

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.....	6
1. VYMEZENÍ POJMŮ .....	8
1.1 Pohlaví a pohlavní identita .....	8
1.2 Transsexualita.....	10
1.3 Psychologická diagnostika transsexuality.....	12
1.3.1 Diferenciální diagnostika transsexuality .....	14
2. Možnosti medicínské léčby transsexuality .....	17
2.1 Psychoterapie.....	17
2.1.1 Adaptace na stávající biologické pohlaví.....	19
2.1.2 Proces připodobnění pohlaví .....	19
2.2 Hormonální léčba.....	23
2.3 Hormonálně chirurgické připodobnění (HSR) .....	24
2.3.1 Druhy chirurgických zákroků .....	25
2.3.1.1 Operace poprsí.....	25
2.3.1.2 Operace genitálu .....	26
2.3.1.2.1 Podmínky chirurgického zákroku .....	26
2.3.1.2.2 Operace genitálu u FtM pacientů .....	27
2.3.1.2.3 Operace genitálu u MtF pacientů .....	28
2.3.2 Některé právní aspekty HSR .....	28
3. PRAKTICKÁ DOTAZNÍKOVÁ ČÁST .....	30
4. Postoje katolických morálních teologů a učitelského úřadu církve k řešení problému translidí .....	67
4.1 Postoje do roku 2004 .....	67
4.2 „Společenství a služba“.....	70
4.2.1 Společenství a služba, bod 84.....	70
4.2.2 Společenství a služba, bod 85.....	71
4.2.3 Společenství a služba, bod 86.....	71
ZÁVĚR.....	75
SEZNAM LITERATURY.....	78
ABSTRAKT .....	83
ABSTRACT.....	84

## 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 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>1</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, které jsem při rozhovoru s nimi vyplňoval. Ve své bakalářské práci jsem tyto dotazníky neuplatnil, jen zkušenosti z rozhovorů. Vzorek dvou případů které jsem mněl zdokumentovány mi připadal příliš neprůkazný. V následujících letech<sup>2</sup> jsem mněl 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 mněl 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 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.

---

<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.

Tato práce sestává ze tří částí. V první se zabývám základními pojmy a možnostmi medicínské léčby transsexuality a vycházím z mé bakalářské práce<sup>4</sup>, kterou mírně upravuji a rozšiřuji.

Druhá část, praktická, zpracovává přehledně výsledky mého „výzkumu v terénu“. Uvádím je v tabulkách a grafech pro co nejlepší přehlednost a jednoznačnost. I když v mé práci nejde v prvé řadě o statistický výzkum (na to je vzorek příliš malý) ale spíše o zmapování tohoto mého vzorku, myslím, že přehlednost otázek a odpovědí má vždy svůj význam. Ke každé tabulce následuje krátký komentář, ve kterém už zohledňuji i některé poznatky v dotaznících nezaznamenané. Na závěr se zmiňuji o některých, podle mého názoru zajímavých poznatcích z rozhovorů, které dotazník nezachytil.

Třetí část mé práce mluví o zhodnocení výsledků, porovnává postoje učitelského úřadu katolické církve a očekávání transsexuálů a také vyhodnocuje a porovnává některé závěry, které jsem vyvodil ze svého výzkumu s výzkumem doc. Skoblíka.

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. I když tomuto pohledu odpovídají jen tři pětiny respondentů, zbývající dvě pětiny myslím také mají co dodat.

---

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

# 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. Svě 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 mozku 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 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.*

---

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

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

<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.



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 konstituují 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 vzhladu<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 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>*

---

<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 mezimozku ve druhém trimestru nitroděložního života plodu

<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.

## 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 přehlížení 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 nevyléčitelný 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 snažší 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 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 Šípové<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 víc či míň, 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.

*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.*

---

<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.

<sup>17</sup> ICD 10, diagnóza F64.0

*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 jednoznačné 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 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*

---

<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.

<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.

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>
  - 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.)

---

<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 ženským genitálem a milují se s partnerem. I zde je však možná homosexuální orientace.

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

- *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.

### **1.3.1 Diferenciální diagnostika transsexuality**

Jedná se o podstatnou a důležitou část diagnostiky. Jestli-že 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).*

---

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

*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 transsexualita. 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.)*
- *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

---

<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.

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

o tom, že znají svou pohlavní příslušnost. Ale naopak je zase mnoho takových, kteří se celé roky hledají a nejsou si úplně jisti.



## 2. Možnosti medicínské 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 otázku, 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 cítění pacienta selhaly<sup>30</sup>. Podle názoru odborníků<sup>31</sup> je maximem toho, čeho je možné v rámci psychoterapie 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, 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>32</sup>.*

V rámci terapie transsexuálních klientů lze psychoterapii rozdělit na nescifickou a specifickou. Nescifická je během celého procesu a je dána vztahem mezi klientem a terapeutem. Specifická psychoterapie je naopak přesně

---

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

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>33</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>34</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>35</sup> Zdá se, že psychoterapie bývá doporučena často jako jediná možnost léčby většinou katolických morálních teologů. Časem dojdou 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.)*

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,

---

<sup>33</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>34</sup> PESCHKE, K.H. *Křesťanská etika*. Praha : Vyšehrad, 1999, S. 255.

<sup>35</sup> BENEŠ, A.J. Etická problematika operativní změny pohlaví. In *Skripta bioethica*. Brno : 2001, roč. 1. č. 1. str. 34.

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>36</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 neobrátní, 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 nejrůznější důvody. Jsou to často lidé žijící v manželství, často vychovávající děti.*

### **2.1.2 Proces připodobnění pohlaví**

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>37</sup> je nedokáže od tohoto utrpení zcela osvobodit. Dříve nebo později se tedy

---

<sup>36</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.

<sup>37</sup> Podle vyjádření samotných nemocných.

většina translidí rozhodne jít dál, a problém řešit radikálněji. Ne každý však, z nejrůznějších důvodů, hned sáhne po tom nejradikálnějším řešení. Většinou chtějí začínat opatrně a pomalu, a někteří už ani dále pokročit nechtějí.

Tato fáze, ve které se nemocný musí rozhodnout co dál, následuje po potvrzení diagnózy.<sup>38</sup> I zde je doba trvání variabilní, stejně jako ve fázi diagnostické. I když je klient stoprocentně přesvědčen a rozhodnut, stejně je ale povinností terapeuta podat vyčerpávající informace o všech možnostech terapie, výhodách jednotlivých postupů i o rizicích s nimi spojených. Pokud klient potřebuje na rozhodování více času, tak mu pro to terapeut zajišťuje podmínky poskytnutím vyčerpávajících informací a sám by měl do rozhodování klienta zasahovat co nejméně.

*Nejméně radikální připodobnění je adaptace na psychické pohlaví klienta. Ten 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. 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*

---

<sup>38</sup> Nebo případně neúspěšné psychologické léčbě.

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

<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.

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 nejružnějších lékařských 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.)

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

---

<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 estrogenu a antiandrogeny, kolísání nálad až deprese. Toto období bývá časově omezené a nevyžaduje kromě podávání informací žádnou speciální psychoterapeutickou péči.

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.)

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.

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.

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

---

<sup>44</sup> V pooperačním období potřeba další psychotherapeutické konzultace závisí na osobnostních charakteristikách a na duševní zralosti člověka. Někteří již další pomoc nepotřebují a nevyžadují a snaží se žít tak, aby se ke své minulosti nemuseli příliš vracet. K problémům dochází tehdy, jsou-li očekávání klienta nepřiměřená nebo pokud jde o nezralou osobnost, s hysterickými rysy. U lidí s nízkým sebehodnocením spojeným s hlubokými nejistotami může být nespokojenost s výsledkem operace vhodným ventilem těchto úzkostí. Tam, kde klient nepřebírá dostatečně odpovědnost za svůj život, může být transsexualita věčným a vděčným alibi pro neúspěch, hromosvodem pro všechny porážky a šidítkem, ospravedlňujícím nečinnost.

<sup>45</sup> Pro fáze směřující ke změně pohlaví a pro úplnou změnu pohlaví jsou relativními kontraindikacemi 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.

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

*Hormonální léčba je zpravidla 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*

---

<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).

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 přerušení 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>

### 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>

---

<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.

<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 jasné



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.

---

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.)

*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. Popíše tedy nejprve společné podmínky chirurgického zákroku a poté v krátkosti vyjmenuje 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>57</sup> uvádí dvě kritéria, svědčící*

*o připravenosti pacienta<sup>58</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 zvládnutí problémů typu sociopatie<sup>59</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>60</sup>:*

- a) *zletilost podle zákonné normy v daném státě*

---

<sup>57</sup> Viz odkaz 43

<sup>58</sup> Srov. Standards of Care, šestá revize z února 2001. In: Příloha 1, FIFKOVÁ, H. *Transsexualita diagnostika a léčba*. Praha : Grada, 2002, s. 156.

<sup>59</sup> Chorobný až nenormální vztah k sociálnímu prostředí.

<sup>60</sup> Podle: Standards of Care, kap. XII.

- b) obvykle alespoň dvanáct měsíců nepřetržitého užívání hormonů bez vedlejších účinků<sup>61</sup>
- c) nepřetržitá, minimálně dvanáct měsíců trvající RLE<sup>62</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 postupech.

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>63</sup>. Znamená to, že žádosti o operaci genitálu nemusí být vždy vyhověno<sup>64</sup>.

### 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>65</sup>.

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

<sup>61</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>62</sup> Pokud se občas pacient navrácí k původní pohlavní roli, mělo by to být považováno za současné projevoování protichůdných citových postojů a za nesplnění těchto kritérií.

<sup>63</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>64</sup> Pacient, chirurg a ošetřující lékař se musí shodnout a přijmout zodpovědnost za rozhodnutí provést na těle nevratné změny.

<sup>65</sup> S nefunkčními náhradami varlat.

### 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.*

*Větší feminizace je možné dosáhnout dodáním tuku do oblasti boků, plastikou nosu, redukcí lícních kostí, nebo operací hlasivek.<sup>66</sup> V tomto případě si tyto zákroky nevyžadují doporučení odborného lékaře.*

## 2.3.2 Některé právní aspekty HSR<sup>67</sup>

*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>68</sup> se s osobou po HSR zachází tak, jako by osobou požadovaného pohlaví skutečně byla. Pro praxi to má několik důsledků:*

- *Podmínky lékařského zásahu do reprodukční činnosti jednotlivců právně upravuje zákon č.20/66 Sb. O péči o zdraví lidu<sup>69</sup>, a to v § 27a zákona<sup>70</sup>.*
- *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 změna ale nemá zpětné účinky.*

---

<sup>66</sup> Toto je ale velice rizikový zákrok.

<sup>67</sup> Podle: RAICHLOVÁ, V. PROCHÁZKA, I. Právní aspekty. In: FIFKOVÁ, H. *Transsexualita diagnostika a léčba*. Praha : Grada, 2002, s. 107.

<sup>68</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.

<sup>69</sup> V současnosti se připravuje zákon nový.

<sup>70</sup> Ten stanovuje, že v Česku žádost pacienta o HSR musí posoudit odborná komise, kterou tvoří právník, nejméně dva lékaři se specializací v příslušném oboru a další dva lékaři, nezúčastnění na provádění lékařského zákroku.

- *Po předložení rozhodnutí matriky je možné vystavit náhradní doklad o vzdělání.<sup>71</sup>*
- *Rodičovský zápis se nemění.<sup>72</sup> Transsexuál zůstává rodičem se všemi právy a povinnostmi.*

Ještě jednou je třeba pozornit na to, že po provedené operaci pacient požádá o změnu zápisu jména, příjmení a pohlaví. Svoji žádost musí doložit potvrzením odborného lékaře z oboru sexuologie o provedené úplné změně pohlaví. Takto provedená právní změna ale nemůže mít už zpětné účinky. Dosavadní doba zaměstnání se započítává pro výpočet důchodu, rodičovský zápis při narození případného potomka se taktéž nemění.

---

<sup>71</sup> Viz Směrnice ministerstva školství z roku 1998 č.j. 29 210/98-20 čl. V.

<sup>72</sup> Matkou zůstává vždy žena, která dítě porodila, i když je nyní právně mužem. Rovněž otcovská role je trvalá.

### 3. PRAKTICKÁ DOTAZNÍKOVÁ ČÁST

Otázky 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>73</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 církev (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.

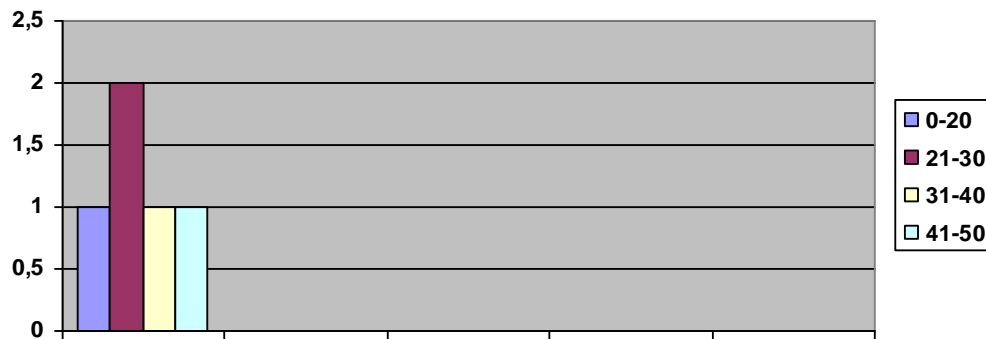
Na závěr ještě několik zajímavostí z rozhovorů, které dotazník nedokázal zachytit. To není žádný ucelený soubor, ale opravdu jednotlivosti.

---

<sup>73</sup> V době, kdy byl veden rozhovor. Pokud rozhovorů bylo více (dva případy), byly rozhovory vedeny v krátkém časovém rozmezí.

Otázka č.1: Váš věk?

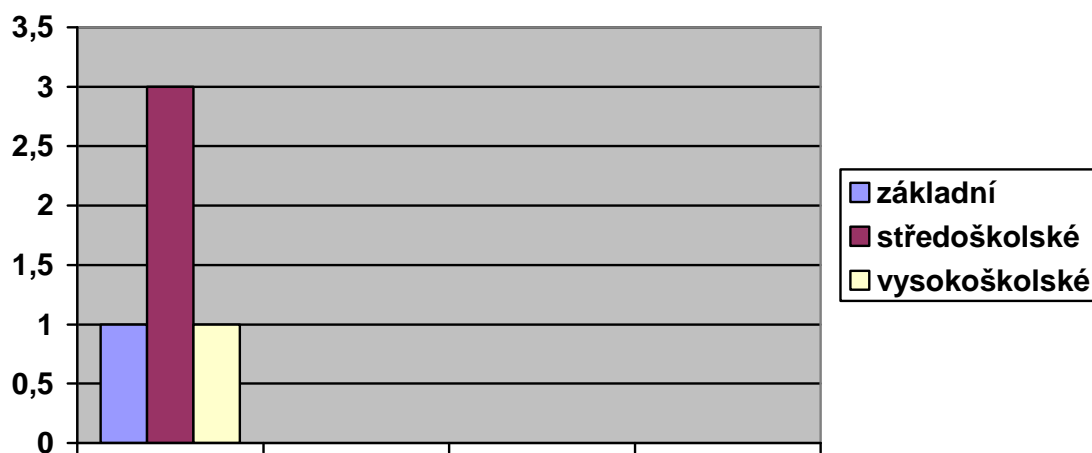
0-20	1
21-30	2
31-40	1
41-50	1



Komentář: Nikde není známa přesná evidence výskytu transsexualismu a ostatních poruch pohlavní identity, neboť ne každý takový jedinec vyhledá lékařskou péči. Nevím, zda je věková roztržitost přínosem nebo spíše na škodu. V každém případě se jedná o široké spektrum respondentů. V případě většího vzorku, by toto rozložení věku bylo velmi příznivé. V takto malém vzorku je možná spíše ke škodě, ale těžko říci.

Otázka č.2: *Vzdělání?*

Základní	1
Středoškolské	3
vysokoškolské	1



*Komentář:* 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.

Opět široký rozptyl. Jedna střední škola je průmyslovka, dvě jsou gymnázia. Vysoká škola je humanitního typu.

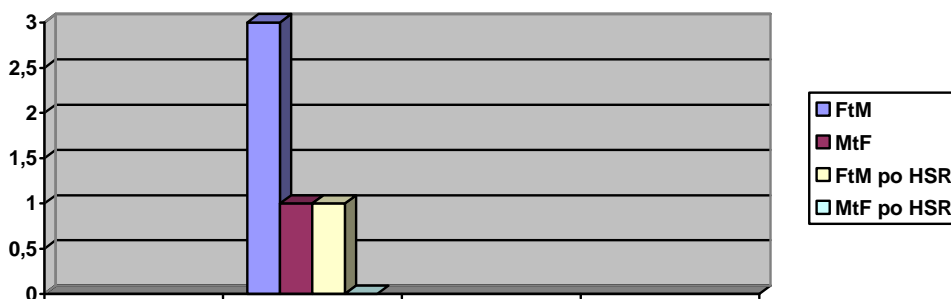


Otázka č. 3 a 4:

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

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

FtM	3
MtF	1
FtM po HSR	1
MtF po HSR	0



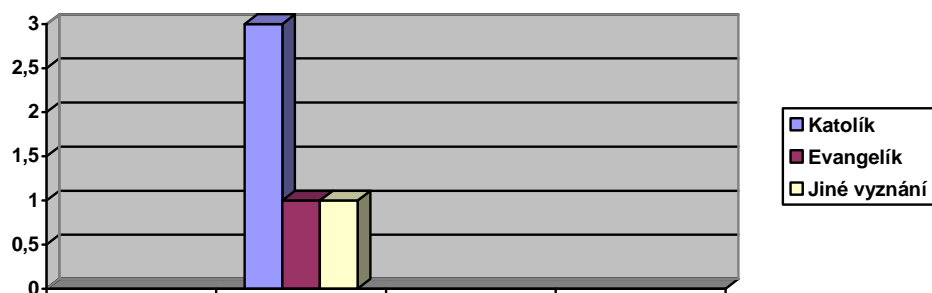
*Komentář:* Ve vzorku převažují FtM translidé. Jeden je již po operaci a je naprosto spokojený. Tři se na operaci připravují a poslední respondent o ní vážně uvažuje, ale není ještě pevně rozhodnut.

Studie<sup>74</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.

<sup>74</sup> Srov. FIFKOVÁ, H. a kol. *Transsexualita a jiné poruchy pohlavní identity*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2008, s. 125n.

*Otázka č.5: Jste věřící?*

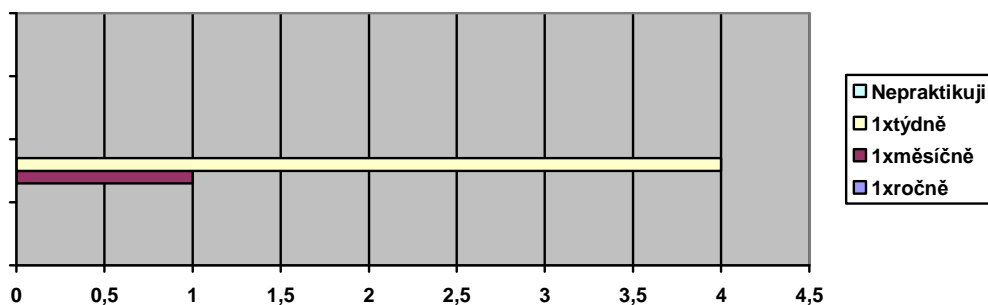
Katolík	3
Evangelík	1
Jiné vyznání	1



Komentář: V tomto ohledu jsem se na žádné další okolnosti nevyptával.

Otázka č.6: *Praktikujete?*

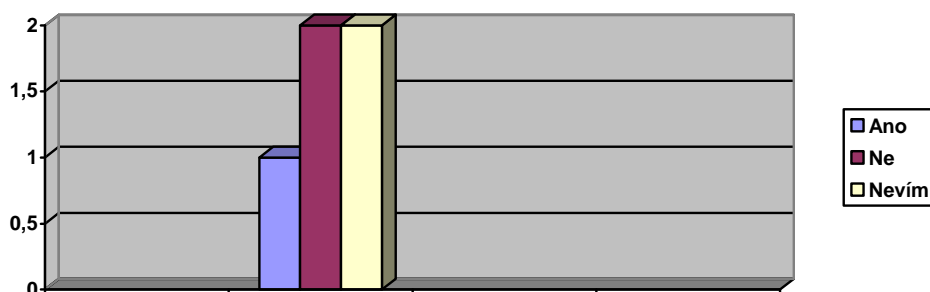
1x ročně	0
1x měsíčně	1
1x týdně	4
nepraktikuji	0



Komentář: Všichni respondenti jsou praktikující ve smyslu pravidelné docházky na bohoslužby (setkání – podle jednoho z nich). Dva z nich chodí na bohoslužbu (setkání) vícekrát v týdnu.

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

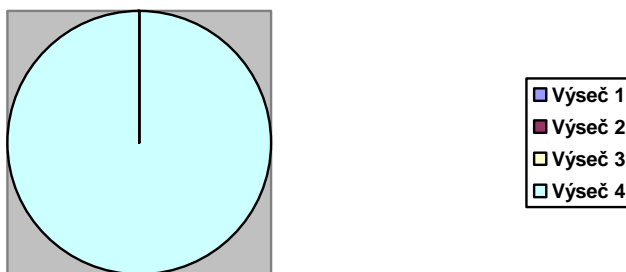
Ano	1
Ne	2
Nevím	2



*Komentář:* Jeden z respondentů, který je konvertita, jediný odpověděl kladně. Ostatní odpovědi jsou prakticky totožné, protože vyjadřují jen nejistotu. Všichni byli ve víře vychovávaní a považují se za věřící od jak živa. Ale svou odlišnou sexuální orientaci si uvědomují už od dětských let. Tato otázka má asi smysl jen u těch, kteří se k víře dostali později.

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

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

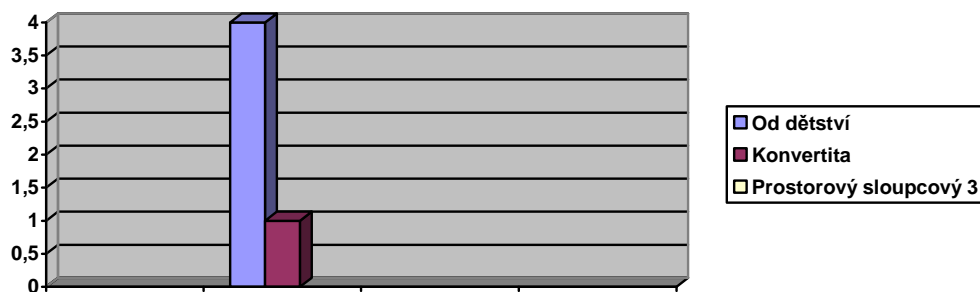


Komentář: Jen v několika otázkách byla odpověď všech respondentů zcela shodná. Toto je jedna z nich. Výsledek dotazu se shoduje se i s výsledky reprezentativnějších průzkumů než je tento miniprůzkum.<sup>75</sup>

<sup>75</sup> Srov. SKOBLÍK, J. *Transsexualismus*. Praha : Karolinum, 2006, s. 158-190

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

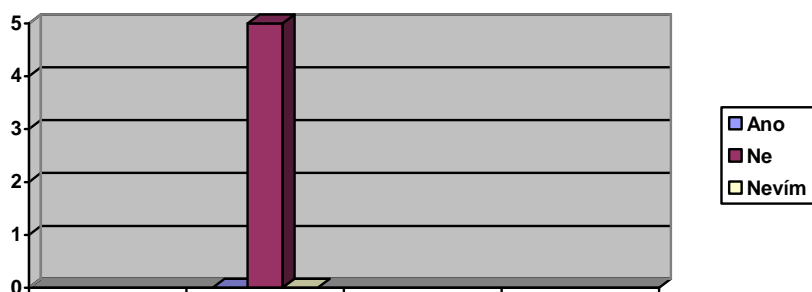
Od dětství	4
konvertita	1



*Komentář:* Od dětství vychováni ve věřících rodinách, i když ne vždy nějak zvlášť praktikujících.

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

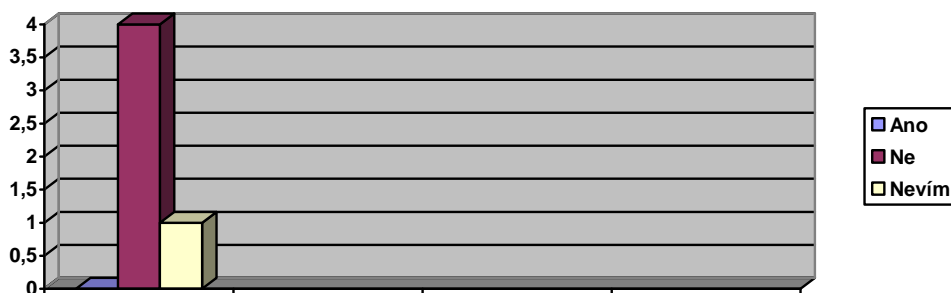
Ano	0
Ne	5
Nevím	0



*Komentář:* Opět jedna jednoznačná odpověď. Každý z respondentů má s touto léčbou zkušenost a nikdo ji neoznačil za dostačující. Nelze z toho vyvozovat, že nikomu z nich léčba nepomohla, ale spíše to, že nikomu nepomohla tak, aby se cítil zbaven svých problémů.

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

Ano	0
Ne	4
Nevím	1

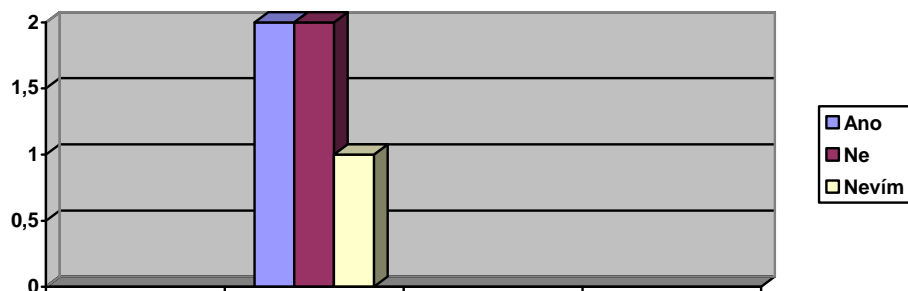


*Komentář:* Jediné nevíím v těchto odpovědích patří myšlence, že by snad tato léčba mohla někomu dostatečně pomoci. Ale respondent, který takto odpověděl tuto možnost na sebe nevztahuje.



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

Ano	2
Ne	2
Nevím	1



*Komentář:* Ano v tomto případě znamená, že církev toto řešení odmítá a respondent o tom ví. Ne v jednom případě znamená totéž, ale respondentovi je to jedno, protože si svůj problém vyřešil s Bohem sám. Druhé ne a nevím spíše znamená, že respondent přesně neví, jak se k tomu církev postaví a doufá, že kladně.

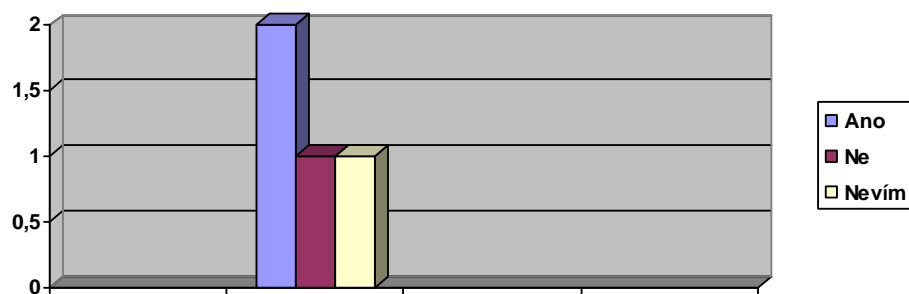
*Otázka č.13: Radil(a) jste se o HSR s duchovním?*

Ano	4
Ne	1

Komentář: Jeden z respondentů několikrát a s více duchovními. Všichni šli do rozhovoru s nadějí, ve třech případech ještě dříve, než šli se svým problémem k lékaři.

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

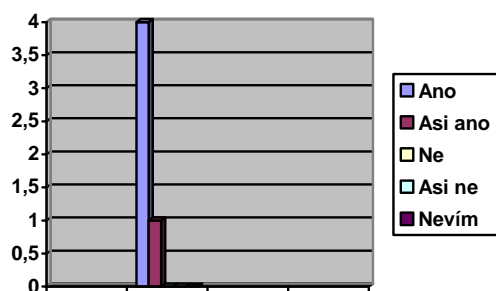
Ano	2
Ne	1
Nevím	1



*Komentář:* Jeden respondent totálně zklamán nepřijetím. Jeden respondent zklamán totální neschopností duchovního se k problému nějak postavit.

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

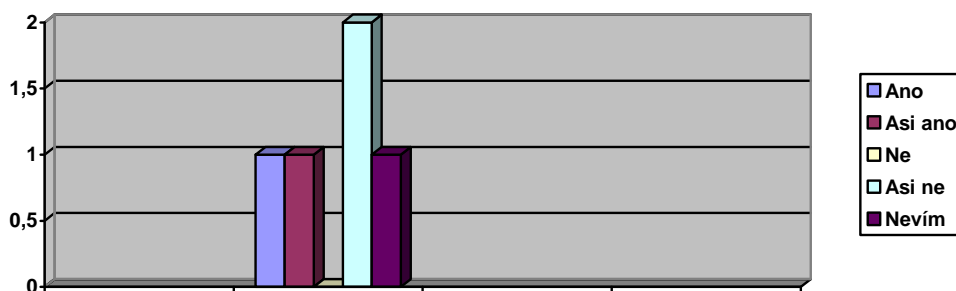
Ano	4
Asi ano	1
Ne	0
Asi ne	0
Nevím	0



*Komentář:* Opět prakticky shodná odpověď. Jedno váhavé asi ano znamená, že respondent ještě váhá, ale nevidí jinou cestu. V tomto řešení mu brání jiné důvody než to, že on sám by nechtěl.

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

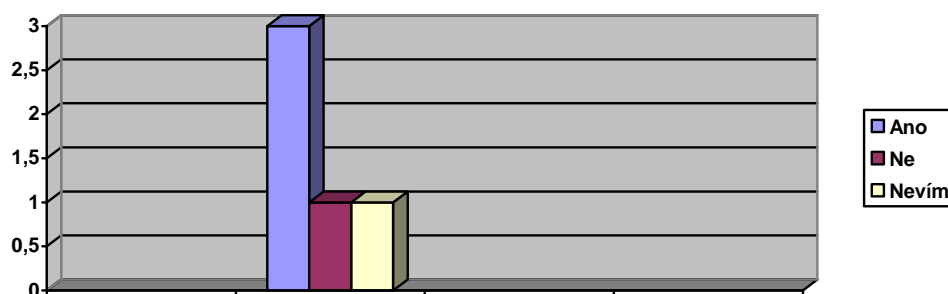
Ano	1
Asi ano	1
Ne	0
Asi ne	2
Nevím	1



*Komentář:* Čtyři nevyhraněné odpovědi mluví pravděpodobně o tom, že respondenti asi neví, jak si mají s otázkou poradit. Možná špatně položená a nebo zbytečná otázka?

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

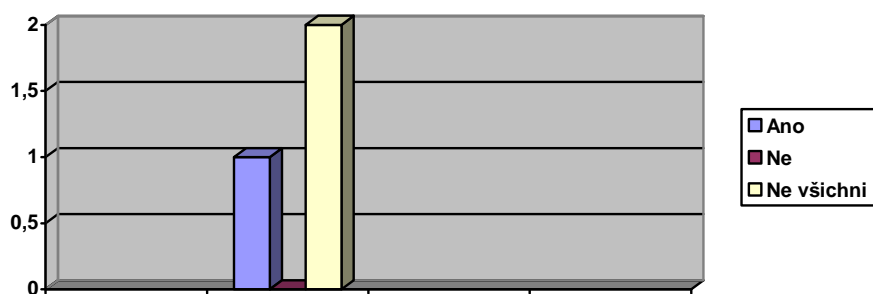
Ano	3
Ne	1
Nevím	1



*Komentář:* Ano neznamená automaticky přijetí, což bude zřejmé po další otázce. V každém případě, jeden z respondentů, který odpověděl ano, přišel již do svého společenství jako představitel „správného“ pohlaví.

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

Ano	1
Ne	0
Ne všichni	2



Komentář: Nestalo se, že by společenství někoho z respondentů zcela vypudilo (jak o tom vyprávěl jeden z nich, že se to stalo), ale přijetí od všech nebylo vždy srdečné.

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

Ano	3
Ne	2

*Komentář:* V případech že ano se jedná spíše o nepřijetí a nepochopení, ale zanechalo to bolest v duši.



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

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

*Komentář:* Opět jednoznačná odpověď a opět potvrzuje výsledky i dalších výzkumů.<sup>76</sup>

---

<sup>76</sup> Srov SKOBLÍK.J, *Transsexualismus*. Praha : Karolinum, 2006, s.180.

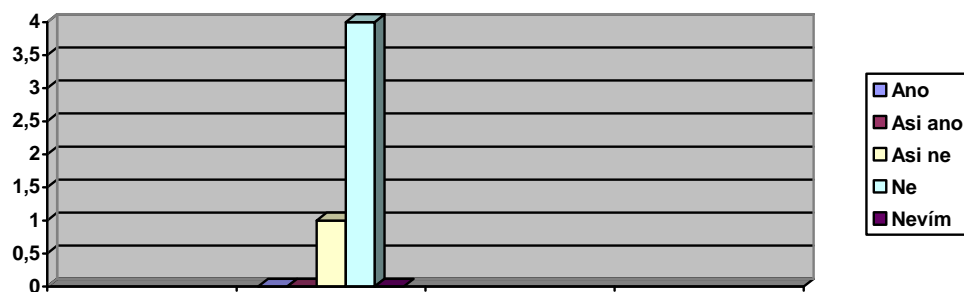
*Otázka č.21: Myslel(a) jste někdy na sebevraždu?*

Ano	5
Ne	0

*Komentář:* Znovu jednoznačná odpověď. Asi nic víc než bylo řečeno k otázce předchozí se říci nedá.

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

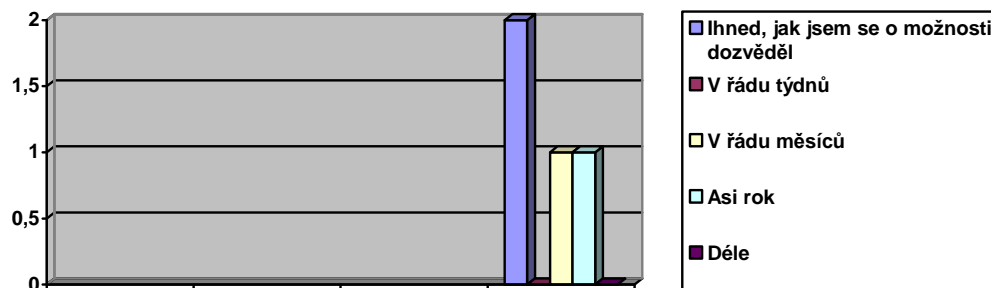
Ano	0
Asi ano	0
Asi ne	1
Ne	4
Nevím	0



Komentář: Tady asi není co dodat.

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

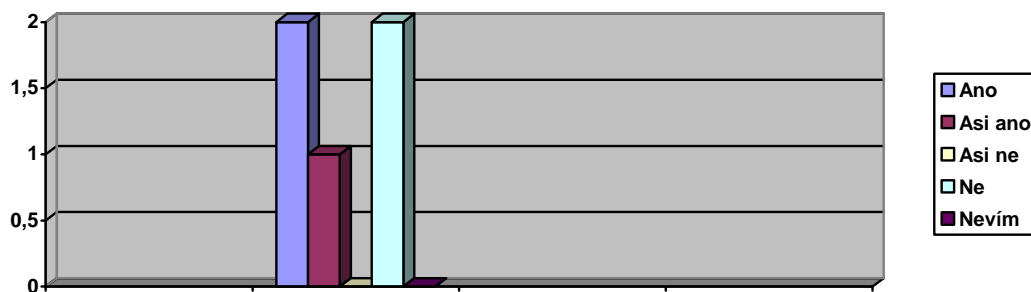
Ihned, jak jsem se o možnosti dozvěděl	2
V řádu týdnů	0
V řádu měsíců	1
Asi rok	1
déle	0



Komentář: Asi by bylo nutné znát přesněji okolnosti rozhodování. V každém případě je jisté, že každý člověk je jiný a k řešení situace přistupuje buď razantněji a nebo se ho dobere pozvolnou cestou.

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

Ano	2
Asi ano	1
Asi ne	0
Ne	2
Nevím	0



*Komentář:* Je na úvaze každého člověka, nakolik si myslí, že je ovlivnitelný. Asi těžko uvěřit, že by někdo byl naprosto neovlivnitelný. Asi zase špatně položená otázka.

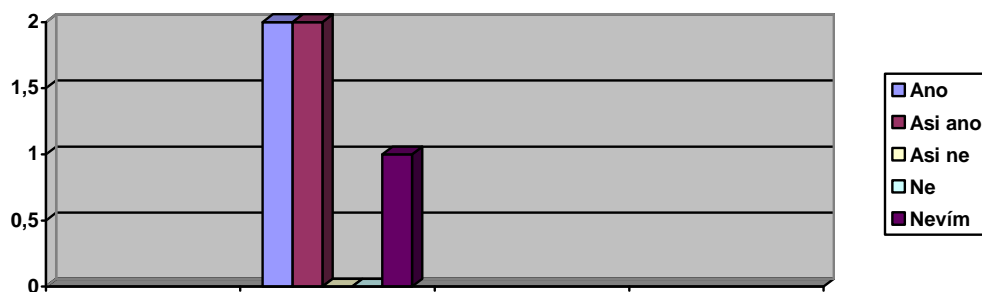
*Otázka č.25: Žijete, nebo jste žil(a) v manželství?*

Ano	1
Ne	4

*Komentář:* Jeden respondent v bezdětném manželství.

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

Ano	2
Asi ano	2
Asi ne	0
Ne	0
nevím	1



Komentář: Všichni respondenti se chtějí zařadit do společnosti.

*Otázka č.27: Máte děti?*

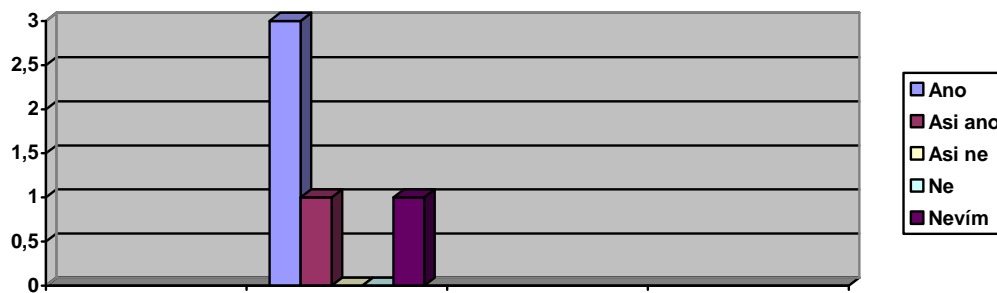
Ano	0
ne	5

*Komentář:* Asi výsledek toho, že nikdo z nich se neztotožnil s pohlavní rolí, která mu byla dána.



Otázka č.28: *Chcete mít děti?*

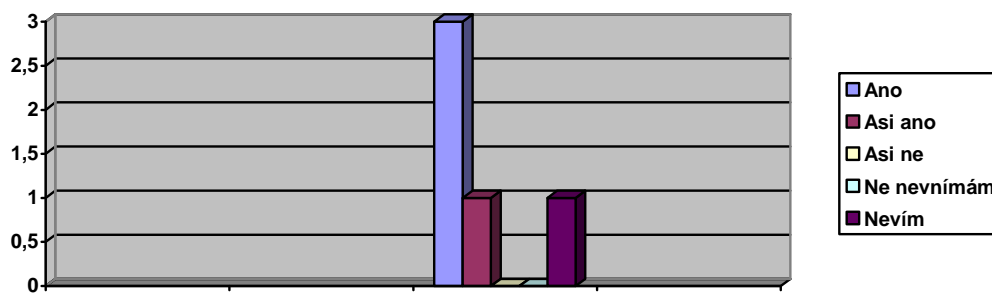
Ano	3
Asi ano	1
Asi ne	0
Ne	0
nevím	1



*Komentář:* V pohlaví roli, kterou oni sami cítí, chtějí žít běžný život. I když jejich reprodukční schopnost bude nulová, přece si přání po dětech neodpustí. Nabízí se adopce nebo pěstounská péče.

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

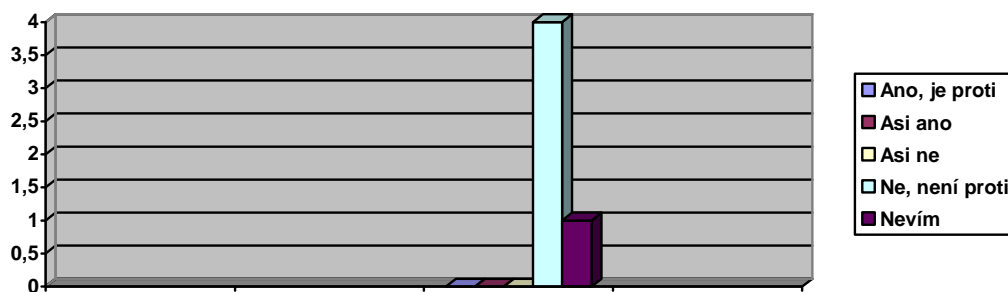
Ano vnímám	3
Asi ano	1
Asi ne	0
Ne nevnímám	0
nevím	1



Komentář: Nelichotivé vyznění pro církev.

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

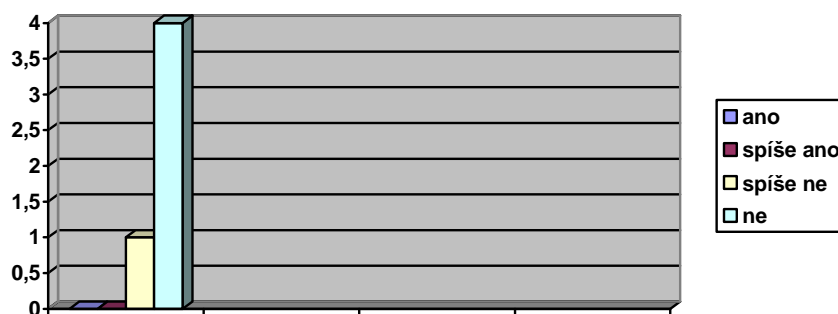
Ano, je proti	0
Asi ano	0
Asi ne	0
Ne, není proti	4
nevím	1



Komentář: Víra v Boží lásku k člověku a nebo připodobnění si Boha podle toho, jakého ho chci mít?

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

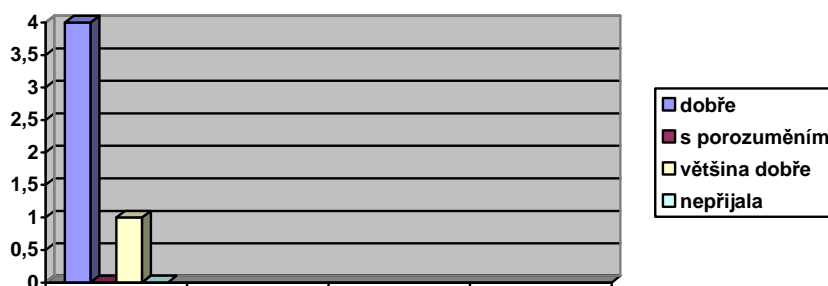
Ano	0
Spíše ano	0
Spíše ne	1
ne	4



Komentář: Zdá se, že respondenti lidem jako celku důvěřují.

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

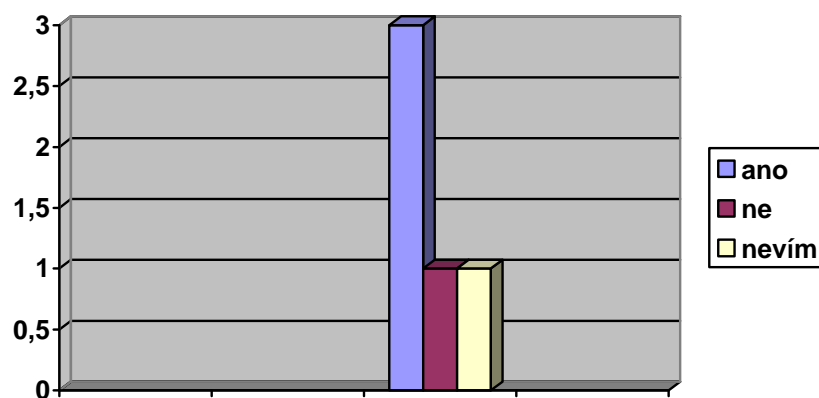
dobře	4
s porozuměním	0
Většina dobře	1
nepřijala	0



Komentář: Rodina je v tomto vzorku spíše oporou.

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

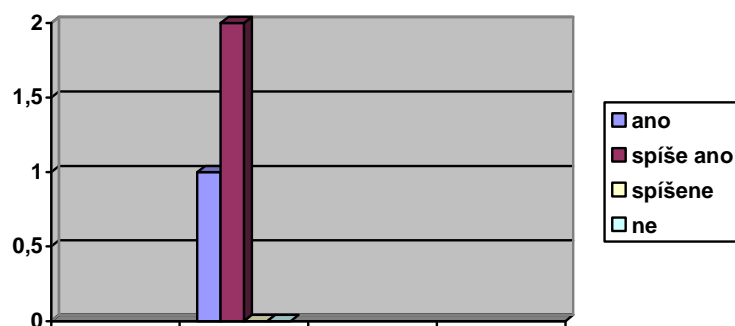
Ano	3
Ne	1
nevím	1



*Komentář:* Není asi právě nejsnadnější pracovat v kolektivu, který na mně kouká skrz prsty. Ale jestli nabídne pomocnou ruku nebo alespoň pochopení?

Otázka č.30: Pokud ano, přijali vás kolegové s porozuměním?

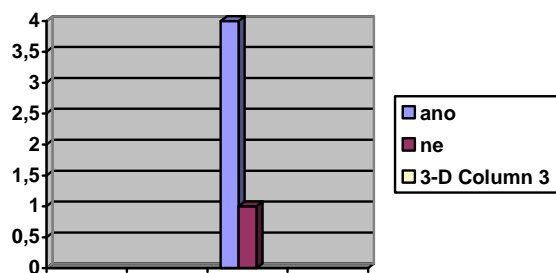
Ano	1
Spíše ano	2
Spíše ne	0
nepřijali	0



*Komentář:* bez komentáře.

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

Ano	4
ne	1



Komentář: Co dodat?



Jak již bylo výše řečeno, teologové, lékaři a psychoterapeuti se přou, kam až při léčbě transsexuality zajít. Jiná situace je, zdá se, na straně lidí, kteří transsexualitou trpí. Jejich postoj je poměrně jednoznačně na straně, pokud ne přímo chirurgického, tak určitě hormonálního, připotobnění. Z mého, i když vzorkem zanedbatelného, průzkumu plyne, že diskuse o tom, zda jít nad rámec psychoterapie, připadá všem translidem zbytečná, protože pouhá psychoterapie jim nedokáže dost pomoci v jejich postižení. Při rozhovoru o sebevraždě všichni připouštěli myšlenky na ní i v průběhu psychoterapeutické léčby (přičemž u všech tato léčba v době kdy jsem s nimi mluvil trvala). Domnívají se, že hormonální léčba může za určitých okolností některému transčlověku postačit, ale oni sami se do této polohy nestaví. Diskuse u nich začíná teprve ve chvíli, kdy se začíná mluvit o HSR. Nejsou si totiž jisti, kam až dojít.

Co se týká změny identity, jsou přesvědčeni, že by ji měli mít ve shodě se svým cítěním. K tomu pak chtějí mít odpovídající tělo, i když ne vždy až do všech důsledků a možností, které současná medicína, někdy snad až příliš sugestivně, nabízí.

Z odpovědí je také zřejmé, že po odstranění svých stresujících potíží chtějí žít traslidé běžný lidský život, včetně touhy po manželství a po dětech. Nemají žádné tendence k exhibování. Měl jsem pocit, že se chovají jako lidé, kteří chtějí překonat své problémy, aby mohly dále žít v klidu. To, že církevní manželství není možné uzavřít (týká se s jistotou jen tří katolíků), považují za problém, a vnitřně s tímto postojem církve nesouhlasí. Nejsou si jisti, zda by v případě, že tento konflikt nastane, jednali podle učení církve. Spíše se projevují tendence se s Bohem dohodnout mimo rámec církve. To samé se týká i dětí, kde se ale nevylučuje adopce nebo pěstounská péče<sup>77</sup>.

Všichni se se svým problémem potýkají od dětství, i když pojmenovat ho dokázali až v pozdější době. Zdá se, že je lhostejno, zda jde o katolíka, evangelíka a nebo jiného věřícího. V podstatných otázkách a oblastech trassexuálních problémů se shodují. Od svých církví očekávají porozumění, protože od Boha ho předpokládají.

---

<sup>77</sup> Otázky na tato témata jsem neměl připravená dopředu a proto se v těchto závěrech opírám pouze o dojmy, které jsem načerpal při osobním rozhovoru.

Partnerství obecně velice ovlivňuje a směřuje životní dráhu člověka. Nejinak je tomu i u translidí, i když je zřejmé, že v partnerském životě mají transsexuálové díky své specifické nemoci jistě nemálo obtíží<sup>78</sup>.

O tom, že transsexualita není poruchou erotického zaměření nás, mimo jiné může přesvědčit skutečnost, že až třetina transsexuálů vůbec nehledá partnerský vztah.<sup>79</sup> Nicméně mají-li tento vztah, výrazně ovlivňuje léčbu i jejich další život<sup>80</sup>.

---

<sup>78</sup> Počátek obtíží a neporozumění bývá už ve vlastní rodině translidí, kdy rodiče zpravidla těžce chápou, že měli syna a teď budou mít dceru. Vztah s partnerem může být obtížný, ale také podstatný. Srov. WEISS, P. Pravý transsexuál nemůže být šťastný v cizím těle. *Zdravotnické noviny*, č. 4, 1995, s. 36.

<sup>79</sup> I když můj průzkum to nepotvrzuje.

<sup>80</sup> Srov. WEISS, P. kol. Rozdíly mezi transsexuály FtM a MtF. In : FIFKOVÁ, H. *Transsexualita diagnostika a léčba*. Praha : Grada, 2002, s. 92.

## 4. 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. 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>81</sup>*

### 4.1 Postoje do roku 2004

*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>82</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 problematikou nezabývají<sup>83</sup>. Ani ve světě nebyla situace o mnoho lepší. Pokud už se tímto problémem někteří katoličtí teologové zabývali, nedokázali ohledně HSR nalézt společnou řeč. Pokusím se nyní odpovědět na otázku: „PROČ mezi katolickými morálními teology dlouho nebyl jednoznačný konsens ohledně etického aspektu transsexuální chirurgie?“*

*Odpovědi pak musí být jednoznačně odpověď na otázku, zda při chirurgickém zákroku jde o porušení (ať už jakékoliv) tělesné integrity, nebo nejde.*

---

<sup>81</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“, odstavce 84,85 a 86.

<sup>82</sup> *Katechismus katolické církve*. Praha : Zvon, 1995.

<sup>83</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.

*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>84</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>85</sup>*

*Tento rozpor se pokouší řešit ve své bioetice J. P. Ondok<sup>86</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>87</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 nadevší pochybnost dokázáno ani to, zda příčina rodové dysforie<sup>88</sup> je biologická a nebo zda má transsexualismus psychologický původ.<sup>89</sup>*

*Jedním z morálních teologů, kteří považují transsexualismus za poruchu čistě psychickou je A. J. Beneš.<sup>90</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?*

---

<sup>84</sup> Srov. KEANE, F. *Katolické perspektivy sexuální morálky*, 1977.

<sup>85</sup> Ztráta funkčnosti pohlavních orgánů znamená, že není schopen uzavřít křesťansky platné manželství. Děti může mít nadále jen umělým oplodněním.

<sup>86</sup> ONDOK, J. P. *Bioetika*. Svitavy : Trinitas, 1999, s. 87-88.

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

<sup>88</sup> Nesouhlasu s anatomickým pohlavím

<sup>89</sup> Prakticky stejně se vyjadřuje i v druhé své bioetice z roku 2005. Viz přehled literatury.

<sup>90</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.

## 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>91</sup> A dále poukazuje na podle jeho názoru logické a věcné chyby, které používají při argumentaci zastánci legitimacy 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 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>92</sup> i po chirurgickém zákroku.“<sup>93</sup>

---

<sup>91</sup> BENEŠ, A.J. Etická problematika operativní změny pohlaví. In *Skripta bioethica*. Brno : 2001, roč. 1. č. 1. str. 34.

<sup>92</sup> Statisticky je zjištěno, že jsou sici lidé, kterým trvají psychické i morální problémy i po operaci a nebo této operaci 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>93</sup> BENEŠ, A.J. Etická problematika operativní změny pohlaví. In *Skripta bioethica*. Brno : 2001, roč. 1. č. 1 , str. 35.

Myslím si, že těmito dvěma obsáhlými citovanými názory J.P.Ondoka a A.J.Beneše 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>94</sup>.

## 4.2 „Společenství a služba“<sup>95</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 jí má na mysli. Pro náhled na problém HSR je důležitý bod 84, 85 a hlavně bod 86 uvedeného dokumentu.

### 4.2.1 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.

---

<sup>94</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>95</sup> Podle: SKOBLÍK, J. *Hormonálně chirurgické připodobnění transsexuálů podle „Společenství a služba“, bod 84-86.* Předneseno v Olomouci, 2005.

## 4.2.2 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>96</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>97</sup>, ale také na celek psycho-fyzický<sup>98</sup> a nebo také na celek socio psycho-fyzický<sup>99</sup>. Odpověď na otázku k jakému výkladu se přiklání dokument Společenství a služba nalézáme v bodě 86 tohoto dokumentu.*

## 4.2.3 Společenství a služba, bod 86

*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>100</sup> a dále zlepšení sociálních vztahů<sup>101</sup>, a pokud je odstranění potíží transsexuálů podle většiny odborníků spatřováno v HSR, pak by mohl být pro některé translidí 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*

---

<sup>96</sup> Podle principu dvojího účinku

<sup>97</sup> Jen tělo

<sup>98</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>99</sup> Vzalo se na vědomí, že osoba nemůže být oddělena od svých mezilidských vazeb.

<sup>100</sup> Interpretace principu totality psycho-fyzická

<sup>101</sup> Interpretace principu totality socio-psycho-fyzická

*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.*

*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>102</sup>. Anglické slůvko *When* (italsky *in cui*) lze chápat příčinně (to by znamenalo zamítavé stanovisko vůči HSR)<sup>103</sup>, ale i podmínkově (HSR se zamítá jen tehdy, když nejde o bezprostřední ohrožení života)<sup>104</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>105</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>106</sup>.*

*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>107</sup>. Zatím co odborná veřejnost<sup>108</sup> uvádí argumenty se kterými lze a nebo nelze souhlasit<sup>109</sup> a uvádí také argumenty k opatrnosti při rozhodování se<sup>110</sup>, argumenty*

---

<sup>102</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>103</sup> Pak by byl překlad: Protože hrozba pro mentální zdraví...

<sup>104</sup> Pak by byl překlad: Jestliže hrozba pro mentální zdraví...

<sup>105</sup> Dobrovolné ukončení života, zpravidla v důsledku psychických poruch.

<sup>106</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.

<sup>107</sup> Jedná se můj vlastní průzkum (přes sto respondentů).

<sup>108</sup> Zde mám na mysli především lékaře a psychology.

<sup>109</sup> Kvalita života, psychické trauma, apod.



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>111</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.

V článku *Křesťané a základní otázky bioetiky*<sup>112</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>113</sup>:

-lidské důstojnosti

-práva na život

-náboženské svobody

-informovaného souhlasu

-integrity a totality

-dvojitý účinku

-obecného dobra

---

<sup>110</sup> Riziko operačního zákroku, nevratnost, dlouhodobá hormonální léčba, ztráta funkčnosti pohlavních orgánů, apod.

<sup>111</sup> Standards of Care, šestá revize z února 2001. In: Příloha 1, FIFKOVÁ, H. *Transsexualita diagnostika a léčba*. Praha : Grada, 2002, s. 153.

<sup>112</sup> POHUNKOVÁ, D. *Křesťané a základní otázky bioetiky*. *Teologické texty*, 1997, roč. 8, č. 4, s. 118-119.

<sup>113</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.

*-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.*

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

## 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.

Translidí žijící v partnerském vztahu mají větší úspěšnost v sociální adaptaci, častěji jsou dobře adaptováni i pracovně. Mívají méně psychiatrických obtíží.

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 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.

Manželský svazek, kterým muž a žena mezi sebou vytvářejí nejnvtirnější společenství celého života, zaměřeného svou přirozenou povahou na prospěch manželů a na plození a výchovu dětí, je mezi pokřtěnými povýšen Ježíšem Kristem na svátost<sup>114</sup>. Tato možnost je tedy transsexuálům po HSR uzavřena z důvodů o kterých se mluvilo výše. 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>115</sup>

Na transsexuálních lidech mne fascinuje vůle a síla s jakou překonávají překážky, o kterých se většině lidí ani nezdá. Mnozí z nich, kromě poruchy

---

<sup>114</sup> *Kodex kanonického práva*. Praha : Zvon, 1994, cán. 1055,1, s. 471.

<sup>115</sup> Mt 19,12

identifikace prožili něco navrch – sexuální zneužívání v dětství, závislost na alkoholu, hluboké deprese, nepovedená manželství, ztrátu rodičů, sníženou možnost prosazení a uplatnění v profesi, samotu.

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.

Závěr asi nedokážu napsat výstižnější, než už jsem jednou napsal: *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 normalnosti, v neštěstí a ve stálém strachu z budoucna. Takového člověka bych dokázal pochopit, když v souladu se svým svědomím a po vyloučení všech dalších možností dojde jako k jedinému možnému rozhodnutí ke změně pohlaví. Kde tato mez nastává nedokážu, jako i mnoho jiných věcí, posoudit a myslím si, že záleží na zdravém svědomí každého člověka, které je vždy poslední instancí.*

*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. Myslím, že Bůh je nezklame.

## SEZNAM LITERATURY

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

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 XVI. *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.

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.

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

GRIESE, O. N. Catholic Identity in Health Care, Principles and Praktice.  
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.

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.

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.

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.

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

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.

## 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 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 (**community**) 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 (**Christians**).

The last part of this work presents summary of results.