UNIVERZITA KARLOVA V PRAZE

PEDAGOGICKÁ FAKULTA

Katedra psychologie

Diplomová práce

Psychologické aspekty přeměny genderové role u trans-lidí v českém kontextu

Bc. Helena Čechová

Vedoucí práce: **PhDr. Irena Smetáčková, Ph.D.**

Praha 2014

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem předkládanou práci zpracovala samostatně a použila jen uvedené prameny a literaturu. Současně dávám svolení k tomu, aby tato práce byla zpřístupněna v příslušné knihovně UK a prostřednictvím elektronické databáze vysokoškolských kvalifikačních prací v repozitáři Univerzity Karlovy a používána ke studijním účelům v souladu s autorským právem.

V Praze dne 27. června 2014 Helena Čechová

Poděkování

Ráda bych na tomto místě poděkovala PhDr. Ireně Smetáčkové, PhD. za vedení diplomové práce a podnětné komentáře. Zároveň bych chtěla poděkovat participujícím za jejich ochotu a důvěru při podílení se na výzkumu a v neposlední řadě svým blízkým za jejich velkou podporu, trpělivost a sdílení.

Obsah

ABSTRAKT 6
ÚVOD 8
I. TEORETICKÁ ČÁST 10
1. Vymezení základních pojmů 10
2. Trans-lidé na poli medicínského diskurzu 15
2.1 Trans-identita jako patologie 16
2.1.1 Jak se pozná „pravá“ transsexualita? 19
2.1.2 Jsem trans, jsem nemocná/ý 22
3. Proces přeměny 24
3.1 Proces přeměny jako soubor etap? 24
3.2 Obsah procesu přeměny v kontextu české sexuologie 25
3.2.1 Fáze diagnostiky 26
3.2.2 Rozhodovací fáze 29
3.2.3 Real life test (RLT) 30
3.2.4 Hormonální terapie 33
3.2.5 Operativní výkony 35
3.2.6 Právní aspekty přeměny 37
3.2.7 Pooperační období 40
3.3 Psychoterapie v procesu přeměny 41
3.3.1 Cíle a obsah psychoterapie 43
3.3.2 Formy psychoterapie 46
3.3.3 Terapeutický vztah 47
4. Trans-člověk, identita a genderová role 51
4.1 Kde se bere genderová identita? 51
4.2 Binarita a diverzita identit 55
4.3 Cesta za maskulinitou 58
II. EMPIRICKÁ ČÁST 64
1. Metodologie 64
1.1 Charakteristika výzkumu 64
1.2 Cíl a výzkumné otázky 65
1.3 Výběr participujících 66
1.4 Metody sběru dat 67

1.5 Analýza dat 70
1.5.1 Popis kategorií – rozhovory s odborníky/odbornicemi 71
1.5.2 Popis kategorií – rozhovory s trans-lidmi 73
2. Interpretace rozhovorů 76
2.1 Rozhovory s odborníky/odbornicemi 76
2.1.1 Lékařka 76
2.1.2 Lékař 86
2.1.3 Psycholog 100
2.2 Rozhovory s trans-lidmi 114
2.2.1 Tomáš 114
2.2.2 Andy 128
2.2.3 Michal 144
2.3 Komparace rozhovorů s oběma skupinami participujících 157
III. DISKUSE 166
IV. ZÁVĚR 171
LITERATURA 173

ABSTRAKT

Diplomová práce představuje proces přeměny genderové role a *pohlaví* z hlediska psychologické, medicínské a socio-kulturní perspektivy. Hlavním tématem jsou aspekty, které ovlivňují psychiku člověka zažívajícího přeměnu. Práce se zabývá důvody patologizace trans-identit a jejího vlivu na sebepojetí trans-lidí. Dále je zaměřena na tradiční podobu procesu přeměny představovanou českou sexuologií a její srovnání se zahraničními přístupy. Část textu také tematizuje místo, které v přeměně zaujímá psychoterapie. Podstatným doplněním je sociálně-kulturní pohled na genderovou identitu a roli. Dílčími cíli výzkumu je porozumět tomu, jak nahlíží proces přeměny odborníci a odbornice zabývající se trans-identitami, a jak jej prožívají sami trans-lidé. Nadřazený cíl hledá odpověď na to, jak se obě strany vzájemně ovlivňují a jaké psychické aspekty do procesu přeměny genderové role (a *pohlaví)* vstupují.

Klíčová slova: transsexualita, transgender, přeměna *pohlaví,* genderová identita, genderová role.

ABSTRACT

The thesis presents the processes of gender role transition and sex reassignment from the perspectives of psychology, medicine, and sociology. Its main focus is on the various aspects influencing the psyche of a person undertaking transition. The thesis investigates why trans identity is commonly viewed as a pathology and the impact of pathologization on the self-perception of trans people. Furthemore, the traditional outline of the transition process in Czech sexology is compared to some current international approaches. A section of the text addresses psychotherapy as a key factor in transition. A significant component of the thesis is that it takes a sociocultural viewpoint on gender identity and gender roles. One of the goals is to understand how medical experts dealing with trans identity conceptualize transition and how trans people themselves conceptualize it. The overall aim is to investigate how both of these sides influence each other and what psychological aspects enter the processes of gender role transition and sex reassignment.

Key words: transsexuality, transgender, sex reassignment, gender identity, gender role.

ÚVOD

S trans-lidmi se můžeme setkat v různých kontextech. Ve veřejném povědomí je mnohdy transsexualita spojována s transvestitismem. Laický pohled na trans-lidi často obnáší buď soucit s „nemocným“ jedincem, který to nemá v životě lehké, nebo rezervovanost vůči odlišnosti a odchylce od toho, co naše kultura považuje za normální. Lidé s trans-identitou bývají exponováni jako zajímavost v populárních médiích, nebo jako příklad patologie jsou tematizováni v učebnicích sexuologie nebo klinické psychologie. V odborné sféře se můžeme s trans-identitami setkat také v rámci sociologie, genderových studií, antropologie a práva. Je ovšem třeba poznamenat, že je to právě a pouze medicína, která vytváří z tématu trans-identit jednotný koncept.

Ve velkých českých městech je hned několik odborníků a odbornic, kteří nabízí péči klientům/klientkám řešícím svou trans-identitu, a za nimiž se sjíždějí trans-lidé z celé republiky. Vždy se jedná o profesionály/profesionálky z řad medicínských profesí, jako je například dr. Fifková, dr. Zvěřina, dr. Procházka, dr. Hajnová, dr. Entnerová, klinický psycholog profesor Weiss a další. Část z nich se také podílela na vydání jediné české monografie odborně pojednávající trans-téma nesoucí příkladný název *Transsexualita a jiné poruchy pohlavní identity* (ve dvou vydáních 2002, 2008). Žádná jiná rovnocenná publikace zabývající se trans-lidmi (například z psychologického hlediska) u nás doposud nevyšla. Ostatní vědecké disciplíny sice okrajově toto téma do svých studií zahrnují, ale nelze jimi rozsahově ani koncepčně konkurovat lékařské vědě. Obzvláště v psychologii, vyjma klinické, téma genderové nekonformity výrazně absentuje, přitom se na něj bezpochyby váže mnoho aspektů, které jsou ve výhradním odborném zájmu psychologie, jako je například otázka psychoterapie.

K tématu trans-identit mě přivedla zkušenost s přeměnou genderové role a *pohlaví* mého blízkého člověka. Poté jsem poznala další trans-lidi, z nichž někteří se stali mými přáteli. Když jsem se o toto téma začala zajímat více, objevilo se mnoho zásadních otázek, například: Jaké jsou různé možnosti přeměny v souvislosti s individuálními potřebami trans-lidí? Kdo poskytuje trans-lidem během přeměny psychologickou podporu? Co ovlivňuje jejich rozhodnutí o obsahu přeměny? Kdo a jak pečuje o lidi, kteří nechtějí dojít až k operaci? A další.

Zejména poslední otázka mě motivovala k sepsání této diplomové práce. Poznala jsem velkou pestrost v sebedefinování trans-lidí a to zejména u těch, kteří opouštěli femininní roli směrem k té maskulinní. Proto jsem se v rámci diplomové práce zaměřila zejména na tuto skupinu trans-lidí, kterým je věnován také výzkum.

Tato práce je pojednáním o různých aspektech, které působí na prožívání, myšlení a jednání trans-člověka v kontextu přeměny jeho genderové role (a *pohlaví*). Zároveň se zamýšlím nad aspekty, které existují na straně odborníků a odbornic, kteří se profesně zaměřují na práci s trans-lidmi.

V teoretické části se zabývám tím, jak trans-identity a přeměnu tematizuje medicína s tím, že český přístup konfrontuji se zahraničním. Dále hledám podobu a úlohu psychoterapie v rámci sexuologické péče. Závěrečný oddíl teoretické části je pak věnován zamyšlení se nad identitami prostřednictvím sociálně-kulturního pojetí.

Empirická část zahrnuje výzkum, který spočíval v rozhovorech, které jsem prováděla s trans-lidmi zažívajícími zkušenost přeměny genderové role a s odborníky/odbornicemi, kteří/které je tímto procesem běžně provázejí. Završujícím cílem tohoto výzkumu je srovnání psychologických aspektů na obou stranách, které do procesu přeměny zasahují a ovlivňují jeho obsah a průběh.

Celá práce výrazně překračuje běžný rozsah diplomové práce. Důvodem je jednak obsáhlost tématu a zároveň množství materiálu z rozhovorů s participujícími. Bylo by možné uvažovat o vynechání citací částí rozhovorů v empirické části, domnívám se ale, že textu by chyběla kontinuita a zajímavá zjištění by byla odsunuta na okrajovou část. Ve výsledném rozsahu se projevuje má potřeba porozumět procesu přeměny jako komplexnímu jevu, který zahrnuje mnoho různých dílčích aspektů.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. Vymezení základních pojmů

Pohlaví: Takto jsou označovány biologické aspekty člověka zahrnující charakteristiky, které odlišují ženy od mužů na základě chromozomálních, genitálních, gonadálních a hormonálních znaků. Pojem „pohlaví“ je používán k vysvětlení fyziologických rozdílů mezi muži a ženami (Lindsey in Mars, 2000). To, co bude považováno za atributy pohlaví, je otázkou (sociální) dohody, proto i pohlaví lze chápat jako konstrukt. Problematičnost určování pohlaví člověka je očividná zejména v případech intersexuálních lidí. Intersexuální děti jsou velmi často brzy po narození podrobovány operativním zákrokům, které směřují k jejich pohlavnímu „znormálnění“. Přitom o tom, zda bude dítě prohlášeno za chlapce či za dívku, rozhoduje velikost a vzhled genitálií. Genitál je do jisté velikosti považován za klitoris a v případě dosažení určitých rozměrů již za penis. Pohlavní orgány jsou poté v souladu s určeným pohlavím chirurgicky feminizovány nebo maskulinizovány (Fafejta, 2004).

Gender: Tento pojem není definován jako stálá biologická kategorie, ale jako společensky vytvořený a proměňující se konstrukt. Zahrnuje sociální/kulturní a psychologické aspekty, které jsou spojovány s obrazem muže nebo ženy skrze určitý společenský a dobový kontext. Součástí genderu je to, co společnost definuje jako maskulinní nebo femininní. Tyto dvě kategorie jsou v naší kultuře považovány za komplementární (Lindsey, 1990). V rámci společenské genderové diverzity ovšem existují i jiné gendery, než pouze femininní nebo maskulinní.

Genderový řád: Jedná se o kolektivní symbolické sociální uspořádání, které udává strukturu genderovým vztahům v dané společnosti. V naší západní společnosti je svět vnímán pouze ve dvou protikladných dichotomických kategoriích. Harding (1991) zdůrazňuje, že ačkoli převážná část těchto protikladných obsahů nijak nesouvisí s rozmnožováním, jsou souhrnně řazeny buď k mužskému, nebo k ženskému principu. „Mužské“ a „ženské“ vlastnosti jsou pak hierarchicky uspořádané kategorie. Genderový řád ovlivňuje dělbu práce, distribuci moci a vyvíjí tlak na „správné“ plnění genderových

rolí, které jsou od jedinců očekávané na základě jejich, po narození přiřazeného, *pohlaví*. V naší kultuře navíc klade genderový řád heteronormativní požadavky na lidskou sexualitu (Harding in Šmausová, 2002).

Kimmel (2011) hovoří o třech základních nástrojích genderového řádu, které se podílí na jeho konstruování a udržování. Jedná se o *instituce* produkující genderové rozdíly, *interakce* s druhými lidmi, skrze něž jsme socializováni a v nichž vyjednáváme svou *identitu,* která je chápána jako proměnlivý soubor významů a způsobů chování utvářený prostřednictvím hodnot a norem dané společnosti (Kimmel, 2011).

Genderové stereotypy: Tento pojem označuje kognitivní schémata, která jsou zobecněním o typických charakteristikách mužů a žen (Deaux, Lafrance In Gilbert et al., 1998).

Genderová role: Osobnostní, vzhledové a behaviorální charakteristiky, jež jsou v dané kultuře a dějinném období označovány za maskulinní či femininní (tj. typičtější pro mužskou nebo ženskou sociální roli). Přestože většina osob se sociálně prezentuje ve zřetelně maskulinní či femininní genderové roli, někteří lidé se prezentují v alternativní genderové roli, jako je například gender-queer či transgender role. Genderová role nemusí vždy odpovídat genderové identitě (Coleman et al., 2011).

Genderově nekonformní: Takto jsou popisováni lidé, jejichž genderová identita, role či způsob vyjádření se liší od pojetí identity, role atd., jež jsou normativní pro jim přisouzené *pohlaví* v dané kultuře a dějinném období (Coleman et al., 2011).

Genderová identita: Vnitřní pocit příslušnosti k mužskému (případně chlapeckému), ženskému (případně dívčímu) nebo alternativnímu genderu (např. androgynnímu, transgender, genderqueer a další) (Coleman et al., 2011).

Pohlavní identita: Tento pojem lze najít především v medicínských pramenech. Za „pohlavní identitu“ označuje Fifková a kol. (2002) *„subjektivně vnímaný pocit sounáležitosti či naopak rozporu s vlastním tělem, s jeho primárními a sekundárními pohlavními znaky, i se sociální rolí přisuzovanou danému pohlaví.“* (Fifková et al., 2002: 13). V této definice je na rozdíl od předešlého pojetí „genderové identity“ předpokládáno

přímé spojení mezi psychickou identitou, biologickými komponentami těla, na jejichž základě medicína odlišuje mužské tělo od ženského, a sociální rolí v dané kultuře. Více o identitě bude pojednáno v kap. 4.

Sexuální identita: Tento pojem je používán ve dvou různých významech. Z hlediska medicíny je obvykle „sexuální identita" ztotožňována s „pohlavní identitou". Zvěřina (2012) takto označuje stejně jako výše citovaná Fifková a kol.*„pocit příslušnosti k mužskému nebo ženskému pohlaví. Tento pocit v naprosté většině případů bezkonfliktně sleduje genetické a fetálně-gonadální determinanty"* (Zvěřina, 2012: 9). Tento význam je v dnešní době již pomalu nahrazován jiným. Především zahraniční zdroje využívají pojem „sexual identity" jakožto označení identifikace s vlastní sexualitou, která zahrnuje sexuální chování a prožitky sexuální přitažlivosti (Rust, 1992). Jeho význam má tedy mnohem blíže k pojetí „sexuální orientace" (heterosexuální, homosexuální, bisexuální, pansexuální atd.).

Trans* (trans-lidé): Tento termín zahrnuje transgender, transsexuální a jinak genderově nekonformní lidi (International Spectrum).

Transgender: Tento pojem lze definovat více způsoby. Často je používán jako zastřešující termín, který odkazuje ke všem lidem, kteří se odchylují od svého, po narození přiděleného, genderu nebo jinak překračují binární genderový řád. Toto označení zahrnuje transsexuální, cross-dresser, gender-queer, two-spirit a další genderové identity a vyjádření. Někteří transgender lidé pociťují svou existenci jako nenaplňující ani jednu ze standardních genderových kategorií, ale spíše se cítí stát někde mezi nebo za těmito dvěma gendery (International Spectrum).

Transsexualita (transsexualismus): Tento pojem je užíván především v rámci medicínského diskurzu, kdy označuje jednu z poruch pohlavní identity.[1] Transsexuální lidé usilují o změnu primárních a/nebo sekundárních pohlavních znaků prostřednictvím feminizačních či maskulinizačních lékařských zákroků (hormonálních a/nebo chirurgických), zpravidla též provázenou trvalou změnou genderové role, případně takové změny již dosáhli. Z medicínského hlediska jsou transsexuální lidé děleni na *Male-to-female* a *Female-to-male* osoby (Zvěřina, 2012; Fifková et al., 2002).

[1] „Transsexualismus" je označen jako diagnóza F64.0 v tabelárním seznamu v Mezinárodní statistické klasifikaci nemocí.

Male-to-female („z muže na ženu“, zkr. MtF): Medicínské označení pro člověka, kterému bylo po narození na základě jeho fyziologických atributů přiděleno mužské pohlaví a který usiluje o změnu svého těla a/nebo genderové role na femininnější, případně takovou změnu již absolvoval.

Female-to-male („ze ženy na muže“, zkr. FtM): Medicínské označení člověka, kterému bylo po narození na základě jeho fyziologických atributů přiděleno ženské pohlaví a který usiluje o změnu svého těla a/nebo genderové role na maskulinnější, případně takovou změnu již absolvoval (Zvěřina, 2012; Fifková, 2002).

Obě tato označení (FtM a MtF) mohou být problematická, zejména pokud mají zahrnout lidi, kteří se neidentifikují v rámci dichotomicky pojímaných genderových kategorií muž-žena (např. v případě některých transgender lidí).

Transvestitismus dvojí role (cross-dressing): Pojem opět zahrnuje zdravotní diagnózu a je používán v rámci medicínského diskurzu. Za„transvestitu“ je označován člověk, který nosí oblečení, make-up apod., jež jsou považovány za příslušné k jinému genderu, než je ten jeho. Tento termín již v dnešní době nahrazuje preferovanější pojem „cross-dresser“, který je chápán jako součást zastřešující transgender komunity. „Cross-dressing“ může být realizován neustále nebo jen v určitých obdobích či situacích (Trans, 2007).

Gender-queer: Pojem odkazující k jedincům nebo skupinám, které zpochybňují nebo problematizují hegemonické představy pohlaví, genderu a sexuality v dané společnosti. Gender-queer lidé zastávají identity, které nezapadají do obecného pojetí genderového řádu a jeho sexuální binarity. Genderqueer může také označovat lidi, kteří se identifikují zároveň jako transgender a queer, například ty, kteří do své identity zahrnují více genderů a sexuálních projevů, přičemž chápou genderovou identitu a sexuální orientaci jakožto přesahující tradiční dichotomii genderového řádu (International Spectrum).

Přeměna pohlaví: V souladu s definicí „pohlaví“ jsou pod tímto spojením zahrnuty zákroky a procesy vedoucí ke změně biologického pohlaví. Může se tedy jednat o hormonální terapii nebo operativní zákrok (chirurgická konverze pohlaví) do primárních a/nebo sekundárních pohlavních znaků (Coleman, 2011).

Přeměna genderové role: Období, v jehož průběhu přechází daný jedinec z genderové role spojované s *pohlavím,* které mu bylo přisouzeno po narození, do jiné genderové role. Mnozí lidé se v tomto období učí sociálně fungovat v jiné genderové roli; pro jiné obnáší toto období hledání takové genderové role a vyjádření, s nimiž se cítí nejspokojenější. Přeměna může, ale nemusí, zahrnovat feminizaci či maskulinizaci těla s pomocí hormonů nebo dalších lékařských procedur. Povaha a délka období přeměny genderové role je individuální a může se případ od případu lišit (Coleman, 2011).

Úřední změna *pohlaví*: Jedná se o akt zápisu do *Informačního systému pro evidenci obyvatel*, který je prováděn na matričním úřadě na základě zprávy zdravotního zařízení o *dokončení léčby změny pohlaví* (tedy o provedené chirurgické konverzi). Zápis zahrnuje nové rodné číslo, nové *pohlaví* (M/F), nové jméno a příjmení a datum účinnosti této změny.[2]

Cisgender (cis): Označení pro člověka, jehož genderová identita a vyjádření odpovídá genderu typicky spojovanému s jeho *pohlavím*, které mu bylo přisouzené po narození. Například se jedná o ženu, která se identifikuje jako žena. Obecně „cis-člověk“ není „trans*“ (International Spectrum).

[2] Informace o činnostech matričních úřadů v souvislosti se zapisováním údajů do agendového informačního systému evidence obyvatel, dostupné na: http://www.mvcr.cz.

2. Trans-lidé na poli medicínského diskurzu

V příbězích řecké mytologie figurují lidé, jejichž projevy bychom mohli označit dnešním jazykem za genderově nekonformní. Gender těchto postav rozhodně neodpovídá stereotypním představám o mužích a ženách a působí velmi variabilně. V Ovidiových Proměnách (1998) se objevuje báje o Hermafroditovi, která vypráví o mladém muži narozeném božské dvojici Hermovi a Afrodité, do něhož se zamilovala nymfa. Bohové na její přání sloučili nymfino tělo s Hermafoditovým do jedné androgynní bytosti (Ovidius, 1998; překl. Bureš). Dnes je brána *intersexualita* (původně hermafroditismus) jako zdravotní diagnóza.

Trans-identita se vyskytuje například v tradicích původních obyvatel Ameriky, kteří uznávali „třetí pohlaví“ a osobám překračujícím námi chápanou femininitu a maskulinitu dokonce připisovali výsadní posvátné postavení. Tyto duchovní vůdce označovali za lidi „Dvojího ducha“ (orig. *Two spirit*) (Feinberg, 2000). Také někteří dnešní původní obyvatelé ze Severní Ameriky navazují na dávné tradice a uznávají nejméně tři až čtyři základní genderové role (Lang, 1998; překl. do angl. Vantine).

Transgender lidé narozeni jako „úřední muži“ (případně intersexuální jedinci) spadají v Indii do speciální kasty Hidžer. Hidžry jsou někdy označovány také jako „třetí pohlaví“ a mají své místo v islámské a hinduistické tradici. V původním pojetí byly chápány jako věštkyně a poradkyně, které měly moc dávat požehnání, ale i proklít. Nyní často žijí na okraji společnosti a vydělávají si prostitucí (Gayatri, 2005).

Přístup k trans-lidem je kulturně a historicky proměnlivý. Na počátku 20. století se začala intenzivně zajímat o trans-lidi medicína. Západní společnost v této době již měla ve svém dichotomickém uspořádání dnešní podobu. Moderní medicína postupně přicházela na stále nové objevy a dokázala nabídnout trans-lidem takové tělesné modifikace, které jim mohly umožnit snadněji obstát ve společenském systému a zároveň nepotlačovat vlastní identitu. Objevila se možnost změnit své pohlaví a přejít z jedné role do druhé skrze právě ty tělesné znaky, které jsou považovány za pohlavně reprezentující. K této zdravotnické

„nápravě“ musel náležet zdravotní problém. Trans-lidé získali do té doby nevídané možnosti úpravy těla, ale také status diagnostikovaných pacientů (Pfäfflin, 1997).

První všeobecně známá kompletní *přeměna pohlaví* byla provedena roku 1953[3], kdy Američanka Christine Jorgensenová podstoupila v Dánsku operaci pohlaví. Zanedlouho poté, v roce 1966, vydal lékař Harry Benjamin první souborné dílo pojednávající o trans-identitě nazvané *The Transsexual phenomenon*, ve kterém oddělil transsexualismus a transvestitismus jako dvě samostatné „poruchy“ (Procházka, Weiss, 2002). V tomto období se o trans-lidi intenzivně zajímala také česká odborná veřejnost. V roce 1969 bylo uspořádáno sympozium, ze kterého vznikl soubor přednášek *O soudně lékařských otázkách transsexualismu*. Jedním ze známých jmen, která se objevovala mezi přednášejícími, byl také profesor Hynie. Ten označil z etiologického hlediska transsexualismus jako „*poruchu diferenciace hypothalamu ve druhé polovině těhotenství“* (Hynie, 1969). Předpokládaná biologická příčina vzniku transsexualismu byla významným krokem pro jeho definitivní zařazení mezi zdravotní poruchy a označení za diagnózu. Jak zaznělo v dalším příspěvku na soudně lékařském sympoziu *„Osoba, trpící transsexualismem, je podle dosavadních odborně medicínských závěrů zřejmě* osobou nemocnou, *osobou postiženou psychickou, případně psychosexuální poruchou“*(Černý, 1969).

2.1 Trans-identita jako patologie

V tabelárním seznamu *Mezinárodní klasifikace nemocí* (2014) je transsexualita vedena jakožto diagnóza F64.0. Spolu s *transvestitismem dvojí role* spadá pod souhrnnou diagnostickou kategorii *Poruchy pohlaví identity* (MKN-10, 2014). Jeden z předních českých sexuologů uvádí, že *„jedinec touto deviací postižený je identifikován s opačným pohlavím a silně puzen k opačné sexuální roli“* (Zvěřina, 2012).

Když se vrátíme k jiným kulturním perspektivám, patologizující chápání trans-lidí jako duševně nemocných by bylo možné rozšířit i na ty, kteří se projevují genderově nekonformě v odlišném než západoevropském kontextu. Weiss a Procházka (2005) tvrdí, že také severoameričtí *Two spirit*, o nichž bylo zmíněno výše, trpí poruchou pohlavní identifikace. Genderové projevy, které jsou legitimní součástí tradičního chápání

[3] Ačkoli první pokus o operativní přeměnu pohlavních znaků je datován již rokem 1912 (Pfäfflin, 1997).

sociálních rolí Two spirit identit, označují autoři za *diagnostická kritéria* duševní nemoci (Weiss, Procházka, 2005).

K pojednání o tom, jak se cítí trans-člověk, který je v našem kontextu posuzován jako psychicky narušený, je potřeba důkladněji poznat, jak současná medicína interpretuje transgenderové identity.

Světová profesní asociace pro zdraví transgender osob (WPATH) vydala v roce 2010 prohlášení, ve kterém se hlásí k depatologizaci nekonformních genderových projevů. V prohlášení je zmíněn fakt kulturně podmíněné pestrosti genderových identit a rolí a odmítáno jejich označování za projevy patologie, které vede ke stigmatizaci a diskriminaci daných jedinců (Coleman et. al., 2011).

Ve *Standardech péče o zdraví transsexuálních, transgenderových a genderově nekonformních osob* (2011)[4] je patrný určitý posun v chápání trans-lidí a možností poskytování odborné péče. V úvodní části textu je vymezen rozdíl mezi genderovou nekonformností a genderovou dysforií. Zatímco genderová nekonformnost je vztažena k rozsahu, v němž se genderová identita, role či prezentace liší od kulturních norem vážících se k danému *pohlaví*, genderová dysforie je vyjádřena pocity úzkosti či stresu spojenými s rozporem mezi genderovou identitu a *pohlavím*, které bylo lékaři/lékařkami identifikováno po narození. Genderová dysforie (neboli rozlada) se přitom týká pouze některých z genderově nekonformních lidí a spíše určitých fází jejich života (Coleman et. al., 2011).

I přesto, že Standardy WPATH (2011) operují s termínem genderové nekonformity a označují její projevy různými korektními pojmy, které poukazují na pestrost a všudypřítomnost genderové variability, v hlavním textu Standardů se pojednává v podstatě pouze o těch formách, které jsou diagnostikovány v rámci Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) jako poruchy pohlavní identity. *„Některé osoby zakoušejí genderovou dysforii v takové míře, že takto vzniklý distres splňuje kritéria formální diagnózy, kterou lze klasifikovat coby duševní poruchu“* (Coleman et. al., 2011: 5). Dostáváme se tedy k otázce míry nesouladu mezi přidělenou *pohlavní* příslušností, očekávanou genderovou rolí a subjektivně pociťovanou genderovou identitou. Překročení pomyslné hranice mezi tím, co

[4] Poslední 7. revize dokumentu vydaná v roce 2011 *Světovou profesní asociací pro zdraví transgender osob* (WPATH), původně známé jako *Mezinárodní Asociace Harryho Benjamina*. Tato pravidla nemají právně závazný status.

lze ještě považovat za „zdravé“ a co je již projevem patologie, znamená pro trans-člověka, zda se stane objektem pozornosti sexuologické optiky.

Jaké vlastně formy *poruch pohlavní identity* medicína pojmenovává? Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-10) uvádí kromě diagnóz transsexualismu a transvestitismu ještě tři další diagnostické jednotky. Jedná se o *Poruchu pohlavní identity v dětství*, *Jiné poruchy pohlavní identity* a *Poruchy pohlavní identity NS.* Vynecháme-li období dětství, zbývají další dvě pojmenování projevů genderové nekonformity, které nejsou v tabelárním seznamu blíže specifikovány (MKN-10, 2014). Ve čtvrté revizi Diagnostického a statistického manuálu APA (DSM-IV, 1994) funguje jiné rozdělení. Porucha pohlavní identity se týká buď dětí, nebo dospívajících a dospělých. Kromě těchto dvou forem je samostatně uváděna *Dále nespecifikovaná porucha pohlavní identity*, která se vztahuje k intersexuálním projevům, epozidickému cross-dressingu motivovanému stresem nebo touze po odstranění pohlavních orgánů bez dosažení jejich podoby odpovídající představě o druhém *pohlaví* (DSM-IV In Fifková et al., 2008). V aktuální páté revizi (DSM-V) je však termín *poruchy pohlavní identity* (orig. „gender identity disorder“) nahrazen, v souladu s mezinárodními standardy WPATH (2011) novějším *genderová dysforie* (orig. „gender dysphoria“). Příčinou této terminologické změny bylo opět opuštění od patologizujícího přístupu k trans-identitám, který by spojoval genderovou nekonformitu s duševní poruchou, a zaměření pozornosti na specifický distres, který trans-lidé zažívají (DSM-V, 2013).

V rámci diagnostického manuálu MKN-10 se setkáváme s různými projevy genderové nekonformnosti. Takové projevy bychom mohli mimo medicínský diskurz nalézt v občasném cross-dressingu přes gender-queer a Two spirit identity až k touze některých transgender lidí po chirurgických zásazích do podob jejich pohlavních orgánů. Standardy WPATH (2012) sice hovoří o nutné depatologizaci genderové nekonformity a nutnosti zohledňovat míru „vážnosti“ projevů, medicínská kritéria pro stanovení diagnózy však obsáhnou celou škálu trans-identit. I přesto má určité „výsadní“ postavení mezi diagnózami transsexualita (Coleman et. al., 2011).

2.1.1 Jak se pozná „pravá“ transsexualita?

Profesor Hynie (1969) prohlásil k otázce pochybností při diagnostikování transsexuality toto: *„Když však dospějeme k přesvědčení, že dotyčná osoba skutečně vidí svět očima druhého pohlaví a že nelze změnit její chování i přesvědčení o příslušnosti k druhému pohlaví, s nímž se naprosto ztotožňuje, pak jde zpravidla o skutečný transsexualismus a jako s takovým je nutno zacházet.“* Jeho poznámka se týkala odlišení transsexuality od ostatních poruch pohlavní identity (zejména transvestitismu) nebo od projevů jiných psychiatrických onemocnění (Hynie, 1969).

V šesté revizi *Standardů péče pro poruchy pohlavní identity* WPATH (2001) je z pojednání o diagnostické terminologii patrná snaha lékařů a lékařek od 60./70. let odlišit „skutečného transsexuála“ od ostatních trans-lidí. Za projevy „pravé“ transsexuality byly dříve považovány tyto způsoby chování a prožívání: 1. identifikace s „opačným“ pohlavím, která je vyjadřována již od dětství; 2. minimální nebo žádný pocit vzrušení při cross-dressingu a 3. žádné heterosexuální zájmy vztahující se k „anatomickému pohlaví“ (Meyer et. al in Fifková et al., 2002: 168). V tomto pojetí se objevuje několik problematických aspektů, jedná se například o to, že u trans-lidí se nespokojenost s jejich genderem může objevit až v pozdějším věku. Tato definice navíc zahrnuje pouze heterosexuální lidi a opomíjí homosexuální, bisexuální nebo jinou sexuální orientaci.

V rámci soudobého pojetí transsexuality uvádí Procházka a Weiss (2008) v souladu s MNK-10 tyto projevy: 1. přání žít a být akceptován jako příslušník „opačného pohlaví“; 2. pocit nespokojenosti s vlastním anatomickým pohlavím a 3. přání hormonálního léčení a chirurgického zásahu k dosažení tělesného vzhledu odpovídajícího preferovanému *pohlaví.* Pocit transsexuální identity musí trvat nejméně 2 roky a je potřeba vyloučit jinou duševní poruchu (například schizofrenii), intersexualitu nebo další genetické či chromozomální abnormality (Weiss, Procházka, 2008: 16). I dnešní diagnostická kritéria vykazují sporné body. Z tohoto konceptu transsexuality jsou vylučováni lidé, kteří si nepřejí hormonální a/nebo operativní zásahy do svého těla, například z důvodu znalosti rizik nebo akceptace vlastní tělesnosti, kterou oddělují od své genderové identity.

Současná diagnostika je vedena zejména psychologickým směrem, jelikož transsexuální člověk stejně jako cisgender-člověk nevykazuje žádné fyziologické anomálie nebo specifické projevy, a tudíž není možné tělesným vyšetřením posoudit, zda je daný člověk transsexuální nebo nikoli.

Jak uvádí Weiss, Fifková a Procházka (2008) na základě anamnestického rozhovoru je sledován životní příběh trans-člověka, který by „měl" zahrnovat určité náležitosti.

1) Při vyprávění o období dětství je pozornost směřována na výběr her a hraček, se kterými si daný člověk nejraději hrál. Jeho preference při hrách by měly odpovídat preferencím přisuzovaným obvykle lidem „opačného" genderu. To znamená, že *„chlapci si hrají s panenkami a odmítají typické soutěživé hry, děvčata si hrají s autíčky a stavebnicemi, hrají kopanou apod."*
2) Podstatnou roli při diagnostickém procesu hraje také způsob odívání nebo touha po něm. Například transsexuální člověk identifikující se s mužským genderem (tzv. FtM) odmítá v dětství sukně a šaty.
3) S odmítáním určitých genderových atributů souvisí také „*odpor k primárním i sekundárním pohlavním znakům a jiným biologickým projevům dospívání"*. Trans-lidé ztotožňující se s maskulinním genderem se snaží zakrývat prsa a podobně. Míra „odporu" může být podle autorů a autorky různá a někteří trans-lidé mohou být na své tělo „poměrně dobře adaptovaní".
4) Další diagnostické kritérium se týká snů a fantazií bez erotického obsahu. Transsexuální člověk údajně sní o tom, že mu náleží tělo odpovídající jeho genderové identitě a plní společenské role, které odpovídají očekáváním spojeným s tímto vysněným tělem.
5) Erotické fantazie, které se váží k masturbaci, jsou považovány za jeden z nejzákladnějších diagnostických bodů. Trans-člověk by si měl představovat sebe s tělem náležícím „opačnému" genderu, jak provozuje sexuální aktivity. Je ovšem zmíněno, že také člověk s trans-identitou se může v erotických fantaziích projevovat jak heterosexuálně, tak homosexuálně. V našich medicínských podmínkách je zjišťování sexuální identity (orientace) tak podstastné, že se běžně využívá vyšetření na faloplethysmografu nebo vulvoplethysmografu.
6) Při otázkách na partnerské vztahy je sledováno, zda byly objekty první zamilovanosti právě lidé „stejného biologického pohlaví". Okolím jsou sice tito

jedinci posuzováni jako homosexuálně orientovaní, „praví“ transsexuální lidé však sami cítí, že se jejich orientace blíží více k heterosexuální. Ovšem opět se připouští homosexuální orientace s tím, že se člověk identifikuje s příslušným genderem. Sexuální identita je nahlížena jako mnoha faktory ovlivněná součást života trans-člověka jakožto individua a vzhledem k často problematickému sebepřijetí může zůstat neprojevená, takže jakákoli zkušenost z partnerského vztahu v životním příběhu zcela absentuje.

7) Do posuzování „pravosti“ transsexuality jsou zahrnuty také konkrétní sexuální aktivity. Jedná se zejména o způsob a průběh masturbace. Trans-lidé identifikující se s maskulinním genderem se údajně vyhýbají kontaktu s pochvou a masturbují prostřednictvím klitorisu. Autoři a autorka uvádí, že se někteří trans-lidé mohou zcela vzdát autoerotických aktivit z důvodu přílišného odporu k vlastnímu tělu. Pokud naváže trans-člověk sexuální partnerský vztah, projevuje se v něm obvykle značně ostýchavě. Trans-člověk s maskulinní identitou odmítá doteky na prsou či genitáliích a údajně se více zaměřuje na uspokojení partnerky než sebe, a pokud je gay, nepřipustí vaginální soulož.
8) Posledním zmíněným kritériem je podoba genderové role, ke které trans-člověk tíhne. Autorský kolektiv uvádí, že trans-lidé si vybírají profese podle preferovaného genderu, tj. lidé s maskulinní genderovou identitou pracují například jako policisti, řidiči nebo montéři. Genderová identita se také projevuje v touze navštěvovat příslušné toalety nebo v zájmovém zaměření (např. spojení fotbalu s maskulinní genderovou identitou) (Weiss, Fifková, Procházka, 2008: 31-39).

Dalšími oblastmi, které jsou v rámci diagnostického procesu zjišťovány, jsou: sociální adaptace, psychické problémy, kognitivní, osobnostní a interpersonální charakteristiky, postoj k důležitým osobám, dosažený stupeň vzdělání, profesionální adaptace, kriminalita, abúzus, somatické problémy, sexuální traumata atd. (Weiss, Fifková, Procházka, 2008).

Člověk, jehož příběh určitým způsobem naplňuje kritéria pro stanovení diagnózy „F64.0 Transsexualismus“, se stává pacientem/pacientkou a objektem sexuologického zájmu.

2.1.2 Jsem trans, jsem nemocná/ý

„Jasně, že jsem transvestitismus chápala jako úchylku nebo nemoc a moc mě to nepovzbuzovalo. Sice jsem věděla nebo spíš tušila, že důvodem k převlékání nemusí být jenom pozérství nebo sexuální satisfakce, ale nějak jsem o tom hlouběji nepřemýšlela" píše Dominika ve svém příběhu na serveru *Translide.cz* (Sanddová, s.d.).

Trans-člověk se ocitá během svého života v situaci, kdy je konfrontován s „faktem", že trpí zdravotní poruchou. Jak popisuje ve svém výzkumu Devor (1999), ztotožnění se s transsexuální identitou představuje značnou psychickou zátěž. Transsexualita je spojena s výrazným sociálním stigmatem a trans-člověk je vystaven reakcím svého sociálního okolí. Mnoho vztahů, i těch nejbližších, může být předefinováno nebo přímo zpřetrháno (Devor, 1999).

Podle Foucaulta (1971) naše společnost vylučuje nemocného člověka z důvodu toho, aby se v něm nemusela poznat. Duševní porucha je deklarována za odchylku od normy na základě kulturního konsensu a je tím jasně ohraničena a izolována (Foucault, 1971). Medicína, potažmo sexuologie, se snaží tento odklon od normality napravit. Dvořáčková (2008) hovoří o mechanismu *terapie*. Pomocí výkladů o možných příčinách narušování stávajícího symbolického řádu je tato„nemocná" osoba vedena k internalizaci daného způsobu uvažování a k návratu do reality (Dvořáčková, 2008). V případě trans-lidí se jedná o ztotožnění se s medicínským diskurzem, pochopení vlastní odlišnosti od norem genderového řádu a podniknutí kroků, které je formují směrem k „normálnímu". Motivace trans-lidí k nastoupení na cestu přeměny se mohou jevit jako různé, je ale potřeba si uvědomit, že každý trans-člověk se v rámci tohoto procesu setká s praktikami medicínského diskurzu a jeho sebeobraz a sebehodnota jsou touto konfrontací mezi tím, co je „normální" a tím, „kdo jsem já", rozhodně ovlivněny.

Cesta trans-člověka od zjištění své „poruchy" k vyhledání odborné pomoci může být různě dlouhá. Tak i tak se většina těchto lidí potýká s rolí pacienta/pacientky. Křivohlavý (2002) uvádí tři podstatné aspekty této role:

- Pacient/pacientka je zbaven/a zodpovědnosti za svou nemoc.

- Na jednu stranu je pacient/pacientka osvobozen/a od některých činností, které by jinak bylo nutné vykonávat, na druhou stranu na sebe bere zcela nové odpovědnosti.
- Od pacienta/pacientky se očekává, že se bude snažit svůj zdravotní stav aktivně zlepšit.

Očekávání o aktivní účasti na změně svého života kladené na trans-člověka je součástí procesu přeměny genderové role, kterému se budu věnovat v další kapitole.

Není mým záměrem podpořit fenomén trans-identity jakožto nemoci, pouze se zaobírám rolí nemocného, do které je trans-člověk systémově vsazován. K této roli bych ráda v závěru kapitoly zmínila Foucaultův pohled na „duševně nemocného“ člověka, který je často medicínskou optikou nazírán jako nesamostatný a nekompetentní laik, který nikoli se musí léčit, ale musí být léčen. Autor zdůrazňuje, že vědomí nemocného o své duševní „poruše“ je nezpochybnitelné. Nejedná se o asymetrii lékař/lékařka a nemocný, co se týče znalostí o daném stavu. Sám nemocný člověk je v podstatě největším odborníkem na svou „poruchu“ a jeho způsob, jak sám vnímá svůj stav, interpretuje jeho projevy a odmítá ho či přijímá, by měl být základním vodítkem pro jeho posuzování lékařem/lékařkou (Foucault, 1971).

3. Proces přeměny

V první kapitole bylo pojednáno o diagnostikování tzv. *poruch pohlavní identity*, z nichž nejvýrazněji vystupuje transsexualita. Trans-člověk má podle sexuologických předpokladů silnou touhu změnit svou genderovou roli, často spojenou s přáním neinvazivních i invazivních postupů modifikujících jeho tělo (viz kap. 2.1.1). V této kapitole pojednávám o procesu přeměny genderové role a *pohlaví* z hlediska medicínského diskurzu prostřednictvím srovnání domácích a zahraničních zdrojů. Při uvádění konkrétních terapeutických postupů se více zaměřím na trans-lidi směřující k maskulinizaci genderu a/nebo těla, jelikož se tomuto tématu věnuji dále v empirické části práce.

3.1 Proces přeměny jako soubor etap?

Fifková (2008) označuje životní období, kdy se trans-člověk začíná ve společnosti profilovat v nové genderové roli, jako *proces přeměny pohlaví*. Tento proces je standardně rozdělen do několika fází:

a) diagnostika;
b) rozhodovací proces;
c) RLT, RLE (Real Life Test, Real Life Experience);
d) hormonální terapie;
e) operativní zákroky;
f) pooperační období.

Některé z etap mají přesné časové vymezení jako např. minimální trvání hormonální terapie jeden rok před realizací operativních zákroků. Uvedenou posloupnost fází se doporučuje následovat. V prvním vydání monografie o transsexualitě (2002) je ještě zmíněn fakt, že v šesté revizi mezinárodních Standardů HBIGDA[5] (2001) jsou uvedeny i jiné možnosti sledu jednotlivých etap, například předřazení hormonální terapie před *Real*

[5] Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association. Standardy péče pro poruchy pohlavní identity, šestá verze. 2001. In Fifková et al. (2002).

life test (Fifková et al., 2002). V druhém, rozšířeném vydání téže knihy (2008) je zmínka o jiném pořadí kroků vynechána (Fifková et al., 2008). I přes dílčí změny směřuje celý popisovaný proces především k chirurgickému odstranění pohlavních žláz (případně plastice pohlavního orgánu) a se zákrokem spojené úřední změně *pohlaví*.

Jak ukázala studie Devora (1999) ne všichni transsexuální lidé skutečně touží po operativní přeměně pohlavních znaků. Cíle přeměny jsou velmi různé a mohou se postupem života měnit. Pro některé lidi opouštějící femininní genderovou roli je podstatná každodenní společenská maskulinní reprezentace, nikoli změna těla. Jiní lidé potřebují podstoupit mastektomii (chirurgické odstranění prsní mléčné žlázy) a další část trvá na hysterektomii (chirurgické odstranění dělohy) (Devor, 1999).

V souladu s poznatky z praxe o různorodosti potřeb trans-lidí se v poslední revizi Standardů WPATH (2011) objevuje výrazná tendence k individualizaci procesu přeměny. Přeměna již nemusí směřovat k chirurgickému zákroku a každý jedinec si může zvolit takové terapeutické prostředky, které mu pomohou zmírnit dopady genderové dysforie. V některých případech je zcela dostačující pouze psychoterapeutické vedení k tomu, aby byl trans-člověk schopen plnohodnotně žít v preferované genderové roli (Coleman et. al., 2011).

V dostupných materiálech[6], které představují postupy české sexuologie při práci s trans-lidmi, stále přetrvává model procesu přeměny *pohlaví* jako řada po sobě jdoucích kroků. Toto pojetí je však v zahraničí již překonané. Světový trend odborné péče o zdraví trans-lidí opouští od etapového modelu a zaměřuje se na to, aby prostředky terapie nasedaly na individuální potřeby klientů a klientek. Od lékařského vedení se očekává zejména poskytnutí všech informací týkajících se možností, rizik nebo potenciálních vedlejších účinků terapie (Sallans, 2012).

3.2 Obsah procesu přeměny v kontextu české sexuologie

V České republice se na odbornou práci s trans-lidmi specializují zejména sexuologické kliniky a ordinace. Medicínská optika provází člověka přicházejícího

[6] Fifková et al. (2002), (2008), Weiss et al. (2010), Zvěřina (2012), Žourková (2002).

s problémy s nevyhovující genderovou rolí již od první návštěvy. Lze říci, že již prvním kontaktem s lékařkou/lékařem může započít cestu přeměny. Jak tato cesta v tradičním medicínském pojetí vypadá, pojednám v následujícím textu. Jak jsem již zmínila výše, i přes zásadní změny v mezinárodním pojetí procesu přeměny genderové role a *pohlaví* trans-lidí, není zcela jasné, zda se nové standardy odrazily v české sexuologii. V textu tedy vycházím ze zdejších dostupných zdrojů (viz pozn. 6), které tematizují proces přeměny genderové role.

3.2.1 Fáze diagnostiky

O diagnostických kritériích již bylo pojednáno v kap. 2.1.1. V následujícím textu již nepůjde o konkrétní otázky po oblastech života a osobní historie, ale spíše o cíle a prostředky diagnostiky, i když se v určitých částech obsah kapitol jistě bude prolínat. Fifková (2008) označuje diagnostiku za první etapu *přeměny pohlaví*. Cílem této fáze je v podstatě potvrdit nebo vyvrátit diagnózu. Trvání diagnostické fáze se v konkrétních případech může lišit. Někteří lidé již na prvním sezení „přesvědčí" lékaře/lékařku o tom, že s jistotou znají svou genderovou identitu. Následný proces pak diagnózu jen potvrdí. Na druhou stranu přichází i lidé, kteří jsou v určitém období hledání, a diagnostickou fázi u nich odborníci/odbornice odmítají urychlovat (Fifková, 2008).

Diagnostické metody konkrétněji autorka shrnuje následujícím způsobem dle jejich *nezbytnosti*:

a) vyšetření nezbytně nutná (řízený diagnosticky orientovaný rozhovor, psychologické vyšetření, interní a endokrinologická vyšetření apod.);
b) vyšetření doporučená (například PPG – faloplethysmografie; VPG - vulvoplethysmografie);
c) vyšetření prováděná z výzkumných účelů, o jejichž absolvování je třeba klienta/klientku speciálně požádat a vysvětlit mu/jí jejich účel (například vyšetření genetické) (Fifková, 2008).

Podstatnou součástí diagnostiky je rozhovor s klientem/klientkou. Rozhovor probíhá při prvních setkáních s odborníkem/odbornicí. Je pravděpodobné, že trans-člověk nemusí pociťovat dostatečně bezpečnou atmosféru na to, aby otevřeně hovořil o svých intimních

zážitcích, se kterými se často pojí nepříjemné pocity. V takové situaci je důležitý pocit důvěry jak na straně klienta/klientky, tak na straně lékaře/lékařky. Žourková (2002) se zmiňuje o důvěryhodnosti výpovědí takto: *„Pacienti při verbální exploraci předkládají více či méně pravdivé informace o svém sexuálním životě. Při špatném kontaktu s pacientem nabývají někdy větší váhy skutečnosti, které o svém sexuálním životě neuvede, než ty, které staví do popředí. Velkým pokrokem v této oblasti bylo zavedení falopletysmografie.“* (Žourková, 2002: 24). Jak z citace vyplývá, pro ujištění o pravdivosti prohlášení trans-člověka o vlastní sexualitě, je využívána metoda, kdy je člověk testován přístrojem, který zachytává změny na pohlavních orgánech při vystavení se vizuálním erotickým podnětům (Velký lékařský slovník).

Proč je zjištění sexuální orientace v rámci diagnostiky transsexualismu tak důležité, když, jak již bylo dříve zmíněno, mohou být trans-lidé jak heterosexuální, tak homosexuální? Odpověď se nachází v samotném účelu diagnostických postupů. Kromě toho, že se diagnostika soustředí na potvrzení diagnózy, slouží zároveň k odlišení transsexuality od jiných duševních nebo somatických *poruch* a stavů. Právě homosexualita je jedním z případů, na které sexuologie upíná v rámci diferenciální diagnostiky pozornost. Fifková (2010) uvádí, že o přeměnu *pohlaví* mohou usilovat homosexuálně orientovaní lidé z toho důvodu, aby se jim dostalo ve společnosti úspěšnějšího přijetí (Fifková in Weiss, 2010). Je možné domnívat se, že v praxi může být homosexuální orientace překážkou v indikování dalších terapeutických postupů.

V rámci diferenciální diagnostiky je poměrně složitou otázkou odlišení transsexualismu a transvestitismu.[7] Fifková (2010) zdůrazňuje, že právě projevy transvestitismu mohou být přechodným stadiem transsexuality (Fifková in Weiss, 2010). Tento názor podporuje Devorův (1999) výzkum, ve kterém transsexuální lidé vypovídali o provozování cross-dressingu jakožto příležitostech, v nichž alespoň situačně zažívali pocit přijetí v preferované genderové roli (Devor, 1999).

Psychologické vyšetření je v otázce transsexuality standardně zaměřeno na zjišťování odlišností od normy. *„Tradičně se vyšetřují anomálie osobnostní, motivační či charakterové.“* (Weiss, Procházka, Fifková, 2008: 31).

[7] Ať už se jedná o případ *fetišistického transvestitismu* nebo *transvestitismu dvojí role*.

Ke zjištění těchto „odchylek“ používají psychologové/psycholožky inteligenční testy a osobnostní dotazníky. Intelektové schopnosti jsou poté vodítkem k případnému vyloučení organicky podmíněných percepčních a mnestických poruch a nějakým způsobem přispívají k individualizaci dalších postupů (Weiss, Procházka, Fifková, 2008). Autorský kolektiv však neuvádí, jaký vliv na další terapeutické postupy by měl případný nález poruchy pozornosti či paměti nebo zjištěná hodnota inteligenčního kvocientu v pásmu nižšího průměru.

Testy osobnosti mají zase za úkol odhalit případné poruchy osobnosti, které mohou být podstatné pro stanovení vhodných prostředků terapie. Těžká porucha osobnosti je pak *relativní kontraindikací* pro podstoupení nevratných změn. V textu se dále uvádí, že depresivní a neurotická symptomatika je u trans-lidí běžným důsledkem dlouhodobé nespokojenosti s přiřazenou genderovou rolí (Weiss, Procházka, Fifková, 2008). Otázkou je, zda také symptomy poruch osobnosti nemohou být v případě trans-lidí konsekvencemi celoživotního boje se společenskými normami a zkušenostmi se sankcemi za jejich porušování. V takovém případě by bylo označení stavu plynoucího z genderové dysforie za kontraindikaci k její nápravě poměrně nepochopitelné.

V rámci psychologické diagnostiky se běžně používá ještě jedna metoda, kterou je projektivní technika *Kresba lidské postavy* (Figure Drawing Test – FDT). Podle autorů a autorky první nakreslená postava odpovídá genderové a sexuální identitě testované osoby. Validitu metody potvrzují doložením statistických údajů, kde ovšem zaujme zjištění, že polovina heterosexuálních žen (51%) nakreslila nejdříve mužskou postavu (Weiss, Procházka, Fifková, 2008).

Za nedostatečně diagnosticky významnou pro určení genderové identity považuje tuto metodu Badošek (2011), který provedl studii zaměřenou na analýzu validity metody FDT. Výsledky ukázaly, že muži kreslili jako první mužskou postavu v 71% a ženy kreslily ženskou postavu jako první v 67%. Autor tyto hodnoty nepovažuje za spolehlivé ukazatele toho, že pořadí nakreslených postav určuje genderovou identitu testované osoby (Badošek, 2011).

Navíc považuji za nezanedbatelné zjištění, že podstata metody je zveřejněna na nejznámějších českých webových stránkách určených primárně trans-lidem z Čech. *„Lze*

shrnout, že pohlaví první nakreslené postavy reprezentuje důležitou součást osobní idealizované nebo favorizované sexuální identity a muži i ženy prožívající pohlavní rozladu mají výrazně vyšší tendenci nakreslit jako první postavu opačného biologického pohlaví" (Švecová, Weiss, 2001 na webu *translide.cz*). Pokud se metoda používá jako projektivní, znalost způsobu interpretace testového materiálu na straně vyšetřované osoby značně limituje validitu testu.

3.2.2 Rozhodovací fáze

Podle Fifkové (2008) by měla tato fáze následovat po nezvratném potvrzení diagnózy transsexualismu lékařem/lékařkou. Stejně jako u fáze předchozí i zde platí, že jde o období, které někteří klienti a klientky časově minimalizují, protože sexuologii vyhledají už s jasnou představou o dalším postupu a cílech léčby (Fifková, 2008). Zde je namístě položit si otázku, s jakými informacemi trans-lidé do sexuologické ordinace přicházejí. V českém odborném prostředí je velmi omezené množství zdrojů, které by poskytovaly údaje o možnostech přeměny genderové role, potažmo *pohlaví*. Ty, které existují, poskytují vesměs „standardní postupy", které jsou uvedeny v publikacích, ze které v popisu jednotlivých fází vycházím (viz pozn. 6).

Vhled do fáze rozhodování a podoby procesu přeměny genderové role poskytuje také studie Devora (1999). Ten uvádí, že právě získávání informací o transsexualitě hrálo při rozhodování o možných postupech stěžejní roli. Většina účastníků výzkumu, zaměřeného na trans-lidi opouštějící femininní genderovou roli, se setkala se zmínkami o trans-identitách již v dětství nebo adolescenci. V pozdějším životě patřily mezi hlavní informační zdroje a podněty: 1) populární média; 2) odborná literatura (lékařské výzkumy); 3) výpovědi transsexuálních osob a 4) fyzická a emoční odezva od partnerů/ek.

Informace, se kterými se trans-lidé setkávali, byly často buď pouze medicínského charakteru a účastníkům poskytovaly pro ně kruté popisy a zobrazení nevzhledných výsledků operací, nebo se jednalo o laické novinářské názory, které transsexualitu popularizovaly spíše jako skandální odchylku. Rozhodování bylo výrazně ovlivněno také partnerskými vztahy daných lidí. Většina z účastníků byla přitahována ženami, někteří měli partnerky, které jejich projevy interpretovaly jako maskulinní. Taková odezva poskytovala trans-lidem sebejistotu v jejich mužské identitě. Úspěšnost v maskulinní

prezentaci v rámci partnerského vztahu hrála důležitou úlohu při zvažování tělesných změn (Devor, 1999).

3.2.3 Real life test (RLT)

Real life test je Fifkovou (2010) označen za krok, který předchází chirurgické konverzi pohlaví. Trans-člověk si ověřuje svou schopnost žít v roli, která odpovídá jeho genderové identitě. Tuto fázi autorka označuje jako *„test správnosti svého rozhodnutí“* (Fifková in Weiss et al., 2010: 450). V tomto období klienti/klientky žádají o změnu jména a příjmení na neutrální tvar, jelikož jim původní jméno komplikuje život (Fifková, 2008). V úředních dokladech ovšem stále zůstává označení pro *pohlaví*, které bylo člověku přiděleno po narození.

Trans-člověk v tomto období realizuje *coming out* (slangově „vyoutuje se“). Své okolí informuje o změně své genderové role a vyjadřuje potřebu být v ní akceptován. (Fifková, 2010). Podle standardních postupů předchází v českém prostředí tato fáze dalším postupům, které mají přímý vliv na změnu podoby těla. V zahraničí tomu tak není. Participující v Devorově (1999) studii se v některých případech svěřovali až poté, co prodělávali změnu tělesných dispozic. A to včetně informování rodiny.

Zejména reakce blízkého okolí jsou v této době pro trans-člověka velice důležité. Účastníci výzkumu uváděli, že jejich rodiče nejdříve prodělali šok a stavěli se ke sdělení kriticky, postupně však přicházelo akceptování informace o transsexualitě jejich potomka, které vedlo ve většině případů k přijetí. Tento „souhlas“ byl pro účastníky značným utvrzením jejich sebehodnoty. Velkou podporu představovali sourozenci. U některých bratrů ale přijetí neprobíhalo tak hladce jako u sester. Devor uvedl jako jeden z možných důvodů předpoklad, že bratři mohli spatřovat v sourozenci, který v rodině nově nabyl status muže, maskulinní konkurenci, což ohrožovalo stávající hierarchii pozic a vůbec jejich vlastní maskulinní identitu. Reakce přátel se víceméně ukázala také jako přijímající. V některých případech však došlo ke zpřetrhání přátelských vazeb. Čím víc se jednalo o vzdálenější přátelé (známé), tím byly reakce rezervovanější. Devor cituje jednoho z účastníků, který prohlásil: *“Tvoji známí tě neznají tak dobře, aby věděli, že nejsi blázen“*

(Devor, 1999: 437). Jako nejproblematičtější oblast se ukázala pracovní a studijní sféra. Účastníci často byli nuceni z důvodu nepřijetí změnit zaměstnání nebo školu.

Devor (1999) interpretoval příčiny nepřijetí transsexuality okolím:

1) Transsexualita byla chápána jako narušení náboženských principů, kterým lidé z okolí věřili.
2) Transsexualita byla pokládána za perverzi, duševní nemoc nebo morální zvrácenost.
3) Trans-lidé byli označeni lesbickými ženami za „zrádce" feminismu, kteří selhali v boji za lepší postavení žen.[8]
4) Některým lidem narušila konfrontace s transsexualitou jejich vlastní genderovou stabilitu, na což reagovali odmítáním překročení genderových hranic druhými (Devor, 1999).

Fifková (2008) uvádí, že pro přijetí okolím je podstatné, aby trans-člověk vysílal jasné signály o svém genderovém zařazení. Součástí úspěšného obstávání v kýžené genderové roli je přiblížení určitých genderových atributů jejich normativní podobě. Jedná se o typ oblečení, změnu účesu nebo používání jasného gramatického rodu v řeči (Fifková, 2008). Také Devor (1999) dokládá, že pro možnost života v roli „plnohodnotného muže" byli trans-lidé nuceni měnit způsoby, jakými prezentovali sami sebe. Změna genderových atributů silně podléhala kritériím kontroly sociálním okolím (Devor, 1999).

Pro absolvování Real life testu, jak jej vidí sexuologický diskurz, je tedy nutné, aby trans-člověk přijal dichotomní normy genderového řádu a podřídil se jim. Butler (1988) srovnává performování sociální role s hraním role divadelní. Genderovou roli vidí ovšem jako sociální akt, který na rozdíl od divadelní role podléhá přísným represivním a společenským konvencím. Trans-člověk často již svým vzezřením narušuje ustálené normy související s podobou femininity a maskulinity. Od trans-klienta/klientky se tedy očekává silná podřízenost genderovému řádu. Fifková (2008) vysvětluje, proč je důležité začít naplňovat odpovídající genderovou roli očekávaným způsobem ještě předtím, než trans-člověk začne usilovat o změnu tělesných proporcí. *„Představa některých klientů o tom, že mohou zůstat v neutrální formě existence a čekat na hormonální efekt, který způsobí tak*

[8] V této studii jsou účastníky pouze trans-lidé opouštějících femininní genderovou roli.

výraznou změnu sekundárních znaků, že okolí samo pozná, o co jde a samo začne správně reagovat, je mylná"(Fifková, 2008: 79). Tento požadavek však může zastínit vlastní sebepojetí, jelikož není zcela jasné, zda trans-člověk naplňuje novou genderovou roli kvůli tomu, že po takové sebeprezentaci bytostně touží nebo pouze z důvodu, že okolí snáze čte jeho genderovou identitu.

Podstatné je uvědomit si, že trans-člověk, stejně jako každý jiný, je ve většině případů od dětství socializován v roli, která se od něj očekává. Okolí na něj reaguje v závislosti na jeho prezentovaném genderu (který je ve většině případů souhlasný s úředním *pohlavím*) a předpokládá jeho femininní nebo maskulinní způsob chování. I přes možný pociťovaný nesoulad je trans-člověk kulturou a výchovou formován a učen k požadované genderové roli. Mnoho trans-lidí se i v dospělosti věnuje zálibám, které odpovídají jejich původnímu genderovému zařazení. Například někteří lidé, kteří se identifikují s femininním genderem, i po přeměně pokračují v programování počítačů, šermování nebo hraní golfu. Lidé, kteří femininní genderovou roli odmítají, nemusí mít vybudovaný žádný vztah ke sportu, technice a dalším oblastem stereotypně spojovaným s maskulinním genderem, mohou se věnovat například psaní, čtení, numerologii, aromaterapii a podobně, což je od „typicky mužských" zálib poměrně vzdálené (viz diskuzní klub a poradna na webu *translide.cz*).

Návštěvnice webu *translide.cz* Tamara popisuje „úkoly", které plnila v rámci Real life testu. *„V této fázi jsem měla začít žít jako žena ve všech oblastech svého života. Z tohoto přechodu jsem měla hrozné obavy a nedovedla jsem si to vůbec představit. Jak mám žít jako žena, když tak ještě nevypadám? Co s vousy? Vždyť mě každý bude považovat za blázna? Dokážu to vůbec? Vydržím ten tlak okolí?"* Tato přispěvatelka dále uváděla, že si nechala na vlasech udělat světlý melír, poprvé navštívila kosmetičku, začala nosit náušnice a oblékat se „jako žena". Tyto změny realizovala v průběhu zhruba deseti dnů (Tamara, 2004 na *translide.cz*).

V rámci Real life testu se ukazují dva podstatné problémy, což jsou nucená a prudká změna dosavadní sebeprezentace a tlak na stereotypní naplňování genderové role. Podle zažitých genderových stereotypů se člověk chová, aniž by si je uvědomoval. Lippa (2009) poukazuje na zjištění, že implicitními spouštěči těchto vzorců jednání mohou být situace: veřejného vystupování; přítomnosti osoby, která je pro nás atraktivní; symbolická pozice člověka v určité skupině (např. jediný muž mezi ženami) nebo situace porušování

genderových rolí (Lippa, 2009). Trans-člověk má své nereflektované genderově stereotypní aspekty, zároveň je však vědomě nahrazuje jinými, které mohou být často vzájemně neslučitelné. Jedním z mnoha příkladů může být situace, kdy je od trans-člověka vychovávaného k femininní genderové roli, očekáváno, že se bude chovat maskulinně a například v přítomnosti konfliktu cizích osob zasáhne. Real life test je tedy v podstatě zkouškou, jak jedinec zvládne hrát „typického" muže či „typickou" ženu a zda tuto změnu psychicky ustojí.

Každopádně podstata RLT již není v souladu s novými poznatky ohledně adekvátních postupů přeměny genderové role. Tento bod byl zcela vyjmut z nových *Standardů* WPATH (2011). V tomto dokumentu již není požadováno před započetím tělesné přeměny žít po určité období v dané roli (Sallans, 2012).

3.2.4 Hormonální terapie

Devor (1999) ve své studii zjistil, že k započetí hormonální terapie se účastníci uchýlili z důvodu toho, že jim následné tělesné změny měly poskytnout čitelnější výbavu k tomu, aby byli okolím rozpoznáváni jako muži. Důsledky užívání testosteronu způsobily růst vousů a ochlupení na těle, hlubší hlas a objemnější svalstvo, což v kombinaci s maskulinním stylem oblékání a způsoby chování podporovalo maskulinní prezentaci. Navíc byly tyto změny účastníky prožívány jako přirozené v tom smyslu, že vycházely z vlastního tělesného potenciálu. Většina z trans-lidí, kteří se výzkumu zúčastnili, si přáli začít s hormonální terapií co nejdříve (Devor, 1999).

Podle Fifkové (2008) představuje hormonální terapie další etapu v procesu směřujícímu ke změně *pohlaví*. *„K zahájení další fáze procesu, tedy k hormonální terapii, by bylo ideální přikročit teprve tehdy, až by klient žil minimálně několik měsíců v dané roli."*(Fifková, 2008: 79). Zároveň dodává, že tento postup je vhodnější pro ty, kteří prodělávají maskulinizaci než pro ty, kteří se snaží své tělo feminizovat. I v případě, že by klienti/klientky začali s užíváním hormonů nestandardně ještě před absolvováním Real life testu, autorka nedoporučuje setrvávat v *neutrální formě existence*, což obnáší oblečení typu unisex, neutrální formulaci v řeči a absenci výrazných atributů požadované genderové role. Efekt hormonů se dostavuje s delším časovým odstupem a trans-člověk by neměl čekat se

„správnou“ genderovou sebeprezentací na to, až se objeví tělesné změny. Zároveň se klientům a klientkám doporučuje využití různých dalších služeb, které jim pomohou upravit zevnějšek. Fifková hovoří o procedurách, které buď *„odstraňují či korigují některé nežádoucí znaky“* nebo *„požadované znaky zvýrazňují“* (Fifková, 2008: 79). U lidí, kteří opouští femininní genderovou roli, se jedná o navštěvování posiloven, kde mohou pracovat na nárůstu svalstva, což je považováno za jeden z oněch *požadovaných znaků*. Pomoci může i foniatrická péče, kdy se u klientů a zejména klientek navozuje *společensky akceptovatelný hlas* (Fifková, 2008: 79).

Právě růst vousů a ochlupení, prohlubování hlasu a změna tělesné stavby jsou průvodními jevy dospívání chlapců v muže. Tyto změny jsou společensky spojovány s maskulinitou a jejich absence či nedostatečnost je pak odkazem k femininitě. Stejskalová (2013) ve svém výzkumu projevů maskulinity potvrzuje, že zvýšený hlas je okolím čten jako „zženštilý projev“ a pokud jím disponuje muž, stává se cílem narážek nebo urážek (Stejskalová, 2013).

Podle *Standardů* WPATH (2011) kromě výše zmíněných tělesných změn lze navíc očekávat u trans-lidí užívajících testosteron v průběhu prvních dvou let hormonální terapie atrofování prsní tkáně, pokles podílu podkožního tuku vzhledem ke svalové hmotě, ukončení menstruace, zvýšení libida a zvětšení klitorisu (Coleman et. al., 2011). Tito lidé pak mohou popisovat svůj genitál spíše jako penis, nikoli jako klitoris, což může mít podstatný vliv na jejich motivaci k dalším změnám těla (Collazo, Austin, Craig, 2013).

Fifková (2008) hovoří o minimální věkové hranici šestnácti let pro zahájení této etapy léčby z hlediska mezinárodních standardů. Zároveň podotýká, že kalendářní věk nemusí být tak zásadním ukazatelem připravenosti pro hormonální terapii jako tělesná a psychická připravenost (Fifková, 2008).

Poslední revize mezinárodních Standardů WPATH (2011) doporučuje odborníkům a odbornicím řídit se při zvažování hormonální terapie těmito kritérii:

1. Přetrvávající, důkladně zdokumentovaná genderová dysforie;
2. Způsobilost k dosažení plně informovaného rozhodnutí a udělení souhlasu s léčbou;
3. Plnoletost v souladu s platným právním řádem (u mladších osob je také možné započít hormonální léčbu, postupuje se však podle dalších specifických vodítek);

4. Případné závažnější zdravotní či duševní potíže je třeba mít v rozumné míře pod kontrolou.

Dále Standardy uvádějí, že dosud nebyl proveden žádný kontrolovaný klinický výzkum feminizačních a maskulinizačních hormonálních režimů za účelem zhodnocení jejich bezpečnosti či účinnosti ve smyslu navozování trvalých tělesných změn (Coleman et. al., 2011). I z tohoto důvodu je nepochybně nezbytné, aby byl trans-člověk lékařem či lékařkou pravdivě informován i o neprobádaných oblastech hormonální léčby a mohl se zodpovědně rozhodnout, zda terapii podstoupí i přes potenciální zdravotní rizika.

3.2.5 Operativní výkony

Odpovídající cross-dressing i dosažení tělesných změn v důsledku užívání hormonů jsou znaky daného genderu, které mohou být podle Devora (1999) snadno odvolatelné v případě, kdy by se zveřejnily skryté části těla jako je například ženské poprsí. Odhalení hrudníku by mohlo samo o sobě zastínit všechny nabyté známky maskulinity. Z tohoto důvodu se rozhodli v této studii všichni participující podstoupit operativní odstranění prsních žláz (*mastektomie*) (Devor, 1999).

Mezinárodní Standardy WPATH (2011) deklarují, že pro podstoupení operace hrudníku je nutné dosažení plnoletosti, způsobilost k dosažení plně informovanému rozhodnutí a poskytnutí souhlasu, přetrvávající genderová dysforie a zohlednění všech zdravotních či duševních problémů. Zároveň není vyžadováno, aby operativnímu zákroku předcházela hormonální terapie (Coleman et al., 2011). Podle Fifkové (2008) žádá klient/klientka o provedení operativních výkonů příslušnou komisi až po nejméně roční hormonální terapii a déle než rok úspěšně probíhajícím Real life testu (Fifková, 2008). Zda se dnešní česká praxe stále řídí těmito pokyny či na doporučení nové verze mezinárodních Standardů WPATH (2011) opustila od absolvování Real life testu a nutnosti podstoupit hormonální léčbu ještě před operativními zákroky, jsem v žádném současném sexuologickém textu nenašla.

Z dostupných zdrojů také není zcela jasné, zda je nezbytné získat k provedení mastektomie (případně mamoplastiky) komisionální souhlas. Tento zákrok je však uváděn jako součást souboru chirurgických zákroků spolu s hysterektomií (odejmutí dělohy) a

adnexetomií (odstranění vaječníků a vejcovodů), případně rekonstrukcí penisu, uretry (močové trubice) a skrota (šourku). Úpravu hrudníku a odstranění vnitřních pohlavních orgánů je možné provádět v rámci jedné operace (Marešová et al. in Fifková et al., 2008).

Ve Standardech WPATH (2011) se lze dočíst, že u mnoha klientů prodělávajících maskulinizaci je vytvoření „mužského hrudníku“ jediným provedeným chirurgickým zákrokem, který si daní lidé žádají (Coleman et al., 2011). V českém kontextu nebyl v posledních letech provedený žádný výzkum, který by evidoval, jaký je poměr trans-lidí, kteří podstoupili operaci pouze hrudníku vůči těm, kteří byli sterilizováni nebo prodělali faloplastiku. Co ovšem může volbu chirurgických zásahů výrazně ovlivnit, jsou české legislativní předpisy, které se s přeměnou *pohlaví* pojí. O právních aspektech je pojednáno dále v textu.

Co vlastně chirurgická konverze *pohlaví* pro trans-člověka znamená? Fifková (2008) uvádí, že klient/klientka může po dosažení plnoletosti požádat lékařskou komisi o schválení operativní přeměny *pohlaví* a to *„po splnění daných podmínek, čímž rozumíme minimálně rok trvající hormonální terapii a déle než rok úspěšně probíhající RLT, RLE.“* Komise rozhoduje na základě doporučení ošetřujícího lékaře/lékařky a odborném posudku další nezávislé osoby (Fifková, 2008: 79).

U lidí opouštějících femininní genderovou roli je za základní zákroky považováno kromě odstranění prsních žláz a modelace hrudníku také vynětí dělohy a děložních přívěsků. Nadstavbovou operací je myšlena rekonstrukce penisu, močové trubice a šourku. Podle Marešové (2002) si většina klientů přeje co nejčasnější odstranění dělohy z důvodu diskomfortu spojeného s menstruací, zároveň považuje za výhodu snížení produkce estrogenů po odstranění vaječníků, což vede k plnému efektu testosteronové terapie (Marešová in Fifková et al., 2002). Nicméně, jak jsem uváděla v kapitole o hormonální terapii, i přes ponechání původních pohlavních žláz, zpravidla menstruace sama vymizí, stejně tak se objeví maskulinizované tělesné znaky.

Marešová a Sehnal (2008) zmiňují také nejrůznější potenciální zdravotní rizika spojená s existencí dělohy a vaječníků současně s užíváním testosteronových preparátů. Jedná se například o cysty či srůsty na vaječnících (Marešová, Sehnal in Fifková et al., 2008). V prvním vydání Marešová (2002) dokládá nezbytnost chirurgických zákroků na

pohlavních orgánech trans-lidí tvrzením, že *„není možné plně normalizovat jejich život bez použití operačního zákroku“* (Marešová in Fifková et al., 2002: 73). Standardy WPATH (2011) uvádějí, že užívání testosteronu sice může skutečně zhoršit projevy už existujícího syndromu polycystických vaječníků (pojícího se s dalšími zdravotními komplikacemi), ovšem podle doložených studií byl u trans-lidí výskyt tohoto onemocnění zcela nezávislý na užívání testosteronu. Autoři a autorky dokumentu pouze doporučují zaměřit se na příznaky polycystického syndromu ještě před započetím testosteronové terapie (Coleman et al., 2011).

Pro vytvoření neopenisu se nejčastěji využívá postup, při kterém je použit kožní lalok na předloktí a mikrochirurgicky přenesen do pubické oblasti. Podle Veselého (2008) je dva roky po rekonstrukci penisu možné močit ve stoje a po přihojení s odstupem dalšího času je možné zavést do tunelu penisu tuhou výztuž, která simuluje erekci. Po tomto zákroku zůstává na zádech nebo na předloktí výrazná jizva (Veselý in Fifková et al., 2008).

Účastníci v Devorově studii (1999) si nejčastěji zvolili cestu nepodstoupit plastiku penisu, jelikož si byli vědomi všech omezení, která se pojí s tímto nově vytvořeným a ne zcela funkčním orgánem. Na druhou stranu ani ti, kteří se pro neopenis rozhodli, nevnímali své tělo jako plně mužské, jelikož jejich penis se od toho „pravého“ příliš lišil. Svou maskulinitu tedy nemohli definovat prostřednictvím vlastnictví penisu (Devor, 1999).

Nabízí se otázka, proč trans-lidé směřující k maskulinní genderové prezentaci tedy přistupují na operativní změnu *pohlaví*, která jim nemusí vždy přinášet uspokojení ze změny vlastního těla. Rozhodnutí o podstoupení chirurgického zákroku je v českém kontextu rozhodně výrazně ovlivněno stávajícími legislativními předpisy, které se pojí s tzv. úřední změnou pohlaví.

3.2.6 Právní aspekty přeměny

Pokud se trans-člověk začne zajímat o potenciální možnosti změny genderové role, brzy se dostane k otázce *úředního pohlaví* a možností jeho změny. Pro člověka, kterému je úředně změněno *pohlaví*, tento akt znamená změnu rodného čísla, pohlaví uváděného na úředních dokumentech, jména a příjmení (Ministerstvo vnitra ČR, 2010). *Úřední pohlaví*

lze chápat z několika hledisek. Můžeme na něj nahlížet jako na součást genderu, tedy jako na „sociální pohlaví“, ve kterém člověk vystupuje v rámci právních institucí. Jinak lze *úřední pohlaví* chápat ve smyslu identifikace v úředních dokumentech založené na subjektivní genderové identitě, tedy „psychické pohlaví“. Český právní systém ale jasně přiřazuje *úřední pohlaví* k *biologickému pohlaví*, určuje jej tedy na základě biologických aspektů lidského těla (Doležal, 2013).

Aby mohl člověk změnit své *úřední pohlaví*, je nutné doložit na matričním úřadě *zprávu zdravotního zařízení o dokončení léčby změny pohlaví* (Ministerstvo vnitra ČR, 2010). Tato zpráva je dokladem o tom, že člověk podstoupil specifické operativní změny těla. Je ovšem zajímavé, že příslušné tělesné modifikace se týkají zejména vnitřních pohlavních orgánů, které tedy vnější vzhled těla v určitých případech nemusí nijak zásadně zasáhnout.[9]

Jak uvádí zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách, požadavek tělesné změny nutné k úřední změně „pohlaví“ se týká odstranění reprodukčních orgánů. V § 21 v odstavci prvním je definována samotná *změna pohlaví* takto: „*Změnou pohlaví transsexuálních pacientů se pro účely tohoto zákona rozumí provedení zdravotních výkonů, jejichž účelem je provedení změny pohlaví chirurgickým zákrokem při současném znemožnění reprodukční funkce. Transsexuálním pacientem se rozumí osoba, u níž je trvalý nesoulad mezi psychickým a tělesným pohlavím (dále jen 'porucha sexuální identifikace')*“ (Zákon 373/2011, § 21).

Pokud by se chtěl trans-člověk vymezit proti označení „transsexuální pacient“ a tím se vymanit z podmínek nutných pro úřední změnu *pohlaví*, střetne se s novým Občanským zákoníkem (2012). Ten totiž operuje namísto termínu „transsexuální pacient“ s pojmem „člověk“. „*Změna pohlaví člověka nastává chirurgickým zákrokem při současném znemožnění reprodukční funkce a přeměně pohlavních orgánů*“ (Zákon 89/2012, § 29). Kromě rozšiřujícího pojmu pro jedince, jehož *pohlaví* má být změněno, uvádí nový občanský zákoník novou podmínku „přeměnu pohlavních orgánů“. Konkrétní obsah zákroků ale není v zákoně nijak definován a vzniká tak otázka, zda nelze chápat „znemožnění reprodukční funkce“ a „přeměnu pohlavních orgánů“ jakožto oddělené procedury s tím, že by bylo možné dosáhnout neplodnosti například užíváním hormonů. Ohledně úpravy pohlavních orgánů pak vznikají obavy z toho, že by byl trans-člověk

[9] V případě lidí žádajících o „mužskou úřední identitu“ se jedná o odstranění dělohy a vaječníků jakožto reprodukčních orgánů.

nucen podstoupit komplikované a ne vždy úspěšné chirurgické zákroky vedoucí k vytvoření *neopenisu* nebo *neovaginy* (Baršová, 2013).

Nový Občanský zákoník se dotýká také důsledků *změny pohlaví, které jsou současně jejími podmínkami*. *„Změna pohlaví nemá vliv na osobní stav člověka, ani na jeho osobní a majetkové poměry; manželství nebo registrované partnerství však zaniká. O povinnostech a právech muže a ženy, jejichž manželství zaniklo, ke společnému dítěti a o jejich majetkových povinnostech a právech v době po zániku manželství platí obdobně ustanovení o povinnostech a právech rozvedených manželů ke společnému dítěti a o jejich majetkových povinnostech a právech v době po rozvodu; soud rozhodne, a to i bez návrhu, jak bude každý z rodičů napříště o společné dítě pečovat"* (Zákon 89/2012, § 29). Pokud je tedy trans-člověk ženatý/vdaná, je potřeba, aby se rozvedl a v případě, zda má dítě, o které v manželství pečoval, o jeho svěření do péče rozhodne soud. Stejně tak zanikne v minulosti uzavřené registrované partnerství.

Adam Doležal (2013) vysvětluje zákonem chráněné manželství ve smyslu svazku muže a ženy (chápejme „úředního muže/ženy") tím, že v rámci evropské křesťanské tradice je stále kladen důraz na reprodukční funkci sexuálního styku, což stanovuje manželství jako svazek sloužící k založení rodiny. Zatímco registrované partnerství je dostupné pouze pro „stejnopohlavní" páry a k plození a výchově dětí vést nemá (Doležal, A., 2013).

Český právní systém vztahující se k úřední *změně pohlaví* je se svými podmínkami značně diskutabilní. Ve své podobě výrazně ovlivňuje psychické zdraví trans-člověka tím, že neuznává jeho svobodnou volbu vlastní identity (Doležal, A., 2013). Podmínky, ve kterých žije trans-člověk, mohou mít ale zcela jinou podobu. Jednou z průkopnických zemí je v tomto ohledu Argentina. V tamějším právním jazyce je namísto *pohlaví* používán pojem *genderová identita*. Zároveň mají všichni lidé („all persons")[10] zákonné právo na vlastní určení své genderové identity a její zanesení do potřebných dokladů. Člověk si tedy může svobodně změnit jméno, vzhled a pohlaví v dokladech bez nutnosti stanovení diagnózy, povolení soudu, užívání hormonů nebo lékařského zákroku. Pokud by se sám rozhodl k podstoupení hormonální terapie nebo operativní změny pohlavních orgánů, tyto

[10] Zákon ustanovuje minimální věkovou hranici na 18 let.

léčebné procedury jsou hrazené z veřejného zdravotního pojištění (Argentina's Gender Identity Law, 2012).

Přijetí faktu, že existují jiné právní systémy, než je ten v České republice, které nabízí trans-lidem skutečně svobodnější možnosti legitimní sociální existence, může být pro českého trans-člověka frustrující záležitostí a poznamenat jeho důvěru v instituce, které o něj mají „pečovat". Na webu jedné trans-komunity je pod zmínkou o argentinském zákoně uvedeno: *„Proč to nejde i u nás? Komu by to ublížilo? Zato některým lidem by to podstatně usnadnilo jejich jinak tak nelehký život. Jak dlouho budou translidé nuceni ke sterilizaci, jen proto, aby si mohli změnit písmenko v dokladech? Aby si mohli vybrat jiné jméno, než neutrální patvar? U nás..? Až do skonání věků!"*(transsexualita.cz, 2012).

3.2.7 Pooperační období

Jako poslední fázi procesu přeměny *pohlaví* považuje Fifková (2008) pooperační období. Toto období se pojí s úředními akty, které byly popsány v předchozí kapitole. Trans-člověk dostává nový rodný list a mění si všechny potřebné dokumenty, a to i se zpětnou platností. Může tedy zažádat například o vydání nových dokladů o ukončení studia. Kromě toho, že je trans-člověku po ukončení plodnosti úředně schválena jeho genderová identita, pokračuje dále v předepsané farmakoterapii a absolvuje pravidelné laboratorní kontroly a vyšetření (Fifková, 2008).

Trans-lidé i po absolvování kompletní přeměny vyžadují celoživotní zdravotní péči. Z lékařského hlediska se obvykle sledují kardiovaskulární faktory, rizika osteoporózy a některých typů rakoviny. Screening zaměřený na rakovinu může ovšem být příliš častý a trans-člověk je opakovaně vystavován radiaci či dalším medicínským zákrokům nebo nedostatečný, což může vést k pozdnímu odhalení určitých typů rakoviny. Pro ty, kteří mají ponechané ženské pohlavní orgány, mohou představovat častá vyšetření děložního krčku emocionálně i tělesně nepříjemné procedury. Na gynekology a gynekoložky je v tomto ohledu kladen nárok na citlivý přístup zohledňující vztah daného člověka ke svému genitálu (Coleman et al., 2011).

Postoje českého sexuologického diskurzu je v současnosti možné vyčíst pouze z publikací, které jsou nejméně čtyři roky staré. Zda uvedené praktiky prodělaly za tuto dobu nějakou změnu, bude nejspíš možné odvodit z empirického výzkumu. Aktuální verze Standardů WPATH (2011), která přináší v procesu přeměny genderové role mnohé změny, zatím není českou sexuologickou obcí oficiálně tematizována. Zdá se tedy, že pro českého trans-člověka existují dvě cesty, jak dosáhnout preferované genderové role. Jedna z nich je formální, pro jejíž absolvování je nutné podstoupit všechny uvedené fáze přeměny včetně sterilizačního zákroku. Poté je člověku přiznána odpovídající genderová identita také na občansko-právní úrovni. Druhý způsob lze nazvat neformálním, jelikož trans-člověku odmítajícímu operativní zákrok do svých reprodukčních funkcí, nemůže být úředně uznána genderová příslušnost, která odpovídá jeho sebedefinici. V druhém případě se může trans-člověk prezentovat v kýžené genderové roli, v případě souhlasu ošetřujícího lékaře/lékařky podstoupit hormonální zákroky, ale ve všech situacích, které si žádají předložení identifikačních dokumentů bude stále konfrontován s rolí, která není v souladu s jeho vlastní identitou.

3.3 Psychoterapie v procesu přeměny

O psychologické podpoře trans-člověka v období, kdy prochází změnami ovlivňujícími jeho fungování ve společenském systému, můžeme uvažovat jako o nezbytné součásti odborné péče. Fifková a Weiss (2008) promlouvají o možnostech psychoterapeutické práce různými způsoby. Hned v úvodu pojednání o psychoterapii svých klientů a klientek hovoří o jejích mezích. *„Je-li ale psychoterapie definována též někdy jako forma léčby duše, je potřeba jednoznačně uvést, že veškeré dosavadní pokusy o léčbu transsexuality ve smyslu změny cítění klienta selhaly. Snahy některých terapeutů „vyléčit“ biologické podstatě odporující pocit příslušnosti k opačnému rodu se minuly účinkem“* (Fifková, Weiss in Fifková et al., 2008: 85)

Necháme-li stranou její patologizaci, transsexualita je moderní sexuologií chápána jako celoživotní, nezměnitelná forma sebeprožívání. Podle autorské dvojice jsou dostupné dvě základní varianty zaměření psychoterapie, kdy jedna z nich je zacílena právě na

„adaptaci na stávající biologické pohlaví“, druhá se orientuje na terapeutické vedení procesem přeměny *pohlaví* (Fifková, Weiss in Fifková et al., 2008).

V rámci směřování k adaptaci existují dva zásadní rozdíly. Jednak může psychoterapie sledovat to, aby trans-člověk zůstal bez jakýchkoli změn zevnějšku nebo těla a fungoval ve své původní genderové roli (Fifková, Weiss, 2008). Tato varianta v určitém smyslu koresponduje s výše zmiňovaným a kritizovaným cílem terapie vedoucí trans-člověka k tomu, aby zůstal společensky skrytý a nenarušoval svou přeměnou stávající genderové uspořádání.

Za druhé může být psychoterapie vedena také zcela opačným směrem, a to k adaptaci na genderovou identitu a „novou“ odpovídající roli, aniž by trans-člověk jakýmkoli způsobem měnil své tělo. Autorka a autor specifikují, že tuto variantu preferují například lidé, kteří nepociťují odpor ke svým tělesným dispozicím. Jak jsem již uváděla v kapitole 2.1.1, přání pozměnit své tělo hormonálními či chirurgickými prostředky je podle sexuologického diskurzu jedno z diagnostických kritérií při posuzování transsexuality. Fifková a Weiss dokládají, že většina trans-lidí, kteří navštíví lékaře či lékařku, jsou již od začátku rozhodnuti pro přeměnu *pohlaví* ve smyslu chirurgické konverze, psychoterapie pak člověka tímto procesem provází (Fifková, Weiss, 2008). Nabízí se otázka, zda skutečně většina trans-lidí obecně touží po nevratných změnách těla, jak se obecně předpokládá, nebo zkrátka do sexuologických ordinací přichází právě pouze ta část z nich, která hodlá podstoupit kompletní přeměnu a do jisté míry má tak formulovanou zakázku předem.

Americká studie (2012) 292 transgender lidí hovoří například o tom, že většina z účastníků (72 %), kteří byli po narození určeni za ženy, neprodělala a ani do budoucna netoužila, po operativních zákrocích do pohlavních orgánů. Zajímavé je, že 40 % odmítalo také operaci prsou a 41 % z těchto participujících ani neuvažovalo, že by někdy začalo užívat hormony. V případě druhé skupiny, tj. lidí po narození určených za muže, byl podíl lidí odmítajících operaci pohlavních orgánů nižší (31 %) a převážná část plánovala tento zákrok do budoucna (43 %). Ze zbylých zúčastněných („rozených mužů“) měla za sebou operaci genitálu pouze necelá 4 % a více než 22 % si ohledně této procedury nebylo jisto (Kuper et al., 2012).

Na koho se tedy v české odborné praxi obrací trans-lidé, kteří odmítají podstupovat zásahy do těla, případně si žádají pouze částečně ireverzibilní léčbu (hormonálními preparáty)? A jaká terapeutická péče je těmto lidem poskytována? Fifková a Weiss sice zmiňují možnost psychoterapeutické podpory těmto lidem, při dalším popisu se ovšem zaměřují pouze na práci s klienty/klientkami, jež chtějí podstoupit přeměnu se vším všudy (Fifková, Weiss, 2008). Kompletní terapeutická péče je, zdá se, zacílena především na ty tzv. pravé transsexuály, o nichž bylo pojednáno v kap. 2.1.1.

Poměrně sporné je stanovisko o tom, jaké místo zaujímá psychoterapie v procesu přeměny v rámci nové verze Standardů WPATH (2011). V textu se uvádí, že psychoterapie není absolutním předpokladem pro hormonální léčbu a/nebo chirurgické zákroky. Je pouze velmi doporučovaná, ale nikoli vyžadovaná. Tento postoj je podpořen několika argumenty. Jedním z nich je to, že bývá minimální délka psychoterapie vnímána jako překážka, která brání příležitostem ke konkrétním změnám, které by již za tu dobu mohly nastat (ať už se jedná o reverzibilní nebo ireverzibilní zásahy). Také se očekává, že samotní lékaři a lékařky budou poskytovat klientům/klientkám podporu na všech úrovních přeměny, speciální nezávislá psychoterapie by tedy byla spíše nadstandardem (Coleman et al., 2011).

V našich podmínkách se podobně jako ve Standardech hovoří o tzv. *nespecifické terapii*, která vlastně probíhá v rámci všech setkání lékaře/lékařky s klientem/klientkou. V chování terapeuta či terapeutky by měly být přítomny podpůrné prvky, jako jsou empatie, akceptace a autenticita, což samo o sobě by mělo působit psychoterapeuticky. Nejedná se však o přesně vymezenou, cílenou a klientem vyžádanou terapii (Fifková, Weiss, 2008). Průběh této „automatické“ terapie jde v kontextu české sexuologie vždy ruku v ruce s procesem rolové a tělesné přeměny. Zda taková forma terapie navazuje dostatečně na potřeby a témata trans-lidí, bude pojednáno dále (včetně empirické části).

3.3.1 Cíle a obsah psychoterapie

Ve Standardech WPATH (2011) se hovoří o obecném cíli, jímž je *„nalezení způsobů umožňujících maximalizaci psychologické spokojenosti, kvality života a sebenaplnění dané osoby“* (Coleman et al., 2011: 29). Psychoterapie by měla trans-lidem

sloužit především k poznání vlastního genderového konceptu a možností, jak svou identitu úspěšně prezentovat. Takové naplnění má vést k seberealizaci v osobních vztazích, ve vzdělávání a v pracovní oblasti.

Z hlediska tohoto zahraničního pojetí navazují konkrétní cíle na hledání genderové role, ve které bude dotyčný člověk plně spokojen. Jedná se o: a) objasnění a bližší průzkum vlastní genderové identity a role, b) rozbor dopadu stigmatu a stresu spojeného s přiřazením k menšině na duševní zdraví a vývoj jedince a c) podpora průběhu coming-outu v procesu, který může v některých případech obnášet feminizaci či maskulinizaci těla. Odborník/odbornice může také pomoci klientovi/klientce se sestavením určitého individuálního časového plánu zahrnujícího konkrétní cíle. S trans-člověkem by měly být probrány možné důsledky změny genderové role i těla, zváženo načasování prosazování změn v praktickém životě a zmírnění obav s tímto procesem spojených. O nic méně důležitý je také prostor pro autentické sebevyjádření, který by měl/a terapeut/terapeutka trans-člověku poskytnout (Coleman et al., 2011).

Podle Fifkové a Weisse (2008) je zprvu úkolem terapeuta/terapeutky vytvořit vhodné podmínky pro to, aby se mohl klient/klientka svobodně rozhodnout o dalších krocích přeměny. Konkrétně se tak děje prostřednictvím informování o výhodách a rizicích jednotlivých postupů. Podle autorské dvojice se rychleji rozhodují pro radikální kroky trans-lidé, kteří opouštějí femininní roli směrem k té maskulinní (více v kap. 4.3). V další fázi slouží psychoterapeutické působení k podpoře trans-člověka v rámci Real life testu. Na klienta/klientku jsou v tomto období kladeny značné nároky, kdy je nucen prosazovat se v „nové“ genderové roli před svým okolím. Odborná podpora vede k nácviku komunikačních dovedností (asertivity), zvýšení sebehodnocení a schopnosti empatie. Doporučuje se v souladu s psychodynamickým přístupem otevřít téma rodinných vztahů a směřovat klienta/klientku k vyřešení dlouhodobých konfliktů (Fifková, Weiss, 2008).

Zajímavý postřeh přináší ve své studii Devor (1999). Necelá pětina účastníků studie se rozhodla pro podniknutí konkrétních kroků ke změně genderové role v období, kdy zažívala smrt někoho z rodičů. Například jeden z účastníků se, i přesto, že sám sebe již několik let definoval jako transsexuálního, nedokázal rozhodnout pro coming-out a život v kýžené roli, dokud neztratil otce. Po jeho smrti se ocitl tváří v tvář s faktem konečnosti

vlastní existence a uvědomil si, že život je příliš krátký na to, aby jej žil sám se sebou nespokojený (Devor, 1999).

V období, kdy již trans-člověk zakouší život v preferované genderové roli, je podle Fifkové a Weisse (2008) prospěšné individuální terapii doplnit o rodinnou (viz kap. 3.3.2). Reakce nejbližších mohou mít na další rozhodnutí klienta/klientky zásadní dopad.

Zahájení hormonální terapie na rozdíl od předchozí etapy podle autorky a autora nevyžaduje žádnou zvláštní psychoterapeutickou péči, jelikož je trans-člověk s výsledky většinou spokojen. V rámci příprav na operativní zákrok jsou pak už jen klientovi/klientce doplňovány informace o tom, co jej/jí čeká a doporučuje se sdílení zkušeností s dalšími trans-lidmi například v rámci skupinové terapie (Fifková a Weiss, 2008).

Psychoterapeutická podpora v pooperačním období je poskytována podle individuálního duševního stavu jednotlivců a závisí na předchozí psychoterapeutické péči. „Problémy" mohou nastat v případě, že byla klientova/klientčina očekávání nepřiměřeně vysoká nebo jeho/její osobnost má příliš akcentované některé rysy. Trans-člověk také může mít sklon k odmítání odpovědnosti za svůj život a transsexualita může pro něj být *„věčným a vděčným alibi pro neúspěch, hromosvodem pro všechny porážky a šidítkem, ospravedlňujícím nečinnost"*(Fifková, Weiss, 2008: 90).

Vzhledem k vysoké sociální stigmatizaci transsexuality je potřeba říci, že zátěž s ní spojená může významně narušovat kapacitu trans-člověka řešit další eventuální zdroje psychické a sociální nepohody. Zároveň skutečně může být trans-člověk vystavován ve svém okolí silným negativním odezvám z důvodu samotné trans-identity a pro tyto reakce nemusí poskytovat žádný jiný podnět.

Devor (1999) uvádí několik případů, kdy byli trans-lidé druhými z důvodu nepřijetí jejich genderové nekonformity ohrožováni na zdraví. Jeden z participujících například popisoval, že se jej spolupracovníci na stavbě snažili několikrát shodit z lešení (Devor, 1999).

S ohledem na to, že trans-člověk velmi pravděpodobně vkládá do operativních zákroků naději na zkvalitnění života, může být po operaci skutečně frustrován. Fifková a Weiss (2008) vidí příčinu právě především v nadměrném očekávání, někdy ovšem může být důvodem nespokojenosti také ne zcela zdařilý výsledek operace nebo nedostatečný

efekt hormonů. Zmíněná zahraniční studie (1998) dokládá, že pouze ve výjimečných případech by si trans-člověk přál vrátit změnu zpět (Fifková, Weiss, 2008).

O jednom takovém případě hovoří ve své kazuistice Mikota (1995). Psychoanalytik dostal do péče třicetiletého klienta, který podstoupil kastrační zákrok a odstranění penisu (kvůli špatnému hojení rány mu nebyla vytvořena neovagina). Již při prvním kontaktu s psychologem reagoval rozpačitě na ženské oslovování, i když ho předtím vyžadoval. Psychoterapie přinesla zjištění, že se klient již nadále nechce prezentovat femininně, zároveň nemůže přijmout fakt, že je kastrovaný muž. Příčina po naléhavé touze změnit *pohlaví* byla podle psychologa jednoznačně intrapsychického, nikoli lékařem předpokládaného biologického původu. Od samého počátku se klient obával toho, že by byl „zlým mužem". Na základě psychoterapeutické péče bylo zjištěno, že měl klient na podkladě rodinných vztahů spojenou maskulinitu s pocity strachu a odmítal přijmout svou maskulinní identitu. Cílem pravidelných setkání bylo, že se vrátil k maskulinní prezentaci a přijal ztrátu penisu a sexuální funkce. Mikota kriticky nahlíží na předchozí odbornou péči a uvádí, že *„nikdo nebyl zvědav na to, jak pacient dospěl ke svému přesvědčení, že muži jsou na jeho vkus příliš zlí"* (Mikota, 1995).

3.3.2 Formy psychoterapie

S trans-lidmi se podle Fifkové a Weisse (2008) vždy pracuje individuální formou, což tvoří základ léčby. Současně také fungují skupinová setkání, která mohou být klubového typu nebo v případě malé fluktuace a silnější koheze mohou fungovat na základě práce se skupinovou dynamikou. Tyto skupiny jsou skládány podle genderové příslušnosti lidí, jsou tedy rozděleny na muže a ženy (Fifková, Weiss, 2008).

Kratochvíl (2005) uvádí několik účinných faktorů, které působí ve skupinové psychoterapii. Jedná se o *členství ve skupině*, kdy je podstatný pocit přináležitosti ke kolektivu. Při vytvoření bezpečné atmosféry člověku přináší *emoční podporu* empatie a akceptace jeho osobnosti. Zásadní také může být to, že skupina poskytuje možnost *pomáhání jiným*, tedy podporování a přinášení rad ostatním členům/členkám. Porozumění ve skupině také dává prostor k *sebeexploraci a sebeprojevení.* Takové uvolnění potlačených emocí je prostředkem k *odreagování.* Ostatní členové/členky skupiny mohou

jednotlivci přinést užitečnou *zpětnou vazbu*. Nejen ta pak pomáhá, aby si klient/klientka vytvořil dostatečný *náhled*, ať už na vlastní vědomé jednání nebo i nevědomé motivy. Minulá traumata mohou být skrze *korektivní emoční zkušenost* reinterpretována. Z behaviorální oblasti si pak ve skupině může člověk *zkoušet a nacvičovat nové chování* a konečně také *získávat nové informace a sociální dovednosti* (Kratochvíl, 2005).

Dalšími dostupnými formami psychoterapie jsou párová a rodinná terapie. Fifková a Weiss uvádějí, že rodinná sezení jsou podstatná především v situaci, když je trans-člověk rodičem nebo dítětem a je potřeba pracovat s celým rodinným systémem. Pravidelně se také mohou konat setkání rodin a blízkých lidí (Fifková, Weiss, 2008).

Důležitost akceptace rodinou opět dokládá Devorova studie (1999), ve které účastníci vypověděli, že aniž by si byli vědomi jejich trans-identity, podporovali u nich rodiče maskulinitu už v dětství. Zpětný pohled na vlastní styl výchovy a na to, jak se jejich děti cítily v takové roli šťastny, pak rodičům výrazně usnadnil přijmout transsexualitu svých potomků (Devor, 1999).

K dalším možným formám psychoterapie může podle Standardů WPATH (2011) ještě náležet dálková forma psychoterapie – e-terapie a internetové poradenství. Tato forma podpory se ukázala jako velmi přínosná zejména pro lidi, kteří z jakýchkoli důvodů odmítají osobní setkávání (Coleman et al., 2011). V našich podmínkách jsou využívány především různé poradny a diskusní fóra zakládaná nejvíce samotnými trans-lidmi (např. *translide.cz, transsexualita.cz, transfusion.org*).

3.3.3 Terapeutický vztah

Jak jsem již zmiňovala výše, nejčastěji je psychoterapie s trans-lidmi realizována jako součást pravidelných návštěv u sexuologa/sexuoložky. Dušek a Večeřová-Procházková (2010) zdůrazňují, že *„lékař je v celé situaci činitelem zastupujícím společnost. Důsledky jeho rozhodnutí dopadají nejen na pacienta, ale ovlivňují i celou jeho sociální skupinu (rodinu, pracovní kolektiv). Nelze podceňovat společenské důsledky rozhodnutí a zásahu“* (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010).

Přístup terapeuta/terapeutky jistě ovlivňuje také klientovo/klientčino sebepojetí a povědomí o vlastních kompetencích. Fifková a Weiss (2008) tvrdí, že v naší společnosti funguje v terapeutickém vztahu spíše model pacient-lékař, který do kontaktu přináší značnou asymetrii. Trans-lidé začínají nezřídka být na svém lékaři/lékařce určitým způsobem závislí a vyžadují jeho/její neustálé souhlasné postoje. Klient/klientka vnímá odborná doporučení velmi vážně a lékař/lékařka může tak mít určující vliv na další rozhodnutí (Fifková, Weiss, 2008).

Nebezpečí moci v rámci terapeutického vztahu reflektuje ve svém textu Guggenbühl-Craig (2007), který přirovnává „pacienta/pacientku" k dítěti. Tím, že se člověk stává „nemocným", dochází u něj k určité regresi. Lékař/lékařka se stává zdrojem pomoci a nadějí. Jsou k němu vázány silné emoce, jako je respekt, obdiv, ale také nenávist nebo strach. *„Jeho* (lékařova/lékařčina, pozn. HČ) *rada je drahocenná jako zlato a je pacienty prožíván téměř jako spasitel"* (Guggenbühl-Craig, 2007).

Mezi komentáři k jedné z představitelek české sexuologie se můžeme dočíst mimo jiné toto: *„Paní doktorka je nejenom skvělá sexuoložka a terapeutka, ona také svým způsobem zachraňuje lidi, kteří v důsledku transsexuality ztratili naději a víru v budoucnost. Už tolik jich svým pochopením, lidskostí a tolerancí převedla na jejich druhý břeh"*(anonymní komentář na webu *Známý lékař).*

V autobiografické knize Mika Perryho (2011), který podstoupil přeměnu *pohlaví* ve věku zhruba padesáti let, se objevuje pravděpodobně přenosový vztah mezi klientem a lékařkou. Již od první návštěvy u sexuoložky je patrný na straně Mika postupný romantický vývoj jeho vztahu k lékařce. Z počátku se jednalo o povzbuzující pocit, že je určitou autoritou akceptován ve své mnoho let skrývané identitě. „*Viděl jsem sebevědomou, inteligentní profesionálku a uznávanou odbornici, která se najednou zabývá mým životem, mým trápením."* Mikovy emoce se později začaly vyvíjet do podoby stále rostoucích sympatií k lékařce jakožto ženě. *„Její úsměv mě fascinoval – byl prohnaně ženský, odzbrojující i provokující…"* Poté, co odbornice navštívila Mikův koncert a na rozloučenou ho objala a políbila, došel k plnému uvědomění svých milostných citů. *„A já porozuměl, proč mi tak záleželo na její přítomnosti, proč mi teď srdce vyzvání s rachotem ohňostroje…"* Mikovu náklonnost prohloubil další zájem lékařky, když od ní po koncertě obdržel email: *„Milý Miku, myslím, že až se jednou rozhodnete a toho chlapíka v sobě osvobodíte, budou Vám všichni ti lidé, kteří Vám tleskali dneska, tleskat zase."* Lékařka se

stala pro Mika výhradním objektem milostných představ. *„Chci to říct Radce* (fiktivní jméno sexuoložky). *Chci jí říct, jak moc ji miluju.“* Takovýto nereflektovaný přenosový vztah mohl určitým způsobem ovlivnit Mikovo rozhodování o průběhu přeměny. Mike v záplavě milostných vyznání mimo jiné napsal: *„A byla to Ona* (sexuoložka)*, kdo mě tímto chlapíkem učinil“* (Perry, 2011).

Podle Šimka (2004) je v rámci psychoterapeutického vztahu největší riziko ve zneužitelnosti klienta/klientky. Tento vztah není od počátku symetrický a u klienta/klientky vzniká na terapeutovi/terapeutce závislost. Přebírá jeho/její názory a postoje a cítí povinnost odměnit se za to, co mu/jí terapie přináší. V psychoterapii je běžné, že se objeví přenosové a protipřenosové fenomény. Jak autor uvádí, v psychoanalytické terapii je samozřejmou a povinnou součástí terapeutovy/terapeutčiny práce analyzovat pozitivní i negativní přenosy (Šimek, 2004).

Kromě vlastních přenosových fenoménů, ovlivňuje vnímání terapeuta/terapeutky jako zachránce/zachránkyně, téměř mesiáše/mesiášky, také *moderní kult lékaře*, jež přináší této profesi veřejnou úctu a sociální prestiž. Guggenbühl-Craig (2007) ovšem upozorňuje také na odvrácenou tvář lékařské profese, kterou představuje tzv. *stín šarlatána*. *„Všechna ta nesčetná utrpení neznámého původu, kterými se zejména praktický lékař musí denně zabývat a pro která ještě nebyla nalezena žádná skutečná terapie, pak léčí s pseudovědeckým nasazením.“* Autor hovoří o jakési vnitřní nejistotě, zda může skutečně lékař/lékařka nemocnému člověku pomoci. Tento psychologický mechanismus funguje z velké části na nevědomé úrovni a vede lékaře/lékařku bojujícího/bojující s vnitřní nejistotou k touze mít „pacienta/pacientku“ plně pod kontrolou (Guggenbühl-Craig, 2007: 63).

Jak lze nyní odvodit, nezbytnou součástí úspěšné terapeutické práce je sebereflexe. Fifková a Weiss dokládají, že by si měl/měla lékař/lékařka uvědomit vlastní moc, kterou ve vztahu disponuje a zároveň by měl/měla definovat svůj postoj, který k tématu trans-identit má. Osobní prekoncepty by neměly do rozhodování o změnách zasahovat (Fifková, Weiss, 2008).

Také Dušek a Večeřová-Procházková (2010) upozorňují na nutnost kontroly vlastních afektivních reakcí na odborné straně a uvědomování si přenosových a protipřenosových fenoménů, které se ve vztahu „pacient-lékař“ objevují. Uveden je například přenos vztahu k minulým blízkým autoritám. V rámci psychologického přístupu

lékař/lékařka respektuje klienta/klientku a své terapeutické působení směřuje k posílení jeho/její autonomie a kompetence, zejména v rozhodování o dalších krocích léčby (Dušek, Večeřová-Procházková, 2010).

Celý proces přeměny shrnuje Tereza Spencerová (2000) jako na první pohled jednoduchou cestu k „vysněnému životu“. Záhy ale realisticky dodává, že trans-člověk se na této cestě potýká s mnoha úskalími. Ať už se jedná o představy sexuologů a sexuoložek o „správném transsexuálovi“, nebo o různé kontraindikace (např. duševní porucha, trestní záznam a rodičovství), které brání tomu, aby mohl člověk postoupit operativní změnu *pohlaví.* Psychickou náročnost procesu přeměny genderové role ilustrují také tato její slova: *„Problémem je u nás rovněž to, že mnozí sexuologové zaměňují stanovení diagnózy za obyčejné psychické týrání, které mnohdy vydávají za snahu přesvědčit se, jak moc je transsexuál o potřebě změny přesvědčen“*(Spencerová, 2000: 164).

Přeměna trans-lidí je téma, které v české i zahraniční literatuře zdaleka není vyčerpané. Než postoupíme k další kapitole, dovolím si proložit text krátkou básní od Raye (1999), který psal právě v období, kdy zvažoval, zda se odhodlá či ne ke „změně pohlaví“.

SRS

Jsem eunuch
jemuž dali jméno ženy
jsem král much
krys a zavržených

Vy divíte se mému žalu?
Nechápete..?
IMPOTENT !
Mrtvý v sobě..
v cizím těle..
NECHÁPETE…?

Musím VEN..! (Ray, 1999)

4. Trans-člověk, identita a genderová role

4.1 Kde se bere genderová identita?

Pro pochopení prožívání a potřeb trans-člověka není samo o sobě nutné zajímat se o původ toho, čemu medicína říká genderová dysforie. Pokud ale chceme porozumět různým optikám, které na trans-lidi nahlížejí, nějak je interpretují a určitým způsobem na ně působí, otázka po původu genderové identity je bezpochyby na místě.

Ve všech českých sexuologických publikacích tematizujících transsexualitu se setkáváme s jednou jedinou teorií, která je považována za reálné vysvětlení toho, jak vzniká genderová identita[11] a tudíž i její „nestandardní" variace. Fifková a Weiss prohlašují: *„Není důvodu k pochybám o tom, že základní sexuální dimorfní formování centrálního nervového systému, zejména příslušných center v mezimozku, spadá na vrub účinku sexuálních steroidů v kritických fázích fetálního vývoje jedince"* (Fifková a Weiss, 2008: 28). Předpokládá se, že v určitých oblastech mozku, jako jsou hypotalamus a amygdala, se v prenatálním období vyvinou tři centra: *centrum pro maskulinní či femininní typ sekrece gonadotropinů*, *centrum pro sexuální orientaci* a *centrum pro sexuální roli*. Tato centra jsou působením androgenních hormonů formována buď mužským, nebo ženským způsobem. Jejich organizace je tedy zodpovědná za maskulinní či femininní genderovou (potažmo pohlavní) identitu a dokonce i za odpovídající roli.

Sama autorská dvojice osvětluje důvod tohoto předpokladu. *„Existence tří relativně samostatných center se předpokládá proto, aby se mohly vysvětlit některé zvláštnosti lidské sexuální orientace a identifikace"* (Fifková a Weiss, 2008: 27). Snaha o vysvětlení takovýchto „zvláštností" jako je právě transsexualita vede k tomu, že se medicína odkazuje na výzkumy, které jsou při nejmenším sporné. Navíc ani věda není schopná přesně vysvětlit vztah strukturálního uspořádání a funkce mozku jako celku. Některé teorie předpokládají, že je to právě způsob, jakým mozek funguje, který utváří strukturu a její změny (Blum in Renzetti, 2003). Z tohoto hlediska lze pohlížet kriticky na samotné tvrzení, že nejdříve jsou v mozku vyvinuta centra genderové příslušnosti a až na jejich základě se člověk určitým způsobem identifikuje a příslušně k tomu chová.

[11] Medicína používá pojem „pohlavní identita", případně „sexuální identita".

Prvním typem výzkumů, které údajně odhalují příčiny transsexuality, jsou experimenty se zvířaty. Například v rámci jedné studie (1959) byl samičkám morčat před narozením podáván testosteron, což vedlo k těmto změnám: *maskulinizaci vnějšího genitálu, neschopnosti samičího sexuálního chování* a *při podání androgenů v dospělosti reagování samčím způsobem*. Podobná zjištění přinesly pak ještě další výzkumy na psech, myších, ovcích, opicích a dokonce na některých ptácích (Fifková, Weiss, 2008).

Lambert (1987) uvádí, že podobné výzkumy dokazují pouze to, že manipulace (ať už umělé podávání nebo kastrace) s dodávkou hormonů během nitroděložního vývoje má určitý vliv na chování a fyziologické funkce zvířete po narození. Tento vliv však znamená například rozdíly ve způsobu močení, kopulační pozici, hře mláděte, chuťových preferencích, učení se vyhnutí podnětu nebo v řešení různých experimentálních situací, což vychází z dalších studií. Podle autorky lze konstatovat, že časné vystavení androgenním hormonům má zpravidla odlišné účinky na neurální dispozice k nějakému chování. Nelze ale rozhodně tvrdit, že hormonální prostředí v prenatálním období je jediným předpokladem pro vznik daného chování. Navíc chování zvířat v laboratorních podmínkách vykazuje různou míru variability také v závislosti na vnějších vlivech, jako je prenatální stres, zacházení po porodu, denní cyklus světla a další zkušenosti (Lambert in Harding et al., 1987).

Problém s generalizací výsledků experimentů se zvířaty na trans-lidi je nejméně ve dvou věcech. Trans-lidé se na rozdíl od zvířat v popisovaných experimentech nijak neliší od ostatní populace, a to ani svým tělem (samice měly po podávání androgenů maskulinizované genitálie), ani sexuálním chováním (trans-lidé mají stejně jako cisgender-lidé různou sexualitu) a v neposlední řadě ani žádnými konkrétními způsoby chování.

Druhý háček je v tom, že změny v chování nebo fyziologii těla nemohou být vztahovány na genderovou identitu, navíc je vůbec sporné odvozovat z výsledků experimentů se zvířaty teorie o vývoji specificky lidské identity. Ať už je na identitu nahlíženo v rámci psychologického, sociologického či medicínského diskurzu, vždy se v definici objevuje vlastnost, která je vlastní pouze lidem, a to sebereflexe, jejíž obsah je do jisté míry verbalizovatelný.

Rozšiřování výsledků těchto experimentů se zvířaty na lidské bytosti kritizuje Fausto-Sterling (2000). Výzkumy se pokoušejí v některých případech za každou cenu

interpretovat zvířecí chování skrze dichotomní optiku genderového řádu. Například při zkoumání lidské homosexuality vědci/vědkyně odvozovaly „femininní“ způsoby chování z takových projevů jako je stříhání ušima nebo způsob prohíbání páteře (Fausto-Sterling, 2000).

Druhý typ výzkumů, na který se sexuologie odkazuje při prokazování určujícího vlivu biologických faktorů na *pohlavní* identitu, se týká intersexuálních lidí. Ovšem i zde nemůže být intersexuální skupina srovnávána se skupinou trans-lidí. Intersex-lidé mají například mužský chromozom XY, ovšem také nejednoznačné genitálie, jako tomu bylo právě ve studii citované Weissem a Procházkou (2008). Tělo intersexuálních lidí se vyvíjí specifickým způsobem závislým na konkrétní variaci pohlavních žláz, chromozomální výbavě a vnějších pohlavních orgánech. Dreger (1998) hovoří o mnoha případech intersexuálních lidí z minulosti i dneška. Mimo jiné konstatuje, že častou praktikou u novorozenců, kteří nemají jednoznačně určitelné genitálie (např. dítě XY s penisem v natažení kratším než 2,5 cm), je operativní zákrok vedoucí k jejich „normalizaci“ (Dreger, 1998). Vývoj takového dítěte bude jistě psychologicky ovlivněn časným zákrokem do jeho pohlavních orgánů a může, ať už nepřímo nebo přímo, ovlivnit jeho sebepojetí v pozdějším věku.

Studie intersexuálních lidí nám tedy o etiologii transsexuality mnoho říci nemohou, rozhodně na jejich základě nelze potvrdit, že genderová (pohlavní) identita je daná již před narozením. Naopak existují i podobné výzkumy, které přináší zcela opačnou teorii. Oakley (1985) uvádí příklad studie sto třinácti intersexuálních lidí, kteří se i v dospělosti genderově identifikovali s *pohlavím* daným výchovou, a to i přesto, že u některých z participujících neodpovídalo přiřazené *pohlaví* jejich fyziologickým znakům, včetně chromozomální, hormonální a gonadální výbavy (Oakley, 1985). Tento poznatek by dokonce mohl přispívat k hypotéze, že genderová identita je konstruovaná prostřednictvím sociálních vlivů, které mohou mít v některých případech dominantní postavení nad biologickými dispozicemi.

V přístupu k trans-lidem může hrát představa o příčině genderové identity, která nekoresponduje s přiřazeným *pohlavím*, důležitou roli. Představitelé a představitelky české sexuologie se shodují na biologicko-esencialistickém přístupu. Koncept „centra pohlavní identity“ vede k chápání maskulinity a femininity jako dvou vrozených a protichůdných substancí, které nesouvisí s kulturním a historickým kontextem. Trans-identita (a

především transsexualita) je klasifikována jako zdravotní problém („chyba“ ve vývoji mozku), který si žádá odpovídající léčbu. Hormonální a chirurgická řešení poté představují způsob, jakým lze trans-lidi přiblížit k naplnění normativních požadavků ze strany společnosti. Takovýto způsob „léčby“ ovšem vychází především ze stereotypních představ o „správném“ muži a o „správné“ ženě (Dvořáčková, 2008).

Na identitu lze nahlížet také jako na psycho-sociální konstrukt aspekt, který je nějakým způsobem konstruován a není pouhou danností. Bačová (2003) hovoří o podstatě identity. *„Pokud není identita z nitra osoby, existují jen procesy jejího konstruování (v podobě definování). Z toho vyplývá více důsledků – jedním z nich například je, že není moc přínosné zvlášť rozlišovat ´osobní´ identitu osoby a ´sociální´ identitu osoby. Znamená to zároveň, že identita osoby není žádná entita, žádná přirozená věc, kterou by bylo možné jednorázově anebo definitivně získat anebo odhalit jako svoje pravé ´já´, které osoba vlastní. Souhrnně je lidská bytost nejen otevřená, ale i tvořená textem své kultury“* (Bačová, 2003: 208).

Genderová identita může být tedy chápána jako sebepojetí, které je utvářeno na základě výchovného a kulturního působení. Podle Hartla a Hartlové (2004) je genderová identita utvářena vlivem socializace v období zhruba od 2-3 let do 7 let s tím, že k jejímu dozrání dochází až v období středního školního věku (Hartl, Hartlová, 2004).

Šmausová (2002) zdůrazňuje, že dítě se rodí do společnosti, která má svou vlastní hierarchicky uspořádanou genderovou strukturu. Člověk je nejprve genderově zařazen a až poté si utváří identitu, která na tento gender nasedá. Aniž by byl člověk ještě schopen o své identitě uvažovat, je označen za muže nebo ženu, což je uvedeno do jeho rodného listu. Ve chvíli, kdy již svou identitu nějakým způsobem rozeznává, představuje pro něj něco „daného“ a samozřejmého (Šmausová, 2002).

Také psychoanalytický diskurz nahlíží na identitu jako na získaný aspekt osobnosti. Hlavním předpokladem je, že se člověk rodí bez diferencované genderové identity, která je formována v raném dětství prostřednictvím vztahů v rodině (Fifková, Weiss, 2008). Z hlediska Freudova výkladu je vývoj genderové identity vázán na průběh a vyřešení Oidipského komplexu. Chlapec touží nahradit otcovo místo a dívka matčino. V tomto období tedy hraje zásadní roli otcovská a mateřská figura, se kterou se dítě později

identifikuje. Pokud například absentuje otec, chlapec nemá konkurenta, na kterého by zaměřil svou pozornost (zjednodušeně řečeno, u dívky je to obdobné s matkou) (Freud, 1991). V případě chybějícího otce si chlapec může nalézt náhradní figuru například v matce nebo sestře a identifikovat se s ní. Existují výzkumy, které dokládají nepřítomnost otcovské role jako nejvýznamnější příčinu vzniku *poruch genderové identity* (např. Rekers, 1995).

O skutečné podstatě vzniku genderové identity se lze pouze domnívat. Pokud jde o biologicko-esencialistický výkladový rámec, lze jen těžko potvrdit či vyvrátit, zda je mozek skutečně formován prenatálními vlivy, které jej „generují". Víme, že i dospělý mozek podléhá plasticitě a na základě působení určitých podnětů může docházet k jeho funkčním i strukturálním změnám, což může být limitem pro studie srovnávající mozky mužů a žen za účelem vyvození závěrů o vrozenosti genderové identity (Amen, 2008).

Jak jsem již uváděla v úvodu kapitoly, zkoumání příčiny trans-identit nemusí být pro praxi zas až tak podstatné. Etiologii můžeme vnímat jako stěžejní v případě, že potřebujeme vysvětlit původ jevu, jehož výskyt bychom mohli znalostí příčin ovlivnit. Lékařská věda se takto zabývá příčinami nemocí, jejichž odhalení napomáhá léčbě, případně jejich prevenci. Sociální konstruktivismus je často reakcí na biologizující tendence medicíny a pokouší se vysvětlovat jevy na základě sociálního kontextu. Hledání zdroje genderové identity se pak stává neúnavným bojem mezi předpoklady vrozenosti a sociální podmíněnosti. Podle mého názoru je podstatnější zabývat se způsoby, jak zkvalitnit životní podmínky trans-lidí založené na respektu ke všem podobám genderových identit a jejich projevů.

4.2 Binarita a diverzita identit

Bez ohledu na původ genderové identity, ukazuje se jako problematické, zejména v pojetí trans-identit, dichotomické uvažování. Šmausová (2002) zdůrazňuje, že nejen gender, ale i další společensko-historické konstrukty jsou tříděny do dvou kategorií. Uvádí příklady tohoto dělení na přírodě a výchově, objektivitě a subjektivitě, rozumu a emocích nebo na duchu a těle. Na první pohled se může zdát, že jsou tyto pojmy uspořádány do dvojic komplementárně, jejich vztah však není rovnocenný. Stejně jako západní

společnost nadřadila kulturu nad přírodu, také *pokrokové, kulturní mužství* stojí hierarchicky výše než *stagnující, imanentní, přirozené ženství* (Harding in Šmausová, 2002: 18).

Zábrodská (2009) popisuje poststrukturalistický pohled na identitu jako na proces, který je založený na opakovaném oddělování se od druhých subjektů s důrazem na jejich jinakost. Identita má podle autorky vždy podobu hierarchických binarit: muž-žena, heterosexuální-homosexuální, zdravý-nemocný, mladý-starý atd. Jedna z identit v rámci dané kategorie má vždy výsadní postavení. V naší kultuře je takovouto privilegovanou identitou *zdravý bílý heterosexuální muž*. Tato identifikace je pak založena na vylučování znaků spojených s nemocí, jinými etniky, homosexualitou a ženskostí. Ke své existenci tedy potřebuje privilegovaná identita vždy tu neprivilegovanou, která je považována za něco jiného, nezdravého a především stojícího mimo. K udržení stability a koherence identity je vždy nutná neustálá identifikace s jednou stranou a vylučování druhé strany dané binarity (Zábrodská, 2009).

Dichotomizace je jasně patrná také při práci s trans-lidmi. Weiss, Fifková a Procházka (2008) uvádí, že *„obě skupiny klientů* (FtM a MtF) *se liší v mnoha základních charakteristikách svého vývoje, chování i cítění.“* Autorský kolektiv uvádí rozdíly mezi transsexuálními muži a transsexuálními ženami také na příkladu výsledků inteligenčních testů. Výstupy jsou definovány opět v binární kategorii verbální-performační škála inteligence s tím, že verbální schopnosti jsou přiřazeny trans-mužům a performační trans-ženám. Další odlišnosti jsou opět z velké části definovány za předpokladu dvojic jevů, které jsou vůči sobě v opozici: život v partnerském vztahu – život bez partnerského vztahu, preference „mužských“ sexuálních poloh – preference „ženských“ sexuálních poloh, deprese – mánie, nízká úroveň reaktivity – vysoká úroveň reaktivity, lepší adaptace na vlastní tělo – horší adaptace na vlastní tělo, touha po úspěšnosti – touha po kráse atd (Weiss, Fifková, Procházka, 2008).

Oddělování identit v rámci binární kategorie muž-žena kopíruje i vytváření terapeutických skupin. Skupinová práce s trans-lidmi je realizována zvlášť s trans-muži a zvlášť s trans-ženami (viz kap. 3.3.2). Toto vytváří dojem, že se jedná o dva odlišné a proti sobě stojící druhy lidí, přičemž ke každé skupině se váží jiné typy problémů a témat. Právě

tímto se zvyšuje potřeba jasné identifikace se svou referenční skupinou. Muži se pak mohou předhánět v maskulinním a ženy ve femininním projevu.

Zároveň, v souladu se Zábrodskou (2009), funguje také mechanismus oddělování se od původní genderové role, tedy od druhé skupiny, což opět prohlubuje rozdíly mezi kategoriemi muž-žena. Domnívám se, že by mohlo být přínosné propojení obou skupin, které by mohlo vést k pocitu sounáležitosti bez ohledu na „pohlaví" či konkrétní podobě genderu. Trans-lidé svůj gender dozajista stále řeší a jsou podrobováni neustálé genderové kontrole, která plyne z ostré hranice mezi dvěma gendery. Dichotomizací skupin trans-lidí se stírají podobnosti, které v sobě zahrnují osobnosti jako takové. Jelikož, jak zmiňuje Šmausová (2002), ve skutečnosti lidé nežijí genderové identity v tak výrazné dichotomii, již definují normativní požadavky genderového řádu. Muži a ženy mnoho vlastností, kterým je přiřazován určitý gender, sdílejí. V podstatě si volí z možných projevů ty, které jim individuálně vyhovují, a z nich si utváří své vlastní androgynní identity (Badinter, Dietzen In Šmausová, 2002). V koedukovaných skupinách by mohli mít trans-lidé příležitost zažívat a rozpoznávat větší pestrost a variabilitu genderových vyjádření od tendencí k „typickému" naplňování genderových rolí až k odmítání performace binárních identit.

Žitou diverzitu genderových identit a rolí dokládá také americká studie 292 transgender lidí (2012). Ta ukázala, že genderová sebedefinice zahrnuje mnohem více než pouhé dvě kategorie muž-žena. Lidé se definovali se zcela individuální mírou femininity a maskulinity v rámci pojmů: *gender-queer, transgender, transsexuál, cross-dresser, Two-spirit, bigender, intergender, Drag King, Drag Queen, Androgynous* nebo zcela mimo existující termíny. Navíc se ukázalo, že téměř tři čtvrtiny z participujících se identifikovaly s více než jedním pojmem, což znamená, že jedna z rozeznávaných identit dostatečně nemohla zahrnout celou jejich sebedefinici. Zároveň bylo zjištěno, že genderová sebedefinice se během života proměňuje, a to v závislosti na kontextu (např. v jedné situaci jako muž, v jiné jako transgender).

Ti, co se definovali jako gender-queer, popsali svou identitu jako způsob, kterým lze čelit binaritě genderového řádu, a zároveň jako komplexní a rozmanitý způsob genderové zkušenosti. Zajímavé je ještě dodat, že právě gender-queer byl ve výzkumu nejčastější pojem, jakým se definovali lidé, co byli po narození označeni za ženy. Ti, kteří byli označeni za „rozené" muže, se nejčastěji definovali jako transsexuální. Autorský kolektiv vysvětluje možnou příčinu tohoto rozdílu v tom, že stejně jako genderová identita i

sexualita se u žen jeví jako více proměnlivá, zatímco muži jsou více svazováni dichotomickými kategoriemi (např. homosexualita-heterosexualita). Zároveň je u žen méně stigmatizovaná a patologizovaná maskulinita, než u mužů femininita (Kuper et al., 2012). Na muže je tedy vyvíjen silnější tlak binární normativity genderového řádu na konformitu genderové role. Pohybování se v prostoru mezi kategoriemi muž a žena patrně podléhá výraznější sociální sankcionalizaci (Devor, 2012).

4.3 Cesta za maskulinitou

Jelikož empirická část této práce je zaměřena na zkušenost trans-lidí, kteří se narodili s ženským úředním *pohlavím*, budu se v této podkapitole věnovat především přeměně genderové role směrem k maskulinitě.

Podle posledního výzkumu provedeného v letech 2005 a 2006 na dvou pražských sexuologických pracovištích se v této době do sexuologické péče dostávali častěji právě trans-lidé směřující k mužské roli. Tito klienti pak také podstupovali častěji a v mladším věku terapii než trans-lidé identifikující se jako ženy. Jedno z vysvětlení tohoto rozdílu poskytuje údaj, že trans-lidé žijící před přeměnou v mužské roli, byli častěji ženatí a měli děti. Zároveň je přeměna z maskulinní do femininní genderové role společensky komplikovanější, ať už jde o existenci tělesných znaků, jako jsou vousy, hluboký hlas, ohryzek, výška postavy, pleš apod., které výrazně evokují maskulinitu. *„Změna z muže na ženu je často společensky dehonestující, sociálně degradující a ekonomicky nevýhodná“* (Weiss, Fifková, Procházka, 2008: 132). U lidí, kteří směřují k maskulinní genderové roli, probíhá přeměna celkově rychleji a jednoznačněji, již od fáze rozpoznání identity a rozhodování o změnách. Ve své přisouzené roli prožívají značnou trýzeň mimo jiné v oblasti partnerství a sexuality. *“Je pro ně nemyslitelné, aby s heterosexuální mužskou identitou poskytli své ženské tělo heterosexuálně orientovaným biologickým mužům, svým sokům a rivalům“* (Weiss, Fifková, Procházka, 2008: 127).

Jak jsem již uváděla dříve, v naší společnosti je privilegovanou identitou mužská. Mužskost v sobě zahrnuje moc a vytváří model *hegemonní maskulinity*, která vládne nejen nad ženami, ale i nad většinou mužů, kteří na ni nedosáhnou (Šmausová, 2002). Hegemonní maskulinita má normativní charakter a akcentuje stereotypně mužské

vlastnosti, zájmy a další atributy. Nabízí mužům vymanit se ze statusu „obyčejného“ podřízeného muže. S preferovanou formou maskulinity se pojí síla, dominance, touha po vítězství, soupeřivost, technická orientace atd. Tradiční maskulinita je chápána jako *hrdinská*, ovšem i v rámci maskulinity existuje určitá dichotomie, která zahrnuje její druhou *antihrdinskou* podobu ve formě *metrosexuality*. Odmítání tradičního maskulinního ideálu prostřednictvím zvýšené péče o vlastní vzhled, citlivosti, jemnosti a fyzické slabosti může zapříčinit, že bude takovýto muž označen za gaye nebo androgynního jedince a ze společnosti vyloučen (Švaříčková-Slabáková, 2012).

Maskulinní identita není stabilní a apriorní. Člověk ji musí neustále dosahovat a potvrzovat ji tím, že se jednak jasně identifikuje s mužem a zároveň ze své identity vylučuje vše, co by mohlo být spojováno s femininitou (Zábrodská, 2009). Ve studii struktury norem mužské role byly identifikovány tři dimenze, skrze které je maskulinita definovaná. Jedná se o 1) potřebu dosáhnout společenského statusu a uznání (status); 2) očekávání, že muž by měl být mentálně, emocionálně a fyzicky odolný (odolnost) a 3) odmítání stereotypně femininních aktivit a zaměstnání (antifemininita). Z měření korelací mezi jednotlivými dimenzemi bylo zjištěno, že vlastnosti spojené s odolností jsou současně považovány za antifemininní (Kimmel, 1987). Vydělování se z ženské role za účelem naplnění té mužské je patrné i v „procesu odštěpování“, který ve svém výzkumu popisuje Devor (1999). Účastníci studie nejprve ze svého života vylučovali krok za krokem jednotlivé atributy související s femininitou. Až poté, co vyloučili všechny dostupné možnosti ženskosti, které našli, byli připraveni začít vstupovat do maskulinní role (Devor, 1999).

U chlapců, vychovávaných už od narození v mužské roli, se očekává, že budou dozrávat v muže s pomocí otcovské či jiné blízké mužské autority a identifikace s ní. V souladu s psychoanalytickou optikou je vlastní maskulinita potvrzována skrze objevení penisu jako něčeho, co má syn s otcem společné. Poněšický (2003) hovoří o chlapcových pocitech hrdosti při převzetí kontroly nad penisem v situaci močení ve stoje. Trans-lidé v Devorově (1999) studii se již v dětství zajímali o penisy mužů v rodině. Například některým účastníkům poskytovali vlastní bratři přístup k jejich penisu jako k modelu pro to, aby mohli vidět, jak vypadá a funguje. Ti, kteří se v dospělosti rozhodli pro chirurgickou rekonstrukci penisu, ale často nebyli s vytvořeným penisem spokojeni. Byli nuceni čelit faktu, že tělesně nebudou nikdy zcela takoví jako muži, kteří se již s penisem

narodili. Někteří pak cítili ohledně svého statusu muže nejistotu a pro sebeidentifikaci volili spíše termíny jako mužský (male) namísto muž (man), případně alternativní genderové identity: transsexuální muž, lesbický muž, žena s mužským genderem nebo třetí pohlaví (Devor, 1999).

Ne všichni trans-lidé ale vnímají své tělo jako nedostačující pro to, aby mohli naplňovat maskulinní roli. Ve sborníku textů trans-lidí se objevuje u jednoho z autorů identifikujícího s mužským genderem maskulinizované vnímání vlastního původního, „ženského" těla. Své genitálie označuje za penis. *„Nikdy jsem neřešil své tělo jako ženské, ale vztahoval jsem se k němu, jako by bylo mužské. Svoje genitálie jsme s partnerkou nazývali jako ´cock´*[12]*"* (Ansara in Diamond, 2004: 92).

I to je nejspíš jeden z důvodů, proč ne všichni prožívají přecházení z jedné role do druhé jako změnu femininního genderu na maskulinní. Autor dalšího z příspěvků hovoří o tom, že gender, ve kterém byl vychováván, byla volba rodičů, nikoli jeho samého. Vymezuje se tedy vůči medicínskému označení FtM. *„Nikdy jsem se necítil, že bych byl F, protože jsem tím nikdy nebyl, tudíž FtM identita není v mém případě oprávněná. Toto poznání mě přivedlo k tomu, abych si utvořil svou MtM identitu"* (Righini in Diamond, 2004: 78).

Podle Stephensona (2012) je maskulinita něco, o co se musí zasloužit i člověk vychováván od narození v mužské roli. Z chlapce se muž stává ve specifickém kulturně podmíněném procesu, kdy přechází z určitého stavu „bezpohlavnosti" do „skutečného" mužství. Autor hovoří o důležitosti iniciace, která je rituálně pojímaná zejména v tradičních kulturách. Zatímco dívky podle autora absolvují přechodový rituál přirozeně skrze menstruaci a pozdější porod, což je chápáno jako symbolické poranění, u chlapců je pro přerod v muže nutné toto rituální poranění uměle způsobit. Například ve východní Africe je chlapcům prováděna obřízka, kterou musí absolvovat, aniž by dali najevo bolest. Pokud obřad ustojí, dokazují svou sílu a odolnost, která je podstatná pro identitu muže. Ovšem klíčovou úlohu v iniciaci má přijetí komunitou. Chlapec musí být nejprve vymaněn z péče a ochrany matky, poté podstupuje zkoušku, součástí níž je ono překonání rizika (bolesti, smrti atd.), aby byl následně znovu přijat komunitou jakožto „pravý" muž. V západní společnosti dítě neprochází takto ohraničeným procesem iniciace. I přesto se

[12] Anglické slangové označení pro penis.

prvky dokazování si mužství skrze prověřování odvahy a odolnosti objevují. Mladí muži podstupují riziko tím, že řídí pod vlivem alkoholu, přechází rušné silnice nebo se stávají součástí pouličních gangů. Silným motivem bývá srovnávání se s muži, kteří svým jednáním představují vzor pro stereotypní podobu maskulinity (Stephenson, 2012).

Na tom, že se člověk neustále učí příslušnému genderu, se podílí jednak mocné sociální role usměrňující chování a zároveň všudypřítomné rozdíly ve statusu mezi ženou a mužem. I přesto, že stejně tak maskulinita i femininita jsou konstrukty utvořené ze směsi znaků, chování a rolí, jimž je přiřazen jeden nebo druhý gender, k maskulinní roli se váží takové vlastnosti a charakteristiky, které jsou společností více ceněny. Lippa (2009) uvádí výzkum, z nějž vyplynulo, že členové skupiny lépe hodnotili návrhy a řešení mužů, přičemž ženy více ignorovali nebo přerušovali. Muži jsou také stereotypně vnímáni jako asertivnější, cílevědomější, nezávislejší, kompetentnější a orientovaní na úspěch. Zatímco ženy jsou spojovány s péčí o druhé, citovým chováním, vřelostí a zaměřením na rodinu. Pokud ovšem žena překročí hranici očekávání spojených s femininní rolí a chová se více maskulinně, nedostane se jí stejného úspěchu jako muži, naopak je považována za povýšenou a neatraktivní. Podle dalšího výzkumu se ukázalo, že pokud žena vykazuje v komunikaci přílišné známky asertivity a průbojnosti (tedy maskulinní projevy chování), snižuje se její šance na ovlivnění partnera/partnerky, zatímco u muže se na základě stejného způsobu chování zvyšuje (Lippa, 2009).

S řadou genderových stereotypů se potýká také trans-člověk podstupující přeměnu genderové role. V autobiografickém díle Mika Perryho (2011)[13] se objevuje mnoho situací, v nichž byl aktér vystaven působení očekávání spojených s tradičním naplněním maskulinní role. Mike popisuje své váhání nad tím, zda je právě on schopen naplnit mužskou roli. Píše, že po vyjmenování různých tělesných i psychických znaků, které nepovažoval za dostatečně maskulinní (úzká ramena, malá výška postavy, emocionální senzitivita atd.), se mu dostalo od lékařky odpovědi: „*No, vy jste teda úplně přesně jako ti chlapi, jmenujete mi tu jeden stereotyp za druhým"* (Perry, 2011: 131).

Mikeova přeměna směrem k maskulinní genderové roli začínala, stejně jako u lidí v Devorově výzkumu (viz výše), pozvolným odbouráváním stereotypně femininních

[13] Text je používán jako ilustrace subjektivního popisu zkušenosti trans-člověka podstupujícího maskulinizační proces genderu a těla.

projevů a jejich nahrazováním maskulinními. Mike začal o sobě hovořit v mužském rodě a používat mužské jméno, pořídil si košile s náprsní kapsou, které pro něj vždy symbolizovaly mužství, proměnil způsob chůze na pohupování ze strany na stranu, seděl s nohama od sebe a hovořil drsnějšími výrazy. Navíc zpozoroval, že si začal všímat jiných věcí, než dřív. Na ulici oceňoval auta a o kolemjdoucích ženách uvažoval ve stylu *„baba s trojkama“*. Také ve vztahu k nadřízenému se projevoval více suverénně. O své historii již uvažoval převážně v intencích toho, jakým maskulinním činnostem se v dětství věnoval (hra s auty, vyřezávání ze dřeva atd). V souladu se Stephensonovým (2012) pojetím iniciačního rituálu, byl také Mike několikrát „přijat“ mezi muže. Po prvním coming-outu v zaměstnání byl mužskými kolegy pozván na pivo (úsměvné je, když Mike píše, že pivo nepije). Stejně jako se měnil Mike, měnilo se také očekávání a reakce okolí. I přesto, že Mike byl v době přeměny rodičem plnoleté dívky, kterou vychoval jako „matka samoživitelka“ (bez problémů vařil), dostal od svých přítelkyň při přípravě večírku instrukci, která zahrnovala část práce typicky určované mužům: *„Ty přineseš víno, můžeš koupit nějaké ovoce a zeleninu, ale pohoštění nech laskavě na nás“* (Perry, 2011: 240). Stejně tak byl Mike od chvíle, co se začal prezentovat v maskulinní roli, svými známými vnímán jako hrdina, který se dokázal sám postarat o své dítě, přebalovat je, vařit, prát apod. *„Jako muž jsem získal na úctě, vážnosti i výjimečnosti“* (Perry, 2011: 240). Dalším krokem na cestě k „právoplatné“ maskulinitě bylo započetí testosteronové kůry. Tento akt se symbolicky odehrál v rámci oslavy padesátin, když Mike po proslovu o „plavbě na druhý břeh“ a zapití první tablety sklidil potlesk a uznání. I tento moment připomíná přijetí komunitou, o kterém jsem již psala. Před operativní přeměnou obdržel Mike od své lékařky model modrého autíčka, což v sobě opět neslo sociální význam maskulinity. Mike poprvé navštívil posilovnu, do které začal pravidelně docházet. Sám si všímal proměn těla, které interpretoval jako maskulinnější (např. širší ramena a krk). Velké nadšení mu přineslo získání nových dokladů, které představovaly definitivní společenské stvrzení mužské identity. Ovšem i přes veškeré kroky směřující k naplnění tradiční maskulinní role, Mike pochyboval o své mužskosti. Jako možný důvod neúspěchu při navazování milostných vztahů se ženami a tedy selhání v mužské roli, Mike shledal absenci penisu. Jeho maskulinita mohla být jakkoli potvrzována v běžných sociálních interakcích, ovšem stačila jedna reakce upozorňující na to, že nemá penis, aby byl ve své roli znejistěn. *„Chlap s píčou? To je pěknej vopruz“* cituje Mike jednoho kytaristu, se kterým se setkal v hospodě (Perry, 2011: 252).

Mikův příběh ilustruje to, s jakými očekáváními se trans-člověk přecházející do maskulinní role setkává. Jak bylo již pojednáno, ne všichni trans-lidé definují svou identitu jako mužskou nebo ženskou. Míra genderové přeměny a tedy i osobnostních změn může být velmi rozdílná. Dozajista je trans-člověk vystavován tlaku genderového řádu a normativním požadavkům na co nejúspěšnější adaptaci na tradiční podobu role a těla korespondující s jeho identitou. I přesto, že podle Bem (1975) jsou *genderově neschematičtí* lidé vykazující pružnost v maskulinních i femininních charakteristikách symbolem vyrovnanosti a duševního zdraví, společnost stále více podporuje *genderově schematické* jedince, tj. femininní ženy a maskulinní muže (Bem in Lippa, 2009).

II. EMPIRICKÁ ČÁST

1. Metodologie

1.1 Charakteristika výzkumu

Na proces přeměny genderové role, jak již bylo představeno v teoretické části, se lze dívat z vícera perspektiv. V rámci procesu přeměny se ovšem trans-člověk setkává s odbornou péčí poskytovanou nejčastěji v rámci medicínských zařízení. Výzkum jsem se rozhodla zaměřit na prozkoumání a srovnání psychologických aspektů, které do procesu přeměny vstupují, a to jak na straně samotného trans-člověka, tak také na straně toho, kdo má danému člověku poskytovat odbornou péči. Individuální diskurz, skrze který nahlíží na trans-identity člověk prožívající přeměnu genderové role, formuje určité požadavky, které pramení z jeho osobních potřeb. V tomto ohledu mě zajímá, v jakém vzájemném vztahu může být individuální diskurz trans-člověka a diskurz, prostřednictvím něhož nahlíží na téma transsexuality a transgenderu odborníci a odbornice. Proces přeměny tedy chápu jako určité vyjednávání mezi potřebami a přáními trans-lidí a mezi dostupnými možnostmi jejich naplnění.

Pro tento výzkum jsem jednoznačně zvolila kvalitativní přístup, který je schopen zachytit jedinečnost a kontextuálnost zkušenosti s fenoménem trans-identity. Paradigma, v němž se výzkum pohybuje, je pro mě těžko zařaditelné. Vzhledem k jeho dekonstruktivistickým tendencím by se mohlo nahlížení na téma jevit inspirované kritickou teorií, která nechápe realitu jako objektivně danou, ale jako sociálně konstruovanou (Guba, Lincoln 1994). Vzhledem k tomu, že je můj výzkum psychologicky orientovaný, přiklonila bych se spíše k fenomenologickému přístupu. Jak uvádí Miovský (2006) vše, co poznáváme, je zatížené naší zkušeností a naší vlastní představou o realitě. Jako výzkumnice nahlížím na téma trans-identit z hlediska, které rozhodně nelze označit za objektivní (dokonce ani „objektivní“). Jak během samotné realizace, tak během interpretace, jsem do výzkumu vnášela svou osobní zkušenost se vším, co se týká trans-

tématu. Do rozhovoru jsem se přesto snažila vstupovat s vědomím co nejotevřenějším dalším pohledům, které mi odpovědi participujících přinesou.

1.2 Cíl a výzkumné otázky

Výzkumné cíle jsou stanoveny vzhledem k dvouetapovému postupu. Jednak je cílem porozumět tomu, jak nahlížejí na proces přeměny genderové role odborníci/odbornice pracující s trans-lidmi a pojmenovat, jaké psychické fenomény do jejich vztahu s klienty vstupují. Cíl druhé části je směřován k porozumění zkušenosti s přeměnou genderové role z hlediska perspektivy toho, kdo jí sám prochází. Závěrečným cílem celého výzkumu je komparace diskurzů odborníků/odbornic a samotných trans-lidí z psychologického hlediska, tedy srovnání toho, jak chápou trans-identitu a přeměnu genderu (a těla) lékaři/lékařky a jak ji chápou trans-lidé.

Výzkumné otázky jsou formulovány takto pro první etapu výzkumu:

1/ Jak terapeut/terapeutka chápe a ovlivňuje samotnou přeměnu?

2/ Jaké psychické aspekty na straně terapeuta/terapeutky ovlivňují jeho/její přístup k procesu přeměny genderové role trans-lidí?

Pro druhou etapu zní výzkumné otázky takto:

1/ Jak prožívá a rozumí trans-člověk změně genderové role (a těla)?

2/ Jaké psychické aspekty na straně trans-člověka nejvýznamněji ovlivňují proces přeměny?

Poslední otázka sloužící ke komparaci obou částí výzkumu:

1/ V jakém vzájemném vztahu je lékařův/lékařčin postoj k procesu přeměny genderové role (a těla) a jeho prožívání a rozumění mu trans-lidmi?

1.3 Výběr participujících

Výzkum jsem se rozhodla realizovat se dvěma skupinami participujících. V první fázi jsem se zaměřila na odborníky a odbornice, kteří jsou pro lidi prožívající přeměnu genderové role dostupní a mohou jim nabídnout příslušnou péči. Jednalo se tedy o sexuology/sexuoložky a psychology/psycholožky. Výběr participujících pro první etapu probíhal tak, že jsem vyhledávala na internetu odborníky a odbornice pracující s trans-lidmi, případně sexuologická zařízení. Vytvářela jsem si seznam lidí, které jsem chtěla oslovit. Několikrát jsem získala kontakt nebo tip od svých známých.

Druhou skupinu představují trans-lidé s osobním zážitkem přeměny genderové role. Výběr participujících prošel několika změnami. V rámci finálního formulování cíle mé práce jsem dospěla k tomu, že bych se ráda zaměřila na trans-lidi, kteří opustili femininní roli směrem k té maskulinní. Z medicínského hlediska by se jednalo o FtM klienty[14]. K tomuto zúžení skupiny participujících jsem došla na základě několika zkušeností. Ještě před započetím samotného výzkumu jsem se setkávala s trans-lidmi v rámci různých queer akcí a prostřednictvím společných známých. Postupné poznávání pestrosti pojetí maskulinity a způsobů její prezentace mě velmi zaujalo. Osobně jsem se setkala s více lidmi vystupujícími v rámci maskulinního genderu, kteří jeho stereotypní podobu určitými způsoby překračovali, zatímco méně již bylo těch, kteří by se prezentovali ve femininním genderu a zároveň nesměřovali k jeho stereotypní podobě. Moji budoucí participující se také buď přímo angažovali v genderovém aktivismu, nebo se mnou spolupracovali na vzdělávacích akcích na téma genderových identit, či zkrátka narušovali tradičně chápaný genderový řád svou vlastní prezentací. Této individualizaci procesu přeměny genderové role jsem chtěla porozumět, proto jsem požádala tři z trans-lidí z mého okolí o účast na výzkumu.

Důležité pro cíl mého výzkumu bylo, aby měli participující zkušenost s přeměnou genderové role nejen jako osobního „projektu“, ale také jako lékařsky asistovaného procesu. Všichni z nich tedy jsou nebo byli v kontaktu s lékaři/lékařkami, kteří se určitým způsobem podílí nebo podíleli na přecházení z jedné genderové role do jiné.

[14] Jelikož výzkum neoperuje s terminologií ani nepodléhá myšlenkovému směru medicínského diskurzu, nebudu tento termín v dalším textu používat.

Pro zúžení výběru participujících jsem se finálně rozhodla až během probíhajících rozhovorů s odborníky a odbornicí, proto byl scénář rozhovoru v první etapě nespecifikován na otázky týkající se pouze trans-lidí prezentujících se v maskulinní roli.

1.4 Metody sběru dat

Sběr dat probíhal ve dvou hlavních etapách, z nichž každá se zaměřovala na specifickou skupinu participujících, avšak v obou případech byl jako hlavní metoda sběru dat použit rozhovor.

První etapa sběru dat začala již v březnu 2013, kdy jsem rozeslala dotazníky asi čtrnácti sexuologům/sexuoložkám a psychologům/psycholožkám. Navzdory opakovaným žádostem jsem obdržela pouze jeden vyplněný dotazník. Proto jsem se následně rozhodla využít namísto dotazníku rozhovory s odborným personálem. Celkem jsem provedla tři rozhovory, a to s jednou sexuoložkou, jedním sexuologem a jedním psychologem, pracujícím mimo klinickou oblast. Rozhovor s poradenským psychologem, poskytujícím privátní psychologickou poradnu zaměřenou na klientelu v rámci sexuálních menšin, jsem považovala za doplnění souboru, který představuje u nás dostupnou odbornou péči pro lidi řešící otázky související s trans-identitou.

Sběr dat z odborné oblasti probíhal metodou polostrukturovaných rozhovorů s odborníky a odbornicí. Předem jsem měla připravený scénář otázek, které se týkaly oblastí mého zájmu. Během rozhovoru jsem se držela otázek jakožto osnovy, přičemž jsem se snažila, aby každá otázka, ať již v menší úpravě, zazněla. V případě potřeby jsem pokládala doplňující otázky. Rozhovory, na nichž jsme se předem domluvili, probíhaly v pracovnách participujících a s informovaným ústním souhlasem byly nahrávány na diktafon. Každý rozhovor trval zhruba hodinu čistého času.

Připravený scénář otázek vypadal takto (průběžně byl přizpůsobován vývoji rozhovoru):

1) Uveďte, prosím, přibližně, s kolika klienty/kami řešícími svou případnou transsexualitu jste se ve své praxi setkal/a?

2) Přibližte, prosím, z jakých teoretických předpokladů týkajících se transsexuality (transgenderu) ve své odborné činnosti vycházíte.

3) Jak byste stručně popsal/a průběh diagnostického procesu při zvažování transsexuality?

4) Uveďte, prosím, na základě vlastních odborných zkušeností, jaké body diagnostického procesu považujete za stěžejní a proč.

5) Přibližte, prosím, možnosti terapie (léčba, psychoterapie atd.), kterou trans lidem poskytujete, doporučujete.

6) Jaké terapeutické postupy považujete na základě vlastních odborných zkušeností za nejúspěšnější a proč?

7) Přináší podle Vás práce s trans klienty/tkami nějaká specifická úskalí? Pokud ano, uveďte, prosím, příklad.

8) Jaký je Váš postoj k současným českým legislativním požadavkům souvisejícím s úřední změnou pohlaví?

9) Jaký je Váš názor na jiné právní pojetí přeměny pohlaví v zahraničí? (např. Velká Británie, Argentina a další).

10) Chtěl/a byste něco dodat?

Druhá etapa sběru dat probíhala během ledna a února 2014. V této části jsem se již zaměřila na zkušenosti samotných trans-lidí. Zvolenou metodou byl polostrukturovaný hloubkový rozhovor.

Kvale (1996) popisuje hloubkový rozhovor jako metodu, *„jejímž účelem je získat vylíčení žitého světa dotazovaného s respektem k interpretaci významu popsaných jevů“* (Kvale in Švaříček, Šeďová, 2010). V souladu s touto definicí sloužil hloubkový rozhovor s porozumění pohledu trans-lidí na jejich specifickou životní zkušenost. Jelikož měl hloubkový rozhovor polostrukturovanou formu, předem jsem si vytvořila seznam otázek. S osnovou otázek jsem pružně zacházela a jejich pořadí nemělo předem danou posloupnost. Některé otázky byly formulovány jinak, některé vynechány a další naopak přidány. V určitých chvílích byl rozhovor řízen přímo participujícími, takže jsme se věnovali také tématům, která sami přinesli.

Předpokladem pro realizaci hloubkových rozhovorů bylo navození základní bezpečné atmosféry, což podpořil fakt, že jsem měla s participujícími navázaný určitý osobní vztah. Pro rozhovor jsem si zvolila tři trans-lidi, se kterými jsem byla po delší dobu ve více či méně úzkém kontaktu. O možném rozhovoru v rámci mého výzkumu jsem s participujícími hovořila se zhruba ročním časovým předstihem. Rozhovory jsem poté realizovala v prostředí, které přinášelo dostatečné soukromí. Ve dvou případech se jednalo o můj byt, v jednom případě o vlastní byt participanta. Dva z rozhovorů trvaly více jak hodinu a půl čistého času, jeden rozhovor proběhl zhruba za hodinu. Rozhovory byly opět s informovaným ústním souhlasem nahrávány.

Během jednoho z rozhovorů nastala mimořádná otázka související s etikou výzkumu. Jeden z participujících mě požádal o to, aby přepis rozhovoru s ním nebyl součástí příloh diplomové práce. V průběhu rozhovoru jsme totiž otevřeli téma, které se ukázalo pro něj jako velice citlivé a stále traumatizující. O něm chtěl participující hovořit mimo záznam, přičemž souhlasil se zahrnutím obsahu sdělení do analýzy. Z důvodu maximalizace anonymity účastníka a zachování jeho pocitu bezpečí nebyl přepis daného rozhovoru k práci přiložen.

Původní orientační seznam otázek, který byl během rozhovoru s trans-lidmi průběžně přizpůsobován jeho vývoji, vypadal takto:

- Co považuješ v rámci svého životního příběhu za důležité? Můžeš uvést nějaké zásadní mezníky?
- Jaká je tvá identita? Kým se cítíš být?
- Jak se cítíš ve vztahu k tomu, co je mužské (maskulinní)/ ženské (femininní)? Kde vidíš své umístění v genderovém řádu?
- Jak vystupuješ ve společnosti. Jako koho by sis přál, aby tě lidé brali?
- Jsou rozdíly mezi tím, jak je pro tebe důležité, jakým způsobem tě vnímají blízcí lidé a široké okolí/veřejnost? A jaké?
- Co pro tebe znamená být transgender? Transsexuál?
- Kdy jsi do své identity zahrnul to, že jsi trans?
- Lze pro tvou sexualitu (ve smyslu sexuální orientace) nalézt nějaké pojmenování (verbální uchopení)?
- Co pro tebe znamená transsexualita jako lékařská diagnóza?
- S jakou odbornou podporou ses setkal a jaká pro tebe byla?

- Jak probíhala vyšetření?
- Chodil jsi na psychoterapii (jak dlouho trvala)?
- Jak je pro tebe z hlediska prožívání sebe samého důležité tvoje tělo?
- Rozhodl ses ke změnám svého těla? K jakým a proč?
- Jaké změny jsi prodělal a jaké zvažuješ do budoucna?
- Jak se stavíš k situaci transgender lidí (včetně transsexuálních) u nás, v ČR?
- Jak by měla vypadat ideální situace pro transgender lidi? (odborná podpora, legislativa, společenské vnímání…atd)
- Co by sis do budoucna přál?

1.5 Analýza dat

K analýze dat jsem přistupovala z hlediska realistického přístupu. Výpovědi participujících jsem považovala za popis vnitřních či vnějších zkušeností. Zároveň jsem ale zohledňovala to, že „realita“, o které participující hovoří, je ovlivněna kontextem a je neustále rekonstruována (Švaříček, Šeďová, 2010).

Stejně jako sběr dat, probíhala i analýza dat nejprve ve dvou etapách. První etapa se týkala analýzy rozhovorů s odborníky a odbornicí. V druhé etapě jsem realizovala analýzu rozhovorů s trans-lidmi. Poté, co jsem provedla zvlášť obě analýzy, jsem pracovala s interpretacemi obou skupin rozhovorů a hledala jejich vzájemný vztah.

V analýze obou sad rozhovorů bylo postupováno klasicky od kódování k interpretaci dat. Na počátku analýzy jsem pročítala přepisy rozhovorů a vytvářela si poznámky. Při dalším pročítání textu společně s poznámkami se začala objevovat témata. Na základě témat jsem z textu vytvářela nové segmenty, kterým jsem přidělovala kódy. Otevřené kódování jsem prováděla u všech rozhovorů metodou *papír a tužka* a kódy pojmenovávala *ad hoc.* Kódy jsem srovnávala napříč rozhovory v rámci každé sady zvlášť a vytvářela kategorie, které jsem pokládala v rámci jednotlivých textů do vzájemných vztahů. U každého jednotlivého rozhovoru jsem s kategoriemi pracovala pomocí *konstantní komparace* (Švaříček, Šeďová, 2010). Objevily se různé vztahy mezi kategoriemi, přičemž jsem z každé sady rozhovorů vygenerovala základní témata a jednotlivé kategorie.

1.5.1 Popis kategorií – rozhovory s odborníky/odbornicemi

Na straně terapeuta/terapeutky se objevily následující aspekty ovlivňující proces přeměny genderové role:

1. **Profesní identita**

Tato kategorie obnáší role participujících, které v rámci své profese zastávají a prostřednictvím nichž k procesu přeměny genderové role přistupují. Obnáší jak „objektivně" pojímanou identitu očima výzkumníka/výzkumnice, tak subjektivní sebepojetí participujících. Vzniká tak určitý obraz o participující osobě, který je pojmenován na základě převažujícího profesionálního přístupu k trans-lidem a k celému tématu trans-identit, na jehož základě poté sám/sama odborník/odbornice figuruje v procesu přeměny.

2. **Osobní pojetí odborného diskurzu**

V tomto případě je pojem diskurz postaven na základech Foucaultova (1969) pojetí. V této kategorii jde o vlastní rozumové zpracování vyššího systému pojmů a jejich významů, který se váže k tématu trans-identit. *Individuální diskurz* je formován osobní vnitřní zkušeností jedince s danými jevy, zatímco *odborný diskurz* je společensky uznávaný rámec uvažování o daném tématu. Odborník/odbornice se tedy nějakým způsobem staví k dominujícímu diskursu, skrze něhož na trans-téma nahlíží.

3. **Porozumění genderovému řádu**

Kategorie je zaměřena na reflexi genderového řádu v rámci naší kultury. Tradiční genderový řád je postaven na dichotomickém chápání kategorií muž a žena. Odborník/odbornice pracující s trans-lidmi se s otázkami týkajícími se atributů femininity a maskulinity, genderových rolí nebo stereotypů ve své praxi zákonitě setkává. Tato kategorie tematizuje, jak se participující vyrovnává s tradičním pojetím genderového řádu v rámci tématu trans-identit, které jej často přesahují.

4. Postoj k dalším diskursům

Pokud byl interpretován postoj participujících k jednomu stěžejnímu diskurzu chápajícího nějakým způsobem trans-identity, v této kategorii je pozornost upřena na vztah a postoj k dalším diskurzům a institucím, které mohou ovlivňovat přeměnu genderové role trans-lidí.

5. Nástroje odborné práce

V rámci obsahu odborné práce se jedná především o nástroje používané při samotné profesní činnosti odborníka/odbornice pracujícího s trans-lidmi. Zjednodušeně řečeno jde o to, co vlastně odborník/odbornice s klientem/klientkou dělá. Tato kategorie zahrnuje také průběh formálních setkání a jeho případný scénář.

6. Terapeutický vztah

Tato kategorie je pro svou obsáhlost rozdělena do tří subkategorií, které všechny představují faktory ovlivňující podobu a kvalitu vztahu mezi klientem/klientkou a odborníkem/odbornicí.

a) A/symetrie

Tato kategorie je zaměřena na podobu a způsob komunikace mezi odborníkem/odbornicí a trans-člověkem. Jedná se také o pozice, které ve vzájemném vztahu klient/klientka a participující zastávají a které v rámci tohoto vztahu různě distribuují moc.

b) Ne/důvěra

Otázka důvěry a nedůvěry je pojatá z hlediska toho, za jak „pravdivou“ a v procesu přeměny relevantní považuje participující klientovu/klientčinu výpověď. Obsahem této kategorie je tedy způsob, jakým se odborník/odbornice staví k informacím, které od klienta/klientky získá, včetně jeho vyjádřených přání a požadavků na určitý postup. Z části je kategorie věnována také tomu, jakým způsobem si získává odborník/odbornice klientovu/klientčinu důvěru v rámci terapeutického vztahu.

c) Zodpovědnost za důsledky rozhodnutí

Tato kategorie obsahuje postoj odborníka/odbornice k různým důsledkům rozhodnutí, která jsou v procesu přeměny učiněna. Pohled je upřen na to, zda někdo a případně kdo může podle participujících nést zodpovědnost za případná chybná rozhodnutí nebo jejich důsledky, které vedou k nepříznivým dopadům na život trans-člověka. Je také zkoumán způsob, s jakým se odborník/odbornice vyrovnává s případnou zodpovědností za průběh a výsledky procesu.

1.5.2 Popis kategorií – rozhovory s trans-lidmi

Na straně trans-lidí se objevily tyto aspekty ovlivňující proces přeměny genderové role, které jsou rozdělené do pěti tematických celků:

1. Trans-člověk a lékařský systém

a) Postoj k diagnóze „transsexulity“

Tato kategorie zrcadlí osobní postoj a ne/ztotožnění se s diagnostikovanou *poruchou pohlavní identity*. Přináší vhled do toho, jak sám trans-člověk rozumí transsexualitě jakožto diagnóze a jakým způsobem ji (racionálně) zpracovává.

b) Zkušenosti se sexuologickou péčí

Tato kategorie zahrnuje určitý příběh „jak jsem se dostal na sexuologii“ ve smyslu minulosti, ale také současný stav sexuologické péče, pokud je nějakým způsobem aktuální. Zahrnuje také obsah terapeutického procesu z pohledu trans-člověka, který jej zažíval.

c) Terapeutický vztah

Terapeutický vztah zahrnuje vzájemnou důvěru mezi klientem a terapeutem/terapeutkou a způsob, jakým trans-člověk vnímá vliv odborníka/odbornici na proces přeměny (rozhodování o změnách, korekce sebepojetí atd.).

2. Trans-člověk a jeho tělo

a) Vztah ke svému tělu

Pozornost je zaměřená na to, jak trans-člověk vnímá celkovou podobu svého těla a/nebo konkrétní tělesné atributy. Jedním aspektem této kategorie je také vývoj a případné proměny vztahu trans-člověka ke svému tělu v průběhu osobní historie.

b) Zdroje motivace ke změnám těla

Tato kategorie přímo nasedá na předešlou. Je ale zaměřená více na prodělávání konkrétních změn a motivaci k jejich podstoupení. Cílem je porozumění vzájemné souvislosti intrapsychických a sociálních motivů, které člověka vedou ke zvažování či realizaci proměny těla.

3. Trans-člověk a vztahy s lidmi

a) Hodnota sociálního přijetí

Jako podstatný aspekt ovlivňující proces přeměny se v analýze ukázalo sociální nastavení trans-člověka a důležitost, jakou přisuzuje odezvám z okolí. Otázkou je, jak se trans-člověk vyrovnává s přijetím či nepřijetím sebe samého v rámci blízkých vztahů i v širší společnosti.

b) Partnerství a sexualita

Specifickou oblastí v mezilidských vztazích se jeví partnerství a s ním spojená sexualita. V této kategorii je pozornost věnována tomu, jak souvisí navazování partnerských vztahů s trans-identitou a přeměnou genderu a/nebo těla.

4. Trans-člověk a genderový řád

a) Reflexe genderového řádu

Zde je záměrem porozumět tomu, na jaké úrovni trans-člověk vnímá působení genderového řádu a zda je toto vnímání ovlivněno vlastní zkušeností s překračováním genderových norem.

b) Způsoby performování genderové identity

Tato kategorie přináší interpretaci prostředků, skrze něž trans-člověk vyjadřuje svou genderovou identitu v rámci sociální prezentace a jak využívá genderových významů konkrétních atributů.

5. Trans-člověk a legislativa

a) Postoj k legislativním podmínkám souvisejícím s přeměnou *pohlaví*

Poslední kategorie je věnována postoji trans-člověka ke stávajícímu českému právnímu systému, jež stanovuje podmínky pro přeměnu *pohlaví* nebo jiným způsobem ovlivňuje zvažování kroků v rámci procesu přeměny.

2. Interpretace rozhovorů

2.1 Rozhovory s odborníky/odbornicemi

2.1.1 Lékařka

Lékařka[15] působí v rámci psychiatrické kliniky ve velkém moravském městě. V sedmdesátých letech dokončila studium všeobecného lékařství. Má za sebou dlouholetou praxi v oboru sexuologie setkala ses desítkami trans-klientů a trans-klientek. Byla součástí odborné komise pro schvalování chirurgické konverze pohlaví v rámci nemocnice. Kromě práce psychiatričky a sexuoložky vyučuje studující na univerzitě.

Aspekty na straně lékařky ovlivňující proces přeměny genderové role:

1. **Profesní identita**

„Učitelka – průvodkyně životem“

Lékařka figuruje v rámci procesu přeměny v pozici, která by se dala přirovnat k roli učitelky ve škole. Opakovaně hovoří o takovém jednání s klientem/klientkou[16], které má formu vyučování, vysvětlování, doporučování a hodnocení.

Těžké je to tam oddávkovat ty hormony a naučit toho člověka, aby se zařadil do života v tom opačném pohlaví.

Klient/klientka se tak ocitá v pozici žáka/žákyně, v podstatě dítěte, které je ztracené a potřebuje dospělým ukázat jasný směr.

My jsme takoví průvodci tím jejich životem.

Lékařka stejně tak jako učitelka si uvědomuje, že je součástí širšího profesionálního kolektivu, což se objevuje také v častém používání první osoby množného čísla („my“).

Učíme je, aby se naučili vystupovat v té opačné roli.

[15] Jméno lékařky anonymizované
[16] Používám souhrnně termín „klient/klientka“ i přesto, že v rozhovorech se objevuje termín „pacient/pacientka“. Případné používání pojmu „pacient/pacientka“ zahrnuji do analýzy.

Ke kolektivu svých spolupracovníků a spolupracovnic (jakoby „pedagogický sbor“) je silně navázána v rámci formulování a hodnocení terapeutických postupů, zejména pokud jde o zásadní rozhodnutí v rámci přeměny.

To se nám líbilo, to jsme hodnotili, to jsme tu dotyčnou osobu velmi psychicky podporovali.

Takže my tady nejradši bychom se všichni sešli a mezi sebou se poradili, jak se bude co operovat, v jakém pořadí.

Jako „učitelka“, která si silně uvědomuje, že není matkou studujících a ve vztahu k nim má profesně svázané možnosti zasahovat do jejich života, vymezuje se vůči přesahu vlastní profesionální role k té rodičovské.

Protože někdy ho zavrhne rodina, ty operace jsou strašně těžké a náročné a když nemá žádnou podporu, kdo ho tím provede, tak to je špatné. My ty rodiče suplovat nemůžeme.

2. Osobní pojetí odborného diskurzu

Jakožto atestovaná sexuoložka vychází ve své práci z medicínského (potažmo sexuologického) diskurzu. O transsexualitě uvažuje primárně jako o lékařské diagnóze. V souladu s MKN-10 uplatňuje popsané diagnostické postupy a plně respektuje standardy, které byly vypracovány v rámci zařízení, kde působí. Souhlasí s medicínským pojetím etiologie transsexuality jakožto vrozené poruchy, která vznikla v důsledku určitého formování mozkových center v prenatálním stadiu vývoje.

Její vlastní odborný diskurz, skrze něhož formuluje své postoje k transsexualitě, je v souladu s obecně platným diskursem medicíny. Připouští ovšem určitou individualitu postojů v souvislosti s osobností odborníka/odbornice a jejich vlastních zkušeností.

Medicína by se na to dívala podle toho, jak je každý zaměřený, v čem vyrostl, jaké má osobní postoje.

Ve sděleních lékařky se objevuje vnitřní rozpor. Na jedné straně stojí loajalita vůči medicínskému a právnímu diskurzu a na straně druhé prosakuje osobní postoj, který není ve všem zcela v souladu s tím profesionálním.

3. Porozumění genderovému řádu

Přináležitost k sexuologickému diskurzu, která se projevuje naturalizací genderové diference, je v souladu s jejím pojetím genderového řádu. Operuje s pojmem „opačné pohlaví“, čímž dokládá dichotomii chápání kategorií muž-žena. Navíc zahrnuje pod pojem „pohlaví“ kromě tělesných znaků také sociální význam (tedy význam slova „gender“).

Mně to přijde trochu divné, když má děti jako osoba jednoho pohlaví a vystupuje jako druhé pohlaví.

V lékařině způsobu chápání genderového řádu je dále patrná heteronormativní optika. Předpokládá, že její klienti a klientky budou heterosexuální orientace. Heteronormativita se objevuje zejména, když hovoří obecně o partnerství trans-lidí.

Dnes už se spíš přikláníme k tomu, že ti female to male více jim záleží na těch pohlavních orgánech, že oni chtějí víc uspokojit partnerku.

…Kdežto male to female jsou víc osamocený (…) Ono je i těžký si pro ty ženský najít si partnera.

Genderovou identitu[17] chápe jako vrozenou a se silnou vazbou na tělo jedince. Na klienty/klientky, kteří nepožadují tělesné změny, které by vedly k tradičnímu souladu s jejich vlastní genderovou identitou, nahlíží jako na cross-dressery. Neakceptuje tedy „pravost“ jejich genderové identity.

Ti, kteří nechtějí změnit operativně pohlaví a jenom vystupují v opačné roli, než se narodili, tak to jsou spíš transvestité.

Navíc nahlíží na úspěšnost přeměny skrze to, jak je „výsledná“ podoba trans-člověka korespondující se stereotypním obrazem muže nebo ženy.

Mysleli jsme, jak je pěkné ze škaredého chlapa udělat krásnou ženskou (…) strašně krásná ženská, jako modelka.

[17] V medicínském diskurzu nemá pojem „genderová identita“ uplatnění, je tedy používán pojem „pohlavní identita“. V textu bude nadále používán pojem „genderová identita“, který bude interpretován v souvislosti s daným diskurzem (v případě medicíny tedy nahradí pojem „pohlavní identita“).

Na vzhled je vázán i jazyk. Rod v řeči používá sice s ohledem na vnitřní nastavení klientů/klientek, na základě stereotypního vnímání genderu však prožívá vnitřní konflikt mezi přizpůsobením jazyka a vlastní představou o vnějších atributech náležících k té které genderové roli.

Oslovujeme je v mužském rodě, když si to přejí. No, a pokud už vypadají jako to preferované pohlaví, tak to už se člověk neplete, to už je jednodušší.

Tradiční genderový řád ve svém nahlížení na trans-lidi nejen reprodukuje, ale také produkuje tím, že své klienty a klientky vychovává k očekávanému naplňování genderových rolí. Zde se opět objevuje učitelský aspekt.

Učíme je, aby se naučili vystupovat v té opačné roli. Oblékat se tak, říkat si v jiném rodě, to je pro ně dost obtížné, aby na to připravili okolí.

Překročení genderového řádu vnímá jako selhání kontroly (není zcela jasné, zda legislativní či lékařské). Takto reaguje na zahraniční případ, kdy byl muž těhotný.

To se nemělo dovolit těmto osobám.

Tendence ke stereotypnímu nahlížení na genderový řád a jeho potvrzování skrze vedení svých klientů a klientek k tradičnímu plnění jejich požadovaných genderových rolí vede ke specifickému postoji vůči trans-lidem, kteří trvale žijí v genderové roli, jež je v souladu s jejich vnitřní identitou, ale odmítají tělesné zákroky vedoucí ke změně pohlavních orgánů. Tito klienti/klientky nejsou podle lékařky „opravdoví transsexuálové“ a objevuje se tendence vytlačovat je z medicínské oblasti.

Ti praví transsexuálové, oni to svoje tělo nenávidí a dělají všechno proto, aby se to změnilo.

V tomto případě bude spočívat péče o takového člověka v podpoře dosavadního způsobu života, nicméně jeho zakázka může být bagatelizována na „hraní si na někoho“ a může mu být odmítnuta hormonální terapie.

To jsou prostě lidi, které to baví, je vidět, že se radují, že jim je v tom dobře (...) My jim vysvětlíme, že si můžou dělat, že společnost je tolerantní, že můžou vystupovat jako někdo jiný.

Tam jsme s těmi hormony opatrní, než je nasadíme. Takovému pacientovi konkrétně asi moc ne.

4. Postoj k dalším diskurzům

Lékařka byla dříve členkou odborné komise při nemocnici, která rozhodovala o případné operativní změně pohlavních orgánů. S takovou rolí byla spokojená a nová úprava občanského zákoníku rušící tyto „lokální komise" a zavádějící odborné komise ministerstvem zdravotnictví se jí značně nelíbí. Jak vyplyne z dalšího textu, právní diskurz považuje za autoritu a v případě souladu jeho postojů s postoji zdravotnictví jej využívá k podpoření takových stanovisek. Ovšem v tomto případě přebraly právní instituce kontrolu nad něčím, co lékařka považuje za medicínskou záležitost, takže váhu legislativních opatření snižuje. Navíc je patrná ztráta kontroly nad celým procesem přeměny vlastního klienta/klientky a s ní spojená nespokojenost. Může se ale také jednat o kritický postoj k rozhodování o člověku bez předcházejícího osobního a dlouhodobého kontaktu.

(o odborných komisích)*A teď jsou ty na ministerstvu. Jezdí tam naše paní primářka a ta to nehodnotí moc jako zodpovědnou práci, protože podle předpisů tam o tom pacientovi nesmí rozhodovat jeho ošetřující lékař. Takže my tady nejradši bychom se všichni sešli a mezi sebou se poradili, jak se bude co operovat, v jakém pořadí. Že ten dotyčný, který tu práci dělá, že toho člověka viděl.*

V jedné otázce je ale s právním diskurzem zcela ztotožněná. Odstranění reprodukčních funkcí považuje za samozřejmou podmínku při úřední změně *pohlaví*.

L: Oni se s tím musí smířit, že prostě vlastní děti mít nebudou. To nařizuje zákon.
T: A jaký je váš osobní postoj teda, že člověk je zákonem vedený k té sterilizaci, aby mohl úředně být uznán tím pohlavím, kterým se cítí být?
L: Když chce někdo být novým pohlavím, tak by se neměl množit v tom pohlaví původním. To jako s tím bych souhlasila. Oni jsou schopní si i adopce zajistit, pokud mají dobré...

Tady těm female to male dávají přednost ženy, které už mají děti, které se v životě s nějakým chlapem spálily a tito transsexuálové jsou k nim hodnější. Jsou tam harmonické svazky.

Zákonné normy používá k legitimizaci svého odborného postoje, který dále ospravedlňuje poukázáním na alternativní možnosti, jak by mohli trans-lidé vychovávat dítě, přičemž používá zobecňující tvrzení o výhodách spojení trans-klientů a zklamaných žen. Český právní systém požadující sterilizaci obhajuje také tím, že na rozdíl od zahraničí je léčba společně se zákroky hrazena z veřejného zdravotního pojištění. O zahraničních modelech, ve kterých jsou procedury také dotovány z veřejných zdrojů, nejspíše neví.

Naproti lékařskému profesionálnímu a striktnímu postoji prosakuje její osobní postoj, který je výrazně benevolentnější *(„Mně by to nevadilo.“)*. Dokonce se vymezuje vůči konzervativním postojům společnosti a církve.

T: Takže, kdyby byl u nás takovýhle návrh, že bude možné úředně měnit pohlaví bez ohledu na to, jestli ten člověk podstoupí nějakou léčbu, nemusí třeba ani užívat hormony, stačí, když by třeba jen žil v té roli. Tak co byste na to řekla?
L: Mně by to nevadilo. Myslím, že řada lidí by to uvítala. Ale určitě by byl proti tomu velký odpor. Jak je odpor proti těm registrovaným partnerstvím homosexuálů a k výchově dětí.
T: Ze strany koho by byl ten odpor?
L: No, ten odpor... Tak naše společnost je celá taková, velice konzervativní a myslím, že by byl velký odpor ze strany církve.

Tento nesoulad poukazuje na jednoznačnost a autoritativní postavení sexuologického, potažmo medicínského diskurzu, pod jehož vlivem lékařka je, a jehož odborné postoje při své práci následuje i v případě, že nekorespondují s jejími osobními názory na dané téma.

5. Nástroje odborné práce

Odborná práce při přeměně genderové role trans-člověka by se dala rozdělit do dvou základních oblastí, které se vzájemně prolínají – a sice diagnostika a terapie.[18]

[18] Pojem „terapie“ je využíván v rámci sexuologického diskurzu ve smyslu jak farmakoterapie, tak psychoterapie.

Na počátku procesu probíhá sexuologické vyšetření, které sestává z rozhovoru a tělesného vyšetření. Cílem diagnostického rozhovoru je zjistit názory a postoje pacienta a vyloučit kontraindikace. Cílem tělesného vyšetření je posoudit tělesnou stavbu a vzhled původních pohlavních orgánů a také vzít v úvahu specifika postavy pro případné operativní zákroky (např. rizika spojená s mastektomií objemnějších prsou). Další metodou, která se v rámci diagnostického postupu uplatňuje je falopletismografie. Její cílem je zjistit vzrušivost a sexuální preferenci. Lékařce toto vyšetření napoví tak, že jej srovná s „typickým výsledkem".

Oni nejsou nějak zvlášť vzrušivý.

Doplňujícími vyšetřeními, která provádí jiní odborníci a odbornice v rámci daného zařízení jsou vyšetření genetické, endokrinologické a psychologické, v rámci posledně jmenovaného je jednou z metod analýza kresby lidské postavy.

Z analýzy rozhovoru je patrné, že je lékařka ve svém odborném názoru silně navázána na klasifikovaná diagnostická kritéria, která v případě, že nejsou dostatečně splněna, vytváří nejistotu. Například pro rozlišení transsexuality a transvestitismu uvádí jako stěžejní rozdíl touhu po operativní přeměně pohlaví. Nicméně i u klientů/klientek, které považuje za transsexuální, si „diagnostickou jistotu" vytváří pomocí programového kladení překážek a sledování vývoje motivace trans-člověka. Člověk tedy musí překonat určování podmínek dalších vyšetření, prodlužování intervalů mezi terapeutickými kroky a odkládání komisí. V ověřování si pravosti motivace klienta/klientky se objevuje také téma osobní odpovědnosti na straně lékaře/lékařky, které je dále zmíněné v kapitole „Zodpovědnost za důsledky rozhodnutí".

V rámci toho testu, té diagnostické jistoty, abychom si ověřili, že to myslí opravdu vážně, že je to opravdu transsexuál, že toho nebude litovat, že mu neublížíme.

Samotná terapie se prolíná s diagnostickou fází a je zaměřená na to, aby se člověk naučil „správně" fungovat v kýžené genderové roli, později na započetí hormonální léčby a ve finále může lékařka poskytnout doporučení k operativní přeměně pohlaví. Lékařka

považuje za cíl dosažení pohlavních orgánů náležících k genderové identitě. Plasticky vytvořený neopenis vidí jako funkční řešení.

Ta operace, že je tam možný náznak erekce a pohybu penisu.

Značná část terapie je věnovaná zjišťování, jak se člověku daří v rámci „real life" testu. Aktivita je tedy na straně klienta-klientky, který/která musí začít vystupovat v dané roli a pokud možno ji naplňovat co nejvíce tradičním způsobem, lékařka pak posuzuje úspěšnost a odhodlání trans-člověka k podstupování dalších změn v rámci tradičního scénáře procesu přeměny.

6. Terapeutický vztah

a) A/symetrie

Terapeutický vztah se ukazuje jako významný aspekt procesu přeměny genderové role, který ovlivňuje všechny předem popsané oblasti.

Lékařka používá pojem *„pacient"* v jeho generické maskulinní formě. Toto označení lze chápat jako výraz asymetrie, kdy je trans-člověk ve vztahu k lékaři/lékařce nahlížen jako nemocný-bezmocný člověk, zatímco odborník/odbornice jako někdo nápomocný-mocný.

Lékařka pod vlivem elitního postavení medicíny uvažuje o svých kompetencích, jakoby přesahovaly kompetence samotných klientů/klientek. Své profesionální schopnosti a legitimitu vlastních postupů ještě podporuje identifikací se skupinou svých kolegů a kolegyň. Jak jsem již uváděla dříve, v její výpovědi převládá první osoba množného čísla.

My je provádíme, povzbuzujeme a zároveň testujeme, jestli to myslí vážně.

My bychom chtěli, aby byl sociálně ten člověk ukotvený.

Klient/klientka je postaven/a mimo možnosti volby (pokud nepovažujeme za možnost proces opustit), jelikož se setkává pouze s požadavky, které musí plnit, aby mohl sám/sama požadovat další postupy. Na počátku je vystaven vyšetření falopletismografem, které se běžně využívá při posuzování deviantních forem sexuálního chování jako je sadismus apod.

Lékařka se v rámci terapeutického vztahu snaží o respektující postoj ke klientovi/klientce používáním jazyka v gramatickém rodě, který mu/jí vyhovuje. Objevuje se také určitá tendence k ospravedlňování vlastních postupů stylem „my to s nimi myslíme dobře“. Zároveň má lékařka pocit, že je potenciální obětí klientova/klientčina nátlaku. Několikrát zmiňuje tlak na urychlení přeměny a nepříjemné reakce po nesplnění těchto požadavků. „Dobrý záměr“ a jeho současné nedocenění může odkazovat k určité profesní nejistotě, ale také k asymetrii ve smyslu, kdo zde má pravdu.

A oni na nás tlačí a spěchají a chtějí, aby ta změna proběhla hned. A to se jim nelíbí. Za to nám docela nadávají.

b) Ne/důvěra

Téma testování již bylo zmíněno. Nyní jej uvádím v souvislosti s aspektem důvěry či nedůvěry v rámci terapeutického vztahu. Z lékařčiných postojů vyplývá, že „pravdivost“ klientovy/klientčiny výpovědi a přesvědčení musí být ověřeny. Lékařka rozpracovává možné důvody toho, proč nelze vždy důvěřovat v subjektivní výpověď trans-člověka a je tedy nutné podrobit ho zkouškám.

Jedním ze zdrojů nedůvěry je podezření, že by se mohlo jednat o člověka s poruchou osobnosti, což je v medicínském pojetí kontraindikace pro započetí přeměny.

Na světě je spousta lidí, kteří mají tak strukturovanou osobnost, že si myslí, že by bylo zajímavé prožít pár let v jednom pohlaví a pak to vrátit zpátky.

Další překážkou je, pokud by trans-člověka k přeměně motivovala potřeba vyřešit „jiné problémy“.

Pak jsou lidé, kteří si myslí, že by změnou pohlaví vyřešili svoje problémy snadněji než v té práci, líp se zařadili do společnosti.

Může se také klientovu/klientčinu motivaci jednat o snahu předefinovat homosexuální pár na heterosexuální z důvodu církevních dogmat.

Lékařka při shledání některého z těchto motivů určí, že se nejedná o transsexualismus a tím pádem jej nemůže standardně „léčit“.

Značná nedůvěra se objevuje v případě, kdy klient/klientka odmítá operativní změnu pohlaví a mohlo by se tedy z jejího hlediska jednat spíše o člověka s transvestitismem než o „pravého transsexuála“. Důsledek této nedůvěry je silná „opatrnost“ v indikaci další léčby, nutnost poradit se v týmu a případné odmítnutí obvyklých postupů léčby.

c) Zodpovědnost za důsledky rozhodnutí

V rámci asymetrického terapeutického vztahu je vyjednávána také zodpovědnost za důsledky daných postupů. Případ, kdy klient/klienta není po operativní přeměně spokojený/spokojená považuje lékařka za výjimku, přičemž je možné stanovit možné příčiny takové „nepovedené přeměny“.

1) Zodpovědnost na straně lékaře je přenesena na somatického lékaře, který je zároveň omlouván náročností zákroku, který podle participantky označují sami somatičtí lékaři za *mrzačení zdravého těla.*

Korektivní operace, všecky jsou rizikový.

2) Zodpovědnost může být také na straně klienta/klientky, jež vyvíjejí tlak na uspíšení procesu.

Chtějí, aby ta změna proběhla hned.

3) Vždy existují i určité vnější vlivy, které se nedají předem určit.

Ono to musí být tzv. povedená přeměna, to si musí s tím člověkem sednout.

U lékařky je ovšem patrný určitý strach z vlastní zodpovědnosti za případné „chyby“. Tento strach má tendenci eliminovat neustálým ověřováním si odhodlání trans-člověka podstupovat nevratné změny.

V rámci toho testu, té diagnostické jistoty, abychom si ověřili, že to myslí opravdu vážně, že je to opravdu transsexuál, že toho nebude litovat, že mu neublížíme.

2.1.2 Lékař

Lékař[19] působí na sexuologickém oddělení ve velkém městě. V oblasti sexuologie je profesně ukotven téměř čtyřicet let. Pracoval s několika desítkami trans-lidí. Vzdělává lékaře/lékařky v oboru sexuologie.

Aspekty na straně lékaře ovlivňující proces přeměny genderové role:

1. **Profesní identita**

„Lékař – profesionál“

Lékařova profesní identita je založena především na silném pocitu přináležitosti k medicínskému oboru. Opakovaně a otevřeně deklaruje svoji profesní identitu tím, že sám připomíná, kým je. Často se tedy v jeho výpovědích objevuje spojení slov *já* a *lékař*.

To já jako lékař prostě odmítám.

Svou lékařskou identitu prokazuje kromě identifikace s medicínským diskurzem také vymezením se vůči jiným oborům nebo profesím, které považuje v pomyslné hierarchii za méně prestižní. A to i v rámci vlastního oboru.

Já jsem lékař, ne nějaký agent nevládní organizace, který bojuje bůhví za co. Já to vidím jako zdravotní problém.

Jestli vám někdo změní pohlaví jenom proto, že o vás nějaký obvodní psychiatr napíše, že jste mužský, tak to já považuju za nesmysl.

Používání argumentu „já jako lékař“ a jeho variant se objevuje v situacích, kdy participující poukazuje na nějaký svůj postoj a neuvádí pro něj žádný konkrétní argument. Jako by nosnost myšlence dával samotný fakt, že je v souladu s medicínským způsobem uvažování. Participant se zároveň důrazně hlásí k medicínské obci ve chvíli, kdy je

[19] Jméno lékaře anonymizované

zásadním způsobem překročen medicínský diskurz a nastává situace, která by si žádala zcela nový způsob nahlížení mimo rámec sexuologické optiky.

Ale já nikdy neorazítkuji, že je to mužský, když to má dělohu a vaječníky. To já jako lékař prostě odmítám. To, ať si řeší někdo jiný. Jestli to politikům za to stojí, tak ať si to řeší. Já bych to jako lékař nedovolil. Mně se to vysloveně nelíbí. Mně se to zdá naprosto nesmyslné. To je zdravotnický, profesionální postoj. To neberte jako, že se (jméno participanta) *zbláznil. To prostě takhle je.*

Oblast trans-identit vnímá jako téma, které pokrokově uchopila až sexuologie a díky tomuto „zproblematizování" je možné poskytovat dostupnou a státem hrazenou péči. Opět je patrná silná přináležitost k lékařské komunitě.

Péče o transsexuální osoby považujeme za důležitý výdobytek moderní sexuologie. Protože to nebylo, že? My jsme prosadili, že je to chápáno jako porucha, která vyžaduje chirurgickou, taky hormonální léčbu, že jo, a léčbu, která je hrazena ze zdravotního pojištění.

2. Osobní pojetí odborného diskurzu

Ve svém postoji k tématu trans-identit následuje odborné postoje medicíny, potažmo sexuologie. Je přesvědčen o vrozenosti „pohlavní identity" jako o vědeckém faktu.

T: A to ještě možná souvisí s tím, teda vy vycházíte z teorie, nebo kdybychom to zařadili do nějakého diskursu, tak samozřejmě medicínský, tak vy vycházíte z toho, že genderová, pohlavní identita se utváří v mezimozku v období prenatálního vývoje?
L: A vy ne?
T: Já to asi ještě nemám ujasněné.
L: Tak si to ujasněte. Vycházím. Ano, je to programováno před narozením. Naprosto jednoznačně. Je to vědecky dokázané. Není vědecky dokázaný opak.

Tak jako uvedl participant v předešlém výroku, medicínské postoje popisuje jako vědecké. Odvolává se také na standardy mezinárodní společnosti zabývající se péčí o trans-lidi.[20]

Podívejte se na postoje mezinárodní společnosti Harryho Benjamina. Já myslím, že v tomhle nejsem nějak úplně mimo.

Jako lékař je pochopitelně přesvědčen o tom, že medicínské pojetí trans-identit je nutné zachovat a udržet v mantinelech zájmu lékařské vědy.

Je potřeba držet ten transsexuální fenomén jako lékařský problém.

Mít trans-lidi pod kontrolou medicínského diskurzu je v participantově pojetí přínosné především pro samotné trans-lidi, kterým to zaručuje profesionální péči.

(navazuje na předchozí citaci) *Je to pro ty pacienty komfortnější, pro ty lidi. Protože jakmile to dostanete z medicíny, tak je to potom takový problém, že oni lítají mezi kosmetickými chirurgy a nějakými šarlatány, kteří do nich cpou nějaké hormony. Nikdo to nedozoruje pořádně. Tak to já myslím, že není jako moc v zájmu těch lidí.*

V rámci své lékařské „hrdosti" participant otevřeně poukazuje na to, že pokud by se měly postupy při léčbě trans-lidí vymykat standardním sexuologickým postupům, nejednalo by se již o medicínské téma, a člověk s požadavky neslučujícími se s tradičním medicínským postojem by byl vyloučen z jeho lékařské péče. Jedná se zejména o případy, které nenásledují dichotomický pohled na gender, a tím nekorespondují s medicínským přístupem, který zdůrazňuje tělo (pohlavní gonády) jako identifikační nástroj k určení genderové příslušnosti.

(navazuje na hypotetickou situaci, kdy by trans-člověk stál o úřední změnu pohlaví, aniž by podstoupil chirurgický zákrok odstranění pohlavních gonád) *Potom nepotřebujete*

[20] The World Professional Association for Transgender Health (WPATH), známá také jako Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association (HBIGDA). Z výpovědi není jasné, zda má na mysli 6. nebo 7. revizi, které se postojově značně liší.

doktory. Pak se deklarujete, my vám to potvrdíme, že se tak cítíte a sbohem. Nemám důvod o vás pečovat jakkoli. To potom není zdravotnický problém.

3. Porozumění genderovému řádu

V souladu s vlastním individuálním diskurzem, který se v otázkách trans-identit ztotožňuje s obecným medicínským paradigmatem, chápe lékař genderový řád tradičním způsobem. Lidi dichotomně rozlišuje na kategorie muž-žena, přičemž v rámci biologicko-esencialistického konceptu uvažuje o „pohlavní identitě" jako o vrozené, biologicky dané a podmíněné vývojem lokalizovatelného mozkového centra.

„Správné pohlaví" je poté objektivně (nikoli subjektivně) identifikovatelné na základě viditelných vzhledových atributů člověka.

Ale přece pohlaví není volba svobodná toho člověka.

Pohlaví stejně posuzujete podle toho, jak kdo vypadá, že jo.

„Pohlavní" danost a jeho vázanost na existenci dvou typů pohlavních žláz dokládá i lékařův výrok o hypotetickém klientovi, který se identifikuje s maskulinní genderovou rolí, ale stále má ponechané ženské pohlavní orgány (dělohu a vaječníky).

T: Tím myslíte, že nechodí na pravidelné gynekologické prohlídky?
L: A jak může chodit, když je mužský? No, on nebude nikdy mužský, ale já mluvím o tom, že to je podmínka té definitivní matriční změny pohlaví, rozumíte mně?

Zajímavé je, že i přes tvrzení, že „pohlaví" není svobodná volba a odmítání toho, že by si žena ponechala mužské pohlavní orgány, lékař připouští možnost, že se někdo identifikuje s danou genderovou identitou, aniž by toužil po těle, které s ní koresponduje (i když takového člověka ze své péče vyjímá).

Potom nepotřebujete doktory. Pak se deklarujete, my vám to potvrdíme, že se tak cítíte a sbohem.

Nabízí se otázka, zda lékař rozlišuje pohlavní a genderovou identitu (nebo významy pojmů „pohlaví“ a „gender“). Předpoklad, že skutečně uvažuje o pohlavní a genderové identitě odděleně, nelze vzhledem k absenci tohoto tématu v rozhovoru vyčíst.

O genderu uvažuje jako o dvou legitimních kategoriích žena-muž s tím, že role překračující běžnou dichotomii je pouze *mezi*-etapa. Trans-lidé prezentující se v souladu s genderovou identitou, kteří nepodstoupí operativní změny těla, podle lékaře nemají vlastní legitimní genderovou roli a nachází se uprostřed procesu, který směřuje k jedné či druhé genderové kategorii. Podle lékaře se tedy nemůže jednat o konečné řešení trans „problému“.

Podívejte, ta změna pohlaví nemusí nikdy dostoupit toho matričního vrcholu a řada lidí zůstane v nějaké mezi-etapě.

Vytváří jim to takový falešný pocit, že to vyřešili, a nevyřešili nic.

Zároveň se ostře vymezuje proti nesouladu těla, respektive podoby pohlavních žláz, a genderové identity ve smyslu její právní legitimizace. „Vážné“ překročení tradičního obsahu genderové role jej znepokojuje. Z následujícího výroku je patrná také možná obava o náplň maskulinity a její splynutí se zásadním aspektem femininity, čímž je v tomto případě schopnost porodit dítě.

Mně je úplně jedno, kdo vedle mě sedí, pohlaví stejně posuzujete podle toho, jak kdo vypadá, že jo. Ale aby mně teda nějaký chlap s koulema říkal, že je ženská a porodí dítě, nebo já nevím, co bude říkat taková ženská.

Tento výrok ilustruje také obtíže při používání jazyka, které se ve verbalizování otázek trans-identit u lékaře objevují. Několikrát si neví rady, jak daného člověka pojmově uchopit (zda je to muž nebo žena). Jednou hovoří o *pohlaví* člověka na základě pohlavních žláz, jindy podle vlastní genderové identifikace.

L: No, tak my tradičně máme víc transsexuálů female to male, než těch opačných, takže podle toho jak to pohlaví charakterizujete. Oni jsou to vlastně klientky v tom finálním pohlaví.
T: Female to male jsou klienti.
L: Jo, female to male, takže vy chcete to finální. Dobře, takže jsou to klienti, chcete-li.

V situaci, kdy hovoří o člověku, u něhož nekoresponduje gender s pohlavními orgány, není schopen zvolit mužský nebo ženský gramatický rod, a v zápalu emocí používá zástupný střední rod („to“).

*Já nikdy neorazítkuju, že je to mužský, když **to** má dělohu a vaječníky. To já jako lékař prostě odmítám.*

Vlastní lékařovo porozumění genderovému řádu je tedy výrazně ovlivněno medicínským diskurzem. Osobní pojetí splývá s tím odborným, což je patrné zejména v situacích, kdy se jedná o otázky určité genderové nekonformity a zpochybnění stereotypních genderových schémat.

4. Postoj k dalším diskursům

Lékař se hlásí k právnímu diskurzu v otázce změny *úředního pohlaví*. Ve svém pojetí ovšem vnímá původ legislativních předpisů v medicíně, a také používá k jejich ospravedlnění lékařské argumenty.

Tak chirurgický výkon je nezbytný k matriční změně pohlaví. Protože minimálně musíme odstranit nepříslušné pohlavní žlázy, abychom mohli hormonálně léčit.

Obsah zákonných norem týkajících se trans-lidí dokonce považuje za výtvor medicíny, kde opět sám figuruje jako zástupce medicínského diskurzu.

*Ale když už se rozhodnou úplně změnit pohlaví a mít občanku, že jsou muži nebo ženy, no tak pak je ta minimální chirurgie nezbytná, to je pravda. Ale to já myslím, že je medicínský názor, kde prostě právníci jenom sledují **naše** odborné postoje.*

V rámci otázky hranic medicínského diskurzu se v lékařových výpovědích objevil zajímavý mechanismus. V rozhovoru jsme se dostali k tématu odlišného pojetí trans-identit v zahraničních modelech. V situaci, kdy jsme hovořili o modelu, kde je z hlediska právního diskurzu možné úředně změnit *pohlaví* bez požadavků na chirurgické odstranění reprodukčních orgánů, se u participanta projevila tendence distancovat toto téma od medicíny. V podstatě připouští, že trans-lidé nemusí být pojednáváni pouze medicínou.

T: A jak jste to myslel, že je ten člověk zdravý? Že chce jen hormony a zároveň je zdravý?
L: No, to je přece ta myšlenka, že jim nic není, že se jenom deklarují v opačném pohlaví.
T: Že to tedy není diagnóza?
L: Že to není zdravotní problém. Je to jenom problém toho pasu. Tam se dá razítko opačné a je vystaráno.
T: A když to je diagnóza porucha pohlavní identity, tak jaký je rozdíl, že chce ten člověk hormony a chtěl by úřední změnu pohlaví?
L: Proč by zdravý člověk měl užívat hormony? Mně řekněte.

Opět se však objevuje nárok na to, aby bylo trans-téma v područí medicíny (viz výše). V případě, že do „trans-politiky" začne zasahovat jiný diskurz či instituce, které by mohly dosavadní model změnit, lékař projevuje odmítavé postoje k poskytování jakékoli péče trans-lidem, jelikož by byl takový člověk vlastně „zdravý" a medicína by ho neměla jak „léčit". Výrazné vymezení je patrné při otázce návrhu změny české legislativy směrem k opuštění od nucené sterilizace.

Téhle úpravě já říkám „genderová samoobsluha". Potom nepotřebujete doktory. Pak se deklarujete, my vám to potvrdíme, že se tak cítíte a sbohem. Nemám důvod o vás pečovat jakkoli. To potom není zdravotnický problém. Když se tohle uzákoní, rozumím tomu, potom se všechna ta chirurgie odbývá čistě jako libůstka těch lidí prostě, jako kosmetická chirurgie. To lze, když přijmeme tuto úpravu. Já jenom nevidím žádné výhody té úpravy. Z hlediska mého zdravotnického je to nesmysl. Já přistupuju k tomuhle druhu pacientů jako k lidem, kteří mají poruchu sexuální identifikace,

Z předešlého výroku je patrná potřeba mít téma trans-identit pod kontrolou medicínského diskurzu. Obava lékaře ze ztráty dohledu nad procesem přeměny genderové role ústí k bagatelizování požadavků trans-klientů/klientek. Pokud má trans-člověk

„skutečný zdravotní problém“, tedy pokud přistupuje na podmínky medicínského diskurzu, jsou zákroky jako například chirurgická přeměna pohlavních orgánů nezbytnou součástí léčby, kterou indikuje pouze lékař. *„My jsme prosadili, že je to chápáno jako porucha, která vyžaduje chirurgickou, taky hormonální léčbu.“* V případě, že by takový zákrok byl volitelný dobrovolně klientem/klientkou, jednalo by se již pouze o *„libůstku těch lidí“* nebo *„kosmetickou chirurgii“*. Navíc se začíná lékař při rozhovoru o hypotetické situaci, kdy by se mohl trans-člověk sám rozhodovat o tom, jakou léčbu podstoupí a úřední změna pohlaví by byla na zákrocích nezávislá, projevovat uraženě, jako by byla „pomoc“ trans-lidem nevděčná práce, a začne sám stavět téma trans-identity jako okrajové sexuologické téma, které je pro něj zatěžující.

No, tak jestli si to řekneme, já si ulevím od poměrně nepříjemných zdravotnických problémů. To není klientela, se kterou bychom rostli a padali. To je klientela, které se snažíme dlouhodobě pomáhat.

Dalším argumentem, který navíc používá pro legitimizaci požadavků medicíny na operativní odstranění pohlavních orgánů, je to, že medicína zajistila hrazení léčby z veřejného zdravotního pojištění. Lékař prezentuje svůj postoj černobíle ve smyslu, buď bude toto téma čistě otázkou medicíny se všemi jejími postoji a postupy, které jsou hrazené nebo ať jde téma mimo medicínu, ale poté si postup musí trans-člověk zajistit a uhradit sám.

V rámci postoje k dalším diskursům se lékař také určitým způsobem vztahuje k psychologii. Při diagnostickém procesu spolupracuje s místním psychologem, k jeho postupům se ovšem staví rezervovaně.

Nepropadejte představám, že existují nějaké psychologické testy, které odliší pohlaví. Neexistují.

Psychologie je pro něj *„samostatná věda“*, vůči níž se profesně vymezuje.

Já nejsem psycholog, já jsem psychiatr a sexuolog.

Psychologie ovšem není jediný obor, který zmiňuje jako něco, jehož součástí není. Navíc je ve výroku o dalších disciplínách viditelná ironie, která v souvislosti s předešlými

interpretacemi působí jako snižování úrovně mimomedicínských oborů zabývajících se trans-identitami. Přitom právě pomoc trans-lidem dříve zmiňoval jako jeden z lékařských cílů.

Nejsem sociálka, ani nějaká nevládní organizace, která by se o ně starala, o jejich blaho.

Rozporuplný postoj je patrný také k dalšímu odvětví medicíny, které se na „péči" o trans-lidi podílí, konkrétně k chirurgii. Na jedné straně se objevuje respekt k náročnosti postupů, na druhé straně nedůvěra k úspěšnosti.

To je tak pracná chirurgie, když se musí rozebrat penis a udělat z toho něco, to je…
Jakmile se do vás začne někdo z chirurgů vrtat, tak je to vždycky problém.

I přesto, že lékař zdůrazňuje limity chirurgických zákroků na pohlavních orgánech, zcela jednoznačně doporučuje „minimální chirurgické výkony", což je nevratné odstranění zdravých reprodukčních orgánů. Tento požadavek sice odůvodňuje možnými hormonálními komplikacemi při zachování původních pohlavních žláz, na druhou stranu se jako silnější argument jeví zamezení možnosti reprodukce trans-lidí v jejich úředně nově nabytém „pohlaví". Situace, kdy by mohl (úředně uznaný) muž otěhotnět by nepochybně narušila tradiční pojetí genderového řádu, které je v souladu s medicínskou optikou. Na druhou stranu lékař přímo nedoporučuje, aby například (úředně uznaný) muž podstoupil faloplastiku. Ve finále tedy jeho „léčba" produkuje sterilizované muže s vagínou, což tradiční chápání genderového řádu v jeho biologicko-esencialistickém pojetí též významně nabourává. Je otázkou, jaké místo skutečně zastává kontrola reprodukce v tématu trans-identit a formulace požadavku na sterilizaci nutnou pro úřední změnu *pohlaví*.

5. Nástroje odborné práce

Diagnostický proces lékař popisuje jako *„vyšetření svoje"*, pohovor a diagnostické testy. Ty provádí místní psycholog, součástí psychologického vyšetření je i test kresby postavy. Postoj k psychologickému vyšetření jsem již uváděla v předešlé kapitole. O psychologických testech se vyjadřuje jako o formalitě, která je *„povinná"*.

Cíle i prostředky terapie, jak o nich lékař hovořil, lze rozdělit do dvou oblastí.

V rámci oblasti těla je cílem léčby dojít skrze hormonální terapii až k *„minimálnímu chirurgickému přístupu“*, který znamená odstranění reprodukčních orgánů trans-člověka. Tento zákrok lékař odůvodňuje dvěma způsoby. S tím, že explicitně vyjadřuje tendenci regulovat reprodukci trans-lidí.

1) *A je fakt, že když necháte ženské vaječníky, dáváte jim mužské hormony, tak ten účinek těch hormonů je daleko slabší.*
2) *A potom na to, že on není schopný se rozmnožovat v té cílové roli.*

Co se týče vnějších pohlavních orgánů, lékař se staví skepticky k provádění plastiky neopenisu či neovaginy, které považuje na rozdíl od sterilizačních zákroků za *„radikální výkony“*.

Protože nechat si tam našít něco jenom pro ozdobu je podle mě zbytečný luxus, a funkční penis jim stejně nikdo neudělá, i když jim to někdy slibuje.

Lékař na jednu stranu vyžaduje sterilizaci, na druhou stranu není nutné, aby trans-člověk dosáhl vytvoření genitálií spojovaných s genderem odpovídajícím jeho vnitřní identitě. Na konci této „léčby“ tedy mohou zůstat sterilizovaní (úředně uznaní) muži s vagínami a sterilizované ženy s penisy.

Zároveň poukazuje na rozdíly mezi muži a ženami. Úspěšnější podle něj bývá přeměna genderové role směrem k té maskulinní. Lidem, kteří prochází procesem přiblížení se k femininní genderové roli, nedává příliš šancí na úspěch, a neuznává, že by se na jeho konci stala z klientky příslušnice kýženého genderu.

Ono udělat z chlapa ženskou je nadlidský výkon a podaří-li se to, ona ta změna pohlaví se nikdy nepodaří, že jo, úplně, ale to, udělat z mužského ženu, se vám nikdy nepovede dokonale, to je vždycky jenom problémové.

Druhou oblast, na kterou je terapie zacílena, je psychosociální sféra. Zde je cílem vyrovnat se s tím, že má trans-člověk *„poruchu“* a nalezení se ve společnosti. Jedná se tedy o naplnění očekávání spojených s požadovanou genderovou rolí. Lékař se snaží skrze

rozhovor snížit *„příliš vysoká očekávání“* trans-klientů a klientek od přeměny. Také pomáhá trans-lidem při řešení otázek, jako jsou reakce okolí (rodina, pracoviště) nebo volba povolání. Je ochoten hovořit i s příbuznými nebo nadřízenými v zaměstnání. Co se týče psychoterapie, lékař její obsah nijak nespecifikuje a považuje ji za určitou samozřejmou součást sexuologických kontrol.

Já myslím, že celý ten kontakt sám je v podstatě psychoterapeutický.

6. Terapeutický vztah

a) A/symetrie

Neustálé zdůrazňování toho, že trans-člověk má „zdravotnický problém“ nebo „poruchu“ spolu s tím, že lékař označuje své klienty a klientky jako „pacienty/pacientky“ zakládá terapeutický vztah na značné asymetrii ve smyslu *nemocný pacient – mocný lékař.*

Lékař v souladu se svým profesionalizovaným přístupem komunikuje s klienty a klientkami nesymetrickou formou a používá komunikační styl poučování.

Takže já se tedy své pacientky a pacienty snažím poučovat právě o těch rizicích, aby si jich byli vědomi, aby to nepodceňovali.

Trans-člověk je pojímán jako pasivní součást procesu, na které mají být změny prováděny aktivním lékařem.

A u ní jsme začali připravovat, že tedy jako změní to pohlaví.

Já bych mu pohlaví neměnil.

Zároveň se ovšem vymezuje vůči způsobu pomoci, který přesahuje medicínské nástroje (např. poradenská činnost).

Nejsme v instituci, která by je vodila za ruku.

Výrazná asymetrie se projevuje také v nedůvěře ke klientovi/klientce a jeho/jejího testování (viz dříve v textu).

Aspektem asymetrického nastavení v kontaktu je rovněž v používání jazyka, tedy gramatického rodu. O trans-lidech hovoří v rodě, který koresponduje s jejich původní genderovou rolí, tímto způsobem komunikuje do určité doby i se samotnými klienty/klientkami. Oslovení, které trans-člověk preferuje, dostane od lékaře za odměnu, až když se o to zaslouží.

T: A v jakém rodě s těmi lidmi mluvíte, když přijdou?
L: No, když už mají neutrální příjmení, tak v té cílové.
T: To s čím se identifikují?
L: Jasně. Když ke mně přijde ženská jako vy a bude říkat, že chce být chlap, tak jí rozhodně neříkám jako mužským. Na to nejdu. Jsou lidi, kteří na to jdou, ale mně se to nelíbí. To až pro to něco udělá, až se něco začne dít, tak je to jasné.

b) Ne/důvěra

Ve vztahu s klientem/klientkou se také významně objevuje určitá nedůvěra až bagatelizace požadavků trans-lidí, kteří nějakým způsobem překračují lékařem deklarovaná standardní kritéria (např. příliš vysoký věk nebo neochota podstoupit operaci).

Nedávno předělaný transsexuál, který si vzpomněl, že bude ženská a vzpomněl si na to v nějakých padesáti pěti letech.

A já nebudu psát hormony někomu, kdo je zdravý a chce se jenom jen tak změnit.

Nedůvěra se projevuje také v přesvědčení o neujasněné motivaci trans-člověka.

Řada těch lidí vlastně ani pořádně neví, co chce.

K tomu, aby trans-člověku věřil, že skutečně potřebuje péči, o kterou žádá, je nutné být ostražitý a nechat se přesvědčit.

Nenaletět tomu člověku na nějaké ukvaltování toho problému. Oni nás musí přesvědčit.

Lékař je přesvědčen až v situaci, kdy klient/klientka odolá cílenému ztěžování procesu přeměny a ve své motivaci vytrvá.

Já osobně se jim to snažím spíš ztížit, protože si myslím, že si to musí každý hodně dobře rozmyslet.

Co se týče získávání si klientovi/klientčiny důvěry, hlavní strategií je patrně lékařem neustále předesílaný *„profesionální postoj"* a odvolávání se na záštitu medicínského oboru. U některých trans-lidí může být také zdrojem důvěry lékařova autorita a sebejistota, se kterou své postoje podává.

c) Zodpovědnost za důsledky rozhodnutí

V případě, že člověk není po dokončené „léčbě" spokojený, vidí lékař několik možných příčin tohoto neúspěchu daného procesu.

1) Může se jednat o špatně zvolenou diagnózu, například v důsledku podceněné kontraindikace (porucha osobnosti atd.). Lékař nad takovou situací vyjadřuje lítost, ale zároveň dodává, že se to stává *„opravdu velmi vzácně"*. O několik otázek dále je již ale nesprávná diagnostika u lékaře zlehčovaná.

To není nic výjimečného. Splést se může každý, tedy i doktor. Takže to není úskalí.

2) Další příčinou neúspěšné přeměny může být neujasněná motivace trans-klienta/klientky, kdy může například plnit přání své partnerky/partnera.

3) S druhou příčinou souvisí i další důvod, čímž je neadekvátní očekávání člověka od výsledků přeměny.

Oni někdy od toho mají naprosto nekritická očekávání.

4) Klienti a klientky se také snažit proces uspěchat a tlačí na rychlé změny.

Lidé jsou někdy tak hodně motivováni dosáhnout rychlého pokroku, tak to je docela problém je vést k trpělivosti.

Lékař také kritizuje postupy svých kolegů/kolegyň, kteří proces dostatečně nezdržují, aby si mohli být zvoleným postupem jistí, a následují požadavky trans-lidí.

Mám někdy pocit, že jsou sexuologové, kteří tohle vůbec jako nerespektujou a jdou jim tak nějak na ruku až nekriticky.

5) Poslední možnou příčinou toho, že se po přeměně nebude trans-člověk cítit spokojený, je nepovedený chirurgický zákrok. Zde lékař vyjadřuje lítost nad nepříjemnými následky, pro které používá silně emočně zabarvený výraz *„svinstvo“*.

Já pamatuju transsexuála, kterému ta neovagina dokonce perforovala do konečníku, takže je tam rektovaginální píštěl. To je pěkný svinstvo, a když to jako potom vidíte, tak je vám těch lidí líto.

Pouze v jednom případě tedy může nést určitou odpovědnost sám/a sexuolog/sexuoložka, tato příčina je ale zlehčována (viz bod 1). Stejně tak zlehčovány jsou i požadavky trans-lidí na nápravu určitých změn, se kterými nejsou spokojeni a které lékař nehodlá řešit.

Oni mají pocit, že byste jim měli ty vousy vykousat, jako doktoři.

Jako určitá ochrana před odpovědností za nežádoucí důsledky přeměny slouží lékaři podepsaný revers, kde klienti/klientky souhlasí s tím, *„že podstupují terapii, která může mít nevratné dopady“*.

2.1.3 Psycholog

Psycholog[21] je absolventem jednooborového studia psychologie. Z odborníků/odbornic v rámci tohoto výzkumu je nejmladší. Působí ve velkém městě a zhruba deset let poskytuje psychologické poradenství lidem řešícím otázku své sexuální nebo genderové identity. V rámci své praxe se setkal s několika desítkami trans-lidí, s dalšími se setkal mimo profesní oblast.

Aspekty na straně psychologa ovlivňující proces přeměny genderové role:

1. **Profesní identita**

„Nedoktor – empatik“

Z rozhovoru vyplývá, že psychologova odborná práce vychází ze dvou pilířů, na jejichž základě si buduje svou profesní identitu.

Jednak jde o identifikaci s klienty/klientkami a o snahu důkladně porozumět jejich prožívání.

Ale když tedy dělám tu diagnostiku, nebo když hledáme s tím klientem, tak se zaměřujeme opravdu na to, jak sám sebe prožívá.

V rozhovoru používá přímou řeč a za klienty/klientky hovoří v prvním rodě jednotného čísla, jakoby citovanou větu říkal on sám.

Záleží na fázi, ve které ten člověk přijde, ale určitě takový to: „Mám negativní zkušenost s lidmi“…

Do práce s trans-lidmi přináší navíc i svůj osobní životní příběh, někdy dochází ke srovnání klientových/klientčiných zkušeností s těmi z vlastního života.

Cítí se jako žena a řekne: „Já ráda šiju“, tak mě to pomáhá k tomu, že si řeknu: „Dobře, jako jo, tady častěji šijí ženské“´, i když já osobně jako chlap šiju, pletu, háčkuju a nemám s tím problém.

[21] Jméno psychologa anonymizované

Druhý zdroj profesní identity je možné zachytit ve vymezování se vůči lékařské profesi.

Já jako nedoktor nemůžu dělat to, že napíšu hormony, umožním přeměnu těla tak, aby se podobalo tomu pohlaví, které chce, ale určitě může s tím člověkem řešit tu roli.

Psycholog si uvědomuje hranice svých kompetencí, zároveň poukazuje na problematičnost přebírání kompetencí psychologie lékaři/lékařkami. Tedy jakoby svojí profesní identitu definoval také v rámci vyloučení toho, co on nedělá (nedoktor neprovádí lékařské úkony a nepsycholog nevyužívá psychologické postupy). Současně se jedná o určitou asymetrii mezi lékařskými a nelékařskými profesemi, kdy on jako nelékař nesmí předepisovat hormony, i kdyby chtěl, ale sexuolog dělá terapii, i když nekvalitně.

Sexuolog dělá zároveň terapeuta, přestože nesmí, a kasíruje ty pětistovky po těch deseti minutách, protože nemá víc času, to mi přijde dost nešťastný.

Jeho profesní identita nemá žádné konkrétní diskurzivní zázemí ve smyslu přináležitosti k nějaké odborné skupině mající jednotný názorový diskurz. V rozhovoru proto vystupuje hodně sám za sebe a uvádí své osobní názory a postoje na konkrétní témata i s určitou dávkou sebereflexe.

(o klientce)*...Jako že jsem měl jednu holku, která dělala historický šerm v tom brnění a tak dál, tak* ***já s tím nemám problém****...*

(o trans-identitě) *Nevím,* ***já to vnímám*** *jako sociální postižení tyto věci, respektive handicap, protože to postižení dělají ty lidi zpětně.*

2. Osobní pojetí odborného diskurzu

Psychologovo pojetí tématu trans-identit není zařaditelné pod žádný jednotný myšlenkový diskurz. Ve své vlastní teorii vychází sice z medicínského pojetí etiologie, zároveň ale propojuje transsexualitu s intersexualitou a na celý fenomén pak nahlíží ovlivněn poznatky o chimérismu[22]. Souhlasí s tím, že je trans-identita vrozená a biologicky

[22] Chimérismus je stav, kdy je organismus tvořen dvěma liniemi buněk, které vznikly ze dvou zygot. (HERRMANN, R. Základy molekulární biologie a genetika. 2012. Dostupné na: http://ftp.mgo.opava.cz/kav/esf_3_mku/st_opory/doc/herrmann_genetika.docx)

podmíněná působením hormonů na mozek plodu v nitroděložním období, tuto teorii ale pokládá za zjednodušující, a na základě studia různých pohledů na vznik transsexuality (trans-identity) ji doplňuje o další hypotézy.

…Mám důvod se domnívat, že aspoň část trans-lidí vznikla tak, že původně by to, stejně tak jako u intersexuality, která je tak prokázaná, měli být původně třeba dva lidé opačného pohlaví.

Trans-identitu chápe jako svébytnou kvalitu, přičemž může v sobě spojovat maskulinní a femininní obsah nebo je dokonce přesahovat a tím trans-člověku poskytovat širší možnosti nazírání na svět. Tento rozměr chápe u transsexuality stejně jako u intersexuality.

Hodně lidí, které jsem potkal, třeba intersexuála, který dělal astrologii zajímavě, a opravdu měl takové hodně celostní vnímání světa, které málokdo jako má.

Z rozhovoru je patrná psychologova deproblematizující optika, skrze kterou na trans-lidi hledí. V souladu s určitým humanistickým pojetím „krize“ jako příležitosti hovoří o trans-identitě téměř jako o daru či dispozici, kterou je potřeba co nejlépe využít.

To, co jsem dostal je pro mě v pořádku a udělám z toho to nejlepší, co je v mé moci (…) Ale opravdu říct „ano“ tomu, co mám.

Trans-lidé v sobě podle psychologa propojují *„mužský princip“* (to, co je *„aktivní, lineární, odstředivé“*) a *„ženský princip“* (to, co je *„receptivní, pečující, otevřené“*). Ovlivněn východní filozofií považuje toto propojení za podobný soulad, jako představuje spojení *„jin a jang“*.

Pohled na trans-tematiku mu formovaly také četné vlastní zkušenosti s trans-lidmi z Čech i ze zahraničí, se kterými navazoval profesní i osobní vztahy. Na tyto zážitky se během rozhovoru odkazuje a ve svých tvrzeních čerpá především z praxe. O téma trans-identit se zajímá i mimo profesní oblast.

Pokud by to měli být jenom mí klienti, tak to bude několik desítek, jinak to bude určitě víc než sto lidí, s kterýma jsem měl kontakt.

3. Porozumění genderovému řádu

Psycholog reflektuje tradiční dichotomii genderového řádu jakožto sociální konstrukt.

Jako je to složité, ale samozřejmě lidi potřebují transparentní svět a jednoduchý, bipolární, aby se dokázalo podle toho škatulkovat a pasovat ty lidi do těch front, kam je potřebujeme.

Hovoří o výchově k genderovým rolím, kterou rozděluje na *„ženskou výchovu“* a *„mužskou výchovu“*. Z těchto konceptů odvozuje obecné tendence v chování a prožívání mužů a žen.

Každá kultura má nějaké vzory nebo něco, co se projevuje spíš u jednoho nebo u druhého pohlaví (…) U těch kluků je to často větší ustrašenost, takové to, co mívá ženská výchova bohužel často, to potlačování té přirozenosti a toho aktivního projevu.

Ve svém pojetí genderu si participant vytváří vlastní koncept toho, jak chápat femininitu a maskulinitu. V tomto smyslu se jedná o zdánlivě dichotomní a komplementární kategorie, které přirovnává k *„jin a jang“*. Hovoří o určitém *„nastavení uvnitř“*, které zahrnuje *„mužský a ženský princip“*. Toto vnitřní nastavení ale nemusí vždy odpovídat samotné genderové identifikaci (např. *„mužský princip“* může převládat i u ženy, která se identifikuje jako žena). Výsledný *„koncept ženství“* a *„koncept mužství“* je tedy čistě individuální záležitostí každého člověka a může pro něj zahrnovat i atributy, které obecně přiléhají k „opačné“ genderové roli.

A jestliže jeho koncept ženství bude to, že klidně může šermovat…

Může se prožívat jako žena, a klidně si může opravovat auta.

Psychologovo pojetí genderového řádu v sobě nese značný prostor pro různorodost genderových vyjádření. Svým klientům/klientkám nenabízí pouze dvě možnosti genderové prezentace, ale hledá s nimi jejich individuální roli, která může mít různý poměr femininity

a maskulinity. I přesto, že uvažuje v dichotomiích metaforách „jin a jang“, připouští prolínání těchto dvou principů (nikoli jejich striktní oddělenost) v rámci jedné osobnosti.

V podstatě ta moje práce je spíš najít jakoukoli polohu v tom genderovém spektru, kde tomu člověku bude dobře, ať už dělá cokoli, v podstatě najít si svojí roli.

V jeho přístupu převládá narušení stereotypního chápání obsahu genderových rolí, které se projevuje zdůrazňováním individuality a autenticity jedince jako kvality, která svou důležitostí přesahuje genderovou konformitu.

V podstatě dávat takovou tu podporu, že se může projevit autenticky, ať už bude zapadat do těch modelů, jak bude nebo nebude.

Na základě vlastních zkušeností s trans-lidmi, kteří odmítli operativní přeměnu pohlaví a kteří fungují v požadované genderové roli i s původními reprodukčními orgány, formuluje svůj postoj k možnostem svobodného výběru genderových sebeprezentací svých klientů/klientek, jež přesahují tradiční role muž-žena. Jeho názor je také formován na základě tématu intersexuality, kdy za lidi běžně rozhodují lékaři/lékařky (či někdo další) a určují jim genderovou roli, ve které mají žít.

Já jsem hodně ovlivněný tou intersexualitou, protože tam je to hodně markantní, ale u té transsexuality nebo prostě transgenderu, lidi, který nechtějí žít ani v jedné roli, já nerozumím tomu, proč dělat nějaká striktní opatření.

I přes to, že se psycholog ve svém konceptu brání tradičním obsahům femininní a maskulinní role, v některých aspektech se na své klienty/klientky dívá skrze optiku genderových stereotypů. Jednak jde o posuzování vzhledu. V případě, kdy hovoříme o trans-klientce, která opouštěla maskulinní roli směrem k té femininní a výrazně naplňovala její stereotypní podobu, psycholog hodnotí její vzhled jako: *„vypadá super“,* a její hlas jako: *„krásný hlas“*. Znaky „ženství“ jako femininní vzhled a femininní hlas v tomto případě participant neponechává bez (kladného) hodnocení.

Také při diagnostice psychologovi genderové stereotypy mohou usnadnit závěry, a to v případech, kdy klientovy/klientčiny genderové atributy, jež jsou součástí jeho osobnosti, odpovídají pociťované identitě.

...Samozřejmě mě to dokresluje ten obrázek, když je to úplně jasné (…) *Když je tam třeba nějaká další diagnóza třeba, která by mohla komplikovat proměnu, tak pokud dělám diferenciální diagnostiku pro někoho a ta osoba řekne, cítí se jako žena a řekne: „Já ráda šiju", tak mě to pomáhá k tomu, že si řeknu ´dobře jako jo, tady častěji šijou ženský´.*

4. Postoj k dalším diskursům

Psychologův postoj k různým diskurzům tematizujícím trans-identity je ovlivněn otázkami svobodné volby a vnější kontroly nad přeměnou genderové role trans-lidí.

(o trans-člověku) *...Tak by měl mít možnost si prostě vybrat, jak chce žít, co si nechá na těle, jestli bude brát hormony nebo prostě, co udělá s tím tělem.*

Na medicínský diskurz prokazuje značně kritický pohled. Spolupráci se sexuology/sexuoložkami popisuje jako „rivalizování" a hodnotí ji jako zcela nevyhovující s tím, že je v sexuologickém modelu opomíjena podstatná složka terapie, kterou je psychoterapie.

Není spolupráce se sexuology, kteří nemají zájem posílat klienty, kteří tu terapii by skoro všichni potřebovali nebo asi i uvítali.

Lékařskou „péči" o trans-lidi vnímá jako kontrolující namísto podporující. Na druhou stranu sám lékaře a lékařky omlouvá právě tím, že jsou profesně svázáni s normami a předpisy medicínského systému.

Ona samozřejmě vychází z toho, když doktor něco dělá, musí k tomu mít opodstatnění v podobě splnění prostě kritérií diagnostických a manuál MKN-10, aby mohl pomáhat a aby nepoškodil tu profesi, že jo.

Tato *„nesvoboda“* medicínského přístupu k trans-lidem tedy souvisí podle participanta s existujícím právním diskursem a jeho české podobě.

Každopádně ta nesvoboda, co se týče vlastně i předsudků, když se lidi vezmou, jeden z nich změní pohlaví, tak se předtím musí rozvést, tak to souvisí i se zákony.

Vynucený legislativní požadavek na odstranění reprodukčních orgánů považuje psycholog za *„mutilaci“* a používá další expresivní výrazy s negativní konotací jako například *„zmrzačení“* (v případě vynucených operací intersexuálních lidí). Je patrné silné znepokojení a nesouhlas s vyžadovanou sterilizací. V pomyslné polaritě klient/klientka – společnost stojí jednoznačně na straně klientů/klientek.

Ukončování plodnosti mi zase přijde jako požadavek, taková arogance, zvůle.

Proč bránit někomu počít dítě, pokud mu to jeho fyzická kapacita dovoluje a jeho životní styl?

V těchto požadavcích nevidí jasný smysl a považuje za *„neopodstatněné“ „zastrašování klientů“* zdravotními důsledky, které mohou podle lékařských názorů nastat při současné hormonální léčbě a ponechání si původních pohlavních žláz.

Na druhou stranu se již tak jasně nestaví k hypotetické situaci, kdy by bylo možné získat úředně změněné *pohlaví*, aniž by člověk podstoupil operativní změnu pohlaví.

Dovolil bych jí v případech, kdy by to bylo opodstatněné. Kdyby ten člověk skutečně žil v té roli, kterou by chtěl bez ohledu na to, jak by vypadal. A samozřejmě to, jak to hradí pojišťovna, bych jedině podpořil.

Určitý obrat v postoji k medicínskému a právnímu diskurzu nastává v případě, kdy hovoří o zahraničních modelech. Při srovnávání podmínek odborné „péče“ o trans-lidi v Americe, Asii, Německu a v České republice je při hodnocení českého systému shovívavější.

Není moc lepších systémů než, který máme u nás.

Za hlavní výhodu českého systému považuje hrazení léčby z veřejného zdravotního pojištění. Tento argument jakoby změkčoval výše kritizované jevy, jako jsou *„nesvoboda“*, *„zastrašování“*, *„arogance“* vůči trans-člověku, které lékařský a právní

diskurz v sobě pro participanta nese. *„Ponížení“* a podřízení bere psycholog jako nutnou daň za hrazené zákroky.

Je to teda něco za něco, je to za tu cenu, že se (trans-lidé) *musejí kolikrát potlačit, pokud to dělají, třeba tu přeměnu absolvují v* (název města)*, tak se musejí opravdu i ponížit k tomu, že se nechají fotit nazí a tak dále.*

5. Nástroje odborné práce

Psycholog se setkává ve své praxi mimo jiné (viz dále) s diagnostickou prací. Hlavním diagnostickým nástrojem je *„rozhovor o životě“*. Rozhovor je zaměřen na otázky typu: jak člověk sám sebe prožívá, jak se člověku daří v jakých rolích, jak se srovnává s okolím, které modely jsou mu blízké, s kým se identifikuje v literatuře, k jakým profesím tíhne, jaké má koníčky, jaká má pro sebe rolová očekávání, ke komu by se chtěl vztahovat (včetně sexu), nebo zda by si vybral v rámci péče o tělo holení, malování nebo ani jedno.

V rámci diagnostického rozhovoru participant zdůrazňuje zohledňování působení kultury a výchovy k genderovým rolím. V určitých případech může soulad mezi pociťovanou identitou trans-člověka a genderových atributů v chování a prožívání při diagnostice pomoci. Na druhou stranu nemusí být identita a obsah očekávané role v souladu s genderovými normami, pak psycholog chápe klientův/klientčin „koncept ženství/mužství“ jako zcela individuální a na genderových stereotypech nezávislý (viz dále).

Během diagnostiky i terapie zohledňuje psycholog vliv nevědomých procesů, například potlačení různých aspektů osobnosti výchovou.

Je to komplikované, protože často ti lidé to museli vytěsnit (…) Je tam hodně obran.

Kromě rozhovoru používá psycholog diagnostiku lidské postavy. Metodu samu o sobě vidí jako ne zcela spolehlivou, pokud není doplněna o důkladný rozhovor. Podle participanta v mnoha případech člověk nakreslí „identifikační postavu“ až jako druhou.

Je to někdy hodně matoucí (...)Moje zkušenost je u biologických žen bez ohledu na to, jestli se cítí dobře v té roli, častěji se prostě kreslí muž, i když je to žena, která se identifikuje jako žena.

Při posuzování kresby psycholog také zohledňuje souvislosti klientova/klientčina života.

Kdo to je, co dělá, dělám z toho nějaký širší kontext.

Pro posouzení osobnostní odolnosti vůči zátěži, kterou s sebou přeměna genderové role nese, psycholog uznává metody vyšetřující neuroticismus a další osobnostní předpoklady. Pro diferenciální diagnostiku považuje za důležité vyloučit pouze psychotická onemocnění. „Jinak" strukturované osobnosti považuje za traumatizované lidi, kteří potřebují spíše podporu než vyloučení možnosti přeměny.

Poruchy osobnosti, že jo, hraničáři třeba, to jsou lidi, kteří jsou prostě traumatizovaní, a dát jim ultimátum, dokud se nedáš do pořádku, tak my ti nevyhovíme, je hrozné zlo podle mě.

Psycholog se setkává ve své praxi s různými druhy zakázek, které se často odvíjí od fáze, ve které se zrovna trans-klienti/klientky v rámci přeměny genderové role nacházejí. Ti, co přichází na začátku, potřebují pomoc při hledání identity (častěji se jedná o trans-lidi, co opouští femininní roli). Naopak lidé, co přichází po operativní přeměně, pociťují, že dostatečně *„neprochází"* v požadované roli, to znamená, že jsou nesprávně rozpoznáváni okolím (v tomto případě se častěji jedná o lidi, co chtějí fungovat ve femininní roli).

Formulace zakázek se odvíjí od cíle, ke kterému terapie směřuje. Jako stěžejní všem společný cíl psycholog vidí sebe-přijetí včetně eliminace hostility vůči sobě samému.

To co jsem dostal, je pro mě v pořádku.

Ale opravdu říct „ano“ tomu, co mám. Protože z toho pak se dá vycházet, když s tím budu bojovat, tak nikdy nemůžu uspět, dokud nepřijde smrt, pořád budu v boji, takže to je takový, na čem já stavím.

Od tohoto se odvíjí další cíle, o kterých participant hovoří. Mezi nimi jsou: najít sebevědomí a sebeúctu, posílit autonomii a kompetence, ustát nepřijetí z okolí, přerámovat vlastní chápání reakcí okolí (změnit úhel pohledu na okolí a vlastní postoj k němu, neočekávat předem nepřijetí).

Ještě o něco konkrétnějšími cíli terapie jsou:
1/ nalézt vlastní roli a projevovat se v ní autenticky. *„Najít jakoukoli polohu v tom genderovém spektru, kde tomu člověku bude dobře, ať už dělá cokoli, v podstatě najít si svojí roli.“* A to bez ohledu na ne/naplnění tradiční genderové role. *„Může se prožívat jako žena, a klidně si může opravovat auta.“*
2/ nalézt sociální oporu a akceptaci. *„Včetně toho, že si najdu společenství, kde se budu moct projevovat přirozeně, i kdyby bylo omezené a byl by to jediný člověk na světě.*
3/ snížení očekávání na to, jak bude klient po operativní přeměně vypadat a jak mu změna těla zkvalitní další oblasti života. *„Ale pokud někdo staví svojí identitu na tom, že budu mít prostě perfektní penis a pak si budu moct najít přítele (…) To je celé špatně.“*
4/ podpora v žádoucí sociální roli a sebepojetí v kontextu role, nikoli těla: *„Neidentifikovat se s genitálem, ale s tou rolí“.*

Participant nevnímá trans-lidi jak někoho, kdo je nemocný a potřebuje se léčit. K samotné terapii se staví komplexně, i přesto že zdůrazňuje omezení svých kompetencí pouze na nějaké oblasti (viz první kapitola).

Terapie transsexuality mně přijde jako nesmysl, dá se dělat terapie pro toho člověka a to léčit opravdu to bio-psycho-socio-spirituální.

Hlavní prostředkem psychoterapie je rozhovor. V rámci něhož participant s klienty/klientkami otevírá témata, obsahu klientovy/klientčiny požadované role a její fungování ve společenském kontextu.

V podstatě dávat takovou tu podporu, že se může projevit autenticky, ať už bude zapadat do těch modelů, jak bude nebo nebude.

Stěžejním prostředkem je důvěra a bezpečí v terapeutickém vztahu a akceptace klientova individuálního pojetí „ženství“ a „mužství“.

Co se týče obsahu odborné práce, psycholog se vyjadřuje také k medicínským institucím, které poskytují trans-lidem odbornou péči. Participant uvádí konkrétní návrhy na změny, které by v práci s trans-lidmi měly nastat:

1) Nutnost více *„kvalitních sexuologů“*, kteří by poskytovali trans-klientům a klientkám dostatečný časový prostor při setkávání (1 hodina) a kratší objednací lhůtu (do 14 dnů).

2) Psychologickou a sociální pomoc (možnost psychoterapie, sociálního poradenství) jako standardní součást péče o trans-lidi v rámci sexuologických klinik.

3) Zkvalitnění a změnu diagnostického procesu a jeho zacílení na konkrétní potřeby klienta/klientky. Současně opuštění od vyšetření intelektové kapacity a sexuálních preferencí. Psycholog uvádí příklady, na co se podle něj běžně lékaři/lékařky zaměřují. Jedná se o heteronormativní praktiky, vůči kterým se distancuje.

   Je stejně tak nesmyslné zjišťovat heterosexuální vývoj muže či ženy u člověka, který se s tím neidentifikuje a zjišťovat, jestli se mu topoří penis, když je se svojí přítelkyní, kterou nemá, nebo jak moc vlhne, když to tělo nesnáší.

4) Odstranění striktních věkových hranic pro určité postupy, např. mastektomii nebo nasazení hormonální léčby.

   Myslím si, že operace rozhodně, pokud vyrostou prsa, přes jakoukoli péči, tak proč by se nemohly upravit včas, dokud se nebudou ještě zvětšovat až do těch osmnácti.

6. Terapeutický vztah

a) A/symetrie

Ve vztahu participanta ke klientovi/klientce je patrná tendence k identifikaci (viz první kapitola), což vyvolává dojem symetrických pozic. Sám zdůrazňuje klientovu/klientčinu autonomii a její respektování.

Je to i svoboda rozhodovat o svém vlastním těle a o tom, jestli já ukončím svojí plodnost jenom proto, abych splnil požadavek na to, že smím být v roli, kterou jsem si vybral.

Trans-člověk by se podle psychologa měl rozhodovat svobodně a samostatně, přičemž on sám se vidí v symetrické roli pomocníka a nikoli v asymetrické roli kontrolora, vůči jejímuž obsahu se vymezuje. Pouze jednou hovoří o situaci, kdy má provést diferenciální diagnostiku, ale i tam je pro něj hlavním ukazatelem výpověď klienta.

Prostě ten člověk, pokud řekne, já se cítím jako muž nebo jako žena, tak mu spíš pomáhat, než mu dávat ultimáta, co všechno musí splnit a prokázat.

Symetrii navozuje také nenormativní postoj ke klientově/klientčině pojetí genderové role. Je patrná tendence vycházet z individuálních dispozic a představ trans-člověka.

V podstatě ta moje práce je spíš najít jakoukoli polohu v tom genderovém spektru, kde tomu člověku bude dobře, ať už dělá cokoli…

Výrazně se projevuje symetrické nastavení v tom, že psycholog zdůrazňuje nutnost respektování vnitřního nastavení klienta/klientky také v rovině jazyka. Toto se projevuje také, když mluví o klientech/klientkách ve třetí osobě.

Já budu říkat kluci a holky, podle toho, jak se cítí.

b) Ne/důvěra

Participant přímo hovoří o vzájemné důvěře mezi ním a klientem/klientkou v souvislosti s používání rodu v jazyce. Toto téma chápe jako něco, co mnoho terapeutů/terapeutek odmítá, což podle něj může zásadně ovlivnit důvěru v terapeutickém vztahu.

To je to, že málokterý terapeut je schopen respektovat a následovat vnitřní nastavení a ten gender v řeči. Že přijde člověk, který nějak vypadá, a když prostě vypadá jako obrovský chlap a tak dál, má hluboký a hlas a mluví o sobě v ženském rodě, že ty lidi s tím mají

problém. To je jedna z věcí, která totálně naruší sebedůvěru a důvěru. Prostě ta důvěra tam nemůže nikdy vzniknout.

Dalším aspektem, ke kterému se v rámci tématu důvěry explicitně vyjadřuje, je respektování rozhodnutí a přání klienta/klientky bez nutnosti dokládat jejich „vážnost". Svůj vlastní postoj označuje za *„svobodný"*. Jediné, co je podle psychologa potřeba vyloučit, jsou psychózy, jinak pro něj není překážkou k započetí procesu přeměny ani porucha osobnosti nebo podprůměrná mentální kapacita (hovoří např. o IQ 80).

Mám to takové svobodné v tom, že nevidím důvod prokazovat něco, pokud ten člověk se rozhodne žít v jakékoli roli.

Důvěra v klientovu subjektivní výpověď je tematizovaná i v dalších prohlášeních participanta. Psycholog přistupuje k trans-lidem především na základě jejich osobní deklarace, aniž by se odkazoval k využívání expertního teoretického zázemí svého oboru (krom toho, že hovoří o kresbě postavy).

Pokud mám udělat nějakou diagnózu, jako, že mám vyřknout: „Tady ten člověk se mi jeví jako F64.0", tak vycházím z toho, co se dozvím.

Klientovu/klientčinu důvěru si může psycholog získávat také tím, že se snaží v rámci terapeutických setkání poskytovat mu/jí bezpečný prostor pro sebevyjádření bez hodnocení skrze genderové stereotypy a medicínské kategorie.

V podstatě dávat takovou tu podporu, že se může projevit autenticky, ať už bude zapadat do těch modelů, jak bude nebo nebude.

Z kritérií pro doporučení klientovi/klientce operativní přeměny zmiňuje: 1/ klientovu jistotu: „Ten člověk musí vědět, že tohle chce…"; 2/ spokojenost při fungování v požadované roli: „…a *chviličku to ukázat, že tak funguje…",* přičemž nemá časové ultimátum: *„Nemusí to být rok nebo dva, tak jak se to striktně dodržovalo. Je to hodně individuální."*; a 3/ klientovu/klientčinu jistotu, že nebude přeměny litovat: *„…a nebude to chtít vracet zpátky."*

c) Zodpovědnost za důsledky rozhodnutí

Z rozhovoru není přímo patrné, jaký má participant postoj k vlastní odpovědnosti za důsledky klientova/klientčina rozhodnutí (například pro nevratné změny). Lze pouze usuzovat na to, že psycholog podporuje klienta/klientku k samostatnosti, o čemž již bylo dříve pojednáno, a tím se vyvazuje z možnosti, že by zásadně ovlivnil klientovo/klientčino rozhodnutí. Participant hovoří o klientově/klientčině zodpovědnosti, přičemž zdůrazňuje, že by jeho rozhodnutí neměla být řízena z venčí.

To, jestli by si nechal různě to tělo rozřezat, to už je jeho riziko, ale nic by ho do toho netlačilo, ten systém.

Je také nutné uvědomit si, že psycholog, jak již bylo dříve citováno, nemá v rámci profesionálních kompetencí možnost přímo se podílet na procesech, které by vedly k ireverzibilním změnám těla, jež jsou často podstatnou součástí přeměny genderové role. Sám se tedy staví pouze k zodpovědnosti lékařů/lékařek, jež podle něj vyvíjejí na pacienta/pacientku nátlak, aby podnikal/a určité kroky a naplňoval/a očekávání.

A ty klienti jsou násilím tlačeni do toho, že musí všechny ty požadavky splnit, aby byli ti praví, kteří se vejdou do té kategorie, a tím pádem jim mohlo být pomoženo.

Když hovoří o konkrétním případu, kdy byl klient po kompletní přeměně těla nespokojený a chtěl by vzít rozhodnutí zpět, participant vidí hlavní zodpovědnost na straně medicínské instituce a uvádí možné příčiny této „neúspěšné“ přeměny.

1/ Byla příliš zdlouhavá diagnostika a léčba: *„Bylo tam pět let nejistoty.“*

2/ Ze strany lékařů byl vyvíjen tlak na volbu jedné či druhé genderové role i přes nejistotu klienta[23]: *„Ten člověk sám úplně nevěděl a necítil se dobře ani v jedné variantě“*.

3/ Klient nebyl dostatečně informován o možných důsledcích operace, což vedlo k nepřiměřeným očekáváním: *„Tak ten člověk předpokládal, že mu někdo vyrobí naprosto dokonalý funkční mužský genitál.“*

[23] Mužský tvar „klient“ používám v souladu s tím, v jakém gramatickém rodě o daném člověku hovořil participant.

4/ V případě, že by lékař/lékařka klientovi poskytly dostatečné a relevantní informace, musel by mít klient tak závažně sníženou mentální kapacitu, aby nechápal dopady přeměny. I zde by byla chyba na straně lékaře/lékařky, že takto vážnou mentální retardaci nezohlednil.

5/ V tomto případě byla zásadní absence dlouhodobé psychoterapie: „*Což tady v tom případě bych to podmínil, pokud budete chodit na tuto terapii a bude všechno v pořádku, uděláme další kroky.“*

2.2 Rozhovory s trans-lidmi

2.2.1 Tomáš

Tomášovi[24] je 30 let, má vysokoškolské vzdělání ve společensko-vědním oboru, pracuje s lidmi. Přeměnu započal před více jak osmi lety.

1. **Tomáš a lékařský systém**

    a) **Postoj k diagnóze „transsexulity“**

Tomáš chápe diagnózu *transsexualita* jako nástroj regulace a moci sexuologického diskurzu, který navrací lidi ke společenským normám.

Ono když člověka strčej do tý škatule, tak sice říkají, hele, on je jinej, ale díky tomu, že v tý škatuli sou pravidla nastavený takhle, tak on zase bude normální, takhle to jakoby vnímám já, jo?

Diagnóza tedy směřuje k určité léčbě, která má v případě transsexuality přeřadit člověka z jedné do druhé kategorie (muž-žena).

Takže vlastně poté, co projdu nějakým tím procesem tý změny,…přeměny, proměny, to je jedno, tak se stávám neviditelným, protože se stávám buď zase mužem, nebo ženou.

Zároveň si je vědom, že pokud chce dosáhnout na příslušné terapeutické prostředky a prodělat určité změny genderu a/nebo těla, je nutné, aby akceptoval fakt, že je mu přidělená diagnóza a do určité míry se podřídil jejím podmínkám.

[24] Jméno anonymizované.

V momentě, kdy si tudle nálepku dát nenechám nebo respektive nemam tu kliku, že se prostě jako vejdu do týhle škatule nebo předstírám, že do ní patřím, to je jedno, jak to označit, tak nemám šanci jako nic. Nedostanu papírek na to, abych si mohl jít změnit jméno, nic.

Když se dozvěděl o existenci transsexuality a studoval sexuologické texty, pojem „transsexuál" mu poskytl pojmenování pro stav, který do té doby neměl jak verbálně uchopit. Nyní, potom, co začal o trans-identitách uvažovat v rámci jiných konceptů než jen toho medicínského, se neoznačuje za „transsexuála" a je pro něj náročné najít jeden termín, který by vystihoval jeho genderovou identitu. Nejblíže je tomu pojem „transgender člověk", ale i přesto považuje jakoukoli „škatulku", do které by se měl zařadit, za svazující. Svou identitu přibližuje spíše opisem.

Nikdy jsem ve skutečnosti nebyl ženou, a přesto jsem byl jako žena socializován a vychováván a zároveň svým způsobem ani nikdy nebudu mužem, a přesto se jím navzdory okolnostem cítím být.

b) Zkušenosti se sexuologickou péčí

Poprvé navštívil sexuoložku, když si přečetl příběhy trans-lidí v monografii o transsexualitě. Když si v období čekací lhůty na první návštěvu dočetl zbytek knihy, nabyl dojmu, že text poskytuje jasný návod, kam se bude dál jeho život ubírat.

No, tak jsem si přečetl tu knížku, ten zbytek, dřív jsem si přečetl jenom ty příběhy na konci. A říkal jsem si ´no, takhle to teda má bejt, jako, mam to všem říct, pak je nějakej jako real life test, mam si vymyslet nějaký vlastní jméno´, tak jsem tohle začal dělat, že jo.

Tomáš vypráví o své minulosti s určitým nadhledem a lehkou ironií, když popisuje, že měl již při prvním vyšetření pocit, že má jasno v tom, co chce, a toužil po rychlých změnách bez důkladnějšího promyšlení.

…Úplně na samým začátku jsem asi možná, jak jsem byl lapenej v tom svým vysněným životě, tak jsem si jako představoval, že se probudím a všechno bude tak, jak jsem si představoval doopravdy, což samozřejmě nebylo.

Při rozhovoru o psychologickém vyšetření je patrný určitý despekt k celé situaci a zejména k osobě psychologa. Otázky, na které se odborník ptal, mu přišly irelevantní a testy (Kresba lidské postavy a osobnostní dotazník), které vyplňoval, považoval za

průhledné. Pobaveně zmiňuje, že test inteligence vyplňoval na chodbě, čímž celé vyšetření vyznívá ještě více amatérsky.

Také hovoří v podstatě o tom, že psychologa určitým způsobem převezl a nedal mu šanci k pochybám, když zapřel, že má přítelkyni, jelikož dostal toto doporučení od kamaráda, který již na vyšetření byl.

A on mi říkal vlastně ten kamarád, že když on to takhle jako měl a řekl mu o tý svý přítelkyni, tak psycholog jako zkoumal a pozval si na vyšetření tu jeho přítelkyni, aby vyzkoumal, jestli ona není náhodou nějaká jako divná, když chodí s člověkem, jako je on.

Tomáš vnímá kontroly u sexuoložky, na které chodil zhruba jednou za dva měsíce, víceméně jako formalitu. V rámci jednotlivých sezení nebyl podle Tomáše dostatečný prostor pro důkladné probírání všech otázek. Tomáš u otázky na psychoterapii připouští, že sám nevyjádřil explicitní zájem o psychoterapeutickou péči, proto probíhala pouze běžná setkání se sexuoložkou, která Tomáš nepovažuje za *„nějakou psychologickou pomoc“*.

No, během těch 15 minut my jsme si toho nikdy jako moc říct nestihli, jo… Já jsem tam přišel, ona si ne vždycky pamatovala to, co jsem jí říkal naposled, koukla se do nějakejch těch svejch záznamů, ptala se prostě jako co, jak se mam, jak jako žiju, co ve škole, co partnerka nebo něco a to víceméně jako uběhlo, strašně rychle těch 15 minut, tam člověk toho moc říct nestihne.

Za přínosnější, než samotné individuální sezení, považuje Tomáš skupinová setkání s dalšími trans-lidmi. Zásadní je pro něj sdílení témat, ať už se jednalo o aktuální problémy nebo o nejasné otázky do budoucna (plánované zákroky apod.). Tomáš vyjadřuje svůj zájem o další členy z hlediska společných zájmů nebo postojů. Důležité pro něj bylo to, že trans-identita není jediným *„pojítkem“* mezi ním a dalšími trans-lidmi ze skupiny, ale že může s některými navázat i přátelský vztah založený na podobných názorech. Zdá se, že pro něj je přijatelnější představa, že chodil diskutovat se známými, než že se léčil na skupinové terapii spolu s dalšími „nemocnými“ lidmi.

Skupina přinesla Tomášovi ještě jedno zjištění. Některé z trans-lidí, kteří tato setkání navštěvovali, vidí jako někoho, kdo je pod silným vlivem biologicko-esencialistických přístupů (tedy pod vlivem medicíny), což je vede k tomu, že tíhnou k dichotomnímu dělení genderu a tak se sami stávají určitým kontrolním mechanismem pro ty, kteří vybočují z genderové binarity.

Tomáš cituje, jak hovořil v trans-skupině k ostatním: *„…zároveň vlastně na jednu stranu jako narušujete ty hranice, protože je překračujete, ale zároveň je potvrzujete, protože vy je vlastně nepřekračujete navždy, ale tím, že se stáváte, z vašeho úhlu pohledu, z ženy mužem a popřípadě z muže ženou, jo?“*

Zdá se, že Tomáš na skupině figuroval jako někdo, kdo chtěl trans-lidem „otevřít oči“ a vymanit je z područí stereotypního uvažování o genderu. Možná z důvodu, že se cítil „jiný“ i uvnitř trans-skupiny (viz dále).

c) Terapeutický vztah

O terapeutickém vztahu se svou sexuoložkou Tomáš hovoří s určitou ironií. Terapeutku vnímá jako někoho, kdo je schopný a ochotný poskytnout vyžádanou péči, pokud před ním klient/klientka hraje „správně“ svou roli *„ukázkového, učebnicového případu“*.

Jako že …ona není člověk, kterej by brzdil ten proces, pokud v podstatě jako člověk skáče, jak ona píská, to znamená, že plní ty jednotlivý kroky (…) Jo a v podstatě v každým tom momentě, kdy já jsem tam jakoby přicházel, ať už k tý doktorce nebo k tomu psychologovi, tak vlastně člověk pokud ví, co se od něj čeká, tak ví, co má říkat, jo, že na tom není nic vědeckýho.

Určitou nedůvěru, kterou vnímá ve vztahu k terapeutce, připisuje i atmosféře ve skupinách, kdy zahrnuje do „hraní rolí“ před terapeutkou i ostatní lidi, jako by to bylo běžné, možná až nutné *(„…ten člověk nemusí hrát…“)*.

…Ty informace, který ji (terapeutce, pozn.) *říkali, jí minimálně sdělovali jinak, než jsme si sdělovali jako u toho piva mezi čtyřma očima, kdy ten člověk nemusí hrát ani před doktorkou, ani před zbytkem tý skupiny jako nějakou tuhletu roli.*

Terapeutka je vnímána také jako kontrolorka, která sleduje, zda člověk postupuje podle předem daného scénáře, tedy zda prochází postupně jednotlivými kroky přeměny, které jsou standardně vyžadované.

Nehledě na to, že sem říkal, že jednak z tý strany tý doktorky tam funguje nějaká jako mnohem větší kontrola, což sem si začal jako uvědomovat postupně.

Toto sledování, jak trans-lidé prochází přeměnou, je podle Tomáše na straně terapeutky viditelnější právě při skupinové práci, kde se hlídají normy a funguje tam určitá tendence k tomu, aby se trans-lidé pod dohledem lékařky vzájemně inspirovali ke „správnému“ postupování.

2. Tomáš a jeho tělo

a) Vztah ke svému tělu

Tomáš vzpomíná na období dětství, ve kterém se cítil ve svém těle svobodně. Mohl například chodit plavat jen ve spodním dílu plavek. Podstatným mezníkem byla puberta a růst prsou.

A vlastně to tělo, když se začalo někdy kolem mejch jedenácti, dvanácti let jako měnit, tak to bylo fakt děsný, protože do tý doby jsem, já nevím, do tý doby to bylo v pohodě, protože jsem naivně, ač jsem jako věděl, že to už není reálný od určitýho momentu, doufal, že se to nějak jako zvrátí, že prostě to není možný.

O vyvinutých prsou hovoří jako o zdroji nepohodlí, což přetrvalo do dospělosti, kdy podstoupil mastektomii. Nyní je se svým hrudníkem spokojený a cítí se svobodnější, jelikož je pro něj snazší prezentovat se v maskulinním genderu.

Vztah k reprodukčním orgánům a genitáliím naopak do určité doby nijak výrazně neřešil. Z toho, co dále říká nyní, je ovšem patrné, že postupně zvažoval i toto téma.

Zatímco prostě jako o pohlaví a tadytěch věcech jsem vůbec jako nepřemejšlel, ve vztahu k sexualitě, to mi nijak jako nevadilo.

Ke svým „ženským“ genitáliím Tomáš nepociťuje negativní vztah, ale zároveň vyjadřuje fantazijní přání mít skutečný penis.

Chtěl bych jako plně funkční penis, aby jsme se jako bavili o tom, aby ty věci měli jako správnej význam, aby byly zasazený do správnýho kontextu, protože nechci jako to, co umožňuje současná medicína.

Lze říci, že pro Tomáše je mít „ženský“ genitál, který přináší sexuální uspokojení, pořád ještě přijatelnější, než získat rekonstruovaný ne zcela funkční penis a s ním spojená tělesná stigmata.

Pravděpodobně mnohem větším stigmatem by byla ta viditelná jizva na těch zádech, kterou jako každej vidí, případně na předloktí.

b) Zdroje motivace ke změnám těla

Přání nemít vyvinutá prsa pramenilo již z dětství a fantazijních představ o sobě samém.

Tak už v těch snech jsem si přál, abych je jako neměl. Nebo vystupoval jsem tam v roli, kdy jsem ty prsa fakt jako neměl, což bylo strašně zvláštní.

Významnou roli v rozhodování o mastektomii však hrály i sociální normy pro mužské a ženské tělo, které se odrážely v tom, jak Tomáš přemýšlel o svých partnerských vztazích. Objevuje se obava, aby nebyl partnerkou díky prsům vnímán jako žena (tedy lesba). Zatímco stejnou obavu nevztahuje na genitálie. Je možné, že změna prsou pro něj byla ze zdravotního hlediska přijatelnější, proto ji vnímal jako nutnější.

Jistej jsem si byl fakt těma prsama, ty mi vadily, vadily mi jako i ve vztazích s těma holkama, protože přeci jenom to je něco, co jsem vnímal jako část mýho těla, kvůli který mě oni nemůžou...nebo nemusely by vnímat jako kluka a to pro mě bylo důležitý.

Dalším motivem k odstranění prsou byl pocit, že by mu byly znemožněny určité projevy maskulinity (způsoby prezentace těla) ve veřejném prostoru a zároveň obava z potenciálního nebezpečí sexualizace jeho těla (jakožto „ženského“) v případě, že by se o tyto projevy pokusil.

Protože jsem cejtil jako nějakej handicap v tom, že vlastně společnost, ve který žijeme, je takhle nastavená. Že holky nemůžou chodit nahoře bez a v momentě, kdy choděj, tak se stávaj sexuálním objektem.

Změny hrudníku (mastektomie) byly tedy z velké části motivovány normami, skrze něž společnost definuje identifikátory ženství a mužství. Ze stejného důvodu si také Tomáš nechává viditelné vousy, které vnímá jako jasný *„znak něčeho, co je po považovaný za mužskej atribut“*. Výrazné vousy Tomáš považuje za tak silný a rychle fungující identifikátor maskulinity, který přebije i další maskulinní tělesné prvky, jako jsou například svaly nebo účes.

V určitém období Tomáš zvažoval, že podstoupí operativní přeměnu *pohlaví*, respektive odebrání vaječníků a dělohy. Tomáš o tomto zákroku hovoří jako o *„kastraci“* a má k němu silně kritický postoj, který je postaven na argumentu, že je člověku trvale znemožněna reprodukční schopnost a možnost mít vlastní dítě (na rozdíl od sterilizace, při níž se pouze podvazují vejcovody). Motiv k rozhodnutí jít na *„kastraci“* je možné nalézt v tlaku právního systému a v obavách ze ztráty legitimního postavení ve společnosti, pokud by daný zákrok nepodstoupil.

Pokud na tuhle operaci nepůjdu, tak budu mít vždycky v tý občance to f, v tom rodným čísle, tu pětku na tom třetím místě, nebudu se moct oženit, nebudu mít vlastně spoustu práv, který bych jako mít chtěl a měl.

Zároveň je z jeho odpovědí patrné, že v roli „vzorného pacienta“ postupoval podle standardního scénáře, i přestože s některými jeho podmínkami ne zcela souhlasil.

Na začátku sem chtěl vlastně všechno a hned (...) Vnitřně jsem s tím nebyl jako úplně ztotožněnej...s tou operací, ale bral sem to jako nějaký nutný zlo.

Lékařka mu zjednala komisi, kterou prošel a objednal se na konkrétní termín operace. Impulzem pro zrušení plánovaného zákroku byl požadavek nemocnice, aby si Tomáš zaplatil nadstandardní pokoj s tím, že ho není možné umístit mezi ženy na gynekologicko-porodnické oddělení. Tomášův vztek na systém, který ho vylučuje, ho motivoval k přemýšlení o zákroku kritickým způsobem. Pocit, že bude vždy sociálně vylučován, přebil i prvotní představu, že mu změna úředního *pohlaví* pomůže v dosažení legitimní identity.

I kdybych jako nakrásně podstoupil tu kastraci, (...) tak stejně nikdy nebudu naplňovat to očekávání tý společnosti, jak jako má ten muž vypadat, takže jako celej život mě někdo bude někam šoupat, jakože na nadstandard, jako že mimo? Vyřazovat?

Navíc Tomáš nikdy reálně neuvažoval o rekonstrukci penisu (především z důvodu nefunkčnosti neopenisu a dosavadního uspokojivého sexuálního života), přestože ve svých představách toužil mít penis od narození. Sám reflektuje nejasnost příčin tohoto skrytého přání.

Teď zase nevím, do jaký míry je to skutečně jako mý přání ten penis mít, do jaký míry je to vliv tý společnosti a očekávání toho, jak ten muž má vypadat a očekávání i těch lidí okolo.

Do budoucna zatím Tomáš neuvažuje o „*kastraci*“, vidí potenciální motiv pouze ve zdravotních komplikacích, přičemž je současně skeptický k informacím o různých rizicích při ponechání reprodukčních orgánů, které jsou mu podávány, a považuje je za nepodložené.

Tomáš je schopný hluboké sebereflexe a uvědomuje si, že na jeho rozhodování o těle mají hlavní vliv sociální normy. K tomuto poznání došel nejspíš také tím, že se začal zajímat o sociálně-konstruktivistický výklad trans-identit, který ho vedl ke kritickému uvažování nad tím, jak jsou jeho přání a touhy společensky konstruované.

…Tak jsem si uvědomil, že spoustu těch věcí člověku podsouvá ta společnost, že jo. Že vlastně já bych de facto nemusel na svým těle měnit vůbec nic a mohl bych se cejtit nebo mohl bych vystupovat tak, jak vystupuju teď.

3. Tomáš a vztahy s lidmi

a) Hodnota sociálního přijetí

Když Tomáš hovoří o třídním kolektivu na základní a střední škole, opakovaně upozorňuje na svou *„jinakost“* jako na příčinu sociálního vylučování. Na základní škole byl podle svých slov označen za *„šprta“*. O prvním stupni ještě nehovoří v souvislosti s genderovou nekonformitou, ta začala ovlivňovat jeho pocit sociálního nepřijetí až později, v období puberty. Když měl možnost jít po páté třídě na osmileté gymnázium, kvůli obavám z nepřijetí novým kolektivem, zůstal raději na základní škole, kde byl již zvyklý a cítil se alespoň *„tak nějak akceptovaný“*.

Ani na střední škole si nepřipadal, že by byl součástí třídy a nedokázal se dostat ani do žádné podskupiny. Zdá se, že ho obava z odmítnutí odrazovala v navazování kontaktů s vrstevníky.

Vlastně já jsem vstupoval do již existujících skupin, oni už si to přinesli z tý základky takže jsem tam byl takovej jako osamocenej.

Tomáš neměl nikdy během školních let žádného nejlepšího kamaráda nebo kamarádku. Hovoří o strachu upnout se na jednoho člověka, kterého by mohl ztratit.

Takhle, já jsem se bál se někomu přiblížit a někoho si pustit k tělu tak, aby jemu hodně záleželo na mně a mně na něm, protože jsem věděl, že, nebo bál jsem se toho, že mě ten člověk opustí.

Tato nejistota v navazování výlučných vztahů může pramenit ze zkušeností uvnitř rodiny, o které Tomáš hovoří velmi málo a téma po chvilce odvádí jinam. Z rozhovoru není jasné, zda zdrojem složitých vztahů byla/je Tomášova genderová identita, nebo mají jinou příčinu.

My jsme třeba měli s našima poměrně složitej vztah, jako s rodičema, já mam mladšího bráchu ještě. A nevím. Ono je to takový zvláštní, takže možná i tím, že jsem neměl úplně nějakej jako základ toho, jak ty vztahy mají optimálně fungovat v tý rodině.

V určitém období se Tomáš cítil odlišný, nepřijatý a osamělý a utíkal do fantazijního života. Sám o sobě ale hovoří jako o společenském člověku, který má rád kolem sebe lidi.

Toto sociální stažení se zásadně proměnilo, když se rozhodl pro coming-out. Zveřejnění své identity s sebou přineslo vlnu sebevědomí a intenzivní potřeby odžívat si do té doby tajná přání.

Tak to bylo období, kdy jsem, já nevím, strašně se změnil z toho jako introverta úplně jako na extroverta. Se všema lidma jsem se začal o tom bavit, byla to taková, nevím, jak kdyby se prolomila nějaká jako hráz, přehrada a všechno to, co prostě ve mně bylo za ty léta nahromaděný, tak se tak jako vyvalilo ven.

O tom, jak Tomáš informoval lidi o své identitě, hovoří věcně a chronologicky. Nejdříve se svěřil lidem, u kterých očekával, že jej přijmou. Jednalo se o nejlepší kamarádku a spolubydlící. Z jejich respektujícího postoje získával potřebnou sebejistotu pro to, aby svůj coming-out rozšířil na další blízké lidi, jejichž reakcí se obával. O tom, jak informaci přijali rodiče, mluví stručně s tím, že „*to přijetí nebylo jako optimální“*.

Sociální přijetí (potvrzení) Tomášovi identity jakožto faktu pro něj představuje důležité ujištění, že v kýžené sociální roli funguje a může se případně rozhodnout pro razantnější změny.

Tak ono jako je to spíš podle mě psychologickej moment. V momentě, kdy to řekneš a kdy máš první lidi, který respektujou, že jseš tím, kým se cejtíš bejt a začnou na tebe mluvit taky v mužským rodě, tak todle hodně pomáhá, pak vlastně člověk začíná poměrně brzo brát jako nějaký hormony.

Zajímavé je také téma přijetí ostatními trans-lidmi. Když Tomáš mluví o trans-skupinách, na které docházel, je patrné, že sám sebe řadil spíše k té nekonformní části z nich. Někdy hovoří o pocitech, které by se dali přirovnat k menšině uvnitř menšiny. Většina trans-lidí, stejně a někdy možná i více než cisgender lidé, se přizpůsobuje normám genderového řádu. Tomáš tyto normy v určitých směrech překračuje (například odmítá operativní přeměnu, takže má původní úřední *pohlaví*), čímž na sebe v podstatě upozorňuje a setkává se i z řad trans-lidí s odmítavými reakcemi na jeho postoje nabourávající stereotypy.

Zároveň když já se nějak jako vymezuju vůči zbytku tý trans-komunity, tak se jako objevujou takový jako názory, že kvůli mně na nás zbytek světa pohlíží jako skrz prsty, že kvůli lidem jako sem já, kvůli lidem, který se prostě rozhodnou, přestože vystupujou v mužský roli a mají fousy, rozhodnou mít jako děti a sou těhotný, tak kvůli těmto lidem prostě my jsme jako divný.

b) Partnerství a sexualita

Tomáš se domnívá, že začal prožívat partnerské vztahy později než jeho vrstevníci. V období adolescence byl uzavřený do sebe a svých představ. Až v pozdějším období, někdy po dvacátém roce, navázal milostný vztah, kde vystupoval v maskulinní roli a se svou partnerkou vychovával dítě, které měla z předchozího partnerství. O tom, proč vztah nevydržel, Tomáš nehovoří. Zato mluví o obavách z rodičovství, které ho na jednu stranu fascinuje, ale na druhou stranu ho děsí zodpovědnost, kterou si výchova dítěte žádá. Vzhledem k tomu, jakým způsobem mluvil (viz výše) o vztazích s rodiči, jeho obavy mohou pramenit z vlastní zkušenosti s rolí dítěte.

Tak když si uvědomím, jak zásadním způsobem ovlivňuju život prostě dítěte, který vychovávám, to mi přijde jako děsivý, že cokoliv prostě, co mu dovolím, co mu zakážu, co mu řeknu a co mu neřeknu, prostě tak, tak strašně moc ovlivňuje to, jak dál bude žít ten svůj život, to mi přijde šílený.

I přes existující zdrženlivost v navazování hlubokých vztahů s jednotlivými lidmi si Tomáš přeje zažívat jistotu a přijetí v partnerském vztahu

Rád bych prostě měl někoho, s kým můžu bejt a kdo bude se mnou …, někoho na koho se můžu jako spolehnout.

Tomáš nechce prodělat přeměnu genitálií, odmítá neopenis a uvědomuje si, že jeho tělo může vzbuzovat v potenciální partnerce různé pocity od fascinace až po odmítání něčeho, co jde mimo normu.

…Kdy mam partnerku nějakou,…tak je to chtě nechtě pro ní jiný, možná divný, možná zvláštní, možná to může bejt pro ní i zajímavý, ale ne vždycky, že jo.

Co se týče sexuálních preferencí, Tomáš zatím navazoval partnerské vztahy pouze se ženami. Vyhýbá se tomu, aby nahlížel na ženy jako na *„sexuální objekt"*, jelikož je mu to z nějakého důvodu nepříjemné. Neodmítá ale ani to, že by měl v budoucnu vztah s mužem, když ale hovoří o mužích, objevuje se spíše, než sexualizovaný pohled, tendence k identifikaci.

Když se koukám na muže, tak to není tak, že by mě jako sexuálně přitahovali a koukám se na ně spíš kvůli tomu, že v uvozovkách jim závidím, jak jako vypadaj a říkám si, že takhle bych mohl taky jako jednou vypadat.

4. Tomáš a genderový řád

a) Reflexe genderového řádu

Tomáš silně vnímá společenské stereotypy a normy, a kriticky reflektuje genderový řád. Osobně se snaží nenahlížet na sociální realitu skrze dichotomizující optiku. Sám sebe také odmítá zařazovat do genderových kategorií a to kromě tradičních pojmů muž-žena, ani do alternativních queer termínů.

Až postupem času, co jsem začal zjišťovat nějaký informace, číst, bavit se s těma lidma, tak jsem zjistil, že ten svět není takhle jako, že rozdělenej čárou buď, anebo. Ale že je spousta jako nějakejch mezi.

Je možné domnívat se, že citlivost na „škatulkování" souvisí i s obdobím, kdy bylo na Tomáše nahlíženo na základní škole jako na šprta a i přes jeho snahu o sejmutí této

nálepky (např. tím, že se snažil *„realizovat různý průšvihy“*), k němu okolí přistupovalo s předsudky.

…Když o tom člověk pak nějak jako uvažuje, tak zjistí, že ho ta škatulka strašně svazuje.

Tomáš nahlíží na jevy jakoby prostřednictvím sociálního konstruktivismu. Na základě specifické životní zkušenosti trans-člověka, jehož sebeidentifikace je v rozporu se socializovanou genderovou rolí, relativizuje stálost psychických aspektů, které jsou obecně považovány za neměnné. Do sebereflexe zahrnuje kulturní a společenský kontext.

Jako v momentě, kdy uvažuju o sobě, musím vždycky uvažovat o tom světě kolem, protože já nežiju v nějaký jako bublině, ve který jde ty věci realizovat beze zbytku světa (…) Já si fakt myslím, že, ani identita, ani sexualita, nejsou jako konečnej stav v jednom jako bodě, ale že to je spíš nějakej proces, jo?

Tomáš se setkává se sankcemi za vybočení z norem genderového řádu. Takovou zkušenost ilustruje na vyjednávání pobytu v nemocnici, kdy ho personál odmítal umístit na oddělení pro ženy, jelikož, i přesto, že měl „ženské doklady“, z jejich hlediska neměl dostatečně přesvědčivý femininní vzhled. Jedná se o jakýsi kruh, kdy u Tomáše sociální vyloučení posiluje pocit genderové nekonformity, která vede zase k pocitům, že stojí někde mimo tradičně (genderově) nastavenou společnost.

…Vlastně jsem si uvědomil to, že se pohybuju jako někde mimo ty dvě kategorie muž a žena, jakože chtě nechtě, jo?

b) Způsoby performování genderové identity

Jak Tomáš říká, již od dětství byl rád, když ho lidé označovali za kluka. Svou genderovou identitu performoval z počátku pouze skrze atributy, které nebyly na první pohled zřejmé, například nosil *„pánské spodní prádlo“*.

Významným prostředkem, jak vyloučit ze své prezentace femininitu, bylo přizpůsobit se maskulinitě jazykem. I přesto bylo pro Tomáše náročné nahradit ženský rod za mužský. K internalizaci tohoto atributu maskulinní role docházelo pomaleji. V této fázi

se ještě cítil nejistě a bál se odhalení. Podobně zásadní změnu, na kterou si musel déle zvykat, přineslo také jméno, když si jej nechal úředně změnit na genderově neutrální.

Ale stejně to bylo jako, nějakou dobu to trvalo, než si člověk zvykne na to svoje nový jméno, než na něj slyší, když na něj lidi volaj, než začne fakt jako mluvit v mužským rodě, protože nejdřív hledá různý jako kličky, jak se tomu příčestí minulýmu jako vyhnout. N, často se přeříkává, snaží se prostě opravit, což působí ještě víc nápadně, než kdyby prostě to přešel.

Veřejné performování maskulinní identity v sobě neslo také sebevědomější vystupování.

Do tý doby mě jako na tom dámským záchodě akceptovali, protože jsem se tam jenom mihnul jako takovej stín, kterej se snaží jako nebejt vidět, zatímco teď jsem tam napochodoval tak jako: ´tak jsem tady!´(směje se). A úplně bylo vidět, že oni říkali: ´Hej, co ten tady jako dělá na tom záchodě s náma?´

Jelikož Tomáš dále při vzpomínání na zkušenost z toalet hovoří o tom, že se ještě bál jít na pánský záchod, lze předpokládat, že začátky maskulinní prezentace a ověřování její úspěšnosti se vázaly více na to, že byl odmítán v „ženském prostředí" jako někdo, kdo tam nepatří, spíš, než že by byl okamžitě přijat jako legitimní člen „mužské společnosti".

Co se týče těla, zásadním atributem maskulinity jsou pro Tomáše vousy.

Protože, kdybych měl prostě jako prsa, nebo ty prsa, který jsem měl, což úplně jako velký prsa nebyly, a zároveň bych měl tadyty fousy, tak si myslím, že by mě stejně vnímali jako, na první pohled by mě stoprocentně vnímali jako muže.

Může si dovolit delší vlasy, které v kombinaci s vousy nenarušují maskulinní vzhled. Dlouhé vlasy navíc byly součástí Tomášovy identity odjakživa. Nevnímá je jako genderově specifické.

Myslím si, že i kdybych se narodil jako do mužskýho těla a měl bych tu svojí duši, nebo já nevím, jak to nazvat, prostě to svoje jako vědomí a vyvíjel bych se nějak, tak bych stejně ty dlouhý vlasy chtěl.

5. Tomáš a legislativa

a) Postoj k legislativním podmínkám souvisejícím s přeměnou *pohlaví*

Tomáš vnímá současné legislativní normy jako kontrolní mechanismus. Hovoří o neprůchodnosti zákona vyžadujícího kastraci pro úřední změnu *pohlaví.* Tato úprava je pro něj nevyhovující a vidí jiné varianty, které by více nasedaly na potřeby trans-lidí.

Za prvé hledá řešení v rozdělení stávajícího procesu na dílčí části, přičemž změna *pohlaví* na úřední úrovni by nevyžadovala žádné úpravy těla. Současně by zachoval hrazení zákroků z veřejného pojištění pro ty, kteří by je vyžadovali.

To znamená, že člověk, kterej chce podstoupit jenom, řekněme tu formální změnu, a vůbec mu nic na jeho těle nevadí, nebo vadí jenom něco, tak by si změnil jméno, a příjmení a rodný číslo a tu značku v kolonce pohlaví a mohl by si dál žít, tak jak chce.

Když ale přemýšlí o tom, že sám nezapadá ani do jedné z kolonek (F/M), napadá ho, že by mu vyhovovalo, kdyby se od identifikátorů *pohlaví* zcela upustilo. I přesto, že se prezentuje v maskulinní roli, zdůrazňuje především svou individualitu oproštěnou od nějaké *pohlavní* příslušnosti. Nejspíš je ale tento požadavek veden faktem, že Tomášovi doklady prozrazují jeho trans-identitu.

...Nevím, proč tam jako musej bejt, si myslím, že mý jméno a přímení a datum narození je dostatečný jako k tomu, aby zjistili, kdo jsem, jako že já jsem nějaká jako v tom smyslu, že jsem jako jedinečná osobnost.

Jako další znevýhodnění, které je produktem legislativních předpisů, identifikuje existenci dvou forem sociálních institucí, které nejsou z hlediska práv rovnocenné – manželství a registrované partnerství, které jsou opět založené na binárním genderovém dělení.

...Aby prostě lidi, který se budou chtít vdát, nebo oženit, aby to mohli dělat bez ohledu na to, jestli je jejich partner stejnýho nebo jinýho nebo žádnýho pohlaví a stejně tak lidi, který se budou chtít jenom registrovat...

I když podle Tomáše jsou zákonné úpravy diskriminující a v různých ohledech jdou zcela proti potřebám trans-lidí, nejnutnější změnu zasazuje do kontextu celospolečenského

uvažování. Přál by si, aby byly otázky trans-identit tematizované ve veřejném prostoru a společnost by uznala nutnost změnit legislativu související s trans-lidmi, aniž by se cítila těmito změnami nějak ohrožená.

Myslím si, že obráceně by to skoro bylo lepší, když o tom ty lidi začnou sami uvažovat a řeknou, ty jo jako jo, na tom něco je, proč prostě, dyť to nikomu vlastně nevadí…

2.2.2 Andy

Andymu[25] je 25 let, studuje společensko-vědní obor na vysoké škole. Přeměnu započal před více než třemi lety.

1. Andy a medicínský diskurz

a) Postoj k diagnóze „transsexulity“

Andy se k transsexualitě jakožto diagnostickému fenoménu staví silně kriticky. Při těchto otázkách je na něm patrné rozhořčení, ve kterém přináší smršť argumentů, proč je pro něj chápání transsexuality jako zdravotní diagnózy problematické.

Jednou z věcí, která Andymu vadí, je to, že je transsexualita vnímána jako duševní *porucha*.

To je vlastně ta tragédie podle mě toho diskurzu transsexuality, že se snaží z toho udělat problém prostě jednotlivce, že jo. Totální dekontextualizace a tlačí to do toho patologična, do tý nemoci.

Druhý problém Andy vidí v tom, že diagnóza je *„škatulka“*, ke které se váží různé stereotypy. Odmítá standardní diagnostická kritéria, o kterých je uvažováno jako o běžných projevech transsexuality. Hovoří například o bodu, který se týká odporu k vlastním genitáliím a touze po jejich změně, se kterým se sám neztotožňuje.

Prostě to mě tak štve, ty jo, jestli by se mě někdo zeptal, jaká pověra ohledně transgenderu lomeno transsexuality mě štve ze všeho nejvíc, tak je to prostě ta představa, že je to o genitáliích, jo, a ne o nějaký identitě.

[25] Jméno anonymizované.

Účel transsexuality chápané jako *duševní porucha* vidí v tendenci normalizovat genderově nekonformní projevy.

No, ten mocenskej nástroj, kterým se prostě tady policajtuje gender. V podstatě to je jako škatulka, do který určitý lidi, kteří si teda měli příležitost to tady definovat podle svého, tak se snažej každýho napasovat.

Andy cítí tlak, který je na trans-člověka vyvíjen, aby naplňoval příslušná kritéria a tím se mu dostalo potřebné „péče". I přesto, že mluví obecně o „člověku", dá se předpokládat, že hovoří z vlastní zkušenosti.

No, a když člověk do tý transsexuality nespadá, tak v podstatě u nich nemá zastání, že jo.

Má pocit, že ten, kdo nezapadá do kategorie *transsexuality*, je z medicínského hlediska jakousi *„černou ovcí"*, přičemž problém nevidí v nestereotypním trans-člověku, ale ve stereotypní kategorii.

Když do nich nesedíš, tak ty jseš ten problém, jo, ne ty kategorie. To je přesně, prostě celej ten problém je v tom, že oni, když jim nesedí teorie, tak měněj fakta, místo naopak. Když mi neseděj fakta, musím změnit teorii.

Sám sebe rozhodně nepovažuje za „transsexuála" a na toto označení je citlivý. Kromě toho, že je pro něj patologizující, zároveň vychází z binárního vnímání genderových identit, s čímž Andy nesouhlasí. Pokud si má pro sebe zvolit termín, který by nějakým způsobem nejblíže vyjadřoval jeho genderovou identitu, byl by to pojem *gender-queer* nebo *trans** („trans s hvězdičkou" je pro něj přijatelnější tím, že *„zahrnuje všechny ty nebinární identity"*).

Takže kdyby mě jako někdo řekl, jo, tak použijte nějakej termín, kterej jako spíš lidi znají, tak teda asi řeknu trans nebo transgender, ale když mě někdo jako řekne vysloveně, vyber si teda termín úplně, jak chceš, tak spíš řeknu ten gender-queer, protože to má prostě jako tu, ten důraz na to, že tam je taky něco jinýho než M nebo F.

b) Zkušenosti se sexuologickou péčí

Andy navštívil poprvé sexuologa před více než pěti lety. O lékaři věděl, že se angažuje v záležitostech ohledně LGBT komunity, což pro něj bylo důležité a bylo to důvodem, proč si vybral právě tohoto odborníka. Při první konzultaci chtěl zjistit, jaké

možnosti přeměny by mohl využít, lékař mu podle jeho slov sdělil, jaké jsou standardní postupy (operativní přeměna *pohlaví*), z čehož byl Andy rozhořčený a další sexuologickou péči odmítl (Andy se vždy rozohní, když přijde téma sterilizace jako jediné možnosti k úřední změně *pohlaví*).

No, prostě si tak jenom, že jo, o tom zjistit, jak to teda probíhá, jaký jsou možnosti, a když mi řekl, jak to jako většinou probíhá, tak mě to tak nasralo, že jsem tam pak přišel až v roce 2011.

V období mezi první a druhou návštěvou se Andy snažil procházet (vystupovat v maskulinní roli) bez využívání služeb medicíny (a také bez změny jména). Po několika letech se ale z důvodu ne zcela snadného zapojení v kýžené genderové roli dostavila potřeba změny, kterou by mu poskytla hormonální substituce. Zdá se, že za tu dobu, co odmítal lékařskou péči, přijal fakt, že se musí podřídit systému s tím, že měl již jasnou představu, čeho chce u sexuologa docílit.

Po další návštěvě se s lékařem dohodl na umožnění testosteronové terapie. Ještě před nasazením léků ale musel podstoupit psychologické vyšetření. O tomto vyšetření Andy vypráví se značným despektem. Test inteligence považuje za zbytečný a omezující, a ostatní metody (Kresba lidské postavy a osobnostní dotazník) se mu zdály o ničem nevypovídající a průhledné.

… A bylo hrozně jasný prostě jako přijít na to, co z toho, jako, když odpovím takhle, tak to bude vycházet jako typická maskulinita, a když odpovím takhle, tak to bude vycházet jako typická feminita. To bylo tak jasný, jo. Takže tam člověk samozřejmě namastil to, aby ho nechali projít.

Opět se vrací ke „škatulkám“, když kritizuje přístup psychologa, od kterého nepociťoval dostatečný zájem o jeho identitu, ale spíš tendenci napasovat ho do transsexuální kategorie. Dokonce došlo ke konfrontaci názorů, kdy se Andy snažil přesvědčit psychologa o existenci bisexuality (ve smyslu jiné sexuální orientace než pouze hetero nebo homosexuální).

Pak jsme se teda pohádali o tom, jestli bisexualita existuje nebo neexistuje. On mě pak teda nakonec nechal, ale bylo vidět, že teda jeho názor se nezměnil, samozřejmě. Jo, ale přestal mě teda prudit po asi deseti minutách tý debaty.

Sexuologickou péči chápe Andy jako určitý soubor překážek a testování, přes které musí člověk projít, aby se mu dostalo toho, co potřebuje. Toto komplikování cesty za potřebnou péčí pojmenovává jako *„gate-keeping“*. První *„gate-keeper“* je úvodní sexuologické vyšetření, jako druhá *„brána“* funguje podle Andyho psychologické testování, třetí *„gate-keeper“* je následný návrat k sexuologovi/sexuoložce a poslední *„branou“* trans-člověk prochází, když absolvuje tělesné vyšetření.

Jenom aby to bylo co nejvíc obšancovaný, to je jedinej důvod, proč to tam je.

Za celou dobu, co navštěvuje sexuologa, tak nemá pocit, že by se odehrávala nějaká psychoterapie. Setkání, která se nyní odehrávají jednou za tři měsíce a trvají nejdéle půl hodiny, bere spíše jako formalitu. O trans-skupinách nehovoří.

Takže teďka se mě jako formálně zeptá na to, jestli se jako zdravotně cejtím dobře a tak (…) Prostě já tam jednou za tři měsíce přijdu, protože potřebuju doplnit ten testosteron a to je vlastně všechno, co já od něj jako chci formálně.

c) Terapeutický vztah

Sexuolog, ke kterému Andy již od začátku chodí, si jeho prvotní důvěru získal ještě před první návštěvou a to tím, že se zajímá o problematiku práv LGBT lidí.

Andy na něm oceňuje to, že jej dokázal psychicky podpořit už při první konzultaci, během které byl z toho, co se o procesu přeměny dozvěděl, velmi zklamaný a zdrcený. Bylo pro něj pravděpodobně určitým prostředkem podpory to, že mu lékař vymezil, co pro něj může udělat, kdyby se rozhodl, že o to má zájem (např. zprostředkování testosteronu).

…Pak teda jako se mě snažil psychicky tak jako podpořit, že mi řekl, že i kdyby mi teda neseděly všecky ty papíry, tak to neznamená, že tomu musím podřídit celej život. Jo, že byl takhle jako už tenkrát dost jako hodnej, se mi až zdálo, že prostě se fakt snažil nějakým způsobem mně to psychicky aspoň jako usnadnit.

Zdá se, že Andy svého lékaře určitým způsobem „vyviňuje“ z odpovědnosti medicínského diskurzu, který jinak urputně kritizuje.

Takže jako on individuálně, si fakt myslím, že tohleto zlo nečiní, zase na druhou stranu jako nemůže změnit ten diskurz, kterej tady obecně v tý medicíně je.

Jeho lékař pro něj představuje jedinou záštitu v moři neakceptovatelných sexuologických přístupů ostatních sexuologů/sexuoložek.

Takže jako ono se to rozkřiklo podle mě, že on je jako jedinej, kterej se nesnaží, nebo jako jedinej známej, a jako nechci říkat, že stoprocentně vím, že všichni ostatní jsou na prd, jo, ale ty jako ty ostatní velký jména, vím, že jsou tak jako v porovnání s ním na nic, no.

U Andyho si lékař získal důvěru především partnerskými dialogy a respektem vůči jeho postojům. Andy nepociťuje ze strany svého doktora žádný tlak, který by ovlivňoval jeho rozhodování o průběhu terapie, což se ukazuje jako jeden ze zásadních zdrojů důvěry na Andyho straně.

…Tak jsme se dohodli, že to prostě jako vyzkoušíme, a on od tý doby je úplně, úplně v poho, do ničeho mě netlačí, jo. Ví prostě, že já mam ten a ten názor a že jako pokud s tím nic neudělá, tak mi ho nemůže rozmlouvat.

Důležitá je pro Andyho také názorová shoda, nebo alespoň to, že s ním lékař nejde do střetu.

Takže v podstatě jako on názorově vůbec jako není proti mně v nějaký opozici, případně mi to nedává nijak najevo, že by byl.

2. Andy a jeho tělo

a) Vývoj vztahu ke svému tělu

Andy nehovoří o žádném odmítání vlastního těla v dětství. Ve svém vyprávění se soustředí na období dospělosti, kdy začal o svém těle více přemýšlet a zasazovat jeho význam do sociálního kontextu.

Přes dva roky užívá testosteron a s tím, jak ovlivnila hormonální terapie jeho tělo, je spokojený.

No, takže jako teďka já jsem s tím tělem úplně v pohodě.

Změny nastalé v důsledku užívání testosteronu vnímá jako probuzený potenciál jeho tělu vlastní, nikoli jako objevení se něčeho nového.

A zas si myslím, že ten testosteron jako neudělal nic, co by v tom těle nebylo už nějakým způsobem naznačený. Já třeba odjakživa nemam skoro žádnej hrudník a skoro žádný boky,

takže ten testosteron v podstatě se říká, že jako změní distribuci, já nevím, tuku v těle, že jo, ale mě v podstatě to tak jako jenom doladilo jo.

Zároveň uvažuje o viditelném znaku „femininity“, jímž jsou vyvinutá prsa, jako o atributu, který jemu samému subjektivně nepřináší nepříjemné pocity, ale spíše se obává sociální odezvy, která by mu mohla být nepříjemná, a která by ho mohla tlačit do změn.

Kdežto tady jako jasně vidíme, že mně vůbec nevadí, jak ten hrudník teďka mám na tom testosteronu, ale že prostě ta společnost vytváří klima, ve kterým já mám pocit, že by mi to vadit mělo.

Hormonální terapie Andyho svými výsledky potěšila. Jako úlevu bere to, že přestal menstruovat a jako příjemný benefit vnímá zvětšení klitorisu a zvýšení jeho citlivosti, které vychází z možností vlastního těla. Lze říci, že se jeho genitálie vzdálily „ženské“ podobě a přiblížily té „mužské“, což byl jejich „skrytý“ potenciál. Lze uvažovat, že hormonální zásahy považuje pouze za podpoření toho, co je přirozené, nikoli jako umělý zásah (což je pro něj chirurgický zákrok). Zároveň se ale důrazně vymezuje vůči tomu, že by pro něj byla důležitá sama velikost genitálu.

Mně v podstatě ani nejde tolik o tu velikost samu o sobě jako spíš o to, že prostě to tělo to tak jako umí. Že nepotřebuje žádný jako chirurgický zásahy na to, abys změnila něco, co lidi berou jako totálně neměnný.

Ke svým genitáliím nikdy necítil odpor, naopak podle svých slov již od dětství masturboval, což považoval za aktivitu přinášející mu příjemný pocit. Jelikož hovoří o masturbaci v dětství jako o něčem, co neobsahovalo primárně sexuální náboj, lze uvažovat, že se prostřednictvím sebeuspokojování Andy uvolňoval a zbavoval napětí.

A pro mě je to prostě takový jako self-care.

O penisu mluví tak, že ho nepotřebuje, když má vlastní funkční orgán, se kterým je subjektivně ztotožněn a spokojen. V partnerském vztahu vyžaduje, aby byl respektován ve své identitě a tělem, jaké má.

Pro mě to jako fakt není podstatný, pro mě jediný, co je u těch genitálií podstatný, je, jestli jsou nějakým způsobem pro tebe funkční a jestli se s nima dát užít nějaká zábava, že jo.

Andy v současné době odmítá chirurgické odstranění reprodukčních orgánů přesto, že neplánuje počít vlastní dítě. Sterilizaci nyní považuje za zbytečný zákrok (viz dále).

b) Zdroje motivace ke změnám těla

Andy důkladně zvažoval, zda započne substituční hormonální terapii. Nacházel informace týkající se nejrůznějších zdravotních rizik. Po několika letech se rozhodl testosteron užívat a nyní to reflektuje tak, že se nestalo *„žádný drama“*, jehož se předtím obával.

Důvodem pro toto rozhodnutí bylo podle Andyho v podstatě otestovat účinky hormonů na jeho tělo s tím, že je možné terapii přerušit.

No, a v podstatě to rozhodnutí pro mě, co mě k tomu asi rozhoupalo, bylo opravdu, musím to zkusit, ať vidím, jaký to je a když se mi to jo nebude líbit, tak můžu vždycky přestat, že jo. V podstatě já si furt říkám, že kdyby mně to přestalo vyhovovat, tak můžu přestat.

Motiv testování změn (v oblasti hlasu, distribuce tuku v těle a vlasů, vousů) v sobě ovšem nese silný vliv sociálního prostředí a genderového řádu. Andy v rozhovoru přiznává tlak prostředí, jehož se chtěl pomocí hormonální substituce zbavit.

Ale co mně předtím vadilo, bylo, že mě prostě lidi bez výjimky škatulkovali do tý škatulky, která mně vyhovovala míň. Takže jestli to mělo nějakej sociální náboj, tak tenhleten.

K omezení nesprávného rozpoznávání okolím měly přispět změny, jako je například snížení hlasu nebo posunutí vlasové hranice na čele. Poklesnutí hlasové polohy Andymu ulehčilo pohyb v sociálním prostoru, jelikož se přestal v tomto ohledu kontrolovat.

I přesto, že se Andy brání tomu, aby na jeho rozhodování o změnách svého těla měly zásadní vliv sociální normy, připouští jejich sílu a potenciální podlehnutí.

Bylo by prostě jednodušší moct jít na to koupaliště, že jo, a moct to vůbec nehlídat, ale v podstatě to je jenom teďka sociální dimenze. Tak říkám jedině, že by se mi změnil jako hodnotovej žebříček v tom, že by mně ta sociální dimenze začala připadat důležitější.

Když přemýšlí o potenciálních příčinách, proč by podstoupil odstranění reprodukčních orgánů, hovoří jedině o možných zdravotních komplikacích. Opět se ale dostavuje odmítání zákroku z důvodu jakýchkoli nařízení (tedy jakéhokoli tlaku

společenských norem). Objevuje se tak důležitost sociálních norem, ovšem ve smyslu určité potřeby vymezit se proti nim (motiv rebelie vůči genderovému řádu).

Zase prostě kdo řekl, že nemůžeš mít vaječníky, když tohle a tamto. Jenom zase nějakej preskriptivní diskurz, takže vlastně jako v tuhletu chvíli mě neobtěžujou, kdyby někdy jako bylo nějaký zdravotní riziko spojený s nima, tak si řeknu jo, tak jako prevenci prostě.

V odmítavém postoji k zákroku rekonstrukce penisu se opět objevuje potřeba vymezovat se proti normativitě genderového řádu.

...Pro mě není vůbec důležitá nějaká normativní maskulinita a nějaký normativní pojetí těla.

3. Andy a vztahy s lidmi

a) Hodnota sociálního přijetí

Pro Andyho je sociální přijetí důležitou determinantou jeho životní spokojenosti. I když občas mluví o jednotlivcích, vše nakonec vztahuje do celospolečenského kontextu. Necítí se ve společnosti svobodně. Třeba by se rád oblékal podle nálady a klidně by nosil i sukni. Ale má pocit, že by se tak vystavil posměchu, kterým by trpěl. Zajímavé je povšimnout si ambivalence v tom, že Andy sice trpí vylučováním v důsledku nekonformity vůči normám, ale zároveň vědomě tyto normy porušuje.

T: Čeho se bojíš?

A: No toho, že třeba bys že jo narazila na nějakýho blbce, kterej by si z tebe kvůli tomu dělal srandu, protože jako to nemáš nosit.

Druzí lidé pro něj představují potenciální nebezpečí v tom, že ho budou kriticky posuzovat. Cítí se být pod tlakem sociálních norem, se kterými by na jednu stranu rád bojoval, ale na druhou je to nad jeho duševní kapacitu.

Když si tě nemůžou okamžitě zaškatulkovat, tak tě jakoby nenechávaj bejt a máš pocit, že tě prostě hrozně souděj, jo, že prostě tě furt jako poměřujou. Takže vlastně jako v rámci toho veřejnýho prostoru je mnohem jednodušší a mnohem jako míň stresující, když si tě zařaděj, jo.

Andy citlivě vnímá sociální vylučování a nepřijetí, a jako obranu před reakcemi, které by ho zklamaly, při zvažování toho, koho si pustí k sobě blíž, se staví do nekompromisní role. Zdá se, že pro jeho sebepřijetí je důležité, aby si byl jistý, že jeho postoj je ten správný a nijak ho nediskutoval s lidmi, kteří jsou názorově proti.

A jako já jsem člověk, kterej si docela vybírá i mezi prostě přáteli. Jo, fakt že, když by někdo měl nějaký bigotní názory, tak já s ním prostě nechci mít nic společnýho.

Komplikovaný vztah má se svou sestrou, která je právě jednou z osob, jejichž názory se Andyho dotýkají. Od své sestry nepociťuje přijetí a respekt, ale ani zde Andy neslevuje ze svých nároků na shodu v postojích a důrazně demonstruje nezájem o kontakt s ní.

Koneckonců, že jo, i když jsou nějaký příbuzný, že jo, jako mam bohužel s tou svojí ségrou, který mají názory, který mi prostě nevyhovujou, tak já se nebudu nutit se s nima bavit jenom proto, že jako by se to mělo.

O přijetí rodiči Andy nehovoří, více mluví o lidech obecně jako o společnosti. Pouze zmiňuje, že v dětství byl nějakým způsobem veden k naplnění genderových očekávání, ale tento vliv přisuzuje spíše škole než rodičům. Když mluví o rodičích, tak v souvislosti s tím, že ho vychovávali k určitému multi-kulturnímu cítění.

Během toho dospívání, tak jako rodiče, ne že by to policajtovali, ale prostě ve škole se něco očekávalo a že jo, jsou takový ty skvělý akce jako taneční a podobný.

Andy těžce nese, když je o něm stereotypně uvažováno jako o „transsexuálovi".

Jak oni prostě řeknou ´jo, to je ten transsexuál´ a už prostě jedou v těch svejch blbostech, že jo. To mně hrozně vadí.

Kromě toho, že se bojí předsudků spojených s transsexualitou, skrze které by na něj mohlo být pohlíženo, také ho mrzí, když je jeho osobnost redukována pouze na to, že je *trans*.

…U těch lidí, který jsou v tý normativní skupině, že jsou braný automaticky jako prostě celý člověk a ty ostatní, který prostě nějakým způsobem vybočujou, tak jsou jakoby zredukovaný na ten jeden aspekt.

Z celého rozhovoru je patrná Andyho touha po respektu a uznání, které se snaží získat skrze demonstrování svých intelektových a jazykových schopností a znalostí.

Je ti kolem těch dvaceti, teďka jako máš minimálně dva jazyky plynně, jo, umíš prostě spoustu jinejch věcí, který jiný neuměj, a máš pocit, že nemáš perspektivu, jo. To je teda strašnej jako záhul.

To, že se cítí ve svých schopnostech nedoceněn, souvisí s pocity určité sociální méněcennosti.

Já prostě fakt mam pocit, že jsem tady občanem druhý kategorie.

Má strach ze společenského znevýhodnění a uzavření možností seberealizace, když hovoří o diskriminaci, kterou vztahuje zejména na české prostředí. Zdá se, že jako potenciální příčinu svého neúspěchu bere nepřijetí jeho trans-identity okolím. Zdůrazňování vlastních kvalit pak může být kompenzací pocitů spojených se sociálním nepřijetím, ale také může odrážet jeho vlastní obavu z neúspěchu, který nemusí s jeho identitou primárně souviset. Proto v touze zachovat si sebehodnotu tenduje k představám, že se dostane do společnosti, která jej bude plně přijímat a respektovat. Uplatnění se v zahraničí vidí v podstatě jako jedinou šanci na „slušný život“, což působí jako zromantizovaná představa.

Že prostě dokud to tu bude tak diskriminačně nastavený, tak já jako si, jasně, že si říkám, že stejně chci jít do zahraničí, což je jako pravda, ale v podstatě i musím. Jo. Jestli teda jako chci mít nějakej slušnej život a ne nějakej život, kde prostě budu furt jenom paběrkovat, co mi tady milostivě někdo jako ucmrndne.

b) Partnerství a sexualita

Andy má téměř tři roky vztah na dálku. Jeho partnerka žije v zahraničí. Hlavním kritériem pro to, aby s někým navázal partnerský vztah, je naprostá akceptace jeho osobního genderového konceptu, včetně sjednoceného postoje k souvisejícím společenským otázkám.

Takže kdybychom se neshodli na genderu, tak bysme spolu asi nemohli chodit, to je strašně jednoduchý.

S partnerkou sdíleli a diskutovali svoje názory na téma genderu ještě před tím, než spolu začali chodit. Když zjistil, že je ve svých rozhodnutích respektovaný, mohl se vztah vyvinout do partnerství.

Andy kritizuje to, když na sobě trans-člověk něco mění z hlediska genderové prezentace nebo tělesného vzhledu kvůli tomu, že si to přeje partner/partnerka.

A prostě měli by toho člověka poslat do kopru, protože jestli by tohleto měl bejt jedinej důvod, proč někdo na tu operaci jde, tak je to prostě jako vydírání v podstatě no.

O svých sexuálních preferencích hovoří Andy opět s důrazem na nenormativnost. Nechce se zařazovat do žádné kategorie sexuální orientace, která vychází z dichotomického genderového dělení.

Ani v podstatě se jako nijak aktivně sexuálně neidentifikuju, já říkám pansexualita[26], když musím někomu říct nějakej termín, jo.

Se svou partnerkou žije sexuálně na dálku, tzn. prostřednictvím virtuální komunikace. I přesto, že po dlouhou dobu nejsou v přímém kontaktu, Andymu tato varianta vyhovuje.

Je to jenom tak, že teda většinou je to na dálku, když teda nemáme jinou příležitost. Jako je to strašně zábavný, není to vůbec tak, že by to byla nějaká z nouze ctnost, je to, sama o sobě to může bejt fakt sranda.

Poté, co se rozhodl pro hormonální terapii, se uvolnil i po sexuální stránce.

Je to zajímavý, že od tý doby, co jako mam to takhle vyřešený, tak mam mnohem flexibilnější i třeba sexuální život jo, že už nemam žádný jako vysloveně zábrany.

O vlastní sexualitě hovoří velmi otevřeně a dodává, že co se týče sebeuspokojování, vždy ho masturbace bavila. O své sexuální apetenci mluví jako o *„sex-drivu“*, který byl vždy vysoký.

Každej říká, že mu to jako strašně stoupne, když jdou na testosteron no, a já si myslím, že jako ta úroveň je furt stejná, ale jako ona u mě vždycky byla docela vysoká (směje se). *Jo, takže v podstatě jako to nemělo asi moc kam stoupat, no.*

[26] Pansexualita – sexuální/milostná orientace na lidi bez ohledu na jejich genderovou roli nebo tělesné „pohlavní“ znaky

Andy explicitně upozorňuje na stereotypy spojené se sexualitou trans-lidí a zdůrazňuje, že on sám neodmítá vaginálním sex.

Když by mně někdo dal vybrat mezi těma možnostma, jaký běžně jsou, tak rozhodně mam radši vaginální než anální sex.

K tématu rodičovství se staví tak, že odmítá těhotenství, stejně tak i jeho partnerka. V případě, kdy by se rozhodl mít dítě, přistoupil by jednoznačně k adopci. Striktně odmítá variantu surogátního mateřství. Tento postoj vysvětluje prostřednictvím kritiky rozhodnutí lidí využít náhradní matku, spíše než aby si dítě adoptovali.

Tak prostě jim jde o to, aby ty svoje geny nějakým způsobem rozšířili a to je prostě tak eugenickej a přiblblej diskurz, že mi to přijde zase...jako jestli to je jejich jedinej důvod, tak to je za to docela soudím.

4. Andy a genderový řád

a) Reflexe genderového řádu

Andy se zajímá o genderová témata na odborné úrovni. Když reflektuje působení genderového řádu, používá co možná nejpřesnější termíny a uvažuje ve společenských souvislostech. Sám se považuje za *„antiesencialistu“*, k čemuž měl díky brzy rozvinutému kritickému myšlení nakročeno už od dětství.

Že nějaký moje jakoby osobní založení nebrat nic jako na…jo, nebrat nic jako, že to prostě je (...) Prostě mě to tak jako napadlo se ptát, proč to říká, tak možná teda to je ten antiesencialismus úplně to primární, jo, a nebo neesencialismus.

Vzpomíná na svou nedůvěru vůči zobecňování, kterou pociťoval jako dítě. Do dospělosti přetrvala jeho potřeba všechno si sám vyzkoušet, promyslet a srovnat další alternativy, aby měl pocit, že se rozhodl sám.

To je možná tak jako, takovej jako exemplář toho mýho uvažování, že ty generalizace prostě jako neberu.

V období puberty začal Andy pociťovat nepříjemný tlak na naplňování očekávané genderové role.

Všichni měli takový ty vtipný kecy o pubertě, že jo a o tom prostě, že chlapečkové jsou takovýhle a holčičky jsou takovýhle.

Na střední škole byl pak vystavován situacím, kde bylo obtížné pohybovat se mimo femininní gender, jako byly například taneční. Čím víc Andy vnímal tlak zvenčí, tím víc odmítal sociální požadavky související s jeho genderovou rolí.

A prostě furt se to začalo jakoby vyhraňovat a to mě tak jako přimělo uvažovat k tomu, jako vyhovuje mi ta role, do který mě oni se snaží natlačit, jo, jenom prostě z nějakýho titulu toho, že si o mně myslej něco, že mě nějak jako viděj, že jo. Anebo mi spíš vyhovuje něco jinýho.

V tomto období také Andy rozvíjel znalost angličtiny, která mu dnes poskytuje určité bezpečné prostředí, ve kterém se lze pohybovat bez genderové vyhraněnosti.

No, prostě skrz ten jazyk člověk začne uvažovat nějak, a protože čeština je mnohem více jako binaristicky zaměřená než angličtina, tak si myslím, že mě to dost ovlivnilo.

Angličtina pro něj představuje možnost, jak se s druhými bavit, aniž by musel použít mluvnický rod. V řeči někdy využívá *„singulární they“* pro označení jednotného čísla. V češtině volí mužský rod, který ale pro něj podle jeho slov není ideální varianta. Opět se objevuje hledání třetí možnosti v jakékoli tradiční dichotomii.

Pro Andyho je typické vědomé vymezování se vůči normativně a tlaku genderového řádu. Když reflektuje tyto mechanismy, nezužuje téma vyjednávání genderu jen na trans-lidi, ale hovoří o tom, že se týká všech. Pro tu část lidí, kteří se rozhodnou nenaplňovat ani jednu z binárních kategorií, jako je právě Andy, je proces vyjednávání o něco složitější.

To si myslím, že to vyjednávání jako funguje vlastně jako ve všech genderech. Ale v tom jako nenormativním je to asi jako ještě víc důležitý, protože, když si to člověk nevyjedná, tak vlastně nic nemá.

Andy odmítá, aby mu někdo zasahoval do toho, jak se genderově prezentuje a co zahrnuje do své identity. Z jeho odpovědí je znát určitá ostražitost proti všudypřítomným explicitním, ale i implicitním vlivům genderového řádu a genderově vyhraněných institucí.

Prostě opravdu, že by ten gender měl bejt branej jako individuální věc a ne prostě jako normativita, no. Já si fakt myslím, že tady je hlavní problém to, že se to snažej všichni jako normovat institucionálně i individuálně. A že pak si to i ty trans lidi vlastně internalizujou, že jo, a jsme u tady toho sebenaplňujícího se proroctví tý transsexuality.

b) Způsoby performování genderové identity

Jelikož se Andy pohybuje v rámci spektra genderových identit někde uprostřed, reflektuje svůj aktivní přístup k utváření vlastní genderové role.

Pro mě prostě to není buďto bejt maskulinní nebo bejt feminní , ale že prostě si myslím, že je to takový jako eklektický, že si člověk prostě vybírá z každý tý genderový role takzvaný něco.

Nestereotypní způsob performování genderové identity klade podle Andyho nárok na tvořivost aktéra/aktérky.

...Že si to fakt musíš jako kreativně vykomunikovat nějak sama se sebou a s těma druhýma všechno (...) Prostě člověk nějakým způsobem ten svůj gender modifikuje nebo ani ne modifikuje, ale nějak prostě vyjednává sám se sebou a s tím okolím, takže pro mě je vlastně důležitá tahleta jako, ta aktivní role toho jednotlivce v tom to nějak jako pro sebe ustavit.

K tomu, že jeho genderová prezentace v podstatě kombinuje maskulinní a femininní atributy, tedy lze ji pojímat jako androgynii, dospěl Andy postupně. Když mu bylo kolem osmnácti let, prožíval vzdor proti vystupování ve femininní roli.

No a nějakou tu dobu kolem těch osmnácti se mi zdálo, že musím jako jít teda totálně do toho opačnýho jako v uvozovkách že jo genderu.

Dnes je pro něj prioritou, aby nepodléhal tlakům na stereotypní naplňování maskulinní role. Určitá genderová fluidita je patrná mimo jiné na jeho vzhledu (barvené vlasy asymetrického střihu s patkou, „dámské“ kozačky, „pánská“ košile atd.) Vzhledem k tomu, že Andy kvůli překračování norem riskuje sociální nepřijetí, v některých ohledech se musí omezovat tak, aby nebyl vystaven explicitním odmítavým reakcím okolí (podle toho volí například oblečení).

Já se moc vysloveně nesnažím jako bejt nějakej macho, vzhledem k tomu, že jako mám spíš delší vlasy než vysloveně na ježka, že jo a že si třeba jako holím fousy, nenechávám si je

narůst, tak si myslím, že furt jako pro mě bejt nějak jako vizuálně maskulinní není až tak důležitý. A zase na druhou stranu jako na veřejnosti, mně by třeba vůbec nevadilo nosit i sukni a to je fakt, že na veřejnosti si jí nevezmu, protože prostě to už je takový, že se člověk bojí těch jako že jo, těch různejch jako bigotních reakcí."

Co se týče jiných dalších osobnostních aspektů, které podléhají genderovému dělení (např. v chování nebo v sexualitě), Andy se snaží nenahlížet na sebe skrze dichotomní optiku.

Mě jako netrápěj ty předsudky o tom, jakej má bejt kluk nebo jaká má bejt holka jo a že prostě si to tak jako opravdu vybírat ty vlastnosti jako sami za sebe (...) nesnažím se tomu přiřadit feminní nebo maskulinní kvalitu.

Používá v češtině mužský rod. Je to pro něj ale spíše jediná možná, než vysloveně vyžádaná, varianta. Jak již bylo řečeno, čeština je pro něj silným zdrojem genderu a nepovažuje ji kvůli své rodové binaritě za ideální nástroj k sebevyjádření, ale spíše jako vodítko pro okolí.

Jo, že prostě člověk se úplně neidentifikoval s tím, co mu bylo přiřazený a je to takovej jako jednoduchej způsob, jak to teda ukázat, že začne používat ten druhej rod, kterej je jako možnej.

Andy rozlišuje prostředí, kde se cítí bezpečně (blízké lidi) a veřejnou sféru, kde hrozí sankce za překročení genderových norem. V soukromí se otevřeně baví o své genderové nevyhraněnosti, zatímco v cizí společnosti nasazuje masku maskulinity, i když stále spíše její alternativní podoby.

Kdežto když je člověk někde na veřejnosti, tak prostě, že jo, to s někým, koho nezná, řešit nechce, takže často prostě jde potom do takovejch těch jednoduchejch, že jo, řešení, kdy teda se tváří spíš jako maskulinně nebo spíš feminně, že jo. A prostě, aby ho ostatní nechali na pokoji.

5. Andy a legislativa

a) Postoj k legislativním podmínkám souvisejícím s přeměnou *pohlaví*

Andy během rozhovoru hodně mluví o právních normách v souvislosti se společenským a medicínským diskurzem. Opakovaně používá slovo *„vydírání"*, když

hovoří o legislativních normách týkajících se úřední změny *pohlaví*. Hovor na toto téma u Andyho doprovází silné rozhořčení.

Rozhodně teda jako to vydírání, že jo, lidí tím, že se musí nechat sterilizovat nebo jim nebude uznáno oficiálně pohlaví, to je prostě v rozporu s lidskýma právama a tak dále, ale vzhledem k tomu, že v Čechách se prostě transsexualita bere jako nemoc, tak jako nějaký trans práva tady nejsou lidský práva, že jo. To je ta tragédie kolem toho, no.

Celý systém komisí považuje za *„hrůzu“*, naprosto absurdní je pak pro něj komise pro uznání operace hrudníku u trans-lidí. V tomto se shoduje i se svým sexuologem.

A to se mnou dokonce souhlasí v tom, že je to nesmyslný, protože to, že jo, i v rámci toho blbýho systému, jak to teďka je, tak to nemá žádnou legální váhu, jestli si necháš odstranit nebo přidělat prsa, že jo.

Do tělesných změn by podle Andyho trans-člověk neměl být v žádném případě nucený žádnými předpisy. Volba, zda jít či nejít na ten který zákrok, by měla být pouze možností, které poskytuje zdravotní péče bez legislativních dopadů. Objevuje se totální dekonstrukce v tom, že by si přál, aby se člověk mohl svobodně označit v dokumentech, jak chce. Tělesné změny by také měly být zcela volně nabízející medicínskou *„službou“*.

Ty modifikace by neměly bejt braný normativně, ale že by měly bejt braný prostě jako služby, no

V tomto ohledu vidí Andy problém v propojenosti medicíny a legislativy, kdy jediná cesta k získání úředního *pohlaví* korespondujícího s genderovou identitou dané osoby, je podstoupit operativní zákrok znemožňující reprodukční schopnost. Andy se odvolává na zahraničí, kde jsou přijatelnější podmínky.

Jo, že prostě ta legální, ta změna toho legálního pohlaví nemusí bejt přeci vázaná na to, jestli jsi prošla nějakou diagnózou nebo ne. To by mělo bejt prostě jako je to v tý Argentýně, že prostě tvoje úřední pohlaví je tvůj majetek a ne naopak.

Andy by si přál, aby úřední změna pohlaví nebyla vázána na medicínskou praxi. Zároveň si uvědomuje, že české podmínky nejsou nakloněny této změně (hovoří také o novém občanském zákoníku, kterým *„to zhoršili“*). Jako důležitý krok ke zkvalitnění

života trans-lidí by viděl alespoň zrušení kolonky pro *pohlaví* v úředních a dalších dokumentech.

Zase by to mohlo bejt nějaký dílčí řešení, kdyby se všude neuvádělo pohlaví, tak by trans-lidi, který nechtějí projít, že jo, těma vyděračskýma změnama, který prostě oni nemaj rádi, tudíž jsou pro ně vyděračský, takhle to řekněme, jo, tak by prostě nebyli furt tak stigmatizovaný, že jo.

Z Andyho vyprávění jde chvílemi cítit bezmoc. Hluboce reflektuje mechanismy společnosti, které jsou pro většinu lidí skryty, což si sám uvědomuje. Mluví o státem privilegované skupině, která je konformní ke genderovým normám, a pak o těch dalších, kteří jsou neprivilegovaní, znevýhodnění a především vůči diskriminujícímu společenského systému bezmocní.

Což je jako ten hlavní, to je ta hlavní překážka tý změny, že jo, že ty lidi, který jsou jako zvýhodňovaný, jsou u tý moci a těm to nepřijde jako problém, jo.

2.2.3 Michal

Michalovi[27] je 35 let, má vysokoškolské vzdělání v uměleckém oboru. Přeměnu započal před více než deseti lety.

1. **Michal a medicínský systém**

   a) **Postoj k diagnóze „transsexulity“**

Michalovo pojetí transsexuality je reflexí dvou zcela různých pohledů, medicínského a kulturně-antropologického.

Co se týče medicínského diskurzu, Michal má pocit, že transsexualita je diagnózou proto, že je (v naší kultuře) nepochopená.

Akorát, že lidi to, čemu nerozuměj, to, čeho se bojej, tak buď dělaj, že to neexistuje, nebo to dávaj na okraj, nebo prostě z toho udělaj diagnózu, protože si s tím neuměj poradit.

[27] Jméno participanta anonymizované.

Neidentifikuje se s pojmem „transsexuál“, ale vnitřně se cítí jako *„úplně obyčejnej kluk“*, který je na základě svého těla chybně rozpoznáván (o těle více v další kapitole). Označení „transsexuál“ se nebrání, ale není to něco, co by si sám vybral. Spíš je to pro něj odraz skutečnosti, že i když se vnitřně identifikuje jako muž, společnost ho jako legitimního muže nevnímá.

Ten pojem transsexuál, jo, tak samozřejmě realita, realita je jiná než to, jak se cejtim. Tělo je jiný, takže ano jako směřoval bych to do týhletý kolonky, ale jenom kvůli tomu, že prostě pro okolí nějaký je důležitá ta schránka. Jo. Takže dobře jako fajn, ale já se cejtim bejt klukem.

Druhým zdrojem jeho pohlížení na transsexualitu je pojetí trans-identit mimo západní kulturu.

Jiný národy to přijímaj jako součást prostě života a nekomplikujou to (pousměje se)...

Hledání informací o trans-lidech ho přivedlo ke studiu různých pramenů pojednávajících trans-identitu zcela nepatologickým způsobem. To Michalovi pomáhá v tom, aby nemusel chápat transsexualitu jako odchylku.

A někdy mam pocit, že transsexualita je tady tak dlouho, až mi to přijde, že ve svý podstatě je přirozená.

Zároveň si uvědomuje, že v našem prostředí je s trans-identitami zacházeno jinak. Tyto dva odlišné přístupy v něm vyvolávají vnitřní rozpor, kdy přechází od vědomí, že má duševní poruchu k pocitu, že *„to, že se člověk nějak narodí, tak má nějakej smysl“*.

Takže fakt nevím, no, fakt nevím, ale žiju tady a tady to holt je zavedený jako diagnóza a já nevím, jestli se mám cejtit bejt nemocnej, když mam diagnózu, jestli se mám cejtit bejt vyvolenej, že to mám jinak. Nevím, vyrostl jsem v týhle kultuře a tady je to prostě jinak, no.

b) Zkušenosti se sexuologickou péčí

Michal nerad vzpomíná na svou první zkušenost s návštěvou sexuologa. O své zakázce nijak nehovoří. Mluví o tom, že proběhla ještě, když byl na střední, a po ní pak odmítal jakoukoli další sexuologickou „péči“.

úplně na začátku tak to jsem se setkal s dost hrubým přístupem, takže proto jsem pak nechtěl chodit.

Pro Michala je tato vzpomínka velmi nepříjemná a těžko se mu o ní hovoří[28]. Při prvním vyšetření lékařem byl zaskočen tím, že mu lékař během tělesného vyšetření, aniž by mu vysvětlil, co se bude dít, provedl necitlivým způsobem vyšetření vagíny za účelem toho, aby zjistil, zda již měl Michal pohlavní styk. Michal byl z vyšetření otřesen jak zasažením do intimity těla, tak nedůvěrou lékaře, který jej přesvědčoval, že již není „panna", s čímž Michal nesouhlasil. Vyšetření vyvolalo minulé trauma ze zkušeností se zneužíváním z dětství, což vedlo k tomu, že se po dlouhou dobu sexuologii vyhýbal.

K další návštěvě lékaře/lékařky z oblasti sexuologie Michala po několika letech motivoval jeho otec, který chtěl sám vědět o možnostech, jak lze nesoulad identity a těla u jeho potomka řešit.

Já jsem tam vlastně jako přišel trošku omylem, protože jak jsem byl naštvanej na tamty doktory, tak jsem fakt jako odmítal, jenže můj táta se chtěl informovat sám nějak a pak na mě trošku ušil takový taktický, taktický, prostě, já nevím, jak to říct teď.

I když nebyla další konzultace u dané sexuoložky Michalovým nápadem, přistoupil na ni a dnes ji vnímá jako přínosnou, v podstatě korektivní, zkušenost se sexuologickým vyšetřením.

Potom ta druhá, ta už byla v pohodě. Jo, že tam už jsme mluvili otevřeně a nikdo mi nedával najevo, že si vymejšlim něco, že to tak není to, co říkám a tak, no.

Michal hovoří o potřebě sdílení svých pocitů souvisejících s trans-identitou, z nichž byl v té době zmaten. Následné rozhovory s lékařkou byly pro něj prostředkem k pochopení toho, co se děje a ke zvážení možností, co dál.

No, pak jsem tam chodil, protože jsem potřeboval s někým mluvit o těch věcech a hodně mi to pomohlo taky. Ujasnil jsem si věci v hlavě.

Během docházení k sexuoložce navštěvoval Michal *trans-skupiny*, které mu poskytovaly určitý bezpečný prostor. Kromě toho, že viděl, že není sám, kdo zažívá pocity spojené s trans-identitou, zkušenosti ostatních lidí ze skupiny pro něj byly dalším zdrojem k ujasnění si, které kroky dále podstoupí nebo nepodstoupí.

A viděl jsem, jak to řeší jiný lidi. Mluvili jsme o problémech, kterýma procházej, abych prostě věděl, co všechno třeba můžeš potkat a tím jsem si ujasnil vlastně i dost, co vlastně

[28] O této situaci mluvil mimo záznam a souhlasil s použitím těchto informací v analýze.

chci a co nechci, no (…) A jestliže mluvíme o nějaký podpoře, tak takovýhle setkání třeba mi přijdou dobrá podpora.

Po určité době Michal k lékařce i na skupiny přestal chodit. O ukončení terapie hovoří jako o racionálním kroku, ke kterému ho vedla úvaha, že nevyužije možností tělesné přeměny, které mu medicína nabízí.

No, a když jsem si je ujasnil, tak vlastně už jsem neměl důvod nikam chodit, protože ty lidi taky mají nějaký určitý, ty sexuologové a tydlety lékaři, maj nějaký určitý možnosti, jak ti můžou třeba pomoct nebo jak s tebou můžou mluvit. A když se dostaneš do nějaký fáze, kdy už oni ty možnosti nemaj, tak je zbytečný tam chodit, že jo.

Michal ze zdravotních důvodů nemůže užívat hormonální léky a zároveň odmítá další zásahy do těla, které jsou běžně podmiňovány hormonální substitucí. Sexuologickou péči proto nepovažuje pro sebe za účelnou, navíc má pocit, že je neobvyklý případ.

No, ono asi, nevím, jak moc je obvyklý to, že se s tím učíš žít tak, jak to je a že odmítáš ten zásah do toho živýho těla. A na tohle prostě medicína není připravená, jo.

Nemá pocit, že by během sexuologických konzultací probíhala psychoterapie, i když si s lékařkou chodil „povídat“. Specifickou psychoterapii vyhledal jinde a až později, a to z důvodu dalších psychických problémů, které podle něj nesouvisely s trans-identitou. Psychoterapeutickou péči by potřeboval už dříve (také vzhledem k jeho traumatickým zážitkům z období dětství, což může být ona *„situace, která není jednoduchá“*).

Takže nějaká ta psychoterapie je taky na místě. Jo, protože každej, já nechci generalizovat, ne každej, ale prostě, když prožiješ nějakou situaci, která není jednoduchá, některý situace jsou dramatický, že jo, a tak dále, tak potřebuješ nějakou pomoc. Jo, to se nemusí týkat jenom transsexuality, že jo.

c) Terapeutický vztah

Michalova důvěra v lékaře byla poznamenána první návštěvou u sexuologa (viz výše). V tomto kontaktu postrádal symetrii a snahu o porozumění jeho individuálním potřebám.

No, asi bych potřeboval, aby se mnou mluvil jakoby…s rovnocenným člověkem, kterej může mít taky nějakej svůj názor a aby se jako snažil možná trošku porozumět tomu názoru nebo vyjít vstříc trošku.

Také psychologické vyšetření v něm vyvolalo skepsi. Měl pocit, jako by odborníka nezajímalo, co si on sám o sobě myslí. Podle Michala došel psycholog ke špatnému závěru, jelikož nedošlo k dialogu. Psycholog totiž na základě testu Kresby lidské postavy tvrdil, že jeho identita je ženská.

Když, já nevím, dam příklad, když třeba, oni, že jo, maj různý testy taky jako psychologický nebo tak. Tak když s tebou dělaj nějakej test, tak udělaj nějakej výsledek na základě nějakých pravidel a (pousměje se) ono je to pak třeba úplně jinak, ale nemluvěj s tebou o tom. Jo, že když by se mě třeba na něco ještě zeptal nebo chtěl si něco nechat vysvětlit ode mě, tak by došel k jinýmu závěru. Jo, ne k mylnýmu.

V Michalově vyprávění se objevuje více odkazů k nepříjemným zkušenostem ve vztahu k lékaři/psychologovi, než k té poslední, která již byla podle něj *„v pohodě“*.

Zdá se, že Michal potřebuje zejména individuální přístup, kdy by necítil ze strany odborníka tlak na zařazení do nějaké standardně dané kategorie, protože on sám se cítí, že do diagnózy transsexualita zcela nezapadá. Důvodem jeho pocitu, že není „standardní transsexuál“ je především to, že odmítá zásahy do těla. I když je zajímavé, že o nich hovoří z části jako o něčem, co nechce a z části jako o něčem, co nemůže (ze zdravotních důvodů).

Prostě někdo to má nastavený tak, že prostě má nějaký tabulky a jede podle tabulek a když se vymykáš těm tabulkám, tak vlastně on s tím nepracuje, on tě zařadí podle nějakýho systému, kterej někdo vymyslel, a to, že tam do toho systému nepasuješ, to prostě…No. To je mimo, no.

V souvislosti s neindividuálním přístupem Michal narazil také na rigiditu (a podle jeho vyprávění nejspíš i nedůvěru ohledně toho, zda je skutečně trans) ze strany lékaře, když ho žádal o potvrzení, aby si mohl změnit jméno (bez jakékoli změny těla).

No, protože já jsem měl jeden problém s tím lékařem, že mi ten papír nechtěl dát, protože nebyl si jistý, že to je takhle, anebo možná nevěděl, jestli může změnit postup.

Lékař po něm vyžadoval, aby nejdříve začal s hormonální terapií (což je „standardní“ pořadí kroků). Michalovi stále přijde postup, do kterého ho lékař tlačil, nelogický.

A já jsem ty hormony nechtěl, já jsem chtěl udělat takovej trošku netradiční postup, nejdřív si změnit jméno a zjistit, jestli jsem, jestli můžu žít se svým jménem bez hormonů (…). Tak proč začínat těma nevratnejma, když můžu začít těma vratnejma a ošlapat si to a zjistit, jo, tohle je to správně.

2. Michal a jeho tělo

a) Vztah ke svému tělu

Michal o sobě hovoří, jako by pociťoval už od dětství disonanci mezi svým já a svým tělem. Vzpomíná na zmatek, který zažíval, když rozpoznával, že jeho tělo funguje jinak než tělo kluků.

…Jeden důležitej moment ve školce, když jsem se snažil čurat jako kluci a počural jsem se, protože ve stoje prostě to nějak nefungovalo úplně, tak tam jsem tomu hodně nerozuměl, co se jako děje, co je špatně, že prostě klukům to jde úplně v pohodě, že jo, a mně ne, takže jako někde je chyba…

Stále vzpomíná na moment dětské radosti při skákání na trampolíně, kdy sám sebe prožíval koherentně.

Tam to bylo jakoby v tý nějaký harmonii, řekněme. Že to ještě jakoby jsem necejtil rozjetý od sebe…

Zážitek souznění s vlastním tělem, který se pojil se svobodným pohybem, měl vliv na výběr oboru studia. Umělecká škola pro něj byla způsob, jak prostřednictvím sebereflexe a pohybu postupně eliminovat pocit rozlady vlastní identity a těla, aniž by musel měnit tělo (které ze zdravotních důvodů měnit nemůže).

…Tak já jsem začal studovat proto, abych se našel a protože jsem zjistil, že pro mě není řešení to tělo změnit na tu podobu jakoby nejvíce podobnou mužskému ideálu, tak jsem

začal hledat, jak se s tím tělem vyrovnat. … po tom studiu se cejtim víc vtělenej v tom těle, že si ho víc uvědomuju, že je moje, že už ho neodmítám tolik.

Jeho vztah ke svému tělu je v současnosti takový, že jej akceptuje, i když s jeho podobou není zcela srovnán. Sám ale vidí posun z období, kdy se po tělesné stránce zcela odmítal.

Předtím jsem ho nesnášel. Teď už ho přijímám. Samozřejmě jsou chvíle, kdy mi některý partie na tom těle vadí, takže neříkám, že se mi to podařilo úplně do tý podoby toho absolutního přijetí a vyrovnání se s tím, že je to takhle.

Michal blíže nespecifikuje, které části těla mu vadí. Toto téma je pro něj celkově náročné a působí nejistě. Vůbec nehovoří o prsou nebo o genitáliích. Každopádně mluví o příčinách narušeného vztahu ke svému tělu, které vidí v sociálních normách.

Já jsem zjistil, že kdybych se nemusel konfrontovat se společností, tak to tělo je úplně v pohodě.

b) Zdroje motivace ke změnám těla

Vzhledem k tomu, že Michal nepodstoupil ani hormonální substituci (ze zdravotních důvodů nemůže), ani jiné lékařské zásahy do svého těla, o změnách hovoří pouze hypoteticky. Důsledky hormonální terapie jsou pro něj nesplněná přání.

Když se zasním, tak by se mi líbilo prostě jako mít svaly, jo, já nevím, jako fousy, na tom netrvám, jo, ale mít třeba ty ostřejší rysy v obličeji… Jo, tak jako to by bylo fajn, no, prostě. Asi by se mi možná i ulevilo, no, zjednodušilo by to spoustu věcí, to je pravda. Asi bych nebyl tolik vystavovanej dennímu stresu možná.

Je patrné, že proměny tělesné stavby a rysů v obličeji by vnímal jako ulehčení procházení v maskulinní roli, které pro něj, vzhledem k určitým tělesným znakům odkazujícím k feminitě, stále není jednoduché. Z jeho vyprávění ale není jasné, zda by nebyly tělesné změny v důsledku hormonů i splněním jeho tajného snu o tom, jak by si přál vypadat.

3. Michal a vztahy s lidmi

a) Hodnota sociálního přijetí

Michal byl v dětství socializován rodinou v dívčí roli, babička mu pletla oblečení, které podle svých slov nesnášel, a rodiči byl nucen, aby nosil sukně. Okolí ho bralo jako děvče a Michal se cítil osaměle a nepochopeně, o transsexualitě ještě nevěděl.

Já jsem cejtil, že něco je jinak, nerozuměl jsem tomu a měl jsem pocit, že mi to nikdo nedokáže vysvětlit, že nikdo nemůže pochopit nebo neví, jak se cejtim, neví, prostě, takže já jsem to vlastně ani neříkal a trápil jsem se… A měl jsem pocit, že jsem na všechno sám….

Když mu bylo kolem třinácti, čtrnácti let, postupně se osměloval k tomu, aby se po krůčcích prezentoval v maskulinní roli, kterou ještě v nějakých situacích střídal s femininní, a průběžně sledoval sociální odezvu.

To bylo delší období, kdy tam jakoby trvalo to střídání těch rolí vlastně. No a vlastně jakoby vystrkávání těch drápků, by se dalo říct, jakoby prstíčků, jako, co si můžu dovolit, abych byl sám sebou a co jako na to to okolí, jak to jako stráví, nebo… jak s tím prostě pracovat, že jo.

Dnes Michal žije v maskulinní roli, která ale není pro okolí vždy jednoznačná a stává se mu, že ho lidé nesprávně rozpoznávají.

Ono se špatně totiž jako komunikuje s lidma, když na tebe mluvěj jako… Představ si, že by na tebe mluvili v mužským rodě, a ty bys jim odpovídala v ženským. To je prostě strašně divný, jo.

Chybné čtení jeho identity druhými lidmi ho znejišťuje a má tendenci se stáhnout do sebe. Situace, kdy na něj lidé hovoří v ženském rodě, v něm vyvolávají pocity nejistoty a obav z reakcí okolí. Hovoří o tom, jak se cítí on se svojí přítelkyní ve společnosti, kde je lidé neznají.

Nevím, možná jsou to nějaký předsudky, že v tu chvíli třeba začínám mít nějakej strach, jak nás ty lidi přijmou, možná. Takže vlastně začnem bejt strašně opatrný. Uzavřem se, prostě…

Zdá se, že nevidí příčinu nesprávného rozpoznávání okolím v druhých lidech, ale spíš to bere tak, že se ostatním ani nemůže divit, když sám vypadá, jak vypadá. Své tělo považuje za „logickou“ příčinu chybného čtení jeho identity.

Samozřejmě něco jinýho je, když se rozhodnu, že půjdu plavat, tak tam už je problém, že jo. Tam prostě nemůžu chtít po lidech, aby mě přijímali jako muže, protože oni viděj něco jinýho a nepočítaj s tím, že v tomhle těle by mohl bejt chlap, když mě nejznaj, myslím.

Zvládání pocitů spojených s takovými situacemi se různě proměňuje. Jednou z věcí, co ovlivňuje, jak Michal zpracuje nežádoucí sociální odezvy a jak moc se dotknou jeho sebepřijetí, je momentální nálada.

Na čem to závisí? No, třeba na tom, jak se ráno probudíš, možná. Jak se cejtíš ten den, jestli svítí sluníčko nebo je pod mrakem, nevím, prostě na nějaký konstelaci tvýho pocitu, tvýho nastavení. Každej den je pro nás jinej, že jo. Tak nikdy nemáš úplně stejnou tu situaci a takhle je to podle mě i s tím přijímáním sebe sama.

O svých blízkých mluví s velkým respektem a oceňuje, že ho přijímají. I když vzpomíná, že z počátku to bylo s rodinou komplikovanější. O situaci s babičkou hovoří jako o příběhu se šťastným koncem.

Nebylo to hned, ale zpracovala to. Dokázala to zpracovat, čehož si já nesmírně vážím, jo. Měli jsme těžký období, kdy jsem se vyhýbal kontaktu s ní, abych jí netrápil, jo. Ale pak jsme si řekli, že se máme rádi…

V této vzpomínce se objevuje ještě jeden aspekt a to je určité vztahování viny na sebe za to, že je v souvislosti se svou trans-identitou původcem nepříjemností ve svém okolí (podobně mluví i o partnerském vztahu, viz dále).

Také o přijetí rodiči hovoří jako o *„procesu“*, ve kterém zvítězila láska nad genderovým očekáváním.

A pak holt záleží na tom, co je pro ty rodiče důležitější, jestli to, že jseš kluk, holka nebo to, že jseš jejich dítě, který milujou. Tady vyhrálo to, že jsem jejich dítě, který milujou.

Přijetí nejbližšími lidmi, jako je zejména rodina a partnerka, považuje Michal za otázku své existence.

Myslím si, že kdyby mě okolí nepřijalo, tak s tím asi nedokážu žít.

b) Partnerství a sexualita

V adolescenci, když Michal prožíval silný tlak na femininní genderovou roli, měl vztah s klukem. Sám ale nevnímá své city k danému člověku jako milostné, ale spíš jako projekci svých přání, jaký by on sám chtěl být.

Bylo to takový jako spíš, že jsem si spíš přál bejt jim. Nebo jsem ho z nějakýho důvodu obdivoval, protože měl něco, co já nemam, co bych chtěl mít. Jo, jeden byl horolezec, měl svaly, že jo, pěknou postavu a tak a já viděl sám sebe, že jo, no.

Na svou první opravdovou zamilovanost vzpomíná až v souvislosti s dívkou. V té době se neprezentoval v mužské roli a nebyl schopen jednoznačně definovat svou identitu, zároveň vztah odmítal vnímat jako lesbický.

Takže já jsem nevěděl, co jsem, kdo jsem, protože jako homosexuál jsem si nepřipadal. Ale věděl jsem, že jí miluju, akorát jako kluk prostě. Jo, že to není jakoby vztah mezi dvěma ženama nebo takhle.

Michal se identifikuje jako „*heterosexuálního kluk"*. Vztah s chlapcem, který měl v minulosti, pojmenovává jako *„období hledání"* a odmítá, že by ho přitahovali muži.

Již několik let má partnerku, která se definuje jako heterosexuální žena, a se kterou uzavřeli registrované partnerství. Opět se objevuje pocit viny za komplikace, které partnerce způsobuje tím, že je úředně označován za ženu. Uzavření registrovaného partnerství popisuje, jako by to byla ze strany jeho ženy oběť z lásky.

Teď si ale vem, jaký to musí bejt pro toho mýho partnera, kterej se necítí bejt lesbou. To je heterosexuální žena, která protože miluje svýho partnera, tak podstoupila to, aby vyhověla společnosti a získala nějaký práva, tak podstoupila to, že se zaregistrovala jako partnerka a teďka, kamkoli přijde, tak má v občance registrace, a všichni, co viděj tu občanku, si myslej, že je homosexuální.

4. Michal a genderový řád

a) Reflexe genderového řádu

Reflexe genderového řádu se u něj objevuje spíše na implicitní úrovni. Hovoří o tlaku na genderovou konformitu, který zažíval v dětství, kdy ho příbuzní i přes jeho nevoli

oblékali do dívčích šatů. Nepříjemné vzpomínky má na období, kdy jako dítě předváděl modely na přehlídkách.

A velká krize pro mě byla, když…jsem chodil jako model na módní přehlídky, protože moje babička byla krejčová dámská, vytvářela modely, že jo, a chtěla vlastně mít jako bráchu a teda mě s tím, že na mě dělala ty šatičky nebo červený svetříčky a bráchovi modrý svetříčky.

V souvislosti s rodinou hodně mluví o očekáváních, která od něj okolí mělo, aby „správně" obsazoval femininní (heterosexuální) genderovou roli. Takto jakoby omlouvá svůj vztah s chlapcem.

Já jsem byl pod vlivem toho, že jsem holka teda, takže se to ode mě vlastně jakoby očekávalo.

Objevuje se také nebinární vnímání genderových identit, které započalo, když byl ještě dítě. Jako „třetí" gender vnímal sám sebe. Více o tomto zjištění nemluví, lze se ale domnívat, že ke svému pocitu „jinakosti" došel tak, že i přesto, že si přál oblékat se „jako kluk", tančit „jako kluk", atd., okolí mu vnucovalo nenáviděné šatičky a tvrdilo mu, že je holka, což v něm zřejmě vyvolalo pocit, že není ani chlapec, ani dívka.

Já, když jsem byl malej, tak jsem říkal, že populace se dělí na tři skupiny: ženy, muži a ty třetí, který jsem neuměl popsat, nazvat, a tak.

Michal chápe dichotomii genderu jako rozdělení, které je pro něj zcela nevyhovující a nemá se v podstatě kam umístit. Na základě své vlastní zkušeností s překračováním hranic mezi kategoriemi muž a žena vnímá binaritu sociálního světa kolem sebe, ze které se cítí být vyloučen.

Takže máme muže, ženy a máme rodný čísla pro muže a pro ženy, máme záchody pro muže a pro ženy, máme nějaký profese, který třeba nemůžou vykonávat ženy. Takový jsou, prostě, třeba skladník (…) No, a když nezapadáš ani do jednoho, tak co s tebou, že jo, tady, jako.

Zdá se ale, že pocit vyloučení z femininní a maskulinní role, a tím pádem hledání se v nějaké roli mimo dichotomií rozdělení, je dán tím, že se považuje kvůli svému tělu jako

sociálně neakceptovatelný muž. Z několika výroků je patrné, že by si přál, aby byl přijímán jako muž, což nasedá na jeho genderovou identitu.

Tam prostě nemůžu chtít po lidech, aby mě přijímali jako muže, protože oni viděj něco jinýho a nepočítaj s tím, že v tomhle těle by mohl bejt chlap, když mě neznaj.

b) Způsob performování genderové identity

S maskulinní rolí experimentoval Michal již v dětství. Vzorem pro identifikaci pro něj byl jeho bratr, se kterým chtěl vše sdílet, a který Michala v maskulinních projevech nebrzdil, možná naopak podporoval (zejména při hře).

Máme se oba rádi, a jednak on byl pro mě vzorem, je starší, byl pro mě velkým vzorem, a mně nepřišlo, že by jakoby mezi náma byl nějakej rozdíl.

Při hře si mohl dovolit zaujímat maskulinní role, aniž by hrozila nějaká sankce. Na období her s bratrem vzpomíná s nadšením.

Tak my jsme si s bráchou prostě hráli, stavěli jsme bunkry, že jo, lezli jsme po stromech, stříleli jsme prostě, že jo, Old Surehand, Vinnetou a podobný (směje se) *ptákoviny, že jo.*

Jako na *„lepší období“* vzpomíná na dobu, kdy ho matka ostříhala stejně jako bratra. Dokonce byl rozpoznáván okolím stejně jako bratr, jako chlapec, což mu vyhovovalo.

...Nebo když jsme s bráchou šli koupit melouna, a paní prodavačka:´Tak kluci, co si dáte?´

S bratrem chodil na taneční, kde mu kromě dívčího oblečení nevyhovovala role taneční partnerky. Později ale dostal příležitost zažívat maskulinní roli při tanci, to se pro něj pak stalo jedinou možností, jak se cítit při tanci spontánně.

No, a potom se občas jakoby naskytla ta situace, kdy třeba bylo málo kluků, takže jsem přebíral tu roli tanečníka, což mi velmi vyhovovalo. No a pak to došlo do stadia, kdy jsem pochopil, že už nechci tancovat jinak než jako tanečník.

Vzhledem k tomu, že Michal neprodělal tělesné změny, svou maskulinní identitu performuje zejména prostřednictvím oblékání, jména a mluvnického rodu. V občance má uvedeno neutrální jméno a příjmení, ale běžně se představuje v mužském tvaru křestního jména. Jméno měl vybrané již dlouho předtím, než došlo ke změně. Původně si přál změnu na mužský tvar, která mu nebyla povolena, jelikož nepodstoupil operativní přeměnu *pohlaví*. Jeho jméno je pro něj důležitým a v podstatě i hlavním prostředkem performování jeho identity.

Já jsem prostě věděl, že si nemůžu dát jakýkoli jméno, třeba. Jo, to, kdybych si dal jakýkoli jiný jméno, tak vím, že to nebudu já.

5. Michal a legislativa

a) Postoj k legislativním podmínkám souvisejícím s přeměnou *pohlaví*

Michal řeší z legislativních otázek ty, které se ho bezprostředně týkají. Nevyhovuje mu, že musí mít v dokladech *pohlavní* identifikátor *F* a přál by si, aby měl občanku, kde by měl uvedeno buď mužské *pohlaví* a rodné číslo (*„bez ohledu na to, jak vypadám“*), nebo by mu vyhovovalo, aby se od uvádění *pohlaví* do úředních dokladů zcela upustilo.

Také v otázce partnerství/manželství se cítí znevýhodněn, protože se s „ženskými“ doklady nemůže oženit.

Máš partnera, a co já můžu udělat? Oženit se nemůžu, podle zákona, takže jediný, sám bejt jako bez vztahu oficiálního je pro mě ne moc dobrý řešení, protože prostě chci mít přehled o tom, co se děje s mým partnerem, když je v nemocnici a obráceně, například.

Navíc má pocit, že poznámka o registrovaném partnerství na občance je diskriminační. Má obavy o svou partnerku, která ač se neidentifikuje jako lesba, podle dokladů je okolím za lesbu považovaná. Zveřejnění informace o partnerství, které uzavřel proto, aby měl vůči své ženě více práv, a nikoli, aby demonstroval, že je ve svazku, považuje za ztrátu soukromí.

…Ať nejsou zveřejňovaný. Protože (důrazným hlasem, pozn.), *co je komu do toho, když to řeknu narovinu, jestli miluješ holky nebo kluky.*

2.3 Komparace rozhovorů s oběma skupinami participujících

Komparace dat ze všech rozhovorů (odborníků a odbornice i trans-lidí) přinesla několik stěžejních témat, která doprovází proces, kdy trans-člověk hledá, a někdy ne zcela nachází, své umístění v genderovém řádu. Jelikož medicína má, jak z hlediska trans-lidí, tak z pohledu odborníků/odbornic, v rámci procesu přeměny zvláštní postavení, začnu s představením interpretace odtud.

V rozhovorech se objevuje téma nejistoty či obav, které je úzce spjato s tématem odpovědnosti. V dílčích interpretacích rozhovorů s lékařkou a lékařem se objevil mechanismus testování. Jak vyplývá z celkové analýzy, ze sexuologického pohledu je proces přeměny sledem kroků, z nichž splnění předchozího podmiňuje započetí toho následujícího. Pro lékaře a lékařku existuje tedy určitý scénář, podle kterého standardně postupují (viz odkazování se ke standardům). Péče o trans-lidi má tedy v rámci medicíny k dispozici jednotný „manuál“, ze kterého sexuoložka a sexuolog vycházejí, a který jim pomáhá, aby měli *„diagnostickou jistotu“* a zároveň si udržovali *„profesionální přístup“*. Z rozhovorů vzešlo, že postoje, které zastává lékař a lékařka ve své profesionální roli, nemusí vždy korespondovat s jejich osobními postoji. Ovšem protože se jedná právě o roli profesionálky/profesionála v oblasti medicíny, proklamují standardy a ustálené postupy oboru, který je zaštiťuje. Oproti tomu psycholog má ve svém odborném působení větší volnost a nehlásí se k žádnému zaštiťujícímu oboru, který by měl takto jednotný postoj či postup práce v oblasti trans-identit. Psychologická intervence vychází především z individuality člověka, takže psychologovi umožňuje pružně reagovat na potřeby trans-lidí.

Lékařské postupy se zdají trans-lidem, jak také vyplynulo z rozhovorů, naprosto rigidní a normativní. Připadají si pod kontrolou předpisů a neosobních podmínek, které je redukují na pouhé objekty diagnostických kritérií a předem daných terapeutických postupů. Participující vnímají silně negativně ze strany lékařů/lékařek testování toho, zda jsou jejich pocity autentické, a také zda „správně“ v rámci přeměny postupují. A zde se dostáváme k tématu nejistoty a obav. Na straně klientů (participujících) je zřetelná obava z toho, aby prošli skrze testy a vyšetření a byli shledáni jako vhodní kandidáti pro poskytnutí terapeutických prostředků. Pro to, aby v této vstupní zkoušce obstáli, se uchylují k různým způsobům „hraní role“. Tomáš si nastudoval, co se od něj bude čekat ze

sexuologických textů, Andy „odhadl“, co by měl odpovědět do psychologických testů. Michal na první vyšetření nebyl dostatečně připraven, a neprošel (v testu Kresby lidské postavy nakreslil nejdříve ženskou postavu). Objevuje se tedy paradox. Medicína se na jednu stranu snaží odhalit autentické pocity, na druhou stranu však její postupy nutí k popírání autenticity.

Zásadní otázkou se ukázalo, co se vlastně za tímto testováním skrývá. Rozhovory s lékařem a lékařkou přinesly zjištění, že na jejich straně existují také určité obavy a nejistota, které se právě snaží eliminovat strnulým trváním na předpisech (diagnostická kritéria, sled kroků v přeměně atd.). Objevuje se tendence k tomu, aby byl proces úspěšný ve smyslu, že trans-člověk bude po operaci se změnou spokojený. Lékařka prováděla výzkum, ve kterém zjistila, že (téměř) všichni trans-lidé, co podstoupili operativní přeměnu *pohlaví,* jsou spokojení. Takový výsledek může sloužit ke zpětnému ověření, respektive potvrzení správnosti standardních postupů.

Jelikož sexuologická péče umožňuje trans-lidem podstoupit, na rozdíl od té psychologické, nevratné změny těla, je na straně lékařky a lékaře patrná mnohem silnější ostražitost a nedůvěra k pouhé výpovědi klienta/klientky. Zdá se, že skrze podrobování člověka zkouškám, které potvrdí jeho přetrvávající motivaci ke změně *pohlaví*, zmírňují riziko, že ponesou odpovědnost za „nepovedenou“ přeměnu (tj., že člověk nebude po operaci spokojený, nebo se jeho psychický/fyzický stav zhorší). Participující psycholog oproti tomu nemusí u svých klientů/klientek ve své praxi tak urputně ověřovat jejich odhodlání do ireverzibilních změn (ať už částečně, jako jsou ty po hormonální terapii, nebo zcela, po operaci). Sám jim totiž nedokáže tyto zásahy zprostředkovat. Z rozhovoru s ním byla patrná mnohem větší uvolněnost a vedení samotných klientů a klientek ke zcela svobodným (a na něm nezávislým) rozhodnutím. Psycholog také může v kontaktu s klienty/klientkami vystupovat více sám za sebe a může do celého terapeutického procesu více promítnout svůj osobní postoj. V tomto případě, při absenci mantinelů odborné činnosti, se ale ukazuje, že je více směřován do sebereflexe.

Také, co se týče diferenciální diagnostiky, podle lékaře a lékařky jsou na straně medicíny nastavena jasná kritéria, která například určují poruchu osobnosti jako kontraindikaci k započetí terapie (hormonální a operativní). Podle psychologa není po vyloučení psychotických onemocnění žádná jiná „diagnostická“ překážka, aby se člověk po zralé úvaze (a případně delší psychoterapii) podrobil léčbě mající vliv na jeho tělo, opět

je ale zásadní, že psycholog již za tuto část léčby nenese žádnou profesní odpovědnost a nemá ani potřebné kompetence, aby do ni jakkoli zasáhl (psycholog má svou poradenskou praxi, není profesně ukotven ve zdravotnictví.

Obava z odpovědnosti za chyby způsobené postupy vymykajícími se standardnímu průběhu (nebo v tomto případě možná pouhá profesní oddanost medicíně) se objevuje i v případě, že se lékař či lékařka setká s trans-člověkem, který již na začátku odmítá invazivní zákroky do svého těla (tedy operativní přeměnu). Postoje lékaře a lékařky k takovému klientovi/klientce zahrnují značnou nedůvěru. Jedním z definičních znaků transsexuality je, že člověk touží po fyzické změně, pak klient/klienta bez této touhy do škatulky nepatří. Vzniká tak nedůvěra k jeho pocitům a například opatrnost mu může být odepřena hormonální terapie. Dalo by se říci, že proč by měl být standardně léčen někdo, kdo není „standardně“ nemocný. Zde se opět vracíme k tomu, že trans-lidé nemusí na začátku přeměny před lékařem/lékařkou zveřejňovat ze strachu z odmítnutí péče své představy, zejména o tom, jaké body z přeměny nehodlají podstoupit.

Ukazuje se, že pro lidi, kteří z nějakého důvodu odmítají „klasickou“ léčbu, nemají lékařka a lékař jasné postupy. Tak je to třeba v případě Michala, který ze zdravotních důvodů neužívá hormonální preparáty a tím pádem pro něj sexuologie nemá dostatečné nástroje, jak mu pomoci řešit problém s neprocházením v maskulinní roli. Člověk, který netouží po operativní přeměně pohlavních orgánů, si z hlediska lékařky pouze na někoho „hraje“, je to nejspíš transvestit, a z pohledu lékaře má falešné iluze o tom, že vyřešil svůj „trans-problém“, a žádnou léčbu nebude potřebovat, protože je „zdravý“. Přitom všichni z participujících byli nebo jsou v péči sexuologa/sexuoložky a dvěma z nich, i přes odmítání chirurgické konverze, byly a jsou podávány hormony, jsou tedy „léčeni“ jako transsexuální pacienti.

Zajímavý vztah se ukazuje mezi lékařským postojem k psychologii a psychologovým postojem k medicíně ve smyslu hranic kompetencí jednotlivých oborů. Běžně psycholog/psycholožka v rámci sexuologické péče figuruje pouze jako testátor/testátorka, který/která poskytuje odborný posudek při diagnostice transsexuality. Lékař se staví k možnostem psychologického vyšetření poněkud skepticky, lékařka ho zase chápe jako běžnou formální součást procesu. Také trans-lidé se v rozhovorech vyjadřovali o diagnostické situaci u psychologa se značným despektem, jako by se jednalo jen o naprosto neužitečnou byrokracii (Andy to označil jako jeden z *gate-keeperů*).

Psycholog označuje vztah mezi psychologií a sexuologií za *„rivalizování“*. Kriticky se staví k tomu, že se kompetence obou oborů překrývají, ale pouze na straně lékařů/lékařek. Jde o to, že zatímco lékař a lékařka tvrdí, že v rámci pravidelných konzultací s klienty/klientkami probíhá i psychoterapie, psycholog si uvědomuje své omezené možnosti ve smyslu, že nemůže indikovat somatickou léčbu, což může být pro trans-lidi zásadní důvod, proč jej nevyhledají a raději navštíví sexuologickou ordinaci. Podle psychologa by měla být psychoterapie v kompetencích psychologie, aby docházelo ke spolupráci disciplín a nikoli vyčleňování psychologické intervence ze standardního procesu. Ovšem je zajímavé připomenout, že v rozhovorech je patrný značný rozdíl v profesním stylu. Psycholog vychází zejména z rozhovoru s klientem a jeho subjektivních zkušeností, medicína používá „objektivní“ kritéria, se kterými trans-lidi porovnává. Pro všechny participující v tomto výzkumu z řad trans-lidí je *„škatulkování“*, které je běžným nástrojem medicíny, obzvláště nepříjemné, a dá se říci, že by uvítali „otevřenější“ a flexibilnější přístup, s jakým do terapie vstupuje psycholog participující na tomto výzkumu.

Tímto se dostáváme k otázce psychoterapie. Psycholog vede své klienty/klientky k autonomii a přijetí sebe bez ohledu na úspěšnost v naplňování norem genderových rolí. Lékař a lékařka směřují psychoterapii spíše k adaptaci na nové podmínky, které s sebou změna genderové role přináší (více o změnách dále). Psycholog vnímá psychoterapii jako podporu, z medicínského hlediska je psychoterapie součástí „léčby“. Podle analýzy rozhovoru s psychologem a rozhovoru s trans-lidmi se ukazuje, že zakázky klientů/klientek týkající se psychosociální oblasti by mohla pokrýt psychoterapie zaměřená na posílení kapacity zvládacích mechanismů, zvýšení frustrační tolerance a vedení k sebepřijetí. Takové cíle nabízí ve svém odborném působení psycholog. Lékař a lékařka obsah psychoterapie nijak nerozvádí. Lze předpokládat, že výše zmíněné psychoterapeutické zaměření je pro sexuologickou praxi příliš ambiciózní (jediný z trans-lidí Andy zmínil nástin tématu sebepřijetí ze strany svého lékaře).

Jak vyplynulo z rozhovorů, lékaři a lékařky ztrácí u trans-lidí důvěru především svým neosobním přístupem, který je založen právě na rigidním dodržování pravidel spojených s lékařskou praxí. V terapeutickém vztahu s lékaři značně absentuje důvěra a bezpečná atmosféra. Klient/klientka nedůvěřuje lékaři/lékařce a není autentický/á a lékař/lékařka zase nedůvěřuje pouhé výpovědi klienta/klientky a nutně ho podrobuje diagnostickému testování. Navíc i samotná komunikace je značně asymetricky nastavená.

Na straně lékařů je obava ze zneužití prostředků k přeměně (např. u homosexuálních dvojic, které by chtěli vystupovat jako heterosexuální) a tendence ověřit si oprávněnost požadavků klienta/klientky. Tento způsob, jak získat diagnostickou jistotu, trans-lidé vnímají jako tlak na to, aby nedobrovolně přijali svou pozici „nemocného“.

Zajímavé je, že zdánlivě jasně daná situace pozic profesionál-laik, nese v sobě skrytou rovinu, kde jsou role v podstatě opačné. Trans-lidé mohou vnímat lékaře/lékařku jako někoho, kdo je nositel zastaralých praktik a navíc ještě nedokáže na celý „problém“ trans-identit skrze svou zúženou (medicínskou) optiku dostatečně nahlédnout. Trans-lidé se o téma genderových identit intenzivně zajímají a v mnoha otázkách mají o něm značný přehled. Lékař se například v rozhovoru odvolává na standardy Harryho Benjamina. I když neoznačuje, zda jde o aktuální či starší vydání, podle postupů, které dále prezentuje, lze vyčíst, že vychází spíše ze starší revize. Také přehled o zahraničí není u lékaře ani lékařky nijak vyčerpávající. Zatímco například Andy a Tomáš si aktivně vyhledávají aktuální informace o pojetí trans-tématu ve světě. V situaci, kdy se pak setkávají s lékaři/lékařkami majícími tradiční (a z hlediska zahraničních posunů nejspíš i zastaralé) postoje, může vyvstat otázka, tak kdo je tady vlastně odborník/odbornice? Lze konstatovat, že asymetrie ve vzájemném vztahu trans-člověk-lékař/lékařka nemusí být založena pouze na expertní převaze a jejím uznání, nýbrž někdy spíš na převaze formální.

Z rozhovorů s trans-lidmi a psychologem vyplynul další aspekt, který může zasahovat do vztahového rámce mezi odborníkem/odbornicí a klientem/klientkou. Vzhledem ke značnému konfrontačnímu nastavení k medicínskému diskurzu, který se projevuje hlavně ve výpovědích Andyho a Tomáše, se jeví jako prostředek k získání prvotní důvěry fakt, že odborník/odbornice je s tématem trans-identit obeznámen/a i na jiné, než medicínské úrovni. Psycholog participující ve výzkumu vyjadřuje potřebu co nejlépe svým klientům a klientkám porozumět. S trans-lidmi se stýká i mimo profesní sféru, což se odráží v jeho širokém tematizování problémů spojených s přeměnou genderové role. Navíc je očividné, že v pomyslné polaritě klient/klientka-společnost stojí jednoznačně na straně trans-lidí a společenské zájmy ponechává stranou, na rozdíl od lékaře a lékařky, kteří své odborné (nikoli osobní) postoje dokládají souladem se společenskými a právními normami. Na Andyho například působil velmi důvěryhodně fakt, že jeho lékař se angažuje v otázkách LGBT komunity na společensko-politické úrovni. Také je patrné, že odborník/odbornice pracující s trans-lidmi má lepší možnost poznat jejich specifické potřeby mimo terapeutickou situaci, zejména pokud je vztah

lékař/lékařka-pacient/pacientka asymetricky zatížen autoritativní pozicí profesionála/profesionálky. Rozhodně nelze toto zjištění generalizovat na celou psychologii, jelikož řada psychologů/psycholožek by byla ve svém přístupu dost možná podobná spíše tomu sexuologickému, zejména v oblasti klinické psychologie.

V tématu samotného procesu přeměny, jakožto obsazení „nové" genderové role a s ní spojených změn těla, se objevují významné rozpory mezi pojetími participujících. Pro lékaře a lékařku je proces přeměny v podstatě cesta, jak zapojit trans-lidi mezi „normální" lidi (ve smyslu genderových norem) a eliminovat jejich nekonformitu. To, co se během lékařem/lékařkou asistované přeměny děje, lze připodobnit k *převýchově* k genderovým rolím včetně modifikace těla do podoby stereotypně se vážící k roli. Oba procesy vychází z binárně pojatého genderového řádu a především fyziologického *pohlaví*. Trans-lidé jsou převáděni z určitého bodu A do bodu B. S tím souvisí také jasný cíl proměny těla, který označuje lékař jako *„minimální chirurgický přístup"*. Za výchozí stav je považována identita (a často i role), která je „opačná" než tělesné pohlavní znaky (myšleno především pohlavní gonády). Jelikož je ale potřeba, aby člověk co nejvěrněji obsadil roli korespondující s jeho identitou, musí být zbaven zásadních znaků a příslušných funkcí odkazujících na identitu, s níž se neztotožňuje.

V případě trans-lidí identifikujících se jako muži jde o odstranění ženských pohlavních žláz a tedy schopnosti otěhotnět. Z výpovědí lékaře a lékařky je zřejmé, že člověk překračující dichotomní normy ve spojení genderové role a těla, nemá z jejich hlediska legitimní identitu. Spojení pohlavních žláz náležících k jednomu pohlaví a obsazení genderové role tradičně spojované s druhým pohlavím je považováno pouze jako mezistupeň na cestě k požadované roli, se kterou se pojí i úřední stvrzení dané identity. Na první pohled se zdá, že existuje z lékařského hlediska tendence dávat identitu, tělo a sociální roli do souladu. Ovšem z rozhovoru s lékařem pak vyplývá, že onen soulad se odráží na těle tím, že je pouze zbaveno odkazu k původnímu *pohlaví*, nikoli doplněno o zásadní znaky *pohlaví* nového. Nejde tedy o vytvoření penisu či vagíny, ale o odstranění vaječníků a varlat (ve zkratce).

Ovšem trans-lidé mohou mít zcela odlišný způsob chápání vztahu genderové identity, role a těla. Kritika naturalizace genderu je patrná zejména u Tomáše a Andyho, kteří se oba odborně zajímají o sociální konstruktivismus (vymezující se proti biologickému esencialismu). I přesto, že jejich těla neodpovídají normativní představě

(medicíny i celé západní kultury) o mužské fyziologii, snaží se je interpretovat tak, aby nebyly v rozporu s jejich identitou. Oproti tomu Michal, který nereflektuje explicitně normativní tlak genderového řádu, se svou stávající podobou těla spokojen není. Je ale potřeba říci, že i přes vymezování se vůči tlaku na genderovou konformitu, Andy a Michal stejně podléhali genderovému tlaku, alespoň v dílčích aspektech, a prošli procesem maskulinizace na základě hormonální substituce. Navíc Tomáš podstoupil mastektomii. Michal neprodělal žádné zásahy do těla (ani hormonální, ani operativní) a jeho tělo tedy nevykazuje žádný jasně rozpoznatelný atribut maskulinity, kterého Tomáš a Andy nabyli (např. hlubší hlas, zmenšení prsou, změna distribuce tuku, ztráta menstruace apod.).

Lze tedy na faktory ovlivňující vztah ke svému tělu, jež neodpovídá tradičnímu chápání maskulinity, nahlížet skrze dvě prolínající se roviny. K sebeakceptaci může přispívat jednak reflexe internalizovaných genderových norem a jejich vědomá dekonstrukce. Jak se ale v analýze ukázalo, silný tlak ze sociálního prostředí vede trans-lidi i přes jejich vnitřní rozpor (vyvolaný odmítáním genderových norem) ke krokům, které podpoří jejich rozpoznávání v požadované genderové roli okolím. Toho docílí prostřednictvím maskulinizace na první pohled viditelných tělesných a genderových znaků. Zajímavé je zmínit, že rekonstrukce penisu se ukázala jako zcela nevyžadovaný zásah. Důvodem by mohl být fakt, že je pouhou, ne zcela funkční, imitací skutečného penisu nebo sžitost s původním genitálem, který je zdrojem sexuálního uspokojení. Navíc genitálie nejsou na rozdíl od vousů nebo hlasu genderovým identifikátorem v každodenním kontaktu. Také se může jednat o pocit, že změny vyvolané vlivem hormonální terapie jsou chápány jako „přirozené“ (Andy hovoří o probuzení skrytých možností svého těla), zatímco plastické vytvoření nového orgánu by bylo změnou zcela „umělou“.

Když hovoříme o změnách těla v souvislosti s procházením v maskulinní roli, naskýtá se příležitost odkrýt mechanismus sebeprezentace a sebeumisťování v genderově zasažené sociální realitě. Ani jeden z participujících trans-lidí se nedokáže jednoznačně identifikovat jako legitimní muž. K nalezení odpovědi, proč tomu tak může být, je potřeba pohlédnout na jejich cestu k maskulinitě (která je chápána individuálně). Participanti vylučovali ze své role ryze femininní atributy, jako byl ženský rod v řeči nebo v případě dvou z nich vyvinutá prsa (v jednom případě chirurgicky, v druhém vlivem hormonů). To byl bezpečný způsob, jak zamezit, aby byli s jistotou rozpoznáváni jako ženy. Na základě genderové dichotomie museli femininitu nahradit maskulinitou a začali být označováni (a sami sebe označovali) v mužském rodě, což přispělo k obsazení maskulinní role. Ovšem

každý z nich se setkal (a neustále setkává) se situacemi, kdy jeho maskulinita nebyla okolím uznána jako legitimní (ať už jde o plavání, nebo o předložení dokladů), což je odezva, která ho v maskulinní prezentaci více či méně, ale dozajista nějakým způsobem, znejišťuje. Je vidno, že přeci jen se participující trans-lidé pohybují v genderové dichotomii, jelikož potřebují obsazovat maskulinní roli.

Opakované sociální vylučování vyvolává v trans-lidech různé intrapsychické mechanismy, skrze které odstředivou sílu sociálních norem zvládají. Jedním ze zajímavých aspektů je hledání zástupné pozitivní identity v sociálním prostředí. Lze hovořit dokonce i o jistém druhu vyvolenosti. Ta je patrná, jak v případě Michala, který se snaží nalézt ve své „jinakosti" určitý vyšší smysl, tak v případě Andyho, který se staví do role bojovníka proti systému, a nakonec i Tomáše, který je výjimečný svým otevřeně odmítavým postojem ke stereotypnímu uvažování o genderu i mezi dalšími trans-lidmi (i v trans-skupině se cítil jako ten, kdo otevřeně reflektuje ostatním skryté genderové mechanismy). Tento způsob sebepojetí může být formou, jak nalézt „své místo pod sluncem" i v prostředí, které člověka patologizuje. Velmi podobně hledí na trans-lidi také psycholog, který vnímá trans-identitu jako dar, který by měl být přijat a využit. Podporu pozitivního sebenáhledu mohou poskytnout i jiné koncepty, které pojímají trans-lidi jako mimořádně duchovně obdařené.

Dalším mechanismem, s jehož pomocí si trans-lidé kompenzují pocit sociálního vylučování, jsou určité náhradní a bezpečné způsoby seberealizace. Tomáš se realizuje v rámci aktivismu, kde se snaží prosazovat práva trans-lidí, Andy strhává pozornost okolí na své studijní úspěchy a znalost angličtiny, ve které exceluje, a Michal si odžívá svou expresivní maskulinní identitu v umění. Jejich potřeba uznání tak má konkrétní nástroj, s jehož pomocí dosahují respektu.

Kdybychom šli ještě trochu hlouběji, mohli bychom nalézt dva způsoby vyrovnání se se sociálním nepřijetím. Jednalo by se o rezignaci v depresi a o boj v racionalizaci. Zatímco Michal pojímá to, že není okolím uvažován jako legitimní muž, jako svou prohru, Tomáš s Andym na základě smrště svých argumentů nabourávají stereotypní optiku společnosti kolem sebe, ať už skrze genderový aktivismus nebo jiné projevy rebelie vůči tradičnímu genderovému řádu.

Ukazuje se, že dichotomní chápání genderu (které zastává také medicína) je pro trans-lidi z mého výzkumu zdrojem sociálního vyloučení. S tím pak nakládají různými způsoby. Jelikož odmítají medicínskou „normalizaci" jejich těla, lékaři a lékařky jsou pro

ně v této době buď zbyteční, jako je to u Michala, nebo slouží pouze jako udržovací zdroj, který jim jednou za několik měsíců poskytuje hormony a kontroluje jejich zdraví. Všichni tři z trans-lidí, se kterými jsem hovořila, měli pocit, že v léčbě absentovala psychoterapie. Michal a Andy vyhledali psychologickou podporu jinde.[29]

Můžeme se domnívat, že sociální existence mimo genderové normy je náročná pro každého trans-člověka. Další komplikací je pak legislativa. Trans-lidé se cítí být vydíráni právním systémem, který vychází stejně jako medicína z jednoznačné binarity identit. Všichni tři z participujících trans-lidí jsou silně znepokojeni požadavkem sterilizace (v Tomášově pojetí kastrace) k tomu, aby mohli být úředně uznáni muži. Každá situace, kde předkládají doklady či úřední listiny je pro ně v podstatě vynucený coming-out. Tomáš a Andy se navíc zajímají o zahraniční modely, ve kterých je od této podmínky upuštěno a trans-člověk může úředně změnit *pohlaví*, aniž by musel být operativně zbaven reprodukčních funkcí. U Andyho toto vědomí vede k touze žít ve státě, kde jsou takové možnosti. Zároveň je u Andyho a Tomáše patrný určitý vzdor proti těmto právním předpisům, oba potřebují, aby se mohli pro chirurgický zákrok rozhodovat zcela svobodně, v čemž jim brání pocit, že jsou do něj někým (právním systémem) nuceni. Podobný postoj prosazuje i psycholog, který stojí jednoznačně na straně svobodné volby úředního *pohlaví* ovšem s určitou mírou ověřování legitimnosti tohoto požadavku. Lékařka a zejména lékař vidí přímou souvislost mezi úředním *pohlavím* a pohlavními žlázami člověka. Ovšem především v tom smyslu, že nelze vlastnit vaječníky, když je v dokladech uvedeno „M". Jde tedy spíše o vzájemné vylučování, nikoli o podmínku, že každý, kdo chce být úředně uznán mužem, musí mít varlata. Zdá se, že pro trans-lidi je úřední identifikace spíše označením jejich genderové role (pravděpodobně ne identity, jelikož ta nemusí být na rozdíl od role zcela definovaná jako mužská). Objevuje se tedy zásadní rozdíl v tom, co vlastně pro jednotlivé strany ono *úřední pohlaví* označuje.

[29] Domnívali se, že zakázka nesouvisela primárně s trans-identitou. Šlo ovšem o propady nálad nebo potíže s pohybem v sociálním prostoru, což může být právě důsledek obtíží spojených s procházením v preferované genderové roli.

III. DISKUSE

Ze závěrečné komparativní analýzy obou sad rozhovorů (s odbornicí, odborníky a s trans-lidmi) vyšlo několik základních aspektů ovlivňujících proces přeměny genderové role a *pohlaví*, jak na straně odborníků/odbornic pracujících s trans-lidmi, tak na straně jejich klientů/klientek. Zařadit by se daly do čtyř tematických celků, které jsou vzájemně provázané. Jedná se o *postoj k medicínskému diskurzu a systému* (včetně diskurzu transsexuality a terapeutických prostředků), *postoj k právnímu diskurzu* (česká legislativa upravující podmínky přeměny *pohlaví*), *terapeutický vztah* (zahrnující důvěru, vzájemné postavení a odpovědnost) a *chápání a zvládání sociálních norem* (včetně norem genderového řádu).

Medicínský diskurz se ukázal jako velké téma, které zasahuje chápání smyslu přeměny jako takové. Lékař a lékařka, se kterými jsem v rámci mého výzkumu prováděla rozhovory, projevují oddanost svému „řemeslu“. V souladu s MKN-10 (2014) považují trans-identity za duševní *poruchy*. Také jejich přístup k ustáleným medicínským postupům je v souladu s pojetím transsexuality (a jiných *poruch pohlavní identity*) autorského kolektivu Fifková, Weiss, Procházka (2008). Ovšem ne všichni trans-lidé, jak ukázal můj výzkum, se identifikují s rolí „nemocného“ a nemusí vnímat svou trans-identitu jako odchylku od zdraví. Blíže jejich sebepojetí je pak nová verze mezinárodních Standardů WPATH (2011), ve které se objevuje změna optiky, skrze niž hledí na trans-lidi. V tomto textu, stejně tak jako v aktuální verzi zahraničního DSM-V (2013), je zdůrazněna tendence k depatologizaci transgenderových identit. Děje se tak prostřednictvím rozlišování genderové nekonformity a genderové dysforie, které se mohou, ale nemusí vyskytovat společně. Změny jsou i v pohledu na terapii („léčbu“), která se značně individualizuje. Rozhodně není dán fixní postup, ve kterém je nutno držet se daného sledu kroků. Navíc je vyjmut Real life test (Coleman et al., 2011). Z rozhovoru s lékařem a lékařkou naopak vyplynulo, že je důraz kladen na daný postup, ze kterého se běžně nevybočuje. Tento scénář zahrnuje všechny fáze přeměny popsané Fifkovou a kol. (2008), včetně operativní přeměny. I když se lékař odkazuje na Standardy Harryho Benjamina, jedná se pravděpodobně o starší verzi z roku 2001, která je publikována v rámci monografie od Fifkové a kolektivu (2008). Jednak lékař (stejně jako lékařka) používá terminologii, která

je podle nových Standardů (2011) zastaralá, a navíc trvá na postupu, od kterého se v zahraničí upouští (jak ve Standardech, tak v DSM-V).

Zatímco se tedy proměňuje sexuologický diskurz v zahraničí směrem k určitému sociálnímu a kulturnímu přesahu, v naší praxi jsou trans-lidé stále patologizováni. Ti, se kterými jsem hovořila, se sami cítí pod tlakem lékařů/lékařek, aby nedobrovolně přijali roli „nemocného“ z obav, že by jim nebyly poskytnuty některé terapeutické prostředky (například hormonální substituce). Z mého výzkumu je vidno, že stále přetrvává lpění na kritériích, na základě nichž lékaři/lékařky oddělují „pravou“ transsexualitu od ostatních diagnóz, na něž se proces přeměny ne zcela vztahuje. Ze své péče mají tendenci vylučovat lidi, kteří nesplňují například diagnostické body uváděny Weissem a Procházkou (2008: 16): pocit nespokojenosti s vlastním anatomickým pohlavím a přání hormonálního léčení a chirurgického zásahu k dosažení tělesného vzhledu odpovídajícího preferovanému *pohlaví.* Participující v mém výzkumu z řad trans-lidí jsou zrovna příkladem takovýchto *pacientů,* kteří si nepřejí operativní zákrok do svých pohlavních orgánů. Tendence českých lékařů/lékařek k jednotnému postupu vedoucímu k chirurgické konverzi pohlaví je v souladu s Foucaultem (1971) a Dvořáčkovou (2008) způsobem navracení trans-lidí z vybočení vůči tradiční genderové (a pohlavní) dichotomii do pomyslné „normality“. Rezervovaný postoj k nekonformním trans-lidem, kteří svou identitu definují skrze genderovou diverzitu, v pojmech, které byly představeny ve výzkumu Kupra a kol. (2012), zasahuje vzájemný vztah mezi lékařem/lékařkou a klientem/klientkou.

Jak uvádí Křivohlavý (2002) pacient/ka je zbavován/a odpovědnosti za svůj stav. I v rámci mého výzkumu se ukázalo, že je trans-člověk lékařem a lékařkou posuzován jako někdo, kdo „neví“, případně se ve svém stavu nevyzná. Na odborníkovi/odbornici pak je, aby na základě daných testových postupů potvrdil nebo vyvrátil diagnózu. U participujících trans-lidí v mém výzkumu se však projevila značná reflexe medicínského testování, která vedla ve vztahu k lékaři/lékařce k potlačení svých autentických pocitů. Jak jsem již v teoretické části uváděla, již Foucault (1971) považoval samotné „duševně nemocné“ lidi za největší „odborníky“ na svůj stav.

Jako zásadní aspekt ovlivňující prostředky přeměny genderové role a těla se ve výzkumu objevil terapeutický vztah. Ukazuje se, že mezi lékařem/lékařkou a trans-lidmi je obtížné navázat takový vztah, který by vykazoval ze strany odborníka/odbornice prvky jako jsou empatie, akceptace a autenticita, které uvádějí Fifková a Weiss (2008). Místo

toho pociťují trans-lidé ze strany lékařů/lékařek kontrolu, nedůvěru a nadřazenost. Navíc je zajímavé, že lékař a lékařka se domnívají, že psychoterapeutické vedení je přítomné v každém kontaktu s klientem/klientkou (podle Fifkové a Weisse tzv. nespecifická terapie, 2008), zatímco trans-lidé (z mého výzkumu) mají pocit, že psychologická podpora téměř zcela absentuje a vnímají kontrolní vyšetření u lékařů/lékařek jako formalitu. Co se týče mechanismu kontroly, kterou trans-lidé pociťují, Guggenbühl-Craig (2007) ji považuje za nereflektovaný stín šarlatána, který provází lékařskou profesi. Také v rámci mého výzkumu se ukázalo, že u lékaře a lékařky absentuje dostatečná sebereflexe a pouze se výrazně projevuje profesní sebevědomí s odkazem na ctění běžných postupů. Cíle psychoterapie trans-lidí, které uvádí Coleman a další ve Standardech WPATH (2011) jsou spíše v souladu s cíli, na které se ve své profesní činnosti zaměřuje psycholog, participující na výzkumu.

Samotné prožívání přeměny z výzkumu vzešlo jako velmi individuální aspekt. V souladu s tím, co tvrdí Fifková (2008), došli dříve nebo později všichni z participujících k tomu, že začali poskytovat svému okolí jasné signály pro rozpoznání v maskulinní roli. Výzkum ukazuje, že lékař a lékařka, na rozdíl od psychologa, vnímají přeměnu jako dokončenou až v situaci, kdy trans-člověk prodělá operativní zákrok do pohlavních žláz. Stejně tak Fifková (2008) nedoporučuje setrvávat ve fázi *„neutrální formy existence“*. Podle Marešové (2002) dokonce nemůže trans-člověk žít „normální“ život, aniž by podstoupil tento chirurgický zákrok (Marešová in Fifková et al., 2002). Ani jeden z participujících netouží, ani reálně neplánuje projít operativní přeměnou *pohlaví* a k tomuto zákroku se navíc staví velmi kriticky. Co je ale na této situaci problematické, je právě fakt, že takovýto člověk není z hlediska legislativy skutečně uznán jako „normální“, potažmo legitimní muž. Vydání nového Občanského zákoníku (2012) je pro některé trans-lidi potvrzením frustrujícího faktu, že se nemohou svobodně rozhodnout o svém těle, aniž by museli uvažovat o tom, zda jsou schopni žít s doklady na původní *pohlaví*. Jeden z participujících se také cítí zákonem diskriminován z hlediska partnerského svazku, kdy jakožto úřední „žena“ nemůže být se svou partnerskou sezdán, i přesto že se sám cítí jako heterosexuální muž. Jako sporné se ukazuje také tvrzení, že většina trans-lidí navštěvujících sexuologickou ordinaci, je již rozhodnuta pro přeměnu *pohlaví* (Fifková a Weiss, 2008). Lidé podílející se na mém výzkumu patrně představují onu výjimku, kterou autor a autorka příliš nerozvádějí.

V oblasti spokojenosti s výsledky přeměny lékař a lékařka hovořili o výjimečných případech, kdy by si trans-člověk přál vrátit zpět rozhodnutí o odnětí pohlavních žláz. Zahraniční studii s podobným závěrem také uváděli Fifková a Weiss (2008). Ovšem na základě analýzy rozhovorů s lékařem, lékařkou a psychologem se objevuje předpoklad, že takovéto výzkumy jsou prováděny zejména proto, aby potvrdily správnost daných lékařských postupů. Podle mého názoru je validita odpovědí lidí, po tak závažném zákroku jako je operativní odstranění *pohlaví*, na otázku, zda tohoto rozhodnutí nelitují, přinejmenším problematická. Jak ukazuje Mikotova kazuistika (1995), k závěru, že by chtěl přeměnu vrátit zpět, došel klient až po trvající psychoterapii.

V pojednání o maskulinitě jsem uváděla studii Kimella (1988), který určil několik dimenzí, skrze které je maskulinita definována. Také v mé analýze se objevila dimenze *potřeby dosáhnout společenského statusu a uznání*, kterou považuji za určitou kompenzaci sociálního vylučování z důvodu genderové nekonformity. Participující jsou na tuto potřebu silně zaměřeni, čímž si patrně snaží obhájit svou ne vždy akceptovanou maskulinní roli. O sociálním přijetí hovořil také Stephenson (2012) v pojednání o iniciačním rituálu chlapců. Stejně jako je pro chlapce důležité, aby byli komunitou přijati jako muži, také v analýze se ukázala akceptace maskulinity participujících jejich blízkými jako podstatný zdroj sebevědomí v této roli. Dalším bodem při cestě za maskulinitou je tělo, jehož pojetí účastníky mého výzkumu se v mnohém podobalo tomu, co objevil ve své studii Devor (1999). Jednalo se například o důraz kladený na viditelné znaky *pohlavní* příslušnosti, jako jsou například prsa. V podstatě všichni z participujících trans-lidí považovali prsa za identifikátor femininity, který je omezuje v některých aktivitách v sociálním prostředí nebo se necítí dostatečně maskulinně v rámci partnerského vztahu. Weiss a další (2008) tvrdí, že je pro trans-člověka směřujícího k maskulinní roli nepředstavitelný sexuální vztah s heterosexuálním mužem, což podporuje jejich trápení ve femininní roli. Stejně heteronormativní pohled se objevil u participující lékařky a lékaře. Zatímco u trans-lidí byla definice jejich sexuality velmi různá, včetně deklarování pansexuální orientace.

Zábrodská (2009) a Šmausová (2002) pojednávají o dichotomizaci genderových identit. Zábrodská hovoří o konstrukci maskulinní identity skrze vylučování femininity. Šmausová (2002) se zase odkazuje na autorky, které tvrdí, že lidé si skládají z různých vlastností, které jim individuálně vyhovují, bez ohledu na jejich genderovou konotaci své vlastní androgynní identity. V případě trans-lidí v mém výzkumu se objevil zajímavý mechanismus, který byl ve dvou případech založený na důkladné genderové reflexi světa,

což vedlo k racionálnímu přiřazování femininního nebo maskulinního význam různým atributům. Stávalo se pak, že s cílem být lépe čteni jako muži cíleně zahrnovali do své identity právě maskulinní vlastnosti. Nebo v jednom případě, aby se zabránilo přibližování vlastní vytvořené maskulinit k její hegemonní podobě, objevila se tendence zahrnout do své identity femininní atributy pro určité vyvážení.

Stejně tak jako konstatuje Bem (1975), i přesto, že se mohou genderově nekonformní lidé zdát v mnoha ohledech velmi otevřené a vyvážení, společnost vyvíjí silný tlak na jejich zařazení do genderových kategorií (maskulinní) muž a (femininní) žena. I přesto, že se participující trans-lidé z mého výzkumu snaží bránit tlaku genderových norem, stejně mu podléhají, jelikož sankce spojené se sociálním vyloučením je příliš psychicky dekompenzují.

IV. ZÁVĚR

Během psaní práce jsem došla ke zjištění, že téma procesu přeměny genderové role a *pohlaví* by si zasloužilo větší prostor, než jsem mu poskytla v rámci své diplomové práce. Na druhou stranu je možné vnímat tento text jako vhled do problematiky, ze kterého vyvstávají další dílčí témata, na které by se dala v rámci psychologického výzkumu zaměřit pozornost.

Skutečně se projevilo, že psychologie v českém kontextu v pojednání trans-identit silně zaostává za medicínou, přitom témata, jako jsou frustrace, sociální vyloučení, hledání identity nebo sebepřijetí, se vyloženě nabízí k psychologickému zkoumání.

Tato práce také může být pojata jako inspirace pro orientaci na praxi. Ukázalo se, že jsou nejméně dvě různé cesty, jakou péči lze trans-lidem poskytovat, které si rozhodně nemusí konkurovat, ale naopak se mohou doplňovat. Jedná se o klinickou úroveň v rámci zdravotnických zařízení a o poradensko-terapeutickou úroveň v rámci sociálních institucí. Ovšem v České republice se v podstatě pouze výjimečně odehrává odborná práce s trans-lidmi mimo medicínskou sféru. Přitom gender a tělo mohou být právě v případě trans-lidí poměrně oddělené stránky. Stejně tak jako psychologie není schopná zprostředkovat změny těla, ukazuje se, že sexuologie nemá kapacitu ani vhodné terapeutické prostředky k dlouhodobé a systematické práci s tématy genderové identity a role. Oblast trans-identit se tedy jeví jako multidisciplinární téma, nikoli jako výhradně medicínský fenomén.

Zároveň výzkum naznačil odpověď na úvodní otázku, kdo se v současnosti specializuje na poskytování psychologické péče trans-lidem, kteří nemohou nebo nechtějí podstupovat kompletní proces přeměny. Již při hledání participujících jsem měla problém nalézt psychologa/psycholožku nebo terapeuta/terapeutku, kteří s trans-lidmi pracují mimo zdravotnická zařízení. V tomto ohledu je také třeba podotknout, že participující psycholog je skutečně jeden z mála, který se na toto téma ve své praxi zaměřuje. Lze tedy předpokládat, že přístupy psychologů a psycholožek by se nejspíš značně lišily (v závislosti na zaměření, výcviku, apod.), proto není možné jakkoli výsledky výzkumu v této otázce generalizovat na celou psychologii.

V otázce zobecňování výsledků je potřeba hledět na můj výzkum jako na velmi specifický. Výběr participujících rozhodně svými postoji nekoresponduje s většinou trans-

lidí u nás. Mým záměrem, ale nebylo představit pohled „typického“ trans-člověka, nýbrž upozornit na to, že potřeby trans-lidí v souvislosti s přeměnou genderové role a *pohlaví* mohou být i jiné, než se tradičně předpokládá. V tomto ohledu by byl nejspíš užitečný větší výzkum, který by zahrnoval také lidi po operativní přeměně.

Dilema přináší otázka, jaký je rozdíl mezi tím, co proklamují lékaři/lékařky a tím, co jsou skutečně ochotni v praxi trans-lidem poskytnout. Případně se můžeme ptát, zda nejsou rozdíly v přístupech jednotlivých lékařů/lékařek a z čeho tyto rozdíly plynou. I přesto, že v rozhovorech lékař a lékařka projevovali podřízenost jednotnému sexuologickému postupu, ve skutečnosti nemusí být loajalita k těmto pravidlům tak neotřesitelná, jak se zdá. Proto nám nemusí velká část z toho, co lékaři a lékařky prezentují navenek, dát zcela jasný obrázek o tom, jak vypadá péče o trans-lidi uvnitř ordinací. Opět se vracím k tomu, že by bylo potřeba zahrnout do výzkumu více participujících, a to i z řad odborníků/odbornic. Při takto malé skupině není možné poznat dostatečnou pestrost profesních stylů.

Psaní této práce mě utvrdilo v tom, že existuje skutečná diverzita identit, jež se ovšem většinou skrývají za dichotomními rolemi. Na trans-lidi nelze hledět jako na homogenní skupinu, která sdílí stejnou historii, touhy, fantazie, sexualitu a konečně stejné chápání genderového řádu. K posunu v odborné péči o lidi prožívající přeměnu genderové role a/nebo *pohlaví* může dojít pouze přijetím totálně individualizovaných konceptů identit.

LITERATURA

Bačová, V. 2000. „Osobná identita - konštrukcie - text - hľadanie významu“. In: Čermák, I., P. Macek, M. Hrebíčková (eds.). *Identita, agrese, osobnost: výzkumné výsledky*. Brno. Psychologický ústav AV ČR. ISBN 80-86620-06-9.

Baršová, A. 2013. „Skalpel a duše. Ke změně pohlaví podle nového občanského zákoníku“. In *Časopis zdravotnického práva a bioetiky* 3(1), Ústav státu a práva AV ČR. ISSN 1804-8137.

Butler, J. 1988. „Performative Acts and Gender Constitution: An Essay in Phenomenology and Feminist Theory“. In *Theatre Journal* 40(4), 519-531. ISSN: 0192-2882.

Devor, H. 1997. *FTM: female-to-male transsexuals in society.* Bloomington and Indianapolis: Indiana University Press. ISBN 978-025-3212-597.

Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. 2013. Washington, D.C.: American Psychiatric Association. ISBN 978-089-0425-558.

Diamond, M. 2004. *From the inside out*. San Francisco, Calif. ISBN 0-916397-96-3.

Doležal, A. 2013. „Konstrukce identity v právním diskursu. Dvojí pojetí bytí“. In *Časopis zdravotnického práva a bioetiky* 3(1). Ústav státu a práva AV ČR. ISSN 1804-8137.

Dušek, K., A. Večeřová-Procházková. 2010. *Diagnostika a terapie duševních poruch*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-1620-6.

Dreger, A. D. 1998. *Hermaphrodites and the medical invention of sex*. Cambridge, MA: Harvard University Press. ISBN 06-740-8927-8.

Dvořáčková, J. 2008. „Diagnóza F 64.0: Transsexualita optikou sexuologie“. In *Sociální studia* (1). ISSN 1214-813X.

Fafejta, M. 2004. *Úvod do sociologie pohlaví a sexuality*. Věrovany: Jan Piszkiewicz. ISBN 80-86768-06-6.

Fausto-Sterling, A. 2000. *Sexing the body: gender politics and the construction of sexuality*. New York: Basic Books. ISBN 04-650-7714-5.

Feinberg, L. 2000. *Pohlavní štvanci*. Praha: G plus G. ISBN 80-242-0380-4.

Fifková, H. et al. 2002. *Transsexualita: diagnostika a léčba*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0333-5.

Fifková, H. et al. 2008. *Transsexualita a jiné poruchy pohlavní identity*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4716-961.

Foucault, M. 1971. *Psychologie a duševní nemoc*. Praha: Horizont. ISBN 40-007-71.
Freud, S. 1991. *Vybrané spisy I*. Praha: Avicenum. ISBN 80-201-0225-61.

Gilbert, D.T. et al. 1998. *The handbook of social psychology*, volume II.. New York: The McGraw-Hill Companies. ISBN 0195213769.

Guba, E. G., Lincoln, Y. S. 1994. „Competing Paradigms in Qualitative Research". In Norman K. Denzin, Yvonna S. Lincoln (eds.). *Handbook of Qualitative Research*. London: Sage. ISBN-10: 1412974178

Guggenbühl-Craig, A. 2007. *Nebezpečí moci v pomáhajících profesích*. Praha: Portál. ISBN 978-807-3673-024.

Hartl, P., Hartlová, H.. 2004. *Psychologický slovník*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-569-1.

Kimmel, M.S. 1987. *Changing men: new directions in research on men and masculinity*. Newbury Park, Calif.: Sage Publications. ISBN 08-039-2997-8.

Kimmel, M.S. 2011. *The gendered society*. 4th ed. New York: Oxford University Press. ISBN 0195399021.

Kratochvíl, S. 2005. *Skupinová psychoterapie v praxi*. Praha: Galén. ISBN: 80-7262-347-5.

Křivohlavý, J. 2002. *Psychologie nemoci*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0179-0.

Lambert, H. J. 1987 „Biology and Equality: A Perspective on Sex *Differences"*. In Harding, S., O'Barr, J. F. *Sex and scientific inquiry*. Chicago: University of Chicago Press. ISBN 02-263-1627-0.

Lang, S. 1998. *Men as women, women as men: Changing gender in Native American cultures.* Austin, Tex: University of Texas Press. ISBN 978-029-2799-684.

Mars, I. (ed.). 2000. *Sociology: making sense of society*. Prentice Hall Europe. ISBN 05-823-6943-6.

Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (MKN-10): desátá revize, aktualizovaná verze k 1. 4. 2014. Praha: Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR.

Mikota, V. 1995. *Alkohol v psychoanalýze: Několik poznámek k psychoterapii v psychiatrii*. Praha: Psychoanalytické nakladatelství J. Kocourek. ISBN 80-901-6015-8.

Miovský, M. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Vyd. 1. Praha: Grada. ISBN 80-247-1362-4.

Oakley, A. 2000. *Pohlaví, gender a společnost*. Praha: Portál. ISBN 80-7178-403-6.

Ovidius. 1998. *Proměny*. Překlad Ivan Bureš. Praha: Avatar. ISBN 80-858-6225-5.

Perry, M. 2011. *Klec pro majáky*. Zlín: Kniha Zlín. ISBN 978-808-7497-005.

Poněšický, J. 2003. *Fenomén ženství a mužství: psychologie pro ženy a muže, rozdíly a vztahy*. Vyd. 1. Praha: Triton, Psychologická setkávání, sv. 5. ISBN 80-725-4350-4.

Reddy, G. 2005. *With respect to sex: Negotiating hijra identity in South India*. Chicago: University of Chicago Press. ISBN 02-267-0756-3.

Renzetti, C. M., D. J. Curran. 2003. *Ženy muži a společnost.* Praha: Karolinum. ISBN 80-246-0525-2.

Sallans, R. 2012 „Serving the Transgender Community: A Review of the Standards of Care (SOC)". In *Contemporary Sexuality* 46(9).

Šmausová, G. 2002. „Proti tvrdošíjné představě o ontické povaze gender a pohlaví". In *Sociální studia*. 7. Brno: FSS MU, 15 - 27. ISSN 1214-813X.

Švaříček, R., Šeďová, K. 2010. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-313-0.

vaříčková-Slabáková, R. 2012.
asnosti: koncepty, metody, perspektivy. Praha: Nakladatelství Lidové noviny. ISBN 978-80-7422-218-4.

Weiss, P., I. Procházka. 2002. „Pohlavní identita" In: Fifková, H. et al. *Transsexualita: diagnostika a léčba*. Praha: Grada. ISBN 80-247-0333-5.

Weiss, P. et al. 2010. *Sexuologie*. Praha: Grada. ISBN 978-802-4724-928.

Zábrodská, K. 2009. *Variace na gen*
. Praha: Academia. ISBN 80-200-1752-6.

Žourková, A. 2002. *Klinická sexuologie*. Brno: Masarykova univerzita. ISBN 80-210-2795-9.

Zvěřina, J. 2012. *Lékařská sexuologie*. UK Praha: Karolinum. ISBN 978-80-246-2049-7.

Internetové zdroje:

Argentina přijala průlomový zákon o pohlavní identitě [online]. 2012 [cit. 17. 5. 2014]. Dostupné z: <http://www.transsexualita.cz/?p=1184>.

Badošek, R. 2011. *Vypovídací schopnost vybraných znaků metody „Kresba lidské postavy" u dospělé populace.* [online]. [cit. 11. 5. 2014]. Disertační práce. Olomouc: Univerzita Palackého, FF, Katedra Psychologie. Vedoucí práce Zdeněk Vtípil. Dostupné z: <http://theses.cz/id/exttj4/Badoek_Radim_Vypovdac_schopnost_vybranch_znak____.pdf>
.

Collazo, A., A. Austin, S. L. Craig. 2013. „Facilitating Transition Among Transgender Clients: Components of Effective Clinical Practice“. In *Clinical Social Work Journal* 41(3), s. 228-237. New York: Springer. [online]. [cit. 15. 5. 2014]. Dostupné z: <http://link.springer.com/10.1007/s10615-013-0436-3>.

Coleman, E. et al. 2011. „Standards of Care for the Health of Transsexual, Transgender, and Gender-Nonconforming People, Version 7“. In *The International Journal of Transgenderism*, 13(4). [online]. [cit. 13. 5. 2014]. Dostupné z: <http://www.wpath.org/uploaded_files/140/files/IJT%20SOC,%20V7.pdf>.

Černý, J. 1969. „O soudně-lékařských otázkách transsexualismu*“*. Příspěvek přednesený na sympoziu *O soudně-lékařských otázkách transsexualismu.* [online]. [cit. 12. 5. 2014]. Dostupné z: <http://www.translide.cz/books/symposium/hynie/01.html>.

English Translation of Argentina's Gender Identity Law as approved by the Senate of Argentina on May 8, 2012 [online]. 2012 [cit. 17. 5. 2014]. Dostupné z: <http://globaltransaction.files.wordpress.com/2012/05/argentina-gender-identity-law.pdf>.

Hynie, J. 1969. „O soudně-lékařských otázkách transsexualismu*“*. Příspěvek přednesený na sympoziu *O soudně-lékařských otázkách transsexualismu.* [online]. [cit. 12. 5. 2014]. Dostupné z: <http://www.translide.cz/books/symposium/hynie/01.html>.
Falopletysmografie. Velký lékařský slovník [online]. [cit. 10. 5. 2014]. Dostupné z: <http://lekarske.slovniky.cz/lexikon-pojem/falopletysmografie-4>.

International Spectrum: *LGBT Terms and Definitions*. [online]. [cit. 20. 5. 2015]. Dostupné z: <http://internationalspectrum.umich.edu/life/definitions>

Kuper, L. E., Nussbaum, R., Mustanski, B. 2012. „Exploring the Diversity of Gender and Sexual Orientation Identities in an Online Sample of Transgender Individuals“. In *Journal of Sex Research* 49(2-3), s. 244-254. DOI: 10.1080/00224499.2011.596954. Dostupné z: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/00224499.2011.596954>.

Ministerstvo vnitra České republiky. 2010. *Zápis údajů o změně pohlaví. Informace o činnostech matričních úřadů v souvislosti se zapisováním údajů do agendového informačního systému evidence obyvatel* Praha: MVČR. [online]. [cit. 3. 5. 2014]. Dostupné z: <http://www.mvcr.cz/clanek/informace-o-cinnostech-matricnich-uradu-v-souvislosti-se-zapisovanim-udaju-do-agendoveho-informacniho-systemu-evidence-obyvatel.aspx?q=Y2hudW09Mw%3d%3d>.

Názory pacientů. *Známý lékař* [online]. [cit. 15. 5. 2014]. Dostupné z: <http://www.znamylekar.cz/hana-fifkova/sexuolog/praha/pozitivni#doctor-opinion-stats>.

Pfäfflin, F. 1997. „Sex Reassignment, Harry Benjamin, and some European Roots“. In *The International Journal of Transgenderism* [online]. 1(2). [cit. 12. 5. 2014]. Dostupné z: <http://www.iiav.nl/ezines/web/ijt/97-03/numbers/symposion/ijtc0202.htm>.

Ray. 1999. „SRS“. Translidé. [online]. [cit. 10. 5. 2014]. Dostupné z: <http://www.translide.cz/ray-poezie?c=14>.

Rekers, G. A. 2009. *Treatment of gender identity confusion in children: Research Findings and Theoretical Implications for Preventing Sexual Identity Confusion and Unwanted Homosexual Attractions in Teenagers and Adults* [online]. Columbia: University of South Carolina School of Medicine. [cit. 15. 5. 2014]. Dostupné z: <http://www.genesisce.org/docs/IdentityConfusion.pdf>.

Rust, P. C. 1992. „The Politics of Sexual Identity: Sexual Attraction and Behavior among Lesbian and Bisexual Women". In *Social Problems 39(*4), 366-386. Dostupné z: <http://www.jstor.org/stable/3097016>.

Sandová, D. s. d. „Od TV k TS". Translidé. [online]. [cit. 13. 5. 2014]. Dostupné z: <http://www.translide.cz/od-tv-k-ts>.

Stejskalová, E. 2013. *Koncepty maskulinity a její prožívání u otevřeně homosexuálních mužů.* [online]. [cit. 11. 5. 2014]. Bakalářská práce. Masarykova univerzita, Fakulta sociálních studií. Vedoucí práce Eva Plášková. Dostupné z: <http://is.muni.cz/th/252576/fss_m/>.

Šimek, J. 2004. „Etika v psychoterapeutickém vztahu". In *Psych@som* [online] 2(3), 126–131. [cit. 15. 5. 2014]. Dostupné z: <http://www.lirtaps.cz/psychosomatika/psychosom3_2004.pdf>.

Tamara, 2004. „Životní příběh". Translidé. [online]. [cit. 10. 5. 2014]. Dostupné z: <http://www.translide.cz/zivotni-pribeh Translide.cz>.

Trans, Genderqueer, and Queer. 2007. *Terms Glossar*. Editor Skelton et al.[online]. [cit. 2. 6. 2014]. Dostupné z: <http://lgbt.wisc.edu/documents/Trans_and_queer_glossary.pdf>.

Vaculíková, K. 2001. „Otázky na tělo". Translidé. [online]. [cit. 10. 5. 2014]. Dostupné z: <http://www.translide.cz/otazky-na-telo>.

Weiss, P., B. Švecová. 2001. „K některým rozdílům mezi transsexuály male-to-female a female-to-male". In *Česká a slovenská psychiatrie* [online] 97(1). [cit. 21. 5. 2014]. Dostupné z: <http://www.translide.cz/rozdily>.

Zákony:

Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotních službách (poslední změna vyhláškou 47/2013 Sb.).

Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník (ze dne 3. února 2012, účinný od 1.1.2014).