborníky či klienty, kteří mají celý proces za sebou.

*pooperační období* (Proces přeměny pohlaví je pak dokončen definitivní změnou úřední identity. Klient si změní jméno a příjmení na tvary definitivně mužské či ženské, dostává nový rodný list a nové rodné číslo, mění si všechny potřebné doklady a dokumenty, i ty se zpětnou platností, mezi něž patří například maturitní vysvědčení či vysokoškolské diplomy. V dalším životě má pak všechna



práva a povinnosti příslušející danému pohlaví. Muži se mohou civilně ženit, ženy se mohou civilně vdávat. Všechny tyto úřední kroky se dějí na základě písemného doporučení terapeuta.<sup>44</sup> V pooperačním období sám klient pak dochází na pravidelné kontroly, užívá předepsané léky a absolvuje doporučené laboratorní kontroly a vyšetření.

Potřeba další psychoterapeutické intervence v tomto období závisí na osobnostních charakteristikách klienta, na jeho duševní zralosti a na kvalitě předchozí psychoterapeutické péče. Někteří klienti již další pomoc nepotřebují, se zdravotníky udržují jen nezbytně nutné kontakty (a někdy ani ty ne) a snaží se žít tak, aby se k proběhlé fázi života nemuseli příliš vracet.

K problémům dochází například tehdy, jsou-li očekávání klienta nepřiměřená nebo jde-li o osobnost nezralou. U lidí s nízkým sebehodnocením spojeným s hlubokými nejistotami může být nespokojenost s výsledkem operace vhodným ventilem těchto úzkostí. Tam, kde klient nepřebírá dostatečně zodpovědnost za svůj život, může být transsexualita věčným a vděčným alibi pro neúspěch, hromosvodem pro všechny porážky a šidítkem, ospravedlňujícím nečinnost.

závěr (Obecně lze konstatovat, že u některých fází existuje zcela přesné a konkrétní vymezení časem, jiné probíhají časově velice individuálně a některé fáze se vzájemně překrývají.)

Psychoterapie se prolíná všemi čtyřmi výše uvedenými fázemi. Hlídá hlavně kontraindikace a případně nevhodně zvolené tempo<sup>45</sup> postupu pacienta k celkovému vyléčení. Všichni, kdo absolvují proces přeměny pohlaví, řeší otázku postoje k vlastní minulosti. Potíže spojené s potřebou zpracovat uplynulé období, ve kterém

---

<sup>44</sup> V pooperačním období potřeba další psychoterapeutické konzultace závisí na osobnostních charakteristikách a na duševní zralosti člověka.

<sup>45</sup> Pro fáze směřující ke změně pohlaví a pro úplnou změnu pohlaví jsou relativními kontraindikacemi terapie například psychotické onemocnění, kdy je nutné odlišit, zda transsexualita není jen projevem duševní nemoci. Další kontraindikací může být těžká porucha osobnosti, zvláště asociální či hysterické prvky, které by mohly celý proces přeměny komplikovat. Dalším nebezpečím je závislost na alkoholu a drogách, kdy u lidí závislých mohou nastat komplikace v rámci hormonální terapie ze somatického hlediska. Ale žádná z uvedených kontraindikací nemusí představovat konstantní a neměnnou překážku terapie. Jde spíše o upozornění, že je třeba volit opatrnější a pomalejší terapeutický postup, v jehož rámci je třeba současně s léčbou transsexuality řešit i zmíněný problém.

klienti prožívali nezařazenost a nezařaditelnost v rámci skupin vrstevníků, jsou logické a veliké.

V ideálním případě se podaří vytvořit tým specialistů, kteří spolupracují dlouhodobě v rámci diagnostiky a terapie. Je vhodné vytvořit stálý tým, neboť se jedná o specifický problém, kdy je nejlepší spolupracovat s jedním a tím samým specialistou, který se na danou problematiku soustředí. Kromě sexuologa mají v týmu své místo klinický psycholog, internista, endokrinolog, gynekolog, plastický chirurg a urolog. Někdy, spíše na přání pacienta spolupracují i další odborníci: psychoterapeut, foniatr, laserový odborník, kosmetička, dětský psycholog a také právník.

Asi nejpodstatnější roli v tomto týmu má u nás sexuolog. On pracuje s klientem a je takovým vedoucím a organizátorem celého týmu odborníků a nese hlavní odpovědnost za průběh celé přeměny, počínaje diagnostikou a terapií konče. Členové týmu se účastní pravidelných informativních seminářů, určených transsexuálním klientům a jejich blízkým příbuzným nebo přátelům. Výhodou je dobrá spolupráce se členy komise pro schvalování chirurgických zákroků.

## **2.2 Hormonální léčba**

Podstatnou součástí přeměny pohlaví je hormonální léčba a následná substituce pohlavních hormonů, kterou zpravidla řídí ošetřující sexuolog. *Hormonální léčba je často brána jako jedna ze součástí chirurgické přeměny pohlaví. Ne všichni transsexuálové si ale přejí kompletní HSR. Některým vyhovuje pouze částečná léčba, například právě hormonální. Faktem je, že hormonální léčba vyvolává některé etické otázky, kterými se však budu ve své práci zabývat až později.*

*Podstatou hormonální léčby u transsexuálů je podávání sexagenů – estrogenů<sup>46</sup> a antiandrogenů mužským transsexuálům a androgenů<sup>47</sup> ženským transsexuálům.*

*Léčba je vždy zahájena až na doporučení sexuologa. Je totiž poměrně dost vlivů, které kladou hormonální terapii překážky, případně ji zcela vylučují.<sup>48</sup> Jsou to mimo jiné i tyto: deprese, psychóza, drogová závislost, nestabilizovaná epilepsie, vysoký tlak, ischemická choroba srdeční, ne zcela kompenzovaná cukrovka, rakovina prsu v rodinné anamnéze, kouření cigaret, migrény, výrazná obezita a jiné.*

*Závěrem je nutné konstatovat, že pokud se přistoupí k hormonální léčbě, je třeba dodržovat doporučené dávky a pravidelně podstupovat laboratorní a klinická vyšetření<sup>49</sup>, aby případná rizika nepřevýšila prospěch z této léčby. Tato léčba pak provází pacienta už celý život<sup>50</sup>. Její vysazení může narušit stabilizovaný regulační hormonální systém. Při delším přerušeni začíná docházet k výrazným změnám a začínají převládat rysy původního genetického pohlaví.*

*V zásadě však lze říci, že kontrolovaná dlouhodobá hormonální terapie transsexualismu podstatně nezvyšuje morbiditu<sup>51</sup> ani mortalitu<sup>52</sup> těchto pacientů.<sup>53</sup>*

---

<sup>46</sup> Ženský pohlavní hormon. Jeho podávání způsobí pigmentaci kůže obličeje, zvýšenou pigmentaci prsních bradavek, někdy ztmavění linie na přední straně břicha, zvětšení prsů různého stupně a ochabnutí varlat. Dochází také k redukci ochlupení, zvýšení hlasu, k rozložení tuku směrem k ženskému typu a k redukci svalové hmoty. Dochází ke snížení libida, erekce, k emoční labilitě, k rozvoji impotence a k poruše ejakulace. Změny jsou ale závislé na předchozím tělesném typu, u výrazně mužských typů nebyvají změny příliš výrazné. Z nežádoucích účinků: nevolnost, zvracení, nebezpečí postižení jater, otoky, zvýšení krevního tlaku, bolest hlavy, zhoršení epilepsie, elevace prolaktinu a také zvýšení krevní srážlivosti a s ní riziko žilní trombózy a embolizace.

<sup>47</sup> Mužský pohlavní hormon. Po začátku podávání se zpravidla do jednoho měsíce zastavuje menstruační krvácení (někdy ale přetrvává, třeba až do případného operačního výkonu), nezmenšují se ale prsní žlázy (to je řešitelné pouze operací). Zvětšuje se klitoris (až o 4 cm), zhrubne hlas, zvyšuje se svalová hmota, narůstá ochlupení na celém těle včetně vousů. Dochází k posunutí vlasové hranice a k tvorbě koutů. Nežádoucí účinky: zvýšená aktivita mazových žláz, tvorba akné, ovlivnění psychického ladění (větší rozhodnost spolu s agresivitou).

<sup>48</sup> ZVĚŘINA, J. Hormonální terapie u transsexuálních osob. 1999, *Praktický lékař*, čís. 79, s. 70 – 71.

<sup>49</sup> Zpočátku jsou častější, po delší době a stabilizaci jsou však nutná alespoň dvakrát za rok.

<sup>50</sup> Výjimku tvoří jen období před případným chirurgickým zákrokem a krátce po něm, kdy by zvyšovala rizika.

<sup>51</sup> Nemocnost (počet chorob v poměru k počtu obyvatelstva).

<sup>52</sup> Úmrtnost (počet úmrtí v poměru k počtu obyvatelstva).

<sup>53</sup> Srov. Van KESTEREN, P. Kol. Mortality and morbidity in transsexual subjects treated with cross – sex hormones. *Clin. Endocrinol.*, n. 47, s. 337-342. In.: FIFKOVÁ, H. *Transsexualita diagnostika a léčba*. Praha : Grada, 2002, s. 66.

## 2.3 Hormonálně chirurgické připodobnění (HSR)

*Jestliže již hormonální léčba vyvolává některé etické otázky, tím více a tím zásadnější etické otázky vyvolává HSR. Jedná se totiž vlastně o zmrzačení dosud zcela zdravého lidského těla. Přesto světově uznávané kalifornské Zásady péče o subjekty s poruchou pohlavní identity<sup>54</sup> konstatují, že HSR je všeobecně řečeno medicínsky indikovaná a nezbytná<sup>55</sup>. To ale není jednotný názor všech lékařů.<sup>56</sup>*

V současné době díky vstřícnému přístupu některých pracovišť se rutinně provádějí první dva zákroky, redukční mamoplastika a hysterektomie s adnexektomií - dohromady, v rámci jedné celkové anestézie, buď jedním odborníkem, nebo při dobré spolupráci a koordinaci mezi klinikou plastické chirurgie a gynekologickou klinikou. Většina klientů odchází domů k domácímu doléčení cca do týdne. Tyto dvě operace též tvoří jakousi základnu, kterou absolvují všichni klienti, kteří dospěli k přeměně pohlaví (vyjma klientů, jejichž prsa nevyžadují žádnou úpravu, a klientů, kteří se rozhodli pro řešení minimální, tedy pouhou hysterektomií - jejich počet se ale v posledních letech blíží nule). Nástavbu pak tvoří rekonstrukční zákroky, konkrétně tedy jde u FtM o rekonstrukci penisu, uretry a skrota. Tato vysoce specializovaná a náročná operace je věcí volby každého z klientů - dle odhadů<sup>57</sup> se pro ni rozhodují zhruba dvě třetiny z celkového počtu klientů měnících chirurgicky své pohlaví.

---

<sup>54</sup> Standards of Care, šestá revize z února 2001. In: Příloha 1, FIFKOVÁ, H. *Transsexualita diagnostika a léčba*. Praha : Grada, 2002, s. 131.

<sup>55</sup> Standards of Care, kap. X. Chirurgické zákroky: „Operativní změna pohlaví je účinná a lékařsky doporučovaná v případech těžkých poruch pohlavní identity. U osob s diagnostikovaným transsexualismem nebo s jinou vážnou poruchou pohlavní identity se operativní zákrok spolu s podáváním hormonů a RLE (Real Life Experience = zkušenost reálného života, viz bod 2.1.2.; pozn. autora) ukazuje jako účinný postup. Takovýto léčebný postup – předepsaný a doporučený kvalifikovaným odborníkem – je z lékařského hlediska **žadoucí**

**a nevyhnutelný** (zvýrazněno autorem). Přeměna pohlavních orgánů v žádném případě není nějakým pokusem, kosmetickou úpravou, součástí výzkumu nebo jinak nezodpovědným krokem. Je jasně stanovenou, velice účinnou a nejvhodnější léčbou transsexualismu nebo jiných vážných poruch pohlavní identity.“

<sup>56</sup> „Mnoho lidí, včetně některých lékařů, se z etických důvodů staví proti chirurgické přeměně pohlaví.“ (Standards of Care, šestá revize z února 2001. In: Příloha 1, FIFKOVÁ, H. *Transsexualita diagnostika a léčba*. Praha : Grada, 2002, s. 153.)

<sup>57</sup> Srov. FIFKOVÁ, H. *Transsexualita diagnostika a léčba*. Praha : Grada, 2002, s. 131.

*Vzhledem k tomu, že s etickými souvislostmi se budu vypořádávat v dalších kapitolách své práce, přejdu nyní k technickému popisu HSR. Svou úvodní poznámkou jsem chtěl jen poukázat na nejednoznačnost pohledu na samotný zákrok a to nejen mezi teology, ale i mezi samotnými lékaři. Na závěr přidám i některé právní aspekty HSR.*

### **2.3.1 Druhy chirurgických zákroků**

*Je potřeba odlišit dvě skupiny operačních zásahů, neboť se k nim přistupuje odlišně. Jsou to:*

- operace poprsí*
- operace genitálu a některé další operace*

*Zatím co operace poprsí je dnes už běžná operace, často i kosmetická, operace genitálu je značně jiného druhu. Je to dáno i tím, že prsa jsou sice důležitým druhotným pohlavním znakem, ale nejsou důležitá pro pohlavní reprodukci a nejsou ani zahrnuta v legislativních definicích určujících pohlaví a pohlavní identitu člověka. Je třeba tedy tyto dva druhy operačních zásahů odlišit.*

#### **2.3.1.1 Operace poprsí**

*Pro FtM pacienty je zmenšení prsů obvykle prvním (a často i posledním) chirurgickým zákrokem, jehož smyslem je zlepšit vystupování pacienta na veřejnosti v mužské roli. Po operaci zůstávají velké jizvy, je tedy vhodné, aby o následcích operace byl předem pacient podrobně informován. Operace může být provedena zároveň s počátkem hormonální léčby.*

Cílem operovaného pacienta je dosažení maximální redukce mammy s redukcí velikosti dvorce na průměr cca 3 cm dosažením jeho dokonale kulatého tvaru a snížením prominující bradavky. Aby nedošlo k depresi dvorce či jeho deformaci, je důležité ponechání pruhu tkáně mléčné žlázy o síle asi půl cm v rozsahu celého dvorce.

*U MtF pacientů se zvětšení prsů provádí nejdříve po osmnácti měsících podávání hormonů, a to jen tehdy, když lékař zkonstatuje, že pro adaptaci v nové pohlavní roli není zvětšení prsů po podávání hormonálních přípravků dostatečné.*

### **2.3.1.2 Operace genitálu**

*Operace genitálu se dost liší u MtF a u FtM. Popíší tedy nejprve společné podmínky chirurgického zákroku a poté v krátkosti vyjmenují různé možnosti operací, které dnešní medicína nabízí u žen a u mužů.*

#### **2.3.1.2.1 Podmínky chirurgického zákroku**

*Zásady péče o subjekty s poruchou pohlavní identity<sup>58</sup> uvádí dvě kritéria, svědčící o připravenosti pacienta<sup>59</sup>. Jsou to:*

- *prokazatelný pokrok v přechodu do nové pohlavní role*
- *prokazatelný pokrok ve styku s rodinou, v zaměstnání, pozitivní změny v osobním životě směřující k duševní pohodě. Zahrnuje též uspokojivé*

---

<sup>58</sup> Viz odkaz 43

<sup>59</sup> Srov. Standards of Care, šestá revize z února 2001. In: Příloha 1, FIFKOVÁ, H. *Transsexualita diagnostika a léčba*. Praha : Grada, 2002, s. 156.

*zvládnutí problémů typu sociopatie<sup>60</sup> nadužívání léků, psychóz, tendencí k sebevraždě apod.*

*Mimo této připravenosti pacienta existují ale ještě tak zvaná minimální kritéria pro operace genitálu, vyžadovaná bez rozdílu jak pro biologické muže tak ženy. Jsou to tyto<sup>61</sup>:*

- a) zletilost podle zákonné normy v daném státě*
- b) obvykle alespoň dvanáct měsíců nepřetržitého užívání hormonů bez vedlejších účinků<sup>62</sup>*
- c) nepřetržitá, minimálně dvanáct měsíců trvající RLE<sup>63</sup>*
- d) pravidelná psychoterapeutická sezení na přání psychoterapeuta, která jsou závazná po celou dobu RLE*
- e) prokazatelné povědomí o nákladech, délce hospitalizace, možných komplikacích  
a pooperačních rehabilitačních postupech nutných u řady operativních zákroků*
- f) povědomí o možnostech a schopnostech různých chirurgů a jimi používaných operačních postupů.*

*Bez splnění výše uvedených kritérií není možné dosáhnout chirurgického zákroku. Další podmínkou je, že operace mohou být prováděny pouze po komplexním zhodnocení kvalifikovaným odborníkem<sup>64</sup>. Znamená to, že žádosti o operaci genitálu nemusí být vždy vyhověno<sup>65</sup>.*

---

<sup>60</sup> Chorobný až nenormální vztah k sociálnímu prostředí.

<sup>61</sup> Podle: Standards of Care, kap. XII.

<sup>62</sup> Pokud daná osoba žije dlouhou dobu přesvědčivě v roli opačného pohlaví a psychoterapie prokáže její duševní zdraví, neexistuje žádný podstatný důvod, proč by měla hormonální léčba předcházet operaci genitálu.

<sup>63</sup> Pokud se občas pacient navrácí k původní pohlavní roli, mělo by to být považováno za současné projevení protichůdných citových postojů a za nesplnění těchto kritérií.

<sup>64</sup> Operace může být provedena až na základě dokumentů, které potvrzují, že byla provedena všechna požadovaná vyšetření a že pacient vyhovuje výše uvedeným kritériím.

<sup>65</sup> Pacient, chirurg a ošetřující lékař se musí shodnout a přijmout zodpovědnost za rozhodnutí provést na těle nevratné změny.

### **2.3.1.2.2 Operace genitálu u FtM pacientů**

*Jedná se o vynětí dělohy, vaječníků a vejcovodů. Poté zpravidla následuje rekonstrukce penisu, močové trubice a šourku<sup>66</sup>. Většina transsexuálních pacientů si přeje co nejčasnější odstranění dělohy, protože pocítují značný diskomfort v souvislosti s menstruací. Odstranění vaječníků je nezbytné ke snížení produkce estrogenů, které dále umožní plný efekt terapie testosteronem. Dalším důvodem k odstranění vaječníků je fakt, že v pozdějším věku se na těchto malých orgánech často vytvářejí malé či větší cysty, které mohou později i malignizovat a měnit se tak ve zhoubné nádory, což může být důvodem dalších opakovaných operací (reoperace v 7-20 %)<sup>67</sup>. Z výše uvedených skutečností tedy vyplývá, že u transsexuálních klientů FtM není možné plně normalizovat jejich život bez použití operačního zákroku. Podmínkou operace je zachování struktur nutných k úspěšné rekonstrukci zevního genitálu, tj. přímého břišního svalu a dolních epigastrických cév.*

*K dalším zákrokům směřujícím k maskulinizaci těla patří například liposukce k redukci boků a stehen.*

### **2.3.1.2.3 Operace genitálu u MtF pacientů**

*Při chirurgickém zákroku se odejmou varlata a penis a vytvoří se vagína, klitoris a stydké pysky. Chirurgická konverze pohlaví představuje soubor náročných výkonů, které významně zasahují do výchozího stavu orgánů a jejich funkcí. Na druhé straně se ovšem zvažuje přínos chirurgické konverze pro pacienta, kterému úspěšný soubor výkonů přinese podobu, která odpovídá jeho vlastní sexuální identifikaci. Úspěšný soubor chirurgických výkonů ho současně zbaví*

---

<sup>66</sup> S nefunkčními náhradami varlat.

<sup>67</sup> Srov.



hendikepujících tělesných prvků, které pro něj znamenaly mutilující zátěž. Po konverzi je nezbytná další dlouhodobá rehabilitace sexuologická a rehabilitace fyzikální k udržení a zlepšování funkce nových pohlavních orgánů.

*Větší feminizace je možné dosáhnout dodáním tuku do oblasti boků, plastikou nosu, redukcí lícních kostí, nebo operací hlasivek.<sup>68</sup> V tomto případě si tyto zákroky nevyžadují doporučení odborného lékaře.*

---

<sup>68</sup> Toto je ale velice rizikový zákrok.

### **3. Postoje katolických morálních teologů a učitelského úřadu církve k řešení problému translidí**

*Již výše bylo uvedeno, že etické otázky stran pomoci transsexuálům si kladou nejen morální teologové, ale i filosofové a lékaři. Převážná většina z nich se staví bezproblémově k psychoterapii. U hormonální léčby a zvláště pak u chirurgických zákroků se názory však již rozcházejí. Rozdíl v pohledu na HSR mezi dvěma tábory terapeutů, lékařů, filozofů, morálních teologů ale i dalších lidí, kteří o této problematice přemýšlejí, je pochopitelný a je třeba, brát ho velmi vážně. Hodnotou, kterou preferuje jeden z táborů je celistvost neporušeného těla, zejména, nepovažují-li se zásahy do něho za nadějně, cílovou hodnotou druhého tábora je odstranění poruchy, doléhající těžce, až neúnosně, na pacienta. Mým cílem je v této kapitole ukázat postoje katolických morálních teologů zvláště k palčivé otázce HSR, vyjádřit jejich argumenty a seznámit s oficiálním vyjádřením katolické církve k této problematice (Mezinárodní teologická komise: Společenství a služba).<sup>69</sup>*

#### **3.1 Postoje některých morálních teologů k HSR**

*Do roku 2004, kdy na dané téma promluvila učitelská služba církve, se otázkou problému transsexuality a HSR příležitostně, spíše monograficky, zabývali jednotliví morální teologové. Ani Katechismus katolické církve<sup>70</sup> z roku 1995 nepovažoval za nutné tuto problematiku zmínit, ani jednotlivé u nás (v češtině) vydané učebnice křesťanské etiky, morálky nebo bioetiky se příliš často touto*

---

<sup>69</sup> International theological commission; Communion and stewardship: Human Persons Created in the Image of God. Rok vydání 2004. Jedná se o třetí kapitolu s názvem „In the image of God : stewards of visible creation“, třetí oddíl nazvaný „Responsibility for the biological integrity of human beings“, odstavec 84,85 a 86. Tento text vyšel i v českém oficiálním překladu v Karmelitánském nakladatelství v roce 2005.

<sup>70</sup> *Katechismus katolické církve*. Praha : Zvon, 1995.

problematikou nezabývají<sup>71</sup>. Ani ve světě nebyla situace o mnoho lepší. Pokud už se tímto problémem někteří katoličtí teologové zabývali, nedokázali ohledně HSR nalézt společnou řeč. Převážná část morálních teologů dospěla<sup>72</sup> k závěru, že pro terapii, vedoucí k odstranění reprodukční schopnosti pacienta z psychických důvodů, nelze uvést potřebné opodstatnění. Ozývaly se však také opačné hlasy. Americký křesťanský etik Filip Keane upozorňuje ve své knize Katolické perspektivy sexuální morálky<sup>73</sup> na rostoucí počet katolických morálních teologů, kteří za jistých okolností s HSR souhlasí. Pokusím se odpovědět na otázku: „PROČ mezi katolickými morálními teology dlouho nebyl jednoznačný konsens ohledně etického aspektu transsexuální chirurgie?“

*Odpovědí pak musí být jednoznačně odpověď na otázku, zda při chirurgickém zákroku jde o porušení (ať už jakékoliv) tělesné integrity, nebo nejde. Pokud totiž ano, pak musí být nutně - podle principu totality - takový zákrok neetický.*

*Je však ještě možný i druhý pohled, který zastávalo ( a nebo alespoň v určitých případech připouštělo) nemálo morálních teologů a to ten, že se jedná o jakousi úpravu patologického stavu k zajištění vyšší, psychické integrity<sup>74</sup>. Potom by totiž chirurgický zákrok byl morálně ospravedlnitelný. Přesto by ale chirurgický zákrok úplně neřešil problém katolického transsexuála, protože mu nemůže zajistit takovou sexuální normalitu, aby byl schopen plnoprávně se zapojit do rodinného života.<sup>75</sup>*

---

<sup>71</sup> Pravdou je, že problém transsexuality není v populaci tak četný, aby zasluhoval zvlášť velkou pozornost.

I když pokud mají statistiky (viz výše, odkaz 4 mé práce) pravdu a mezi každými 20 000 lidmi je jeden transsexuál, tak málo to zase není.

<sup>72</sup> Tehdy, tedy před rokem 2004, ale je tomu tak i dnes.

<sup>73</sup> Už v roce 1977.

<sup>74</sup> Srov. KEANE, F. *Katolické perspektivy sexuální morálky*, 1977.

<sup>75</sup> Ztráta funkčnosti pohlavních orgánů znamená, že není schopen uzavřít křesťansky platné manželství. Děti může mít nadále jen umělým oplodněním.

### 3.1.1 J.Skoblík, Transsexualismus

Tento autor je v problematice transsexuality u nás kapacitou. Jako morální teolog a docent morální teologie na KTF UK, zabývá se danou problematikou řadu let. Výsledek studia této problematiky zhodnotil ve výše uvedené práci, která je jeho disertační prací. O problematice translidí, a zvláště věřících translidí, jsem s ním mnohokrát mluvil. Pokusím se ve zkratce předložit zde jeho postoje a názory ve výše uvedené publikaci obsažené.

Konstatuje, že všichni křesťanští etici vřele vítají a doporučují psychoterapii, zatímco hormonální a zejména chirurgickou léčbu převážná, možná značná část etiků, odmítá. Proč? Jaké jsou argumenty? Protože v lidském těle vidí Boží tvorbu, která nemá být bez dostatečného zdravotního důvodu poškozována, což se děje zmíněnou terapií. Poruchu pohlavní identity za dostatečný zdravotní důvod nepovažují. Avšak uvnitř katolické církve v tomto směru existují dva proudy. Jeden se staví k rekonstrukci pohlaví zamítavě, druhý za jistých podmínek vstřícně, i když zdrženlivě. On sám, jak vysvětluje z jeho textu, stojí v druhém proudu. Kdyby jemu samému položil nějaký věřící transsexuál otázku, zda je možné přijmout své transsexuální změnění jako kříž, a ujistil ho, že je hotov tento kříž nést, přirozeně bych mu to nevymlouval, naopak snažil bych se ho v tomto úmyslu posilovat. Podle svých zkušeností však došel k závěru, že je takové očekávání nerealistické. K rekonstrukční operaci vidí vhodnou analogii v přímé sterilizaci<sup>76</sup>. S tím nutně musí souviset otázka rozsahu tzv. zásady celistvosti (princip totality), podle které je možno obětovat část těla ve prospěch celku. Domnívá se, že vývoj církevních názorů na tuto problematiku závisí na vývoji širšího a hlubšího pohledu církve na sexualitu vůbec. Usuzuje, že teolog, zabývající se antropologickými předpoklady pohlavní identity, si s největší pravděpodobností bude vědom toho, že novost a komplexnost artikulace problematiky mu ještě nedovoluje systematický pohled. Řekl by, že víra promluvila zřetelně do poruchy věřících transsexuálů, že uvažovali o diagnóze a terapii právě jako věřící. Že všichni chápou svůj úděl jako kříž, který však může (jako každý kříž) přinášet do života určitá požehnání. Domnívá se, že

---

<sup>76</sup> T.j. sterilizace, která postrádá somaticky zdůvodněnou indikaci.

nést svou nemoc bez léčby nepovažují za možné, ale ani za nutné. Nelze však přehlédnout určitý počet transsexuálů, kteří se dobrovolně operace vzdávají a spokojují se se společenským přijetím v žádoucím pohlaví<sup>77</sup>. To platí zejména o západě. Pokud jde o duchovní, podle zkušeností doc. Skoblíka jsou jejich reakce překvapivě chápavé, řekl by, že se tam projevuje moudrost zpovědníků. U věřících se ale translidé někdy setkávají s určitou diskriminací. Domnívá se, že církve by měla být o této záležitosti dostatečně poučena a připravena na citlivý pastorační kontakt. Podporuje tato svá tvrzení výzkumem se sedmi věřícími transsexuály.

### 3.1.2 J. P. Ondok, Bioetika

*Tento rozpor se pokouší řešit ve své bioetice J. P. Ondok<sup>78</sup>, ale nedochází k jednoznačnému závěru, když píše: „Někteří morální teologové se domnívají, že není možno obětovat tělesnou integritu ve prospěch mentální stability a domnívají se, že touha změnit pohlaví je primárně psychologického původu a že vlastní metodou léčení je psychoterapie a nikoli chirurgie. Zdá se však, že takovýto názor prozrazuje příliš povrchní přístup k problematice, která sama stále zůstává nejasná. Jde o problém psycho-somatického zakotvení pohlavní identity v člověku.“<sup>79</sup> Dále píše, že až teprve tehdy, když lékařská věda zjistí, jaký defekt vede ke vzniku transsexualismu, budeme moci posoudit, zda je chirurgický zákrok oprávněný či nikoliv, protože budeme vědět, zda jen opravuje špatnou funkci komponenty, která určuje psycho-sexuální vývoj, nebo něco jiného. Dnes ale není nade vší pochybnost dokázáno ani to, zda příčina rodové dysforie<sup>80</sup> je biologická a nebo zda má transsexualismus psychologický původ.<sup>81</sup>*

---

<sup>77</sup> Počet těchto lidí je pochopitelně proměnlivý.

<sup>78</sup> ONDOK, J. P. *Bioetika*. Svitavy : Trinitas, 1999, s. 87-88.

<sup>79</sup> ONDOK, J. P. *Bioetika*. Svitavy : Trinitas, 1999, s. 87.

<sup>80</sup> Nesouhlasu s anatomickým pohlavím

<sup>81</sup> Prakticky stejně se vyjadřuje i v druhé své bioetice z roku 2005. Viz přehled literatury.

### 3.1.3 A. J. Beneš, Morální teologie

*Jedním z morálních teologů, kteří považují transsexualismus za poruchu čistě psychickou je A. J. Beneš.<sup>82</sup> Za přiměřený způsob léčby považuje pouze psychoterapii. Při posuzování etického hlediska legitimity HSR si klade dvě otázky:*

*1. Je změna pohlaví chirurgickým zákrokem možná?*

*2. Jaké implikace etického rázu jsou s tímto zákrokem spojeny?*

*Na první (a druhou) otázku odpovídá: „Chirurgický zákrok změnu pohlaví neuskuteční. Neuskuteční se změna ve struktuře chromozomů, v oblasti genetického pohlaví. Z muže se nestane žena, která by měla vaječníky, menses, která by mohla rodit; z ženy se nestane muž, jehož sperma by mohlo předávat život. Odpověď na druhou otázku vyplývá z odpovědi na otázku první: operativní změna pohlaví není eticky přípustná, protože není možná. Není přípustné, co není uskutečnitelné. Patologický stav v psychice se řeší zásahem na zdravém a normálně vyvinutém ústrojí, který toto ústrojí porušuje, nebo dokonce ničí.“<sup>83</sup> A dále poukazuje na podle jeho názoru logické a věcné chyby, které používají při argumentaci zastánci legitimity operativní změny pohlaví, poukazující na princip celistvosti. Píše: „Je zde chybně aplikován princip celistvosti. Podle tohoto principu je dovoleno odejmout orgán, který je škodlivý pro celek, který škodí člověku nejen po somatické, organické stránce, ale je i na úkor jeho osobního dobra. Podle tohoto principu pojatého na personální rovině, jsou proto přípustné, ba doporučené, různé kosmetické, plastické operace, které upravují stav člověka, který narušuje jeho osobní blaho. A není toto právě případ transsexuála?, ptají se zastánci chirurgické úpravy, není právě jeho pohlaví příčinou jeho frustrace, jeho depresí, úzkosti apod., příčinou, kterou je třeba odstranit nebo upravit, aby byl obnoven vyrovnaný vztah lidské osobnosti? Právě však v této argumentaci tkví její logická chyba: Příčinou*

<sup>82</sup> ThDr Albert Josef Beneš, OP, sice ve své Morální teologii (BENEŠ, A. *Morální teologie*. Praha : Kazatelské středisko Čs provincie Řádu bratří kazatelů, 1991.) vůbec problematiku transsexualismu nezmiňuje, ale vyjadřuje se k ní v časopise Skripta bioethica v roce 2001. Viz článek 2.1. odkaz 31 mé práce.

<sup>83</sup> BENEŠ, A.J. Etická problematika operativní změny pohlaví. In *Skripta bioethica*. Brno : 2001, roč. 1. č. 1. str. 34.

*frustrací pacienta v tomto případě není jeho somatické pohlaví, které je zcela normální, ale jeho patologický vztah k němu. Tělesné ústrojí do kterého chirurg zasahuje, není příčinou poruchy, ale je třeba ji hledat v psychosociální oblasti. Nepříjemné anatomické pohlaví není zdrojem nemoci, ale pouze předmětem patologického zaměření. Nemoc nesídlí v pohlavním orgánu, ale v psychice, která tento orgán odmítá. Chirurgický zásah onemocnění neléčí; psychické i morální problémy transsexuála trvají<sup>84</sup> i po chirurgickém zákroku.<sup>85</sup>*

### **3.1.4 Fr. William P. Saunders, The Morality of 'Sex Change' Operations**

Tyto americké autory si dovoluji ocitovat poněkud obšírněji, pro jejich taktéž obšírnou argumentaci problému.

Před řešením morální otázky operace "změny pohlaví", nebo formálněji nazývané "pohlavní připodobnění," musíme nejprve připomenout morální základy upravující tuto problematiku. Každý člověk je jedinečná osoba stvořená k Božímu obrazu a k Jeho podobě s tělem i duší. Druhý vatikánský koncil v "Pastorální konstituci o církvi v moderním světě" tvrdí: "Člověk je jednota duše a těla. Jakožto tělesná bytost v sobě zahrnuje prvky hmotného světa; v něm dosahují svého vrcholu a pozvedají hlas k svobodnému chválení Stvořitele. Člověk proto nesmí pohrdat tělesným životem, nýbrž naopak je povinen považovat své tělo za dobré a hodné úcty, poněvadž bylo stvořeno Bohem a posledního dne má být vzkříšeno."(č. 14). Svatý Pavel nám připomíná, že i naše těla jsou chrámy Ducha svatého (1 Kor 6,19), a proto bychom neměli snižovat naši tělesnou důstojnost tím, že se tělo účastní skutků hříchu. A co víc, hřích zraňuje tělo církve. Proto církev učí: "S výjimkou

---

<sup>84</sup> Statisticky je zjištěno, že jsou sici lidé, kterým trvají psychické i morální problémy i po operaci a nebo této operace litují, avšak převážná část upravených pacientů se s nově získanou formou své fyzické existence cítí naprosto spokojená a uvádí, že by se rozhodla znovu stejným způsobem. Tím ovšem není řečeno, že tento zásah lze nebo nelze odpovědně připustit (poznámka autora).

<sup>85</sup> BENEŠ, A.J. Etická problematika operativní změny pohlaví. In *Skripta bioethica*. Brno : 2001, roč. 1. č. 1 , str. 35.

přísně terapeutických zdravotních důvodů je přímá amputace, zmrzačení a sterilizace prováděná na nevinných osobách proti mravnímu zákonu" (Katechismus, č. 2297).

Na tomto základě můžeme řešit problém pohlavního připodobnění, což je typ rekonstrukční operace, kdy je muž anatomicky připodobněn ženě, nebo naopak. Transsexuální operace spojená s hormonální léčbou a psychoterapií se používá k léčbě poruch transsexualismu nebo syndrom pohlavní dysforie (gender dysphoria syndrome), "stav, kdy je zřejmá psychologické a sociální identifikace s vlastnostmi opačného pohlaví" (Meyer, " Psychiatric Consideration in the Sexual Reassignment of Non-Intersex Individuals in Clinics in Plastic Surgery, 1974.). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Diagnostický a statistický manuál duševních poruch), který byl vydán pod záštitou Americké psychiatrické asociace (American Psychiatric Association), uvádí pět příznaků transsexuality:

- (1) pocit nepohodlí a nevhodnosti ohledně anatomického pohlaví jedince,
  - (2) touha zbavit se vlastních pohlavních orgánů a žít jako člen opačného pohlaví,
  - (3) porucha plynule trvala (nejen v určitých krizových obdobích) po dobu nejméně dvou let,
  - (4) absence fyzické náklonnosti k opačnému pohlaví nebo genetické anomálie,
  - (5) a nedostatek daný jinou duševní poruchou, jakou je například schizofrenie.
- Příčiny těchto příznaků a jejich diagnóza jsou bezpochyby nesmírně složité.

Nicméně, jakmile se jednotlivec rozhodne podstoupit pohlavní připodobnění a nakonec je provedena radikální operace, která u mužů zahrnuje kastraci a vytvoření tzv. pseudo-vaginy, a u žen mastektomii a hysterektomie s vytvořením nefunkčního pseudo-penisu a varlat (Colin Markland, "Transsexual Surgery" in *Obstetrics & Gynecology Annual*, 1975, "Transsexuální chirurgie" v *Porodnicko-gynekologická ročenka*, 1975). Je zřejmé, že tyto postupy zahrnují radikální a absurdní mrzačení těla.

Žádná transsexuální operace nebude nikdy moci kompletně napodobit anatomii nebo fungování opačného pohlaví. Transsexuální muž nebude nikdy schopen otěhotnět nebo počít; žena transsexuálka nebude nikdy schopna produkovat spermie. Transsexuálové budou nuceni trvale užívat syntetické hormony k udržení jejich změny, což nese riziko vzniku rakoviny.

Dalším morálním hlediskem je, zda stav transsexuality odůvodňuje operaci. Nebyl nalezen žádný biologický důvod pro vznik transsexuality. Příčina



zřejmě spíše vyplývá z psychického vývoje jedince, a proto by měla být transsexualita léčena psychoterapií. Je zajímavé, že i po operaci potřebuje transsexuál alespoň částečnou psychoterapeutickou podporu.

V neposlední řadě transsexuál nebude nikdy moci vstoupit do platně svátosti manželství. Muž, který podstoupí pohlavní připotobnění se ve skutečnosti nikdy nestane skutečně ženou, a naopak. Muž zůstane mužem (nebo žena ženou) pouze se znetvořeným tělem a hlubokými psychologickými potížemi. Mimoto nebude transsexuál nikdy moci naplnit manželství v plném vyjádření lásky muže a ženy, a nikdy nebude existovat skutečná otevřenost k životu a plození dětí. Úmyslné ničení orgánů, které jsou zdravé a funkční, a pokus o vytvoření napodobenin orgánů, které nikdy nebudou splňovat funkci pravých orgánů, je strašné a postrádá lásku. Takové operace, které cíleně ničí tělesnou jednotu osoby, musí být odsouzeny.

Nicméně, s jednotlivci, kteří trpí syndromem pohlavní dysforie, musí být zacházeno se soucitem. Potřebují duchovní poradenství, které jim pomůže uvědomit si velkou Boží lásku, který je miluje jako jedince vytvořené k jeho obrazu a podobě. Potřebují správnou psychoterapii, která jim pomůže reálně čelit jejich lidským okolnostem a světu, a důsledkům jejich jednání na ně samé a jejich vztahy s rodinou a přáteli. Takové poradenství je nasměřuje k duchovnímu, duševnímu a sociálnímu usilování o uskutečnění jejich vlastní hodnoty a pomůže se odvrátit od jejich starostí o sexuální identitu.

### **3.1.5 K. H. Peschke, Spezielle Moraltheologie**

K.H.Peschke ve své speciální morální teologii z roku 1995 porovnává poruchu pohlavní identity připotobněním na pohlaví druhé, kdy jsou zničeny základní tělesné funkce a jeho postoj k hormonálně- chirurgickým připotobněním je záporný. V těchto případech totiž dochází ke zničení zdravých orgánů jen kvůli

duševnímu utrpení, ale není poskytnuta pacientovi definitivní pomoc, proto je tento zákrok sporný. Záporný důsledek HSR je příliš velký proti dosaženému výsledku.

Problémem pro Pescheho jsou rozpaky nad zmrzačením jedince při dosažení malého cíle. Při přestavbě pohlaví dochází samozřejmě ke zničení základních tělesných funkcí, ale důvod kvůli kterému k tomuto zničení dochází je dle mého názoru závažný. Pro transexuála je porucha pohlavní identity natolik neúnosná a rovná se poruše tělesné, která již život transexuála ohrožuje.

Kdyby se jej podařilo přesvědčit o definitivní pomoci HSR a nejen provizorní, možná by změnil názor. Ale k otázce definitivní pomoci operovaného se odpoví jen zkušenostmi. A toto založení na zkušenosti může vzejít jen od pacienta, který absolvoval HSR. Objektivně dochází k psychické stabilizaci, odbourání drogové závislosti, k úbytku sebevražedných tendencí.

### **3.1.6 B. M. Ashley, Healthcare ethics**

Pro Ashleye „žít úměrně řádu stvoření“, nakolik je to možné, je hlavní zásada. Nemá námítky proti operaci nebo podávání hormonů, když bude dosaženo normálního zjevu nebo funkce osob v souladu se zvoleným pohlavím. Toto vztahuje na případ dítěte, které se narodí s oběma genitáliemi, kdy rodiče rozhodnou, v kterém pohlaví bude dítě schopno bez obtíží vyrůstat.

O transsexualismu říká, že kdyby se dokázalo, že tato porucha patří do skupiny sexuální dvojznačnosti (je dovoleno si vybrat pravděpodobnější pohlaví), tak by HSR byla eticky nezávadnou metodou. Toto však popírá z několika důvodů:

- syndrom nemá biologický původ, který by se dal dokázat. Jsou zde sice biologické predispozice, ale převažují psychologické příčiny.

- u nemálo žadatelů o HSR dojde v průběhu psychoterapie k opačnému rozhodnutí a operaci odmítnou. Mnozí mají psychické problémy jiného druhu. Někteří se po operaci neobejdou bez psychologické podpory terapeuta.

- nadšené zprávy staví HSR jako slibnou metodu, není zde dostatek objektivity.

- z hlediska teologické etiky nemůže HSR pacientům pomoci, protože neumožňuje normální funkční pohlaví, uzavření křesťanského manželství a rodinný život. Základním a prvořadým problémem není sexuální satisfakce, ale úzkost, která lze léčit psychoterapeuticky.

Dále při sterilizaci zdravého těla dochází k destrukci základní lidské funkce, při čemž se sice snaží o dosažení dobra osoby, ale na tento princip totality (části těla existují vždy pro dobro celku a mohou být odejmuty jen tehdy, když nemocný orgán ohrožuje celé tělo) se nelze odvolávat.

Pomoc věřícím pacientům tkví v pastorační péči o obnovu pacientova smyslu jeho vlastní ceny; vysvětlení, že dnes se špatně nadhodnocuje pohlavní identita i aktivita; je třeba v pacientovi probudit duchovní, intelektuální a sociální zájmy.

Pacienti, kteří již operaci absolvovali, by se neměli pokoušet uzavírat manželství. Podporu čerpat ze svátostí a křesťanského společenství.

Nesplnitelným požadavkem je respekt k vlastnímu zdravému tělu, protože se zaměřuje jen na tělesnou stránku člověka a ne na celek člověka.

- jak syndrom vzniká, je dosud nejasné.
- jelikož dochází k pečlivé diagnóze, kdy by mělo dojít k vyloučení nevhodných kandidátů HSR, přesto přítomnost jiné psychické poruchy není dostatečným argumentem proti HSR.
- z předešlé odpovědi vyplývá, že poslední slovo pro či proti má odborník a ne pacient.
- prvotním cílem transsexuála je osobní identita se žádoucím pohlavím a ne normální funkční pohlaví, uzavření křesťanského manželství nebo biologický rodinný život. Tato osobní identita má uspokojovat jeho samého a druhí ji mají přijímat. Úzkost a beznaděj nelze léčit psychoterapeuticky.

Při sterilizaci zdravého těla sice dochází k destrukci základní lidské funkce, ale bez ní pacienti trvale žijí.

Pastorační rady ano, ale zkušenosti ukazují, že pro pacienty není náboženská motivace účinnou pomocí.

Věřícím pacientům by se měli tyto rady udílet.

### 3.1.7 Shrnutí

Myslím si, že těmito citovanými názory se dá velice jasně a ilustrativně odpovědět na otázku, kterou jsem položil na začátku tohoto oddílu, totiž: PROČ mezi katolickými morálními teology dlouho nebyl jednoznačný konsens ohledně etického aspektu transsexuální chirurgie? Odpověď, podle mého názoru, zní: Jednotný konsensus ohledně etického aspektu transsexuální chirurgie bude možný teprve tehdy, až lékařský výzkum dá definitivní odpověď na otázku, zda je příčina transsexuality původu biologického nebo psychologického<sup>86</sup>.

### 3.2 „Společenství a služba“<sup>87</sup>

*V roce 2004 se k problému transsexuality vyjádřila učitelská služba církve a to ústy Mezinárodní teologické komise. Ačkoliv se dokument Společenství a služba výslovně o problematice transsexuální chirurgie nezmiňuje, je jasné, že ji má na mysli. Pro náhled na problém HSR je důležitý bod 84, 85 a hlavně bod 86 uvedeného dokumentu.*

---

<sup>86</sup> Ani tehdy však, pokud by byl princip celistvosti aplikován jen na celek somatický, což se dělo asi do poloviny dvacátého století. I dnes se však můžeme setkat s autory, kteří tento výklad zastávají.

<sup>87</sup> Podle: SKOBLÍK, J. *Hormonálně chirurgické připodobnění transsexuálů podle „Společenství a služba“*, bod 84-86. Předneseno v Olomouci, 2005.

### 3.2.1 Společenství a služba, bod 84

*Tento bod dokumentu vylučuje svévolnou lidskou činnost, prováděnou na lidském těle. Hovoří o teologickém důvodu stvoření člověka v těle jako Božího obrazu a zdůrazňuje zásadní význam těla pro celek lidské osoby. Z tohoto důvodu jsou pro manipulování s lidským tělem z terapeutických důvodů nutné určité zásady. Jedna z nich říká, že nemohou být, kvůli vzájemné závislosti jednotlivých částí těla, obětovány nižší orgány vyšším. Protože ale existence všech hodnot končí fyzickou smrtí, mohou být i základní tělesné schopnosti obětovány pro záchranu života.*

### 3.2.2 Společenství a služba, bod 85

*Vysvětluje se zde etický princip totality a integrity, na základě kterých lze část těla obětovat pro záchranu celku. Říká se zde, že celek organismu, nesmí být bezdůvodně zbaven integrální části. Použití principu totality a integrity má tyto podmínky:*

- *Část těla, na které má být proveden zákrok, je ohrožena, nebo je dokonce příčinou ohrožení života.*
- *Nejsou jiné možnosti jak pomoci a jsou přiměřené vyhlídky na úspěch ve srovnání s nežádoucími účinky.<sup>88</sup>*
- *Pacient musí se zákrokem souhlasit.*

*Tento bod dokumentu ale neřeší aplikaci principu. Jak jsem k této problematice poznamenal již v bodu 3.1 mé práce, může jít pouze o aplikaci na celek fyzický<sup>89</sup>, ale také na celek psycho-fyzický<sup>90</sup> a nebo také na celek*

---

<sup>88</sup> Podle principu dvojího účinku

<sup>89</sup> Jen tělo

*socio psycho-fyzicky<sup>91</sup>. Odpověď na otázku k jakému výkladu se přiklání dokument Společenství a služba nalézáme v bodě 86 tohoto dokumentu.*

### **3.2.3 Společenství a služba, bod 86**

Tento bod dokumentu patrně vyvolal největší zájem o diskusi. Podle něho „někteří odborníci“ dovolují obětovat reprodukční schopnost, která je pochopitelně stěžejní součástí fyzické výbavy, mentálnímu zdraví (psycho-fyzická interpretace principu totality) včetně zlepšení sociálních vztahů (socio-psycho-fyzická interpretace). Aplikováno na situaci transsexuálů, jejich mentální zdraví a sociální adaptabilita vyžadují efektivní odstranění těžkých depresí, plynoucích z poruchy pohlavní identity. Odstranění těchto potíží je spatřováno řadou odborníků právě v HSR. Ačkoliv se dokument výslovně o problematice transsexuální terapie nezmiňuje, je jasné, že ji má na mysli.

*Pohyb výkladu principu totality od užšího k širšímu má velký význam pro problematiku transsexuality a zvláště HSR. Pokud totiž lze obětovat reprodukční schopnost mentálnímu zdraví<sup>92</sup> a dále zlepšení sociálních vztahů<sup>93</sup>, a pokud je odstranění potíží transsexuálů podle většiny odborníků spatřováno v HSR, pak by mohl být pro některé trans lidi problém poruchy pohlavní identity vyřešen.*

*Bod 86 dokumentu jinými slovy říká, že neupravený transsexuál může být sice značně hendikepován, může však přesto takto žít. Bude-li upraven, bude tak jak tak ztrátou reprodukční schopnosti jako funkční celek těžce hendikepován. Dokument tedy chápe obrovské problémy poruchy pohlavní identity v životě transčlověka, ale domnívá se, že nelze tyto problémy odstranit za cenu tělesné desintegrace.*

---

<sup>90</sup> Asi od poloviny dvacátého století se rostoucí měrou začalo do interpretace principu totality zahrnovat i psychické (ale i sociální) hledisko. Pozornost byla věnována zdraví nejen fyzickému, ale i psychickému (mentálnímu).

<sup>91</sup> Vzalo se na vědomí, že osoba nemůže být oddělena od svých mezilidských vazeb.

<sup>92</sup> Interpretace principu totality psycho-fyzická

<sup>93</sup> Interpretace principu totality socio-psycho-fyzická

Diskuse s transsexuály se zaměřila hlavně na slova dokumentu o urgentním ohrožení mentálního zdraví, pokud by se nedalo řešit jiným způsobem. *Dokument vyšel ve dvou oficiálních verzích a to italské a anglické. Dnes je k dispozici i český překlad dokumentu Společenství a služba. Co se týče slov dokumentu o hrozbě pro mentální zdraví, pokud by se nedalo řešit jiným způsobem, připouští dokument, díky své nejednoznačnosti, dvojí výklad<sup>94</sup>. Anglické slůvko When (italsky in cui) lze chápat příčinně (to by znamenalo zamítavé stanovisko vůči HSR)<sup>95</sup>, ale i podmínkově (HSR se zamítá jen tehdy, když nejde o bezprostřední ohrožení života)<sup>96</sup>. Že ale o bezprostřední ohrožení života jít může, dovedu si představit při krajním psychickém vyčerpání transčlověka, které ho přivede až k neodolatelnému pokušení suicidia.<sup>97</sup> V tomto případě by názor dokumentu, že ztráta reprodukční schopnosti (ne jako cíl, ale jako vedlejší účinek) pro zachování života osoby zásadní význam nemá, byl popřen.*

*Jistě je třeba odlišit principiální postoj dokumentu k dobru tělesné integrity, který je třeba respektovat, a v přístupu k jedinci. V ojedinělých, pečlivě indikovaných, případech se dá HSR zodpovědět, neboť může jít opravdu o ohrožení mentálního zdraví, které se nedá odvrátit jiným způsobem<sup>98</sup>.*

---

<sup>94</sup> Uvádím obě oficiální verze inkriminované věty. **Italsky:** In realtà, la persona in quanto totalità funzionante é volata dalla perdita della facoltà riproduttiva, e in un momento in cui la minaccia alla sua salute mentale non é imminente e potrebbe essere scongiurata in altro modo. **Anglicky:** In fact, the person as a functioning totality is actually violated by the loss of the reproductive faculty, and at a moment when the threat to his mental health is not imminent and could be averted in another way.

<sup>95</sup> Pak by byl překlad: Protože hrozba pro mentální zdraví...

<sup>96</sup> Pak by byl překlad: Jestliže hrozba pro mentální zdraví...

<sup>97</sup> Dobrovolné ukončení života, zpravidla v důsledku psychických poruch.

<sup>98</sup> Praktikující katolický transčlověk může být vystaven psychickým tlakům tím větším, čím více jej zužuje napětí mezi předpokládaným záporným stanoviskem církve a úpornou touhou, své potíže pomocí HSR odstranit, neboť jeho utrpení je již nadále dlouhodobě neúnosné.

## 4. Diskuse k HSR

*Jak je ve zdejší společnosti zvykem, převážná část veřejnosti, ať už odborné nebo laické,*

*se vyjádřila v tom smyslu, že je třeba zachovat princip demokracie a umožnit každému člověku se svobodně rozhodnout o tom, bude-li mužem nebo ženou<sup>99</sup>. Zatím co odborná veřejnost<sup>100</sup> uvádí argumenty se kterými lze a nebo nelze souhlasit<sup>101</sup> a uvádí také argumenty k opatrnosti při rozhodování se<sup>102</sup>, argumenty laické veřejnosti, jsou-li jaké hodné slyšení, právě díky neinformovanosti stojí na hodně hliněných základech. V této kapitole bych chtěl nastolit dva problémy, poukázat na protichůdné názory společnosti a katolické církve a katolické názory bych se chtěl pokusit obhájit tak, aby mohly být i pro nevěřícího člověka přijatelné.*

*Mnoho lidí, včetně lékařů se staví proti HSR z etických důvodů. Jak se vypořádat s etickými souvislostmi přeměny pohlaví, to je název kapitoly standardů péče o poruchy pohlavní identity.<sup>103</sup> Mimo jiné se tam píše: „V běžné chirurgické praxi se patologické tkáně odstraňují s cílem obnovit poškozené funkce nebo se provádějí úpravy charakteristických fyzických rysů, což má sloužit ke zlepšení pacientova osobního vzhledu. Ti, kteří protestují proti chirurgickým zákrokům u osob s poruchou pohlavní identity, neberou tyto věci vůbec v potaz. Je proto zapotřebí, aby odborníci začali za adekvátní považovat i změny anatomicky normálních struktur.“ A dále hovoří o tom, že je třeba transsexuálnímu pacientovi zmírnit psychické útrapy a dobře mu naslouchat, aby se správně určilo jak. Pomocí HSR. Názor je přednesen jako jediný možný a kdo ho nechápe, musí být přesvědčen.*

---

<sup>99</sup> Jedná se můj vlastní průzkum (přes sto respondentů).

<sup>100</sup> Zde mám na mysli především lékaře a psychology.

<sup>101</sup> Kvalita života, psychické trauma, apod.

<sup>102</sup> Riziko operačního zákroku, nevratnost, dlouhodobá hormonální léčba, ztráta funkčnosti pohlavních orgánů, apod.

<sup>103</sup> Standards of Care, šestá revize z února 2001. In: Příloha 1, FIFKOVÁ, H. *Transsexualita diagnostika a léčba*. Praha : Grada, 2002, s. 153.



V článku *Křesťané a základní otázky bioetiky*<sup>104</sup> si klade Dagmar Pohunková otázku: „Smíme v klinické medicíně dělat všechno, co dělat umíme?“ A dále se táže: „Je vůbec možné stanovit pro oblast lékařské etiky co je správné a co nesprávné, co je dobré a co nikoliv? A kdo to stanoví.“ Jako odpověď nabízí tradici katolické morální teologie a výroků učitelského úřadu církve. Ty jsou dodnes považovány za závazné pro katolické lékaře. Jsou to tyto principy<sup>105</sup>:

-lidské důstojnosti

-práva na život

-náboženské svobody

-informovaného souhlasu

-integrity a totality

-dvojitý účinku

-obecného dobra

-důvěrnosti

-materiální kooperace.

Ze dvou mnou uvedených příkladů postojů lékařů k etickému jednání jasně vidíme, jak odlišné jsou a z jak odlišných zdrojů vycházejí. Oba dva pohledy chtějí dobro pacienta, ale zatím co ten první za každou cenu prosazuje svůj pohled, protože jiný podle něho není (možná zatím), ten druhý si klade otázky, váhá a snaží se postavit pravidla, podle kterých se lze řídit i v situaci, která není běžná. Ani tato cesta však vždy nevede k cíli.

Z hlediska těchto rozporů je třeba přistupovat k diskusi. Názorová pluralita nemusí být nutně chybou, když jsou společné cíle a společná snaha o jejich co nejčestnější dosažení. Na této cestě je ale třeba hledat společné body a z nich je poté možno vyjít. Pro někoho snad může být názorová pluralita stresující, je to ale také výzva a příležitost k reflexi vlastního přesvědčení a jeho důsledků pro praxi. Je třeba vidět, že mnohdy nacházíme shodu v mnoha oblastech i mezi lidmi se zásadně odlišnými východisky. To je naděje. Katolická církev by byla nevěrohodná, kdyby nedala najevo své stanovisko. Důležité je, aby ji bylo porozuměno. Ve chvíli, kdy názorový oponent řekne rozumím tomu, co chcete říci a chápu proč to říkáte, i když s tím nemohu souhlasit, udělali jsme první krok na cestě.

<sup>104</sup> POHUNKOVÁ, D. Křesťané a základní otázky bioetiky. *Teologické texty*, 1997, roč. 8, č. 4, s. 118-119.

<sup>105</sup> GRIESE, O. N. Catholic Identity in Health Care, Principles and Practice. In : POHUNKOVÁ, D. Křesťané a základní otázky bioetiky. *Teologické texty*, 1997, roč. 8, č. 4, s. 118.

*U problému transsexuality tento první krok může být výzva k lásce k bližnímu v jeho konkrétní nouzi.*

#### **4.1 Transsexualita a sociologické problémy<sup>106</sup>**

V dřívějších dobách se transsexualizmus počítal mezi deviace, avšak byl z této kategorie vyňat, neboť je dnes chápán jako porucha pohlavní identity. Také transvestitizmus dvojí role, spočívající v přechodném nošení šatů opačného pohlaví s cílem nesexuálního prožitku příslušnosti k opačnému pohlaví není hodnocen jako deviace na rozdíl od fetišistické transvestitizmu s převlekem kvůli sexuálnímu vzrušení, který pod deviace zařazován je. Problematika transsexuality byla tedy až do nedávné minulosti vnímána čistě jako lékařská záležitost.

Zkoumání se soustřeďovalo na transsexuály samotné místo toho aby jejich zkušenost byla vnímána v rámci kultury, v níž žijí. V důsledku kulturních hodnot a symbolů naší západní křesťanské civilizace byl problém spatřován čistě v radikální jinakosti transsexuálů. Tato jinakost byla uměle vytvořena na základě různých kulturně-ekonomických diskurzů a politických agend, jež postupem času vymezily komplementární, leč nezastupitelné role pro muže a ženy. Na úvod této stati uvedu definice základních pojmů, se kterými genderová studia operují, a poté se budu zabývat dopadem definic maskulinity a feminity v české společnosti na sociální zkušenost transgenderů a jejich pozici v rámci majoritní společnosti. Je zřejmé, že uplatňování přísných genderových měřítek na transsexuály má velice negativní dopad na jejich sociální zkušenost a může vytvářet nepřijatelný tlak na jejich vnímání sebe samých. Studium genderu začíná přibližně od šedesátých let 20. století poukazovat na rozdíl mezi (biologickým) pohlavím, což je kategorie vymezující fyziologické rozdíly mezi muži a ženami, zejména rozdíly týkající se pohlavních orgánů a reprodukčních dispozic, a genderem. Gender je pojem, který odkazuje na sociální rozdíly mezi muži a ženami, které jsou kulturně a sociálně

---

<sup>106</sup> Zpracováno podle: podle: LINKOVÁ, M. I. Sociologické aspekty. In: FIFKOVÁ, H. *Transsexualita diagnostika a léčba*. Praha : Grada, 2002, s. 107.

podmíněné, konstruované, tj. mohou se v čase měnit a různí se jak v rámci jedné kultury, tak mezi kulturami různými. V českém kontextu existují snahy zavést termín "rod", což je ale zavádějící, neboť české právo jej používá v kontextu právního vymezení zákazu diskriminace ve významu rodinného "pozadí" jednotlivce. Je ale nutno podotknout, že je to odpovídající gramatická kategorie anglickému gender.

S pojmem gender souvisí termín genderové role, což je soubor předpisů a norem očekávaných v jednání a chování žen a mužů, které jsou předávány a zachovávány procesem socializace a které jsou do značné míry stereotypně vymezeny. K tomu přispívá i fakt, že jsou vnímány jako biologicky dané, tj. přirozené. Odpovídající genderová role žen tedy konstituuje tzv. feminitu, což je soubor vlastností, které daná společnost v určitém čase připisuje ženě. Její role jsou vymezeny komplementárně k mužským a vycházejí z ženských pohlavních znaků, především jejího mateřství a péče o potomky. Tradičně jde o vlastnosti jako trpělivost, odolnost, submisivita, pasivita a čistota (zejména sexuální), poskytování emocionální podpory v soukromé sféře a útočiště před tvrdým veřejným světem.

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

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

Z výše uvedeného vyplývá, že ve společnosti existují tzv. genderová očekávání, tj. očekávání, že osoby ženského a mužského pohlaví se budou chovat určitým způsobem, podle určitých "obecně" uznávaných pravidel. Tím, jakým způsobem se tato očekávání konstituují, se zabývá sociologie genderu. Zatím naprosto neproblematickou kategorií pohlaví tento obor zproblematizoval tím, že

poukázal na odlišnou sociální zkušenost mužů a žen, jinou socializaci dívek a chlapců ve společnosti, která se nakonec odráží v odlišném přístupu ke vzdělání, kariéře, péči o druhé atd. Obor zpochybnil dříve nezpochybněnou přirozenost mužského a ženského bytí na světě.

V naší kultuře přisuzuje hierarchie pohlaví ženám stále status symbolického kapitálu, s jehož pomocí je postavení muže ve společnosti možno zvýšit (zejména na základě krásy ženy a jejího mládí), a mužům přisuzuje pozici toho, kdo status poskytuje - zejména ve spojení s bohatstvím a zkušeností. Tato binární opozice pohlaví, která reguluje naše symbolické vnímání světa, se pochopitelně projevuje v každodenním očekávání toho, v jakých kontextech lze ženy a muže spatřit. Přestože v naší společnosti neexistují legislativní sankce za nedodržování určitých zvyklostí, např. v oblékání či používání jazyka, jsme neustále předmětem sociální kontroly ze strany druhých. V případě porušení těchto očekávání může docházet k sociální exkluzi či se mohou projevat jiné typy sankcí (například oslabená sociální pozice na pracovišti v důsledku určitého stylu oblékání, odsouzení hrubé mluvy u žen, což se navíc pojí i s předpokladem sexuální promiskuity, stereotypizace jedinců mužského i ženského pohlaví, jež nekonformují s předpokládanou feminitou či maskulinitou, jako např. homosexuálů atd.).

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

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

Tento mýtus binarity je rámec, v němž se musí pohybovat i transsexuálové. Myslím, že není nikterak nutné zdůrazňovat omezenost tohoto přístupu a násilí, jenž páchá. Zatímco si již i česká společnost pomalu přivyká na myšlenku "citlivého muže devadesátých let" a asertivní ženy orientované na úspěch, standard, který společnost vyžaduje od transsexuálů, není zdaleka tak uvolněný. V tomto směru si troufám tvrdit, že společenská očekávání týkající se skupiny MtF se mohou stát schizofrenním vězením. Není možné se domnívat, že raná socializace těchto biologických mužů ve společnosti prostě zmizí s uvědoměním si vlastního transsexualismu. Jejich sociální zkušenost se tedy vždy bude pohybovat v určitém hraničním prostoru - a majoritní společnost by měla upustit od snah tuto zkušenost bagatelizovat a okleštit na jeden aspekt, který osobám MtF navíc ani neumožní s poukazem na to, že nejsou "skutečné ženy", a tudíž musejí dostat radikálnějšími požadavkům na feminitu. Navíc je nutné se ptát, zda a jakým způsobem se maskulinní socializace a reprezentace ženství v mužských očích podepisuje na pozdějším vlastním vnímání transsexuálů MtF. V této souvislosti se zdá důležité podotknout, že takto striktní kritéria nejsou nutně uplatňována ani očekávána od transsexuálů FtM. Domnívám se, že jde o kombinaci faktorů: změna pohlaví v tomto případě neznamena zbavení se symbolické moci, která je připisována mužskému genitálu, ale naopak symbolické "povýšení". Domnívám se také, že společnost se cítí více ohrožena tím, kdo se dobrovolně vzdává svého biologického statusu. Za druhé je možné se dohadovat, že současný tlak na rozvolnění tradiční tvrdé maskulinity, zejména ze strany určitých skupin žen, otevírá prostor pro různé mody sociálního prožívání mužství, čímž snad dochází i ke snížení tlaku na konformování ze strany transsexuálů FtM.

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

Je zřejmé, že hlavním problémem u transsexuálních lidí není odstranit penis a nahradit jej co možná nejlépe rekonstruovanou pochvou a naopak, i když

chirurgický zákrok, zdá se, je v současné době nejlépe schopen zmírnit pocíťovanou úzkost u jedinců s diagnostikovanou dysforií genderové identity. Operace změny pohlaví totiž zahrnuje také změnu kulturně společenskou, tj. přijetí rolí nového pohlaví. Je nutné ptát se, co tedy znamená, když transsexuální člověk splní podmínky pro terapeutickou triádu - hormonální terapie, zkušenost opravdového života a posléze operace pohlaví. Znamená to, že odpovídá společenské představě reprezentované medicínou o tom, jak se má chovat a vypadat muž a žena, co je maskulinní a femininní. Jednou z podmínek pro splnění požadavků na zařazení do kategorie pohlaví je nutnost odpovídajících genitálií. Transsexuálové si tohoto jsou pochopitelně vědomi.

Jaký je tedy vztah mezi genderovými studii a transgender komunitou. Je možné se domnívat, že sociologické zkoumání feminity a maskulinity ve společnosti může pomoci odkrýt a také odkrývá principy, na základě kterých jsou mužské a ženské role ve společnosti organizovány. Ukazuje, jak jsou tyto role a statusy konstruovány a jakým účelům v dané společnosti slouží. Dle našeho názoru se nyní nacházíme v době, kdy se postupně stává přijatelné překračovat společensky definované role, transformovat je a vytvářet prostor pro flexibilní vyjádření vlastní identity.

To by nás – majoritní společnost - mohlo vést zároveň k uvědomění, že nemáme právo komukoli říkat, že z něj nikdy nebude "správný chlap" nebo "pořádná ženská". Nemůžeme to dělat především proto, že neexistuje jedna jediná definice toho, co "správný chlap" nebo "správná ženská" znamená.

## **4.2 Transsexualita a rodičovství**

Translidi žijící v partnerském vztahu mají větší úspěšnost v sociální adaptaci, častěji jsou dobře adaptováni i pracovně. Mívají méně psychiatrických obtíží. Přesto se dá říci, že uzavřít manželství, zvláště pro věřícího transčlověka, je

věc značně delikátní. Přesto je toto přání v praxi poměrně časté.<sup>107</sup> Při uzavření manželství se pochopitelně uplatňují předpisy jednotlivých náboženských společností. Odmítne-li příslušná náboženská společnost asistovat sňatku páru, u něhož jeden člen je upravený transsexuál, nelze počítat s tím, že by pacient, pevně odhodlaný uzavřít sňatek, před předpisy své náboženské společnosti couvl, má-li pro splnění svých přání k dispozici státní právo. Jako důvod pro taký krok, který, to je třeba vidět jasně, jej ještě více vzdaluje od jeho duchovního zázemí, uvádí cosi jako právo, které mu pro uzavření manželství udělují neoddiskutovatelně jeho potíže. I z těchto indicií lze uzavírat na velmi silný vliv poruchy pohlavní identity na rozhodování postiženého.

Transsexuál, odhodlaný žít s partnerem, by samozřejmě mohl zvolit neformální svazek a upustit také od občanského sňatku. Třeba však počítat s tím, že formální sňatek má v tomto případě psychologický význam, demonstruje sociálně i právně pevné zakotvení v žádoucím pohlaví.

Sňatky translidí po HSR nejsou v mnoha zemích běžně povolovány. Kromě naší země je umožňuje např. Holandsko nebo Lucembursko. Nejsou však možné například v Británii, Itálii a nebo ve Francii. Z teologického pohledu Katolické církve je jasné, že HSR nemůže translidem zajistit takovou sexuální normalitu, aby byli schopni uzavřít křesťansky platné manželství. Církev také nepokládá operativní změnu pohlaví za skutečnou změnu identity. Asi v tomto případě najde více pochopení než jindy, ale nepochybuji, že dojde i odsouzení.

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

Prozatím výjimečné a ojedinělé jsou pokusy, při kterých se využívá původních zárodečných buněk odebraných klientům ještě před zahájením procesu přeměny pohlaví. U MtF jde o uložení spermatu ve spermabance. U FtM pak jde o uchování zárodečné buňky - vajíčka, oplodněného spermatem dárce a konzervovaného zmrazením. Klienti, kteří se pro tento typ řešení rozhodli, hovořili o touze být pokrevním rodičem svého dítěte.<sup>108</sup> Ve všech uvedených případech jde o rozhodnutí plánované. Podstatným problémem, který budou klienti

---

<sup>107</sup> Viz i můj výzkum mezi věřícími transsexuály.

<sup>108</sup> Je nasnadě, že o těchto možnostech je nutné mluvit s translidmi ještě před zahájením hormonální terapie.

jako rodiče ve vztahu ke své transsexualitě řešit, je to, zda a jakým způsobem s dětmi hovořit o minulosti.<sup>109</sup>

Může se také stát, že FtM - se ještě před přeměnou, během přeměny či po ní přistěhují k partnerce, která vychovává vlastní děti. Ty často o problému vůbec nic netuší a akceptují FtM klienta jako nevlastního otce. Někdy, zejména když klient nejdříve vystupuje v neutrální roli a pak podstupuje přeměnu, se z hlediska vyrovnávání se se situací dostávají do velice komplikované a nestandardní role.<sup>110</sup>

S velkým problémem se musí potýkat translidé, kteří se stali rodiči dětí ještě před tím, než si zřetelně transsexualitu uvědomili a rozhodli se ji řešit. V drtivé většině případu jde o MtF.<sup>111</sup> Rodičovství je vnímáno jako relativní překážka v procesu přeměny pohlaví, a to nejen okolím a odbornou veřejností, ale i klienty samými. Přeměna pohlaví je lákavým východiskem z tíživé osobní situace. Na druhé straně však stojí strach ze ztráty svých blízkých a obava z jejich poškození. Realizace přeměny pohlaví s sebou jistě nese určitou míru rizika ve smyslu traumatizace dítěte, které se musí se změnou pohlaví rodiče vyrovnat. Na druhou stranu - zůstane-li transsexuální rodič žít ve své biologicky podmíněné roli, která mu přináší utrpení, je pro dítě výhrou život v rodině, ve které jeden z rodičů dlouhodobě strádá? Mnozí klienti z těchto důvodů odkládají řešení do doby dospělosti svých dětí.

V případě těch, kteří zvolí proces přeměny pohlaví bez odkladu, je samozřejmě třeba postupovat s maximální opatrností. Dle názoru některých odborníků je nejlepší, když transsexuální rodič rodinu definitivně opustí. Obavy z toho, aby účast na přeměně pohlaví rodiče neovlivnila vlastní pohlavní identitu dítěte, a jistě i obavy z traumatizace a frustrace - to všechno vede k uvedeným postojům, které se snaží chránit zájmy dítěte. Ale můžeme si být skutečně jisti, že víme, co je pro dítě optimální variantou? Je sice zřejmé, že přeměnou pohlaví rodiče nemůže být identita dítěte ohrožena, dítě ale jistě může být traumatizováno

---

<sup>109</sup> Pochopitelně se nabízejí dvě možnosti, před dětmi mlčet a minulost s původní identitou zatajit, nebo se svými potomky hovořit otevřeně.

<sup>110</sup> Je to vlastně stejná role jako u dětí, které případně má transsexuální člověk ještě před změnou pohlaví.

<sup>111</sup> FtM se v této situaci ocitají minimálně a je to pochopitelné. Málokterí z nich by dokázali žít dlouhodobě adaptovaní ve vztahu s heterosexuálním mužem, poskytovat mu své ženské tělo k sexu, otěhotnět a porodit. Sama menstruace pro většinu z nich bývá jen těžko snesitelným obdobím. U klientů MtF je adaptace ve vztahu s heterosexuálně orientovanou ženou často méně problematická, a to jak vztahově, tak i sexuálně (viz předchozí kapitola). Ve srovnání s FtM se mnohem větší počet MtF žen a plodí děti. Toto rodičovství je pak přirozeně komplikujícím faktorem, uvědomí-li si klienti, kdo jsou, a rozhodnou-li se řešit problém přeměnou pohlaví.



a frustrováno, stejně jako jiné děti, bude-li se v jejich blízkosti dít něco, čemu nebudou rozumět, něco, kvůli čemu se rodiče dostanou do konfliktu, něco, co jednoho rodiče od rodiny oddělí. Na uvedená místa si však můžeme dosadit i desítky jiných důvodů, než je transsexualita.

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

Je zajímavé, že i přes závažnost tohoto problému existuje jen velmi málo výzkumů zabývajících se důsledky pohlavní přeměny rodiče na psychický a sexuální vývoj dítěte v různých stupních vývoje. Touto problematikou se dlouhodobě zabývá především Richard Green, bývalý ředitel výzkumu a vedoucí Kliniky gender studií v londýnské nemocnici Charring Cross. V roce 1978 publikoval studii,<sup>112</sup> ve které rozebíral případy 18 dětí, jejichž rodič byl transsexuální. Dospěl k závěru, že žádné z dětí nesplňovalo kritéria pro diagnostiku poruchy pohlavní identity ani transvestitismu. Tři děti se staly kvůli transsexualitě rodiče krátkodobě terčem posměchu vrstevníků. Ostatní nepocítily žádný problém. Pro to, co se děje s rodiči, projevily dostatečné pochopení. Autor uvedl i názory některých dětí:

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

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

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

---

<sup>112</sup> Srov. FIFKOVÁ, H. *Transsexualita diagnostika a léčba*. Praha : Grada, 2002, s. 137.

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

Celkově ale dochází ke shodě v tom, že na dítě mají větší vliv jednotlivé projevy vztahu rodičů a uspořádání rodinného systému než sama přeměna.

V San Franciscu pracuje při Centru pro alternativní rodiny podpůrná skupina transgender rodičů. Na svých webových stránkách se snaží vyvracet některé mýty, spojované s transsexualitou rodičů<sup>113</sup>:

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

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

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

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

V naší republice se pod vedením dr. Riegra již několik let scházejí rodiny, ve kterých jeden rodič je transsexuální, v klubu určeném těmto rodinám.

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

Především se na základě jeho zkušeností potvrdilo, že se téma transsexuality v rodině zvyrazňuje v okamžiku, kdy se transsexuální rodič rozhoduje o změně pohlaví - přičemž pro jeho děti je v podstatě jedno, zda jde "jen" o změnu exteriéru,<sup>114</sup> nebo zda jde i o změnu operativní. Tato situace v rodině vyvolává otázky, které lze rozdělit do pěti okruhů:

---

<sup>113</sup> [www.queer.org/afp/tgpmys.html](http://www.queer.org/afp/tgpmys.html)

<sup>114</sup> Například z mužského oblékání a vůně na oblékání a vůni ženskou.

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

Tyto okruhy otázek vplynuly z klinické zkušenosti práce s rodinami, které řešily transsexualitu jednoho z rodičů. Již tím, jak svoje otázky tyto rodiny zaujatě vyjadřují, přispívají dle Riegra k řešení svého problému. Autor se domnívá, že ke změně pohlaví se většinou rozhodují velmi uvážlivě - a to i přesto, že je jejich situace nesmírně bolestná, protože procházejí nepřestávající krizí, vyvolanou pobýváním "ve vlastním těle, obrostlým cizí kůží". Autor vidí řešení uvedených

problémů v tom, že subsystém rodičů má díky svým aktivně definovaným otázkám ujasněny a komplementárně realizovány svoje funkce - a to samozřejmě i s reflexí funkcí tzv. tradičně "mužských" a "ženských" (otcovských a mateřských). A také v tom, že se rodiče neuzavírají přirozeným transakcím nejen na "pevnině svého ostrova rodiny", ale i se světem za jeho hranicemi.<sup>115</sup>

Významným úkolem rodiny, jejíž jeden z rodičů je transsexuální, je tudíž:

- a) jasné vymezení kontaktového rozhraní (vymezení mezi jednotlivými členy rodiny), zejména mezi rodiči;
- b) věku dětí odpovídající transparentnost situace transsexuálního rodiče a rodičů vůbec (netabuizovat toto téma!) a
- c) možnost průběžných konzultací o situaci s odborníkem (nejlépe rodinným terapeutem).

V takových případech není důvod bránit změně pohlaví transsexuálního rodiče.

V rodinách, které mají přiměřeně definovanou pozici transsexuálního rodiče, není příliš pravděpodobné, že by transsexualita rodiče způsobovala psychická traumata či nežádoucí změny v psychickém stavu jejich dětí, uvádí Dr. Rieger.

Závěrem tedy lze konstatovat, že na základě klinické zkušenosti i na základě několika málo výzkumů proběhlých zatím v této oblasti se zdá, že přeměna pohlaví rodiče neovlivní žádným způsobem pohlavní identitu dítěte ani jeho sexuální orientaci, nemusí být dokonce ani psychicky traumatizujícím faktorem ve vývoji dítěte. Přeměna pohlaví rodiče samozřejmě není neutrální záležitostí v životě dítěte, zdá se však, že odklad a zatajování skutečnosti staví dítě do většího rizika než přeměna sama. Podpůrné kroky v případě těchto rodin zahrnují ochranu dítěte v procesu pohlavní přeměny jeho rodiče, spolupráci jednotlivých členů rodiny, udržování kontaktu mezi oběma rodiči, převzetí aktivní role širší rodinou.

Z hlediska katolické morální teologie je ovšem nutno dodat, že manželský svazek, kterým muž a žena mezi sebou vytvářejí nejnvtitnější společenství celého života, zaměřeného svou přirozenou povahou na prospěch manželů a na plnění a výchovu dětí, je mezi pokřtěnými povýšen Ježíšem Kristem na svátost<sup>116</sup> a je nerozlučitelné. Uzavřít církevně platné manželství je tedy

---

<sup>115</sup> Výzkum Rieger a Vyhnálková in FIFKOVÁ, H. *Transsexualita diagnostika a léčba*. Praha : Grada, 2002, s. 139.

<sup>116</sup> *Kodex kanonického práva*. Praha : Zvon, 1994, cán. 1055,1, s. 471.

transsexuálům po HSR uzavřena z důvodů o kterých se již mluvilo výše.<sup>117</sup> Ale je ještě druhá cesta. Věřící transsexuál může jít cestou čistoty, jak o tom píše sv. Matouš: „Jsou totiž lidé k manželství neschopní už od narození, a jsou k manželství neschopní, které takovými udělali lidé, a jsou konečně takoví, kteří se manželství sami zřekli pro nebeské království. Kdo může pochopit, ať pochopí!“<sup>118</sup>

### 4.3 Některé právní aspekty HSR<sup>119</sup>

Stejně jako i v mnoha jiných oblastech, společenské změny, které nastaly v roce 1989, s sebou přinesly mimo jiné i mnohem více prostoru a možností zabývat se do té doby ožehavými otázkami, které jsou však přirozeným fenoménem lidské společnosti. Mezi taková témata jednoznačně patří i problematika transsexuality. V minulosti byla transsexualita často zařazována mezi sexuální deviace, ale postupným vývojem se změnil náhled i na tuto poruchu.

Transsexualitu je možno vymezit jako poruchu sexuální identifikace, kdy jedinec, který je normálně tělesně vyvinutý ve smyslu jednoho pohlaví, se cítí být příslušníkem pohlaví druhého. Biologický muž se tedy cítí být ženou a biologická žena se cítí být zase mužem. Transsexualita je vrozená, trvalá a nelze ji vyléčit. Řešení tohoto problému může spočívat v nastolení souladu mezi psychickým pohlavím jedince a jeho tělesným vzhledem a následně i možnosti dosažení právního statusu toho pohlaví, s nímž se daný jedinec ztotožňuje.

Společnost a právo zpravidla rozlišují pouze dvě pohlaví, přičemž neexistuje právní definice těchto pojmů. To znamená, že definice pohlavní příslušnosti je ponechána mimoprávním disciplínám. Toto stanovisko tedy neodráží nejrůznější

---

<sup>117</sup> Z teologického pohledu Katolické církve je jasné, že HSR nemůže translidem zajistit takovou sexuální normalitu, aby byli schopni uzavřít křesťansky platné manželství. Současné kanonické právo sňatky takových lidí odmítá pro překážku impotence. Církev také nepokládá operativní změnu pohlaví za skutečnou změnu identity.

<sup>118</sup> Mt 19,12

<sup>119</sup> Mimo jiné podle: RAICHLOVÁ, V. PROCHÁZKA, I. Právní aspekty. In: FIFKOVÁ, H. *Transsexualita diagnostika a léčba*. Praha : Grada, 2002, s. 107.

formy gender dysforie a může vést k řadě společenských problémů, právních sporů a nejasností.

Přesto, že při HSR pochopitelně nedojde k úplné biologické nebo genetické změně pohlaví, ale jen k připodobnění k požadovanému pohlaví, z humánních hledisek a kvůli respektování práva na ochranu soukromí<sup>120</sup> se s osobou po HSR zachází tak, jako by osobou požadovaného pohlaví skutečně byla. Pro praxi to pak přináší několik otázek:

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

Případná přeměna pohlaví nezpochybnuje správnost deklarativního prohlášení pohlavní příslušnosti při porodu. V této době není ani možné rozpoznat případnou budoucí gender dysforii. Proto také osoba daného pohlaví před změnou pohlaví zcela oprávněně může uzavírat sňatek, stávat se rodičem dítěte apod. tyto právní úkony, které uzavřela ve svém původním pohlaví, nejsou zpochybněny.

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

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

---

<sup>120</sup> Viz rozhodnutí Evropského soudu u francouzských transsexuálů a článek 10 Listiny lidských práv.  
In: FIFKOVÁ, H. *Transsexualita diagnostika a léčba*. Praha : Grada, 2002, s. 107.

v našem právním řádu neexistuje zákonné ustanovení, které by rušilo platnost takového manželství.

Transsexuál po dokončení přeměny pohlaví má právo na vystavení nových dokladů totožnosti, přidělení nového, pohlavně příslušného rodného čísla. Směrnice ministerstva školství z roku 1998 č. j. 29210/98-20 v článku V. umožňuje po předložení rozhodnutí matriky o změně pohlaví a původního vysvědčení vystavení náhradního dokladu o vzdělání. Dosavadní doba zaměstnání se započítává pro výpočet důchodu.

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

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

Trestní zákon nijak nepostihuje projevy a chování transsexuálů. Nicméně jejich zjev, vystupování a chování v opačné pohlavní roli během probíhající přeměny pohlaví, které jsou v rozporu s jejich pohlavím v dokladech, jim může přinášet obtíže v kontaktu s policií či úřady. Proto jim v případě jejich žádosti vystavuje pracoviště, na kterém jsou léčeni, odborný nálezk, že jsou v jeho péči a že jejich chování je v souladu s jejich pohlavní identitou.

V minulosti někteří transsexuálové byli trestně stíháni, pokud nerespektovali odlišnou hranici povoleného homosexuálního pohlavního styku podle tehdejšího § 244 trestního zákona, která byla 18let. V roce 1990 byla však zrovnoprávněna věková hranice pohlavního styku heterosexuálního i homosexuálního a je 15 let.

K problému transsexualismu se konkrétně vyslovuje pouze jediný zákon. Je to v § 27a zákona č. 20/66 Sb. o péči o zdraví lidu. Ten definuje podmínky lékařského zásahu do reprodukční činnosti jednotlivců, kastrace, stereotaktických operací

a zákroku u transsexuálních osob. Stanovuje, že žádost pacienta musí posoudit odborná komise, kterou tvoří právník, nejméně dva lékaři se specializací v příslušném oboru a další dva lékaři nezúčastnění na provádění lékařského zásahu. Před podáním žádosti musí lékař osobu náležitě informovat a upozornit na rizika a případné nepříznivé důsledky s ním spojené.

Ministerstvo zdravotnictví připravilo nový zákon o péči o zdraví lidu, kde změna pohlaví transsexuálních osob byla definována v § 35. Je totiž zřejmé, že dosavadní právní úprava, je nedostatečná nevyhovující. Nové znění zákona O péči o zdraví lidu prošlo v roce 2007 poslaneckou sněmovnou a senátem ČR, ale bylo vráceno poslanecké sněmovně prezidentem republiky panem Václavem Klausem. Veto prezidenta nebylo přehlasováno a nové znění návrhu zákona již nebylo, až doposud, poslanecké sněmovně ČR předloženo.

Zrekapitulujme tedy ještě jednou to nejpodstatnější:

*Ze zákroku HSR jsou vyloučeni ti, kteří žijí v manželství.*

- *Před provedením chirurgického výkonu musí být ve zdravotnické dokumentaci písemně stvrzen svobodný, informovaný souhlas pacienta s provedením tohoto výkonu.*
- *Po provedení HSR pacient může požádat o změnu zápisu jména, příjmení a pohlaví v matrice. Žádost musí doložit potvrzením odborného lékaře z oboru sexuologie o provedené úplné změně pohlaví. V matrice v kolonce „Dodatečné změny a zápisy“ je pak zapsána změna jeho pohlavní příslušnosti. Provedená právní změn ale nemá zpětné účinky.*
- *Po předložení rozhodnutí matriky je možné vystavit náhradní doklad o vzdělání.<sup>121</sup>*
- *Rodičovský zápis se nemění.<sup>122</sup> Transsexuál zůstává rodičem se všemi právy a povinnostmi.*

Zdravotní péče o transsexuální pacienty je plně hrazena zdravotními pojišťovnami. Pacienti doplácují částečnou úhradu na některé hormonální léky, plně si hradí kosmetické výkony - například epilaci, augmentaci prsů či vložení varletních protéz.

---

<sup>121</sup> Viz Směrnice ministerstva školství z roku 1998 č.j. 29 210/98-20 čl. V.

<sup>122</sup> Matkou zůstává vždy žena, která dítě porodila, i když je nyní právně mužem. Rovněž otcovská role je trvalá.



## 4.4 Věřící transsexuálové

Víra obecně a samozřejmě tím více křesťanská víra znamená pro člověka velikou ochranu, závaznost i svobodu pro jeho svědomí. A společenství církve, ve které člověk žije, mu pomáhá k tomu, aby svou víru v Krista rozvíjel jako svou osobní důvěru a svobodnou odpovědnost při všem rozhodování. I v oblasti sexuální morálky nezdůrazňuje společenství církve především mravní normu, ale rozvoj lásky a úcty k Bohu, k bližnímu i k sobě jako Božímu stvoření. Nakonec to ale není kvalita osobní odpovědnosti a lásky, ale spolehnutí na nezměrnost a trvanlivost milosrdenství a lásky Kristovy, která dodává člověku sílu, aby se mravně rozhodoval a svou situaci ve vši její křehkosti řešil. Aby mohl transsexuální člověk při svém rozhodování vyloučit vzdor, vzpuru či agresi a nalézt reálné východisko, potřebuje takové církevní společenství, které právě jemu svou lásku a podporu projevuje a které jej nese.

V takovém prostředí lásky a naděje se člověk rozhoduje s důvěrou a bez osobní křeči také poznává svou vlastní životní cestu. Takové spolupracující prostředí pak může zralé rozhodnutí transsexuála podpořit a přijmout. Je velice důležité, chránit a povzbuzovat víru člověka, která ke svobodnému a odpovědnému rozhodnutí vede a pomáhá je nést po celý život.

Je zřejmé, že řešení otázky transsexuality s sebou může nést velké množství komplikací, a to jak z hlediska zdravotního, tak i z hlediska psychologického či sociálního a společenského. Věřící klienti se pak navíc ještě pohybují v mantinelech, které si vymezili v rámci svého náboženského přesvědčení, v prostoru, který jim je dán jejich náboženskou vírou a příslušnou církví, ke které se hlásí oni sami nebo jejich blízcí. Náboženská víra může v tomto případě přinést podstatnou pomoc, ale i ne nepodstatnou komplikaci. Jde totiž o téma, kterým se jednotlivé církve zabývají spíše okrajově (pro jeho vzácnost) a nejednoznačně (pro jeho složitost). Vzhledem k tomu, že protestantské církve

obecně neučí ani nepoučují, jak přistupovat k odchýlkám od normy,<sup>123</sup> pokusím se nyní prezentovat alespoň postoje katolické církve,

V katolické církvi neexistuje směřodatné stanovisko k transsexualismu, zejména k jeho invazivní terapii v podobě hormonálně-chirurgického připodobnění žádoucímu pohlaví. K dispozici je však řada publikací morálních teologů, hodnotících uvedené terapeutické postupy. Názor většiny autorů na rekonstrukční chirurgii je záporný nebo alespoň zdrženlivý.

Jako ilustrativní případ takového zamítavého stanoviska lze uvést nejvýznamnější myšlenky katolického bioetika, biskupa E. Sgreccii.<sup>124</sup> Elio Sgreccia tvrdí, že:

- a) Vyšší morální dobro osoby nedovoluje HSR.
- b) Pro dobro osoby je možno odstranit nemocné části, ne zdravé.
- c) S tělem nelze necitlivě zacházet jako s pouhým případkem lidské osoby. Tělo objektivně vyjadřuje skrytý princip osoby, nikoli pouze vnější aspekt, a v této roli vybízí k rozvíjení, ne mrzačení. Tělesnost je specifický způsob bytí a konání, vlastní lidskému duchu.
- d) Aby byl zákrok tolerovatelný, vyžaduje lékařská etika splnění několika podmínek:
  - Musí převažovat úspěšnost zákroku.
  - Zákrok musí být skutečně terapeutický, to znamená, že eliminuje nemocnou část ve prospěch celku.
  - Musí léčit to, co by bylo jinak neléčitelné.
  - Musí respektovat vyšší morální dobro osoby. Tyto podmínky se v uvažovaném případě u transsexuálů neověřily ani jednotlivě, ani vcelku.
- e) HSR nemůže zaručit stoprocentní úspěch.
- f) Psychoanalýza se někdy dobrala úspěchů v léčbě.
- g) HSR nevyřeší konflikt, ve kterém transsexuál vězí, což je patrné v tom, že pooperační situace někdy vyústí do suicidia. Také imitace orgánů mu nedává plnou satisfakci.
- h) Obtíže zvyšuje malá schopnost nebo úplná neschopnost se po operaci sociálně zapojit.

---

<sup>123</sup> Nevýhoda je, že zůstat při hledání normy sám se svým svědomím je namáhavější než nalistovat správnou stránku se správným postojem.

<sup>124</sup> Srov. SGRECCIA, E, *Aspetti morali del transsexualismo*, Medicina e morale, č. 2, 1984, s. 181 - 205.

- i) Dochází ke konfliktu mezi pohlavím chromozomálním a gonadálním na straně jedné a zevními umělými orgány na straně druhé s dopadem na citový život.
- j) Soucit s transsexuály umožňuje zneužití tohoto politováníhodného fenoménu k prosazování hnutí vedoucích k sexuální svobodě.

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

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

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

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

- a) Existuje dvojpohlavnost, kterou je nutno bezpodmínečně chránit.
- b) Pohlavní identita pochází z biologického pohlaví při narození, které je nezaměnitelné.
- c) K pohlavní identitě patří možnost plodit nebo rodit.
- d) Disponování tělem formou operace svědčí o tělesně-duševním dualismu. Důsledkem toho je mentalita vlastnění, která znetvořuje přirozené tělo, ale nezmění jeho pohlaví.
- e) Psychická pohlavní identita je nedůležitá a může být trpěna nejvýš jako převzetí pohlavní role mimo tělesnou realitu. Tělesné realitě se však musí přizpůsobit.
- f) Pooperační výsledky u sledovaných pacientů nejsou mnohdy uspokojivé, naopak výsledky psychoterapie jsou mnohdy příznivé.

Proti těmto tezím je však možno vznášet námitky:

- ad a) Žádný transsexuál dvojpohlavnost člověka nepopírá.

ad b) Původ pohlavní identity z biologického pohlaví při narození popírá fakt poruchy pohlavní identity.

ad c) Možnost plodit nebo rodit závisí na zdravotním stavu člověka. Lékař někdy v rámci nutné léčby tuto schopnost ukončí.

ad d) Transsexualismus představuje dilema. Znetvoření těla operací u indikovaných případů odpovídá znetvoření duše upuštěním od operace. Medicína neoperuje kvůli změně pohlaví, což je nemožné, nýbrž kvůli připodobnění pohlaví, protože je ověřila jako účinný způsob, jak ukončit utrpení plynoucí z poruchy pohlavní identity.

ad e) Právě transsexualismus ukazuje, jak důležitá je pro každého člověka jeho psychická pohlavní identita. Převzetí pohlavní role "jakoby" je pouze "jakoby" pohlavní identita.

ad f) Pečlivé a dlouhodobé katamnestické studie ukazují velmi vysoké procento příznivých pooperačních stavů. Naproti tomu se v klinické praxi ukazuje psychoterapie v mnoha případech jako neúčinné ztrácení času.

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

V roce 2004 vydala Mezinárodní teologické komise dokument O člověku jako Božím obrazu Společenství a služba, který má pro církve poradní charakter. V části pojednávající o odpovědnosti za biologickou integritu lidských bytostí, zaujímá stanovisko k otázkám, související s programem rekonstrukční operace.

Podle dokumentu, někteří bioetici dovolují obětovat reprodukční schopnost mentálnímu zdraví a zlepšení sociálních vztahů. Teologická komise však soudí, že k tak invazivním terapeutickým prostředkům není třeba sáhnout, protože mentální zdraví nebylo při poruše pohlavní identity bezprostředně ohroženo a skutečným potíží mohlo být pomoheno jiným způsobem. Toto by však někteří transsexuálové upozorněním na pokušení k suicidii, které prakticky všichni prožívají,<sup>125</sup> popřeli.

Diskuse kolem stanoviska teologické komise se patrně zaměří na otázku stupně ohrožení mentálního zdraví.<sup>126</sup> Někteří komentátoři dokumentu určitě

---

<sup>125</sup> Toto můj výzkum na věřících transsexuálech stoprocentně potvrzuje. Viz příloha.

<sup>126</sup> S příslušnými důsledky.

popřou vysoký stupeň naléhavosti a budou přesvědčeni, že skutečným potíží různého stupně lze pomoci méně drastickým způsobem než ztrátou reprodukční schopnosti. Druhá strana komentátorů bude jistě vysoký stupeň naléhavosti včetně drastických opatření obhajovat a odvolávat se na to, že formulace dokumentu případy bezprostředního ohrožení mentálního zdraví zásadně nevylučuje.

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

Na místě je důvěra a porozumění církve pro nevyhnutelné průkopnické kroky seriózní medicíny, které nejsou míněny jako terapie standardní, nýbrž jako terapie ve prospěch konkrétního pacienta. Proto je také mezinárodně uznávanou lékařskou zásadou u každého jednotlivého případu transsexualismu pečlivě stanovit, zda je u něho hormonálně-chirurgické připodobnění žádoucímu pohlaví skutečně indikováno.

Také katolická církev dává důraz na to, aby byly opravdu splněny podmínky bezprostřední hrozby mentálního zdraví. Tato odpovědnost je nutná tím spíše, že odborná rutina by mohla u někoho vést k přílišným ústupkům vůči přáním klienta.

#### **4.5 Vlastní průzkum na vzorku věřících transsexuálů**

Již z mé předcházející bakalářské práce, ze které vycházím, myslím jasně plyne, že nejen teologové, ale i lékaři a psychologové, nenašli doposud konsenzus v názoru na léčbu transsexuality, zvláště v otázce „kam až je možné zajít“, přičemž psychoterapie není snad nikým zpochybňována. Spor je přirozeně především

v použití a v razantnosti použití HSR, přičemž i hormonální připodobnění už vyvolává diskusi.

Myslím si, že jeden z velice důležitých předpokladů k odpovídající diskusi je také (i když jistě nejenom) naslouchat také těm, kterých se tato problematika nejvíce týká, tedy transsexuálům samotným. Již v době, kdy jsem psal svou bakalářskou práci o transsexualitě<sup>127</sup> jsem mněl dvě zkušenosti s transsexuály. Byli to shodou okolností věřící lidé, praktikující křesťané, které jsem cíleně nevyhledal, ale setkal se s nimi shodou náhod. Tehdy jsem také narychlo sestavil dotazník, který jsem při rozhovoru s nimi vyplňoval. Ve své bakalářské práci jsem tyto dotazníky neuplatnil, jen zkušenosti z rozhovorů. Vzorek dvou případů, které jsem měl zdokumentovány mi připadal příliš neprůkazný. V následujících letech<sup>128</sup> jsem měl postupně možnost setkat se s dalšími třemi věřícími transsexuály. Pokusil jsem se rozhovory s nimi dokumentovat, také pomocí dotazníku. Dotazník, který jsem používal dříve, jsem neměnil, i když se mi některé otázky zdály ne úplně dobře položené nebo dobře volené a napadaly mně otázky jiné, snad vhodnější. Chtěl jsem vytvořit co největší vzorek a vzhledem k tomu, že jednotlivé příležitosti přicházeli postupně a nikdy jsem nevěděl, zda ještě někdo přibude, nechtěl jsem statistické poznatky rozměšňovat tvorbou dalších otázek a vypouštěním otázek již dříve položených a zaznamenaných.

V době, kdy jsem měl zdokumentovány čtyři případy, jsem se o těchto dotaznících zmínil při rozhovoru s doc. Skoblíkem<sup>129</sup> na půdě pražské teologické fakulty. Řekl jsem mu, že vzorek považuji za tak malý, že nemá žádnou hodnotu. On naopak mínil, že ve studiu navazujícím na mé bakalářské studium mám pokračovat ve zpracovávání transsexuality a na mém vzorku věřících transsexuálů mám postavit svou diplomovou práci. Nyní tak činím. Postupem času se vzorek čtyř ještě o jeden případ rozrostl.

Nikde není známa přesná evidence výskytu transsexualismu a ostatních poruch pohlavní identity, neboť ne každý takový jedinec vyhledá lékařskou péči. Nevím, zda je věková roztříštěnost přínosem nebo spíše na škodu, v každém případě je můj vzorek respondentů věkově poměrně široký. Jeden respondent mého výzkumu je ve věkové kategorii do dvaceti let, dva jsou ve věku od dvaceti

---

<sup>127</sup> Bakalářskou práci jsem psal v roce 2005 a obhajoval v roce 2006 na TF JCU.

<sup>128</sup> V letech 2006 až 2009.

<sup>129</sup> Konzultoval jsem s ním svou bakalářskou práci a kdysi mně učil na KTF UK.

do třiceti let, jeden má mezi třiceti a čtyřiceti lety a poslední mezi čtyřiceti a padesáti lety. V případě většího vzorku, by toto rozložení věku bylo velmi příznivé. V takto malém vzorku je možná spíše ke škodě, ale těžko říci.

Většina transsexuálů podle výzkumů pochází z nižších sociálních vrstev. Ale je dost dobře možné, že transsexuální jedinci s vyšším vzděláním a z vyšších sociálních vrstev kladou profesionální úspěch a sociální integraci na první místo a pro řešení svých pohlavních problémů si najdou jiné východisko. Můj vzorek respondentů vykazuje opět široký rozptyl. Jeden z respondentů má základní vzdělání, tři jsou středoškoláci a jeden vysokoškolák. Jedna střední škola je průmyslovka, dvě jsou gymnázia. Vysoká škola je humanitního typu.

V mém vzorku respondentů převažují FtM translidé. Jeden je již po operaci a je naprosto spokojený. Tři se na operaci připravují a poslední respondent o ní vážně uvažuje, ale není ještě pevně rozhodnut.

Studie<sup>130</sup> ukazují rozdíly mezi transsexuály FtM a MtF. FtM jsou lépe sociálně přizpůsobeni, méně podezřívaví a více realističtí. Naopak MtF mají méně stabilní zaměstnání a méně příznivou sociální anamnézu, kdy vykazují více trestných činů a prostituce, a také mají tendenci vykazovat více symptomů duševních poruch.

#### **4.2.1 Metodika výzkumu**

Jde o kvalitativní typ výzkumu s použitím polostrukturovaného rozhovoru.

Způsob získávání respondentů tohoto výzkumu jsem už více méně zmínil v úvodu k této kapitole. Proto už jen stručně. Při své pastorační práci v nemocnici jsem se postupně seznámil se dvěma věřícími transsexuály. Opakovaně jsem s nimi mluvil, některé otázky jsem si předem připravil a některé jsem pokládal až na místě, neboť vyplynuly z rozhovoru. Odpovědi jsem zaznamenal. Tak vznikl dotazník,

---

<sup>130</sup> Srov. FIFKOVÁ, H. a kol. *Transsexualita a jiné poruchy pohlavní identity*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2008, s. 125n.

který jsem poté předkládal dalším respondentům. Nejprve jsem se setkal s dalšími dvěma věřícími transsexuály, a nato, po delším časovém odstupu, ještě s jedním.

Otázky, které jsem pokládal, jsou voleny tak, aby zachytily pokud možno co nejlépe několik základních okruhů, které jsem považoval za důležité.

V první řadě jsou to údaje o transčlověku. Přibližný věk<sup>131</sup>, vzdělání, jaký transsexuální problém má, v jaké církvi praktikuje a jak často.

Druhý okruh otázek se zabývá počátky víry a uvědomění si nemoci. Od kdy věříte, od kdy si svou poruchu uvědomujete, co bylo dříve.

Třetí okruh otázek se týká pohledu transčlověka na svou nemoc a také na církve (sbor), v souvislosti se svou chorobou. To je nejobsáhlejší soubor otázek a také podle mého názoru stěžejní.

Čtvrtý okruh otázek má napovědět něco o představách o budoucnosti po vyřešení současného problému.

Ne všechno, co jsem se v těchto rozhovorech dozvěděl, je obsaženo v dotaznících a tedy i v souhrnných výsledcích, které zde prezentuji. Proto také v práci může být poukázáno na několik zajímavostí z rozhovorů, které dotazník nedokázal zachytit. V tomto případě nejde o žádný ucelený soubor, ale opravdu jednotlivosti, které podle potřeby a vhodnosti užívám ve své diplomové práci.

## 4.2.2 Zhodnocení výzkumu

Utrpení lidí s poruchou pohlavní identity, žijících den co den v těle, které nejsou schopni přijmout za vlastní, nýbrž kterého se chtějí stůj co stůj zbavit, je něco, do čeho se druhý člověk s obtížemi vžívá, i když má velkou snahu a schopnost empatie.

Zpřístupnit toto utrpení lze nejspíš zásluhou sdílnosti postiženého klienta, která je vůči okolí samozřejmě značně odstupňovaná. Nejvíce otevřenosti je možno pochopitelně očekávat vůči odborníkovi, od kterého postižený očekává pomoc.

---

<sup>131</sup> V době, kdy byl veden rozhovor. Pokud rozhovorů bylo více (dva případy), byly rozhovory vedeny v krátkém časovém rozmezí.



Vedle přímého svědectví existují také doklady nepřímé, kdy lze na velikost utrpení, plynoucího z poruchy pohlavní identity, soudit z doprovodných okolností.

Soubor respondentů který jsem shromáždil má myslím dobrou vypovídací hodnotu. Odpovědi respondentů jsou často jednoznačné a jednotné (např. pokušení sebevraždy – 5 kladných odpovědí – shoduje se s poznatky odborníků i s výzkumem doc. Skoblíka), potvrzující poznatky z praxe.

Myslím, že alespoň nahlédnout do nešťastné a rozporuplné bytosti transčlověka, nemůže být na škodu.

## ZÁVĚR

V životní dráze transsexuálních lidí si můžeme všimnout momentu, kdy je jejich uvědomění si vlastní pohlavní identity potlačeno velmi silnými požadavky prostředí, kterým se dítě většinou není schopno vzepřít. Následuje období, kdy klient může žít i řadu let v roli odpovídající jeho biologickému pohlaví. Při práci s danou cílovou skupinou je vhodné uvědomit si právě onen tlak prostředí, který toto přizpůsobení se (*adjustment*) způsobuje. To, že pochopíme důvody, které vedly klienta k životu v roli odpovídající jeho biologickému pohlaví, nám pomůže lépe akceptovat jeho identitu. Ani minulý úspěšný život v původní pohlavní roli by nás neměl vést ke zpochybňování klientem deklarované pohlavní identity.

V katolické církvi neexistuje oficiální směrodatné stanovisko vydané vyloženě k problematice transsexualizmu, zejména k jeho invazivní terapii v podobě hormonálně chirurgického připodobnění žádoucímu pohlaví. K dispozici je však řada publikací morálních teologů, hodnotících uvedené terapeutické postupy a také dokument Mezinárodní teologické komise: Společenství a služba. Názor většiny autorů na rekonstrukční chirurgii je záporný nebo alespoň zdrženlivý, dokument Společenství a služba mluví, i když v širších souvislostech, ve stejném duchu. Důvodem pro záporné stanovisko je přesvědčení, že zásadu celistvosti (podle kterého část těla je možno obětovat pro záchranu života nebo zdraví) nelze aplikovat mimo fyzický celek. Proti hormonálně chirurgické terapii se namítá, že neobětuje pro záchranu celku orgány nemocné, ale zcela zdravé, navíc s velmi důležitou reprodukční funkcí. Jiným důvodem pro záporné stanovisko je přesvědčení o účinnosti psychoterapie, která jako terapie, užívající psychologické prostředky, je terapií adekvátní psychické poruše pohlavní identity. Záporné stanovisko teologů posiluje nedůvěra vůči kladným pooperačním výsledkům hormonálně chirurgického připodobnění. Důvodem pro zdrženlivé stanovisko je vědomí, že nové obzory, které medicína o sexualitě člověka v současné době otevírá, nejsou dostatečně probádané, aby bylo možno vyslovit závěrečné etické hodnocení uvažovaných terapií. Záporná stanoviska katolických morálních teologů lze zhruba shrnout do těchto tezí:

1. Existuje dvojpohlavnost, kterou je nutno bezpodmínečně chránit.

2. Pohlavní identita pochází z biologického pohlaví při narození, které je nezměnitelné. Znetvořením přirozeného těla se nedocílí změny pohlaví.
3. K pohlavní identitě patří možnost plodit nebo rodit.
4. Psychická pohlavní identita je nedůležitá a může být trpěna nejvýš jako převzetí pohlavní role mimo tělesnou realitu.
5. Pooperační výsledky sledovaných pacientů nejsou mnohdy uspokojivé, naopak existují příznivé výsledky psychoterapie.

Proti těmto tezím je však možné vznášet námitky, které podporují mimo jiné i odpovědi respondentů mého výzkumu na vzorku věřících transsexuálů:

1. Žádný transsexuál dvojpohlavnost nepopírá.
2. Původ pohlavní identity z biologického pohlaví při narození popírá fakt poruchy pohlavní identity. Medicína neusiluje docílit operací změnu pohlaví, to je nemožné. Uskutečňuje však operací připodobnění pohlaví, protože je ověřila jako účinný způsob jak ukončit utrpení plynoucí z poruchy pohlavní identity.
3. Možnost plodit nebo rodit závisí na zdravotním stavu člověka. Lékař někdy v rámci nutné léčby tuto schopnost ukončí.
4. Právě duševní utrpení transsexuálů ukazuje, jak důležitá je pro každého člověka psychická pohlavní identita.
5. Pečlivě a dlouhodobě sledované katamnestické studie vykazují vysoké procento příznivých pooperačních stavů. Naproti tomu se v mnoha případech klinické praxe ukazuje psychoterapie jako neúčinná ztráta času.

Mám-li tedy výše uvedené shrnout, pak musím konstatovat, že znetvoření těla operací u indikovaných případů odpovídá znetvoření duše upuštěním od operace. U postojů, které jsou vůči rekonstrukční operaci zamítavé, je patrné, jak důležitá je informovanost o současném stavu vědeckého výzkumu i klinické praxe a jak neméně důležitá je osobní zkušenost s lidmi, trpícími poruchou pohlavní identity. Při posuzování transsexuální terapie je třeba rozlišovat aspekt eticko - normativní od aspektu praktického poradenství trpících transsexuálů. První aspekt dosud nedospěl k potřebným závěrům, druhý by však pozdržením rozhodnutí trpěl nebezpečím z prodlení, jak dokládá naléhavost konkrétních případů. S ohledem na tendenci v současné teologii aplikovat zásadu celistvosti v širším podání, to znamená na psycho-sociálně-fyzický celek, s ohledem na příznivá hodnocení lékařského výzkumu ze strany církve, i když není jeho aplikace do praxe zcela bez rizika, a s ohledem na fakt, že se transsexuální terapie nedokáže vyhnout tak či onak

porušení základní lékařské zásady *primum non nocere*, není nutné, domnívám se, na církevní půdě hormonálně chirurgické připodobnění žádoucímu pohlaví odmítnout jako eticky nepřipustné. Na místě je důvěra a porozumění církve pro nevyhnutelné průkopnické kroky seriózní medicíny, které nejsou míněny jako terapie standardní, nýbrž jako terapie, která odůvodňuje experimentuje ve prospěch konkrétního pacienta. Proto je také mezinárodně uznávanou lékařskou zásadou u každého jednotlivého případu transsexualizmu pečlivě zvážit, zda je u něho hormonálně chirurgické připodobnění žádoucímu pohlaví skutečně indikován.

Na transsexuálních lidech mne fascinuje vůle a síla s jakou překonávají překážky, o kterých se většině lidí ani nezdá. Mnozí z nich, kromě poruchy identifikace prožili něco navrch – sexuální zneužívání v dětství, závislost na alkoholu, hluboké deprese, nepovedená manželství, ztrátu rodičů, sníženou možnost prosazení a uplatnění v profesi, samotou.

Operací se zdaleka toho moc neřeší. Nastává období dalších, nových a nečekaných potíží. Většinou nové zaměstnání, nový vztah, potřeba škrtnout minulost, nebo alespoň něco z ní.

Pro nositele poruchy pohlavní identity je tento problém naprosto zásadní, nepřehlédnutelný a utrpení z něho vyplývající zásadním způsobem ovlivňuje životní fungování ve všech směrech. Na světě žije nezanedbatelný počet těch, pro které je tento problém aktuální. Já sám znám lidi, kteří už vyčerpali snad všechny možnosti které se nabízely a neví, co dál. Uvěznění v cizím těle jsou doháněni až k sebevraždě. Zním věřícího katolíka, který přes více méně zamítavé stanovisko katolické církve, podstoupil HSR, z důvodu jak sám říká: „záchrany svého života“

*Nemám problém přijmout učení římskokatolické církve v této věci a mám výhodu v tom, že jsem podobně smýšlel už předtím, než byl vydán, dokument Společenství a služba, oficiální vyjádření stanoviska magisteria. Ať už komentátoři vysoký stupeň naléhavosti, ospravedlňující krajní terapeutické řešení popřou nebo připustí, mám za to, že v pečlivě indikovaných případech lze HSR zodpovědět.*

*Mám porozumění i pro ty, kteří se necítí být tímto stanoviskem vázání, ať už jsou to lékaři a nebo pacienti, mají-li k tomu důvod hodný zřetele. Nemám ale porozumění pro ignoranci, nevšímavost nebo dokonce posměch člověku, který je Božím stvořením. Na území lásky k člověku a touze a ochotě pomoci, se myslím, můžeme setkat i s nevěřícími.*

Z mého malého průzkumu vyplynulo, že člověk není vždycky translidem oporou. Možná že na vině je malá empatie, ochota druhému porozumět, druhému naslouchat, nést spolu s ním jeho bolesti a strasti. Vím, že Bůh je nezklame, ale církve by měla být o této záležitosti dostatečně poučena a připravena na citlivý pastorační kontakt.

## SEZNAM LITERATURY

ANZENBACHER, A. *Křesťanská sociální etika*. Brno : Centrum pro studium demokracie a kultury, 2004. ISBN 80-7325-030-6.

ASHLEY, B. M. A Theological Overview on Recent Research on Sex and Gender. In: *Sex and Gender*. St.Louis, Missouri : Pope John Center, 1983, ISBN 0-935372-13-X.

BAKKER, A. Kol. The prevalence of transsexualism in the Netherlands. Acta Psychiatr. Scand., 87, 237-8. In: FIFKOVÁ, H. *Transsexualita diagnostika a léčba*. Praha : Grada, 2002. ISBN 80-247-0333-5.

BENEDIKT XVI. *Spe salvi*. Praha : Paulínky, 2008. ISBN 978-80-86949-41-3.

BENEDIKT VXI. *Deus caritas est*. Praha : Paulínky, 2006. ISBN 80-86949-03-6.

BENEDIKT XVI. *Caritas in veritate*. Kostelní Vydří : Karmelitánské nakladatelství, 2009. ISBN 978-80-7195-414-9.

BENEŠ, A.J. Etická problematika operativní změny pohlaví. In *Skripta bioethica*. Brno : 2001, roč. 1. č. 1. str. 34.

BENEŠ, A. *Morální teologie*. Praha : Kazatelské středisko Čs provincie Řádu bratří kazatelů, 1991.

*Bible*. Praha : Česká katolická charita, 1987.

BRZEK, A., ŠÍPOVÁ, I. Dnešní možnosti změny pohlaví u transsexualismu. *Praktický lékař*, 1979, č. 59, s. 752.

BUCHERTA, V. Muž porodil dítě. Nová doba? Ne, nová hloupost. *Mladá fronta Dnes*. 2008, s.A10.

Der Sinn des Lebens. München : Deutscher Taschenbuch Verlag, 2002. ISBN 3-423-30744-7.

DVOŘÁKOVÁ, J. *Morální usuzování*. Brno : Masarykova univerzita, 2008. ISBN 978-80-210-4751-8.

FIFKOVÁ, H. *Transsexualita diagnostika a léčba*. Praha : Grada, 2002, s. 54. ISBN 80-247-0333-5.

FIFKOVÁ, H. a kol. *Transsexualita a jiné poruchy pohlavní identity*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2008. ISBN 978-80-247-1696-1.

FIFKOVÁ, H. WEISS, P. *Srovnání psychologických charakteristik transsexuálních klientů v průběhu procesu přeměny pohlaví*. Předneseno na semináři o problematice transsexuality, Brno, 2000.

FRALING, B. *Sexuaetik*. Paderborn; München : Wien; Zürich : Schöningh, 1995. ISBN 3-506-72611-0.

*Gaudium et spes in Dokumenty II. vatikánského koncilu*. Praha : Zvon, 1995. ISBN 80-7113-089-3.

GILL, J.J. Sexuality and Pastoral Rapport. In: *Human Sexuality and Personhood*. Braintree, Massachusetts : Pope John Center, 1990, s. 3-11. ISBN neuvedeno.

GRIESE, O. N. Catholic Identity in Health Care, Principles and Practice. In : POHUNKOVÁ, D. Křesťané a základní otázky biotiky. *Teologické texty*, 1997, roč. 8, č. 4, s. 118.

HERBST, W. *Nové předpisy o odpustcích*. Praha : Řád, 1992. ISBN neuvedeno.

International theological commission; *Communion and stewardship: Human Persons Created in the Image of God*, 2004.

KALNÝ, P. *Transsexualita : filosofické, medicínské a etické aspekty*. České Budějovice, 2000. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra systematické a ekumenické teologie. Vedoucí práce K. Skalický.

*Katechismus katolické církve*. Praha : Zvon, 1995. ISBN 80-7113-132-6.

KEANE, F. *Katolické perspektivy sexuální morálky*, 1977.

KOCIAN, M. *Evoluce a křesťanství*. Praha : Pastorační středisko, 2006. ISBN neuvedeno.

*Kodex kanonického práva*. Praha : Zvon, 1994. ISBN 80-7113-082-6.

KONGREGACE PRO NAUKU VÍRY. *Instrukce Dignitas personae o některých otázkách bioetiky*. Kostelní Vydří : Karmelitánské nakladatelství, 2009. ISBN 978-80-7195-352-4.

LUCIANI, A. *V Ježíšově duchu*. Příbram : Proboštský úřad na Svaté Hoře, 1996. ISBN neuvedeno.

MATOCHOVÁ, S. *Etika a právo v kontextu lékařské etiky*. Brno : Masarykova univerzita, 2009. ISBN 978-80-210-4757-0.

McMAHON, K.T. *Sexuality: Theological Voices*. Braintree, Massachusetts : The Pope John Center, 1987. ISBN 0-935372-20-2.



McNICHOLL, A. Person, Sex, Marriage and Actual Trends of Thought. In: *Human Sexuality and Personhood*. Braintree, Massachusetts : Pope John Center, 1990, s. 138-168. ISBN neuvedeno.

MEIER, J.K. Clinical variants among applicants for sex reassignment.  
In : FIFKOVÁ, H. *Transsexualita diagnostika a léčba*. Praha : Grada, 2002.  
ISBN 80-247-0333-5.

MEZINÁRODNÍ TEOLOGICKÁ KOMISE. *Společenství a služba*. Kostelní Vydří : Karmelitánské nakladatelství, 2005. ISBN 80-9271-971-9.

MIKULÁŠEK, J. Lékař a lidské utrpení. In: *BIOETIKA, Scripta bioetica*. 2005, roč. 5, č. 3-4, s. 35-40.

ONDOK, J. P. *Bioetika*. Svitavy : Trinitas, 1999. ISBN 80-86036-24-3.

ONDOK, J.P. *Bioetika, biotechnologie a biomedicína*, Praha : Triton, 2005.  
ISBN 80-7254-486-1.

PAVEL VI. *Humanae vitae*. Praha : Scriptum, 1991. ISBN 80-900335-5-5.

PESCHKE, K.H. *Křesťanská etika*. Praha : Vyšehrad, 1999. ISBN 80-7021-331-0.

PETERSON, M. R. Psychological Aspect of Human Sexual Behavior. In: *Human Sexuality and Personhood*. Braintree, Massachusetts : Pope John Center, 1990, s. 86-110. ISBN neuvedeno.

PIUS XII. *Humani generis*. Olomouc : Matice cyrilometodějská s.r.o., 2004. ISBN 80-7266-174-4.

PLENÁRNÍ SNĚM KATOLICKÉ CÍRKVE V ČR. *Život a poslání křesťanů v církvi a ve světě*. Kostelní Vydří : Karmelitánské nakladatelství, 2007. ISBN 978-80-7195-162-9.

POHUNKOVÁ, D. Křesťané a základní otázky biotiky. *Teologické texty*, 1997, roč. 8, č. 4, s. 118-119.

RAICHLOVÁ, V. PROCHÁZKA, I. Právní aspekty. In: FIFKOVÁ, H. *Transsexualita diagnostika a léčba*. Praha : Grada, 2002. ISBN 80-247-0333-5.

ROTTER, H. *Sexualität und Christliche Moral*. Wien : Tyrolia, 1991. ISBN 3-7022-1785-1.

SHANNON, T.A. *Bioethics*. New Jersey : Paulist Press, 1987. ISBN 0-8091-2805-5.

SKOBLÍK, J. *Hormonálně chirurgické připodobnění transsexuálů podle „Společenství a služba“*, bod 84-86. Předneseno v Olomouci, 2005.

SKOBLÍK, J. *Transsexualismus*. Praha : Karolinum, 2006. ISBN 80-246-1052-3.

SKOBLÍK, J. *Vina, hřích a pokání*. Praha : Pastorační středisko, 2008. ISBN neuvedeno.

SMÉKAL, V. Duchovní poranění – příznaky a příčiny. In: *Bioetika-Scripta bioetica*. 2006, roč. 6, č.1-2, s. 31-39.

Směrnice ministerstva školství z roku 1998 č.j. 29 210/98-20 čl. V.

SMOLÍK, P. *Duševní a behaviorální poruchy*, Praha : Maxdorf, 1996.

Standards of Care, šestá revize z února 2001. In: Příloha 1, FIFKOVÁ, H. *Transsexualita diagnostika a léčba*. Praha : Grada, 2002, s. 153. ISBN 80-247-0333-5.

ŠIPR, K. Léčba duchovního poranění. In: *BIOETIKA, Scripta bioetica*. 2005, roč. 5, č. 3-4, s. 58-59.

Van KESTEREN, P. Kol. Mortality and morbidity in transsexual subjects treated with cross – sex hormones. Clin. Endocrinol., n. 47, s. 337-342. In.: FIFKOVÁ, H. *Transsexualita diagnostika a léčba*. Praha : Grada, 2002, s. 66. ISBN 80-247-0333-5.

WEISS, P. Diagnostika transsexuality. In FIFKOVÁ, H. *Transsexualita diagnostika a léčba*. Praha : Grada, 2002. ISBN 80-247-0333-5.

WEISS, P. Pravý transsexuál nemůže být šťastný v cizím těle. *Zdravotnické noviny*, č. 4, 1995, s. 36.

zákon ČR č.20/66 Sb. *O péči o zdraví lidu*, § 27a zákona.

ZVĚŘINA, J. Hormonální terapie u transsexuálních osob. 1999, *Praktický lékař*, čís. 79, s. 70 – 71.

## **SEZNAM PŘÍLOH:**

1. Prezentace výsledku výzkumu

## PŘÍLOHA Č.1: Prezentace výsledku výzkumu

První dvě otázky se týkaly věku a vzdělání respondentů. Jeden respondent mého výzkumu je ve věkové kategorii do dvaceti let, dva jsou ve věku od dvaceti do třiceti let, jeden má mezi třiceti a čtyřiceti lety a poslední mezi čtyřiceti a padesáti lety.

Jeden z respondentů má základní vzdělání, tři jsou středoškoláci a jeden vysokoškolák. Jedna střední škola je průmyslovka, dvě jsou gymnázia. Vysoká škola je humanitního typu.

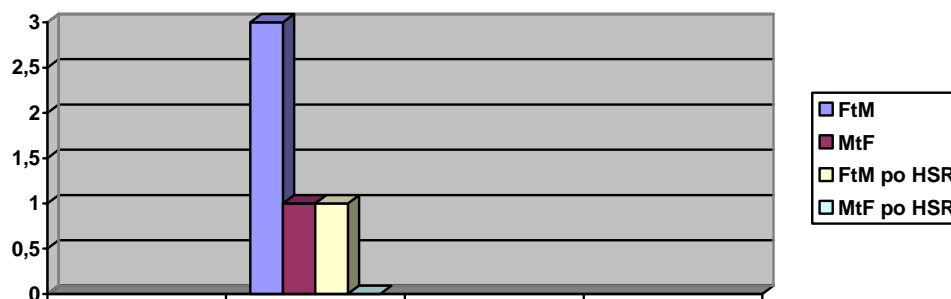
V mém vzorku respondentů převažují FtM translidé. Jeden je již po operaci a je naprosto spokojený. Tři se na operaci připravují a poslední respondent o ní vážně uvažuje, ale není ještě pevně rozhodnut.

*Otázka č. 3 a 4:*

*Jste muž v ženském těle (FtM); Jste žena v mužském těle (MtF)?*

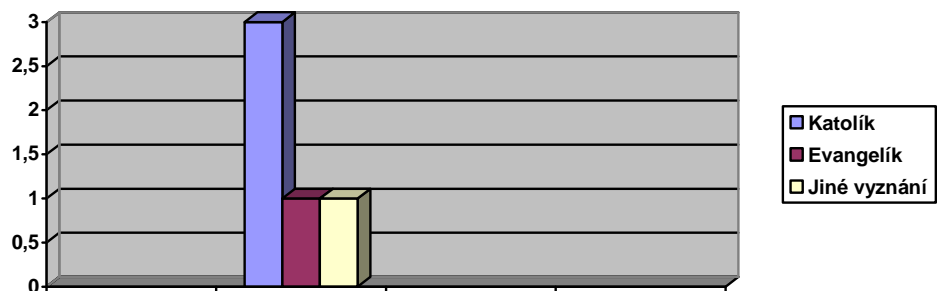
*Jste po HSR (FtM); Jste po HSR (MtF)?*

Graf číslo 1



*Otázka č.5: Jste věřící?*

Graf číslo 2



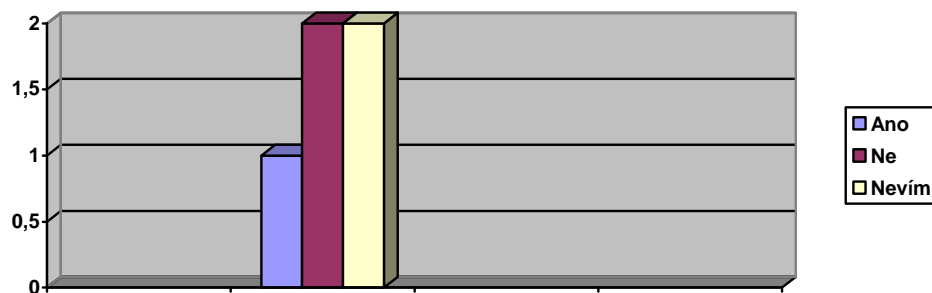
*Otázka č.6: Praktikujete?*

Tabulka číslo 1

1x ročně	0
1x měsíčně	1
1x týdně	4
nepřaktikuji	0

*Otázka č.7: Uvědomoval(a) jste si poruchu pohlavní identity dříve, než jste uvěřil?*

Graf číslo 3



*Otázka č.8: Od kdy si svou poruchu uvědomujete?*

Tabulka číslo 2

Už jako malé dítě	5
V pubertě	0
V dospělosti (po 20tém roce života)	0

*Otázka č.9: Věříte od dětství a nebo jste konvertita?*

Tabulka číslo 3

Od dětství	4
konvertita	1

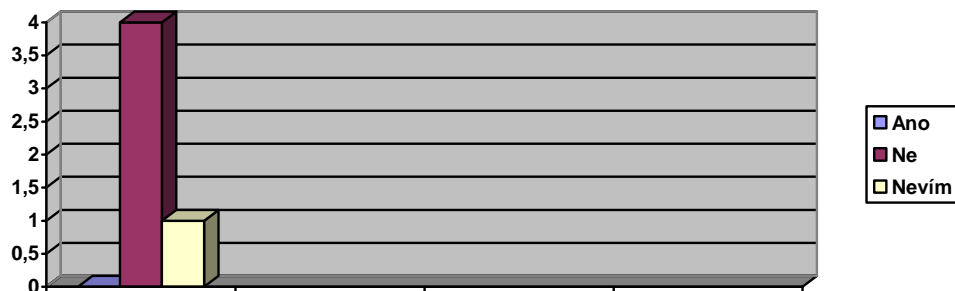
*Otázka č.10: Považujete psychoterapeutickou léčbu za dostatečnou?*

Tabulka číslo 4

Ano	0
Ne	5
Nevím	0

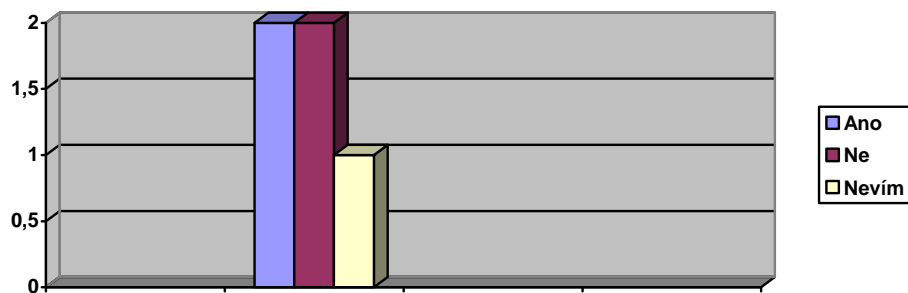
Otázka č.11: *Považujete hormonálně psychoterapeutickou léčbu za dostatečnou?*

Graf číslo 4



Otázka č.12: *Cítíte HSR jako morální problém?*

Graf číslo 5



Otázka č.13: *Radil(a) jste se o HSR s duchovním?*

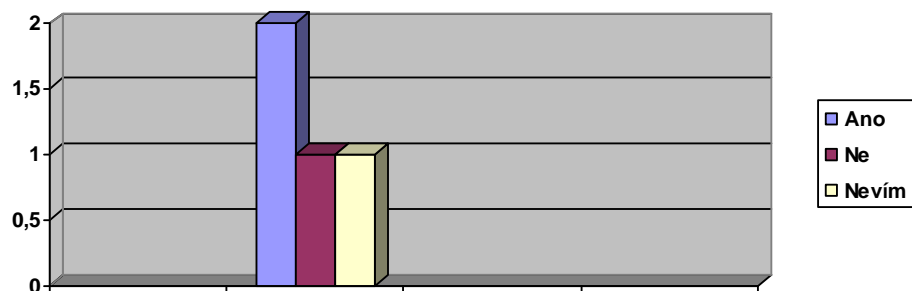
Tabulka číslo 5

Ano	4
Ne	1



*Otázka č.14: Pokud ano, bylo to přínosné?*

Graf číslo 6



*Otázka č.15: Vidíte HSR ve svém životě jako jedinou možnost?*

Tabulka číslo 6

Ano	4
Asi ano	1
Ne	0
Asi ne	0
Nevím	0

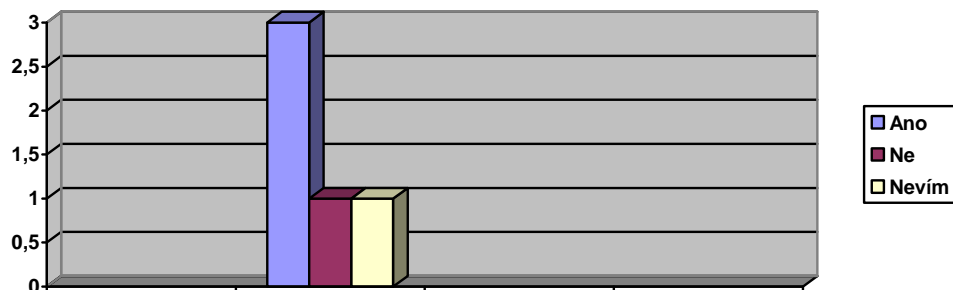
*Otázka č.16: Ovlivňuje vaše náboženské přesvědčení vaši léčbu?*

Tabulka číslo 7

Ano	1
Asi ano	1
Ne	0
Asi ne	2
Nevím	1

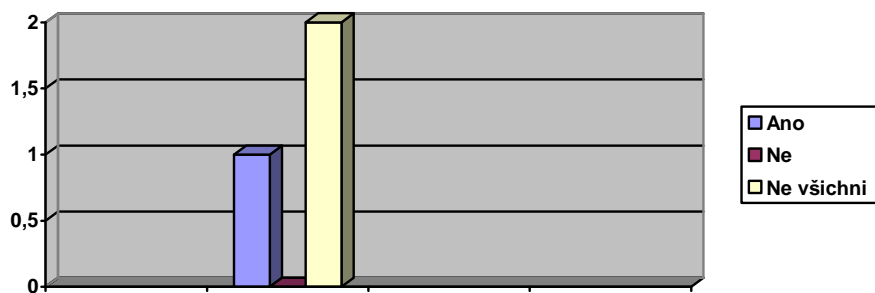
Otázka č.17: *Ví ve vašem církevním společenství o vaší nemoci?*

Graf číslo 7



Otázka č.18: *Jestli-že ano, přijali vás s porozuměním?*

Graf číslo 8



Otázka č.19: *Setkal(a) jste se v církvi s diskriminací?*

Tabulka číslo 8

Ano	3
Ne	2

*Otázka č.20: Máte pocit, že je také něco dobrého na vašem původním pohlaví?*

Tabulka číslo 9

Ano	0
Spíše ano	0
Spíše ne	0
Ne	5
Nevím	0

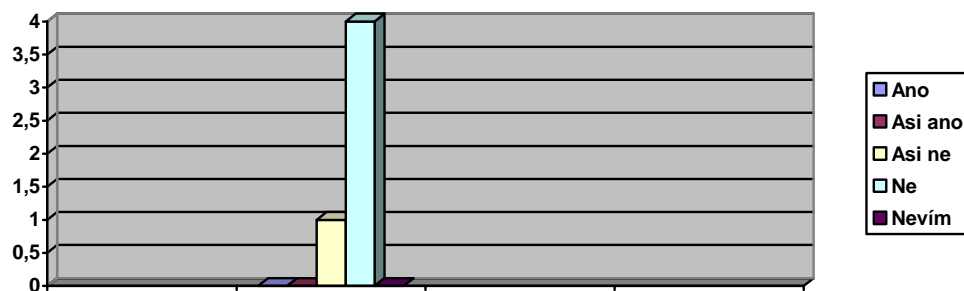
*Otázka č.21: Myslel(a) jste někdy na sebevraždu?*

Tabulka číslo 10

Ano	5
Ne	0

*Otázka č.22: Myslíte si, že je možné prožít váš život bez HSR?*

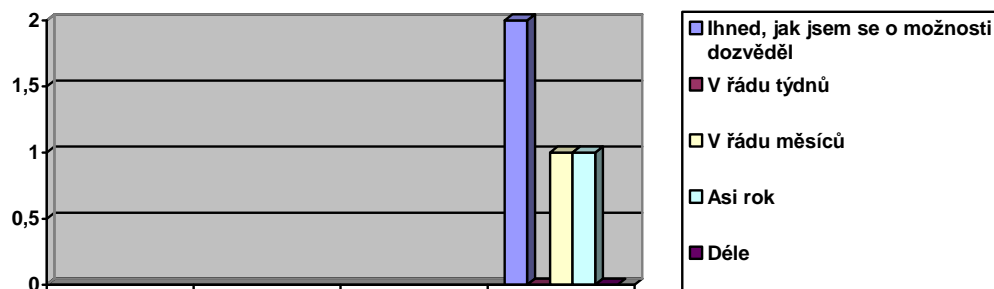
Graf číslo 9



:

Otázka č.23: *Pokud ne, jak dlouho vám trvalo se rozhodnout?*

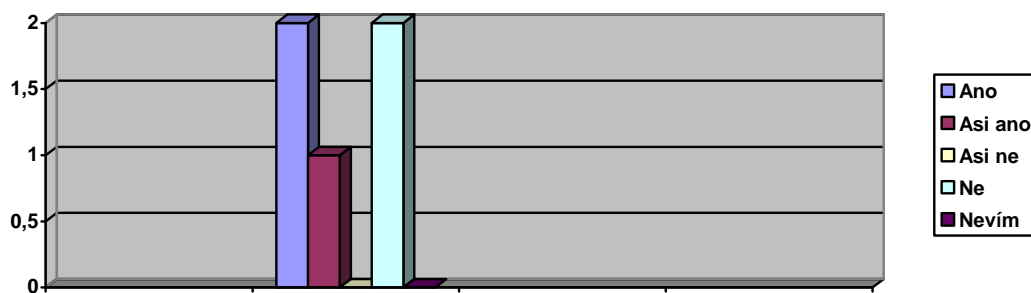
Graf číslo 10



:

Otázka č.24: *Myslíte, že vás ovlivňují i názory jiných lidí?*

Graf číslo 11



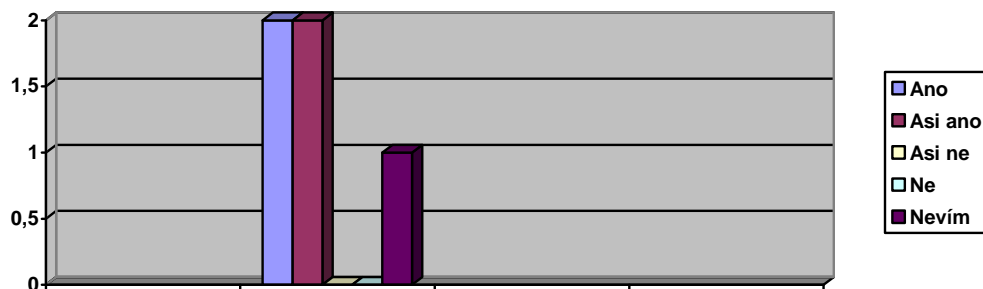
Otázka č.25: *Žijete, nebo jste žil(a) v manželství?*

Tabulka číslo 11

Ano	1
Ne	4

Otázka č.26: *Chcete v budoucnu uzavřít manželství?*

Graf číslo 12



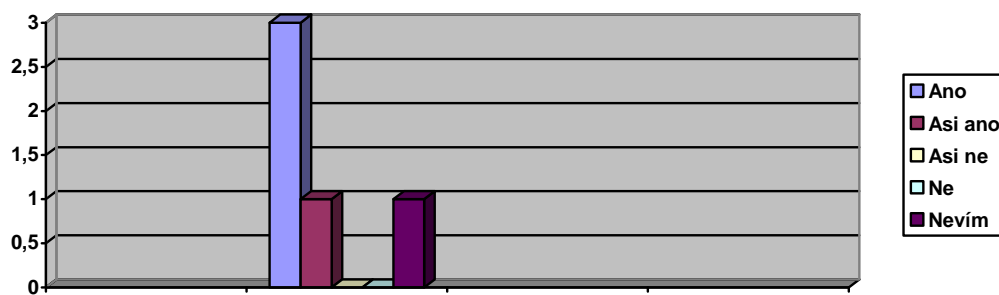
Otázka č.27: *Máte děti?*

Tabulka číslo 12

Ano	0
ne	5

Otázka č.28: *Chcete mít děti?*

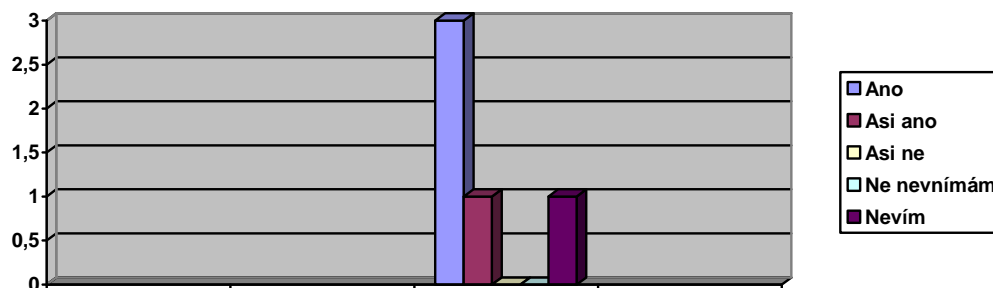
Graf číslo 13



:

Otázka č.29: *Vnímáte postoj církve jako netolerantní?*

Graf číslo 14



Otázka č.30: *Myslíte si, že Bůh je proti HSR?*

Tabulka číslo 13

Ano, je proti	0
Asi ano	0
Asi ne	0
Ne, není proti	4
nevím	1

Otázka č.31: **Myslíte si, že většina lidí odsuzuje HSR?**

Tabulka číslo 14

Ano	0
Spíše ano	0
Spíše ne	1
ne	4

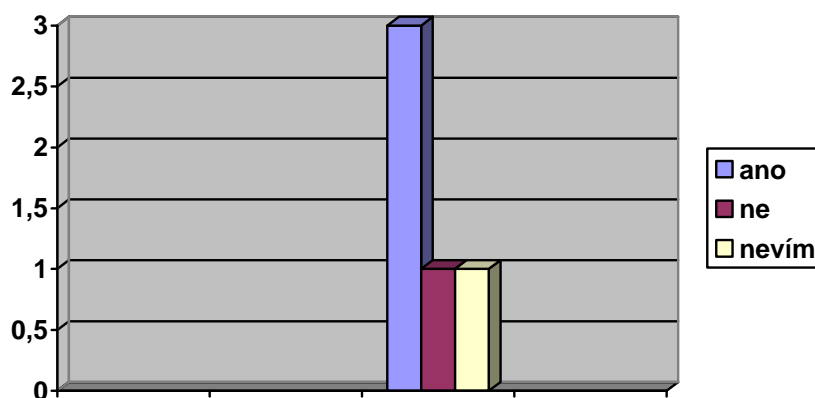
**Otázka č.32: Jak přijala vaši nemoc rodina?**

Tabulka číslo 15

dobře	4
s porozuměním	0
Většina dobře	1
nepřijala	0

**Otázka č.33: Ví o vašem problému v zaměstnání?**

Graf číslo 15



**Otázka č.34: Pokud ano, přijali vás kolegové s porozuměním?**

Tabulka číslo 16

Ano	1
Spíše ano	2
Spíše ne	0
Nepřijali	0

*Otázka č.35: Zklamal vás v souvislosti s vaší nemocí někdo z vašich přátel?*

Tabulka číslo 17

Ano	4
ne	1



## **ABSTRAKT**

STANĚK, J. *Transsexualita a problém HSR*. České Budějovice 2012. Diplomová práce. Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích. Teologická fakulta. Katedra teologické etiky, sociální etiky a etického vzdělávání. Vedoucí práce J. Šrajer.

**Klíčové pojmy:** transsexualita / psychoterapie, hormonálně chirurgické připodobnění, společenství a služba, morální teologie, křesťanské hodnoty

Tato práce chce představit problém transsexuality a její léčby, zvláště v jejím nejspornějším bodu, totiž v hormonálně chirurgickém připodobnění. Podává informace o nemoci jako takové, ukazuje možnosti léčby a poukazuje také na určité etické problémy, které musí pacient, zvláště pokud je věřící člověk, řešit.

Druhá část práce se zabývá kvalitou života translidí a přináší také autorův průzkum na malém vzorku věřících transsexuálů.

Závěr práce přináší shrnutí výsledků

## ABSTRACT

STANĚK, J. *Transsexuality and HSR-problem*. České Budějovice 2012. Dissertation.

University of South Bohemia in České Budějovice. Faculty of Theology. Department of Theological and Social Ethics. Supervised by J. Šrajer.

**Key words:** Trans-sexuality / psychotherapy, hormonal and surgical reassignment, fellowship and service, moral theology, Christian values

This work wishes to present the problem of trans-sexuality and its treatment, especially its most controversial part, i.e. hormonal and surgical reassignment. It brings the information about disease as such, shows treatment possibilities and points out also certain ethical problems which the patient faces, especially when he is a believer.

Second part of this work studies the life quality of trans-persons and brings author's research within a small sample group of transsexual believers.

The last part of this work presents summary of results.