UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ

Katedra obecné antropologie

Bc. Markéta Málková

Možné změny v partnerských preferencích transsexuálů female-to-male v průběhu procesu přeměny pohlaví

Diplomová práce

Vedoucí práce: **Mgr. Jaroslava Varella Valentova, PhD**

Praha 2014

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem práci vypracoval/a samostatně. Všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány. Práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne **Markéta Málková**

Poděkování

V první řadě bych ráda poděkovala doktorce Haně Fifkové, díky které jsem se o transsexualitu začala před mnoha lety zajímat, a i po té době mi vždy ochotně umožnila zúčastnit se skupinek a získat tak participanty k mému výzkumu. Děkuji samozřejmě všem klukům, kteří mi věnovali svůj čas a poctivě vyplnili celý dotazník.

Děkuji také vedoucí práce Jaroslavě Varella Valentové za nepostradatelnou pomoc při zpracování dat a konečných úpravách této diplomové práce.

V neposlední řadě pak děkuji své rodině za podporu po celou dobu mého studia na vysoké škole.

Obsah

Abstrakt 5
Abstract 6
ÚVOD 7
TEORETICKÁ ČÁST 9
1. Transsexualita 9
1.1. Počátky zkoumání transsexuality 9
1.2. Definice transsexuality 11
1.3. Etiologie transsexuality 12
1.4. Klinický přístup k transsexualitě 14
2. Hormonální terapie 14
2.1. Aktivační a organizační funkce hormonů 15
2.2. Hormonální terapie u female-to-male transsexuálů 17
2.3. Žádoucí a nežádoucí účinky cross-sex hormonální terapie u female-to-male transsexuálů 18
2.4. Blokace puberty 19
2.5. Výzkumy věnující se vlivu cross-sex hormonální terapie (relevantní vzhledem k tématu empirické části) 20
3. Rekonstrukce pohlavních orgánů a sexuální aktivita po operační přeměně pohlaví 26
3.1. Sexuální aktivita po operační přeměně pohlaví 26
3.2. Rekonstrukce mužských pohlavních orgánů u female-to-male transsexuálů 27
4. Partnerství a sexuální orientace transsexuálů female-to-male 29
5. Partnerské preference heterosexuálních netranssexuálních žen a mužů 34
5.1. Pohlavní odlišnosti v partnerských preferencích 35
5.2. Výzkumy zabývající se partnerskými preferencemi žen a mužů 37
EMPIRICKÁ ČÁST 42
1. Úvod 42
2. Východiska výzkumu 44
3. Hypotézy výzkumu 46
4. Fáze přeměny pohlaví 47
5. Metody 50
5.1. Participanti 50
5.2. Měřící nástroje 52
6. Analýzy 56

6.1. Deskriptivní statistika ... 56
6.2. Základní demografické údaje ... 56
6.3. Hodnocení atraktivity osobnostních charakteristik ... 57
6.4. Faktorová analýza hodnocení atraktivity osobnostních charakteristik ... 61
6.5. Hodnocení fyzické atraktivity ... 63
6.6. Sebehodnocená atraktivita ... 68
6.7. Sexualita ... 71
7. Diskuze ... 76
7.1. Závěr ... 86
LITERATURA ... 88

Abstrakt

Hlavním tématem této diplomové práce je vhled do partnerských preferencí a partnerského chování transsexuálních mužů female-to-male. _Řada předešlých studií ukázala, že některé partnerské preference se v průměru liší mezi muži a ženami, a naším cílem bylo zjistit, zda u female-to-male transsexuálů dochází v průběhu procesu přeměny pohlaví k nějakým změnám v těchto preferencích. Female-to-male jsou během přeměny pohlaví vystaveni intenzivním změnám hladiny pohlavních hormonů, vlivu psychologické terapie, proměně své společenské role a celkovým životním změnám. Provedli jsme proto

rešerši literatury zabývající se transsexualitou, partnerskými preferencemi a možným vlivem hormonální terapie na pohlavně dimorfické znaky a na základě získaných vědomostí jsme vytvořili dotazník zaměřený na partnerské preference a chování. Získali jsme data od 36 heterosexuálních transsexuálních mužů female-to-male (tj. sexuální orientace zaměření na ženy), kteří byli rozděleni do tří skupin podle toho, zda byli před hormonální terapií (N = 11), zda již započali hormonální terapii ale chirurgickou přeměnu pohlaví ještě nikoliv (N = 11) a zda již byli po hormonální i chirurgické přeměně pohlaví (N = 14). Dále jsme získali data od 16 heterosexuálních netranssexuálních mužů jako kontrolní skupiny. Na základě předchozího bakalářského výzkumu a rešerši dostupné literatury jsme předpokládali, že preference transsexuálních mužů budou srovnatelné s netranssexuálními muži z kontrolní skupiny, nicméně očekávali jsme i určité výkyvy spojené s kolísáním hladiny pohlavních hormonů během procesu přeměny pohlaví. V preferencích osobnostních charakteristik nebyly zjištěny žádné lineární změny u jednotlivých skupin transsexuálů, ač transsexuální muži před a během započetí hormonální a chirurgické přeměny pohlaví preferovali větší toleranci potenciálních partnerek než ostatní skupiny mužů. Dále jsme zjistili odlišnosti v očekávaném směru v preferencích fyzických rysů poukazujících na plodnost potenciálních partnerek, v sebehodnocení transsexuálních participantů a v preferované dominantní roli v současném vztahu. Tyto odlišnosti lze považovat za důsledek vlivu jak změn v aktuálních hladinách pohlavních hormonů, tak změn z důvodu transsexuality jako takové.

Klíčová slova: transsexualita, partnerské preference, přeměna pohlaví, hormonální terapie, atraktivita, sociosexualita

Abstract

The main topic of this thesis is investigation of partner preferences and sexual behavior of female-to-male transsexuals. Number of previous studies showed that on average several partner preferences differ between men and women, and our goal was to determine if these preferences vary in female-to-male transsexuals during the process of sex change. The process of sex change includes intensive exposures to external levels of sex hormones, psychological therapy, and the transformation of their social role and overall life changes. Based on reviewe of the the scientific literature dealing with

transsexuality, partner preferences and the potential impact of hormone therapy on sexually dimorphic traits, we developed a questionnaire focusing on partner preference and behavior. We obtained data from 36 heterosexual men transsexual female -to -male (i.e., sexual orientation focused on women) who were divided into three groups according to whether they were prior hormonal therapy (N = 11), whether have already started hormone therapy sex but not yet surgical change (N = 11) and whether they were already after hormonal and surgical gender conversion (N = 14). In addition, we obtained data from 16 heterosexual non-transsexual men as a control group. Based on my previous bachelor research and literature review, we suggested that the partner preferences of transsexual men would be on average alike with non-transsexual controls, but we also expected some variations associated with fluctuations in sex hormone levels during the process of sex change. In the preferences of personality characteristics, there were no linear changes in individual groups of transsexuals, although transsexual men before and during the start of hormonal sex change preferred greater tolerance in their potential partners than other groups of men. Furthermore, we found differences in the expected direction in the preferences of physical features suggesting fertility of potential female partners, also in self-esteem of the transsexual participants, and in preferred dominant role in their relationships. These differences can be interpreted as a result of the impact of changes in current levels of sex hormones and changes because of transsexuality as such.

Key words: transsexuality, partner preferences, sex change process, hormonal therapy, attractiveness, sociosexuality

ÚVOD

Ve své diplomové práci volně navazuji na téma bakalářského kvalitativního výzkumu, který se zabýval partnerskými preferencemi transsexuálních mužů a žen. Zatímco předchozí studie probíhala formou kvalitativních rozhovorů, jejichž cílem bylo proniknout co nejhlouběji do partnerského chování transsexuálních jedinců, výzkum v této práci je kvantitativní a více specializovaný – zaměřím se na skupinu transsexuálních mužů female-to-male. Oblast zkoumání sice zůstává podobná, tedy partnerské preference, ale nyní mě zajímá možný vliv působení hormonální terapie, psychologických sezení, změny

genderové role a vliv celkových životních změn, kterým je transsexuální člověk podroben v průběhu procesu přeměny pohlaví. Vzhledem k tomu, že partnerské strategie mužů a žen se výrazně odlišují, zajímá mě, jak je tomu u transsexuálních jedinců. Na základě poznatků získaných studiem partnerských preferencí heterosexuálních jedinců a díky předchozímu bakalářskému výzkumu, jsme dospěli k několika hypotézám a možným závěrům vycházejících z teoretického rámce evoluční psychologie - každému z nich bych ráda věnovala dostatek prostoru, aby čtenář problematice transsexuality jako takové porozuměl co možná nejlépe.

Transsexualitě se věnuji po celou dobu studia na Fakultě humanitních studií Univerzity Karlovy a můj pohled na toto téma se během té doby velmi proměnil. Od prvotního strachu z přímé komunikace s translidmi, přes přehnaně silné osobní prožívání příběhů, které jsem při komunikaci s těmito lidmi vyslechla, jsem se nakonec propracovala k vnímání transsexuality jako problému jedince, který je možné vyřešit. V životě každého z nás se dějí různé věci, zažíváme různě závažné situace, a abychom mohli jít dál, je třeba je konstruktivně řešit. Stejně tak u transsexuality není, podle mě, dobré pouhé litování těch, kterých se týká. Je potřeba situaci brát takovou, jaká je – nelitovat, nezavírat oči, ale přijmout ji, srovnat se s ní a pokusit se ji pomoci co nejlépe vyřešit.

Dnes se snažím na transsexualitu nahlížet s co nejvíce objektivním nadhledem tak, abych do svého vnímání zahrnula i získané zkušenosti a vědomosti – jen tak je možné kriticky nahlížet možné fenomény a perspektivy tohoto jevu, ať už jde o jeho etiologii, otázku vývoje, sexuologie či evoluční perspektivu.

Mojí práci bych ráda pojala jako jeden ze způsobů, kterým bych chtěla všem čtenářům, ale i těm, se kterými se setkávám a povídám si, ukázat, že transsexualita není žádná nebezpečná úchylka. Mým cílem je co nejobjektivnější představení této problematiky, a to bez předsudků, emocionální zaangažovanosti či snahy kohokoliv soudit. Ráda bych ukázala, že transsexuálové jsou lidé, kteří se narodili v těle opačného pohlaví a je třeba je neškatulkovat, neodsuzovat, protože každý máme stejné právo na to, abychom zdolali své trápení a žili šťastný život. A pokud mohu alespoň trochu přispět k tomu, abychom transsexualitu brali jako jednu z mnoha situací, které život přináší a kterou je možné vyřešit, pak má tato práce smysl.

Ráda bych zde vyjádřila svůj názor, že považuji za poměrně nešťastné používání termínu „transsexual“ v doslovném překladu „transsexuál“. V anglickém jazyce „sex“

znamená vedle „pohlavního styku“ také „pohlaví“ – jenže v češtině „sex“ znamená významem pouze „pohlavní styk“. Pro překlad anglického výrazu je tedy mnohem vhodnější slovo „transgender“, protože „sex“ je pro většinu Čechů zavádějícím slovem, za kterým si mnohdy představují nějakou formu sexuální poruchy, či úchylky. Hlavní problém u transsexuálního člověka ale nespočívá v jeho sexualitě, ale právě v pohlavní (tedy genderové) identitě. Proto považuji označení „transgender“ nebo „transgenderismus“ za mnohem vhodnější. V této diplomové práci přesto používám standardní termíny a názvy, a to z toho důvodu, že respektuji nastavené normy a také proto, aby byl text práce snadno rozpoznatelný pro každého čtenáře.

TEORETICKÁ ČÁST

1. Transsexualita

1.1. Počátky zkoumání transsexuality

Jako první se v odborné literatuře o transsexualitě zmiňuje německý psycholog a sexuolog Magnus Hirschfeld v roce 1923, nicméně ten ještě nerozlišuje mezi transsexualitou, femininní homosexualitou a transvestitismem. Začátkem 40. let 20. století

se již termín používal ve svém moderním významu – tedy transsexuálem byl jedinec, který toužil žít (nebo žil) v sociální roli opačného pohlaví a chtěl podstoupit operační přeměnu. Ona touha po pohlavní přeměně pak pramení z nesouladu s vlastní vnímanou pohlavní identitou a biologickým pohlavím určeným při narození (Hirschfeld 1923).

Za otce transsexualismu se ale považuje americký sexuolog Harry Benjamin, který tento termín zpopularizoval v 50-60. letech 20. století knihou *The Transsexual Phenomenon*. Zde vymezil syndrom s jasnými hlubokými změnami osobnosti v oblasti pohlavní identity jedince. Právě na podkladech jeho práce byl transsexualismus později vymezen jako samostatná psychická porucha.

Americký psycholog John Money na základě studií hermafroditismu (Money 1994) odlišil termíny „pohlavní identita“ a „pohlavní role“ – pohlavní identitou nazýváme naše vlastní vnímání sebe sama a to, příslušníkem kterého pohlaví se cítíme být. Pohlavní role je pak veřejnou manifestací pohlavní identity. U transsexuálních jedinců je ovšem pohlavní role v období před operační přeměnou blokována a oni naopak veřejně zastávají roli svého biologického pohlaví, ne své pohlavní identity. Z toho důvodu je vhodnější vysvětlovat pohlavní roli jako „chování, postavení a osobnostní charakteristiky, které jsou v rámci dané společnosti a historického období typicky přisuzované, očekávané od nebo preferované osobami toho daného pohlaví.“[1]

Česká sexuoložka MUDr. Hana Fifková je považovaná za přední odbornici v klinické praxi s transsexuálními klienty u nás a uvádí, že: „Pohlavní identita vyjadřuje subjektivně vnímaný pocit sounáležitosti či naopak rozporu s vlastním tělem, s jeho primárními a sekundárními pohlavními znaky, i se sociální rolí přisuzovanou danému pohlaví. Má kognitivní i emocionální komponentu, odráží se v myšlení, cítění i chování jedince včetně jeho profese, zájmů, společenských vztahů. Vedle biologické podmíněnosti se uplatňují i kulturní vlivy, protože existují společenství, která jeden způsob chování označují za maskulinní a jiná, která totéž chování považují za femininní rys (Fifková 2008).“

Podstatou transsexualismu jako poruchy pohlavní identity nejsou charakteristiky sexuální, ale charakteristiky pohlavní role. Proto pro transsexuálního člověka bývá často důležitější naplňovat sociální aspekty vytoužené pohlavní role, než své sexuální potřeby. Vybírají si obvykle i profese typické pro své psychické pohlaví, jejich psychickou identitou se řídí i zájmy (Fifková 2008).

---

[1] *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association 1995.*

1.2. Definice transsexuality

Transsexualita je dnes všeobecně uznávaná porucha pohlavní identity a je to vlastně nejextrémnější vyústění dětské poruchy pohlavní identity (*gender identity disorder* - GID). Pohlavní rozladou[2] v dětství totiž netrpí pouze pozdější transsexuální dospělí, ale podobné projevy odlišného chování vykazují i někteří homosexuální jedinci a transvestité. Výzkumy navíc prokazují, že pouze u 20% dětí trpících crossgenderovou poruchou se později v dospělosti projeví transsexualita (Gooren 2005). Většina studií nicméně probíhala na chlapcích s poruchou pohlavní identity (Green 1987, Zucker & Bradley 1995, Money & Russo 1979, Zuger 1984). Některé výzkumy navíc naznačují, že pozdější homosexuálové mohou mít v dětství dokonce silnější projevy GID než transsexuálové. To může být způsobeno i tím, že transsexuální děti si velmi brzy (okolo 3. roku) začnou uvědomovat svou odlišnost a snaží se jí skrývat, aby se nestaly oběťmi šikany a nepřátelského chování ostatních. Typickými projevy dětské poruchy pohlavní identity jsou převlékání se do oblečení typického pro opačné pohlaví (cross-dressing), přátelení se spíše s jedinci opačného biologického pohlaví a účast při hrách typických pro opačné pohlaví.

Existuje mnoho definic pojmu „transsexualita“. V desátém vydání Mezinárodní klasifikace nemocí je vedena pod pojmem „porucha pohlavní identity – gender identity disorder, zkráceně GID“ a za transsexuálního jedince je považován ten, kdo prokazuje silnou a neměnnou identifikaci s opačným biologickým pohlavím a neustálou nespokojenost se svým anatomickým pohlavím či nepatřičností pohlavní role tomu odpovídající. To se projevuje touhou po změně pohlaví nebo silnou vnitřní představou, že se jedinec narodil v těle opačného pohlaví.[3]

Jedinec trpící poruchou pohlavní identity pak podle Fiska (1973) trpí syndromem pohlavní rozlady, který je vyústěním úzkosti vyvolané konfliktem mezi vlastní pohlavní identitou a pohlavím určeným při narození.

Transsexualitu lze definovat také jako „stav mysli, ve kterém člověk s podle všeho normální tělesnou strukturou jednoho pohlaví je přesvědčený, že on nebo ona je ve skutečnosti příslušníkem genderu opačného. Tento pocit je spojený s velmi silnou potřebou být a žít v roli tohoto pohlaví hormonálně, anatomicky i psychosociálně“ (Gooren 2005).

---

[2] Gender identity disorder se zkratkou GID je ustáleným výrazem pro poruchu pohlavní identity. Stejný význam nesou i výrazy crossgenderová porucha či pohlavní rozlada.

[3] *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association 1995.*

Komunita transgenderů je skupina velmi rozdílných jedinců. Nicméně přestože přesná definice transsexuality se v průběhu let neustále upravuje, pojem „transgender“ většinou zaštiťuje ty, jejichž genderové projevy se signifikantně odlišují od tradičního pojetí ženskosti a mužství (Davidson 2007). Všechny dohromady nespojuje výhradně sexuální orientace, ale spíše fakt, že jsou ostatními diskriminováni z důvodu projevů jejich pohlavní identifikace. V průběhu let se ale situace lidí z transgenderové komunity postupně zlepšuje, přestávají být na okraji společnosti a snaží se být „více vidět“. Vzájemně si pomáhají překonávat těžké chvíle procesu přeměny pohlaví i osobní problémy spojené s jejich transsexualitou. Soudržnost komunity však často funguje omezenou dobu a mnozí jejích výhod využívají zejména v době, kdy prochází pohlavní přeměnou nebo se k tomu chystají. Po úspěšné přeměně komunikace v drtivé většině případů postupně slábne a „bývalí“ transsexuálové se snaží žít v nové roli a tolik se neohlížet za svou minulostí (Sánchez & Vilain 2009).

1.3. Etiologie transsexuality

Existuje několik „úrovní“ pohlaví - pohlaví genetické je určené pohlavními chromozomy, pohlaví biologické získáváme při narození podle typu gonád, pohlaví úřední je úřady stanovené v rodném listě a pohlaví psychické je takové, kterým se člověk cítí být.

Profesionálové zabývající se problematikou transsexuality se v drtivé většině shodují, že transsexualita je způsobena nestandardním působením hormonů v prenatálním stadiu vývoje jedince. Představa, že může být porucha pohlavní identity způsobena nevhodnou výchovou a jako taková lze tedy „vyléčit“, je v dnešní době čím dál tím vzácnější.

V minulosti se mělo za to, že na vzniku transsexuality se podílel vliv rodičů – zejména přílišná fixace na matku, která chlapci nedovolila ztotožnit se s rodičem stejného pohlaví (jak již bylo zmíněno výše, výzkumy probíhaly výhradně na chlapcích s projevy poruch pohlavní identity). Přestože Zucker a Bradley tuto teorii horlivě ověřovali v mnoha studiích, jejich výsledky nebyly přesvědčivé (Zucker & Bradley 1995). Odstup rodičů (zejména otců) od dětí s poruchou pohlavní identity totiž může být důsledkem stejně tak, jako příčinou. Navíc je velmi pravděpodobné, že tyto děti u svých opatrovníků vyvolávají specifické reakce. Výchova, prostředí a rodiče na rozvíjení transsexuality jistě určitý vliv

mají a mohou do jisté míry způsobovat lehčí formu dětské GID, nicméně natolik extrémní vyústění, jako je transsexualita, určitě ne.

Podle mého názoru, upevněného posloucháním příběhů na skupinových sezeních, kterých se mnohdy účastnily i matky transsexuálních chlapců, hraje rodina v životě translidí velmi významnou roli. Každý rodič se s nastalou situací vyrovnává po svém, nicméně z toho, co jsem se dočetla a jaké příběhy jsem vyslechla, jsem si naprosto jistá tím, že transsexualita je vrozená hormonální porucha a přestože rodiče a prostředí mají na děti bezesporu velký vliv, transsexualitu rozhodně způsobit nemohou a nemohou jí ani „vyléčit“.

Už na začátku 20. století bylo jasné, že proces rozlišení pohlaví na ženu a muže není ukončený vyvinutím genitálií – stejným vývojem rozdělení na mužský a ženský prochází také mozek. Mužský mozek se vyvine působením přesného množství testosteronu v období kritické periody jeho pohlavního vývoje. Pokud v tomto období testosteron nepůsobí, vyvine se mozek ženský (Cohen-Kettenis 1999). Právě nesoulad mezi vyvinutými pohlavními orgány a femininním či maskulinním mozkem, je vysvětlením pro existenci fenoménu transsexuality – ve druhém trimestru těhotenství se díky působení fetálních androgenů vytvářejí základy pohlavní identity. Díky nastavení mozku (působením gonadotropinů) se vytváří vědomí o vlastním psychickém pohlaví jedince – tedy to, zda se člověk cítí být mužem nebo ženou (Fifková 2008).

Na rozhodující vliv hormonálního působení v prenatálním stadiu vývoje ukazuje i výzkum, jehož autoři zjistili, že male-to-female transsexuálové sexuálně orientovaní na muže jsou nižšího vzrůstu a drobnější postavy než male-to-female sexuálně orientovaní na ženy a také než obecná populace heterosexuálních mužů (tedy již jejich prenatální „nastavení“ je odlišné)(Blanchard, Dickey, Jones 1995).

Na základě předpokladu, že atypické působení hormonů v druhém trimestru těhotenství může mít vliv na vývoj maskulinního či femininního mozku a tím způsobit narození transsexuálního jedince, testovali vědci kognitivní schopnosti transsexuálů, kteří nepodstoupili hormonální terapii a porovnávali je s kontrolní skupinou netranssexuálních mužů a žen. U kontrolní skupiny mužů a žen zjistili výrazné odlišnosti v testech verbální paměti, nicméně zkoumané dvě skupiny transsexuálů female-to-male a male-to-female skórovali průměrně, čímž se ve výsledcích posunuli směrem od svého biologického

pohlaví k pohlaví psychickému – tyto výsledky tedy podporují teorie organizačního efektu pohlavních hormonů na mozek v prenatálním stadiu vývoje plodu (Cohen-Kettenis, van Goozen, Doorn & Gooren, 1998).

1.4. Klinický přístup k transsexualitě

Mezinárodní organizace zaštiťující profesionální péči o transsexuální jedince Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association[4] předložila základní standardy v přístupu k léčbě transsexuálních pacientů – základem je vytvoření profesionálního konsenzu psychologické, chirurgické a medikamentní léčby. Těmito standardy by se pak měli lékaři zabývající se otázkou poruch pohlavní identity souhrnně řídit. Jedná se o několik základních bodů v léčebném postupu – důležité je zajistit u pacientů realistická očekávání, což znamená uvědomit je o tom, že chirurgická přeměna pohlaví přinese úlevu pouze v problematice pohlavní rozlady. Je nutné, aby si transsexuální člověk stanovil cíle, kterých je možné dosáhnout, není vhodné, aby operační přeměnu pohlaví považoval za lék na všechny životní strasti! K tomuto účelu velmi dobře slouží skupinová sezení translidí, kde se schází jedinci v různých fázích procesu přeměny pohlaví – vyprávění reálných příběhů a dělení se o životní zkušenosti pomáhá nově příchozím vidět nastávající svět v reálnějších barvách.

Důležitým bodem v léčebné terapii transsexuálů je tzv. Real life test, během kterého již musí tito jedinci žít životem příslušníka opačného pohlaví. Výsledky takové zkušenosti jsou přínosem jak pro pacienta, tak pro jeho terapeuta – zjistí, jak je schopný se s nastalou situací vypořádat, i jaká je reakce okolí. Bez Real life testu by totiž jedinec nahlížel na přeměnu pouze ze svého subjektivního pohledu a fantazií a neměl by žádnou zpětnou vazbu ke svému rozhodnutí.[5]

2. Hormonální terapie

Hormonální terapie je hlavní složkou řešení problému transsexuality. Pro můj výzkum je základní pochopení kolísání hormonální hladiny u transsexuálních lidí během

[4] The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association: Standards of care for gender identity disorders. Available at: http://www.hbirga.org.

[5] The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association: Standards of care for gender identity disorders. Available at: http://www.hbirga.org.

procesu přeměny pohlaví velmi zásadní. Endokrinologická měření prokázala, že již po 3 měsících pravidelného užívání cross-sex preparátů[6] dosahuje hladina pohlavních hormonů u transsexuálního jedince míry shodné s normou u opačného biologického pohlaví (tedy pohlaví psychického u transsexuálnch žen i mužů) (Meyer et al. 1986).

Hlavním cílem hormonální terapie u female-to-male transsexuálů je mužský vzhled – to znamená nabytí typicky mužského ochlupení, zisk hlubšího (mužného) hlasu a co nejmužnější tělesné struktury a muskulatury pomocí užívání testosteronu. Dalším, velmi výrazným a kýženým efektem je zastavení menstruace, což způsobuje syntetický progestagen (Klein & Gorzalka 2009).

2.1. Aktivační a organizační funkce hormonů

Působení hormonů na lidský organismus odlišujeme na dvě základní fáze – organizační v prenatálním stadiu vývoje a aktivační, ke kterému dochází v období puberty a dospělosti. Pohlavní hormony v průběhu těhotenství působí na vývoj mozkové struktury plodu, tzn. ovlivňují, zda se vyvine mozek femininní nebo maskulinní, a v tomto smyslu jejich efekt je trvalý a neměnný. Studie na zvířatech prokázaly, že jak estrogen, tak testosteron hrají významnou roli při neurálním vývoji během senzitivní periody vývoje mozku (Döhler a kol 1984, Matsumoto 1989, Williams & Meck 1991). Během aktivační fáze působení pohlavních hormonů v období puberty a dospělosti dochází k vlivu těchto hormonů na mozkové struktury zorganizované během organizační fáze v prenatálním vývoji.

Organizačnímu a aktivačnímu vlivu hormonů u transsexuálů se věnuje i studie Goorena a kol. (2002). Na základě předchozích výzkumů provedených na ženách v různých fázích menstruačního cyklu, kdy hladina estrogenu v těle kolísá, autoři potvrdili aktivační vliv hormonů na kognitivní schopnosti a verbální dovednosti účastnic. Tyto znaky lze považovat za pohlavně dimorfické. Pokud pak vycházíme z předpokladu, že atypický vliv pohlavních hormonů v prenatálním stadiu vývoje hraje významnou roli při vzniku transsexuality, lze se domnívat, že transsexuálové budou vykazovat projevy vlivu organizační funkce hormonů v průběhu užívání hormonální terapie v testech kognitivních schopností. Autoři se zabývali heterosexuálními transsexuály (vzhledem k psychickému pohlaví) male-to-female i female-to-male, kteří byli na začátku hormonální terapie. Poprvé

[6] Cross-sex preparáty jsou hormony opačného biologického pohlaví, které užívají transsexuálové v rámci procesu přeměny pohlaví.

byli testováni před užíváním hormonálních preparátů a podruhé po 14 týdenním užívání. Výsledky testů prostorové orientace ukázaly postupně se zvyšující skóry od skupiny kontrolních žen přes female-to-male a male-to-female (před užíváním hormonů) k nejlepším výsledkům kontrolní skupiny mužů. Zajímavé ovšem je, že výzkum nepotvrdil žádné změny po 14 týdenním užívání hormonálních preparátů u transsexuálních jedinců v testech prostorové orientace. Tedy se nepotvrdily výsledky předcházejících studií o vlivu aktivační funkce hormonální terapie u transsexuálních jedinců. Autoři si tyto závěry vysvětlují právě tím, že jejich studie byla zaměřená výhradně na heterosexuální transsexuály (vzhledem k psychickému pohlaví), u kterých se přepokládá vyšší organizační vliv hormonů v prenatálním vývoji než u těch, jejichž sexuální orientace je homosexuální nebo bisexuální vůči psychickému pohlaví. Výsledkem této práce je tedy předpoklad, že u transsexuálních jedinců s heterosexuální orientací dochází k silnému organizačnímu vlivu pohlavních hormonů v prenatálním vývoji, nicméně aktivační efekt během hormonální terapie prokázaný nebyl (Gooren a kol., 2002).

Aktivační efekt cross-sex hormonální terapie na kognitivní schopnosti jedince, a to jak při krátkodobém, tak dlouhodobém užívání, zjišťovala skupina vědců v návaznosti na svou předchozí studii, která prokázala jasný vliv těchto medikamentů na kognitivní schopnosti již po 3 měsících užívání. Nyní bylo jejich cílem zjistit, zda se při dlouhodobějším užívání efekt zvyšuje a jak dlouho přetrvá po vysazení hormonální léčby. Výzkumu se zúčastnilo 25 female-to-male i 20 male-to-female transsexuálů a výsledky naznačují, že testosteronová léčba u biologických žen má jasný a rychle nezvratný pozitivní efekt na prostorovou orientaci. Zajímavé zjištění však je, že přestože male-to-female po 3 měsících hormonální léčby dosahovaly stejných hladin pohlavních hormonů jako biologické ženy, jejich schopnost prostorové orientace se vůči měření před užíváním preparátů nijak výrazně nesnížila. To naznačuje, že prenatální a případně pubertální efekt působení testosteronu na schopnosti prostorové orientace u biologických mužů není snadno překonatelný aktivačním efektem estrogenů a androgenové blokace v dospělosti při transsexuální hormonální terapii. Oproti tomu je tedy efekt testosteronové terapie na prenatální a pubertální vliv estrogenu ve schopnostech prostorové orientace prokazatelně vyšší (Slabbekoorn a kol. 1998).

Podobné výsledky přineslo i testování s testy prostorové orientace, 3D rotovanými objekty – female-to-male se v těchto testech po hormonální terapii zlepšili (což odpovídá

výsledkům biologických mužů), zatímco u male-to-female ke zhoršení (což by odpovídalo biologickým ženám) schopností nedošlo. Je však důležité zmínit, že přestože změny hladiny hormonů u testovaných jedinců byly velmi silné, dopad na kognitivní schopnosti účastníků výzkumu byl v porovnání s tím relativně malý (Slabbekoorn a kol. 1998).

Na základě těchto výsledků lze usuzovat, že efekt testosteronové terapie u female-to-male transsexuálů (kteří jsou předmětem studie empirické části této práce) je v určitých projevech vyšší a prokazatelný. Otázkou samozřejmě je, zda budou změny pozorovatelné i v partnerských preferencích jedince.

2.2. Hormonální terapie u female-to-male transsexuálů

Základním hormonálním preparátem podávaným transsexuálům female-to-male je testosteronový ester podávaný injekčně 200-250 mg jednou za 2 týdny. To působí na fyzickou proměnu v muže: vousy se objevují postupně stejně jako u pubertálních chlapců – nejprve nad horním rtem, postupně pak i na bradě a tvářích. Hustotu a sílu porostu lze vyvodit z genetického základu v rodině, tedy podle mužských příbuzných. U cca 40% pacientů se následkem užívání hormonálních preparátů objeví akné. Opět většinou stejně jako v pubertě u chlapců, tedy častěji v oblasti zad než na obličeji. K maskulinizaci (mužnému zhrubnutí) hlasu dochází postupně během 6-10 týdnů hormonální terapie a tato změna je nevratná. Působením androgenů dochází také k redistribuci tělesného tuku do partií typických u mužů, tedy dochází k úbytku tuku v oblasti hýždí a boků a k jeho usazovaní v abdominální (břišní) části těla. Vliv hormonů se projeví i výrazným zvětšením klitorisu (u 5 - 8% pacientů dojde k takovému zvětšení, že je klitoris možné použít k sexuálnímu styku). V oblasti prsou dochází vzhledem k hormonálním změnám k přerušení funkce mléčných žláz, nicméně nedochází ke zmenšení jejich velikosti. U drtivé většiny transsexuálních pacientů female-to-male dochází působením testosteronu ke zvýšení sexuálního libida (Gooren a kol. 2002).

Jak hormonální léčba probíhá a z čeho se skládá? Následující vědecká práce se věnovala hormonální terapii ve 20 lékařských centrech v různých zemích (USA 55%, zbylé jižní Amerika, Evropa, Asie a Kanada) zabývajících se poruchami pohlavní identity. Výzkumníci zkoumali užívané preparáty a jejich dávky před a po operační přeměně pohlaví, včetně cílených a vedlejších efektů při jejich užívání. U female-to-male

transsexuálů je standardizovaná dávka 200-400mg dlouhodobě působícího intramuskulárně aplikovaného testosteronu jednou měsíčně, u male-to-female 2,5-5,0 mg intramuskulárně aplikovaného estrogenu jednou denně. Různá centra se však v reálných dávkách velmi odlišují. Pro naší studii je důležitá skupina female-to-male – autoři studie odhalili, že jedna s dotazovaných klinik neposkytovala preoperační hormonální léčbu, další pak naopak postoperační. Na jiném pracovišti kombinovali injekční a orální podávání hormonálních preparátů, další dvě pak postoperačně snižovali užívané dávky. Navíc podávání krátkodoběji působících injekčně podávaných preparátů se mezi jednotlivými pracovišti velmi lišilo v intervalech aplikace. Pokud shrneme tyto výsledky, je zřejmé, že způsob a míra hormonální terapie se mezi jednotlivými pracovišti dosti odlišuje. Testosteron je podáván jak orálně, tak pomocí dlouhodobě působících injekcí. Po těchto zjištěních autoři volají po vyšší a kontrolovanější standardizaci hormonální terapie u transsexuálních jedinců, založené na zjištěních klinických studií. Nicméně je nutné doplnit, že se jedná o 30 let starou studii a situace je dnes, doufejme, mnohem lepší (Meyer, Walker, Suplee 1981). Podobně rozsáhlou studii novějšího data pro porovnání jsem bohužel v dostupné literatuře nenašla.

2.3. Žádoucí a nežádoucí účinky cross-sex hormonální terapie u female-to-male transsexuálů

Dlouhodobé užívání hormonálních preparátů působí na organismus transsexuálních jedinců, přičemž účinky této terapie jsou samozřejmě jak žádoucí, tak nežádoucí. Proto se endokrinologové věnovali těmto dopadům v mnoha studiích. Výzkum 100 transsexuálních mužů a žen s průměrnou délkou užívání hormonálních preparátů 10 let se zaměřil na zjištění vedlejších efektů dlouhodobého užívání (Wierckx a kol. 2012). Nežádoucí účinky vznikají ve větší míře u male-to-female, female-to-male cross-sex hormonální terapie se zdá být bezpečná (tedy po 10 let užívání). To znamená, že žádný z female-to-male participantů nejevil znaky kardiovaskulárního poškození či rakovinného bujení vlivem dlouhodobého užívání mužských pohlavních hormonů. Nicméně i tak nějaké negativní projevy vykazovali – přes 30% z nich trpělo nadváhou, přes 20% vysokým tlakem, více než 60% účastníků výzkumu mělo zvýšenou hladinu cholesterolu. U female-to-male se projevuje přerušením přirozené produkce estradiolu a následnému užívání testosteronových preparátu snížená mineralizace kostí, nicméně ani po 10 leté hormonální

terapii u nich nedochází k osteoporóze (která se naopak objevuje u male-to-female). Ohledně rizika rakoviny je důležité zmínit, že drtivá většina transsexuálních mužů v rámci operací podstoupí odstranění prsou včetně prsních žláz a také odstranění ženských reprodukčních orgánů – tím se riziko vzniku rakovinných ložisek snižuje. Celkově tak lze shrnout, že výrazný vliv u závažných onemocnění dlouhodobá hormonální terapie u female-to-male nemá.

2.4. Blokace puberty

Určitou novinkou v léčbě poruch pohlavní identity je tzv. blokace puberty – jedná se o hormonální léčbu u dospívajících jedinců (v Holandsku mezi 12-16 roky života) s prokázanými projevy transsexuality. Díky jejím účinkům se u pacientů zablokuje aktivační efekt hormonů v pubertě, a tedy se nevyvinou druhotné pohlavní znaky biologického pohlaví. U female-to-male to znamená, že nezačnou růst prsa a nespustí se menstruace. V České republice zatím tato léčba není praktikovaná, ale doktorka Fifková se ji již snaží prosadit, protože následná pozitiva, která tato léčba pro transsexuální pacienty přináší, jsou opravdu obrovská (osobní komunikace s dr. Fifkovou).

Dlouhodobý výzkum efektivity blokování puberty u dětí s GID provedl kolektiv autorů v Holandsku (Anellou a kol. 2011), kde již k této léčbě delší dobu dochází. Během let 2000-2008 studovali celkem 70 participantů a zjišťovali vývoj jejich psychického stavu během hormonální léčby. Za hlavní přínos užívání hormonů uvolňujících gonadotropin považují psychickou úlevu pacientů, kteří mohou pochopit své vlastní transsexuální já bez stresu způsobeného vyvíjením druhotných pohlavních znaků svého biologického pohlaví. Velkou výhodou blokátorů puberty je plná reverzibilita jejich účinků, což znamená, že po jejich vysazení by vývoj druhotných pohlavních znaků biologického pohlaví normálně proběhl. Nicméně pokud k přerušení léčby nedojde, jedinec je v pozdějším věku (kdy už může podstoupit operační přeměnu pohlaví) ušetřen mnohých kosmetických i chirurgických operací, které jsou nutné právě k odstranění znaků vyvinutých v pubertě.

Sedmdesát účastníků výzkumu testovali poprvé těsně po první návštěvě genderové kliniky a podruhé krátce před zahájením hormonální léčby. Participanti při druhém měření vykazovali signifikantní snížení emocionálních problémů i depresivních stavů. Naopak se signifikantně zvýšila schopnost celkové funkčnosti jedinců. U pocitů naštvanosti a úzkosti se signifikantní změna neprojevila (Anellou a kol. 2011).

Výše uvedená studie prokázala pozitivní vliv hormonální terapie blokující nástup puberty po průměrně dvou letech užívání na psychický stav a schopnost „fungovat“ u transsexuálních adolescentů. Participanti projevili sníženou depresivitu a jejich funkceschopnost se zvýšila. Tato pozitivní východiska léčby jsou pravděpodobně způsobená zablokováním vývinu druhotných pohlavních znaků biologického pohlaví. Tím se otevírá snazší cesta k dosažení kýženého vzhledu po operační přeměně pohlaví a snižuje se počet nutných operací. To vše pozitivně působí na psychiku transsexuálních adolescentů. Nicméně je nutné zmínit, že všichni participanti výzkumu měli obrovskou výhodu v pevném a podporujícím rodinném zázemí (rodiče musí s hormonální blokací puberty souhlasit a svého potomka v léčbě podporovat), které samo o sobě může mít velký vliv na dobrý psychický stav jedince. Nakonec pak ani jeden z účastníků užívání hormonálních preparátů neukončil, ani léčby zpětně nelitoval (Anellou a kol. 2011).

Blokováním projevů puberty biologického pohlaví u transsexuálních adolescentů nelze „vyléčit“ jejich pohlavní rozladu. Jedinci zůstávají i nadále transsexuální. Tato léčba jim však aktuálně, i do budoucna, velmi pomůže v ulehčení jejich nesnadné situace. Předepsání léčby GID pomocí blokace puberty je samozřejmě velmi striktně hlídané – pacient musí prokazovat silnou nepřestávající poruchu pohlavní identity od dětství, je třeba, aby žil v pevném rodinném zázemí a nesmí mít jiné závažné psychologické či psychiatrické poruchy, které by byly v rozporu s blokační léčbou. A samozřejmě je nutné zmínit, že názory na vhodnost hormonální blokace projevů puberty se plně neshodují a existuje mnoho odborníků, kteří s léčbou nesouhlasí, protože jim připadá ohledně dětské psychiky až příliš riskantní. Nicméně výzkumy prokazují, že pokud proces přeměny pohlaví započne mezi 16-18 lety hormonální léčbou, pohlavní rozlada vymizí do jednoho roku od operační přeměny pohlaví. Navíc mladí transsexuálové vykazovali psychickou pohodu a dobře fungovali ve společnosti (Cohen-Kettenis & Goozen 1997, Smith a kol. 2001).

2.5. Výzkumy věnující se vlivu cross-sex hormonální terapie (relevantní vzhledem k tématu empirické části)

2.5.1. Vliv cross-sex hormonální terapie na psychiku a kvalitu života transsexuálních jedinců

Součástí partnerských preferencí jedince jsou vedle prvků fyzické atraktivity samozřejmě také povahové charakteristiky ideálního partnera. Na psychickou atraktivitu jsme se zaměřili i v dotazníku empirické části – proto považuji za důležité sledovat možný vliv užívání hormonálních preparátů na psychiku transsexuálních jedinců a tím i případný dopad na jejich ideální partnerské preference.

Kolektiv autorů z francouzských univerzit (Gorin-Lazard a kol. 2011) se věnoval vlivu hormonální terapie na psychický stav transsexuálních klientů. K tomuto výzkumu se rozhodli proto, že drtivá většina ostatních se věnuje fyzickým nebo kognitivním změnám způsobeným cross-sex terapií, ale ne dopadem na každodenní život. Z vlastní zkušenosti musím jejich zjištění potvrdit – uvedená studie je ve svém tématu opravdu výjimkou.

Šedesát jedna účastníků výzkumu muselo být starší 18 let a před operační přeměnou pohlaví – ti v průběhu jednoho roku podstoupili 8-12 polostrukturovaných rozhovorů. Přes sedmdesát procent (72,1%) participantů podstupovalo v období výzkumu hormonální léčbu a tato skupina vykazovala oproti druhé (bez cross-sex terapie) vyšší skór v sociální, emocionální a mentální dimenzi. Výsledky male-to-female a female-to-male se od sebe signifikantně nelišily (na rozdíl od předchozích výzkumů, jejichž výsledky naznačovaly vyšší kvalitu života u female-to-male), ale transsexuálové se sexuální orientací na stejné biologické pohlaví vykazovali signifikantně nižší kvalitu života dle testů. Na QoL (quality od life) nemělo u participantů vliv vzdělání ani úroveň bydlení, svou roli však sehrál partnerský stav – single jedinci vykazovali nižší sociální funkceschopnost než zadaní. V oblasti sociálního uspokojení skórovali výše starší jedinci a ti, kteří žili v domácnosti s dětmi. Psychicky vyrovnanější pak byli participanti se zaměstnáním. S nízkou kvalitou života byla signifikantně spojena depresivita. Celkově lze závěrem shrnout, že cross-sex hormonální terapie je u transsexuálních pacientů spojena s pozitivním vlivem na mentální i celkovou kvalitu života (Gorin-Lazard a kol. 2011).

J.G. Gooren a E. J. Giltay (2007) napsali přehledovou studii zabývající se klady a zápory vlivu androgenové léčby na osobnostní charakteristiky u biologických žen – jedná se celkem o 712 zkoumaných female-to-male transsexuálů mezi roky 1975 – 2004. Z této práce je zajímavé zmínit zjištěný vliv androgenové léčby na psychologické fungování

jedince – dospělé ženy a muži se odlišují v mnoha typických povahových rysech. Například muži jsou v průměru agresivnější, více sexuálně náruživí, převyšují ženy ve schopnostech prostorové orientace a matematických dovednostech, zatímco ve verbálních, percepčních schopnostech a jemné manuální zručnosti lépe skórují ženy.

Female-to-male s užíváním androgenových preparátů zlepšili svou prostorovou orientaci a došlo ke zvýšení sexuální náruživosti (typické pro biologické muže). Změny v agresivním chování se neprojevily. Autoři tedy předpokládají, že pohlavní rozdíly ve zmíněných aspektech nejsou determinovány prenatálním působením pohlavních hormonů (organizační funkce), a naopak zůstávají citlivé k jejich vlivu až do dospělosti (aktivační funkce). Nicméně zjištěné účinky jsou samotnými transsexuály v běžném denním životě těžko rozpoznatelné (Gooren & Giltay 2007).

Výsledky zmíněné studie opět nahrávají mému předpokladu, že aktivační funkce hormonální terapie by mohla mít vliv i na pohlavně dimorfické partnerské preference zkoumaných jedinců.

Psychickým stavem transsexuálních jedinců užívajících hormonální preparáty se zabývali i němečtí vědci (Wolfradt & Neumann 2001) – jejich cílem bylo zjistit, zda se cross-sex léčba pojí se snížením sociálního stresu, úzkostností a depresí. Podle autorů (kteří tak usuzují na základě výsledků jiných studií a podle vlastního pozorování) špatný psychický stav transsexuálů před operační přeměnou pohlaví vyplývá zejména z nespokojenosti s fyzickým vzhledem vlastního těla a reakcemi okolí (tedy zejména tím, že okolí je stále přijímá jako příslušníky jejich biologického pohlaví díky jejich fyzickému vzhledu). Z toho vyplývá depresivita a horší sociální život, neboť pacienti se obávají, že je ostatní budou považovat za „divné“. Navíc podle výzkumu Learyho a Kowalskiho (1995) participanti, kteří se cítí být fyzicky neatraktivní, tendují k pocitům sociální úzkostnosti a trpí často emocionální rozladou či depresemi.

U transsexuálních jedinců se vyskytuje již od dětství více emocionálních problémů. Studie se zúčastnilo 120 transsexuálů podstupujících hormonální terapii a 67 nepodstupujících. Ti, kteří užívali cross-sex preparáty prokázali signifikantně nižší míru sociálního stresu, depresivity i úzkostnosti. Pro zajímavost, rozdíly v depresivně jsou 8% u hormonálně léčených jedinců oproti 31% hormonálně neléčených jedinců. Navíc transsexuálové podstupující cross-sex léčbu se signifikantně nelišili ve svých výsledcích od průměrných výsledků netranssexuálních jedinců. Nicméně oproti předpokladům autoři zjistili, že participanti během měření nevykazovali signifikantně vyšší míru sociálního

stresu – transsexuálové skórovali v testech sebehodnocení podobně jako kontrolní skupina netranssexuálních jedinců. Zajímavé v tomto ohledu jsou výsledky jiné studie, kde zjistili, že pooperativní male-to-female skórovali v testech sebehodnocení výše než kontrolní skupina žen (Wolfrad & Neumann 2001).

Výsledky předložené studie by mohly naznačovat, že zlepšení psychického stavu participantů je způsobeno přímo efektem hormonální léčby. Nicméně vliv testosteronu (u female-to-male) a estrogenu (u male-to-female) na jedince se navzájem velmi liší. Androgeny navozují stavy euforie a návalu energie, zatímco estrogeny spíše depresi a úzkostnost. Přímý vliv hormonů tedy asi na „vině“ není, ale psychický stav účastníků výzkumu se zlepšil nejspíš díky změnám fyzického vzhledu směrem k vytouženému psychickému pohlaví (Gomez-Gil a kol. 2012).

Následující studie (Gomez a kol. 2008) se věnuje vlivu užívání hormonálních preparátů na paměť. Vědci zde zkoumali celkem 33 female-to-male transsexuálů. Čtrnáct z nich podrobili dlouhodobému zkoumání, kde k prvnímu testování došlo před nasazením hormonální léčby a podruhé po šesti měsících jejího užívání. Druhou skupinu tvořilo 10 transsexuálních mužů neužívajících hormonální preparáty a 9 po minimálně šestiměsíční léčbě. Participanti dlouhodobého výzkumu vykazovali mírné zlepšení ve všech kognitivních testech po šesti měsíční testosteronové léčbě, ale při měření slovní paměti se jejich výsledky nijak nezměnily. Účastníci porovnávací studie, kteří podstupovali hormonální léčbu, skórovali signifikantně lépe ve většině testů vizuální paměti než jedinci neužívající hormonální preparáty. Stejně jako u první skupiny pak ani zde vědci nenaměřili rozdíly při testování verbální paměti. Výsledky tedy naznačují, že androgenová léčba má vliv na vizuální paměť female-to-male transsexuálů, nicméně účinek na verbální paměť se neprokázal. Podle studií provedených na netranssexuálních ženách a mužích jsou změny naměřené u female-to-male vyvíjející se od typicky ženských k typicky mužským (Gomez a kol. 2008).

2.5.2. Vliv cross-sex hormonální terapie na kognitivní schopnosti jedince

Kognitivní schopnosti a jejich změny v průběhu procesu přeměny pohlaví nebo spíše srovnání před operační přeměnou a po ní, jsou asi nejčastějším tématem, zkoumaným na

transsexuálních jedincích. Jedná se o velmi zajímavé studie, které je jistě vhodné zmínit – jejich výsledky jsou však často rozporuplné a mnohdy záleží na přístupu výzkumníků i způsobu jejich bádání.

Cohen-Kettenis a kol. (1998) zkoumali vliv androgenů na úlohy verbálního učení u transsexuálů female-to-male a zjistili u nich zhoršení v těchto testech po užívání hormonálních preparátů. Nicméně stále dosahovali lepších výsledků než kontrolní skupina netranssexuálních mužů. To by zasazovalo female-to-male užívající hormonální léčbu někam na pomezí výsledků netranssexuálních žen a mužů. Ovšem výsledky této studie se již nepodařilo v dalších výzkumech potvrdit (Cohen-Kettenis a kol.1998).

Van Goozen a kol. (1994) provedli dlouhodobou studii s 35 female-to-male pro zjištění možného vlivu testosteronové léčby na jejich kognitivní schopnosti – výsledky naznačují, že v testech 2D rotovaných objektů došlo během léčby k signifikantnímu zlepšení (tedy posun směrem k výsledkům netranssexuálních mužů).

Haraldsen a kol. (2005) zkoumali u 30 female-to-male efekt jednou za tři týdny injekčně podávaného testosteronu na různé kognitivní funkce – tedy mentální rotaci, vizualizaci, percepci, slovní zásobu, logiku a aritmetiku. Jednalo se o dlouhodobý výzkum, přičemž k prvnímu měření došlo před zahájením léčby, podruhé po 3 měsících aplikování testosteronu (po této době dosahuje hladina hormonů female-to-male stejné míry jako u netranssexuálních mužů, viz výše) a dále po 10-12 měsících hormonální terapie. Zajímavé bylo, že v rámci tohoto testování autoři nezjistili žádný signifikantní vliv na zkoumané kognitivní funkce.

Na adresu výše zmíněných vědeckých studií lze poznamenat pouze to, že aktivační vliv hormonální terapie u female-to-male transsexuálů zůstává stále diskutabilní, protože výsledky mnohých studií si protiřečí, nebo jsou minimálně velmi rozporuplné. To může být způsobeno různými vědeckými přístupy i používáním rozličných testovacích technik. Nicméně nemyslím si, že je zde možná nějaká větší standardizace postupů – pro přesné zkoumání aktivačního vlivu hormonální terapie je určitě velmi důležité měření hormonální hladiny účastníků výzkumu, jenže výchozí schopnosti každého jednotlivého účastníka se budou vždy odlišovat, takže k jejich zlepšení nebo zhoršení může následkem toho docházet v jiné míře (pokud tedy vůbec k nějakým změnám dojde).

Zajímavá je studie kolektivu autorů (Schöning a kol. 2010), která se zabývá prostorovou kognicí a jejími možnými změnami, vzniklými působením cross-sex hormonální terapie u pacientů male-to-female. Participanty jsou sice transsexuální ženy, nicméně design výzkumu je velmi podobný mému – autoři porovnávali výsledky male-to-female před užíváním hormonálních preparátů a v jeho průběhu, s kontrolní skupinou heterosexuálních netranssexuálních mužů.

Jak již bylo uvedené výše, výsledky podobných studií jsou velmi nekonzistentní. Autoři se proto zaměřili na schopnosti mentálních rotací 3D objektů (vyžaduje rotování objektu v mysli tak, aby byl jedinec schopen odhadnout vzhled objektu v jiné rotaci a porovnat jej), které jsou silně pohlavně dimorfické, a to jak v behaviorálních projevech, tak při měření magnetické rezonance - tedy ženy a muži se odlišují v zapojovaných částech mozku při řešení úloh. Výzkumníci se domnívali, že transsexuální pacienti se budou od kontrolní skupiny netranssexuálních mužů ve výsledcích odlišovat již před užíváním hormonální léčby, a tyto rozdíly se následkem zvýšení hladiny ženských pohlavních hormonů díky terapii budou ještě prohlubovat.

V této studii měřili u všech participantů přesnou hormonální hladinu v průběhu testování. Behaviorální data neprokázala signifikantní rozdíly mezi testovanými skupinami (kontrolní skupina však měla signifikantně vyšší inteligenci), nicméně kontrolní muži se signifikantně lišili od obou transsexuálních skupin (tedy před a během cross-sex hormonální terapie) – male-to-female si při řešení úloh mentálních rotací pomáhali tichou verbalizací, tedy šeptáním pro sebe sama. Testy magnetické rezonance ukázaly, že transsexuální skupina se od kontrolní signifikantně liší v zapojovaných částech mozku při řešení úloh, nicméně tato odlišnost se neprohlubuje působením cross-sex hormonálních preparátů (Schöning a kol. 2010). Výsledky této studie tedy naznačují určité vrozené odlišnosti mezi transsexuálními ženami (biologickými muži) a heterosexuálními netranssexuálními muži. Tyto odlišnosti nicméně nejsou prohlubovány aktivačním působením ženských pohlavních hormonů. To by poukazovalo na silnější vliv organizační funkce hormonů v prenatálním stadiu vývoje plodu u male-to-female transsexuálů.

Zde bych ráda uvedla zajímavý poznatek, že všechny studie, které byly zaměřené na porovnávání transsexuálních a netranssexuálních participantů, byly prováděné tímto způsobem. Tedy porovnáváním dvou stejných biologických pohlaví, z nichž transsexuální skupina prochází procesem přeměny v různých fázích. V mém výzkumu se chci zaměřit

naopak na možné připodobnění transsexuálních pacientů právě k pohlaví psychickému, tedy opačnému biologickému. To bylo nutné zejména proto, že se jedná o partnerské preference heterosexuálních jedinců, čímž logicky vyplývá odlišná kontrolní skupina. Nicméně výsledky by mohly být o to zajímavější a přínosnější.

3. Rekonstrukce pohlavních orgánů a sexuální aktivita po operační přeměně pohlaví

V partnerském výběru u transsexuálního člověka hraje neméně důležitou roli také schopnost sexuálního uspokojení po operační přeměně pohlaví – záleží na tom, zda je jedinec schopný následně dosáhnout orgasmu a současně jakým způsobem je schopný poskytnout sexuální uspokojení partnerovi. Podle toho může ve vztahu a od partnera upřednostňovat různé znaky, a to jak fyzické tak psychické atraktivity. Problémem výzkumů zabývajících se tématem partnerských preferencí u translidí (a i tak jich je velmi málo) je, že se v drtivé většině případů zakládají na subjektivních výpovědích samotných transsexuálů. Vhodná by byla zejména komunikace s reálnými sexuálními partnery či fyziologická měření vzrušivosti a testy sexuálního uspokojení ve vztahu. Nicméně důležitá je shoda výsledků výzkumů v tom, že přestože ne všichni jsou po operaci schopni dosáhnout orgasmu, i tak většina zažívá vyšší sexuální uspokojení než před operací. Z toho lze usuzovat, že nižší hladina androgenů u žen hraje významnou roli ve vnímání sexuálního libida a uspokojení. Z toho vyplývají i zjištěné závěry, že u female-to-male transsexuálů vede užívání mužských androgenů při hormonální terapii ke zvýšení sexuální tužeb (Gooren 2005).

3.1. Sexuální aktivita po operační přeměně pohlaví

Sexuální funkčnost a schopnost dosáhnout orgasmu je pro samotné transsexuály samozřejmě jedním z důležitých cílů úspěšné operace. Přesto se těmto výsledkům nevěnuje mnoho studií. Klein a Gorzalka (2009) zjistili, že transsexualita není rozhodně spojená s hyposexualitou[7] jedince. U female-to-male navíc v průběhu hormonální terapie dochází ke zvýšení sexuálního libida. S ohledem na pozdější funkčnost se pak female-to-male rozhodují i pro druh operačního zákroku, který se rozhodnou (či naopak nerozhodnou)

[7] Hyposexualita = snížená sexuální touha

podstoupit. Pokud například zvolí kompletní rekonstrukci neopenisu, je to většinou právě kvůli touze po plné sexuální funkčnosti s partnerkou.

Vzhledem k tomu, že při operaci dochází k manipulaci s nervy, riziko ztráty citlivosti na genitálu samozřejmě existuje. Při rekonstrukci neopenisu existuje několik přístupů, přičemž v zahraničí oproti České republice provádějí i zavedení erektabilního implantátu. Nicméně transsexuální muž musí mít na paměti, že každý přístup má své klady a zápory a není možné stoprocentně dosáhnout všech vytoužených představ a funkcí (Klein & Gorzalka, 2009).

Lief a Hubschman (1993) zjistili, že u zkoumaných female-to-male vzrostla sexuální aktivita po absolvované přeměně pohlaví o 100%. Navíc 4 z 6 pacientů, kteří před operací nebyli schopni dosáhnout orgasmu, jeho dosažení po operaci získali. Další výzkumy pak prokázaly, že transsexuální muži častěji masturbují po operaci než před ní a také celkově častěji než transsexuální ženy (De Cuypere a kol. 2005, Cohen-Kettenis & Van Goozen 1997, Smith a kol. 2001). Zajímavé je, že byla zjištěna vyšší míra orgasticity u female-to-male než u biologických žen. Většina z těch, kteří podstoupili rekonstrukci neopenisu také schopnost dosažení orgasmu neztratí – 78% female-to-male je schopných po operaci dosáhnout orgasmu při sexuálním styku a 95% při masturbaci (De Cuypere a kol. 2005).

3.2. Rekonstrukce mužských pohlavních orgánů u female-to-male transsexuálů

Výhody a nevýhody jednotlivých způsobů a operačních přístupů při rekonstrukci neopenisu se věnuje mnoho času při skupinových sezeních u doktorky Fifkové. Nelze říct, že by nějaký názor vyloženě převládal – kluci se mezi sebou dělí o zkušenosti s funkčností, s pooperačními komplikacemi i jak vypadá nový penis v porovnání s přirozeným mužským. V České republice je možných vesměs pět způsobů – v prvním případě (a z mého pozorování usuzuji, že se pro tuto cestu rozhodne zhruba polovina female-to-male) dojde pouze k odstranění ženských reprodukčních orgánů, což je operace nutná pro úřední uznání transsexuála jako muže. Nicméně to je vše – jedinec si ponechá ženské genitálie. Při sexuálním styku jsou tyto genitálie plně vzrušivé a female-to-male se pro tuto variantu rozhodují z několika důvodů – nechtějí podstupovat další operace kvůli rizikům a velkým jizvám, které jsou při vytváření neopenisu zatím nevyhnutelné, nebo jim pro dostatečný pocit sebe sama jako muže stačí vlastní sebe přijetí a úřední uznání. Partnerka po nich

navíc operaci nevyžaduje. Určitý vliv může hrát i finanční situace, protože vytvoření penisu již není nijak hrazeno pojišťovnami.

Druhým a třetím východiskem je rekonstrukce neopenisu, přičemž cílem je: Vytvořit dostatečně citlivý a esteticky akceptovatelný penis s dostatečnou délkou a objemem k tomu, aby byl schopný pohlavního styku (s erektabilní prostatickou vložkou). Dále je třeba prodloužení močové trubice až do špičky penisu tak, aby jedinec po operaci mohl močit ve stoje. Kýženým cílem je i zachování schopnosti dosáhnout orgasmu. A nakonec samozřejmě co nejmenší zjizvení jak v místech odebrané tkáně tak na samotném neopenisu (Bowman & Goldberg 2006). Nový penis lze vytvořit dvěma způsoby - použitím svalové tkáně z předloktí, která se zaroluje do tvaru penisu a je možné zavést močovou trubici pro vykonávání potřeby ve stoje, nicméně je zde nižší možnost použití penisu jako při klasickém sexuálním styku. Dále lze použít část zádového svalu, kde je ovšem složitější zavedení prodloužené močové trubice až do konce neopenisu, ten je zase ale možné snadněji použít při sexuálním styku. Transsexuální jedinec má většinou možnost výběru, nicméně svou roli hraje i tělesná konstituce a míra tělesného ochlupení (pro co nejdokonalejší rekonstrukci je nutná co nejméně ochlupená kožní tkáň). Ženský klitoris je použit k vytvoření orgasmické špičky neopenisu právě pro zachování jedincovy schopnosti dosáhnout orgasmu. Vedle nového penisu lze operativně vytvořit i varlata, což je pro female-to-male důležité zejména při nošení spodního prádla a plavek, protože tak docílí největšího vizuálního efektu v denním životě. Při rekonstruování mužských genitálií je však třeba mít na paměti, že se jedná o rizikové operace nesoucí sebou riziko nekrózy nebo nepřijetí nově vytvořených orgánů okolní tkání (Bowman & Goldberg 2006).

Čtvrtým způsobem zakončení operační přeměny pohlaví je takový kompromis, tedy využití tzv. mikropenisu k sexuálnímu styku. Mikropenis je vlastně silně zbytnělý klitoris následkem užívání hormonálních preparátů. Toto východisko však mezi českými transsexuálními muži patří k těm nejméně (jestli vůbec) využívaným.

Poslední alternativa života transsexuálního člověka v mužské roli je pouhé užívání hormonálních preparátů a nepodstoupení odstranění ženských reprodukčních orgánů. Problémem je, že v takovém případě není jedinec úředně uznaný jako muž, přestože jeho tělesné vzezření následkem působení užívaných androgenů mužské je a on sám se cítí být příslušníkem opačného pohlaví.

Konečné rozhodnutí je čistě subjektivní. Úkolem skupinového sezení je představení všech možných variant tak, aby si každý mohl zvolit pro sebe a své vlastní uspokojení tu nejvhodnější. Významnou roli v tomto rozhodování může hrát právě i názor partnerky.

4. *Partnerství a sexuální orientace transsexuálů female-to-male*

Partnerské preference, vztahy a chování jsou vedle transsexuality a procesu přeměny pohlaví hlavním tématem mé studie a empirické části. Je proto důležité nahlédnout do partnerského života transsexuálních lidí z pohledu zkušeností klinických psychologů i vědců a jejich studií. Jak jsem již zmínila výše, partnerství transsexuálů není v dostupné vědecké literatuře věnováno příliš prostoru, s rostoucím zájmem o problematiku transsexuality však i tato oblast získává více pozornosti.

V empirické části této diplomové práce se budu věnovat transsexuálům female-to-male s partnerskou orientací na ženy - tedy biologickým ženám, které se cítí být mužem a jsou sexuálně přitahovány ženami. Ve světové literatuře se tito lidé zařazují do skupiny „homosexuálních transsexuálů“, protože se cítí být přitahování stejným biologickým pohlavím. Nicméně vzhledem k tomu, že se jedná o jedince, kteří se cítí být mužem, svou sexuální orientaci považují za heterosexuální a v České republice jsou také bráni jako heterosexuální transsexuální muži. V této práci je tedy budeme označovat jako heterosexuální transsexuální muže.

Skupina female-to-male s partnerskou orientací na ženy v dětství vykazuje oproti female-to-male orientovaným na muže větší genderovou nonkonformitu, za partnerky si vybírají výrazně femininní ženy, v rámci vnímání nevěry hůře snáší představu sexuální než emoční nevěry. V sexuálním chování projevují více asertivity, mají větší počet sexuálních partnerů a vykazují větší zaujetí vizuálními sexuálními stimuly. Jejich touha po rekonstrukci penisu následující operační přeměnu pohlaví je navíc silnější než u female-to-male partnersky orientovaných na muže (Bailey & Chivers 2000). Uvedené znaky jsou typickými výsledky i ve studiích partnerských preferencí heterosexuálních netranssexuálních mužů.

Sexuální orientace transsexuálních jedinců je většinou heterosexuální vzhledem k jejich psychickému pohlaví – to znamená, že objektem zamilování je jedinec stejného biologického pohlaví (před operační přeměnou pohlaví). Existují i případy homosexuální orientace, tedy orientace na partnera stejného psychického a opačného biologického pohlaví (Fifková 2008).

Vzhledem k tomu, že před přeměnou translidé preferují většinou jedince stejného biologického pohlaví, transsexuální lidé zprvu v okolí často vzbuzují dojem homosexuála. Sami si tak mohou zezačátku připadat, nicméně postupem času zjistí, že nejde o homosexualitu v pravém slova smyslu – sebe si totiž v tomto partnerství představují jako příslušníka opačného pohlaví.

Někteří female-to-male navazují poměrně časné heterosexuální vztahy s dívkami a ve vztahu zaujímají jednoznačně mužskou roli. V určitém období se tak mohou identifikovat lesbicky, nicméně u většiny z nich se tak děje pod vědomím jejich erotické zaujatosti ženami a zároveň nevyjasněnosti své pohlavní identity. Pokud se však s lesbickými ženami pokouší o vztah, je to pro ně většinou jen málo uspokojivé, protože jejich partnerky na nich oceňují a hledají právě to, co oni sami odmítají. Většina z female-to-male však nedokáže překonat odmítavý postoj k vlastnímu tělu, což pro ně činí nepřekonatelnou překážku pro navazování partnerských vztahů. Existují i tací, kteří se snaží o adaptaci na své biologické pohlaví a v ženské roli navazují vztahy s muži. Velmi často však jediná sexuální zkušenost nebo kratší partnerský vztah vedou k zanechání takových pokusů. Případy, kdy se female-to-male transsexuálové provdali, zplodili vlastní potomky a teprve poté usilovali o změnu pohlaví, jsou vzácné.

Homosexuální orientace u female-to-male není častá, ale pokud tomu tak je, může pak jedinec navázat vztah s heterosexuálním mužem. Jejich vzájemný soulad je ale spíše zdánlivý, protože transsexuální muž nedokáže akceptovat svou ženskou roli v tomto svazku. Alternativu může vytvářet partnerské spojení dvou homosexuálně orientovaných translidí (Fifková 2008).

Z učebnice Sexuologie českého sexuologa Petra Weisse (Weiss 2010) lze shrnout rozdíly typické pro female-to-male a male-to-female transsexuály v oblasti partnerských vztahů: female-to-male po přeměně častěji zakládají pevný partnerský svazek, ovšem před přeměnou se u nich většinou nevyskytuje manželství a vlastní děti. Oproti tomu male-to-female většinou alespoň po nějakou dobu žijí jako mužští jedinci. Female-to-male prožívají více trvalých vztahů se ženami než s muži, zatímco u male-to-female je výskyt trvalých vztahů se ženami častější. V partnerských rolích se lépe adaptují female-to-male a často fungují i před přeměnou ve vztahu s heterosexuální partnerkou.

V oblasti sexuálního života jsou v mnohem větší míře schopni před přeměnou vést sexuální život male-to-female. Sex mohou prožívat pozitivně, přestože v něm zastávají mužskou roli a k aktu dochází s partnerkou, která neodpovídá jejich sexuální orientaci.

Oproti nim female-to-male málokdy žijí sexuálním životem v původní roli a pokud ano, tento styk jim nepřináší uspokojení, spíše pocit ponížení. Obecně lze shrnout, že je pro ně nepřijatelné, aby s heterosexuální mužskou identitou poskytli své ženské tělo mužům. Ve chvíli, kdy transsexuální lidé žijí ve svých psychických rolích, se situace obrací – female-to-male nemívají potíže s nalezením partnerek a v sexuálním životě většinou nemají větší zábrany. Male-to-female v nových rolích jsou spíše nejisté, nezkušené, s potřebou zaujmout v sexuálních aktivitách pasivní roli (Weiss 2010).

Podle Weissova výzkumu zaměřeného na přítelkyně transsexuálů female-to-male jsou tato partnerství srovnatelná s tradičními heterosexuálními – jedná se většinou o dlouhodobé vztahy, které přináší oběma dostatečné sexuální uspokojení. Partnerky často stojí po boku female-to-male během procesu přeměny pohlaví. Tyto vztahy fungují na základním přesvědčení obou, že biologická žena female-to-male je muž a jeho partnerka se považuje za heterosexuální.

Výsledky ukazují, že ženy stojící po boku transsexuálů mají nenarušenou inteligenci, přičemž jejich vzdělání bylo v 90% vyšší než female-to-male. U téměř dvou třetin z nich byl zjištěn vyšší věk než u transsexuálního partnera. Ženy však projevily určitou nejistotu ve své sexuální roli. V páru se objevovala nižší percipovaná maskulinita mužské role a naopak vyšší percipovaná maskulinita ženské role, nicméně konzistence obou rolí v páru je velmi dobrá. Zkoumané partnerky nevykazovaly žádné psychopatologické projevy, až na vyšší úzkostnost (pramenící nejspíš z nastalé netypické životní situace). V minulosti vystřídaly více sexuálních partnerů než běžná populace žen a stejně tak jejich věk při prvním sexuálním styku byl nižší. V porovnání s průměrnou populací žen partnerky female-to-male prokazují podobnou nebo mírně sníženou pohlavní aktivitu a spíše menší sexuální iniciativu a převládá u nich klitoridální vzrušivost (Weiss & Marešová 1999).

Huxley, Kunna a Brandon (1981) ve svém výzkumu porovnávali transsexuály female-to-male (9 participantů mělo partnera, 8 nemělo) i male-to-female s partnery (26 participantů s partnerem, 29 bez partnera) a bez partnerů. Výzkum byl longitudinální a trval 7 let – přičemž v jeho průběhu kolísalo procento párových svazků mezi 45% a 87%.

Za jedince v partnerském svazku byli považováni ti, kteří minimálně 6 měsíců sdíleli společnou domácnost, plus manželsky sezdané páry. Cílem tohoto rozdělení bylo vyloučit z párové skupiny takové jedince, kteří nebyli schopni udržet dlouhodobý vztah či byli vyloženě promiskuitní. Ve zkoumané skupině bylo 22% párů manželských a 50% párů se

během zkoumání rozešlo. Zajímavé je rozložení příslušností do určitých sociálních tříd – autoři rozdělili společenské třídy do 5 kategorií, přičemž do 1. třídy (tedy té nejvyšší) nespadal ani jeden transsexuální participant (tuto skutečnost si autoři vysvětlují tak, že příslušníci nejvyšší společenské vrstvy nejsou většinou svolní k řešení svých problémů na obecné klinice nebo k účasti na výzkumech) nicméně 2., 3. a 4. třídu obsadila větší polovina (53%) párových transsexuálů. V nejnižší společenské vrstvě se ale stále nacházelo 47% zadaných transsexuálů a dokonce 91% svobodných participantů. Nepárová skupina navíc neměla žádného zástupce v 2. vrstvě společnosti, ve 3. pak pouhých 1,8%. To by naznačovalo, že vytváření párových svazků u transsexuálních jedinců rozhodně koreluje se společenským postavením, otázkou zůstává, zda se jedná o příčinu nebo následek. Nicméně párová skupina vykazovala oproti nepárové signifikantně vyšší zastoupení svých otců v 1., 2. a 3. společenské vrstvě nebo oni sami v minulosti zastupovali jednu z těchto vrstev. (Což by nahrávalo spíše tomu, že transsexuálové z vyšších společenských vrstev uzavírají dlouhodobé svazky – navíc dle autorů partnerské soužití transsexuálního jedince rozhodně neposune ve společenském žebříčku na vyšší úroveň). Další zajímavou skutečností je zjištění, že výrazně vyšší procento (74%) z nepárové skupiny bylo v období výzkumu nezaměstnaných oproti párové skupině (42%).

I role otců u transsexuálních jedinců byla zkoumaná v této studii – 33% nepárových participantů vyrůstalo bez otce, zatímco u párových jedinců tomu tak bylo pouze v 7% případů. Velké rozdíly mezi skupinami se projevily i v oblasti psychického zdraví – jedinci z párové skupiny byli podle psychiatrických měření signifikantně psychicky stabilnější a nezávislí na svých rodičích.

Vysoká depresivita a sebevražednost (ve fázi pokusů více, nicméně nejen) je u transsexuálů známá a nejinak tomu bylo i u zkoumaných translidí této studie – 37 ze 70 se alespoň jednou v životě pokusilo o sebevraždu. V párové skupině bylo těchto pokusů méně, což by mohlo znamenat, že jedinec spokojený v pevném svazku méně inklinuje k depresím a sebevraždě (Huxley, Kenna, Brandon 1981).

Velmi zajímavá je studie kolektivu autorů (Kins a kol. 2008), která porovnává dlouhodobá partnerství female-to-male transsexuálů s biologickými ženami s „tradičními“ heterosexuálními páry – to vše z pohledu partnerek (biologických netranssexuálních žen). Zaměřili se zejména na spokojenost v sexuálním a partnerském životě. Chtějí zjistit, zda je partnerství s transsexuálním mužem srovnatelně uspokojující ve zkoumaných aspektech. Female-to-male se tento výzkum věnuje, protože (podle dostupných výzkumů) žijí častěji

ve stabilních svazcích než male-to-female, což vede autory k teorii, že female-to-male budou lépe porovnatelní (a tedy shodnější) s partnerstvím netranssexuálních heterosexuálních jedinců. Navíc u male-to-female je vyšší variabilita sexuální orientace, kdy 23-58% z nich žije po operační přeměně v lesbických svazcích (tedy jsou sexuálně orientovaní na ženy). Female-to-male častěji preferují ženské partnerky a to specielně s vysokou mírou femininity (někteří se domnívají, že to je způsobené silným zapřením a odmítání své vlastní ženskosti v minulosti). Jedním z cílů tohoto výzkumu bylo tedy zjistit i to, zda jsou partnerky transsexuálních mužů femininnější než partnerky z tradičního heterosexuálního svazku.

Studie se zúčastnilo 9 partnerek female-to-male transsexuálů, kteří již podstoupili operační přeměnu pohlaví včetně rekonstrukce neopenisu (7 z nich včetně erektabilní protézy) a 9 partnerek heterosexuálních mužů jako komparační skupina. Skupiny se mezi sebou signifikantně nelišily v ohledu společného soužití, manželství či počtu dětí. 5 žen z obou skupin vychovávalo s partnerem děti, přičemž u female-to-male tyto děti ve třech případech vzešly během trvání současného partnerství, jedno z předchozího vztahu female-to-male a jedno ze strany partnerky female-to-male z bývalého vztahu. Polovina z obou skupin plánovala děti do budoucna, druhá polovina se v této otázce prozatím nerozhodla.

Participantky vyplnily sady dotazníků (osobnostní, manželský, pohlavní role /ten určuje míru maskulinity a femininity jedince/). Výsledky neprokázaly signifikantní rozdíly v míře uspokojení ve vztahu, obě skupiny rovnocenně ohodnotily i pocity jistoty v něm. Přestože však ženy z obou skupin určily svou sexuální orientaci jako heterosexuální, partnerky female-to-male v minulosti zažily více sexuálních zkušeností i se ženami (rozdíl však není signifikantní). Při zjišťování spokojenosti v sexuálním životě participantky odpovídaly shodně v obou skupinách (tedy sex s partnerem pro ně byl uspokojivý), nicméně výsledky z osobnostních testů ukázaly na vyšší nespokojenost u partnerek female-to-male transsexuálů. Tyto rozdíly však nebyly signifikantní. Zajímavé je, že pouze jedna přítelkyně female-to-male uvedla určitý problém dostatečně se vzrušit při sexuálním aktu s partnerem, zatímco u partnerek heterosexuálních mužů tento problém zaznamenaly tři. Co se týče míry femininity participantek (přičemž u přítelkyň transsexuálů se očekávala vyšší míra), partnerky female-to-male opravdu podle testů prokazovaly vyšší, i když ne signifikantně, femininitu. Zajímavé je i zjištění o zastávané roli v partnerství – přítelkyně transsexuálů v tomto svazku zastávaly stereotypně ženštější roli než partnerky heterosexuálních mužů (Kins a kol. 2008).

Podle výsledků této studie lze tedy považovat partnerské svazky female-to-male transsexuálů a heterosexuálních biologických žen za srovnatelné co se týče uspokojení ve vztahu i sexuálním životě. Zkoumané skupiny se nijak výrazněji nelišily v procentu manželského soužití, vychovávání dětí či žití ve společné domácnosti. Partnerky transsexuálů vysvětlují úspěšnost svých vztahů díky respektu, upřímnosti, lásce, pochopení a otevřené komunikaci. Jako výhodu považují i skutečnost, že female-to-male transsexuálové díky své minulosti v ženské roli dokážou lépe porozumět jiným ženám, než biologičtí muži. (Podobnou devízu zmiňovali i participanti mého bakalářského výzkumu partnerských preferencí transsexuálních žen a mužů). Jako největší problém soužití ve svazku s transsexuálem považují biologické ženy nemožnost početí vlastních potomků s tímto partnerem. Nakonec je velmi důležité zmínit poslední poznámku autorů této studie – všechny zkoumané partnerky transsexuálních participantů byly velmi atraktivní a femininní ženy, pro které není sexualita nějakým výrazným problémem, nicméně v minulosti zažily spíše negativní zkušenosti s partnery – biologickými muži (Kins a kol. 2008).

5. *Partnerské preference heterosexuálních netranssexuálních žen a mužů*

Vzhledem k tomu, že v empirické části se budu věnovat možným změnám partnerských preferencí transsexuálních mužů během procesu přeměny pohlaví a jednou z hypotéz je, že se tyto preference budou postupně měnit z preferencí v průměru typičtějších pro ženy (v období, kdy hormonální hladina participantů dosahuje hodnot typických pro heterosexuální ženy) na preference typičtější pro heterosexuální muže (na konci procesu přeměny a po něm, kdy hormonální hladina naopak dosahuje hodnot heterosexuálních mužů), považuji za důležité charakterizovat typické partnerské preference heterosexuálních netranssexuálních žen a mužů.

Touto tématikou se zabývá nespočet rozmanitých studií, proto bych zde ráda uvedla základní charakteristiky a doplnila je zajímavými výzkumy na relevantní téma. Velmi přínosná v oblasti ideálních partnerských preferencí je metaanalýza dosavadních výzkumů od kolektivu autorů z univerzit v USA (Eastwick, Luchies, Finkel, Hunt 2013), která byla publikovaná v loňském roce a je tedy velmi aktuální:

5.1. Pohlavní odlišnosti v partnerských preferencích

V roce 1930 sociologové Reuben Hill a Harold Christensen pojmenovali 18 základních charakteristik, které lidé vyhledávají u svého potenciálního životního partnera. Své tvrzení podpořili několika výzkumy, ve kterých nechali participanty hodnotit tyto charakteristiky podle významnosti u potenciálního partnera. Nejvýše hodnocená byla spolehlivost a emoční stabilita/ vyzrálost. Jejich studie také potvrdily, že muži kladou vyšší důraz na fyzickou atraktivitu partnerky, zatímco ženy více zajímá ekonomický status. Nespočet následujících výzkumů v dalších 50ti letech jejich teorie potvrdil.

Na Hilla a Christensena navázal v 80. letech David Buss, který ve svém známém výzkumu zkoumal partnerské preference napříč 37 kulturami (Buss 1989). Jeho studie prokázaly, že základní lidské požadavky na ideálního životního druha jsou nezávislé na kultuře. To nahrává předpokladům o určitých evolučních strategiích mužů a žen, tedy že obě pohlaví si vybírají takového partnera, díky kterému optimalizují svůj reprodukční potenciál. Buss svou teorii vyložil na základě teorie Triverse, Williamse a Symonse – ti poukazují na to, že pohlavní odlišnosti v rodičovských investicích savců, co se týče oplodnění, doby těhotenství a výchovy potomků, z ultimátního hlediska významně ovlivňují reprodukční strategie samců a samic, a také žen a mužů. Vzhledem k tomu, že reprodukční potenciál mužů je limitovaný množstvím plodných partnerek, Buss (1989) usuzuje, že muži budou považovat za fyzicky atraktivní takové znaky, které odkazují na fertilitu žen – tedy mládí a znaky, které na něj poukazují, jako je mladistvá pleť, dlouhé husté vlasy a pevné tělo. Stejně jako muži potřebují plodné ženy, i ženy ke svému rozmnožení potřebují plodné muže, nicméně ti nemusí být tak mladí, jako ženy, takže preference znaků prokazujících věk mužů nejsou tak silné (Williams 1975). Aby ženy zajistily přežití a dobrý vývoj svých potomků, je pro ně mnohem důležitější zajistit si takového partnera, který bude schopný a ochotný do jejich potomků investovat co nejvíce zdrojů – proto si budou hledat muže s co nejvyšším ekonomickým statutem spíše, než fyzicky atraktivního. Stejně jako je i pro ženy do jisté míry fyzická atraktivita potenciálního otce jejich dětí důležitá, i muži hledí na schopnost matek zajistit jejich potomky. Tato preference je u nich však též méně významná. Bussova teorie byla během následujících let opět potvrzena mnoha výzkumy v moderních společnostech. V rámci nich bylo také zjištěno, že tyto partnerské preference platí zejména při výběru dlouhodobého partnera, při krátkodobých vztazích „na jednu noc“ se rozdíly smazávají a i ženy preferují zejména fyzicky atraktivní muže.

Eastwick, Luchies, Finkel a Hunt (2013) provedli metaanalýzu celkem 128 vědeckých studií (včetně několika nepublikovaných prací, z různých let, společností, zemí), pomocí které chtěli zjistit celkové výsledky pro pohlavně odlišné vnímání fyzické atraktivity a ekonomického statusu při výběru dlouhodobého partnera ze závěrů těchto výzkumů. Zajímavé je, že zanalyzováním výsledků autoři zjistili, že pohlavní rozdíly v preferencích (tedy ženy silněji preferují muže s vyšším ekonomickým statutem a muži zase ženy fyzicky atraktivní) sice jsou, nicméně tyto odlišnosti jsou celkově vzato velmi malé a rozhodně ne signifikantní.

Metaanalýza ukázala, že romantické ohodnocení se pozitivně zvyšovalo v případě, že se s daným jedincem setkali tváří v tvář a zjistili, že je fyzicky atraktivní a má vysoký ekonomický status. Nicméně rozdíly v hodnocení nebyly signifikantně pohlavně dimorfické – přesto tendovaly očekávaným směrem pro ideální partnerské preference daného pohlaví. To by mohlo přispívat představě, že ideální partnerské preference jsou člověku určitým způsobem vrozené, nicméně mohou se velmi lišit od reality – tedy ideální touhy a reálný výběr partnera se mohou velmi odlišovat (Eastwick, Luchies, Finkel, Hunt 2013).

Z výše zmíněného důvodu jsme se rozhodli testovat ve výzkumu této diplomové práce právě možné změny v ideálních partnerských preferencích, ne v reálném životě transsexuálních participantů.

Fletcher a kol. v roce 1999 provedli pilotní studii na ideální partnerské preference tak, že participanty požádali, aby sami dle svého uvážení charakterizovali vlastnosti, které by preferovali u svého krátkodobého a dlouhodobého partnera. Participanti uvedli celkem 49 znaků, které výzkumníci následně rozdělili do tří kategorií (podle základní evoluční teorie) – srdečnost/důvěryhodnost (tedy porozumění a podporující partner/ka), atraktivní/vitální (tedy dobrodruh s pěknou postavou) a postavení/zdroje (tedy dobrá práce a finančně zajištěný partner/ka). Jednalo se o první studii, která nechala její účastníky pojmenovat vlastní očekávání – nakonec se stala i jedním ze základních textů psychologické literatury zabývající se partnerským preferencemi (Eastwick, Luchies, Finkel, Hunt 2013).

5.2. Výzkumy zabývající se partnerskými preferencemi žen a mužů

Jeden z dnes už víceméně klasických způsobů zkoumání partnerských preferencí je pomocí seznamkových inzerátů. Autoři jedné ze studií (Russock 2011) zanalyzovali 800 takových inzerátů z různých zdrojů (tisk i online média) a rozdělili je do čtyř skupin – heterosexuální ženy a muže, homosexuální ženy a muže. Hledali spojitosti vyhledávaných vlastností s teoriemi sexuální selekce[8] a rodičovských investic[9] – s očekáváním, že i lidé budou následovat standardy vlastní savcům. U heterosexuálních jedinců je takové očekávání logické, jak tomu ale bude u seznamkových inzerátů homosexuálních jedinců?

Seznamky jsou vhodným zdrojem ke studiu partnerských preferencí zejména proto, že obsahují pouze takové znaky, které jedinec sám za sebe vyhledává i nabízí – tedy ty „nejpreferovanější“ vlastnosti na sobě samém i potenciálním partnerovi. Navíc samotní „účastnící výzkumu“ nejsou vědomými participanty, tudíž jejich inzerování není nijak negativně ovlivněno vědomím, že jsou součástí nějaké studie.

Autoři použili Bussův model, z nějž vycházelo sedm hypotéz:

1) Heterosexuální ženy budou preferovat relativně starší partnery než heterosexuální muži
2) Heterosexuální ženy budou inzerovat vlastní fyzickou atraktivitu častěji než heterosexuální muži
3) Heterosexuální muži budou vyhledávat fyzickou atraktivitu častěji než heterosexuální ženy
4) Heterosexuální muži budou nabízet vlastní zdroje častěji než heterosexuální ženy
5) Heterosexuální ženy budou poptávat partnery s vlastními zdroji častěji než heterosexuální muži
6) Heterosexuální muži budou nabízet závazky častěji než heterosexuální ženy
7) Heterosexuální ženy budou vyhledávat partnery nabízející závazky více než heterosexuální muži

[8] Jedná se o teorii sexuální selekce aplikovanou na člověka. Jejím nejznámějším propagátorem je David Buss a říká, že ženy vyhledávají znaky poukazující na schopnost získat zdroje (tedy většinou starší a vzdělaný, viditelně zdravý partner), ochotu nést závazky (citlivost, otevřenost, touhu po dlouhodobém partnerství). Tyto znaky by ženám měly zajistit jisté přežití jejich potomků. Muži naopak u partnerek preferují znaky poukazující na jejich fyzickou kondici a tedy co nejvyšší reprodukční status.

[9] Autorem Trivers 1972 – tato teorie předpokládá, že pohlaví, které do potomků investuje od počátku více, bude při své selekci vybíravější. Aby ochránili vlastní vysoké investice, při výběru preferují znaky poukazující na sílu a zdraví (tedy „dobré geny“) a přístup ke zdrojům, které je vybíraný jedinec ochotný investovat do jejich potomků. V případě lidí jsou vybíravějším pohlavím ženy, protože už samotná produkce vajíček je nákladnější než produkce spermií. Vyšší investice pak pokračuje těhotenstvím, obdobím kojení a vyšší péčí.

Výsledky heterosexuálních inzerátů potvrdily předpoklady dle Bussova (1989) modelu – tedy muži vyhledávali signifikantně častěji fyzickou atraktivitu, zatímco ženy signifikantně častěji poptávaly zajištěné muže. Navíc žádná z předložených hypotéz netendovala jiným, než předpokládaným směrem. Mužská preference pro mladší partnerky se mění s jejich věkem – tedy teenageři si vyhledávají partnerky blíže svému věku i starší a s postupným dospíváním se jejich preference obrací k nižšímu věku partnerek. Oproti tomu teenagerky často preferují i mnohem starší muže s vysokým finančním potenciálem. V rámci seznamkových inzerátů pouze 28% inzerentů uvedlo svůj finanční potenciál a 21% tento finanční potenciál osobně poptávalo (ženy častěji než muži). Ovšem celých 62% ve svém inzerátu nějakým způsobem zmínilo určitou formu závazku (ať už v nabídce nebo poptávce – muži pak častěji nabízeli ochotu závazku než ženy, které jí ale nepoptávaly častěji než muži).

V homosexuálních seznamkách se lesbické ženy odlišovaly od heterosexuálních žen i mužů ve všech čtyřech hlavních kritériích – tedy lesbické ženy preferovaly mladší partnerky méně než heterosexuální muži a inzerovaly fyzickou atraktivitu a poptávaly přístup ke zdrojům méně často než heterosexuální ženy. Dále nabízely ochotu k závazkům signifikantně častěji než heterosexuální muži. Lesbické ženy se pak neodlišovaly od heterosexuálních žen ve zbývajících třech kritériích, ve kterých se mezi sebou nelišili ani heterosexuální ženy a muži. Zajímavé je, že lesbické ženy preferovaly signifikantně starší partnerky než heterosexuální muži, tyto požadavky byly však signifikantně na mladší partnerky než u heterosexuálních žen. To může být způsobené tím, že lesbické ženy nemusí vyhledávat partnerky s finančním zázemím kvůli zajištění společných potomků. Fyzickou atraktivitu a ochotu k závazkům pak inzerovaly méně často nejspíš ze stejného důvodu – není třeba nabízet znaky plodnosti, pokud jedinci neplánují zplodit společného potomka.

Homosexuální muži se od těch heterosexuálních lišili pouze ve dvou kritériích – vyhledávali fyzicky atraktivní partnery častěji než heterosexuální muži, ale signifikantně méně často nabízeli přístup ke zdrojům. Tyto rozdíly jsou velmi pravděpodobně způsobené reakcí na odlišnou poptávku heterosexuálních žen a homosexuálních mužů (Russock 2011).

Existuje mnoho způsobů, jak si v dnešní uspěchané době lidé hledají toho pravého. Vedle seznamovacích inzerátů se celosvětově rozmohl i tzv. „speed dating“, což je forma seznamování, při které se setká několik mužů a žen, kteří se v určitém krátkém časovém

intervalu (cca 3-10 minut) vzájemně seznamují. Po této rychlé seznamce pak uvedou, který s protějšků je během oné krátké chvilky zaujal, a když dojde k vzájemné shodě mezi dvěma účastníky, jejich komunikace může pokračovat dál, například až po společné rande. Eastwick, Finkel a Matthews (2007) provedli studii speed datingu, ve které se zaměřili na vliv fyzické atraktivity a společenského postavení participantů – vymezili celkem 17 závislých proměnných, na základě kterých sledovali zvýšený zájem o romantický vztah jednotlivých účastníků. K měření došlo poprvé bezprostředně po souhlasných odpovědích na speed datingu, podruhé pak během následujícího měsíce. Zajímavé je, že přestože participanti reagovali dle očekávání – tedy muži více na fyzickou atraktivitu potenciálních partnerek a ženy se více zajímaly o socioekonomický status, pohlavní rozdíly v preferencích nebyly signifikantní. To by znamenalo, že ženy a muži se při speed datingu nijak výrazně neodlišují v reakcích na původně považované pohlavně dimorfické podněty (tedy podle principů evoluční teorie a teorie investic) (Finkel, Eastwick, Matthews 2007).

Během života lidé prochází různými obdobími, přičemž tyto fáze lze od sebe odlišit i podle věku. Jak dospíváme a stárneme, plus vývojem okolního světa, mění se naše priority a s nimi i požadavky na našeho potenciálního partnera. Vývoji lidských partnerských vztahů se věnovala psycholožka Sharon Sassler (2010) z Cornellské univerzity a zjistila, že v moderní době pozorujeme mnoho změn oproti „standardům“ z dřívější doby – dnes je typický pozdější vstup do manželského svazku (pokud vůbec svatba proběhne) a navíc velké procento dospělých žije v nesezdaném partnerství. Lidé často střídají partnery pro krátkodobé sexuální zážitky nebo žijí ve společné domácnosti, protože nemají jiné východisko při odstěhování se od rodičů. Mnohé páry spolu žijí a tráví volný čas, přestože neplánují společnou budoucnost, jiní zase společně vychovávají potomky, i když již dávno nefungují jako partneři. Autorka považuje za hlavní linii, která spojuje a prochází snad každým partnerským koexistováním, určitou touhu po společné intimitě – ať už sexuální nebo emocionální (Sassler 2010).

Jedním z typických rysů dnešní doby je posunutí sňatku do pozdějšího věku. To většinou vede k tomu, že mladí lidé zažívají první sexuální a romantické vztahy, často i společné bydlení, s jinými partnery než jsou budoucí manželé, a také často ještě dávno před svatbou (Crissey 2005). Ve věku 15 let téměř polovina dotazovaných adolescentů uvedla, že již zažily nějaký romantický vztah. Tato skutečnost se ale jistě týká spíše heterosexuálních adolescentů – domnívám se, že u transsexuálních dospívajících jsou tato

čísla mnohem nižší (rozhodně co se týče romantických vztahů s jedinci preferovaného pohlaví). Určitou odpověď by nám mohla poskytnout i následná empirická část této práce, protože participanti uváděli věk při svém prvním sexuálním kontaktu. Nicméně sociální a romantické kontakty s jedinci podobné věkové kategorie jsou důležitou součástí vývoje jedince (O´Sullivan a kol. 2007).

Kolektiv autorů provedl studii (Henry, Helm, Cruz 2013), zabývající se pohlavními a generačními rozdíly při výběru partnera. Zaměřili se na 18 charakteristických znaků, podle kterých si (dle autorů) ženy a muži vybírají svého budoucího druha. Podle dřívějších výzkumů autoři usuzují, že obě pohlaví hledají u budoucího partnera vzájemnou lásku a přitažlivost, věrnost, příjemnost a přirozenost, emoční stabilitu. Nicméně muži kladou větší důraz na schopnost žen postarat se o domácnost a fyzickou atraktivitu, jejich partnerky naopak na finanční situaci (zejména u dlouhodobých vztahů, u těch krátkodobých hraje fyzický vzhled muže roli vyšší).

Výzkumu se zúčastnilo 270 studentů (etnicky rozmanití) americké univerzity – 63,7% žen a 36,3% mužů – z toho 67% single, 26,7% v partnerském vztahu a 3,3% v manželství. V dotazníku hodnotili na škále 0-3, tedy od nepodstatného až po nezbytně nutné. To proto, aby výsledky byly srovnatelné s Bussovou (2001) základní studií partnerských preferencí. Výsledky potvrdily nejvýznamnější 4 charakteristiky pro obě pohlaví – tedy v prvé řadě spolehlivost, dále emoční stabilitu, příjemnost a oboustrannou lásku a přitažlivost. Muži opět prokázali silnější preferenci pro charakteristiky ukazující na fyzické zdraví žen. Zajímavé bylo, že v této studii poprvé ženy nepreferovaly stejnou úroveň vzdělání partnera více než muži – to může být nejspíš tím, že v moderní době je dosažené vzdělání žen vyšší než u mužů. Závěrem lze tedy uvést, že zmiňovaný výzkum potvrdil partnerské preference moderní doby jako stále platné dle stěžejních studií z minulých let (Henry, Helm, Cruz 2013).

Elizabeth McGee a Mark Shelvin (2009) se věnovali možnému vlivu smyslu pro humor při výběru partnera s očekáváním, že tato pozitivní vlastnost přinese jejím nositelům vyšší kvality v partnerském výběru a větší hodnotu při hledání dlouhodobého partnera. Předchozí výzkumy poukazují na fakt, že s narůstající vážností partnerství se současně zvyšuje i důraz kladený na společnou souhru ve smyslu pro humor. Například proto, že tato společná vlastnost může poukazovat na přítomnost dalších pozitivních charakteristických rysů osobnosti. Navíc se také zjistilo, že „srandisté“ vykazují nižší

riziko pocitu osamělosti a jsou pro ostatní více sociálně atraktivní. Je však třeba mít na paměti, že přílišné zlehčování vážných situací, které může být v extrému přehnaným „srandistům“ vlastní, je již v partnerském výběru na škodu – je totiž možné, že takové projevy jsou znakem určité emoční nestability (a ta je, jak víme, naopak silně nepreferovaná - viz výše), či potřeby vyhnout se intimním vazbám a projevům či povinnostem.

Autoři ve svém výzkumu chtěli zjistit, zda se pohlaví mezi sebou odlišují v důrazu kladeném na partnerův smysl pro humor při hledání dlouhodobého stabilního svazku. Zatím bylo zjištěno, že se pohlaví odlišují v preferovaném typu vtípků – muži mají radši dvojsmyslné sexuální narážky než ženy. Výsledky této studie prokázaly, že participanti hodnotí signifikantně lépe potenciální partnery s vysokým stupněm smyslu pro humor než ty s průměrnou či podprůměrnou hodnotou. Druhé dvě skupiny (průměr a podprůměr) se pak mezi sebou v preferencích signifikantně neodlišovaly. Je tedy zřejmé, že pozitivně hodnocený smysl pro humor má následný vliv i pro další vybírané partnerské znaky, jako je fyzická a sociální atraktivita. U mužů se pak pozitivní hodnocení žen s vysokým smyslem pro humor spojovalo s vyšší hodnocenou celkovou atraktivitou potenciální partnerky než u žen. Tento rozdíl však nebyl signifikantní. Proto lze závěrem říci, že výsledky předložené studie poukazují na vysoký vliv zkoumané vlastnosti při výběru partnera pro dlouhodobý vztah (McGee, Shelvin 2009).

Zajímavá jsou zjištění, že dospívající jedinci si vyhledávají partnera mezi jedinci jim samotným velmi podobnými – tzn. stejně populární mezi ostatními vrstevníky, pocházející ze stejné společenské vrstvy, stejně pohledné a podobného vzdělání (Haynie a kol. 2005). Ovšem co se týče rasového odlišování při výběru partnera, v tom jsou striktnější dospělí. U dospívajících jedinců je barva pleti při výběru méně důležitá. Přesto jsou právě dospělými rodiči vztahy mezi dospívajícími z rozdílných ras méně podporovány a uznávány (Blackwell & Lichter 2004). Zde mě napadá, jaký je asi pohled rodičů na transsexuálního partnera svého potomka. Často zmiňovaným problémem, který rodiče špatně vnímají u homosexuálních potomků je fakt, že „přijdou o vnoučata“. Jenže v případě, že je jejich dítě homosexuální, není vina jen na straně jeho partnera. Pokud je však partnerem jejich potomka transsexuální člověk, může být „viníkem“ vlastně on. A vysoká pravděpodobnost života bez vnoučat není u přijetí transsexuálního partnera vlastních dětí určitě zdaleka tím jediným problémem! Když jsou i partnerství různých barev pleti či jiného náboženského vyznání hůře přijímaná, bylo by jistě velmi zajímavé provézt výzkum s rodiči partnerů

transsexuálních jedinců – jak rozhodnutí svých potomků akceptují a jak jsou schopní se s tím vypořádat?

EMPIRICKÁ ČÁST

1. Úvod

Jak již bylo zmíněno výše, partnerským preferencím transsexuálních jedinců není v publikovaných zahraničních vědeckých pracích věnováno mnoho pozornosti. Tato skutečnost je poměrně zarážející – v textech českých sexuologů je partnerství transsexuálů věnováno oproti tomu prostoru dost, stejně tak i na psychologických sezeních a skupinkách translidí je partnerský život zúčastněných častým tématem. O soukromém intimním životě navíc hovoří transsexuálové srovnatelně často, jako ostatní lidé. Po sepsání výsledků mé bakalářské práce jsem se proto rozhodla věnovat se tomuto tématu hlouběji pomocí kvantitativních dotazníků s tématikou partnerských preferencí. Aby byly výsledky ještě přínosnější, rozhodli jsme se sledovat partnerské preference skupin transsexuálních mužů

v různých fázích procesu přeměny pohlaví tak, abychom zjistili případný vliv hormonální terapie a dalších životních změn s ní souvisejících.

Pro female-to-male jsem se rozhodla z více důvodů. Hlavním důvodem byly vztahy a kontakty navázané během psaní bakalářské práce. Vedle toho jsem ale také zjistila, že se mi s transsexuálními muži komunikuje mnohem lépe než s transsexuálními ženami a cítila jsem, že i oni mě (jako ženu) určitým způsobem snadněji a lépe přijímají mezi sebe. To je jistě výhodná pozice pro získání participantů k výzkumu – když cítím, že mě lidé opravdu poslouchají, je mnohem snazší dobře vysvětlit svůj zájem i cíle snažení. Jakmile opadla první nervozita, většinou jsem si s účastníky výzkumu příjemně popovídala a neformálně jim vysvětlila, proč se o transsexualitu zajímám, co o ní vím a co bych chtěla svou prací dokázat. Domnívám se, že osobní přístup je v otázce transsexuality velmi důležitý – opravdu nerada bych vtiskla jednotlivým účastníkům pocit, že „je zkoumáme proto, že jsou divní“. Z toho důvodu jsem se snažila o co nejupřímnější představení mého pohledu, přístupu a zájmu. Myslím, že i participanti pak k vyplňování dotazníku přistupovali zodpovědněji.

Skupinu female-to-male jsem se rozhodla zkoumat i proto, že je jí stále věnováno méně pozornosti v odborných studiích. Je pravda, že novější výzkumy už zpravidla zkoumají obě skupiny transsexuálů, nicméně i tak poměr není zcela rovnocenný. Jako kontrolní skupinu k female-to-male jsme pak zvolili heterosexuální netranssexuální muže – což je vůči předchozím výzkumům opravdu výjimka. Drtivá většina výzkumů zkoumajících kognitivní schopnosti či možné odlišnosti v psychických projevech porovnává výsledky transsexuálních lidí s příslušníky stejného biologického pohlaví při narození (tedy k female-to-male kontrolní skupina netranssexuálních žen, u male-to-female naopak porovnávání s netranssexuálními muži). Důvodů, proč jsme zvolili heterosexuální muže do kontrolní skupiny, bylo více:

1. Výše zmíněná nepřítomnost srovnání výsledků transsexuálů s jedinci stejného psychického pohlaví v jiných výzkumech
2. Skutečnost, že všichni naši female-to-male jsou heterosexuální ke svému psychickému pohlaví - to znamená, že jejich preferované partnerky jsou ženy. Abychom mohli smysluplně porovnat jejich výsledky, musí být v kontrolní skupině zařazeni netranssexuální heterosexuální muži s partnerskou orientací na ženy

3. Pro další výzkum by bylo jistě velmi zajímavé porovnat výsledky dotazníků female-to-male účastníků výzkumu s preferencemi lesbických žen

2. *Východiska výzkumu*

U transsexuálních jedinců dochází od počátečního přiznání sobě samému až po výslednou operaci a život v nové roli k obrovskému množství změn způsobených nejen životem v roli jiného pohlaví, ale i samotným působením psychologických terapií a v neposlední řadě i podáváním hormonů a díky účinkům operací (sterilizací i případným novým fyzickým pohlavím). Všechny tyto změny se odehrávají v poměrně krátkém časovém rozmezí (standardně by celý proces měl trvat okolo tří let, nicméně může být rychlejší, záleží na komunikaci pacienta a okolnostech) a proto se domnívám, že je velice zajímavé zaměřit se ve výzkumu na dopady těchto změn na partnerské preference. Transsexuálové female-to-male během přeměny pohlaví postupně přechází z ženské role do mužské a mě zajímá, zda budou jednotlivé skupiny transsexuálních mužů v určitých fázích procesu přeměny pohlaví vykazovat nějaké změny (vyvíjející se od typičtějších preferencí pro biologické pohlaví k preferencím typičtějším pro pohlaví psychické), nebo zůstanou neměnné a budou před i po procesu přeměny pohlaví v souladu s psychickým pohlavím zkoumaných jedinců.

Mnoho studií se věnovalo změnám probíhajícím u transsexuálních lidí během hormonální léčby a následné chirurgické přeměny pohlaví v celé řadě znaků, které se u běžné populace v průměru liší mezi muži a ženami, ať již co se týče znaků fyziologických, kognitivních či osobnostních (viz teoretická část). Nicméně většina studií se zaměřuje spíše na období po chirurgické přeměně, a jejich výsledky naznačují, že v této fázi jsou již zkoumané projevy v souladu s psychickým pohlavím. Zkoumané znaky jsou tedy významně ovlivňovány aktuální hladinou pohlavních hormonů, nejen prenatálním hormonálním působením či perinatálními environmentálními vlivy jako je výchova, vliv vrstevníků, učitelů a dané společnosti.

Na základě těchto zjištění tedy předpokládáme, že u transsexuálů female-to-male bude během hormonální a chirurgické přeměny pohlaví docházet i ke změně dalších znaků, které se v běžné populaci průměrně liší mezi muži a ženami a které alespoň částečně závisí na hormonálním působení. Mezi takové znaky mohou patřit i partnerské preference, u

kterých evolučně psychologické teorie naznačují pohlavně dimorfické strategie při výběru partnera:

a) Základní rozdíl je, že muži kladou signifikantně větší důraz na fyzickou atraktivitu než ženy u svých potenciálních partnerů (muži tedy u žen preferují zejména znaky poukazující na plodnost partnerky), a ženy zase více než muži upřednostňují partnery s vyšším socioekonomickým statutem (preferují tedy zejména takové muže, kteří jsou schopni zajistit přežití jejich případných potomků) (Buss 1989).
b) Muži a ženy se v průměru liší i v sociosexualitě, ve které muži obecně vykazují sklony k větší sexuální variabilitě než ženy. Toto zjištění bývá interpretováno z hlediska mezipohlavních rozdílů v minimálních investicích do reprodukce a maximálního reprodukčního úspěchu, kdy žena investuje do reprodukce podstatně více energie, času a úsilí než muž, a navíc na rozdíl od muže nemůže svůj reprodukční úspěch zvýšit vyšším počtem sexuálních partnerů (Trivers 1972).

Na zmíněné odlišné partnerské preference a sexuální chování mužů a žen může mít vliv celá řada faktorů, ať již biologických, tak sociálně-kulturních. Doposud není jisté, zda jsou tyto rozdíly závislé spíše na biologickém či psychickém pohlaví. U většiny jedinců jsou tyto dvě složky v souladu, nicméně transsexuální jedinci nám poskytují jedinečný soubor osob, kde se biologické pohlaví neslučuje s jejich psychickým pohlavím a prodělávají změnu biologického pohlaví tak, aby bylo v souladu s jejich psychickým pohlavím. Naší otázkou tedy je:

Budou skupiny transsexuálních mužů v různých fázích procesu přeměny pohlaví vykazovat před, v průběhu a po hormonální a chirurgické přeměně jejich biologického pohlaví stejné partnerské preference nebo se budou tyto preference měnit? A jaké budou tyto preference ve srovnání s kontrolní skupinou netranssexuálních mužů?

Pokud je mi známo, tento typ studie doposud nikdy proveden nebyl, a mohl by objasnit roli aktuálně působících hormonů a dalších faktorů doprovázejících změnu biologického pohlaví na partnerské preference. Kvůli náročnosti designu studie jsem u účastníků výzkumu neměřila přesnou hormonální hladinu v době vyplňování dotazníku, takže vliv působení androgenů lze odvozovat pouze podle délky trvání léčby. Proto by bylo velmi zajímavé srovnat výsledky studie této diplomové práce s jinými, zaměřenými na

stejnou tematiku, ve kterých by hormonální hladinu participantů naměřili.

3. *Hypotézy výzkumu*

Důsledky významných hormonálních změn lze u lidské populace z etických důvodů zkoumat jen velmi těžko. Studie na jiných druzích (hlavně u myší) však prokazují, že změnou hladiny pohlavních hormonů (zejména testosteronu) dochází k velkým změnám v projevech pohlavního chování.[10] U lidí jsou projevy změn hladiny pohlavních hormonů značně viditelné u sexuálních agresorů, u kterých po kastraci mizí (či se alespoň významně snižuje) agresivní sexuální chování a celkově se snižuje sexuální touha.

Pohlavní přeměna u transsexuálních lidí poskytuje unikátní příležitost ke zkoumání možných změn díky aktuálnímu hormonálnímu působení během krátkého časového úseku. Na základě předchozích studií (viz výše) je zřejmé, že aktuální hormonální profil může ovlivňovat některé pohlavně dimorfické znaky. Partnerské preference jsou pak jedním z těchto pohlavně dimorfických znaků – na základě toho jsme dospěli k následným hypotézám:

a) Pokud tyto preference vznikají v raném vývoji jedince (ať již působením prenatálních hormonů či sociokulturními vlivy) a následně jsou neměnné, potom se nebudou měnit ani v průběhu změny hormonálního profilu u transsexuálních jedinců.
b) Jsou-li partnerské preference závislé spíše na prenatálních biologických faktorech, stejně jako psychické pohlaví jedince, potom zůstanou i u transsexuálních jedinců partnerské preference stejné, a to v souladu s jejich psychickým pohlavím.
c) Jsou-li partnerské preference ovlivněny větší měrou sociokulturními vlivy jako je vliv výchovy či dané kultury, potom budou partnerské preference transsexuálních jedinců (kteří byli vychováváni v souladu s jejich biologickým pohlavím) typičtější pro jejich biologické pohlaví a nebudou vykazovat změny během hormonální a chirurgické přeměny jejich biologického pohlaví.
d) Pokud partnerské preference podléhají alespoň do jisté míry změnám v aktuálních hladinách pohlavních hormonů, potom lze předpokládat, že v průběhu změny hormonálního profilu u transsexuálních jedinců dojde i ke změně jejich

[10] Samci začnou vykazovat „lordózu“, tedy samičí pozici při páření, nesnaží se „naskakovat“ a nechají se pářit jinými samci

partnerských preferencí směrem od preferencí typických pro biologické pohlaví k preferencím typickým pro psychické pohlaví.

Na základě výsledků mé bakalářské práce, studia dostupné vědecké literatury zabývající se relevantní tématikou (viz teoretická část) a také osobní komunikace s transsexuálními muži a dr. Hanou Fifkovou předpokládám u účastníků následujícího výzkumu partnerské preference odpovídající preferencím heterosexuálních netranssexuálních mužů i při nastoupení do procesu přeměny, nicméně vzhledem ke změnám, kterým budou v průběhu procesu vystaveni – tedy psychologické terapii, podávání mužského pohlavního hormonu testosteronu v podobě léků (a následným fyzickým proměnám způsobených jeho působením), sterilizaci, případné operaci genitálií a v neposlední řadě coming outu a reakci okolí – očekávám ještě více typické maskulinní preference.

4. *Fáze přeměny pohlaví*

Proč jsem se rozhodla k právě takovému rozdělení testovaných fází procesů přeměny pohlaví? Zúčastnila jsem se několika sezení s translidmi a s některými z nich (kteří již mají proces přeměny za sebou) jsem konzultovala i jednotlivé přelomové fáze v samotném procesu. I v dostupné literatuře jsem se dozvěděla, že většina výzkumníků odlišuje fáze přeměny podobným způsobem, například Cohen-Kettenis & Gooren (1999): Drtivá většina budoucích transsexuálních pacientů zakouší v období před nastoupením do procesu přeměny pohlaví mnohé psychické problémy z toho vycházející. Proto je velmi vhodné vyhledat psychologickou pomoc u odborníků zabývajících se poruchami pohlavní identity. To je také první krok v cestě přeměny – po seznámení se s psychologem a vyložení vlastní situace velmi často následuje účast na skupinovém sezení, ve kterém se jedinec setká s dalšími transsexuály, kteří jsou však již v procesu přeměny různě daleko.

Pravidelné skupinky se pořádají i v Praze u doktorky Fifkové a hlavním tématem je společné probírání různých alternativ přeměny a ti, kteří jsou v procesu dál, vlastně pomáhají „vyšlapat cestičku“ nováčkům, rozebírají se praktické zkušenosti jak s úřady, tak s rodinou i úskalí a přínosy operací. Osobně se domnívám, že pro nově příchozí jsou skupinky jednou z nejdůležitějších částí terapie, nabírají zde zkušenosti, cítí se být mezi „svými“, vnímají pochopení i pomoc ostatních. Nicméně individuální sezení

s psychologem (a případně rodinnými příslušníky, partnerem či blízkými přáteli) a skupinová sezení jsou společně součástí jen jedné části terapie.

Další součástí procesu přeměny pohlaví je hormonální léčba, kterou odpovědný psychiatr nasadí až po stanovení diagnózy transsexuality a po odchození dostatečného počtu psychologických sezení. Užívání hormonálních preparátů (u female-to-male transsexuálů se jedná o pohlavní hormony androgeny, hlavně testosteron) napomáhá k určitým fyziologickým změnám, které jedinci pomohou s výše již zmiňovaným Real-life testem. Během Real-life testu transsexuální jedinec musí prokazatelně začít zkoušet žít v sociální roli svého psychického pohlaví (tzn. informovat o procesu přeměny pohlaví v práci, v rodině, ve svém blízkém okolí a žít v pohlavní roli svého psychického pohlaví), v tomto období může také oficiálně začít používat obojetné jméno (například Míra Janků).

Následující velký zlom v procesu přeměny pohlaví je podstoupení operační přeměny, která je nutná k tomu, aby byl jedinec úředně evidován jak příslušník pohlaví, kterým se cítí být – v případě female-to-male se jedná o odstranění ženských reprodukčních orgánů a prsou. Pro podstoupení operace je nutné schválení jednotlivých individuálních případů od speciální komise, která ve svém rozhodování bere v potaz například právě schopnost jednotlivce úspěšně fungovat v nové roli (tedy úspěšný Real-life test) a účinnost psychické a hormonální terapie.

The World Professional Association for Transgender Health stanovila kritéria pro možnost podstoupení operační přeměny pohlaví:

1. Žadatel musí dosáhnout dospělosti (záleží na věkové hranici jednotlivých států)
2. Je třeba, aby minimálně jeden rok podstupoval cross-sex hormonální léčbu
3. Minimálně jeden rok musí úspěšně zvládat Real-life test (tedy žije a je akceptován v roli svého psychického pohlaví)
4. Je nutné doporučení/schválení k operaci o dalších dvou profesionálů, než je pacientův ošetřující lékař
5. Žadatel o operační přeměnu pohlaví musí být schopný prokázat své znalosti a uvědomění si nákladů operace, jejích rizik a možných komplikací, dlouhodobost hospitalizace a post-operační rehabilitace u jednotlivých procedur

Připravenost žadatele na operaci se pak posuzuje podle dalších kritérií:

1. Co jedinci přinese upevnění jeho genderové identity

2. Schopnost vypořádat se s rodinnými, pracovními a mezilidskými problémy takovým způsobem, který vede k lepšímu stavu duševního zdraví
3. Kontrola problémů v předchozí léčbě, jako je zneužívání návykových látek či sebevražedné sklony (Meyer a kol. 2006)

První fází operační přeměny pohlaví u female-to-male transsexuálů je mastektomie, tedy odstranění ženských prsou. Je důležité zmínit, že u některých je to i jediná podstoupená operace (viz výše), avšak dostatečná pro psychickou úlevu, protože ženská prsa jsou na první pohled patrná a tím vytváří výraznou překážku v každodenním životě female-to-male. Odstranění prsou je také první nereverzibilní zákrok v přeměně pohlaví (stejně nereverzibilní jsou pak i další podstoupené operace). Po mastektomii již následuje hysterektomie, tedy odstranění ženských reprodukčních orgánů a prodloužení močové trubice. Tyto operace jsou nutné pro úřední uznání k mužskému pohlaví, další případné rekonstrukce neopenisu jsou již na individuální úvaze každého jedince (Bowman & Goldberg 2006).

Poslední fází v mém výzkumu je období po operační přeměně pohlaví. Je to chvíle, kdy se transsexuální člověk stane oficiálně a úředně příslušníkem svého psychického pohlaví. Po této „hlavní“ operaci mnohdy následují další estetické úpravy napomáhající dosáhnout co nejpřesvědčivějšího vzhledu (vedle rekonstrukce neopenisu a varlat /viz výše/ jsou možné úpravy obličeje – tedy nejčastěji vytvoření mužských nadočnicových oblouků a lícních kostí, rhinoplastika. Dále pak různé druhy silikonových implantátů k docílení muskulatury a liposukce „ženských“ partií. (Bowman & Goldberg 2006). Jejich vliv na psychiku jedince je jistě veliký a v partnerském chování může působit značné rozdíly (minimálně v sexuálním životě), nicméně rozsah následných operací a zákroků je velmi individuální a dopad a výsledky jsou těžko zobecnitelné a tedy porovnatelné. Proto jsem se rozhodla pooperační fázi brát jako poslední.

Drtivá většina transsexuálních pacientů využívá psychologické péče i po operační přeměně pohlaví – ať už pro svou vlastní potřebu nebo jako součást skupinových terapií.

5. *Metody*

5.1. Participanti

Transsexuální participanti Účastníky výzkumu jsem kontaktovala většinou osobně, a to zejména díky vstřícnosti dr. Hany Fifkové, která mě na základě mé emailové žádosti pozvala na skupinová sezení female-to-male „kluků“. Právě účast na těchto sezeních mi z hlediska praktické zkušenosti přinesla nejvíce. Skupinky trvají cca něco málo přes hodinu a na začátku jsme se vždy všichni vzájemně představili – já jsem krátce vyložila důvod mé přítomnosti a požádala přítomné o spolupráci na výzkumu. Poté následovalo běžné skupinové povídání u dr. Fifkové a po jeho konci mi na sebe dali dobrovolníci kontakt – podrobnější představení mého výzkumu společně s cíly a záměry jsem tedy participantům zaslala i v písemné formě, takže všichni byli plně informováni s tím, že v případě jakýchkoliv dotazů mě mohli kontaktovat s upřesňujícími dotazy. Žádný z účastníků výzkumu však této možnosti nevyužil. (písemná žádost, viz Příloha 1)

Velmi významně mi pak pomohl jeden z participantů ze skupinek, který vyvěsil na internetovém serveru pro transkluky moji oficiální žádost o spolupráci s online odkazem. Cca polovinu vyplněných dotazníků jsem tedy nakonec získala touto cestou. (písemná žádost, viz Příloha 2)

Samozřejmě že ne všichni, které jsem požádala, se nakonec vyplňování dotazníku zúčastnili. Sběr tak vysokého počtu heterosexuálních (vzhledem ke svému psychickému pohlaví) female-to-male translidí v České Republice je opravdu náročný. Proto jsme nakonec museli upustit od první formy návrhu na výzkum:

1. ***Verze:*** Původní záměr výzkumu této diplomové práce byla longitudinální studie female-to-male transsexuálů, kteří by vyplňovali předložený online dotazník zaměřený na partnerské preference opakovaně postupně v různých fázích procesu přeměny pohlaví – tedy:
    a. Na samotném začátku psychologické terapie – v této fázi by bylo jejich biologicky ženské tělo plně vystaveno působení ženských pohlavních hormonů a okolí by je přijímalo jako ženu. Nacházeli by se na samotném začátku oficiálního přiznání si své vlastní transsexuality a začínali by se aktivně pravidelně účastnit psychologických sezení u sexuologa
    b. Do druhé fáze by se účastníci výzkumu dostali ve chvíli, kdy by jim byly předepsány k užívání mužské pohlavní hormony – tím bychom

sledovali možný vliv psychologických sezení bez přítomnosti účinků hormonální terapie

c. Třetí období vyplnění by nastalo ve chvíli, kdy již participanti dlouhodobě užívali mužské pohlavní hormony a na základě schválení odborné komise by se chystali podstoupit operační přeměnu pohlaví – zde bychom již sledovali vliv nejen psychologických sezení, ale také hormonálních preparátů (nicméně za stálého působení pohlavních hormonů biologického pohlaví) a Real-life testu (coming outu)

d. Počtvrté by female-to-male vyplnili dotazník po zotavení z operační přeměny pohlaví – zde bychom zjistili konečný vliv hormonální terapie, psychologické péče, i celkově života v nové roli (včetně mužského vzezření)

Nicméně od této představy jsme nakonec byli nuceni ustoupit, protože nebylo možné zajistit dostatečné množství participantů – celý proces přeměny je dlouhodobou záležitostí a ochota účastnit se longitudinálního výzkumu velmi často pozvolna během doby upadá. To ale nebyl jediný problém – největší překážkou se zdál být příliš vysoký a zavazující požadavek o spolupráci na dlouhodobém výzkumu u transsexuálních kluků, kteří byli na samotném počátku procesu přeměny. Při představě, co všechno je čeká, navíc v té rané fázi mnohdy ještě nebyli připraveni se o své trápení dělit s jiným člověkem, než terapeutem. Dalším problémem byl často nízký věk transkluků při nástupu do terapie, protože hranici pro vyplnění partnerského dotazníku jsme určili na 18 let, a to z etických důvodů a také proto, aby vůbec mohli participanti nějakým porovnatelným způsobem hodnotit svůj dosavadní partnerský život a preference.

2. ***Verze:*** Po uvědomění si komplikací s první verzí jsme nakonec přistoupili k inter-subjektovému designu studie, kdy jsme ponechali výše zmíněné 4 fáze přeměny pohlaví, nicméně sesbírali jsme data od translidí v různých fázích procesu přeměny pohlaví (a tyto fáze sami uvedli) – každý participant pak vyplnil dotazník pouze jednou a následně se vyhodnotily výsledky komparativně pro jednotlivé fáze.

Komparativní skupina Komparativní skupinu heterosexuálních netranssexuálních mužů jsem se nakonec snažila utvořit tak, aby přibližně demografickými údaji (zejména věk a vzdělání) odpovídala skupině transsexuálních participantů. Účastníky výzkumu jsem kontaktovala většinou přes přátele a známé a pomocí komunikačních online serverů

s víceméně neformální formou žádosti o spolupráci.

Výzkumu se zúčastnilo celkem 47 transsexuálních mužů starších 18 let. Pro naše účely jsme nakonec použili 36 kompletně vyplněných dotazníků (8 dotazníků nebylo vyplněných kompletně, 3 participanti uvedli svou sexuální orientaci jako homosexuální), přičemž jsme participanty nakonec rozdělili do 3 skupin podle fáze procesu přeměny pohlaví, ve které se nacházeli. To znamená 11 mužů na počátku procesu přeměny pohlaví, kteří v té době nepodstupovali hormonální léčbu (dále skupina 1), 11 mužů v té chvíli užívající hormonální preparáty nicméně do té doby nepodstoupili operační přeměnu pohlaví (dále skupina 2) a 14 mužů s absolvovanou operační přeměnou pohlaví (dále skupina 3).

Ke skupině transsexuálních mužů jsme získali kompletně vyplněný dotazník od 16 heterosexuálních netranssexuálních mužů starších 18 let (dále skupina 0). U této kontrolní skupiny jsme nepoužili pro statistické účely 3 dotazníky, protože nebyly vyplněné kompletně.

5.2. Měřící nástroje

5.2.1. Dotazník na partnerské preference transsexuálů female-to-male v různých fázích procesu přeměny pohlaví

Na základě studia dotazníků zaměřených na partnerské preference jsme se s vedoucí mé diplomové práce snažily utvořit co nejvíce vypovídající dotazník. Po jeho vytvoření jsem data zanesla do programu Qualtrics a upravila je do dvou verzí – jednu pro transsexuální participanty, druhou pro komparativní skupinu heterosexuálních mužů (stejný dotazník, pouze bez otázky týkající se fáze přeměny pohlaví) (dotazník viz Příloha 3). Všem dobrovolným účastníkům jsem zaslala online odkaz na stránky Qualtricsu s postupem. Po rozkliknutí se jim otevřel dotazník a jejich vyplnění se následně pod číselným kódem uložilo do databáze programu.

Součástí online dotazníku byl i informovaný souhlas, který potvrdili všichni účastníci výzkumu. Bez potvrzení nebylo možné pokračovat ve vyplňování.

<u>Dotazník se skládá celkem z 5 otázkových bloků:</u>

1. Základní demografické údaje

První blok dotazníku se věnoval zjištění základních demografických údajů o účastnících výzkumu, tedy jejich „věk“, „odkud pocházejí“, jakého dosáhli „vzdělání“ a zda mají nějaké „starší či mladší sourozence“ (pro zjištění možného vlivu pořadí narození na přítomnost transsexuality) nebo „vlastní děti“. Účastníci vybírali z nabízených otázek, jejichž hodnota byla stoupající na pětibodové škále.

2. Hodnocení atraktivity osobnostních charakteristik

Participanti v této části dotazníku na pětibodové škále (velmi preferuji - spíše preferuji – ani preferuji ani nepreferuji – spíše nepreferuji – vůbec nepreferuji) hodnotili 34 povahových rysů, vybraných z rozsáhlé studie Davida Busse (viz výše) zaměřené na partnerské preference mužů a žen (Buss, 1986).

3. Hodnocení fyzické atraktivity

Třetí blok otázek se věnoval preferencím fyzické atraktivity a je rozdělený na tři části – v první části účastníci výzkumu ohodnocovali fyzické rysy u ideální partnerky (na pětibodové škále od „velmi preferuji“ po „vůbec nepreferuji“), ve druhé části hodnotili atraktivitu kompozitních snímků hodnocených v jiném výzkumu (viz Příloha 3) jako femininní a maskulinní tváře (na pětibodové škále od „velmi přitažlivá“ až „zcela nepřitažlivá“), ve třetí části posuzovali 4 obrázkové stimuly podle toho, který z obrázků se jim zdá nejpřitažlivější (viz Příloha 3).

4. Sebehodnocená atraktivita

Čtvrtý blok otázek dotazníku byl zaměřený na hodnocení atraktivity vlastního obličeje a těla. Participanti na pětibodové škále hodnotili atraktivitu (od „velmi atraktivní“ po „zcela neatraktivní“) a spokojenost (od „velmi spokojený“ po „zcela nespokojený“) se svým obličejem a tělem, dále hodnotili míru maskulinity/femininity svého obličeje a těla (od „zcela maskulinní“ po „zcela femininní“).

5. Sexualita

   a. Pocity a aktivity v určitých fázích života

První část otázek zaměřených na sexualitu se věnovala zjištění sexuálních pocitů a aktivit během dosavadního života (Kinsey a kol. 1948) – participanti zde odpovídali na

sedmibodové škále s osmou možností – žádné sexuální pocity nebo aktivity jsem neprožíval/a (sexuální aktivity/pocity zaměřené pouze na ženy – většina sexuálních aktivit/pocitů zaměřených na ženy, ale občasné sexuální pocity zaměřené na muže - většina sexuálních aktivit/pocitů zaměřená na ženy, ale mnohdy sexuální pocity jednoznačně zaměřené na muže - sexuální aktivity/pocity rozdělené přibližně stejně mezi muže a ženy. Žádná jednoznačná preference pro jedno či druhé pohlaví - většina sexuálních aktivit/pocitů zaměřená na muže, ale občasné sexuální pocity zaměřené na ženy - většina sexuálních aktivit/pocitů zaměřena na muže, ale mnohdy sexuální pocity zaměřené na ženy – sexuální aktivity/pocity zaměřené pouze na muže).

b. Preferovaná role v sexuálním a partnerském životě

V této části dotazníku uváděli participanti preferovanou roli (submisivní nebo dominantní) v partnerství a sexuálním styku na pětibodové škále (od „submisivní“ po „zcela dominantní“).

c. Standardizovaný dotazník SOI

Další část bloku o sexualitě se zaměřila na sociosexualitu, tedy tendenci k sexuální variabilitě a promiskuitě[11]. Zde jsme zařadili standardizovaný dotazník Sociosexual Orientation Inventory SOI (Penke&Asendorpf 2008[)])a na základě doporučeného manuálu jsme nasbíraná data upravili v SPSS a kromě spočítání celkového skóru SOI jsme spočítali průměrné skóry subškál „sociosexuální chování“, „sociosexuální postoje“ a „sociosexuální touhy“.

d. Počty sexuálních partnerů

Participanti v této části uvedli celkový „počet svých sexuálních partnerů“ a „kolik z těchto partnerů bylo žen“ a „kolik mužů“. Dále uvedli věk, ve kterém měli svůj první pohlavní styk. Na tyto otázky neodpovídali na škále, ale sami uvedli daný počet a stáří.

e. Role v současném vztahu

[11] Pojem „sociosexualita“ označuje rozdílné přístupy jednotlivců k nezávazným sexuálním vztahům – mezi muži a ženami byly výzkumy zjištěné signifikantní odlišnosti

Poslední otázky dotazníku se týkaly toho, zda mají participanti v současné chvíli „partnerský vztah, který považují za perspektivní“ a pokud ano, zajímalo nás, jakou roli (submisivní/dominantní) v tomto partnerském a sexuálním vztahu zastávají – zde odpovídali na pětibodové škále od „submisivní“ po „dominantní“.

5.2.2. Statistická analýza

Analýzu předloženého dotazníku jsme provedli ve statistickém programu SPSS, do kterého se převedla data přímo z online programu Qualtrics a následně jsme je vhodně upravili pro potřeby statistické analýzy. Pro zobrazení statisticky významných výsledků v jednotlivých otázkových blocích prezentujeme grafy z programu SPSS, které jsou upravené pro lepší přehlednost.

Nejprve jsme provedli testy normality pomocí Shapiro-Wilkova testu a u většiny dat se ukázalo nenormální rozložení. Z tohoto důvodu a také z důvodu relativně malého počtu jedinců v jednotlivých skupinách, jsme používali neparametrické statistické testy, pokud to bylo možné. U jednotlivých bloků jsme nejprve provedli srovnání kontrolní skupiny netranssexuálních mužů a transsexuálních participantů pomocí neparametrického Mann Whitney U testu u kategorických dat, u nominálního typu dat jsme použili chí-kvadrát (pomocí crosstabs). Faktory zde byly kontrolní skupina a transsexuální muži. Následně jsme provedli analýzu všech čtyř zkoumaných skupin pomocí jednosměrné analýzy variance ANOVA, kde faktory byly námi zkoumané skupiny (0, 1, 2, 3). Statisticky významné výsledky jsme dále hlouběji analyzovali pomocí post-hoc LSD testů.

U hodnocení atraktivity osobnostních charakteristik jsme provedli faktorovou analýzu. Výsledné faktory jsme zanalyzovali pomocí neparametrického Mann Whitney U testu pro srovnání kontrolní skupiny a transsexuálních mužů, pro srovnání všech zkoumaných skupin jsme použili jednosměrnou analýzu variance ANOVA.

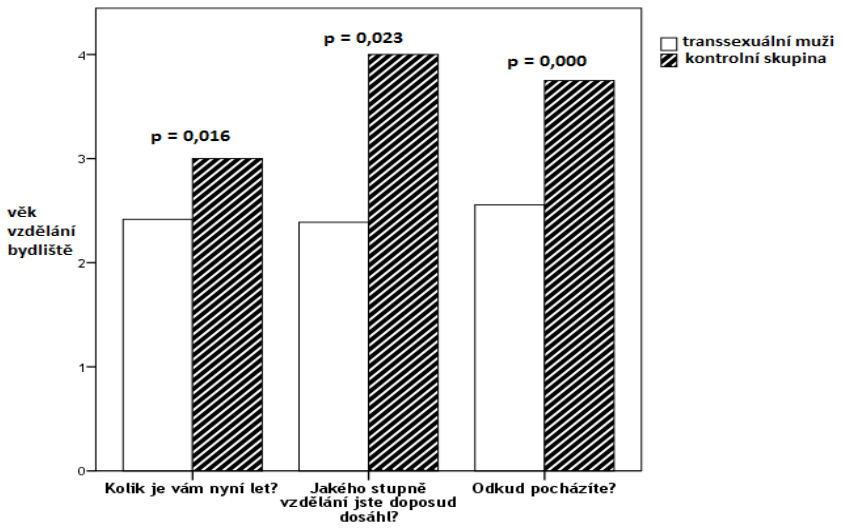
6. *Analýzy*

6.1. Deskriptivní statistika

U všech otázek jsme provedli důkladnou exploraci deskriptivní statistiky, abychom získali co nejpodrobnější a nejvíce vypovídající informace – výsledky deskriptivní statistiky jsem zahrnula do výčtu zjištěných výsledků pro jejich doplnění a hlubší porozumění. Pokud participanti na pětibodové škále u hodnocení povahových a fyzických znaků průměrně skórovali 3-5, tedy „ani preferuji ani nepreferuji – spíše nepreferuji – vůbec nepreferuji“, považujeme jejich preferenci za negativní, pokud na pětibodové škále průměrně vyplňovali mezi 1-3, tedy „preferuji - spíše preferuji - ani preferuji, ani nepreferuji“, považujeme jejich preferenci za pozitivní.

6.2. Základní demografické údaje

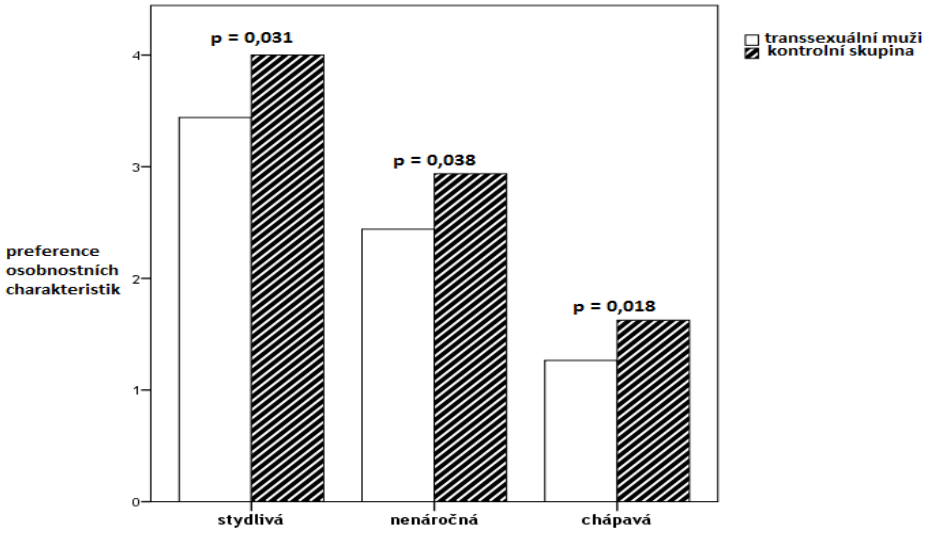
Pomocí neparametrického Mann-Whitney U testu jsme porovnali kontrolní skupinu heterosexuálních netranssexuálních mužů s transsexuálními participanty *(graf 1)*, a zjistili jsme, že skupiny se od sebe signifikantně odlišují ve „věku“ (Mann-Whitney U = 405,0, p = 0,016), nejvyšším dosaženém „vzdělání“ (Mann-Whitney U = 446,0, p = 0,001) a „odkud pocházejí“ (Mann-Whitney U = 472,0, p < 0,001) – ve srovnání s netranssexálními muži byli transsexuální muži signifikantně mladší, jejich nejvyšší dosažené vzdělání je nižší a pocházejí častěji z míst s menším počtem obyvatel. V otázce ohledně věku jsme provedli i srovnání všech skupin pomocí ANOVY a zjistili jsme, že kontrolní skupina se signifikantně odlišuje pouze od heterosexuálních mužů na počátku přeměny pohlaví (F = 3,409, p = 0,007), kteří se současně signifikantně lišili i od transsexuálních mužů s absolvovanou přeměnou pohlaví (p = 0,009). Transsexuální muži skupiny 1 byli ze všech skupin průměrně nejmladší. V „pořadí narození“ se od sebe skupiny nelišily (p > 0,05). Vzhledem k nominálnímu typu dat u otázky zda participanti „mají nějaké vlastní děti“ (odpověď ANO NE), jsme analýzu provedli pomocí Crosstabs a zjistili jsme, že kontrolní a transsexuální muži se mezi sebou nelišili v počtu vlastních dětí (Chi-square = 0,010, p = 0,921).



1. Sloupcový graf - signifikantní odlišnosti u demograficky zaměřených otázek, vyhodnoceno Mann Whitney U testem, faktorem kontrolní skupina a transsexuální muži

6.3. Hodnocení atraktivity osobnostních charakteristik

V otázkách zaměřených na preferované povahové vlastnosti u ideální partnerky se od sebe kontrolní skupina netranssexuálních mužů a transsexuální muži signifikantně odlišovali u vlastností *(graf 2)* „stydlivá“ (Mann-Whitney U = 370,5, p = 0,031), „nenáročná“ (Mann-Whitney U = 375,0, p = 0,038) a „chápavá“ (Mann-Whitney U = 385,5, p = 0,018). Ve všech třech povahových rysech transsexuální muži projevili silnější preferenci, přičemž u „stydlivé“ partnerky se jednalo o preferenci negativní u obou skupin, u „chápavé“ a „nenáročné“ naopak o preferenci pozitivní. U ostatních povahových rysů se od sebe kontrolní skupina a transsexuální muži nelišili (všechna p > 0,05).



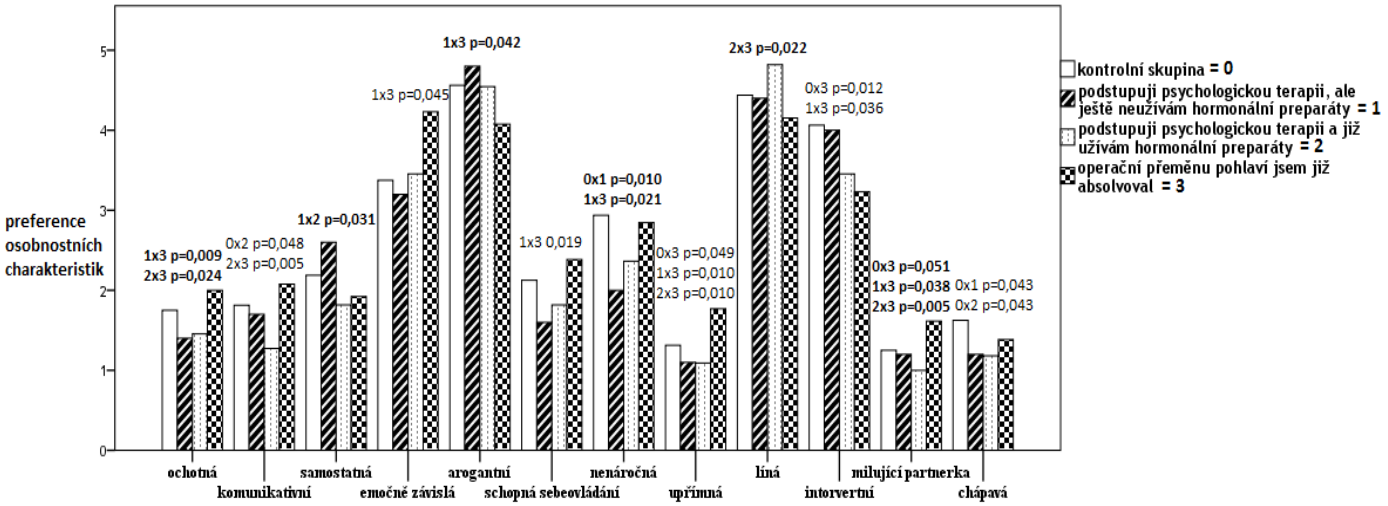
2. Sloupcový graf - signifikantní odlišnosti u preferovaných povahových rysů, vyhodnoceno Mann Whitney U testem, faktorem kontrolní skupina a transsexuální muži (čím vyšší hodnocení, tím nižší preference)

Pro srovnání preferencí povahových vlastností u ideální partnerky mezi všemi skupinami mužů (0, 1, 2, 3) jsme provedli jednosměrnou analýzu variance ANOVA *(graf 3, tabulka 1).* Zjistili jsme signifikantní rozdíly u 12 preferovaných povahových rysů, konkrétně partnerka „ochotná“, „komunikativní“, „samostatná“, „emočně závislá“, „arogantní“, „schopná sebeovládání“, „nenáročná“, „upřímná“, „líná“, „introvertní“, „chápavá a milující partnerka“. Post-hoc testy ukázaly, že nejméně často se od sebe lišily skupiny 1 a 2, tedy transsexuální muži, kteří dosud nepodstoupili operační přeměnu pohlaví. Tito se lišili v preferencích povahového rysu „samostatná“ (F = 1,833, p = 0,031), přičemž skupina 2 projevila silnější preferenci této vlastnosti. Statistický trend se u této vlastnosti ukázal i mezi skupinami 1 a 3 (p = 0,078), což jsou, jak dále uvidíme, dvě nejčastěji se od sebe lišící skupiny.

Ve třech případech se odlišovala kontrolní skupina od transsexuálních mužů před operační přeměnou pohlaví, a to u vlastností „nenáročná“ (sk. 0 a 1 F = 3,098, p = 0,010) a „komunikativní“ (sk. 0 a 2 F = 2,996, p = 0,048). U obou těchto vlastností se skupiny 1 a 2 signifikantně odlišovaly současně i od transsexuálních mužů s absolvovanou přeměnou pohlaví, tedy sk. 3 („nenáročná“ sk. 1 a 3 p = 0,021, „komunikativní“ sk. 2 a 3 p = 0,005) a ve všech případech projevili muži s dosud neabsolvovanou operační přeměnou silnější pozitivní preferenci než kontrolní skupina a transsexuální muži s absolvovanou operační

přeměnou. Dále se skupiny 1 a 2 od kontrolních netranssexuálních mužů odlišovali v povahovém rysu „chápavá“ (obě p = 0,043, F = 2,046) a projevili zde silnější preferenci.

Nejčastěji se signifikantní odlišnosti projevily mezi transsexuálními muži po operační přeměně (sk. 3) a oběma skupinami transsexuálních mužů bez absolvované přeměny pohlaví, a to celkem v 10 případech: obě skupiny 1 a 2 se odlišovaly v povahových rysech „ochotná“ (F = 3,116, sk. 1 a 3 p = 0,009, sk. 2 a 3 p = 0,024), „upřímná“ a „milující partnerka“. U „upřímné“ (F = 3,391, sk. 0 a 3 p = 0,049, sk. 1 a 3 p = 0,010, sk. 2 a 3 p = 0,010) a „milující partnerky“ (F = 3,260, sk. 0 a 3 p = 0,051, sk. 1 a 3 p = 0,038, sk. 2 a 3 p = 0,005) se navíc skupina 3 lišila od všech tří zbylých skupin (včetně kontrolní), přičemž všechny tři projevily silnější pozitivní preferenci v obou případech. V povahových rysech „emočně závislá“ (F = 1,797, p = 0,045), „arogantní“ (F = 1,658, p = 0,042), „schopná sebeovládání“ (F = 2,350, p = 0,019), „nenáročná“ (F = 3,098, p = 0,010) a „introvertní“ (F = 2,873, p = 0,036) se lišily skupiny 1 a 3. U vlastností „arogantní“ a „introvertní“ projevili transsexuální muži na počátku přeměny pohlaví silnější negativní preferenci, u partnerky „schopné sebeovládání“ a „nenáročné“ zase silnější preferenci. „Emočně závislou“ partnerku silněji nepreferují transsexuálové s absolvovanou operační přeměnou. Ve vlastnostech „komunikativní“ (F = 2,996, p = 0,005) – skupina 2 silněji preferovala a „líná“ (F = 1,866, p = 0,022) – skupina 2 silněji nepreferovala, se lišily skupiny 2 a 3.



3. Sloupcový graf - signifikantní výsledky u preferovaných povahových rysů, vyhodnoceno ANOVou, faktorem jednotlivé skupiny 0, 1, 2, 3 (čím vyšší hodnocení, tím nižší preference)

Vlastnosti	**Hodnota F**	**Ø hodnocení na pětibodové škále**	**Rozdíly mezi skupinami**	**Hodnota p**
Ochotná	3,116	1,36 x 2,0 1,45 x 2,0	1 x 3 2 x 3	0,009 0,024
komunikativní	2,996	1,81 x 1,27 1,27 x 2,07	0 x 2 2 x 3	0,048 0,005
Samostatná	1,833	2,60 x 1,82	1 x 2	0,031
emočně závislá	1,797	3,20 x 4,07	1 x 3	0,045
arogantní	1,658	4,80 x 4,07	1 x 3	0,042
schopná sebeovládání	2,350	1,60 x 2,38	1 x 3	0,019
Nenáročná	3,098	2,94 x 2,00 2,00 x 2,86	0 x 1 1 x 3	0,010 0,021
Upřímná	3,391	1,31 x 1,79 1,09 X 1,79 1,09 x 1,79	0 x 3 1 x 3 2 x 3	0,049 0,010 0,010
Líná	1,866	4,82 x 4,14	2 x 3	0,022
Introvertní	2,873	4,06 x 3,14 4,00 x 3,14	0 x 3 1 x 3	0,012 0,036
milující partnerka	3,260	1,25 x 1,64 1,18 x 1,64 1,00 x 1,64	0 x 3 1 x 3 2 x 3	0,051 0,038 0,005
Chápavá	2,046	1,64 x 1,18 1,64 x 1,18	0 x 1 0 x 2	0,043 0,043

Tabulka 1 – preference povahových charakteristik

6.4. Faktorová analýza hodnocení atraktivity osobnostních charakteristik

Hodnocení preference osobnostních charakteristik jsme zanalyzovali také pomocí analýzy hlavních komponent s rotací Varimax. Zjistili jsme tak celkem 6 faktorů, jejichž celková hodnota variance činila 56,6%. Faktor 1 jsme pojmenovali *Panovačná partnerka,* protože byl sycen povahovými rysy „chladná“, „arogantní“, „líná“, „neurotická“, „vypočítavá“, „dominantní“. Faktor 1 vysvětluje 13,567 % variance. Faktor 2 jsme pojmenovali *Společenská partnerka*, protože byl sycen povahovými rysy „společenská“, „extrovertní“, „sebevědomá“, „komunikativní“- Faktor 2 vysvětluje 12,180 % variance. Faktor 3 jsme pojmenovali *Vřelá partnerka*, protože byl sycen povahovými rysy „milující partnerka“, „upřímná“, „chápavá“. Faktor 3 vysvětluje 8,7 % variance. Faktor 4 jsme pojmenovali *Soběstačná partnerka,* protože je sycen povahovými rysy „samostatně výdělečně činná“, „dobře finančně zajištěná“, „vzdělaná“, „ambiciózní“. Faktor 4 vysvětluje 8,112 % variance. Faktor 5 jsme pojmenovali *Nesebevědomá partnerka,* protože byl sycen povahovými rysy „ustrašená“, „submisivní“, „stydlivá“. Faktor 5 vysvětluje 6,895 % variance. Faktor 6 jsme pojmenovali *Milá partnerka,* protože byl sycen povahovými rysy „příjemná“, „ochotná“, „nenáročná“. Faktor 6 vysvětluje 6,510 % variance.

Povahový rys	Faktor 1 **Panovačná**	Faktor 2 **Společenská**	Faktor 3 **Vřelá**	Faktor 4 **Soběstačná**	Faktor 5 **Nesebevědomá**	Faktor 6 **Milá**
Chladná	0,761					
Arogantní	0,760					
Líná	0,760					
Neurotická	0,658					
Vypočítavá	0,655					
Dominantní	0,537					
Společenská		0,859				

Extrovertní		0,800				
Sebevědomá		0,683				
Komunikativní		0,663				
Milující part.			0,826			
Upřímná			0,776			
Chápavá			0,700			
Samostatně vydělávající				0,843		
Dobře fin. zajištěná				0,737		
Vzdělaná				0,703		
Ambiciózní				0,594		
Ustrašená					0,782	
Submisivní					0,772	
Stydlivá					0,640	
Příjemná						0,801
Ochotná						0,738
Nenáročná						0,696
% variance	13,567 %	12,180 %	9,350 %	8,112 %	6,895 %	6,510 %
Celková variance	56,6 %					

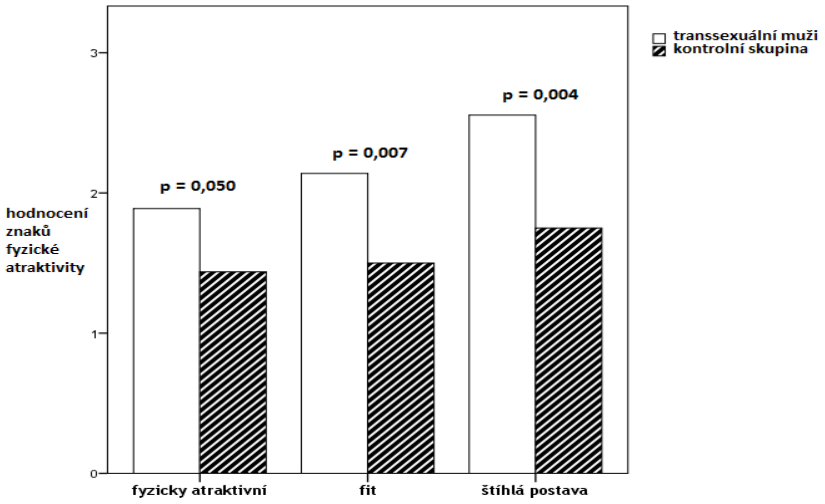
Tabulka 2 - faktorová analýza hodnocení atraktivity osobnostních charakteristik

Kontrolní skupinu a transsexuální muže jsme porovnali pomocí neparametrického Mann Whitney U testu a nezjistili jsme mezi nimi žádné statisticky významné odlišnosti. Při porovnání všech zkoumaných skupin v ANOVě jsme ale zjistili signifikantní odlišnosti u preferencí faktoru 3 („vřelá partnerka“) a faktoru 6 („milá partnerka“). V preferencích „vřelé partnerky“ se odlišovali transsexuální muži s absolvovanou operační přeměnou od obou skupin (1 a 2) transsexuálních mužů před operační přeměnou pohlaví (F = 3,263, sk. 1 a 3 p = 0,020, sk. 2 a 3 p = 0,008), přičemž transsexuální muži po operační přeměně pohlaví v obou případech projevili nižší pozitivní preferenci. Vizuální explorace deskriptivní statistiky také naznačila, že v průměru všichni participanti hodnotili vlastnosti „vřelé partnerky“ velmi pozitivně, muži ze skupiny 3 však v poměru k nim nejméně. U faktoru 6, tedy vlastností „milé partnerky“ jsme zjistili signifikantní odlišnosti mezi transsexuálními muži před operační přeměnou pohlaví a kontrolní a 3. skupinou (F = 4,583, sk. 0 a 1 p = 0,009, sk. 1 a 3 p = 0,002, sk. 2 a 3 p = 0,030). Deskriptivní statistika pak naznačila, že muži před operační přeměnou pohlaví tyto vlastnosti preferuji silněji.

6.5. Hodnocení fyzické atraktivity

6.5.1. Hodnocení fyzických rysů

V první řadě jsme porovnali výsledky hodnocení fyzických rysů ideální partnerky u transsexuálních mužů a kontrolní skupiny pomocí neparametrického Mann-Whitney U testu *(graf 4),* přičemž jsme zjistili signifikantní odlišnosti v hodnocení tří fyzických znaků – v preferencích „fyzicky atraktivní“ partnerky byl rozdíl na hranici signifikance (Mann-Whitney U = 179,5, p = 0,050) a u dalších dvou znaků „fit“ (Mann-Whitney U = 146,0, p = 0) a preference „štíhlé postavy“ (Mann Whitney U = 148,0, p = 0) se skupiny lišily signifikantně. Ve všech těchto rysech projevili netranssexuální muži signifikantně vyšší preference než muži transsexuální. V hodnocení zbývajících rysů fyzické atraktivity („femininní vzhled“, „sex-appeal“, „dlouhé vlasy“, „plnoštíhlá postava“, „sportovní typ“) se od sebe transsexuální muži a kontrolní skupina nelišily (všechna p > 0,05).

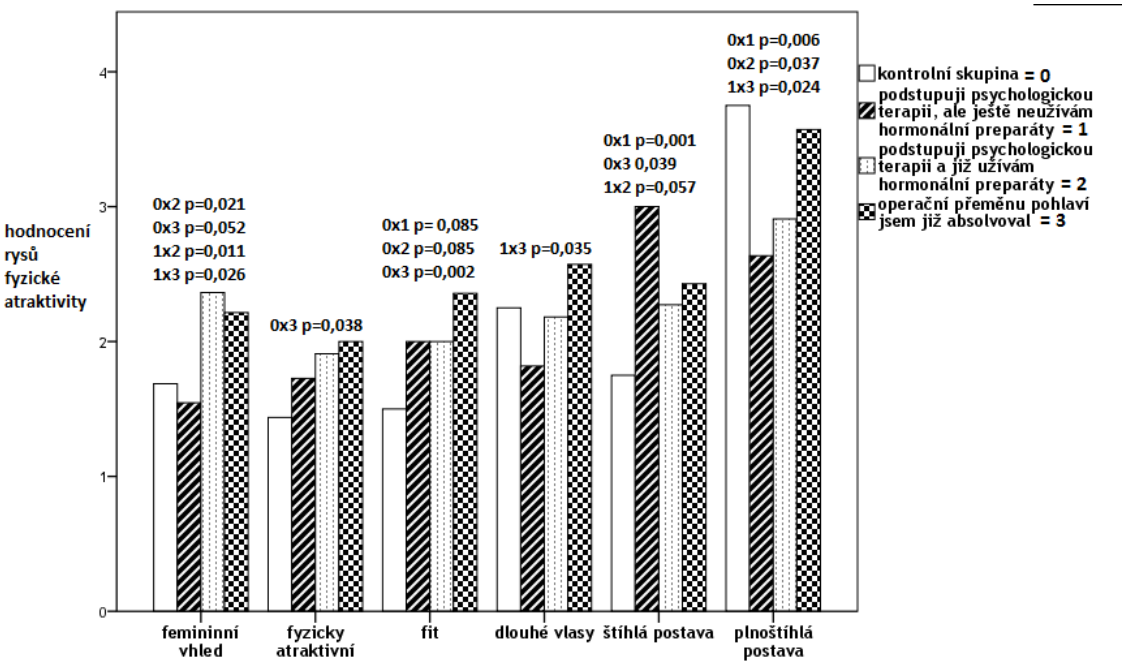


4. Sloupcový graf - signifikantní odlišnosti v preferencích fyzických znaků, vyhodnoceno Mann Whitney U testem, faktorem kontrolní skupina a transsexuální muži. (čím vyšší hodnocení, tím nižší preference)

Srovnání všech zkoumaných skupin pomocí ANOVy *(graf 5, tabulka 2)* přineslo následující výsledky: Jednotlivé skupiny se od sebe signifikantně lišily v preferencích znaků „femininní rysy“, „fyzicky atraktivní partnerka“, „fit“, „dlouhé vlasy“, „štíhlá postava“, „plnoštíhlá postava“. Post-hoc testy ukázaly, že ve všech zmíněných rysech kromě preference „dlouhých vlasů“ (skupiny 1 a 3 F = 1,582, p = 0,035) se odlišovala kontrolní skupina alespoň od některé ze tří skupin transsexuálních mužů a ve všech případech kromě preferencí „plnoštíhlé postavy“ projevili kontrolní muži silnější pozitivní preferenci. Nejčastěji se jednalo o statisticky významné odlišnosti mezi kontrolní skupinou a transsexuálními muži s absolvovanou přeměnou pohlaví, a to v případech preference „femininního vzhledu“ (F = 3,676, p = 0,052), „fyzicky atraktivní partnerky“ (F = 1,740, p = 0,038) (v tomto případě kontrolní skupina kladla nejvyšší důraz a skupina 3 naopak ze všech nejnižší), partnerky „fit“ (F = 3,562, p = 0,002) a partnerky „štíhlé postavy“ (F = 4,574, p = 0,039).

LSD post-hoc testy ukázaly, že v preferencích „femininního vzhledu“ se spolu s kontrolní skupinou odlišovali od skupin 2 a 3 i transsexuální muži dosud neužívající hormonální preparáty (tedy skupina 1) a projevili silnější pozitivní preferenci (stejně jako kontrolní muži). Dále jsme podrobným prostudováním deskriptivní statistiky zjistili, že u preference „štíhlé postavy“ naopak transsexuální muži skupiny 1 jako jediní skórovali průměrně 3 na hodnotící škále, čímž projevili nejnižší preferenci ze všech skupin. Mezi

kontrolní a 1. skupinou se projevila signifikantní odlišnost (p = 0,001). V hodnocení „plnoštíhlé postavy“ potom jako u jediného znaku fyzické atraktivity došlo k odlišným průměrným preferencím – kontrolní skupina a transsexuální muži po operační přeměně pohlaví u tohoto rysu projevili průměrnou negativní preferenci, zatímco transsexuální muži před operační přeměnou pohlaví (skupiny 1 a 2) hodnotili „plnoštíhlou postavu“ pozitivně. V tomto případě se dokonce signifikantně odlišovaly skupiny 1 a 3 (F = 3,605, p = 0,024). U fyzického znaku „fit“ se kontrolní skupina odlišovala statisticky významně od všech tří skupin transsexuálních mužů. V žádném zkoumaném znaku fyzické atraktivity se od sebe neodlišovaly dvě skupiny transsexuálních mužů před operační přeměnou pohlaví.



5. Sloupcový graf - signifikantní odlišnosti v preferencích fyzických rysů, vyhodnoceno ANOVou, faktorem jednotlivé skupiny 0, 1, 2, 3 (čím vyšší hodnocení, tím nižší preference)

Fyzický znak	Hodnota F	Ø hodnocení na pětibodové škále	Rozdíly mezi skupinami	Hodnota p
Femininní	3,676	1,69 x 2,36 1,69 x 2,21 1,55 x 2,36 1x55 x 2,21	0 x 2 0 x 3 1 x 2 1 x 3	0,021 0,052 0,011 0,026
fyzicky atraktivní	1,740	1,44 x 2,00	0 x 3	0,038
Fit	3,562	1,50 x 2,36	0 x 3	0,002
dlouhé vlasy	1,582	1,82 x 2,57	1 x 3	0,035
Štíhlá	4,574	1,75 x 3,00 1,75 x 2,43 3,00 x 2,27	0 x 1 0 x 3 1 x 2	0,001 0,039 0,057
Plnoštíhlá	3,605	3,75 x 2,64 3,75 x 2,91 2,64 x 3,57	0 x 1 0 x 2 1 x 3	0,006 0,037 0,024

Tabulka 3 – hodnocení fyzické atraktivity

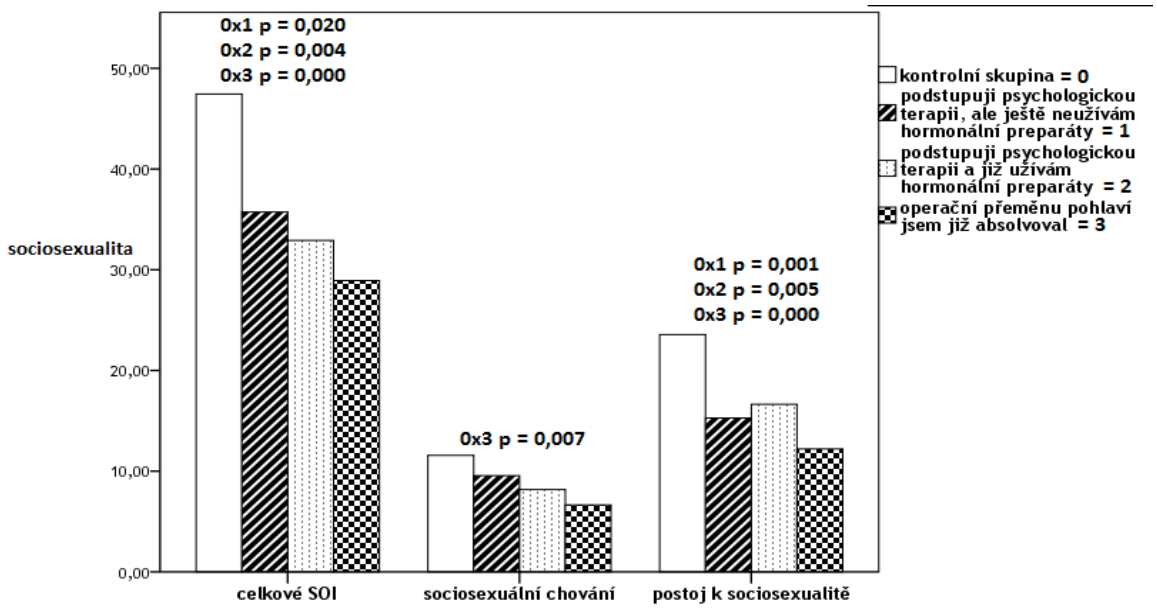
6.5.2. Hodnocení kompozitních snímků

Po znacích fyzického vzhledu účastníci výzkumu hodnotili jednotlivě zvlášť dva kompozitní snímky, které vznikly na základě vybraných fotografií hodnocených v jiném výzkumu (stimuly byl vytvořeny pracovní skupinou etologie člověka na FHS UK a dr. Věra Pivoňková je poskytla k této tudii) jako femininní nebo naopak maskulinní ženské tváře. Naším cílem bylo zjistit, nakolik participantům žena na fotografii připadá přitažlivá (hodnoceno na pětibodové škále „velmi přitažlivá“ až „zcela nepřitažlivá“). Výsledky kontrolní skupiny a transsexuálních mužů se od sebe nelišily, stejně tak ani jednotlivé skupiny mezi sebou (všechna $p > 0,05$).

6.5.3. Hodnocení obrázkových stimulů

Společně s fotografiemi participanti hodnotili i několik obrázkových stimulů zaměřených na: „výškový rozdíl mezi partnery“ (škálou od nejnižšího po nejvyššího muže v tomto poměru), „preferovaný tvar“ (postupně klesající škála) a „velikost prsou“ (na škále postupně větší prsa) ideální partnerky a preferovaný „poměr pasu a boků“ u ideální partnerky (hodnoceno pouze na poměr pasu a boků nezávisle na váhové kategorii, a to postupně zmenšující se rozdíl). V preferencích těchto obrázkových stimulů se od sebe kontrolní skupina a transsexuální muži nelišili (všechna $p > 0,05$).

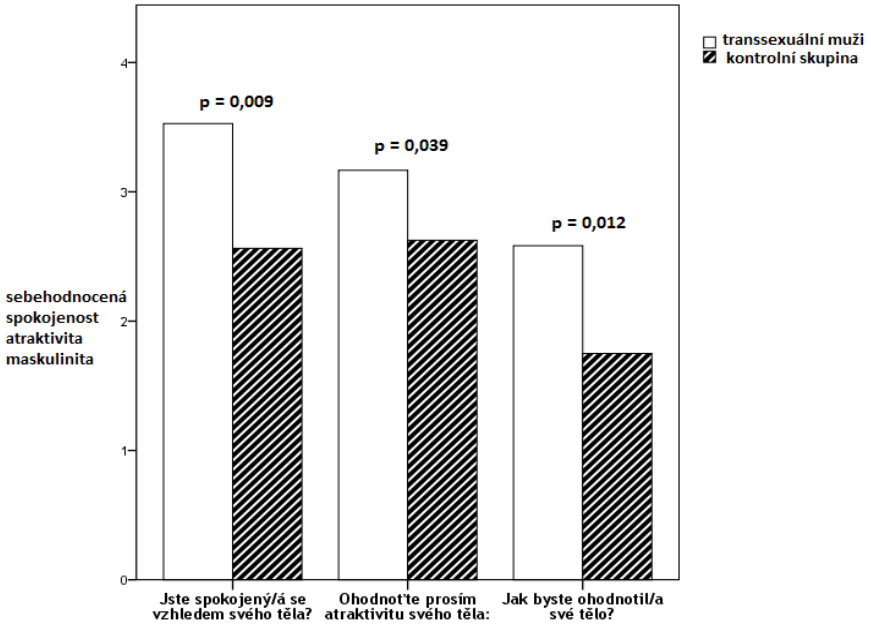
Vyhodnocením pomocí ANOVY *(graf 6)* a následným LSD post-hoc testováním jsme zjistili, že se transsexuální muži s absolvovanou operační přeměnou (skupina 3) statisticky významně odlišují od kontrolní skupiny heterosexuálních mužů v preferencích ideálního výškového rozdílu mezi partnery ($F = 1,261$, $p = 0,066$) a na velikost prsou ideální partnerky ($F = 1,430$, $p = 0,069$). Kontrolní skupina preferovala signifikantně vyššího muže v poměru k ženě než transsexuální muži po operační přeměně – ti preferují v průměru menší výškový rozdíl mezi partnery s vyšším mužem v tomto poměru. Kontrolní netranssexuální muži také upřednostňují větší velikost prsou. V hodnocení preferovaného poměru pasu k bokům u ideální partnerky (WHR) byl zjištěn statistický trend mezi kontrolní skupinou a transsexuálními muži dosud neužívajícími hormonální preparáty ($F = 1,667$, $p = 0,051$), kdy kontrolní skupina preferovala větší rozdíl pasu vůči bokům, tedy nižší WHR. V preferovaném tvaru prsou se od sebe skupiny signifikantně neodlišovaly ($F = 0,312$, všechna $p > 0,05$) a v průměru všichni nejlépe hodnotili „mladý vzhled“, tedy pevná, nepovislá prsa.



6. Sloupcový graf - signifikantní odlišnosti v hodnocení obrázkových stimulů, vyhodnoceno ANOVou, faktorem jednotlivé skupiny 0, 1, 2, 3 (hodnoceno na stoupající škále)

6.6. Sebehodnocená atraktivita

Nejprve jsme provedli neparametrický Mann-Whitney U test pro srovnání kontrolní skupiny s transsexuálními muži *(graf 7)* a zjistili jsme, že v žádné položce týkající se sebehodnocení obličeje, tedy jeho „atraktivity“, „spokojenosti se vzhledem“ a „míry maskulinity-femininity“ se mezi sebou kontrolní skupina a transsexuální muži nelišili (všechna $p > 0,05$). Nicméně v hodnocení vlastního těla transsexuální muži ve srovnání s kontrolní skupinou označovali své tělo za signifikantně méně atraktivní (Mann-Whitney $U = 189,0$, $p = 0,039$), byli s ním méně spokojeni (Mann-Whitney $U = 150,5$, $p = 0,005$) a označovali jej za femininnější (Mann-Whitney $U = 167,5$, $p = 0,012$).



7. Sloupcový graf - signifikantní odlišnosti v sebehodnocení, vyhodnoceno Mann Whitney U testem, faktorem kontrolní skupina a transsexuální muži (čím vyšší hodnocení, tím nižší spokojenost, atraktivita a maskulinita)

Pro srovnání všech jednotlivých skupin jsme opět provedli jednosměrnou analýzu variance ANOVA a zjistili jsme, že v sebehodnocení vlastních fyzických znaků pozorujeme statisticky významné rozdíly *(graf 8):*

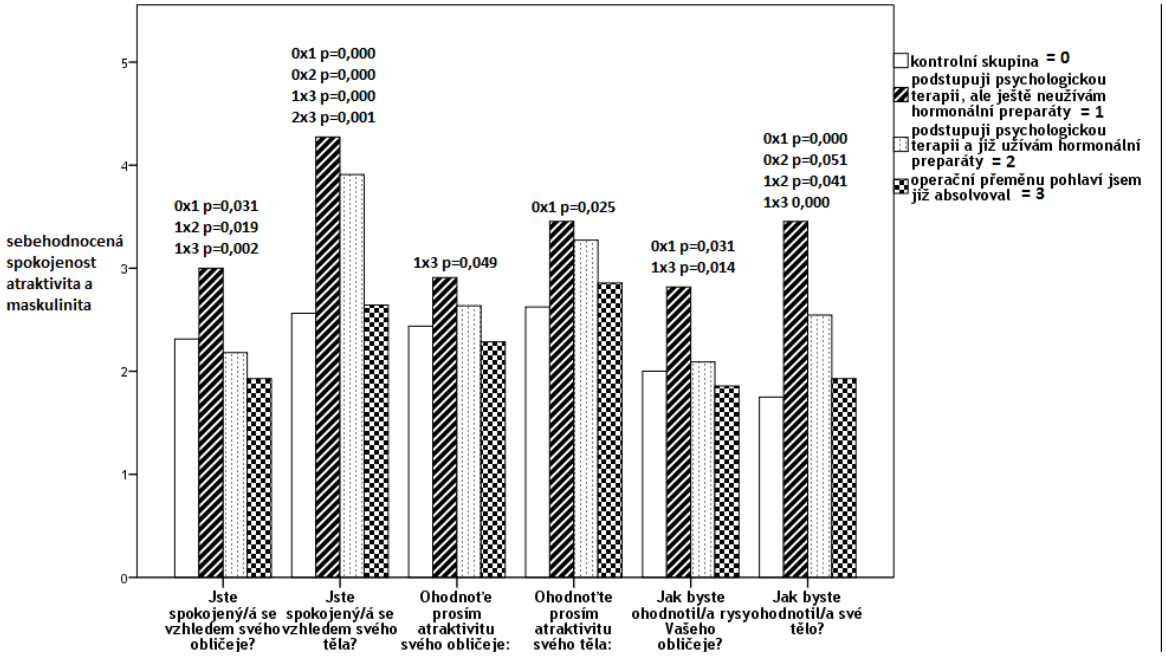
Kontrolní skupina se v žádné z otázek nelišila od transsexuálních mužů s absolvovanou operační přeměnou pohlaví, nicméně tyto skupiny (sk. 0 a sk. 3) se vždy signifikantně lišily alespoň od jedné z obou skupin transsexuálních mužů, kteří dosud nepodstoupili operační přeměnu pohlaví (sk. 1 a sk. 2). Dle deskriptivní statistiky lze konstatovat, že transsexuální muži s absolvovanou operační přeměnou pak v sebehodnoceném vzhledu obličeje a míře maskulinity obličeje skórovali v průměru dokonce výš, tedy vykazují vyšší spokojenost a považují rysy svého obličeje za maskulinnější než kontrolní skupina netranssexuálních mužů (rozdíl však není signifikantní, $p > 0,05$).

Vizuální explorace deskriptivní statistiky naznačuje, že ve všech otázkách dochází u transsexuálních participantů k posunu v hodnocení společně s postupováním dále v procesu přeměny pohlaví – tzn. postupně se zvyšuje sebehodnocená spokojenost se vzhledem obličeje i těla, stejně jako sebehodnocená atraktivita obličeje a těla. Přestože se

vzhledem obličeje byli všichni participanti spíše spokojení, se vzhledem vlastního těla vykazovali spokojenost kontrolní a 3. skupina, skupiny 1 a 2 (tedy transsexuální muži před operační přeměnou pohlaví) uvedli spíše nespokojenost s vlastním tělem. V otázce spokojenosti se vzhledem obličeje se 1. skupina signifikantně odlišovala od všech ostatních skupin ($F = 3{,}968$, sk. 0 a 1 $p = 0{,}031$, sk. 1 a 2 $p = 0{,}019$, sk. 1 a 3 $p = 0{,}002$). V otázce spokojenosti se vzhledem vlastního těla se transsexuální muži před operační přeměnou signifikantně odlišovali od kontrolní skupiny i transsexuálních mužů po operační přeměně pohlaví ($F = 12{,}128$ sk. 0 a 1, 0 a 2, 1 a 3 $p = 0{,}000$, sk. 2 a 3 $p = 0{,}001$).

Obdobnou stoupající tendenci společně s postupováním v procesu přeměny vykazuje i sebehodnocení míry maskulinity/femininity rysů v obličeji a tělesných rysů - všechny skupiny označily své obličejové rysy za maskulinní (přesto se od sebe signifikantně lišily – kontrolní a 3. skupina od transsexuálů neužívajících hormonální preparáty /ti se označili za nejméně maskulinní/ - $F = 2{,}465$ sk. 0 a 1, $p = 0{,}031$, sk. 1 a 3 $p = 0{,}014$). Porovnáním průměrného hodnocení transsexuálové po operační přeměně pohlaví považují rysy svého obličeje za maskulinnější než kontrolní skupina netranssexuálních mužů, nicméně tento rozdíl není signifikantní ($p > 0{,}05$). Žádný účastník výzkumu z 3. skupiny nezaškrtl při vyplňování hodnotu vyšší než „3“, tedy ani jeden nepovažuje rysy svého obličeje za alespoň částečně femininní. V sebehodnocení míry maskulinity/femininity tělesných rysů se sk. 1 signifikantně odlišuje od všech ostatních skupin (všechna $p < 0{,}05$) a také jako jediná podle průměrného hodnocení považuje své tělo za spíše femininní.

V téměř všech otázkách (kromě sebehodnocené atraktivity obličeje) se od sebe signifikantně odlišují kontrolní skupina a skupina 1, tedy transsexuálové neužívající hormonální preparáty. Stejně tak skupiny 1 a 3, tedy transsexuálové na počátku přeměny pohlaví a transsexuálové s absolvovanou přeměnou pohlaví, se od sebe signifikantně odlišují v téměř všech otázkách ohledně sebehodnocení vlastních fyzických znaků, kromě sebehodnocené atraktivity těla.



8. Sloupcový graf - signifikantní odlišnosti v sebehodnocené atraktivitě, vyhodnoceno ANOVou, faktorem jednotlivé skupiny 0, 1, 2, 3 (čím vyšší hodnocení, tím nižší spokojenost, atraktivita a maskulinita)

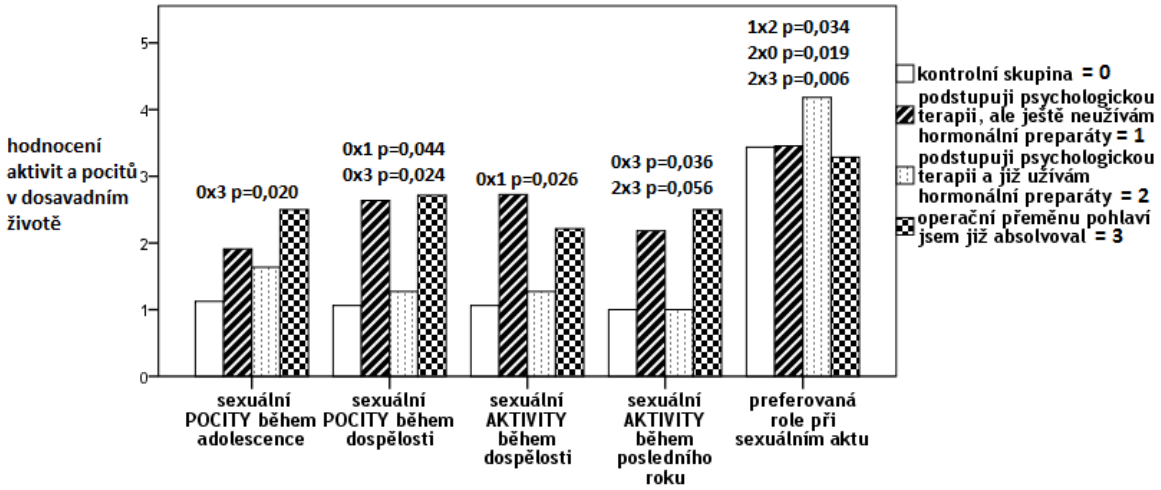
6.7. Sexualita

Poslední blok otázek se věnoval sexuálnímu chování. V prvé řadě je nutné zmínit, že čtyři transsexuální participanti uvedli svou sexuální orientaci jako bisexuální – zahrnuli jsme je do analýzy také, protože partneři obou pohlaví se vyskytují v životě transsexuálních lidí ve většině případů. Netranssexuální kontrolní skupina mužů a transsexuální participanti se od sebe v sexuální orientaci statisticky významně nelišili ($p > 0,05$).

6.7.1. Sexuální pocity a aktivity v určitých životních fázích

Nejprve jsme opět porovnali kontrolní skupinu a transsexuální muže pomocí neparametrického Mann Whitney U testu a zjistili jsme statisticky významné odlišnosti u „sexuálních pocitů během adolescence“ (Mann Whitney U = 213,0, $p = 0,062$) a „sexuálních pocitů v dospělosti“ (Mann Whitney U = 222,0, $p = 0,067$) – v obou případech netranssexuální muži projevili častější pocity zaměřené na ženy než transsexuální participanti. V ostatních otázkách se skupiny nelišily ($p > 0,05$).

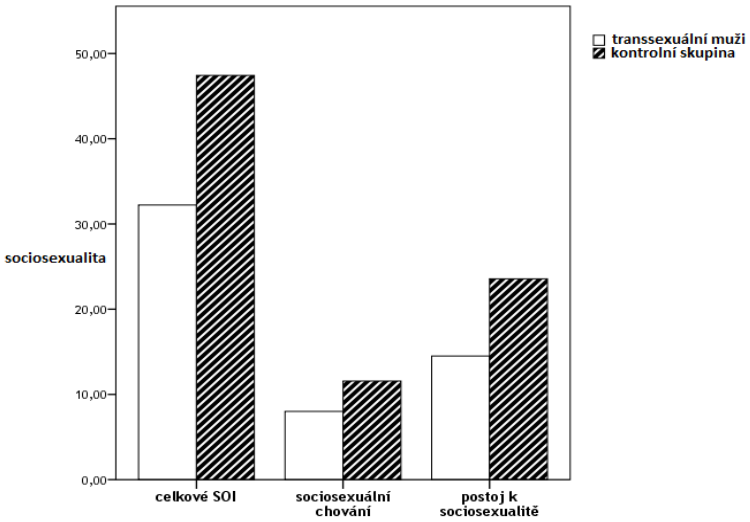
Následně jsme provedli jednosměrnou analýzu variance ANOVA všech zkoumaných skupin a zjistili jsme, že téměř ve všech otázkách (kromě „sexuálních aktivit během adolescence“ a „sexuálních pocitů za poslední rok“) zaměřených na sexuální pocity a aktivity v dosavadním životě, se kontrolní skupina odlišuje alespoň od jedné skupiny transsexuálních mužů. V žádném případě se však nelišila kontrolní a 2. skupina – obě tyto skupiny projevili pocity i aktivity silněji zaměřené na ženy. Kontrolní muži a transsexuálové s absolvovanou operační přeměnou se lišili nejčastěji, a to v „sexuálních pocitech během adolescence“ (F = 1,992, p = 0,020), v „sexuálních pocitech v dospělosti“ (F = 2,729, p = 0,024) a v „sexuálních aktivitách za poslední rok“ (F = 2,276, p = 0,036) – ve všech případech byli kontrolní muži silněji zaměření na ženy. V „sexuálních aktivitách za poslední rok“ se objevila i statisticky významná odlišnost mezi skupinami 2 a 3 (p = 0,056) – transsexuální muži užívající hormonální preparáty spolu s kontrolní skupinou uvedli sexuální aktivity zaměřené výhradně na ženy. V „sexuálních pocitech a aktivitách v dospělosti“ se odlišovala od kontrolních mužů skupina transsexuálů dosud neužívající hormonální preparáty („pocity“ F = 2,729, p = 0,044, „aktivity“ F = 2, 305, p = 0,026), přičemž kontrolní skupina uvedla pocity i aktivity silněji zaměřené na ženy.



9. Sloupcový graf - signifikantní odlišnosti v sexuálních pocitech a aktivitách v různých životních fázích, vyhodnoceno ANOVou, faktorem jednotlivé skupiny 0, 1, 2, 3

6.7.2. Sociosexualita

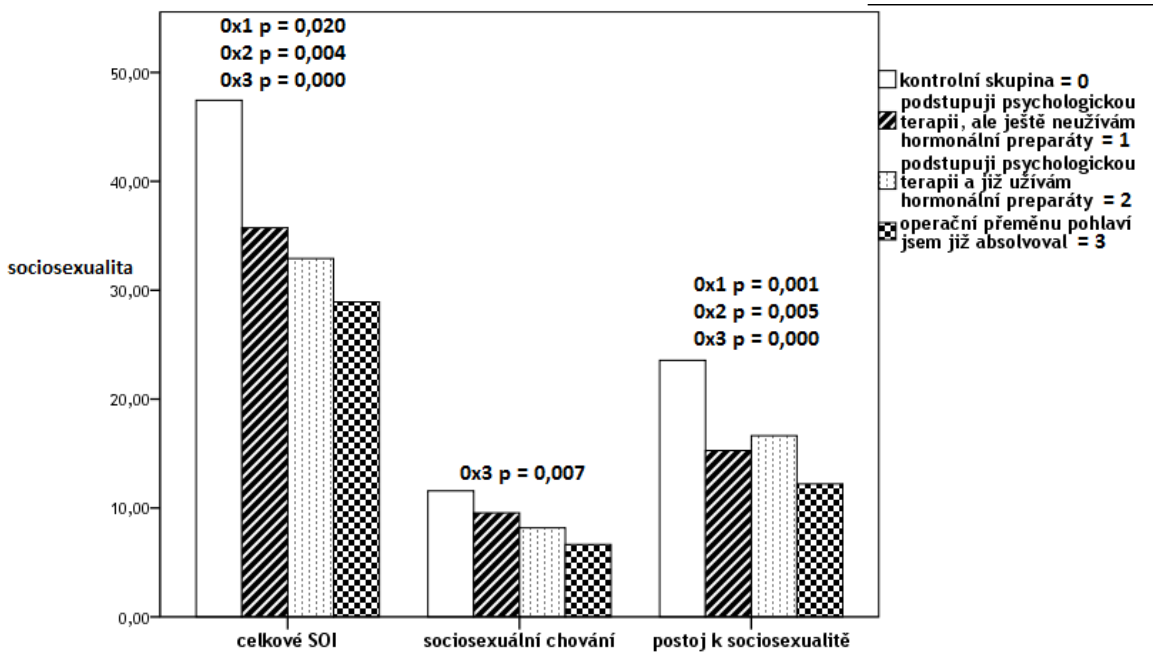
Pomocí neparametrického Mann-Whitney U testu jsme nejprve testovali rozdíly mezi kontrolní skupinou a transsexuálními muži v jednotlivých subškálách SOI *(graf 9).* Zjistili jsme, že se od sebe významně signifikantně odlišují ve třech subškálách – „sociosexuální chování“ (Mann-Whitney U = 417,0, p = 0,010) – zde kontrolní skupina uvedla signifikantně vyšší počet jednorázových sexuálních partnerek, „sociosexuální postoje“ (Mann-Whitney U = 502,5, p = 0,000) – zde kontrolní skupina signifikantně více souhlasila s příležitostným a nezávazným sexuálním stykem, a i v „celkovém skóru sociosexuality“ (Mann-Whitney U = 471,0, p = 0,000) – kontrolní skupina skórovala signifikantně výš, což znamená, že kontrolní netranssexuální muži mají celkově vyšší tendenci k sexuální variabilitě a promiskuitě než transsexuální participanti. V „sociosexuálních touhách“ se od sebe kontrolní skupina a transsexuální participanti nelišili.



10. Sloupcový graf - signifikantní odlišnosti v sociosexualitě, vyhodnoceno Mann Whitney U testem, faktorem kontrolní skupina a transsexuální muži (čím vyšší hodnocení, tím kladnější vztah k sociosexualitě)

Pro celkovou analýzu všech čtyř zkoumaných skupin jsme provedli jednosměrnou analýzu variance ANOVA *(graf 10),* a pomocí Post hoc LSD testu jsme zjistili, že v celkové sociosexualitě se kontrolní skupina signifikantně velmi významně odlišuje od

všech tří skupin transsexuálních mužů (F = 6,198, sk. 0 a 1 p = 0,020, sk. 0 a 2 p = 0,004, sk. 0 a 3 p = 0,000), které se však mezi sebou vzájemně neliší. Podobně tomu bylo i v případě postoje k sociosexualitě (F = 9,435, sk. 0 a 1 p = 0,001, sk. 0 a 2 p = 0,005, sk. 0 a 3 p = 0,000). V obou případech kontrolní skupina vykazovala vyšší počet sexuálních partnerů a otevřenější postoj k nezávaznému sexuálnímu chování. V sociosexuálním chování se od sebe signifikantně lišila kontrolní skupina a transsexuální muži s absolvovanou přeměnou pohlaví (F = 2,834, p = 0,007), ostatní skupiny se mezi sebou nelišily. Transexuální muži ze 3. skupiny uvedli nejnižší počet jednorázových sexuálních partnerů. Nakonec v sociosexuálních touhách se mezi sebou jednotlivé skupiny nelišily.



11. Sloupcový graf - signifikantní odlišnosti v sociosexualitě, vyhodnoceno ANOVou, faktorem jednotlivé skupiny 0, 1, 2, 3 (čím vyšší hodnocení, tím kladnější vztah k sociosexualitě)

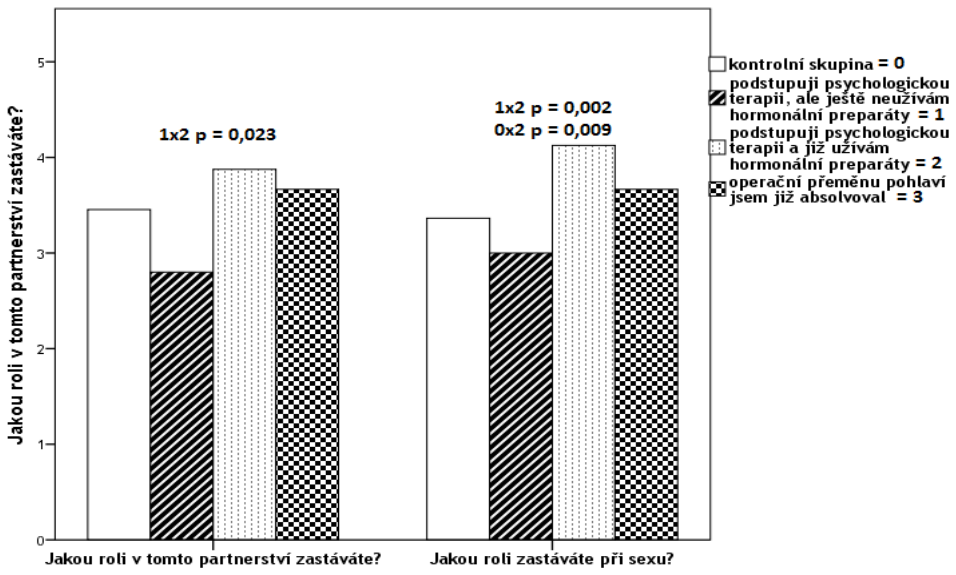
6.7.3. Preferovaná role submisivní/dominantní v partnerství a sexuálním styku

Kontrolní skupina a transsexuální muži se podle Mann Whitney U testu nelišili (p > 0,05). Nicméně při porovnávání všech skupin mezi sebou v ANOVĚ jsme zjistili signifikantní odlišnost 2. skupiny od všech ostatních. LSD post-hoc testy ukázaly, že transsexuální muži podstupující hormonální terapii signifikantně silněji preferovali

dominantnější roli při sexuálním aktu (F = 3,111, sk. 0 a 2 p = 0,019, sk. 1 a 2 p = 0,034, sk. 3 a 2 p = 0,006). V preferované roli v partnerství se od sebe skupiny nelišily a všichni preferovali vlastní dominantnější postavení.

Srovnání kontrolní skupiny a transsexuálních mužů v „počtu sexuálních partnerů“ a „kolik z těchto partnerů bylo žen“ a „kolik mužů“ jsme provedli pomocí Crosstabs a chí-kvadrátu. Zjistili jsme, že v celkovém počtu sexuálních partnerů se od sebe skupiny nelišily, stejně tak se nelišily ani v počtu sexuálních partnerů mužského pohlaví. Statisticky významný rozdíl však analýza prokázala v počtu sexuálních partnerek ženského pohlaví (Chi-square = 31,110, p = 0,054). Skupiny se od sebe nelišily ve věku prvního pohlavního styku, ani v otázce, „zda v současné době mají partnera/partnerku, se kterým/kterou považují svůj vztah za perspektivní“, a zda „v tomto vztahu a sexuálním životě zastávají dominantní, či submisivní roli“ (p > 0,05).

Srovnání všech zkoumaných skupin jsme opět provedli pomocí jednosměrné analýzy variance ANOVA a zjistili jsme, že skupiny se od sebe neliší v počtu sexuálních partnerů ani v tom, zda tyto partneři byli mužského nebo ženského pohlaví. Neliší se od sebe ve věku prvního pohlavního styku, ani zda mají v současné době vztah, který považují za perspektivní (všechna p > 0,05). Nicméně skupiny se od sebe liší v tom, zda v tomto (perspektivním) vztahu zastávají submisivní, či dominantní roli, a to jak v sexuálním, tak partnerském životě. V obou otázkách se odlišují skupiny 1 a 2, tedy transsexuální muži podstupující hormonální terapii a nepodstupující hormonální terapii. V zastávané roli v sexuálním životě se od 2. skupiny odlišují i kontrolní muži. Vizuální explorace deskriptivní statistiky naznačila, že ve všech těchto případech uvedli transsexuální muži z 2. skupiny nejvíce dominantní zastávanou roli: „submisivní/dominantní role v partnerském životě“ (F = 2,073, p = 0,023), „submisivní/dominantní role v sexuálním životě“ (F = 4,567, sk. 1 a 2 p = 0,002, sk. 0 a 2 p = 0,009).



12. Sloupcový graf - signifikantní odlišnosti v zastávané partnerské a sexuální roli v perspektivně vnímaném současném vztahu, vyhodnoceno ANOVou, faktorem jednotlivé skupiny 0, 1, 2, 3 (čím vyšší hodnocení, tím dominantnější role)

7. Diskuze

Demografie V demografických otázkách se od sebe odlišovaly kontrolní a transsexuální muži signifikantně ve věku, nicméně když jsme mezi sebou porovnali všechny skupiny navzájem, zjistili jsme, že kontrolní skupina se signifikantně odlišuje pouze od transsexuálních mužů na začátku procesu přeměny pohlaví. Ti se navíc signifikantně odlišovali i od transsexuálních mužů s absolvovanou operační přeměnou. Vzhledem k neustále se zlepšující situaci ve společnosti, a také stále větší informovanosti samotných transsexuálů, se věk nástupu do procesu přeměny pohlaví stále snižuje. Není mi známá studie, která by se tomuto trendu přímo věnovala, nicméně osobním sledováním účastníků skupinek po dobu šesti let a díky komunikaci s translidmi a dr. Hanou Fifkovou, jsem tuto změnu zaznamenala. Domnívám se, že právě z tohoto důvodu jsou participanti skupiny 1 ze všech nejmladší a věkový průměr transsexuálních účastníků se zvyšuje společně s postupem v procesu přeměny pohlaví. Z toho důvodu lze jen velmi složitě získat vzorek participantů, kteří by se od sebe ve věku neodlišovali. Všechny skupiny transsexuálních mužů uvedli plné věkové rozpětí (18 – více než 35 let), kontrolní skupina pak věkově spadá do 20 - 35 let, což odpovídá průměru z nabízených hodnot. Výzkum na Wisconsinské univerzitě se věnoval odlišnostem v partnerském životě mezi 18-26 lety a přes předpoklady samotných participantů (103 účastníků výzkumu), se mezi nimi v partnerském chováním zjistily jen velmi malé odlišnosti

(Bleske-Rechek a kol. 2009). Problematiku tohoto zjištění a nevhodné nastavení měřících hodnot si však uvědomujeme a považujeme je za jeden z limitů naší studie. Vzhledem k nízkému počtu transsexuálních participantů jsme se ale nakonec rozhodli použít všechny kompletně vyplněné dotazníky.

Kontrolní skupina se od transsexuálních participantů odlišovala signifikantně i v nejvyšším dosaženém vzdělání, a to i přesto, že jsme účastníky kontrolní skupiny záměrně nehledali mezi vysokoškolskými studenty. Stejné závěry nicméně zjistili ve všech mně známých studiích, kde porovnávali transsexuální participanty s netranssexuálními (např. Schoning a kol. 2009, Kins a kol. 2008) – kontrolní skupina vždy dosahovala signifikantně vyššího dosaženého vzdělání. V našem výzkumu jsme porovnávali transsexuální a netranssexuální muže, v ostatních výzkumech nicméně srovnávali netranssexuální muže a transsexuální ženy (tedy male-to-female). Není mi známá studie, ve které by se věnovali důvodům těchto zjištění – bylo by proto velmi přínosné zjistit, zda dosahují transsexuální jedinci nižšího IQ nebo je jejich nižší dosažené vzdělání způsobené tím, že vzhledem k náročnosti přijetí transsexuality a složitostem spojeným s procesem přeměny pohlaví, nemají dostatek „času“ na vlastní vyšší vzdělávání.

Transsexuální a kontrolní skupina se dále signifikantně odlišovaly v tom, odkud pocházejí (tedy z jak velkého města či obce). Domníváme se, že tyto odlišnosti vznikly zejména z toho důvodu, že přestože jsme participanty do výzkumu oslovovali vždy v Praze, za doktorkou Fifkovou se sjíždí transsexuální muži z celé České republiky. Tyto rozdíly by mohly hrát určitou roli v partnerských preferencích – Peter Jonason (2009) zjistil, že jedinci žijící v místech s menším počtem obyvatel, kladou nižší nároky na fyzickou atraktivitu svých partnerů. Domnívá se, že je to způsobené sníženou možností výběru partnera díky nižší koncentraci obyvatel. Jonason nicméně testoval reálné páry a ne ideální partnerské preference.

V našem vzorku se kontrolní skupina a transsexuální muži neodlišovali v pořadí narození, konkrétně v počtu starších sourozenců. Tento výsledek ovšem může být artefaktem příliš malého počtu participantů. Několik studií se věnovalo zjištění odlišností v počtu starších sourozenců mezi heterosexuálními a homosexuální transsexuály i ostatní populací (např. Blanchard & Sheridan 1992, Blanchard a kol. 1996, Gomez-Gil a kol 2001), přičemž zjistili významné odlišnosti – heterosexuální transsexuálové male-to-female měli signifikantně vyšší počet starších bratrů než homosexuální male-to-female. V porovnání s netranssexuální heterosexuální populací pak female-to-male i male-to-female heterosexuální transsexuálové vykazovali signifikantně vyšší počet starších bratrů. Stejné výsledky se neprokázaly u homosexuálních transsexuálů (vzhledem ke svému

psychickému pohlaví). Rozsáhlá studie Schagena a kol. (2011) zjišťovala možný rozdíl v počtu starších sourozenců u adolescentů s projevy GID a ostatní populace heterosexuálních adolescentů. I zde zjistili významně vyšší počet starších bratrů (i oproti mladším sourozencům) u adolescentů s pohlavní rozladou male-to-female. U dívek s pohlavní rozladou (tedy female-to-male) se projevilo signifikantně méně starších a mladších sester než u dívek bez GID a celkově méně sourozenců, odlišnosti ale nebyly tak markantní jako u chlapců s GID (male-to-female). Zjištění uvedených studií bylo celkově vždy výraznější pro male-to-female jedince.

Partnerské preference Na základě studia výše uvedených odborných studií a znalostí získaných díky bakalářskému výzkumu, jsme u transsexuálních mužů předpokládali partnerské preference srovnatelné s preferencemi heterosexuálních mužů nezávisle na stadiu procesu přeměny pohlaví, ve kterém se nacházejí. Tyto předpoklady se týkají hodnocení atraktivity povahových charakteristik, preferencí fyzické atraktivity a hodnocení kompozitních snímků a obrázkových stimulů. Jak jsem již zmínila, nejsou nám známy vědecké studie, které by se zaměřily na partnerské preference transsexuálních jedinců, se kterými bychom mohli naše výsledky porovnat.

Pokud by měla na partnerské preference vliv aktuální hormonální hladina, a to zejména díky výrazným změnám v hladině testosteronu během procesu přeměny pohlaví, očekávali jsme spíše určité výkyvy v těchto preferencích - během bakalářského výzkumu se mi několik narátorů svěřilo, že na počátku hormonální léčby procházeli jakousi pubertou a jejich „chlapácké projevy“ jako pískání na kolemjdoucí ženy, sexuální fantazie i sexuální libido v té fázi dosahovaly maxima a byly těžko ovladatelné. Časem si na testosteron „zvykli“ a postupně se zklidnili a ustálili. Z toho důvodu bychom předpokládali nadprůměrné maskulinní preference právě u 2. skupiny, tedy transsexuálních mužů užívajících hormonální preparáty, ale bez absolvované přeměny pohlaví. Nejvíce srovnatelné preference ke kontrolní skupině bychom očekávali u 3. skupiny, tedy transsexuálních mužů s absolvovanou operační přeměnou a nejvíce odlišné od kontrolní skupiny by byly preference transsexuálních mužů dosud nepodstupujících hormonální terapii (skupina 1).

Že by mohla mít aktuální hladina testosteronu vliv na partnerské preference, usuzujeme i na základě zjištění, že u mužů žijících v trvalém a vážném partnerském soužití

klesá hladina testosteronu v krvi a následkem toho pak projevují sníženou sociosexualitu (Burnham a kol. 2003). Naopak vysoká hladina testosteronu zvyšuje libido, což může mít vliv na intenzivnější snahu o párování (Wang a kol. 2000). Tato zjištění podporují i předpoklad o efektu výše zmíněné „transsexuální puberty“ na partnerské preference skupiny 2.

Vedle možného vlivu aktuální hormonální hladiny nicméně očekáváme velký vliv samotné transsexuality jako takové – výběr partnerky a preference určitých povahových a fyzických rysů může být velmi ovlivněno vnímáním sebe sama, vlastních nedostatků (ať už v sexuálním životě či fyzickém vzhledu nebo nemožnosti mít vlastní děti) a mírou sebedůvěry u transsexuálních mužů. Očekáváme tedy i určitý efekt asortativního párování, které v tomto případě bude mít, podle mého názoru, vliv i na ideální partnerské preference. Peter Jonason (2009) zjistil, že důraz, který jedinci kladou na atraktivitu svého romantického partnera je přímo úměrný jejich vlastní atraktivitě (v tomto případě hodnocené nezávislými výzkumníky, ne sebehodnocené). Tedy čím atraktivnější jedinec, tím vyšší požadavky na fyzickou atraktivitu partnera. Jonason také zjistil, že vyšší mužští participanti kladli větší důraz na fyzickou atraktivitu své partnerky. Nižší vzrůst female-to-male transsexuálů by tak mohl znamenat možné snížené nároky kladené na ideální partnerku.

Preference povahových vlastností Přestože byly v preferencích zkoumaných povahových vlastností pozorované určité signifikantní odlišnosti, jednotlivé skupiny participantů se mezi sebou neodlišovaly v tom, zda daný znak preferují či nepreferují – transsexuální a netranssexuální muži se tedy shodují v tom, zda danou povahovou charakteristiku hodnotí kladně či záporně.

Po prostudování výsledků v preferencích povahových charakteristik se domníváme, že ačkoliv se určité preference jednotlivých skupin signifikantně odlišují, pravidelnost, která by potvrzovala vliv kolísání hladiny hormonů, lze pozorovat jen velmi málo, pokud vůbec. Nejčastější signifikantní odlišnosti lze sice sledovat mezi transsexuálními muži před a po operační přeměně pohlaví (v deseti povahových rysech), nicméně v případě vlastností „emočně závislá“, „upřímná“, „introvertní“ a „milující partnerka“ se transsexuální muži po operační přeměně pohlaví statisticky významně odlišují současně i od kontrolní skupiny netranssexuálních mužů, kterým by naopak měli být ve svém hodnocení z pohledu

srovnatelné hladiny pohlavních hormonů nejblíže. Postupně klesající nebo stoupající preferenci spojenou s posouváním se dále v procesu přeměny pohlaví deskriptivní testy naznačily u povahových rysů „ochotná“, „schopná sebeovládání“, „nenáročná“, „upřímná“ – signifikantní rozdíl se projevil u všech těchto rysů mezi skupinami 1 a 3, přičemž průměrné hodnocení skupiny 3 se vždy více přibližovalo kontrolní skupině. Tyto výsledky by mohly poukazovat na určitý vliv aktuální hormonální hladiny, nicméně neprojevil se zde výše zmíněný vliv „puberty“ u 2. skupiny. Z toho důvodu se spíše přikláníme k vlivu rozdílných okolností daných procesem přeměny pohlaví na preference vlastností „ochotná“, „schopná sebeovládání“, „nenáročná a upřímná“. Transsexuální muži na počátku přeměny pohlaví mohou tyto vlastnosti silněji preferovat vzhledem ke svým tělesným indispozicím, jež snižují jejich sebevědomí v rámci párování. Vnímání sebe sama jako atraktivního jedince zvyšuje sebevědomí, což může mít vliv na vyšší nároky kladené na výběr ideálního partnera (Mathes&Kahn 1975). Výsledky uvedené studie tento jev nicméně potvrdily signifikantně pro ženy, které vlastní fyzickou atraktivitu vnímají jako větší bonus než muži. Zjištěné odlišnosti v preferencích vlastností „ochotná“, „schopná sebeovládání“, „nenáročná a upřímná“, lze zdůvodnit i zjištěním Simpsona a Gangestada (1991a, 1992), že jedinci s nižší sociosexualitou (a transsexuální participanti z naší studie v dotazníku SOI projevili signifikantně nižší sociosexualitu než kontrolní skupina) kladou větší důraz na povahové vlastnosti vyjadřující loajalitu, věrnost, spolehlivost a podobné charakteristiky – tedy takové rysy, které jsou vhodné pro založení stabilního, dlouhotrvajícího vztahu stojícího na věrnosti.

Faktorová analýza odhalila odlišné preference faktorů „vřelé partnerky“ a „milé partnerky“ a v obou případech se odlišovali mezi sebou transsexuální muži před a po operační přeměně pohlaví, u „milé partnerky“ se odlišovali participanti s neabsolvovanou operační přeměnou i od kontrolní skupiny. Participanti ze skupin 1 a 2 v obou faktorech projevili silnější preferenci a my se domníváme, že vzhledem k tomu, že se jedná o povahové rysy „milující partnerka“, „upřímná“, „chápavá“ (faktor 3) a „příjemná“, „ochotná“, „nenáročná“ (faktor 6), tak tyto vlastnosti silněji preferují z důvodu právě probíhající přeměny pohlaví a z toho vyplývajících omezení, které by musela partnerka plně respektovat, spíš než kvůli kolísání hladiny hormonů.

Fyzická atraktivita V preferencích fyzické atraktivity jsme zjistili odlišnosti v hodnocení atraktivity znaků „fyzicky atraktivní“, „fit“ a „štíhlé postavy“ mezi transsexuálními muži a kontrolní skupinou, přičemž netranssexuální kontrolní skupina tyto znaky hodnotila signifikantně pozitivněji. Tyto výsledky ukazují na silnější důraz kladený na fyzickou atraktivitu partnerky u netranssexuálních mužů a hodnocení transsexuálních participantů by tak odpovídalo spíše hodnocení netranssexuálních heterosexuálních žen, které na fyzický vzhled partnera kladou ve svých preferencích menší důraz. Na tento pohlavně dimorfický znak poukazují výsledky mnohých studií u výběru partnera pro dlouhodobý vztah (např. Finkel, Eastwick, Matthews 2007, Fletcher a kol. 1999, Buss 1986). Pokud bychom menší důraz kladený na fyzický vzhled partnerky u transsexuálních participantů přičítali jejich spíše typičtějším ženským preferencím, znamenalo by to, že v preferencích fyzického vzhledu partnerky u transsexuálních mužů female-to-male by hrála roli spíše výchova a dosavadní život v ženské roli než aktuální zvýšení hladiny testosteronu a vliv vnímání vlastního psychického pohlaví. Rozdíly nicméně můžeme vysvětlovat i jako efekt asortativního párování, kde by transsexuální muži vzhledem k uvědomování si vlastních nedostatků pramenících z podstaty transsexuality kladli na fyzický vzhled partnerky nižší nároky. I zde bychom mohli aplikovat zjištění Mathese&Kahna (1975) o pozitivním vztahu mezi sebehodnocenou atraktivitou a nárocích kladených na fyzický vzhled partnera. Nižší preference fyzických rysů, považovaných v obecné populaci u žen za atraktivní, tedy rysů poukazujících na fertilitu ženy, může být způsobena také faktem, že transsexuální muži nemohou mít po absolvování operační přeměny pohlaví vlastní děti. Lze tedy usuzovat, že odlišné a nižší nároky kladené na vzhled partnerky mohou být způsobené vlivem transsexuality jako takové - tedy dopad na vnímání a snížené preference fyzické atraktivity u potenciální partnerky jako efekt omezení transsexuálního jedince z hlediska vlastního sebevědomí, plodnosti a probíhající přeměny pohlaví.

V preferencích „fyzicky atraktivní partnerky“, jejího „sex appealu“, zda je „fit“ nebo má „dlouhé vlasy“, „plnoštíhlou postavu“ či je „sportovní typ“ se ukázalo, že u transsexuálních participantů dochází ke klesající preferenci spolu s postupováním dále v procesu přeměny pohlaví – u preferencí „fyzické atraktivity“, „sex-appealu“, „fit“ a „sportovní typ“ se tím navíc skupina transsexuálů s absolvovanou operační přeměnou ve svém hodnocení nejvíce odlišuje od kontrolní skupiny a naopak nejblíže jsou kontrolní skupině v preferencích transsexuálové dosud neužívající hormonální preparáty. V žádném zkoumaném znaku fyzické atraktivity se od sebe neodlišovaly mezi sebou dvě skupiny transsexuálních mužů před operační přeměnou pohlaví, což by opět vyvracelo předpoklad

o možném vlivu aktuální zvýšené hladiny testosteronu a „puberty“ u 2. skupiny na partnerské preference. Domnívám se proto, že tyto odlišnosti budou způsobené uvědomováním si a přijetím vlastních nedostatků v partnerské vnitropohlavní kompetici (dané povahou transsexuality, jak již bylo zmíněno, tedy neplodností, určitými omezeními v sexuálním životě apod.) – transsexuální muži s absolvovanou přeměnou pohlaví mohou vnímat již své šance v párování realističtěji oproti transsexuálním mužům, kteří nejsou v procesu přeměny pohlaví tak daleko, a těmto šancím tak mohou přizpůsobovat své ideální preference. Transsexuální muži, kteří se v době vyplňování dotazníku nacházeli stále v procesu přeměny pohlaví (tedy skupina 1 a 2) také mohli vzhledem k okolnostem a náročnosti probíhající přeměny řešit úplně jiné starosti a svými reálnými šancemi u potenciální partnerky se budou zabývat až ve chvíli, kdy bude proces přeměny pohlaví dokončený a „za nimi“. Pro lepší objasnění této otázky by bylo vhodné provést v budoucnu longitudinální studii, kterou jsme původně zamýšleli.

V hodnocení atraktivity žen na kompozitních snímcích se mezi sebou skupiny nelišily, transsexuální muži s absolvovanou operační přeměnou se ale odlišovali od kontrolní skupiny v názoru na ideální výškový poměr mezi partnery a na velikost prsou ideální partnerky – netranssexuální muži preferovali u partnerky větší prsa, což je jedna z mužských typických preferencí (Singh&Young 1995). Je možné, že právě u preferované velikosti prsou mohli transsexuální participanti zohlednit postoj k vlastnímu poprsí (jako ženy), které je pochopitelně jednou z nejvíce nenáviděných částí těla transsexuálních mužů, dokud žijí v ženské roli. V ideálním výškovém poměru mezi partnery transsexuální participanti preferovali sice vyššího muže vůči partnerce, nicméně tento poměr byl signifikantně menší než u kontrolní skupiny. Domníváme se, že v této preferenci hraje hlavní roli fakt, že transsexuální muži jsou většinou menšího vzrůstu (vzhledem k ženským biologických predispozicím), a své vlastní velikosti přizpůsobují i výběr ideální partnerky. Pozitivní vztah mezi vlastní výškou a preferovaným rozdílem ve velikosti partnerů zjistili vědci i v rozsáhlé evropské studii, která potvrdila Pawlowskiho dřívější výsledky (2003) (na základě Pawlowskiho obrázkového stimulu jsme ideální výškový poměr mezi partery měřili i my, viz Příloha 3) – domnívají se, že tento fakt je způsoben tím, že jedinec se svou preferencí podvědomě snaží maximalizovat možnost výběru svého potencionálního partnera (Fink a kol. 2007). Sorokowski (2012) nicméně srovnal výsledky Evropských studií s kulturně velmi odlišnou společností Indonésie (Papua) a zjistil, že místní Yaliové

preferují výškový rozdíl mezi partnery s vyšším mužem v tomto poměru mnohem méně striktně a jejich ideální poměr pasu a boků (WHR) je nižší, než v Evropské populaci. Vzhledem k takovému zjištění je tedy třeba brát v úvahu i možnost, že preferovaný výškový poměr mezi partnery a preferované WHR mohou být atributy kulturně podmíněné určitou specifickou formou socializace genderových rolí. V preferencích ideálního WHR se odlišovali i transsexuální muži na počátku přeměny pohlaví a kontrolní skupina netranssexuálních mužů z našeho výzkumu, přičemž transsexuální muži z 1. skupiny preferovali menší rozdíl mezi boky a pasem. Je důležité zmínit, že skupina 1 také nejkladněji hodnotila plnoštíhlou postavu u ideální partnerky a naopak nejméně kladně hodnotili partnerku štíhlé postavy. WHR je jedním z nejsilnějších znaků poukazujících na plodnost ženy a nositelky štíhlejší postavy, s úzkým pasem a širšími boky, jsou považovány mezi muži za atraktivnější, zdravější, více femininní a lepší potenciální matky (Singh&Young 1995). Pokud tedy transsexuální muži na počátku přeměny pohlaví tyto znaky nepreferují, důvodem by mohla být jejich hormonální hladina dosud na úrovni biologických žen. Tyto výsledky by tedy mohly poukazovat na vliv hladiny testosteronu v preferencích fyzických rysů poukazujících na fertilitu žen – pokud je tělo transsexuálních mužů vystaveno působení ženských pohlavních hormonů a dosud nepodstupují hormonální léčbu, jejich preference tělesných rysů pokazujících na plodnost partnerky je signifikantně nižší než u netranssexuálních heterosexuálních mužů. S nástupem hormonální terapie se pak rozdíly mezi transsexuálními participanty a kontrolní skupinou ztrácí. To by znamenalo, že vyšší aktuální hladina testosteronu u transsexuálních mužů může znamenat zvýšené preference pro znaky poukazující na fertilitu potenciální partnerky.

Sebehodnocená atraktivita U transsexuálních participantů jsme, podle našeho očekávání, zjistili zlepšující se hodnocení společně s postupováním dále v procesu přeměny pohlaví – tzn. postupně se zvyšuje sebehodnocená spokojenost se vzhledem obličeje i těla, stejně jako sebehodnocená atraktivita obličeje a těla. Obdobnou stoupající tendenci společně s postupováním v procesu přeměny vykazuje i sebehodnocení míry maskulinity/femininity rysů v obličeji a tělesných rysů. Transsexuální muži po operační přeměně pohlaví pak ve svém hodnocení skórovali nejblíže kontrolní skupině. V hodnocení míry maskulinity vlastního obličeje dokonce transsexuální muži s absolvovanou přeměnou pohlaví považovali své rysy za více maskulinní než kontrolní skupina (rozdíl však není signifikantní). Vliv působení hormonální terapie na tělesnou přeměnu transsexuálních

mužů popsaný v teoretické části se tedy potvrdil i v našem výzkumu. U transsexuálních mužů působením testosteronu dochází k redistribuci tělesného tuku, posílení svalové hmoty a zhoustnutí ochlupení tak, že jejich původní rysy postupně získávají mužskou podobu. V obličeji dále dochází k růstu vousů, což velmi podporuje jejich mužské vzezření (Klein & Gorzalka 2009). Všichni transsexuální participanti našeho výzkumu tedy vnímají vliv hormonální terapie na jejich tělesnou proměnu pozitivně. Není nám známa studie, která by zkoumala, nakolik vnímání vlastní atraktivity a maskulinity/femininity u transsexuálních mužů odpovídá realitě, proto by bylo jistě velmi přínosné takový výzkum uskutečnit.

Sexuální pocity a aktivity U otázek zaměřených na sexuální pocity a aktivity v dosavadním životě jsme předpokládali u transsexuálních mužů pocity i aktivity zaměřené na muže častěji než u kontrolní skupiny netranssexuálních mužů. Přestože žádný z participantů zahrnutých do analýzy neuvedl svou sexuální orientaci za homosexuální, v dospívání a během uvědomování si vlastní transsexuality drtivá většina transsexuálních mužů prochází obdobím, kdy polemizují nejen nad svou identitou, ale také nad svým sexuálním zaměřením, což často zahrnuje i sexuální experimenty s muži (jedná se o jednorázové zkušenosti i o dlouhodobější vztahy)(Fifková 2008, osobní komunikace s transsexuálními muži). Srovnání výsledků v naší studii tyto předpoklady potvrdilo u sexuálních pocitů během adolescence i v dospělosti, v sexuálních aktivitách se od sebe ale kontrolní a transsexuální muži nelišili. Zajímavý je výsledek srovnání všech skupin, kde se ukázalo, že kontrolní skupina se v žádné zkoumané položce neodlišovala od transsexuálních mužů podstupujících hormonální terapii (skupina 2), kteří vykazovali aktivity i pocity zaměřené výrazně častěji na ženy. Toto zjištění by mohlo potvrdit vliv aktuálně zvýšené hladiny testosteronu a zmíněné „puberty“ na sexuální chování více zaměřené na ženy, pokud by se týkalo aktivit a pocitů za poslední rok. Skupina 2 tyto preference uváděla ovšem i z období, kdy hormonální léčbu ještě nepodstupovali. Proto vyvstává otázka, zda aktuálně zvýšená hladina testosteronu a tím zvýšené sexuální libido vůči ženám u heterosexuálních transsexuálních mužů podstupujících hormonální terapii do určité míry nezkresluje i vzpomínky a sebehodnocené pocity v dosavadním životě. Nejčastější odlišnosti se pak projevily mezi transsexuálními muži s absolvovanou operační přeměnou a kontrolní skupinou, kdy transsexuální participanti ze 3. skupiny nejčastěji ze všech skupin zahrnovali do svých pocitů i aktivit muže. Domníváme se, že tento rozdíl by

mohl být způsoben vyšším průměrným věkem transsexuálních mužů ze 3. skupiny - nastavení společnosti je vůči sexuálním minoritám stále přívětivější, takže dnešní „mladí“ translidé mají mnohem lepší podmínky najít si partnerku a získat podporu svého okolí. Vzhledem k tomu, že informovanost o problematice transsexuality a celkové nastavení společnosti vůči translidem bylo v minulosti rozhodně nepříznivější, je možné, že častější sexuální pocity a experimenty s muži v rámci hledání sebe sama, byly u transsexuálních mužů ze skupiny 3 častější.

Sociosexualita V sociosexualitě jsme zjistili mezi transsexuálními muži a kontrolní skupinou významné rozdíly - kontrolní muži ve všech otázkách skórovali výš, tedy vykazovali vyšší sklony k nezávaznému sexuálnímu chování. Sociosexualitu je jeden z pohlavně dimorfických znaků a transsexuální participanti z naší studie svými výsledky odpovídali hodnocení typičtějšímu pro ženy (tedy vykazují nižší sociosexualitu než netranssexuální muži). Možnosti, že by aktuální hladina testosteronu mohla mít vliv na sociosexualitu transsexuálních participantů, nasvědčuje studie Burnhama a kol. (2003), ve které zjistili, že muži žijící ve vážném partnerském svazku a kterým naměřili sníženou hladinu testosteronu v těle, vykazují nižší sociosexualitu než ostatní muži. Pokud by tedy nízká hladina testosteronu znamenala sníženou sociosexualitu u mužů a současně i ženy vykazují nízkou sociosexualitu, měli by transsexuální muži dosud neužívající hormonální preparáty v testech sociosexuality skórovat nejníže. Naopak nejvýš by v sociosexualitě mohli skórovat transsexuální participanti užívající hormonální preparáty, protože Edelstein, Chopik a Kean (2011) zjistili, že vysoká hladina testosteronu v těle pozitivně koreluje s vysokou sociosexualitou u mužů i žen. Pokud bychom předpokládali, že sociosexualita jedince je významně ovlivněna hladinou testosteronu, měli by se kontrolní skupině ve svém hodnocení nejvíce přibližovat transsexuální muži s absolvovanou přeměnou pohlaví, jejichž hormonální hladina by měla dosahovat srovnatelných hodnot. Významný vliv na sociosexualitu transsexuálních jedinců může mít i skutečnost, že po značnou část jejich života je pro ně plnohodnotný sexuální život zablokovaný. V průběhu přeměny pohlaví by se však měl tento stav pomalu proměňovat k lepšímu a podle výsledků vědeckých studií (např. Klein a Gorzalka 2009, Gooren 2005, Lief a Hubschman 1993) po samotné přeměně by měl být sexuální život transsexuálních lidí (u transsexuálních mužů si troufám říci dvojnásob) nesrovnatelně lepší, než před přeměnou. Analýza nicméně prokázala největší signifikantní rozdíly mezi kontrolní skupinou a transsexuálními muži

s absolvovanou operační přeměnou pohlaví. Vzhledem k našim výsledkům se tedy domníváme, že sexuální kontakt pro transsexuálního člověka i přes absolvovanou přeměnu pohlaví nadále zůstává velmi intimní a jsou schopni jej sdílet ve většině případů pouze s blízkým člověkem, ke kterému mají plnou důvěru (a lidé žijící v pevném partnerském svazku vykazují sníženou sociosexualitu, viz výše). Proto je pro ně sociosexuální chování po absolvované přeměně pohlaví spíše nepřijatelné.

Vzhledem k našim výsledkům dotazníku SOI je překvapující zjištění, že kontrolní skupina a transsexuální muži se mezi sebou nelišili v počtu sexuálních partnerů, v počtu sexuálních partnerů mužského pohlaví, ani ve věku prvního pohlavního styku. Skupiny se ale odlišovaly v počtu sexuálních partnerek ženského pohlaví, kde podle očekávání výše skórovali kontrolní netranssexuální muži. Všechny zkoumané skupiny se mezi sebou nelišily v tom, zda ve chvíli vyplňování dotazníku žili ve vážném vztahu, který považovali za perspektivní. Transsexuální muži podstupující hormonální terapii se ale odlišovali od ostatních v tom, že v tomto vztahu i sexuálním životě upřednostňovali signifikantně více dominantní roli než ostatní participanti. Nejvyšší preference dominantního postavení v sexuálním životě i v rámci tohoto dlouhodobého partnerství u transsexuálních mužů skupiny 2 by mohla být způsobena aktuální zvýšenou hladinou testosteronu, protože jedním z efektů testosteronové léčby je i dominantnější chování. Signifikantní rozdíl mezi skupinou 2 a kontrolní skupinou může být daný i tím, že u mužů žijících v dlouhodobém vážném vztahu klesá hladina testosteronu, zatímco transsexuálním mužům je testosteron podáván stále ve stejném množství, jeho hladina tedy v důsledku soužití s partnerkou klesat nemůže.

7.1. Závěr

Pokud bychom se pokusili shrnout výsledky naší studie, domníváme se, že v několika zkoumaných jevech lze pozorovat určitý vliv aktuální hladiny testosteronu u transsexuálních mužů v průběhu procesu přeměny pohlaví. Domníváme se, že takový efekt můžeme sledovat v preferencích fyzických znaků poukazujících na plodnost žen, dále pozorujeme zjevný efekt hormonální terapie na sebehodnocenou atraktivitu a míru maskulinity našich participantů. Efekt aktuální hladiny testosteronu vidíme i u zvýšené preference dominantního postavení v rámci dlouhodobého partnerství našich participantů. V dalších zkoumaných jevech, tedy v preferenci povahových charakteristik, sociosexualitě a dosavadním sexuálním životě, spatřujeme možnost zjištění odlišností způsobených spíše

vlivem samotné transsexuality jako takové. Proces přeměny pohlaví ale prokazatelně ovlivňuje u transsexuálních participantů vnímání sebe sama a společně s postupováním dále v procesu přeměny pohlaví dochází i k upevňování sebevědomí – vyšší sebevědomí a spokojenost se sebou samým může mít vliv i na nároky, které transsexuální muži s absolvovanou přeměnou pohlaví budou klást na svou potenciální partnerku.

LITERATURA:

BAILEY, M., & CHIVERS, M. L. (2000). Sexual orientation of female to male transsexuals: A comparison of homosexual and nonhomosexual types. *Archives of Sexual Behavior, 29,* 259–278.

BLACKWELL, D. L.,&Lichter, D. T. (2004).Homogamy among dating, cohabiting, and married couples. *Sociological Quarterly, 45,* 719 – 737.

MEYER, W., Bockting, W., Cohen-Kettenis, P., Coleman, E., DI Ceglie, D., Devor, H., ... Wheeler, C.C. (2006). *The standards of care of the Harry Benjamin Inter national Gender Dysphoria Association, 6th version*.

BLESKE-RECHEK, April, Bailey Vandenheuvel a Maria Vander Wyst. Age Variation in Mating Strategies and Mate Preferences: Beliefs versus Reality. *Evolutionary Psychology* [online]. 2009, vol. 7, issue 2, s. 179-205 [cit. 2014-05-09].

BOWMAN, C., & GOLDBERG, J.M. (2006). Care of the patient undergoing sex reassignment surgery. *International Journal of Transenderism, 9*(3/4), 135-165.

BLANCHARD, R., & SHERIDAN, P. M. (1992). Sibship size, sibling sex ratio, birth order, and parental age in homosexual and non-homosexual gender dysphorics. Journal of Nervous and Mental Disease, 180, 40–47.

BLANCHARD, R., ZUCKER, K. J., COHEN-KETTENIS, P. T., GOOREN, L. J., & BAILEY, J. M. (1996). Birth order and sibling sex ratio in two samples of Dutch gender-dysphoric homosexual males. Archives of Sexual Behavior, 25, 495–514.¨

BURNHAM, T.C, J.Flynn CHAPMAN, P.B GRAY, M.H MCINTYRE, S.F LIPSON a P.T ELLISON. Men in committed, romantic relationships have lower testosterone. *Hormones and Behavior* [online]. 2003, vol. 44, issue 2, s. 119-122 [cit. 2014-05-09]. DOI: 10.1016/S0018-506X(03)00125-9.

BUSS, D. M. (1989). Sex differences in human mate preferences: Evolutionary hypotheses tested in 37 cultures. *Behavioral and Brain Sciences, 12,* 1–49. doi:10.1017/S0140525X00023992

COHEN-KETTENIS, Neeltje E M VAN HAREN, Jiska S PEPER, Rachel G H BRANS, Wiepke CAHN, Hugo SCHNACK, Louis G H GOOREN a René S KAHN. Changing your sex changes your brain: influences of testosterone and estrogen on adult human brain structure. *European Journal of Endocrinology*. 2006, s. 107-114.

COHEN KETTENIS, P. T., VAN GOOZEN, S. H. M., DOORN, C. D., & GOOREN, L. J. G. (1998). Cognitive ability and cerebral lateralization in transsexuals. *Psychoneuroendocrinology, 23,* 631–641.

COHEN-KETTENIS, P.T.; GOOREN, L.J.G. Transsexualism : A review of etiology, diagnosis and treatment. *Journal of Psychosomatic Research*. 1999, 4, s. 315-333. (321)

COHEN-KETTENIS PT, van GOOZEN SHM. Sex reassignment of adolescent transsexuals: A follow-up study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997; 36:263–71.

COHEN-KETTENIS, P.T., VAN GOOZEN, S.H.M., DOORN, C.D., GOOREN, L.J.G., 1998. Cognitive ability and cerebral lateralisation in transsexuals. Psychoneuroendocrinology 23, 631—641.

COHEN-KETTENIS PT, VAN GOOZEN SH. Sex reassignment of adolescent transsexuals: A follow-up study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1997;36:263–71.

CRISSEY, S. R. (2005). Race/ethnic differences in the marital expectation of adolescents: The role of romantic relationships. *Journal of Marriage and Family, 67*.

DASKALOS, Christopher. Changes in the Sexual Orientation of Six Heterosexual Male-to-Female Transsexuals. Archives of Sexual Behavior,. 1998, roč. 27, č. 6.

DAVIDSON, M. (2007). Seeking refuge under the umbrella: Inclusion, exclusion, and organizing within the category transgender. *Sexuality Research & Social Policy, 4*(4), 60–80.

DE CUYPERE, Griet, Guy T´SJOEN, Ruth BEERTEN, Gennaro SELVAGGI, Petra DE SUTTER, Piet HOEBEKE, Stan MONSTREY, Alfon VANSTEENWEGEN a Robert RUBENS. Sexual and Physical Health After Sex Reassignment Surgery. Archives of Sexual Behavior,. 2005, roč. 36, č. 6.

DOHLER, K.D., HANCKE, J.L., SRIVASTAVA, S.S., HOFMANN, C., SHRYNE, J.E., GORSKI, R.A., 1984. Participation of estrogens in female sexual differentiation of the brain; neuroanatomical, neuroendocrine and behavioral evidence. In: De Vries, G.J., De Bruin, J.P.C., Uylings, H.B.M., Corner, M.A. (Eds.), Progress in Brain Research, vol. 61. Elsevier Science, Amsterdam, pp. 99–117.

EDELSTEIN, Robin S., William J. CHOPIK a Emily L. KEAN. Sociosexuality moderates the association between testosterone and relationship status in men and women. *Hormones & Behavior*. 2011, roč. 60, č. 3, s. 248-255. DOI: 10.1016/j.yhbeh.2011.05.007.

FIFKOVÁ, Hana, et al. *Transsexualita a jiné poruchy pohlavní identity*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2008. 216 s., s. 13

FINK, Bernhard, Nick NEAVE, Gayle BREWER a Boguslaw PAWLOWSKI. Variable preferences for sexual dimorphism in stature (SDS): Further evidence for an adjustment in relation to own height. *Personality & Individual Differences*. 2007, roč. 43, č. 8, s. 2249-2257. DOI: 10.1016/j.paid.2007.07.014.

FINKEL, E. J., EASTWICK, P. W., & MATHEWS, J. (2007). Speed-dating as an invaluable tool for studying initial romantic attraction: A methodological primer. *Personal Relationships, 14,* 149–166. doi:10.1111/j.1475-6811 .2006.00146.x

FISK NM. Gender dysphoria syndrome (the how, what and why of a disease). In: Laub DR, Gandy P, eds. Proceedings of the second interdisciplinary symposium on gender dysphoria syndrome. Stanford, California: Division of Reconstructive and Rehabilitation Surgery, Stanford University Medical Center 1973.

GIBSON, Bethany. Care of the Child with the Desire To Change Genders - Part II: Female-to-Male Transition. *Urologic Nursing*. 2011, roč. 31, č. 4, s. 230-235.

GÓMEZ-GIL, Esther, Leire ZUBIAURRE-ELORZA, Isabel ESTEVA, Antonio GUILLAMON, Teresa GODÁS, M. Cruz ALMARAZ, Irene HALPERIN a Manel SALAMERO. Hormone-treated transsexuals report less social distress, anxiety and depression. *Psychoneuroendocrinology*. 2012, roč. 37, č. 5, s. 662-670. DOI: 10.1016/j.psyneuen.2011.08.010.

GOMEZ-GIL, E., Esteva, I., Carrasco, R., Almaraz, M. C., Pasaro, E., Salamero, M., & Guillamon, A. (2011). Birth order and ratio of brothers to sisters in Spanish transsexuals. Archives of Sexual Behavior, 40, 505–510.

GOOREN, Louis. Hormone Treatment of the Adult Transsexual Patient. *Hormone Research*. 2005, roč. 64, s. 31-36.

GOOREN, Louis J. G. a Erik J. GILTAY. Review of studies of androgen treatment of female-to-male transsexuals: Effects and risks of administration of androgens to females. *Journal of Sexual Medicine*. 2008, roč. 5, č. 4, s. 765-776. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2007.00646.x.

GORIN-LAZARD, Audrey, Karine BAUMSTARCK, Laurent BOYER, Aurélie MAQUIGNEAU, Stéphanie GEBLEUX, Jean-Claude PENOCHET, Dominique PRINGUEY, Frédérique ALBAREL, Isabelle MORANGE, Anderson LOUNDOU, Julie BERBIS, Pascal AUQUIER, Christophe LANÇON a Mireille BONIERBALE. Is Hormonal Therapy Associated with Better Quality of Life in Transsexuals? A Cross-Sectional Study. *Journal of Sexual Medicine*. 2012, roč. 9, č. 2, s. 531-541. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2011.02564.x.

GREEN R. The “sissy boy syndrome” and the development of homosexuality. New Haven, Connecticut: Yale University Press 1987.

GÓMEZ-GIL, Esther, Silvia CAÑIZARES, Ana TORRES, Fernanda DE LA TORRE, Irene HALPERIN a Manel SALAMERO. Androgen treatment effects on memory in female-to-male transsexuals. *Psychoneuroendocrinology*. 2009, roč. 34, č. 1, s. 110-117. DOI: 10.1016/j.psyneuen.2008.08.017.

VAN GOOZEN, Stephane H. M., Ditte SLABBEKOORN, Louis J. G. GOOREN, Geoff SANDERS a Peggy T. COHEN-KETTENIS. Organizing and activating effects of sex hormones in homosexual transsexuals. *Behavioral Neuroscience*. 2002, roč. 116, č. 6, s. 982-988. DOI: 10.1037/0735-7044.116.6.982.

VAN GOOZEN, S.H., COHEN-KETTENIS, P.T., GOOREN, L.J.G., FRIJDA, N.H., VAN DE POLL, N.E., 1994. Activating effects of androgens on cognitive performance: causal evidence in a group of female to male transsexuals. Neuropsychologia 32, 1153—1157.

HARALDSEN, I.R., EGELAND, T., HAUG, E., FINSET, A., OPJORDSMOEN, S., 2005. Cross-sex hormone treatment does not change sex-sensitive
cognitive performance in gender identity disorder patients. Psychiatry aRes. 137, 161—174.

HAYNIE, D. L., GIORDANO, P. C., MANNING, W. D., & LONGMORE, M. A. (2005). Adolescent romantic relationships and delinquency involvement. *Criminology*, *43*, 177 – 210.

HENRY, Jermaine, Herbert W. HELM JR. a Natasha CRUZ. Mate Selection: Gender and Generational Differences. *North American Journal of Psychology*. 2013, roč. 15, č. 1, s. 63-70.

HIRSCHFELD d M. Die intersexuelle Konstitution [The intersexual state]. Jahrb sex Zwischenstufen 1923;23:3–27.

HUBSCHMAN Lief HI, L. Orgasm in the postoperative transsexual. Arch Sex Behav 1993;22:145–55.

HUXLEY, P. J., J. C. KENNA a S. B. BRANDON. Partnership in transsexualism: I. Paired and nonpaired groups. *Archives of Sexual Behavior*. 1981, roč. 10, č. 2, s. 133-141. DOI: 10.1007/BF01542174.

KINS, Evie, Piet HOEBEKE, Gunter HEYLENS, Robert RUBENS a Griet DE CUYPERE. The Female-to-Male Transsexual and His Female Partner Versus the Traditional Couple: A Comparison. *Journal of Sex & Marital Therapy* [online]. 2008-09-09, vol. 34, issue 5, s. 429-438 [cit. 2014-05-09]. DOI: 10.1080/00926230802156236

KLEIN, Carolin a Boris B. GORZALKA. Sexual Functioning in Transsexuals Following Hormone Therapy and Genital Surgery: A Review (CME). *Journal of Sexual Medicine*. 2009, roč. 6, č. 11, s. 2922-2939. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2009.01370.x.

LAWRENCE, Anne. Sexuality Before and After Male-to-Female Sex Reassignment Surgery.
Archives of Sexual Behavior,. roč. 34, č. 2.

MATHES, Eugene W. a Arnold KAHN. PHYSICAL ATTRACTIVENESS, HAPPINESS, NEUROTICISM,

AND SELF-ESTEEM. *Journal of Psychology*. 1975, roč. 90, č. 1, s. 27-30.

MATSUMOTO, A., 1989. Synaptogenic action of sex steroids in developing and adult neuroendocrine brain. Psychoneuroendocrinology 16, 25–40.

MCGEE, Elizabeth a Mark SHEVLIN. Effect of Humor on Interpersonal Attraction and Mate Selection. *Journal of Psychology*. 2009, roč. 143, č. 1, s. 67-77.

MEYER, W.J., A. Webb, C.A. STUART, J.W. FINKELSTEIN, B. LAWRENCE, P.A. WALKER. Physical and hormonal evaluation of transsexual patients: a longitudinal study. Arch. Sex. Behav., 15 (1986), pp. 121–138

MEYER III, Walter J., Paul A. WALKER a Zelda R. SUPLEE. The Survey of Transsexual Hormonal Treatment in Twenty Gender-Treatment Centers. *Journal of Sex Research*. 1981, roč. 17, č. 4, s. 344-349.

MEYER, W., BOCKTING, W., COHEN-KETTENIS, P., COLEMAN, E., DI CEGLIE, D., DEVOR, H., ... WHEELER, C.C. (2006). *The standards of care of the Harry Benjamin Inter national Gender Dysphoria Association, 6th version*. Retrieved from http://www.wpath.org/Documents2/ socv6.pdf

MONEY J, Russo AJ. Homosexual outcome of discordant gender identity/role: longitudinal followup. J Ped Psychol 1979;4:29–41.

MONEY J. Concept of gender identity disorder in childhood and adolescence after 39 years. J Sex Marit Ther 1994;20:163–177.

O'SULLIVAN, L. F., CHENG, M. M., HARRIS, K. M., & BROOKS-GUN, J. (2007). I wanna hold your hand: The progression of social, romantic and sexual events in adolescent relationships. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health, 39*, 100 – 107.

PAWLOWSKI, Variable preferences for sexual dimorphism in height as a strategy for increasing the pool of potential partners in humans. *Proceedings of the Royal Society B: Biological Sciences*. 2003, roč. 270, č. 1516, s. 709-712.

PENKE, L., & Asendorpf, J. B. (2008). Beyond global sociosexual orientations: A more differentiated look at sociosexuality and its effects on courtship and romantic relationships. Journal of Personality and Social Psychology, 95, 1113-1135.

RUSSOCK, Howard I. An evolutionary interpretation of the effect of gender and sexual orientation on human mate selection preferences, as indicated by an analysis of personal advertisements. *Behaviour*. 2011, roč. 148, č. 3, s. 307-323. DOI: 10.1163/000579511X556600.

SASSLER, Sharon. Partnering across the life course: Sex, relationships, and mate selection. *Journal of Marriage and Family*. 2010, roč. 72, č. 3, s. 557-575. DOI: 10.1111/j.1741-3737.2010.00718.x.

SCHAGEN, Sebastian E. E., Henriette A. DELEMARRE-VAN DE WAAL, Ray BLANCHARD a Peggy T. COHEN-KETTENIS. Sibling Sex Ratio and Birth Order in Early-Onset Gender Dysphoric Adolescents. *Archives of Sexual Behavior* [online]. 2012, vol. 41, issue 3, s. 541-549 [cit. 2014-05-09]. DOI: 10.1007/s10508-011-9777-6

SCHÖNING, Sonja, Almut ENGELIEN, Christine BAUER, Harald KUGEL, Anette KERSTING, Cornelia ROESTEL, Pienie ZWITSERLOOD, Martin PYKA, Udo DANNLOWSKI, Wolfgang LEHMANN, Walter HEINDEL, Volker AROLT a Carsten KONRAD. Neuroimaging Differences in Spatial Cognition between Men and Male-to-Female Transsexuals Before and During Hormone Therapy. *Journal of Sexual Medicine*. 2010, roč. 7, č. 5, s. 1858-1867. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2009.01484.x.

SIMPSON, J. **A.,** & Gangestad, **S.** (1991a). Individual differences in sociosexuality: Evidence for convergent and discriminant validity. *Journal of Personality and Social Psychology,* 60,870-883.

SIMPSON, J. **A.,** & Gangestad, **S.** (1992). Sociosexuality and romantic partner choice. *Journal of Personality,* 60,31-51.

SINGH, D., & Young, R.K. (1995). Body weight, waist-to-hip ratio, breasts and hips: Role in judgements of female attractiveness and desirability for relationships. *Ethology and Sociobiology*, *16*, 483± 507.

SLABBEKOORN, Ditte, Stephanie H. M. VAN GOOZEN, Jos MEGENS, Louis J. G. GOOREN a Peggy T. COHEN-KETTENIS. Activating effects of cross-sex hormones on cognitive functioning: A study of short-term and long-term hormone effects in transsexuals. *Psychoneuroendocrinology*. 1999, roč. 24, č. 4, s. 423-447. DOI: 10.1016/S0306-4530(98)00091-2.

SMITH YL, VAN GOOZEN SH, COHEN-KETTENIS PT. Adolescents with gender identity disorder who were accepted or rejectedfor sex reassignment surgery: A prospective follow-up study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2001;40:472–81.

TRIVERS, R. L. 1 972. Parental investment and sexual selection. In Sexual Selection and the Descent of Man, ed. B. Campbell, 1 36-79. Chicago: Aldine .

DE VRIES, Annelou L.C., Thomas D. STEENSMA, Theo A.H. DORELEIJERS a Peggy T. COHEN-KETTENIS. Puberty Suppression in Adolescents With Gender Identity Disorder: A Prospective Follow-Up

Study. *Journal of Sexual Medicine*. 2011, roč. 8, č. 8, s. 2276-2283. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2010.01943.x.

WANG C., R.S. SWERDLOFF, A. IRANMANESH, A. DOBS, P.J. SNYDER, G. CUNNINGHAM, A.M. MATSUMOTO, T. WEBER, N. BERMAN. Transdermal testosterone gel improves sexual function, mood, muscle strength, and body composition parameters in hypogonadal men, J. Clin. Endocrinol. Metab., 85 (2000), pp. 2839–2853

WEISS, Petr, et al. *Sexuologie*. Praha : Grada Publishing, a.s., 2010. 744 s., s. 466

WEISS, P.; MAREŠOVÁ, M. Česká a Slovenská psychiatrie. .. 1999, 3, s. 125-134

WIERCKX, Katrien, Sven MUELLER, Steven WEYERS, Eva VAN CAENEGEM, Greet ROEF, Gunter HEYLENS a Guy T'SJOEN. Long-term evaluation of cross-sex hormone treatment in transsexual persons. *Journal of Sexual Medicine*. 2012, roč. 9, č. 10, s. 2641-2651. DOI: 10.1111/j.1743-6109.2012.02876.x.

WILLIAMS, C.L., Meck, W.H., 1991. The organizational effects of gonadal steroids on sexually dimorphic spatial ability. Special issue: neuroendocrine effects on brain development and cognition. Psychoneuroendocrinology 16, 155–176..

ZUCKER KJ, BRADLEY SJ. Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents. New York: Guilford Press 1995.

ZUGER B. Early effeminate behavior in boys: outcome and significance for homosexuality. J NervMent Dis 1984;172:90–97.)

The Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association: Standard sof care for gender identity disorders. Available at: http://www.hbirga.org.