

Filozofická fakulta Univerzity Karlovy v Praze

Katedra psychologie



Diplomová práce

Vyrovnávání se rodičů s transsexualitou potomka

Parental coping with the transsexualism of their offspring

Vypracovala:

Mgr. Pavlína Gregorová

Vedoucí diplomové práce:

Prof. PhDr. Petr Weiss, PhD.

Praha 2007

Prohlašuji, že jsem tuto práci vypracovala samostatně pouze s použitím uvedené literatury.

V Praze dne 22. 7. 2007

Pavčina Gregorová

Na tomto místě bych ráda poděkovala všem, bez nichž by tato práce nemohla vzniknout.

V první řadě děkuji svému školiteli Prof. PhDr. P. Weissovi, PhD. za cenné rady a podněty při přípravě a realizaci práce.

Mé poděkování patří také MUDr. H. Fifkové za umožnění přístupu na psychotherapeutické skupiny transsexuálních osob a za velkou pomoc při sběru dat.

SOUHRN

Diplomová práce se věnuje vyrovnávání rodičů s transsexualitou potomka. Pro zmapování této problematiky byl vytvořen dotazník, který obsahuje 66 položek. Dotazník vyplnilo 16 rodičů transsexuálních osob (12 matek, 4 otcové). Ve dvou případech se jednalo o rodiče MtF jedinců, ve 14 o FtM. 11 rodičů bylo kontaktováno přes transsexuální dceru či transsexuálního syna, čtyři na psychoterapeutické skupině určené pro rodiče transsexuálního jedince a jeden rodič vyplnil dotazník na internetu, kde byl dotazník také umístěn. Z výsledků vyplývá, že nejtěžší v souvislosti s transsexualitou potomka byla pro většinu rodičů situace, kdy jim jedinec oznámil, že se cítí být příslušníkem opačného pohlaví. Pro většinu rodičů to byl šok a u většiny se také objevila lítost. Poté, co potomek rodičům oznámil, že se cítí být příslušníkem opačného pohlaví, se vztah mezi ním a jeho rodičem zlepšil. Současný vztah mezi rodičem a transsexuálním jedincem hodnotí rodiče jako dostatečně dobrý. Osobou, která rodiči nejvíce ve vyrovnávání s transsexualitou jedince pomohla, byl manžel nebo manželka, nejčastěji však rodiči nepomáhal nikdo. Většina rodičů se s transsexualitou svého potomka vyrovnala do měsíce. Z analýzy získaných údajů vyplynulo, že téměř všichni rodiče, kteří se výzkumu účastnili, byli již s transsexualitou svého potomka vyrovnání.

ABSTRACT

This thesis deals with parental coping with the transsexualism of their offspring. A questionnaire containing 66 items was created for this purpose. 16 parents of transsexual offspring participated in the research (12 mothers, 4 fathers). Just two offsprings were MtF, the others were FtM. 11 parents were contacted via their transsexual offspring, four parents were addressed at while attending a psychotherapeutic group for parents of transsexual offsprings and one parent filled in the questionnaire placed on the Internet. We found out that the most difficult situation for the parents was the moment their transsexual offsprings announced their transsexualism. A majority of the parents were in the state of shock and a majority also felt sorry. After that, the relation between the parents and their transsexual offspring improved. The parents evaluated the current relation between them and their transsexual offspring as sufficiently good. The person who helped the parents most to cope with the transsexuality of their offspring was his or her spouse, however in most of the cases nobody actually helped the parent. The majority of the parents managed to cope with the transsexuality of their offspring within one month. Data analysis showed that almost all parents, who participated in this research, have already managed to cope with the transsexualism of their offspring.

RÉSUMÉ

Ce mémoire traite de l'acceptation du transsexualisme de descendants par leurs parents. Dans ce cadre un questionnaire comprenant 66 articles a été élaboré. 16 parents (12 mères, 4 pères) de descendants transsexuels ont rempli ce questionnaire. Deux descendants transsexuels étaient MtF et 14 FtM. 11 parents ont été contactés par leur descendant transsexuel, quatre ont été contactés dans leur groupe psychothérapeutique pour parents et un a rempli le questionnaire sur Internet où il est consultable. Nous avons constaté que la situation la plus difficile à vivre pour les parents a été le moment où leur descendant leur a avoué sa transsexualité. La plupart d'entre eux se sont révélés choqués et affligés. Dans un deuxième temps, la relation entre les parents et leur descendant transsexuel s'est améliorée. Les parents ont qualifié leur relation présente avec leur descendant d'assez bonne. La personne qui a le plus aidé le parent est son conjoint ou sa conjointe, cependant dans la plupart des cas il n'a reçu aucune aide de personne. La majorité des parents ont accepté le transsexualisme de leur descendant en l'espace d'un mois. L'analyse des résultats a relevé que presque tous les parents participant à la recherche avaient déjà accepté le transsexualisme de leur descendant.

ÚVOD.....	10
I. TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1. POHLAVNÍ IDENTITA	11
1.1. Pohlaví jedince, pohlavní identita, pohlavní role	11
1.1.1. Pohlaví jedince	11
1.1.2. Pohlavní identita a její vývoj.....	12
1.1.3. Pohlavní role.....	12
1.2. Poruchy pohlavní identity.....	13
1.3. Transsexualismus	14
1.3.1. Historie pojmu transsexualismus.....	14
1.3.2. Vymezení pojmu transsexualismus	15
1.3.3. Prevalence transsexualismu.....	16
2. ETIOLOGIE TRANSSEXUALITY.....	16
2.1. Biologické teorie	17
2.2. Psychologické teorie.....	18
2.2.1. Vztah matka-dítě.....	18
2.2.2. Rodičovské charakteristiky.....	19
2.2.3. Psychopatologie na straně rodičů	20
2.2.4. Nepřítomnost otce a nedostupnost matky.....	22
2.2.5. Přání rodičů mít dceru, nebo syna	23
2.2.6. Stres během těhotenství.....	23
2.2.7. Charakteristiky dítěte.....	24
2.2.8. Vzhled dítěte.....	24
2.3. Biologické, nebo psychologické teorie?.....	25
3. PORUCHA POHLAVNÍ IDENTITY V DĚTSTVÍ A ADOLESCENCI.....	26
3.1. Porucha pohlavní identity v dětství	26
3.2. Porucha pohlavní identity v adolescenci	28
4. CHARAKTERISTIKY RODIČŮ	29
4.1. Charakteristiky matek.....	30
4.2. Charakteristiky otců.....	31
4.3. Charakteristiky rodiny a výchova v rodině.....	32
4.4. Zvýšený skór psychopatologie	33
4.5. Přítomnost rodičů	33
4.6. Vztah mezi rodiči.....	34
5. SOCIÁLNÍ OKOLÍ RODINY	35
6. VZTAH TRANSSEXUÁLNÍHO JEDINCE S RODINOU.....	35
6.1. Vztah transsexuálního jedince s rodinou v dětství a adolescenci.....	36
6.2. Vztah transsexuálního jedince s rodinou před operativní přeměnou pohlaví a po ní.....	36
6.3. Rozdíly mezi MtF a FtM ve vztahu k rodičům	38
6.4. Podpora rodiny	38
7. VYROVNÁVÁNÍ SE RODIČŮ S TRANSSEXUALITOU POTOMKA.....	39
7.1. Reakce členů rodiny na transsexualitu jednoho jejího člena.....	40
7.2. Faktory ovlivňující akceptaci transsexuality	41

8.	PSYCHOTERAPIE RODIČŮ A RODIČOVSKÉ ORGANIZACE.....	43
8.1.	Psychoterapie rodičů jedinců s poruchou pohlavní identity.....	43
8.1.1.	Porucha pohlavní identity v dětství, psychoterapie rodičů, doporučení a rady pro rodiče.....	44
8.1.2.	Transsexualita potomka a psychoterapie jeho rodičů, doporučení a rady pro rodiče transsexuálních jedinců.....	46
8.2.	Organizace určené rodičům transsexuálních jedinců.....	47
9.	SHRNUTÍ TEORETICKÉ ČÁSTI.....	48
II.	EMPIRICKÁ ČÁST.....	51
10.	CÍLE VÝZKUMU.....	51
11.	CHARAKTERISTIKA SOUBORU.....	51
11.1.	Zpracování údajů o rodičích transsexuálních potomků.....	51
11.2.	Zpracování osobních údajů o transsexuálních potomcích.....	53
12.	METODY.....	54
12.1.	Metody sběru dat.....	54
12.2.	Psychologický test.....	55
12.2.1.	Pocity, které mohli rodiče v souvislosti s transsexualitou svého potomka zažívat.....	55
12.2.2.	Vztah mezi rodičem a transsexuálním potomkem.....	56
12.2.3.	Sociální okolí a jeho postoj k transsexualitě potomka.....	56
12.2.4.	Vyrovňávání se rodičů s transsexualitou potomka.....	56
12.3.	Statistické zpracování dat.....	56
13.	VÝSLEDKY.....	58
13.1.	Deskriptivní statistika.....	58
13.1.1.	Pocity, které mohli rodiče v souvislosti s transsexualitou svého potomka zažívat.....	58
13.1.2.	Vztah mezi rodičem a transsexuálním potomkem.....	59
13.1.3.	Sociální okolí a jeho postoj k transsexualitě potomka.....	62
13.1.4.	Vyrovňávání se rodičů s transsexualitou potomka.....	63
13.2.	VÝSLEDKY NEPARAMETRICKÝCH TESTŮ.....	67
13.2.1.	Pohlaví rodiče.....	68
13.2.2.	Věk rodiče.....	68
13.2.3.	Vzdělání rodiče.....	69
13.2.4.	Velikost místa bydliště rodiče.....	70
13.2.5.	Doba, po kterou rodič ví, že se potomek cítí být příslušníkem opačného pohlaví.....	70
13.2.6.	Soužití s druhým rodičem potomka.....	70
14.	DISKUZE.....	71
14.1.	Limity výzkumu.....	71
14.2.	Porovnávání výsledků s výzkumy z odborné literatury a interpretace výsledků.....	74
14.2.1.	Pocity, které mohli rodiče v souvislosti s transsexualitou svého potomka zažívat.....	75
14.2.2.	Vztah mezi rodičem a transsexuálním potomkem.....	76
14.2.3.	Sociální okolí a jeho postoj k transsexualitě.....	77

14.2.4.	Vyrovňávání se rodičů s transsexualitou potomka.....	77
14.3.	Shrnutí zjištěných údajů	79
14.3.1.	Pocity, které mohli rodiče v souvislosti s transsexualitou svého potomka zažívat.....	79
14.3.2.	Vztah mezi rodičem a transsexuálním potomkem.....	80
14.3.3.	Sociální okolí a jeho postoj k transsexualitě	80
14.3.4.	Vyrovňávání se rodičů s transsexualitou potomka.....	80
15.	ZÁVĚR.....	82
16.	SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY	83
17.	PŘÍLOHY	89

ÚVOD

V dnešní době se o transsexualitě již mnohé ví a transsexuálním jedincům je oproti době, kdy byla méně známá, věnována větší péče a pozornost. Souvisí to nejen s rozšiřováním výzkumů, které se na transsexualitu zaměřují, ale i s větší informovaností a tolerancí laické veřejnosti. Stále je ale malá pozornost (jak v České republice, tak v zahraničí) věnována blízkému okolí transsexuálních lidí, a to především rodinným příslušníkům.

V odborné literatuře najdeme jen málo studií, které se věnují rodičům transsexuálních dcer a transsexuálních synů. O něco více literatury lze najít k rodičům, jejichž potomci trpí poruchou pohlavní identity v dětství.

Cílem této diplomové práce je získat údaje o rodičích transsexuálních jedinců, zmapovat jejich způsoby vyrovnávání s transsexualitou potomka včetně faktorů, které jim při vyrovnávání pomáhají a časových aspektů vyrovnávání. Cílem je v neposlední řadě zmapování vztahu mezi rodičem a jeho transsexuálním potomkem. Diplomová práce by tak měla upozornit na nedostatek nejen odborné literatury a výzkumů u nás i v zahraničí, ale především na nedostatek péče, která by rodinám transsexuálních jedinců měla být věnována.

V teoretické části se věnuji nejprve pohlavní identitě a jejím poruchám. Vymezuji pojem transsexualismus a zabývám se jeho etiologií. Podrobně se věnuji charakteristikám rodičů transsexuálních potomků. Pojednávám i o sociálním okolí rodiny transsexuálního jedince a jeho vztahu s rodiči. Dále se zabývám problematikou vyrovnávání rodičů s transsexualitou potomka, psychoterapií rodičů a zmiňuji existující rodičovské organizace, které se rodině transsexuálního potomka věnují.

Empirická část popisuje charakteristiky zkoumaného souboru, metody sběru dat a dotazník, který byl rodičům distribuován. Dosažené výsledky jsou statisticky zpracovány programem SPSS. Údaje získané výzkumem jsou v diskuzi interpretovány a porovnány se studii z teoretické části. V závěru diplomové práce stručně shrnuji výsledky výzkumu.

Pokud se jedná obecně o poruchu pohlavní identity, používám pojem porucha pohlavní identity. Mluvím-li o poruše pohlavní identity v dětství, používám tento výraz nebo o ni mluvím ve spojitosti s dítětem. Je-li zřejmé, že se jedná o extrémní poruchu pohlavní identity, používám pojem transsexualita.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. POHLAVNÍ IDENTITA

1.1. Pohlaví jedince, pohlavní identita, pohlavní role

Termín transsexualismus se v Mezinárodní klasifikaci nemocí – 10. revize (MKN – 10, 2006) používá pro nejextrémnější poruchu pohlavní identity a označuje neshodu mezi pohlavní identitou, pohlavní rolí a biologickým pohlavím. Vymezení těchto termínů a termínů dalších s transsexualitou spojených je nezbytné pro pochopení této problematiky.

1.1.1. Pohlaví jedince

Pohlaví lze charakterizovat jako biologický sexuální dimorfismus. Jedná se o rozlišení samčích a samičích jedinců podle pohlavních orgánů, případně sekundárních pohlavních znaků (Hartl, Hartlová, 2000). Pohlaví jedince, tedy to, jestli je mužem, nebo ženou, je určováno na několika úrovních. První úroveň je pohlaví genetické či chromozomální, které představuje přítomnost chromozomů X a Y u mužů a XX u žen. Geny, které se nacházejí na těchto chromozomech, rozhodují o formování pohlavních žláz (tzn. varlat, nebo vaječnicků), jejichž vývoj značí pohlaví anatomické či gonadální. Pohlaví genitální je určeno dle vnitřních a zevních pohlavních orgánů (Fifková et al., 2002). Pohlaví chromozomální, anatomické a genitální bývá také někdy souhrnně označováno jako pohlaví biologické (Smolík, 2002). Poslední úroveň je pohlaví úředně přidělené, které je určováno podle vzhledu zevního genitálu novorozence (Fifková et al., 2002). Namísto tohoto pojmu se můžeme setkat s výrazem pohlaví matriční. Dle názvu je zřejmé, že se jedná o pohlaví, pod kterým je jedinec zapsán v matrice na základě zprávy z porodnice (Hartl, Hartlová, 2000).

Zmínit lze ještě pohlaví hypotalamické, jež se vytváří v prenatálním období vývoje pod vlivem hormonů v mozku plodu. Hypotalamické pohlaví pak určuje, jestli se jedinec v dospělosti vnímá a prožívá jako muž, nebo jako žena (Hartl, Hartlová, 2000).

1.1.2. Pohlavní identita a její vývoj

Pohlavní identita je pocit přináležetosti k mužskému, nebo ženskému pohlaví (Zvěřina, 1992). Podle Smolíka představuje pohlavní identita „pocity mužství nebo ženství; povědomí o tom, kterému pohlaví jedinec patří a definování sebe sama jako muže nebo ženy“ (Smolík, 2002, s. 401). Jednoduše lze říci, že jde o to, zda se jedinec cítí být příslušníkem svého biologického pohlaví, či nikoli. To se pochopitelně odráží v jeho cítění, myšlení a chování.

Pohlavní identita představuje přijetí daného pohlaví, jeho sekundárních pohlavních znaků a genitálu, vlastního těla, ale také přijetí sebe sama jako muže nebo ženy (Malá, Kocourková, 2003).

V názorech na vývoj pohlavní identity se psychologické teorie různí, a to podle toho, nakolik je ovlivněn prostředím nebo je podmíněn biologicky. Dle současných poznatků se základy pohlavní identity vytvářejí v hypotalamu ve druhém trimestru nitroděložního vývoje plodu zřejmě působením fetálních androgenů (Fifková et al., 2002).

Působení pohlavních hormonů na vývoj lidského plodu v prenatálním období se zkoumalo zejména u jedinců, jež byli vystaveni netypické hladině pohlavních hormonů. Vliv androgenů na hypotalamus prokázaly i studie na zvířatech. Z těch je možné do jisté míry usuzovat i na určité podobnosti u lidí, u kterých ovšem z etických důvodů nelze takovéto pokusy provádět (Zvěřina, 1992).

1.1.3. Pohlavní role

Projevem pohlavní identity je schopnost jedince zaujmout pohlavní roli, která dané identitě odpovídá (Zvěřina, 1992). Termín pohlavní role poprvé použil John Money v roce 1955 pro odlišení pohlaví jedince, jeho pohlavní identity a jejích vnějších projevů (Spencerová, 2003). Pohlavní role pak znamená vyjádření pohlavní identity vůči sobě nebo jiným a je výrazem pohlavní identity na veřejnosti (Smolík, 2002).

Pohlavní role odkazuje k určitým pravidlům, jež společnost považuje vzhledem k muži či ženě jako vhodné či přiměřené (Smith, 2007). Je spojována s formálními a neformálními normami, které určují, jak se muž a žena mají chovat, i když se tato pravidla mohou rychle měnit (Hartl, Hartlová, 2000).

Předpokládá se, že dítě je schopné uvědomit si svou pohlavní identitu i roli již v předškolním věku. Na utváření pohlavní role se podílí jak biologické a psychogenní

aspekty, tak vliv rodičů. Ti podporují chování dítěte, jež odpovídá jeho pohlavní roli, či nikoli, a vychovávají tak dítě v souladu s jeho přidělenou pohlavní rolí (Vágnerová, 1999).

To, zda jedinec naplní, nebo nenaplní očekávání své pohlavní role, ovlivní více jeho vztah s otcem než s matkou. Tak Levine a Lothstein (1981) objasňují některé konflikty mezi otci a jejich transsexuálními či homosexuálními potomky, kteří prožívají vztah se svými otci hůře než jejich sourozenci.

1.2. Poruchy pohlavní identity

Biologické pohlaví nemusí nutně být ve shodě se subjektivně zakoušenou pohlavní identitou. Její utváření je vývojový proces s možnými odchylkami mezi anatomí a pohlavní identitou (Gooren, 1984).

Pro některé nejednoznačné poruchy pohlavní identity se užívá název gender dysforia nebo transgenderismus. Termín gender dysforia byl poprvé použit Normanem Fiskem v roce 1973 a lze jej charakterizovat jako „pocit subjektivně vnímané nepohody, která souvisí s neshodou mezi pohlavní identitou na jedné straně a biologickým pohlavím na straně druhé“ (Fifková et al., 2002, str. 15).

Porucha pohlavní identity tedy znamená nespokojenost s daným biologickým pohlavím a touhu stát se příslušníkem opačného pohlaví, jež je doprovázena intenzivní úzkostí (Malá, Kocourková, 2003). První projevy chování, jež jsou typické pro opačné pohlaví, se objevují již před 3. rokem věku dítěte (Pauly, 1974b). Když se tyto děti naučí mluvit, tvrdí, že jsou nebo se stanou příslušníky opačného pohlaví a objevuje se u nich chování typické pro opačné pohlaví (Fifková et al., v tisku). Kromě nesouhlasu se stereotypním chováním podle přidělené pohlavní role se u dítěte projevuje porucha pohlavní identity narušením běžného vnímání maskulinní nebo femininní identity. Charakteristický je také cross-dressing (tedy převlékání se do šatů opačného pohlaví), zájem o činnosti, hry či hračky opačného pohlaví (Malá, Kocourková, 2003). „Starší prepubertální děti však často o svých pocitech přestávají hovořit a projevy chování typické pro příslušníky opačného pohlaví u nich vinou studu nebývají tak časté“ (Fifková et al., v tisku). V adolescenci a dospělosti se pak porucha pohlavní identity projevuje přetrvávající touhou být příslušníkem opačného pohlaví (včetně přijetí fyzických rysů opačného pohlaví) a touhou žít v opačné pohlavní roli.

MKN – 10 (2006) zahrnuje mezi poruchy pohlavní identity následující poruchy s tímto kódovým označením:

F64.0 Transsexualismus

F64.1 Transvestitismus dvojí role

F64.2 Poruchy pohlavní identity v dětství

F64.8 Jiné poruchy pohlavní identity

F64.9 Porucha pohlavní identity nespecifikovaná.

Americká klasifikace DSM – IV (2000) definuje pouze poruchu pohlavní identity, ve které rozlišuje dvě podskupiny podle věku: za první v dětství, za druhé v adolescenci a dospělosti.

1.3. Transsexualismus

1.3.1. Historie pojmu transsexualismus

Jako první uvedl termín „transsexuální“ Hirschfeld v roce 1923 (Bullough, 1987). Cauldwell je však spojován s prvenstvím v použití tohoto pojmu. V roce 1949 používá termín psychopathia transsexualis, který znamená chorobné přání být úplným příslušníkem opačného pohlaví. Toto přání je tak silné, že jedinec trvá na tom, aby byl chirurgicky přeoperován v úplnou ženu, nebo biologicky perfektního muže. Ve své studii pak Cauldwell (1949) popisuje dívku, která chtěla být mužem.

O první chirurgické, i když ještě neúplné, přeměně pohlaví, která byla provedena v Berlíně v roce 1912, referuje Hirschfeld v roce 1918 (Pfäfflin, 1997). O změnách směřujících ke změně pohlaví se zmiňují také Müsham v roce 1926 a Abraham v roce 1931. První úplnou přeměnu pohlaví nalezneme v Hamburgerově zprávě z roku 1952 o Christině Jörgensenové (Bullough, 1987). Pfäfflin (1997) dokonce uvádí, že o první úplné přeměně pohlaví z muže na ženu byla podána zpráva již v roce 1931 a provedli ji dva lékaři na Hirschfeldovo doporučení.

Užívání pojmu transsexualismus se rozšířilo díky Harry Benjaminovi, který se poruchám pohlavní identity věnoval po 30 let a který je také považován za „otce transsexualismu“ (Schaefer, Wheeler, 1995).

1.3.2. Vymezení pojmu transsexualismus

Jak jsem již uvedla, transsexualismus představuje nejextrémnější poruchu pohlavní identity. Jako diagnostická kategorie byl tento pojem poprvé použit ve třetím vydání DSM (Fifková et al., v tisku) a poté zahrnut do MKN-10, ve které je popisován následujícími třemi kritérii:

1. přání žít a být akceptován jako člen opačného pohlaví, obvykle doprovázený pocitem nespokojenosti s vlastním anatomickým pohlavím nebo pocitem jeho nevhodnosti a touha po hormonální léčbě a chirurgickém zásahu tak, aby tělo odpovídalo preferovanému pohlaví,
2. transsexuální identita by měla přetrvávat alespoň dva roky,
3. porucha by neměla být příznakem jiné duševní poruchy, jako je schizofrenie, nebo být sdružena s jakoukoli intersexuální, genetickou nebo chromozomovou abnormalitou (MKN – 10, 2006, str. 171).

Znamená to tedy, že transsexuální muž se identifikuje s příslušnicí ženského pohlaví, transsexuální žena s příslušníkem pohlaví mužského. Transsexuální jedinci mají tedy pocit, že jsou příslušníky opačného pohlaví, než odpovídá jejich biologickému pohlaví (Zvěřina, 1992).

Projevy transsexuality se mohou shodovat s jinými poruchami. Je proto nutné od nich transsexualismus diagnosticky odlišit. Jedná se především o transvestitismus dvojí role, který se projevuje občasným nošením šatů opačného pohlaví, ale chybí přání trvalejší změny pohlaví a operativní přeměny pohlaví. Dále je to fetišistický transvestitismus, který je dle MKN-10 řazen mezi poruchy sexuální preference. Vyznačuje se převlékáním do šatů opačného pohlaví, jež je ale doprovázeno sexuálním vzrušením. Opět se jedinec s touto poruchou netouží stát příslušníkem opačného pohlaví (MKN-10, 2006). Diferenciálně diagnosticky je též nutné odlišit transsexualitu od psychózy schizofrenního okruhu, na základě které se může objevit blud příslušnosti k opačnému pohlaví. Někteří homosexuálně orientovaní jedinci by se mohli o změnu pohlaví snažit a domnívat se, že tak vyřeší obavy z nepřijetí společnosti (Fifková et al., 2002). Nelze nepřipomenout poruchu pohlavní identity v dětství, která se obvykle prvně projeví v raném dětství, v každém případě před pubertou. Objevuje se zde přání být opačného pohlaví, zájem o činnosti a oblečení typické pro opačné pohlaví. Ovšem ne vždy se tato porucha vyvine v transsexualitu (MKN-10, 2006).

1.3.3. Prevalence transsexualismu

Výskyt transsexualismu v populaci je velmi obtížné určit. Roli hraje především fakt, že ne všichni transsexuální jedinci vyhledají odbornou pomoc a snaží se žít v roli, jež je určena jejich biologickým pohlavím. Odhady prevalence se ale také liší v různých zemích. Rozdílné výsledky takovýchto výzkumů mohou být způsobeny odlišnými diagnostickými kritérii, a to především jejich větší či menší přísností. K nestejným výsledkům přispívají ve velké míře také různé postoje společnosti k transsexualitě.

První odhad byl proveden ve Švédsku. Walinder (1968) v něm zmiňuje prevalenci 1:103 000 FtM (Female to Male, tedy transsexuální osoba měnící pohlaví z ženy na muže) a 1:37 000 MtF (Male to Female, transsexuální osoba měnící pohlaví z muže na ženu). V USA uvádí Paulyová (1968) ve stejném roce následující poměry 1:100 000 FtM a 1:400 000 MtF. Některé studie předpokládají mnohem větší výskyt transsexuálních lidí v populaci. Např. holandská studie uvádí prevalenci dvakrát vyšší než Walinder (Fifková et al., 2002). Prevalence 1:104 000 FtM a 1:42 000 MtF je založena na německém výzkumu transsexuálních lidí žádajících o operativní přeměnu pohlaví v letech 1981 – 1990 (Bodlund et al., 1993).

Zajímavý je i poměr FtM a MtF. V západní Evropě je početnější skupina MtF, kdežto ve střední Evropě převažují FtM. Úplné vysvětlení tohoto poměru není zcela jasné, ale hledá se především v odlišné společenské situaci v těchto zemích, event. v rozdílných diagnostických kritériích (Fifková et al., 2002).

2. ETIOLOGIE TRANSSEXUALITY

Etiologie transsexuality se vysvětluje dvěma protichůdnými teoriemi – biologickými a psychologickými – o kterých pojednám v následujících podkapitolách. První podkapitola se týká teorií biologických, které považují za základní pro vysvětlení etiologie transsexuality. Následuje kapitola o psychologických teoriích, jež hledají příčinu vzniku transsexuality především na straně rodičů. Protože se psychologické teorie týkají úzce mého tématu diplomové práce, pojednávám o nich rozsáhleji.

2.1. Biologické teorie

Od doby, kdy je známo, že genetické a hormonální faktory určují pohlavní identitu, zahrnují se biologické faktory do etiologie transsexuality (Gooren, 1984). Právě působením biologických faktorů vysvětlují tyto teorie vznik poruch pohlavní identity.

K tomu, že je vznik poruch pohlavní identity ovlivněn hormonálně, se přiklání i Dörner et al. (1991). Ovšem samotné působení pohlavních hormonů nemůže být jedinou příčinou vzniku poruchy pohlavní identity. Ta vzniká pouze u malého procenta lidí s atypickou hormonální sekrecí. Hlavními oblastmi mozku zodpovědnými za procesy sexuální diferenciacce jsou pak hypotalamus a amygdala (Fifková et al., 2002).

Nedávný výzkum provedený na dvojčatech ukázal, že je porucha pohlavní identity způsobena částečně geneticky. Podle tohoto výzkumu je porucha pohlavní identity způsobena genetickou příčinou ze 62 % a z 38 % působením dalších faktorů (např. prenatálních hormonů či psychických traumat). To tedy vylučuje samotné působení vnějších vlivů (např. rodiny) na vznik této poruchy (Coolidge et al., 2002).

Zajímavý výzkum publikoval Green (2000). Zaměřil se v něm na současný výskyt poruch pohlavní identity v rodině nebo poruchy pohlavní identity a transvestitismu u sourozenců nebo u rodičů a jejich potomků a prezentoval 10 případů současného výskytu těchto poruch v rodině. Výsledky podporují teorie o genetickém základu transsexuality, neboť současný výskyt poruch pohlavní identity v rodině a výskyt poruchy pohlavní identity a transvestitismu u otce a syna, který Green ve vzorku našel, nemůže být vysvětlen pouhým napodobováním pohlavní role. Před tím, než se u chlapců objevilo atypické chování, o otcově poruše nevěděli. Případy poruchy pohlavní identity v jedné rodině byly zaznamenány již Freundem (Freund, 1985 In Green, 2000).

Důležitými studiemi, které objasňují utváření pohlavní identity, jsou studie týkající se intersexuality neboli poruchy pohlavního vývoje, což je „rozpor mezi uspořádáním pohlavních chromozomů a pohlavních žláz, případně genitálu“ (Fifková et al., v tisku). Intersexualita bývá též popisována jako nevyhraněná pohlavnost, při níž se u člověka vyskytují současně mužské a ženské pohlavní znaky (Hartl, Hartlová, 2000). To, že pohlavní identitu neurčují pouze geny, dokazovaly výzkumy dětí s mužským genotypem, ale ženskými pohlavními orgány a ženskou identitou. Původní přesvědčení, že pohlavní identita je určována genitálem a výchovou, vedlo k nesprávným korigujícím operacím u mnoha intersexuálních dětí (Fifková et al., 2002).

2.2. Psychologické teorie

Psychologické teorie vysvětlují etiologii transsexuality psychologickými faktory. Dva hlavní psychologické směry vyjadřující se k etiologii transsexuality jsou psychoanalýza a behaviorismus. Oba chápou vývoj pohlavní identity jako proces založený na učení v širokém slova smyslu a ustanovený díky vnějším vlivům prostředí (Kočová, 2005). Velkými zastánci tohoto názoru byli Money a Erhardtová, kteří tvrdili, že se pohlavní identita utváří v prvním roce života a rodičovská výchova je klíčová pro její vývoj (Money, Erhardt, 1972 In Verschoor, Poortinga, 1988).

V literatuře, jež se týká psychologických teorií etiologie transsexuality, lze najít různé příčiny, které přispívají k jejímu vzniku. V následujících podkapitolách se zaměřím pouze na ty, které mají přímou souvislost s postavou rodiče. Nejprve pojednám o vztahu matka-dítě, poté se zaměřím na rodičovské charakteristiky a dále na výskyt psychopatologických rysů u rodičů jako zmiňované příčiny vzniku transsexuality. Další podkapitola se týká nepřítomnosti otce v rodině a nedosažitelnosti matky. Někteří výzkumníci hovoří o tom, že ovlivnit vznik transsexuality může i to, zda si rodiče přejí mít dceru, nebo syna. Zmiňován bývá také stres během těhotenství a v neposlední řadě se hovoří o charakteristikách dítěte a jeho vzhledu. Ty mohou u rodičů spustit chování, které ovlivní pohlavní vývoj potomka, o čemž pojednávám v posledních podkapitolách této části.

2.2.1. Vztah matka-dítě

Téměř všechny psychodynamické teorie geneze transsexualismu (tedy především u biologicky mužských jedinců) považují za rozhodující proměnnou kvalitu raného vztahu matka-dítě. Psychoanalytické teorie se zaměřují na dětskou nebo rodinnou patologii jako na výchozí bod poruchy pohlavní identity.

Podle Stollera (1968) je porucha pohlavní identity způsobena symbiotickým vztahem mezi matkou a dítětem. U mužů se rozvíjí vlivem depresivní matky s bisexuálními sklony. Tato navíc dominantní a hyperprotektivní matka na sebe svého syna psychicky a emocionálně váže, což u něj vyústí v primární a ireverzibilní ženskou identifikaci. S matkou si vytvářejí šťastný symbiotický a blízký vztah, ale chybí tu postava otce. Proto se u těchto mužů nemůže vyvinout oidipovský komplex a pocit náležitosti k mužskému pohlaví.

Person a Ovesey (1974) se distancují od Stollerova pojetí v tom, že staví do popředí právě konfliktnost transsexuálních prožitků. Vycházejí rovněž z narušených fází separace a individuace v raném dětství. Feminita u chlapce pochází podle nich z konfliktních fantazií týkajících se strachu z odloučení od matky. S tím, že příliš blízký vztah k matce či symbiotický vztah mezi matkou a dítětem je jednou z příčin poruch pohlavní identity, souhlasili i Levine a Lothstein (1981). Lothstein (1987) dále tvrdí, že adolescentní muž s poruchou pohlavní identity redukuje svůj strach z opuštění tím, že se obléká jako žena, a tak se identifikuje s postavou matky.

O symbiotickém vztahu mluví také Mayer a Kapfhammer (1995). Ve své studii popisují depresivní matku, která se pokoušela stabilizovat svůj symbióze podobný vztah ke svému synovi, a tak jeho ženskou identifikaci tolerovala, nebo dokonce podporovala. Na odstěhování syna z rodinného bytu reagovala těžce depresivně. Odloučením od matky se syn dostal do trvalé krize, což vedlo k aktualizaci transsexuálních konfliktů.

Podle Zuckera a Bradleyové (1995) mají děti s poruchou pohlavní identity více obtíží se zvládnutím afektů, zvláště v souvislosti s nejistým vztahem mezi nimi a matkou. Stejně tak mají problémy se zvládnutím afektů jejich rodiče. Nevhodně stanovené limity v rodině vedou k nedostatečnému odrazování od chování typického pro opačné pohlaví a vzrůstají způsoby chování typické pro opačné pohlaví.

2.2.2. Rodičovské charakteristiky

Podle některých teorií vedou ke vzniku poruch pohlavní identity různé rodičovské charakteristiky. Dva typy specifických faktorů vedoucích ke vzniku poruch pohlavní identity u chlapců popsali Zucker a Bradleyová (1995). Jedná se o matčin strach z mužské agrese a intenzivní potřebu péče o rodinu. Podle nich vede chlapce matčin strach z agrese k odrazení od typicky mužského chování a k posilování femininního chování. Zucker a Bradleyová dále tvrdí, že otcové dívek s poruchou pohlavní identity vidí ženy jako nedostatečné a podporují ve svých dcerách maskulinitu. Tito otcové mohou být také příliš agresivní nebo hrubí, čímž vznikají u dívek fantazie, že musejí ochraňovat své matky, a identifikují se s agresorem.

Myšlenka, že posilování vzorců chování, jež je typické pro opačné pohlaví, se stane příčinou vzniku poruch pohlavní identity, byla podpořena Robertsem et al. (1987). V jejich studii byli popsáni rodiče, kteří vyvolávají u svých synů femininní chování.

Další zmiňovanou příčinou poruchy pohlavní identity je atypický psychosexuální vývoj rodičů, který opět zabrání dítěti identifikovat se s rodičem stejného pohlaví a posílí chování typické pro opačné pohlaví. Avšak žádný důkaz potvrzující tyto hypotézy se neobjevil ve studiích Robertse et al. (1987) a Zuckera et al. (1994).

Lertora et al. (1986) zkoumali vliv rodičovských faktorů na poruchu pohlavní identity v dětství. Pět rodičů chlapců s poruchou pohlavní identity bylo hodnoceno pomocí Rorschachova testu. Objevily se u nich problémy spojené s procesem separace-individuace, obtíže v pohlavní symbolizaci a identifikaci, neschopnost zpracovávat a zvládat agresi. Podle těchto autorů zabraňují rodičovské problémy s identifikací přijetí pohlaví dítěte. Neschopnost pohlavní symbolizace spojená s neschopností ukázat obsah agrese mohou zasahovat do zpracování synovy agresivity. Ta je považována za nezbytnou při procesu separace-individuace od matky, při překonání feminity a přijetí mužské pohlavní identity.

Přispívajícím činitelem k rozvoji poruch pohlavní identity by mohla být podle Stollera (1968) také rodinná dynamika. Chybná identifikace FtM s rodičem opačného pohlaví se pak vyvíjí na základě narušeného vztahu mezi oběma rodiči. To je velmi podobné tomu, co bylo popsáno v rodinné dynamice MtF.

Další výzkumy a studie, které se zabývají charakteristikami rodičů transsexuálních potomků, ale které je nutně nepovažují za příčinu vzniku poruchy pohlavní identity, viz 4. kapitola Charakteristiky rodičů.

2.2.3. Psychopatologie na straně rodičů

Několik následujících studií se zabývalo hypotézou, že psychopatologie rodičů přispívá do jisté míry k vývoji poruch pohlavní identity u potomků těchto rodičů. Tyto teorie podporují např. Marantzová a Coatesová (1991) či Rekers et al. (1983).

Zucker a Bradleyová (1995) chápou poruchu pohlavní identity jako soubor symptomů, které se tvoří uvnitř patologické rodiny ve zranitelném období dítěte. Podle nich děti s poruchou pohlavní identity i jejich rodiče vykazují vysokou hladinu úzkosti a nejistoty. Domnívají se, že matky budou pravděpodobně přitahovat problémy nebo se u nich bude vyskytovat nějaká forma psychopatologie. Zucker a Bradleyová dále zjistili, že psychopatologie matek je spojena s větším tolerováním nebo podporováním femininního chování a s menším podporováním maskulinního chování u jejich synů. Tato zjištění podle

nich naznačují, že určitý typ psychopatologie matek ovlivňuje u synů vývoj poruchy pohlavní identity.

Výskyt psychopatologických jevů u rodičů, jejichž děti trpí poruchou pohlavní identity, může rodiče ovlivnit ve stanovování jednoznačných hranic a u jejich potomků vést k podpoře chování typického pro opačné pohlaví. Je možné, že výskyt těchto jevů ovlivní i schopnost rodičů účinně řešit problémy a přispěje k oslabení citové vazby mezi rodičem a dítětem. Toto oslabení může u dítěte vyvolat obavy, které povedou k hledání řešení této situace, jež dítě nachází v přání stát se příslušníkem opačného pohlaví (Fifková et al., v tisku).

Podle Coatesové (1990) mnoho matek dětí s poruchou pohlavní identity zažilo dysfunkční rodinu nebo mělo traumatický zážitek v prvních třech letech života (např. smrt blízkého člena rodiny nebo výskyt několika nemocí v rodině). Výsledný psychopatologický stav matek, psychopatologické rysy osobnosti nebo oboje způsobuje, že se u dítěte vyvine chronická separační úzkost a deprese. U chlapců se jako obrana proti separační úzkosti objeví znaky chování typické pro opačné pohlaví. Chlapec se snaží překonat strach ze ztráty matky fantaziemi o splynutí se svou matkou a myslí si, že „mít maminku“ je stejné jako „být maminkou“. Ve výzkumu Coatesové et al. (1991) bylo nalezeno vysoké procento matek, které zažily nějaké trauma (např. rodinné násilí) během prvních třech let života. Podle těchto matek se tato traumata obvykle shodují s dobou prvních intenzivních projevů typických pro opačné pohlaví u jejich synů. To podporuje myšlenku, že trauma způsobuje u matky nedostatek pozitivních emocí, a vzniká tak separační úzkost, jež je primárním predisponujícím faktorem pro vznik poruch pohlavní identity u chlapců.

Někteří vědci se také zabývali hypotézou konfliktu a obrany. Westhead et al. tvrdí, že chlapec s poruchou pohlavní identity má matku, která nemůže připustit separaci kvůli vlastnímu patologickému stavu. To posléze vede u dítěte ke strachu z opuštění a k ambivalenci jeho sexuální identity, což spolu s neúplným zvládnutím oidipální fáze zapříčiňuje vznik transsexuální formy obrany. Dále poznamenávají, že vznik poruchy pohlavní identity u dívky je zapříčiněn tím, že její matka je velmi nesebejistá v roli ženy a považuje feminitu za podřadnou. Matka nemůže tolerovat normální identifikační proces u své dcery a odmítá ji. Dívka se pak samozřejmě obrací k otci, který ji hýčká a chrání před matčinou agresivitou. To posiluje maskulinní identifikaci dívky, která pak imituje muže a také se s nimi ztotožňuje (Westhead et al., 1990 In Sugar, 1995).

Zmíněné nálezy zvýšené úrovně psychopatologie u rodičů, jejichž děti trpí poruchou pohlavní identity, mohou samozřejmě také znamenat, že rodiče s aktuálními nebo dřívějšími psychickými problémy vyhledávají profesionální pomoc pro své děti častěji než zdraví rodiče dětí s poruchou pohlavní identity (Cohen-Kettenis, Gooren, 1999).

Ovšem je možné, že charakteristiky dítěte (např. femininní chování chlapců) vyvolávají specifické rodičovské reakce. Nelze tedy jednoznačně říci, že je to psychopatologie rodičů, která způsobuje vznik poruchy pohlavní identity.

Další výzkumy týkající se psychopatologie rodičů, která ale podle těchto výzkumů nemusí nutně znamenat příčinu vzniku poruch pohlavní identity, popisují ve 4. kapitole Charakteristiky rodičů.

2.2.4. Nepřítomnost otce a nedostupnost matky

Jako další možná příčina vzniku poruch pohlavní identity je považována nepřítomnost otce. Výzkumníci se domnívají, že nepřítomnost otce neumožní synovi identifikovat se s jeho postavou a posílí u něj femininní chování (Charatan, Galef, 1965 In Cohen-Kettenis, Pfäfflin, 2003).

Mezi otcem a synem s poruchou pohlavní identity zjistil Green (1987) oslabení citové vazby, jež měřil časem, který spolu otec a syn tráví. Tato charakteristika však může být stejně tak příčinou i důsledkem femininního vývoje chlapce (Cohen-Kettenis, Pfäfflin, 2003).

Marantzová a Coatesová (1991) uvádějí, že emocionální nepřístupnost matky může vést k úzkosti, a tím u synů těchto matek způsobí identifikaci s opačným pohlavím. Ačkoli tento faktor není jedinou příčinou vzniku poruchy pohlavní identity, synova úzkost, kterou nedostupnost matky způsobuje, může vést u synů k hledání podobných řešení (Zucker a Bradley, 1995).

Ve výzkumu, který porovnával 30 transsexuálů s 30 homosexuály, 30 exhibicionisty a 94 neurotickými pacienty, se zjistilo, že deprivace dítěte v prvních pěti letech života se objevila mnohem častěji u transsexuálních jedinců než u ostatních skupin. Podle Balla (1967) se může jednat o příčinu vzniku poruchy pohlavní identity. V několika studiích nalezneme také názory, že se transsexualita může vyvinout kvůli nevhodné rodičovské péči a psychologické kontrole (Parker, Barr, 1982).

Meyer (1982) zjistil, že pokud dítě v raném věku pocítí nedostatek péče spojený s hrozbou z opuštění či se setká se skutečným opuštěním, vytvoří si zájem o hračky, hry a chování typické pro opačné pohlaví jako obranu proti tomuto opuštění. U dítěte se pak vyvine porucha pohlavní identity.

2.2.5. Přání rodičů mít dceru, nebo syna

Podle některých teorií způsobuje problémy s pohlavní identitou přání matky mít dceru, nebo syna. Ball (1967) poukazuje na několik příspěvků, jež předpokládají, že vyšší výskyt MtF může odrážet odmítnutí dítěte rodiči, kteří si přáli spíše dceru než chlapce.

Jedním ze stoupců této teorie je Green (1987). Tvrdí, že matčino silné přání mít dceru způsobí, že matka bude nedostatečně odrazovat svého syna od femininních vzorců chování a bude toto chování dokonce podporovat.

Mezi zastánce tohoto názoru patří i Charatan a Galef, kteří doplňují, že matky tak nedávají chlapcům možnost identifikovat se s rodičem stejného pohlaví a posilují u nich chování typické pro dívky (Charatan, Galef, 1965 In Cohen-Kettenis, Pfäfflin, 2003).

Některé z těchto hypotéz byly ověřovány, ale žádná z nich nebyla potvrzena, neboť interpretace výsledků se ukázala jako problematická. Např. přání mít dceru bylo zjištěno jen u 26 % z 52 matek femininních chlapců. To se statisticky nelišilo od 19 % matek z kontrolní skupiny. Ve vzorku 103 chlapců s poruchou pohlavní identity se vyskytovalo mnohem větší procento těchto matek (43 %), ale bohužel pro tuto skupinu nebyla dostupná kontrolní skupina (Roberts et al., 1987).

Ovšem touha po narození dcery, kterou mnozí lékaři považují za významný či dokonce jediný rozhodující faktor ovlivňující výskyt poruchy pohlavní identity u chlapců, není u matek těchto chlapců častější ani silnější než u ostatních matek (Zucker, Bradley, 1995).

2.2.6. Stres během těhotenství

Při usuzování na etiologii poruchy pohlavní identity se objevily i názory, že příčinou této poruchy může být stres matky během těhotenství.

Mezi lety 1975 a 1983 bylo vyšetřeno 322 případů poruch pohlavní identity. Skupina se skládala z 240 MtF a 82 FtM transsexuálů, přičemž byl rozhovor proveden také s 15 rodiči. Ukázalo se, že se matky během těhotenství nenacházely ve stresu, což by

mohlo odlišit skupinu matek transsexuálních jedinců od ostatní populace. Nebyla tak potvrzena žádná z teorií etiologie transsexuality týkající se vlivu mateřského stresu na plod nebo raného zážitku stresu u transsexuálního jedince (Gooren, 1984).

2.2.7. Charakteristiky dítěte

Jedna současná teorie považuje za zdroj poruchy pohlavní identity sníženou míru sebehodnocení jedince. Identifikace s opačným pohlavím (nemusí se nutně jednat o identifikaci s rodičem opačného pohlaví) pak přináší dítěti pocit většího bezpečí a lepšího přijetí ze strany rodičů. K tomu, aby se u dítěte vyvinul pocit, že být příslušníkem opačného pohlaví je jistější a bezpečnější, je nutné, aby byly splněny dvě podmínky. Za prvé děti musejí být v tak velkém emocionálním stresu, že hledají řešení, jež jim pomůže situaci překonat. Tento stres může být způsoben obecnými faktory spojenými s dětským temperamentem, rodičovskými charakteristikami nebo obojím. Za druhé se během senzitivního období vývoje vlastního já objevují specifické faktory, jež navozují situaci, ve které se dítě pod vlivem úzkosti začne chovat způsobem typickým pro opačné pohlaví (Zucker, Bradley, 1995).

2.2.8. Vzhled dítěte

Vzhled dítěte může v rodičích vyvolat různé pocity, a spustit tak chování, které ovlivní pohlavní vývoj potomka. Podle této teorie vyvolává femininní vzhled u chlapců a maskulinní vzhled u dívek rodičovské reakce, které směřují k podporování chování, jež je typické pro opačné pohlaví (Cohen-Kettenis, Pfäfflin, 2003). Green (1987) zjistil, že matky retrospektivně popisují své chlapce s poruchou pohlavní identity jako krásnější a více femininní než matky synů z kontrolní skupiny. Je tedy možné, že fyzické rysy vyvolávají u některých rodičů reakce, jež u chlapců posilují femininní chování.

Zůstává ale nepravděpodobné, že výše zmíněné rozdílné faktory, které byly nalezeny u chlapců s poruchou pohlavní identity a bez ní, jsou dostatečné ke vzniku této poruchy (Cohen-Kettenis, Pfäfflin, 2003).

2.3. Biologické, nebo psychologické teorie?

O tom, které faktory vyvolávají poruchu pohlavní identity, se dodnes vedou spory. Biologické teorie se přiklánějí k vysvětlení etiologie poruchy pohlavní identity především působením pohlavních hormonů. To, že zejména prostředí a rodičovská výchova hrají roli při vzniku poruch pohlavní identity, je naopak předmětem psychologických teorií.

Rodičovský vliv, jako možná příčina poruch pohlavní identity, našel podporu ve výše zmíněných psychologických teoriích či závěrech. Je tedy možné, že environmentální vlivy (jako výchova rodičů se zvýšenou úrovní psychopatologie nebo určité rodinné konstelace) vedou k některým, ale ne ke všem typům poruch pohlavní identity. Pro vývoj některých, zřejmě mírných forem pohlavní rozlady, jsou dostatečnou příčinou. Pro vývoj jiných jsou nutnou, ne však dostačující podmínkou (Cohen-Kettenis, Gooren, 1999).

Jak jsem již zmínila, za příčinu považují protichůdné teorie buď biologické, nebo psychologické faktory. Objevují se ovšem teorie, které považují vysvětlování vzniku poruchy pohlavní identity působením jediného vlivu za nedostatečné. Tyto teorie hovoří o kombinaci několika rizikových faktorů, a proto jsou nazývány psychobiologické. Podle nich stojí za příčinou pohlavní identity souběh několika rizikových faktorů v kritickém vývojovém období (Fifková et al., v tisku).

Ačkoli je stále mnoho zastánců psychologických teorií, dosavadní výzkumy dokazují, že hlavní roli při vzniku transsexuality představují biologické faktory. I já se tedy přikláním k názoru, že pro vznik poruchy pohlavní identity představují nezbytnou podmínku faktory biologické, které jsou postnatálně ovlivňovány faktory environmentálními.

Rodiče a další dospělé osoby spolu se sourozenci a ostatními dětmi pak přímo působí na rozvoj pohlavní identity tím, že u dítěte podporují či trestají chování spojené s určitým pohlavím, a nepřímo tím, že fungují jako vzory, vůči nimž se dítě vymezuje.

Není zřejmé, zda lze poruchu pohlavní identity u dětí (v její extrémní podobě) vyléčit. Nejasné také je, zda mají některé psychologické postupy léčebný efekt. Někteří lékaři tvrdí, že je pohlavní identita tvárná u malých dětí, kdežto u dospívajících a dospělých tomu tak není. Otázkou je, zda změny pohlavní identity, o kterých se mluví v odborné literatuře, způsobily psychologické zákroky, osobnostní vývoj, nebo působení obou těchto faktorů (Fifková et al., v tisku).

3. PORUCHA POHLAVNÍ IDENTITY V DĚTSTVÍ A ADOLESCENCI

3.1. Porucha pohlavní identity v dětství

První znaky poruchy pohlavní identity mohou být viditelné již ve dvou letech. Dívky s poruchou pohlavní identity začínají stejně jako chlapci s chováním příznačným pro druhé pohlaví a s typickým cross-dressingem, který je ovšem méně viditelný a zřídka nápadný před vstupem do školy.

Je možné rozlišit čtyři skupiny dětí, s nimiž se může odborník v souvislosti s poruchou pohlavní identity setkat:

a) Do první skupiny patří děti, u kterých se příznaky poruchy pohlavní identity objevují jako reakce na určitou událost nebo traumatický zážitek (např. rozvod rodičů). Projevy poruchy pohlavní identity obvykle začnou ustupovat před zahájením léčby.

b) Chlapci, kteří nemají rádi klukovské hry a činnosti, tvoří druhou skupinu dětí. Ke svému tělu však nemají záporný vztah a ani se ve větší míře neidentifikují s dívkami. Tito chlapci se obejdou bez lékařské pomoci.

c) Do třetí skupiny lze zařadit chlapce, jejichž chování ani zájmy nejsou zřetelně femininní, ale rádi nosí ženské spodní prádlo.

d) Poslední skupinu tvoří děti trpící některou z forem intersexuality (Fifková et al., v tisku).

U některých dětí se z poruchy pohlavní identity v dětství vyvine extrémní porucha pohlavní identity, tedy transsexualita, ovšem u většiny dětí s poruchou pohlavní identity se vyvine homosexualita (Sugar, 1995).

Dle šesti dlouhodobých severoamerických studií provedených na 99 chlapcích trpících poruchou pohlavní identity se transsexualita vyvinula pouze u šesti procent z nich (Zucker, Bradley, 1995). Toto číslo je patrně podhodnocené. „Ze dvou klinických vzorků tvořených chlapci a dívkami trpícími poruchou pohlavní identity je patrné, že u 20–23 % zkoumaných osob přetrvávaly i po završení puberty příznaky pohlavní rozlady či touha po operativní změně pohlaví, v některých případech vedoucí k zahájení léčby“ (Fifková et al., v tisku).

Je zajímavé, že rodiče potomků, u kterých se vyvine transsexualita, nevyhledávají odbornou pomoc, i když jejich děti trpí poruchou pohlavní identity. Odborníci se setkávají

pouze s rodiči dětí s poruchou pohlavní identity. Není jasné proč se většina rodičů pretranssexuálních potomků vyhýbá vyhledávání pomoci. Lze se domnívat, že se rodiče necítí dobře kvůli chování svého dítěte, možná projevy dětí popírají nebo doufají, že se ztratí samy. Není ovšem jasné, proč je to případ pouze rodičů pretranssexuálních potomků (Cohen-Kettenis, Pfäfflin, 2003).

Zucker popisuje znepokojení rodičů, u jejichž chlapců se projevila porucha pohlavní identity. Rodiče se obávají, že jejich syn by mohl být šikanován hlavně ostatními chlapci. Kladou si za vinu, že události v rodině vedly ke vzniku poruchy pohlavní identity. Bojí se také, že se z jejich syna stane homosexuál nebo transsexuál a bude si přát hormonální léčbu a operativní přeměnu pohlaví (Zucker, 1992 In Stein, 2001).

Pokud se jedná o poruchu pohlavní identity v dětství, je nutné brát v úvahu dobu jejího vzniku (fyzická i emocionální nedostupnost matky) a rodičovské faktory, které mohou být spojeny s atypickým pohlavním vývojem (sexuální zneužívání matky, otcovo opovrhování ženami či matčina silná preference o dítě opačného pohlaví). Pozornost je užitečné věnovat i určitému typu rodinné dynamiky, např. bezbranná matka a agresivní dominantní otec v případě dívky s poruchou pohlavní identity či problematické vztahy se sourozenci (Cohen-Kettenis, Pfäfflin, 2003).

Není stále zřejmé, do jaké míry a do kterého věku mohou být v dětství poruchy pohlavní identity ovlivňovány psychologickými faktory. Je také stále nejasné, zda některé formy léčby jsou efektivnější než jiné. Podle některých klinických lékařů je pohlavní identita více ovlivnitelná v nízkém věku dítěte, a to do 6 let (Meyer-Bahlburg, 2002), zatímco v adolescenci a dospělosti je poruchu pohlavní identity velmi obtížné změnit (Cohen-Kettenis, Pfäfflin, 2003).

Při diagnostice poruch pohlavní identity u dětí by měl lékař hovořit s rodičem i dítětem (současně i s každým zvlášť). Na prvním setkání se lékař ptá rodiče na motivy, které ho přivádějí, na vývoj a chování dítěte, ale i na jeho vlastní reakce na chování dítěte. S dítětem navazuje lékař pracovní vztah a ptá se ho, co pro něj tato návštěva znamená. Získávají se tak první informace o charakteru poruchy. Při dalších setkáních se ptá lékař rodiče na psychosexuální vývoj dítěte a na chování či zájmy, které by mohly odpovídat poruše pohlavní identity. Nezbytné je také zjistit informace o rodinném zázemí obou rodičů a možných psychosexuálních potížích, které mohly ovlivnit jejich vlastní život, např. ztráta staršího sourozence opačného pohlaví. Probírána je též výchova dítěte a

eventuální rodinné konflikty. V případě, že je porucha pohlavní identity dítěte ovlivněna rodinnou dynamikou, je vhodné zahájit rodinnou terapii.

Možné je v tomto případě použít behaviorální terapii (především u chlapců, neboť o behaviorální léčbě dívek s poruchou pohlavní identity neexistuje žádná dostupná literatura). Při této terapii se dítě učí chování typické pro jeho biologické pohlaví a odnaučuje se chování typické pro pohlaví opačné. Rodič, který je stejného pohlaví jako dítě, by měl s dítětem trávit více času. Nemusí se ovšem jednat pouze o rodiče, ale o jinou osobu téhož pohlaví, která by mohla pro dítě fungovat jako vzor (Fifková et al., v tisku).

3.2. Porucha pohlavní identity v adolescenci

U adolescentů, kteří trpí poruchou pohlavní identity, je tato porucha většinou viditelná již v dětství. Adolescenty s poruchou pohlavní identity můžeme rozdělit na dvě skupiny. První skupinu tvoří ti, kteří se během docházky na základní školu různými způsoby pokoušejí se svými pocity pohlavní identity vypořádat. Na střední školu vstupují již někteří v opačné pohlavní roli. U některých mohou rodiče po mnoho let pozorovat typický cross-dressing. Ačkoli obvykle rodiče očekávají, že jejich potomek bude homosexuální, to, že chce podstoupit operativní změnu pohlaví, není pro ně nakonec tak velkým překvapením. Druhou skupinou jedinců s poruchou pohlavní identity jsou ti, kteří se na střední škole nebo dokonce před vstupem do puberty zkoušejí přizpůsobit pohlavní roli, která koresponduje s jejich biologickým pohlavím. Rodiče, jejichž potomci svou poruchu skrývají, jsou samozřejmě překvapeni, když slyší o přání potomka po změně pohlaví (Cohen-Kettenis, Pfäfflin, 2003).

Důležitou roli při odhalení poruchy pohlavní identity hraje blízké okolí transsexuálního jedince. Rodina, kamarádi, spolužáci či učitelé mohou velmi ovlivnit to, kdy se transsexuální jedinec bude veřejně hlásit k opačnému pohlaví nebo kdy změní svůj vzhled a začne se oblékat do šatů opačného pohlaví. Ve výzkumu Di Ceglieho et al. (2002) 124 jedinců s poruchou pohlavní identity se ukázalo, že v dětství jsou klinické projevy poruchy pohlavní identity běžné, kdežto v adolescenci pozorujeme jejich pokles. Např. děti do 12 let nenosí oblečení, jež by náleželo výhradně jejich biologickému pohlaví. U adolescentů je tomu naopak. Výzkumníci to vysvětlují především sociálním tlakem na dospívající jedince přizpůsobit se své pohlavní roli.

Většina adolescentů s poruchou pohlavní identity přichází k lékaři s jasným přáním po změně pohlaví. Ale někteří si tím nejsou zcela jisti a jsou kvůli své pohlavní identitě zmateni. Zřídka jsou to rodiče, kteří pro své adolescenty s poruchou pohlavní identity vyhledávají odbornou pomoc. Ovšem diagnosticky cenné nejsou pouze informace od adolescentů, ale i od jejich rodičů. Ti mohou poskytnout informace o vztazích s vrstevníky, o fungování rodiny, či o raném vývoji potomka, o kterém adolescenti obvykle nemohou podat tak přesné informace. Proto jsou informace od rodičů velmi důležité a pomáhají získat komplexní pohled na situaci potomka žádajícího o změnu pohlaví (Cohen-Kettenis, Pfäfflin, 2003).

Na druhé straně mohou rodiče úmyslně, ale i neúmyslně zkreslovat údaje o svém potomkovi. Mohou popírat poruchu pohlavní identity svého potomka ze strachu, že by mu tak rychle otevřeli cestu k operativní změně pohlaví nebo nejsou schopni akceptovat fakt, že je jejich dítě transsexuální. Pokud transsexuální jedinec rodiče nemá, nebo je obtížné získat od rodičů informace z jiných důvodů, je vhodné se zeptat prarodičů nebo jiných příbuzných (Cohen-Kettenis, Pfäfflin, 2003).

Někdy je u adolescentů, kteří chtějí zahájit hormonální léčbu, nutný souhlas rodičů a jejich účast v terapii. V některých zemích není souhlas rodičů vyžadován již od 16 let věku jedince. Souhlas rodičů je ovšem preferován, neboť adolescenti potřebují v této obtížné fázi života od svých rodičů podporu. V České republice se odborníci řídí mezinárodními standardy, ve kterých je uvedena věková hranice 16 let (Fifková et al., 2002).

Kromě informací od transsexuálního člověka a jeho rodičů jsou informace získávány někdy též od školy, která poskytuje informace o fungování jedince ve škole a o jeho vztazích s vrstevníky (Cohen-Kettenis, Pfäfflin, 2003).

4. CHARAKTERISTIKY RODIČŮ

V rámci studií týkajících se transsexuality se pozornost výzkumníků zaměřila také na charakteristiky rodičů transsexuálních dcer a transsexuálních synů. Jejich cílem bylo především zjistit, zda je možné vymezit nějaké společné rysy rodičů či výchovné postoje. Otázky výzkumníků směřovaly i k tomu, zda některé z rodičovských charakteristik nezapříčinily vznik transsexuality (viz kapitola 2 Etiologie transsexuality).

Následující podkapitoly se týkají charakteristik, které byly zjištěny u matek a otců transexuálních potomků, a charakteristik rodiny obecně, včetně výchovy. Další podkapitola pojednává o zvýšeném skóre psychopatologie rodičů. Také se věnují tomu, kdo z rodičů byl více přítomen, či naopak s rodinou trávil jen velmi málo času. Zajímavý je též vztah mezi oběma rodiči transexuálního jedince, o čemž pojednává poslední podkapitola této části.

4.1. Charakteristiky matek

Paulyová (1974a) se zaměřila na FtM jedince, u kterých se zjišťovalo, jak vnímají své rodiče. Vychází z velkého množství odborných publikací, ve kterých se setkala s 80 případy ženského transsexualismu. Tyto případy byly systematicky prostudovány a vzešly z nich následující charakteristiky matek: 83 % (n = 18) matek potřebuje ochranu od svého manžela, 62 % (n = 16) matek by podle svých dcer dalo přednost synovi, 40 % (n = 20) z nich je emocionálně nestabilních, 36 % (n = 28) matek je často emocionálně chladných a nepřístupných, 20 % (n = 30) matek je dominantních v partnerském vztahu a u 13 % (n = 15) byl zaznamenán alkoholismus. Paulyová (1968) uvádí, že matky transexuálních dcer jsou velmi vzdálené ideálnímu modelu matky, se kterým by se dívky mohly identifikovat. Proto se namísto toho dívky identifikují se svým otcem a soutěží s ním o matčinu pozornost. Ve své studii Paulyová (1974a) dále zmiňuje, že 22 % (n = 18) matek podpořilo svou dceru v identifikaci s otcem. K matce si pak dcery vytvořily ochranný postoj plný napětí, jež se nachází v oidipovském vztahu mezi synem a otcem (Pauly, 1974b).

Retrospektivní studie u dospělých transexuálních a netransexuálních jedinců ukazují následující rozdíly. Oproti kontrolní skupině žen považují FtM oba rodiče za více odmítající a méně emocionálně vřelé. Pouze matky jsou pak popisovány jako více hyperprotektivní (Parker, Barr, 1982). Podle jiného výzkumu se matky transexuálních potomků chovají velmi aktivně a vynakládají velké úsilí ke zvládnutí problémů (Lertora et al., 1986).

Wise a Meyer (1980) ve svém výzkumu pracovali s muži, kteří žádali o operativní změnu pohlaví. Matka jimi byla popisována jako osamělá a labilní. Transexuální synové byli využíváni matkou, aby zmenšili její osamělost, a ženy si tak vytvářely se svými syny silný symbiotický vztah.

4.2. Charakteristiky otců

Studie, kterou zveřejnila Paulyová (1974a), se týká i otců transsexuálních dcer. Otcové jsou často svými transsexuálními dcerami vnímáni jako násilní nebo hrubí (79 %, n = 24), velmi nebo příliš maskulinní (74 %, n = 19). 73 % (n = 15) otců soutěží se svou maskulinní dcerou, 64 % (n = 14) otců jsou alkoholici, u 60 % (n = 10) z nich je patrná emocionální rozlada a 60 % (n = 15) podporuje mužskou identifikaci svých dcer. Paulyová, ačkoli nemá porovnání s kontrolní skupinou, tvrdí, že výše uvedená data by byla shodná s výsledky výzkumu u netranssexuální populace. FtM se tedy spíše identifikovaly se svými otci (88 %, n = 17) než se svými matkami (6 %) i přesto, že vnímaly otce velmi negativně. Významné je i procento transsexuálních dcer, které byly sexuálně zneužity svým otcem v raném věku (22 %, n = 23). V 57 % (n = 30) případech byli tito otcové považováni za dominantního rodiče, 52 % (n = 39) klientek je mělo raději než své matky a 50 % (n = 10) respondentek se domnívalo, že by si otcové přáli spíše syna. Většina dívek byla dost starých na to, aby si uvědomovala zklamání rodičů (především otců) nad tím, že nemají syna.

Všimněme si, že procento otců, o kterých se dívky domnívaly, že by si přáli spíše syna, je podobné výslednému procentu matek, u nichž dcery potvrzovaly totéž (viz výše).

Stoller (1968) popisuje otce mužských transsexuálů jako pasivní a zženštilé. MtF charakterizují své otce jako méně emocionálně vřelé, více odmítající a příliš kontrolující (Parker, Barr, 1982). Jiná studie popisuje u otců pasivní agresivitu a utlumenost (Lertora et al., 1986).

Parker a Barr (1982) vytvořili dotazník The Parental Bonding Instrument (PBI), který distribuovali 30 pacientům (s průměrným věkem probandů 30,9 let) žádajícím o změnu pohlaví. Dotazník měl dvě škály, kde měli respondenti posoudit rodičovskou péči a hyperprotektivitu během prvních 16 let. Vysoký skóre v péči měl získat ten rodič, který je pečující a empatický, zatímco nízký skóre měl dostat lhostejný a odmítající rodič. Vysoký skóre hyperprotektivity ukazuje rodiče, kteří příliš pečují o své děti, podněcují závislost, kontrolují je, vnucují se, prodlužují dětství, zatímco nízký skóre hyperprotektivity ukazuje rodiče, kteří podporují nezávislost a samostatnost dítěte. Výsledky výzkumu ukázaly tendenci FtM skórovat své otce jako více pečující a jako více hyperprotektivní než své matky, zatímco matky byly skórovány podobně svými transsexuálními syny i dcerami. Ukázalo se, že MtF hodnotí své otce jako méně pečující a více hyperprotektivní než

kontrolní skupina netranssexuálních mužů. Výsledky skórování matek nebyly signifikantní. Srovnání FtM s kontrolní skupinou netranssexuálních žen ukázalo podobné výsledky jako u skupiny mužů.

Při porovnávání otců bylo mezi transsexuálními a netranssexuálními lidmi nalezeno několik významných rozdílů. Transsexuální muži označovali své otce oproti kontrolní skupině netranssexuálních mužů následovně: méně jim dovozovali věnovat se žádaným aktivitám, nechali je méně dělat svá vlastní rozhodnutí, nedávali jim tolik svobody, kolik chtěli, narušovali jim soukromí a nenechávali je chodit ven tak často, jak jedinci chtěli. Rozdíly byly téměř stejné i při porovnání rodičů transsexuálních a netranssexuálních žen. Tyto nálezy mohou být vysvětleny několika způsoby. Prvním možným vysvětlením je, že transsexuálové hodnotí své rodiče a zvláště své otce mnohem negativněji než kontrolní skupina netranssexuálů. Takovéto odpovědi tak mohou odrážet negativní postoj k rodičům, především k otcům, nebo mohou ukazovat obecnější tendenci hodnotit vztahy velmi negativně. Druhým vysvětlením může být to, že lidé více neurotičtí, úzkostní a depresivní vnímají své rodiče jako méně pečující a více hyperprotektivní (Parker, 1979). Výsledky by se daly očekávat, pokud bychom předpokládali, že byli transsexuální jedinci více neurotičtí než kontrolní skupina, což ale nebylo zkoumáno. Jedním z dalších vysvětlení může být i to, že PBI posuzuje mentální reprezentace transsexuálních jedinců o svých rodičích a neodráží skutečné rodičovské charakteristiky. Skóry v dimenzích PBI jsou také ovlivněny pohlavím transsexuálního jedince (Parker, Barr, 1982).

4.3. Charakteristiky rodiny a výchova v rodině

Dixen et al. (1984) srovnávali psychosociální charakteristiky žadatelů o změnu pohlaví. Ve své studii mimo jiné uvádějí, že velikost rodiny transsexuálních lidí je stejná jako u zbývající části populace. Od ostatní populace se neliší ani v počtu rozvodů rodičů či v náboženském vyznání.

Ve studii, kterou publikovala Paulyová (1974a), 64 % (n = 22) FtM jedinců bylo vychováváno ve venkovském prostředí. Mnoho z nich vyrůstalo na farmách nebo rančích, kde mužské oblečení nebylo vnímáno jako nevhodné. Dívky byly také často potřeba k tradičně mužským druhům práce. I vzhledem k venkovskému prostředí pocházela většina transsexuálních žen z rodin s nízkým socioekonomickým statusem. To potvrzují výzkumy Hoeniga et al. (1970). Navzdory poznámkám o socioekonomickém statusu rodin ve

zmíněné studii Paulyová (1974a) tvrdí, že FtM pocházejí ze všech sociálních vrstev a jejich příslušnost k sociální vrstvě se významně neliší od netranssexuální populace.

Hoenig et al. (1970) ve svém výzkumu 60 transsexuálních lidí ukázali, že 70 % pocházelo ze stabilní rodiny s blízkými rodinnými vztahy. Avšak předpokládají, že toto číslo se nebude lišit od netranssexuální části populace.

Žádný signifikantní rozdíl ve způsobu výchovy či rodičovských postojích mezi transsexuály, transvestity a homosexuály ve svém výzkumu nenašli Buhrich, McConaghy (1978).

4.4. Zvýšený skór psychopatologie

Výsledky několika studií ukázaly na zvýšený skór psychopatologie u rodičů, jejichž synové trpí poruchou pohlavní identity. Bylo zjištěno vysoké procento rodičů (80 % matek, 45 % otců), kteří žádali odbornou pomoc v oblasti duševního zdraví. To může být např. známka psychických nebo manželských problémů (Rekers et al., 1983). Marantzová a Coatesová (1991) zjistily, že matky chlapců s poruchou pohlavní identity vykazují více psychopatologických rysů. 25 % (n = 16) matek v jejich studii splňovalo kritéria hraniční poruchy osobnosti ve srovnání s kontrolní skupinou 17 matek, kde se porucha nevyskytovala ani u jedné. Toto vysoké procento ale nebylo potvrzeno studií Dixena et al. (1984), podle nichž se u rodičů transsexuálních potomků psychopatologické rysy či alkoholismus vyskytovaly pouze v malé míře. Výsledky byly navíc srovnatelné s rodinami netranssexuálních lidí.

Smith et al. (2005) se ve svém výzkumu zabývali rozdílem mezi homosexuálními a nehomosexuálními transsexuálními jedinci. Součástí výzkumu bylo i posouzení rodičů jejich transsexuálními potomky, kteří posuzovali u svých rodičů následující symptomy: deprese, zneužívání alkoholu, úzkost, obsese, agresivní chování, halucinace, užívání drog a silný pocit nejistoty. Rodiče homosexuálních transsexuálů trpěli jedním nebo dvěma symptomy, což bylo méně než rodiče nehomosexuálních transsexuálů.

4.5. Přítomnost rodičů

Ve studii Zuckera et al. (1984) byly srovnávány dvě skupiny dětí. Jedna skupina splňovala kritéria DSM-III pro poruchu pohlavní identity (n = 21), druhá nikoli (n = 15).

Výzkum ukázal, že se skupiny nelišily v sociálním statusu rodičů, a v tom, zda pocházely z úplných rodin. 80 % dětí z první skupiny mělo oba rodiče, 20 % pouze matku. V kontrolní skupině mělo oba rodiče 67 % dětí, pouze matku mělo 33 %.

Freund et al. (1974) popisují výzkum, v němž byla srovnávána přítomnost a nepřítomnost matky a otce v rodině s transsexuálním, homosexuálním a heterosexuálním potomkem. Nebyl zjištěn signifikantní rozdíl mezi 52 transsexuály a 204 homosexuály, kteří ztratili otce před svým 13. rokem (ztrátou je zde míněna nepřítomnost rodiče z jakéhokoli důvodu). Stejný výsledek se ukázal i při ztrátě matky. Ztráta otce se týká přibližně stejného počtu transsexuálních i netranssexuálních jedinců. To odporuje domněnce, že transsexualita je způsobena nebo převážně způsobena nepřítomností otcovské figury. Tyto dvě skupiny se též výrazně neliší ve vztahu otec-syn. Neukázal se ani signifikantní rozdíl mezi transsexuálními a netranssexuálními jedinci, pokud jde o ztrátu matky, vztah matka-syn, nebo rozdíl týkající se výchovy v pěstounské rodině či příbuznými. Vztahy mezi rodičem a dítětem neovlivňovaly stupeň poruchy pohlavní identity.

K tomuto tématu Paulyová (1974a) uvádí, že v rodinách s FtM chyběl otec v 15 % případů (n = 67), matka pouze v 1 % případů. V rodinách s transsexuálními jedinci se vyskytoval otec, který byl často fyzicky nepřítomný i vzdálený od rodiny citově (Wise, Meyer, 1980). To potvrzuje i Stoller (1968), který říká, že otcové mužských transsexuálů tráví se svým potomkem velmi málo času.

4.6. Vztah mezi rodiči

Velmi zajímavý je i pohled na vztah rodičů transsexuálních potomků. Vztah mezi matkou a otcem, kteří měli transsexuální dceru, byl často narušený. Ve studii 49 rodičů transsexuálních dcer se 37 % rodičů rozvedlo nebo žilo v odloučení a 27 % manželů se nacházelo v trvale nesnášenlivém vztahu. Pouze jedna třetina manželství byla dobře fungující. 63 % představovalo úplnou rodinu oproti 37 % neúplných rodin. Průměrný věk klientky v době rozvodu či odloučení rodičů byl 7,9 let, n = 8 (Pauly, 1974a).

Problematický vztah mezi rodiči transsexuálního potomka potvrzují i Wise a Meyer (1980). Uvádějí, že vztah matek k otcům v rodině s transsexuálním potomkem byl často nepřátelský a plný lhostejnosti.

5. SOCIÁLNÍ OKOLÍ RODINY

Na základě hovorů s transsexuálními lidmi jsem zjistila, že jednou z překážek k vyrovnání se rodičů s transsexualitou potomka může být jeho sociální okolí. U rodičů se objevoval strach, který pramenil především z neznámých, ale hlavně předem negativně očekávaných reakcí příbuzných, přátel či známých na oznámení o transsexualitě potomka. I v odborné literatuře jsem se setkala s podobnými zkušenostmi. Již Cauldwell (1949) upozornil na odmítavý postoj společnosti k termínu „psychopathia transsexualis“ a ke všemu, co se za tím skrývá. I přesto, že se nacházíme již v dalším století a postoje k transsexualitě jsou mnohem tolerantnější než dříve, objevuje se strach, zda jedince transsexualitu budou akceptovat lidé, kteří se o ní dozvědí.

Většina rodin ve výzkumu tureckých rodin transsexuálních lidí zkoušela zatajit tuto situaci před blízkým okolím a jedna třetina dokonce ani neinformovala nejbližší příbuzné. Rodiny s MtF potomky více tajily před svými příbuznými to, že je jejich syn transsexuální, a stěžovaly si více na negativní postoj okolí. Musíme zde ovšem přihlídnout k tomu, že se jedná o turecké rodiny, u kterých je rodinná tradice velmi důležitá a ve kterých představují především synové velmi vysokou hodnotu (Polat et al., 2005).

Zajímavá je i souvislost mezi vztahy se sociálním okolím a tím, zda má jedinec partnera či partnerku. Huxley et al. (1981) se věnovali partnerství u transsexuálních jedinců. Ti, kteří měli partnera, vykazovali více stability v sociálním přizpůsobení. Signifikantně více těch, kteří partnera neměli, udržovalo kontakt s rodičem nebo jiným členem rodiny. Zhruba od poloviny 50. let 20. století, kdy byly podrobně studovány první případy transsexuality, nastal velký pokrok v přístupu k osobám s psychosexuálními problémy nebo s problémy zahrnujícími poruchu pohlavní identity. Vzhledem k tolerantnějším postojům ve společnosti je nyní pro tyto osoby jednodušší odhalit své potíže rodičům, manželům či manželkám nebo lékařům primární péče.

6. VZTAH TRANSSEXUÁLNÍHO JEDINCE S RODINOU

Další otázkou, která se vztahuje k rodině transsexuálního jedince, je to, jak se změnila či vyvíjely vztahy mezi rodiči a jejich potomky v souvislosti s poruchou pohlavní identity. Nejprve se zmíním o vztahu mezi rodiči a transsexuálními jedinci v dětství a adolescenci. Důležitým mezníkem může být pro rodiče situace, kdy se o transsexualitě

svého potomka dozvěděli nebo kdy jejich potomek začal před operací vystupovat v roli opačného pohlaví (real life experience). Mezníkem může být také začátek hormonální léčby či operativní přeměna pohlaví, čehož se týká druhá podkapitola této části. Ve třetí podkapitole se věnuji rozdílům mezi MtF a FtM ve vztahu k rodičům. Na závěr této kapitoly krátce pohovořím o důležitosti podpory rodiny během procesu přeměny pohlaví.

6.1. Vztah transsexuálního jedince s rodinou v dětství a adolescenci

Při komparaci transsexuálních, homosexuálních a heterosexuálních jedinců se zjišťovalo, zda měli transsexuální a homosexuální jedinci bližší vztah ke své matce, ke svému otci, nebo byl tento vztah stejný, a to ve věku 6 – 12 let a 13 – 16 let. Pro obě období nebyl nalezen žádný signifikantní rozdíl mezi transsexuálními a homosexuálními jedinci ve vztahu k jejich matkám a otcům. Ale byl zjištěn signifikantní rozdíl mezi homosexuálními a heterosexuálními jedinci. Mezi 6. a 12. rokem věku se homosexuální jedinci cítili blíže ke své matce než heterosexuální jedinci a méně blízko ke svému otci. Mezi 13. – 16. rokem byly výsledky totožné (Freund et al., 1974). Paulyová (1974a) ve své studii FtM poznamenává, že cross-dressing u prepubertálních dívek způsoboval konflikty s rodiči nebo s jinou autoritou.

Uddenberg et al. (1979) zjistili srovnáním 12 mužských transsexuálů žádajících o změnu pohlaví s jejich netranssexuálními protějšky, že mužští transsexuální jedinci měli v dětství, adolescenci a dospělosti neuspokojivý vztah se svými rodiči.

6.2. Vztah transsexuálního jedince s rodinou před operativní přeměnou pohlaví a po ní

Ve studii Gagne et al. (1997) potvrdilo 27 % transsexuálních jedinců odcizení své původní rodině. Podle výzkumníků jsou transsexuální jedinci často svými rodinami kvůli transsexualitě odmítáni a pocítují strach z úplného odhalení své transsexuality.

Přestože většina transsexuálních lidí si je jistá svou novou pohlavní rolí a schopností sociálně fungovat, sociální adaptace není vždy lehká. Mnoho transsexuálních lidí podstupujících operativní přeměnu pohlaví (zvláště MtF) ztrácí práci, přichází o vztahy (nebo o část vztahů) se svojí rodinou, svými partnery (pokud nějaké mají), s dětmi a přáteli. Mnoho z nich je nuceno nebo se cítí přinuceno opustit své rodinné prostředí

(Kuiper, Cohen-Kettenis, 1988). Oproti tomu v jiné studii se konstatuje, že ve většině případů navazují transsexuální jedinci po operaci větší množství vztahů (Calanca, 1991) a získávají více uspokojivý kontakt s rodinou (Cohen-Kettenis, van Goozen, 1997).

Lindemalm et al. (1986) vyšetřovali 13 pacientek (MtF), které byly 6 až 25 let po operaci. Hodnotili u nich mimo jiné psychosociální přizpůsobení, event. lítost, jež považovali za nejdůležitější výsledné proměnné. 9 pacientek mělo špatné nebo velmi špatné vztahy se svými blízkými příbuznými před operativní přeměnou pohlaví. Jedna pacientka měla se svými rodiči vážný spor právě kvůli přeměně svého pohlaví. V jednom případě se snažil otec svou dceru zachránit z pokleslého homosexuálního života ve velkoměstě a nutil ji navrátit se k maskulinnímu životu na malém městě. Dvě ze čtyř pacientek, které měly dobré vztahy s blízkými příbuznými, potvrdily i blízké vztahy se svými matkami. Obě ovšem postrádaly otce od útlého věku. Tři pacientky zlepšily vztahy s blízkými příbuznými po operativní přeměně pohlaví.

V této studii vidíme, že operativní přeměna pohlaví výrazně neovlivnila vztah mezi transsexuálním jedincem a jeho příbuzným, neboť většina transsexuálních jedinců měla špatné vztahy se svými příbuznými již před operativní přeměnou pohlaví.

Cohen-Kettenisová a van Goozen (1997) provedli výzkum u 22 adolescentních transsexuálních lidí, kteří podstoupili operativní přeměnu pohlaví. 68 % z nich neztratilo po operativní přeměně pohlaví blízký vztah s členy rodiny či přáteli, zatímco 21 % ztratilo vztah pouze s jednou osobou. Rodiče a přátelé byli zmiňováni jako nejdůležitější lidé, na které je možné se spolehnout v tomto těžkém období (matka v 71 % případů, otec ve 43 % případů, přátelé v 50 % případů).

To, že se vztahy mezi transsexuálními lidmi a dalšími členy rodiny nezměnily po operativní přeměně pohlaví, dokazuje i výzkum Lobata et al. (2006), který se zabýval dopadem operativní přeměny pohlaví na spokojenost se sexuálním životem, na partnerství a vztahy s rodinnými příslušníky. Výzkumu se účastnilo 19 brazilských transsexuálních lidí. U 26,3 % z nich se zlepšily po operaci vztahy s rodinou, zatímco 73,7 % jedinců nezaznamenalo změnu. Žádný z pacientů nepozoroval zhoršení vztahu se členy rodiny po operativní změně pohlaví. Výsledky výzkumu ukazují, že operativní změna pohlaví má pozitivní efekt na různé oblasti pacientova života. Pozitivně působí i na vztahy v rodině, i když ve velkém množství případů nenastává změna.

6.3. Rozdíly mezi MtF a FtM ve vztahu k rodičům

Někteří transsexuální jedinci (zvláště MtF) jsou nespokojeni kvůli sociálním kontaktům, jež popisují jako nedostatečné a povrchní (Kuiper, Cohen-Kettenis, 1988). Hlavní stížnosti transsexuálních lidí ve studii Rosse a Needa (1989), týkající se psychologického přizpůsobení, zahrnují absenci sexuálního partnera, úbytek sociálních vztahů a narušení vztahů s některými členy rodiny a přáteli.

Podle výzkumu Verschoora a Poortingy (1988), kteří studovali psychosociální rozdíly mezi holandskými FtM jedinci, měly FtM lepší vztahy s rodiči než MtF. Výzkumu se účastnilo 55 žen a 168 mužů požadující operativní přeměnu pohlaví a podstupující hormonální léčbu, která trvala nejméně 3 měsíce. 38 % mužů a 55,8 % žen mělo uspokojivý vztah s rodiči nebo sourozenci.

To potvrzují i Kockott a Fahrner (1988), kteří říkají, že FtM mají častěji bližší vztahy se svými rodiči a sourozenci. V jejich výzkumu, kterého se účastnilo 19 FtM a 36 MtF, dvě třetiny FtM, ale pouze jedna třetina MtF měly blízké intenzivní vztahy se svými rodinami. Se stejnými výsledky se můžeme setkat i u dalších výzkumníků. Smith ve své dizertační práci tvrdí, že FtM mají častěji bližší vztahy se svými rodiči a sourozenci (Smith, 2002 In Cohen-Kettenis, Pfäfflin, 2003).

Obecněji o tom mluví další výzkumníci, kteří se shodují na tom, že když se poprvé FtM klientky radily se svým lékařem o pohlavní přeměně, byly více sociálně integrovány (Fleming et al., 1985). Stejného názoru jsou i Kockott a Fahrner (1988). Při první návštěvě lékaře týkající se změny pohlaví měli podle jejich názoru MtF zjevně větší obtíže se sociální integrací než FtM. Rozdíl v sociální integraci ale nepřetrvával při dalších setkáních.

Vysvětlení podává Green (1987), který uvádí, že chování typické pro opačné pohlaví je obecně méně akceptováno u chlapců než u dívek. Lze tedy předpokládat, že MtF transsexuálové se budou oproti ženským protějškům potýkat s vážnějšími sociálními a psychosociálními problémy právě při takovémto chování.

6.4. Podpora rodiny

Byla posuzována také úspěšnost provedení operace vzhledem k tomu, zda jsou jedinci po tomto zákroku spokojeni či zda výkonu litují. V souvislosti s těmito výzkumy

byly zkoumány faktory, jež predikují nespokojenost s operativní přeměnou pohlaví. Jednalo se především o chybějící podporu rodiny (Landèn et al., 1998). Ztrátu rodiny potvrzují u jedinců, kterým se po operaci daří hůře, i Ross a Need (1989). Emocionální podpora blízkých lidí a podpora rodiny je nutná pro úspěšnou přeměnu pohlaví, proto by měl být transsexuální jedinec během procesu pohlavní přeměny svoji rodinou podporován (Kockott, Fahrner, 1987).

Ross a Need (1989) jsou stejného názoru, když tvrdí, že podpora rodiny a sociálního okolí je základním předpokladem pro spokojený život transsexuálního jedince po operaci. Domnívají se také, že tato podpora působí u MtF jedinců na posílení vlastního sebeobrazu jako ženy. Podle Lessera (1999) přispívá stud a stigmatizace k nedostatečné sociální podpoře v životě transsexuálního člověka.

Polat et al. (2005) ve výzkumu tureckých rodin s transsexuálními potomky považují vývoj harmonického vztahu mezi transsexuálním jedincem a jeho rodinou za hlavní a základní požadavek pro pacientovu budoucí úspěšnou psychosexuální a psychosociální adaptaci. Většina rodin poznamenala, že přijetí transsexuálního jedince příbuznými se zlepšilo během léčebného procesu, zatímco to bylo velmi problematické v období coming-outu (tedy při odhalení transsexuality okolí).

S tím, že je rodina důležitou podporou pro transsexuálního jedince souhlasí i další autoři, např. členové organizace GIRES (viz dále). Uvádějí, že se transsexuálním lidem vede po operativní přeměně lépe a méně se litují, pokud mají podporu svých rodin.

7. VYROVNÁVÁNÍ SE RODIČŮ S TRANSSEXUALITOU POTOMKA

Na pracovištích pro poruchy pohlavní identity je velká péče věnována transsexuálním lidem, ale často jsou zanedbávány potřeby ostatních členů rodiny. Ovšem vyrovnat se s tím, že se syn nebo dcera cítí být příslušníkem opačného pohlaví, je pro rodiče velmi těžké. To, co rodiče zažívají a jaké jsou jejich reakce, je popisováno různě. Reakcím členů rodiny na transsexualitu jejího člena se budu věnovat v první podkapitole této části. Ve druhé podkapitole popisují faktory, které mohou akceptaci transsexuality u rodinných příslušníků ovlivnit.

7.1. Reakce členů rodiny na transsexualitu jednoho jejího člena

GIRES neboli The Gender Identity Research & Education Society je britská organizace, jež je určena především rodinám a blízkému okolí jedince s poruchou pohlavní identity. Veškeré informace o jejím působení lze najít na webových stránkách www.gires.org.uk, které také obsahují velké množství informací a rad pro příbuzné či blízké transsexuálního jedince. Mezi reakce a pocity, které se mohou objevit u rodinných příslušníků na zprávu o transsexualitě člena rodiny, podle GIRES patří:

- šok
- pocity viny
- bolest a žal
- pocit zrady
- ztráta kontroly
- vztek
- rozpaky a stud
- strach o sebe a milovanou bytost
- starosti vycházející z náboženského přesvědčení.

Rodinní příslušníci téměř nikdy nevědí, jaká je správná reakce na jedince s transsexualitou. Jejich počáteční šok a odpor jsou pochopitelnými reakcemi na tuto diagnózu. Potřebují se přesvědčit, že léčba je tou nejlepší cestou pro transsexuální osobu, kterou mají rádi.

Pro některé rodiny může být diagnóza transsexuality i úlevou. Může se tak vyřešit dlouho nevysvětlitelná záhada, kterou bylo zvláštní chování transsexuálního jedince, jež způsobovalo členům rodiny starosti.

Emerson a Rosenfeld (1996) předpokládají, že rodiče při vyrovnávání se s transsexualitou člena rodiny procházejí pěti stádií:

- odmítání
- zlost
- smlouvání
- smutek
- přijetí.

Rodiče také často hledají odpovědi na otázky typu „Jak se to stalo, že je naše dítě transsexuální? Co jsem udělal/a špatně?“ apod. Podle Stuarda se někteří rodiče obviňují kvůli tomu, co měli udělat jinak při výchově svého dítěte. Mohou se stydět za to, že se tak divná věc stala v jejich rodině a někdy mohou vnímat snahy transsexuálního jedince o změnu pohlaví jako sobecké (Stuart, 1991 In Lesser, 1999). Tyto rodiny se zmítají mezi pochopením poruchy pohlavní identity, sociálním stigmatem a studem, který je spojen s tím mít potomka podstupujícího pohlavní přeměnu. Rodiny nakonec truchlí nad ztrátou člověka, kterého znali, a učí se přijmout a respektovat „novou“ osobu (Lesser, 1999).

Členové organizace GIRES uvádějí, že rodinní příslušníci si často pod tíhou obav neuvědomují, že transsexuální jedinec zůstává stejný a že se nemění ani jeho láska k nim. Transsexuální lidé chtějí, aby byly jejich rodiny šťastné, a někdy nemohou pochopit, proč se jejich rodiny z operativní přeměny neradují.

Green (1974) upozorňuje na to, že rodiče, kteří mají potomka v dětském věku, jsou znepokojeni pouze jeho extrémními odchylkami v chování, jež je typické pro dané pohlaví. Ovšem pokud jsou děti starší, znepokojují rodiče i malé odchylky od jejich pohlavní role. Totéž potvrzuje i Block, který předpokládá, že si rodiče dělají tím větší starosti, čím je jejich dítě starší (Block, 1976 In Zucker et al., 1984).

Těžké je také přijmout transsexualitu i pro další členy rodiny. Gurwich (1992) provedl výzkumnou studii týkající se manželek transsexuálních mužů, které procházejí podobnými stádii, jež popsali Emerson a Rosenfeld (1996) u rodičů.

Akceptací transsexuality ostatními členy rodiny se zabývali ve své studii také Ross a Need (1989). Ve vzorku 14 MtF pacientů se objevily následující reakce. U jednoho pacienta neakceptoval operativní přeměnu pohlaví ani jeden člen rodiny, u čtyř pacientů došlo k akceptaci některými členy rodiny a u dalších devíti pacientů akceptovali tento krok všichni členové rodiny.

7.2. Faktory ovlivňující akceptaci transsexuality

Nutné je přihlídnout k faktu, zda se jedná o FtM či MtF. Rodiny totiž lépe akceptují jedince FtM než MtF (Cohen-Kettenis, Pfäfflin, 2003). Souvisí to zřejmě s výše zmíněným faktem, že ženy, které vystupují v mužské pohlavní roli jsou ve společnosti více tolerovány a akceptovány než muži, kteří vystupují v pohlavní roli ženské.

Coleman et al. (1993) informovali o devíti transsexuálních lidech (FtM), kteří byli sexuálně přitahováni muži. Rodiče věděli o touze svého potomka po operativní změně pohlaví i o jeho homosexualitě. Ve studii Colemana je zajímavé, jak se rodiče a další příbuzní vyrovnávali s transsexualitou a zároveň homosexualitou člena rodiny. Jeden transsexuální jedinec uvedl reakci svého otce, který se ho zeptal, proč nemůže být především člověk. Ten na to reagoval slovy: „Potřebuju nejprve vědět, že jsem chlapec, abych se mohl cítit jako člověk. Před tím jsem nebyl nikdo.“ Mnoho rodičů a sourozenců má potíže vyrovnat se s pohlavní přeměnou svého příbuzného a zároveň s jeho homosexualitou. Přičemž se zdá, že homosexualitu je obtížnější u svého příbuzného akceptovat. Jiný transsexuální jedinec popsal reakci bratra, který nechápal, že je možné být současně transsexuální a homosexuální. Coleman popisuje u rodin dvojí vyrovnávání se – s transsexualitou a zároveň s homosexualitou. Akceptaci dělala mnohem těžší kombinace transsexuality a homosexuality či bisexuality. Příbuzní a známí nemohou porozumět tomu, proč jedinec prochází operativní přeměnou pohlaví, když je schopný navazovat vztahy s jedinci opačného pohlaví již před operací. Ačkoli byl proces akceptace rodinou a přáteli velmi obtížný, cítili se transsexuální jedinci v Colemanově studii akceptováni svými příbuznými i přáteli.

Podle členů organizace GIRES je transsexuálními lidmi i jejich rodinami přikládána příliš velká důležitost operativní přeměně pohlaví v porovnání s dalšími faktory, na které se musí brát zřetel, aby mohl transsexuální jedinec žít spokojený život.

V následující kazuistice 35letého Jonathana, můžeme ovšem vidět, jak může být operativní přeměna potomka a změna jeho vzhledu pro rodiče obtížná. Jonathan podstoupil operaci krátce poté, co oznámil svou transsexualitu rodině a změnil si jméno na Leslie. Když jeho matka poprvé uviděla svoji novou dceru, bylo to pro ni velmi těžké. Cítila, že by nemohla nazývat Jonathana Leslie. A ačkoli byl Jonathan nyní žena, byl pro ni stále synem. Když už byl vztah mezi nimi velmi napjatý, rozhodla se vyhledat odbornou pomoc a mluvit o tom, co se děje v jejich rodině. Nejprve se musela vyrovnat se ztrátou svého syna, aby mohla přijmout svou novou dceru (Lesser, 1999).

To, že existuje velmi málo literatury, která se věnuje postojům členů rodiny k transsexuálním jedincům, potvrzují Polat et al. (2005). Platí to především pro výzkumy v Asii a na Středním východě. Jejich studie se zaměřila na to, jakým způsobem se vyrovnávají s transsexualitou svého potomka turečtí rodiče. V turecké rodinné struktuře představují děti (a to především chlapci) velkou sociální hodnotu. Funguje zde velmi pevná

rodová hierarchie, jejíž součástí jsou vzorce chování, podle kterých se musí každý muž či žena řídit. Rodina si dělá nároky na sexualitu svých nevdaných dcer a kontroluje sexuální přání svých synů. Od chlapců se také očekává, že se postarají o své rodiče v pokročilém věku a budou je materiálně podporovat. Jakákoli odchylka v chování (jako např. cross-dressing) ohrožuje tyto nepsané zákony. Když rodiče zjistí, že je jejich potomek transsexuální, často to pocítují jako urážku na cti a znejistění jejich sociálního statusu ve společnosti. Polatova výzkumu se účastnilo 47 příbuzných 39 transsexuálních jedinců (14 MtF, 25 FtM). Polovinu příbuzných tvořily matky. 85,1 % rodin se považovalo za nepraktikující muslimy, 14,9 % bylo silně věřících. Poprvé si příbuzní všimli poruchy pohlavní identity během puberty (70,2 %) nebo prepuberty (17 %). Pro 63,8 % respondentů to byl šokující zážitek. Jedna třetina se za to cítila zodpovědná. 65,9 % se snažilo situaci změnit nátlakem, pouze 27,7 % zaujalo podporující postoj. 40,4 % dotázaných přijalo novou pohlavní identitu jedince a schválilo operativní přeměnu pohlaví. Situaci v těchto zemích komplikuje rodinám islám, který zakazuje mužským transsexuálním jedincům podstoupit operativní přeměnu pohlaví. Navíc média obvykle prezentují transsexuálního jedince jako prostitutku nebo jako kabaretního umělce. Výsledky výzkumu nejsou podle autorů tak negativní, jak očekávali, což ale může být způsobeno tím, že se ho účastnily spíše tolerantní a podporující rodiny.

8. PSYCHOTERAPIE RODIČŮ A RODIČOVSKÉ ORGANIZACE

8.1. Psychoterapie rodičů jedinců s poruchou pohlavní identity

Psychoterapie rodičů, jejichž potomci trpí poruchou pohlavní identity, může být buď individuální, nebo skupinová. Na psychoterapeutických skupinách se rodiče setkávají se vzájemnou podporou a s ostatními rodiči mohou sdílet problémy, které mají se svými potomky. Skupina slouží také k poskytnutí zpětné vazby k rodičovské výchově. Nezbytnou součástí individuální psychoterapie, stejně jako skupinové, by měla být podpora v náročné životní situaci. Psychoterapeut by měl rodiči pomoci procházet tímto těžkým obdobím a pomoci se s transsexualitou potomka vyrovnat.

Psychoterapii rodičů lze rozdělit na dvě skupiny. První se týká rodičů, jejichž děti trpí poruchou pohlavní identity, která se ovšem nemusí vyvinout v transsexualitu. Druhá skupina představuje rodiče, kteří se již musejí konfrontovat s transsexualitou svých starších

potomků. Ať už se jedná o jakoukoli ze zmíněných dvou skupin, je vhodné terapii začít co nejdříve.

Nejprve se budu věnovat terapii rodičů, u jejichž dětí se rozvinula porucha pohlavní identity a kteří u svých dětí pozorují chování typické pro opačné pohlaví. Poté přistoupím ke druhé skupině rodičů, u jejichž potomků byla diagnostikována transexualita.

8.1.1. Porucha pohlavní identity v dětství, psychoterapie rodičů, doporučení a rady pro rodiče

Při léčbě dětí s poruchou pohlavní identity je nutný širší pohled na situaci, který nezahrnuje pouze život dítěte, ale také fungování rodiny. To může mít přímý dopad na pocity a chování dítěte týkající se jeho pohlavní role. Například pocity studu mohou být vyvolány tím, že se sourozenci stydí za bratrovu feminitu či sestřinu maskulinitu. Pocity viny mohou způsobit rodičovské konflikty, jež jsou důsledkem rozdílných emocionálních reakcí na chování dítěte. Správné porozumění šíře problému poruch pohlavní identity, vývoje dítěte, běžného fungování rodiny i přístupu širšího okolí jsou nezbytné při rozhodování, jaký typ intervence dítěti přinese největší prospěch (Cohen-Kettenis, Pfäfflin, 2003). Toto všechno bychom samozřejmě měli zohlednit i při psychoterapii rodičů dítěte s poruchou pohlavní identity.

Hlavní léčba dětí s poruchou pohlavní identity zahrnuje intervenci pro děti i pro jejich rodiče (Green, 1974). Psychoterapie dětí se zaměřuje nejprve na sexuální výchovu. Jsou zdůrazněny pozitivní aspekty dětského vlastního pohlaví a je diskutováno o důvodech pro změnu pohlaví. Terapie se věnuje také korekci chování, jež je přípustné pro každé pohlaví. U chlapců s poruchou pohlavní identity v dětství se pak ukazují následující změny. Méně časté jsou femininní projevy chování, cross-dressing, objevuje se verbalizování pohlavní dysforie a mezi otcem a synem se vytváří bližší vztah (Green, Fuller, 1973). Pod vlivem rodičů a vrstevníků se děti často pokouší spíše potlačit „nepřípustné“ vzorce chování než přijmout opačnou pohlavní roli. Jednou z možností je navodit změny v chování, a to trestáním odchylek od typických vzorců chování a odměňováním chování, jež je vhodné pro danou pohlavní roli (Roberto, 1983).

Podobný pohled na situaci představují psychoterapeutické programy v USA, které se snaží pomoci malým dětem s poruchou pohlavní identity a jejich rodičům. Jedná se především o chlapce, u kterých se objevuje cross-dressing, preference typicky dívčích her a

preferance kamarádek aj. Rodiče chlapců, u nichž se objevuje typicky dívčí chování, se cítí sami a pociťují stud. Často cítí vinu za vznik poruchy pohlavní identity, smutek, zlost a úzkost z budoucnosti. Skupina, jež je určená pro rodiče, by jim měla být oporou a ukázat jim nové přístupy ke svému dítěti. Ačkoli rodiče nemohou změnit přístup okolí, mohou pracovat na svých pocitech a postojích. Pokud jsou rodiče dobře informováni a pracují na svém trápení a studu, budou tolerantnější, méně kritičtí a méně trestající. Vyřeší-li rodiče svůj smutek a získají-li dovednosti, které jim umožní vypořádat se se specifickými problémy jejich potomka, bude se dítě lépe přizpůsobovat a sociálně integrovat a bude mít vyšší hodnotu sebe sama (Menvielle, Tuerk, 2002).

Témata ve výše zmíněné terapeutické skupině rodičů v USA se týkají nejprve dětí a přístupů jejich rodičů k nim a poté přímo rodičů. Nejdříve se budu věnovat přístupu rodičů k dítěti s poruchou pohlavní identity, pak samotným rodičům.

Rodiče se často snaží přimět dítě, aby se chovalo podle vzorců, jež odpovídají jeho biologickému pohlaví. Ovšem mohou zmást dítě tak, že začne bojovat s identifikací se svým biologickým pohlavím. Když se naopak rodiče nesnaží chlapce přimět, aby se choval podle vzorců svého biologického pohlaví, mohou mu tak pomoci porozumět sobě jako jemnému nebo femininnímu chlapci. V rodině je též důležitý komunikativní přístup. Rodiče mohou být překvapeni, když zjistí o svém dítěti něco, co jim neřeklo. Měli by pamatovat na potřeby dítěte, jakými jsou akceptace či pochopení. Rodiče se také často mylně domnívají, že nucením chlapce do „mužských“ činností sníží jeho homosexuální orientaci. Dále si myslí, že musejí překazit některé jeho zájmy a nevyhovět některým přáním, aby ho ušetřili situacím, ve kterých by mohl být odmítnut nebo ponížen (např. koupit synovi červené bačkory). Rodiče by také neměli vybírat svým dětem kamarády. Součástí terapie je i naučit rodiče, jak mohou svému dítěti ukázat strategie, pomocí nichž bude zvládat situace, ve kterých bude zesměšňováno.

Když rodiče zjistí, že je jejich potomek jiný, než si představovali, začnou procházet obdobím smutku. Trápí se kvůli tomu, že se jejich transsexuální dcera či transsexuální syn nebude moci vdát či oženit a nebude moci mít vlastní děti. I když rodiče na psychoterapeutické skupině o svém trápení nemluví, může jim pomoci to, že poslouchají zkušenosti a pocity jiných rodičů v podobných situacích. Součástí terapeutické práce je také naučit rodiče zvládat trapné situace. Strach a rozpaky brání rodičům mluvit o problémech mimo malý okruh důvěryhodných lidí. Rodiče v terapeutické skupině přicházejí na to, že je nezbytné o těchto problémech otevřeně hovořit (Menvielle, Tuerk,

2002). Podle Blocha et al. (1983) je důležitý také humor, který může zvýšit soudržnost ve skupině, snížit tenzi a poskytnout vhled do situace.

8.1.2. Transsexualita potomka a psychoterapie jeho rodičů, doporučení a rady pro rodiče transsexuálních jedinců

Druhou skupinu představují rodiče, u jejichž dětí byla již diagnostikována transsexualita a kteří se musejí vyrovnat s tím, že se jejich potomek cítí být příslušníkem opačného pohlaví. Přináší to s sebou nejen to, že potomek zkouší žít v opačné pohlavní roli, ale také to, že podstoupí hormonální léčbu a operativní přeměnu pohlaví.

Operativní změna pohlaví vyvolává v rodině nepříjemné emoce a konflikty. Lesser (1999) upozorňuje na nedostatek informací týkajících se vztahu mezi transsexuálními lidmi a jejich původními rodinami. Terapeuti mohou být prvními lidmi, na které se rodiny obrátí se stigmatem, které je způsobeno transsexualitou potomka, a studem, který rodiče v souvislosti s ní pociťují.

Konflikty mezi rodiči a transsexuálními adolescenty jsou vcelku běžné. Ze 69 britských adolescentů, kteří byli posláni k odborníkovi, který se věnuje poruchám pohlavní identity, 75 % z nich mělo problémy ve vztazích s rodiči nebo osobou, která se o ně starala (Di Ceglie et al., 2002).

Pravidelně se stává, že transsexuální jedinec chce být více otevřený, pokud se jedná o jeho pohlavní identitu, než si to přejí ostatní členové rodiny. Jindy se mohou naopak rodiče obávat, že jejich potomek žijící v opačné pohlavní roli bude mít problémy kvůli tomu, že nepřízná svou transsexualitu příteli či přítelkyni (Cohen-Kettenis, Pfäfflin, 2003).

Často nastává intrafamiliární konflikt v případech, kdy rodiče mají potíže jednat se svým synem jako s dcerou a vice versa. Ačkoli je rodinná terapie velmi užitečná pro rodiny s adolescentními transsexuály, rodinná terapie nemůže vyléčit extrémní poruchu pohlavní identity v adolescenci (Cohen-Kettenis, Pfäfflin, 2003). Může ovšem pomoci jak transsexuálním lidem, tak jejich rodinám vyrovnat se s touto poruchou.

Důležité je, aby rodiče transsexuálních jedinců dostali dostatek informací, a porozuměli tak svému potomkovi. Rodiny často nevědí, jak na transsexuálního člena rodiny reagovat, nevědí, jak se zachovat. Na webových stránkách organizace GIRES její členové rodičům radí, aby neignorovali poruchu pohlavní identity u svého potomka a nedoufali, že se tento problém sám vyřeší. Je dobré, aby byli otevření diskuzi o poruše

pohlavní identity v případě, že si o tom transsexuální jedinec bude chtít promluvit. Rodiče by také měli akceptovat rozhodnutí transsexuálního jedince, poskytnout mu podporu a snažit se o to co nejdříve. Rodiče mají respektovat práva a přání transsexuálního jedince (např. rozhodnutí o operativní přeměně pohlaví) a uvědomit si, že žít v souladu s pohlavní identitou je v danou chvíli pro jejich potomka nejdůležitější. Je lepší, aby se rodiče snažili dívat na situaci realisticky, nebo spíše optimisticky, nikoli však pesimisticky.

Mezi další opatření doporučená autory zmíněných webových stránek, kterými by se rodiče měli řídit, patří:

- Braňte se myšlence, že jste vinni nebo nějak jinak zodpovědní za rozhodnutí transsexuálního člena rodiny.
- Podělte se o tuto zprávu alespoň s jednou další osobou, na kterou se můžete spolehnout, dokud nejste připraveni se o to podělit se širším okolím.
- Kontaktujte psychoterapeutickou skupinu.
- Pokud stále cítíte, že je pro vás obtížné situaci zvládnout, vyhledejte odbornou pomoc.
- Používejte jména a také zájmena, která preferuje transsexuální člen rodiny (oba musíte ovšem očekávat, že se zpočátku budete plést).
- Nabídněte taktně radu, např. ohledně oblečení či make-upu.
- Informujte se o vývoji pohlavní identity z literatury, článků, knih či internetu.
- Naučte se slova, která používá transsexuální jedinec, jako jsou pohlavní identita, pohlavní role, pohlavní rozlada či transsexualita.

8.2. Organizace určené rodičům transsexuálních jedinců

V některých evropských zemích existují organizace sdružující rodiče, jejichž děti trpí poruchou pohlavní identity. Tyto organizace pořádají propagační a podpůrné akce a šíří informace prostřednictvím internetu. Jelikož kontaktovat je nebývá obvykle nic těžkého, mnozí rodiče se na ně obracejí ještě předtím, než vyhledají lékaře.

Kromě služeb, jež jsou určeny pro rodiče a širší rodinný okruh, udržují tyto organizace také kontakt se vzdělávacími institucemi. Výsledkem jejich aktivit (často realizovaných ve spolupráci se sdělovacími prostředky) je lepší obeznámenost pedagogů s poruchou pohlavní identity. Ti jsou pak schopni řešit problémy související s touto poruchou mnohem účinněji. Některé školy již dokonce přijaly určitá opatření, jejichž cílem

je zabránit šikanování a obtěžování dětí s poruchou pohlavní identity (Cohen-Kettenis, Pfäfflin, 2003).

Tyto informace se týkají především západní Evropy. Např. v Holandsku byla v roce 1998 založena podpůrná organizace Berdache pro rodiče dětí s poruchou pohlavní identity. Rodiče se zde mohou pravidelně scházet a několikrát za rok se účastnit vzdělávacích programů. Tato organizace je také v kontaktu se školou, kterou jedinec s poruchou pohlavní identity navštěvuje. Podobná organizace existuje také v Anglii (Mermaids). Nepořádá setkání, ale nabízí služby po internetu (Cohen-Kettenis, Pfäfflin, 2003).

V České republice žádné podobné rodičovské organizace neexistují, ani ve školách nebyla žádná podobná opatření přijata. Jediné místo, kde se zatím rodiče transsexuálních potomků mohou setkávat, je sexuologická poradna MUDr. H. Fifkové. Pod jejím vedením se zde konají asi dvakrát ročně psychotherapeutické skupiny, na kterých se mohou rodiče dozvědět nové informace, ale především sdílet svoji náročnou situaci s ostatními rodiči. V České republice vzniklo také několik webových stránek, které se věnují transsexualitě. Jedny z nejnavštěvovanějších jsou www.translide.com. Mezi další patří např.: www.translide.cz nebo www.transgender.cz. Informace o transsexualitě v angličtině lze najít např. na www.mermaids.freeuk.com nebo www.depend.org.uk. Webových stránek zabývajících se transsexualitou existuje již dnes však mnohem více.

9. SHRNU TÍ TEORETICKÉ ČÁSTI

Transsexualita jako extrémní porucha pohlavní identity (v MKN – 10 pod kódovým označením F64.0) se projevuje pocitem příslušnosti jedince k pohlaví opačnému, než je jeho pohlaví biologické. První úplnou přeměnou pohlaví byla operace Christiny Jørgensenové v roce 1952, i když se neúplné operace u jedinců, kteří se toužili stát příslušníky opačného pohlaví, prováděly již v první polovině 20. století.

Příčiny vzniku poruchy pohlavní identity nejsou jednoznačně známé, ale ze současných výzkumů vyplývá, že za jejím vznikem stojí působení hormonů na vývoj lidského plodu v prenatálním období života. Objevuje se ovšem mnoho psychologických teorií, které vysvětlují etiologii transsexuality psychologickými faktory. Velké množství teorií se zaměřilo na vztah mezi matkou a dítětem jako možnou příčinu vzniku poruchy pohlavní identity. Popisovány jsou i charakteristiky rodičů, které ke vzniku této poruchy přispívají. Jsou to např. matčin strach z mužské agrese nebo atypický psychosexuální vývoj

rodičů, ale také psychopatologické rysy rodičů. Za další příčiny vzniku poruchy pohlavní identity psychologické teorie dále považují: přání rodičů mít dceru, nebo syna či stres matky během těhotenství. Příčiny se hledají také na straně dítěte, v jeho charakteristikách nebo vzhledu.

První projevy poruchy pohlavní identity mohou být viditelné již ve dvou letech. V dětství je porucha pohlavní identity pravděpodobně ovlivnitelná, kdežto v adolescenci a dospělosti ji lze jen těžko změnit. Ne u všech dětí s poruchou pohlavní identity se ovšem vyvine transsexualita, naopak většina dětí s poruchou pohlavní identity se stane homosexuální.

Některé výzkumy se zaměřily na zjišťování společných charakteristik rodičů, jejichž potomek trpí poruchou pohlavní identity. Podle těchto výzkumů potřebují matky transsexuálních dcer ochranu od svého manžela a většina z nich by dala přednost synovi. Matky jsou popisovány jako emocionálně nestabilní a chladné a jsou velmi vzdálené modelu, se kterým by se mohly dcery identifikovat. Matky transsexuálních synů byly popisovány jako osamělé a labilní a se synem si vytvářeli blízký vztah.

Otcové transsexuálních dcer byli vnímáni jako hrubí, násilní a příliš maskulinní. Velké procento z nich byli alkoholici a stejně jako matky emocionálně nestabilní. Mnoho z nich podporovalo mužskou identifikaci svých dcer.

Několik studií dokazuje, že se u rodičů transsexuálních potomků vyskytuje vyšší procento psychopatologických rysů, jiné studie to ovšem popírají. Výsledky výzkumů se různí i v tom, zda byla pro děti s poruchou pohlavní identity typická nepřítomnost otce či nepřístupnost matky. Několik výzkumů ukazuje na problematický vztah mezi rodiči transsexuálních potomků.

Vyrovnaní se s transsexualitou je nepochybně pro rodiče velmi těžké. Znesnadnit ho může navíc sociální okolí rodiny, především netolerantní postoje příbuzných či známých. Někteří rodiče se pak snaží transsexualitu svého potomka zatajit, neboť se obávají odmítavých reakcí okolí.

Zájem studií se obrátil také na reakce členů rodiny na oznámení transsexuality jedním jejím členem. Jedná se o následující reakce: odmítání, zlost, smlouvání, smutek a přijetí. Může se také objevit počáteční šok, pocity viny či stud.

Protože se asi čtvrtina jedinců po odhalení své transsexuality odcizí původní rodině, kladli si výzkumníci otázku, jak se změní vztah mezi transsexuálním jedincem a jeho

rodiči po operativní změně pohlaví. Výzkumy ukázaly, že operativní změna pohlaví na vztah mezi transsexuálním jedincem a jeho rodičem nemá ve většině případů vliv.

Popsány byly i rozdíly mezi FtM a MtF ve vztahu k rodičům. FtM transsexuálové mají častěji bližší vztahy se svými rodiči a sourozenci a jsou také lépe akceptováni svými rodinami, než tomu je u MtF.

Transsexuální jedinec by měl být svou rodinou během celého procesu přeměny pohlaví podporován. To je předpokladem především pro jeho dobrou psychosexuální a psychosociální adaptaci.

Proto, aby se mohli rodiče vyrovnat lépe s transsexualitou svého potomka, vznikají v západní Evropě organizace, které se věnují nejen transsexuálním jedincům, ale i jejich blízkému okolí (tedy především rodičům). Některé spolupracují i se školou transsexuálního člověka. Rodiče také mohou docházet na psychologické skupiny a podělit se s dalšími rodiči o to, co v této těžké situaci zažívají. Mohou zde získat rady a doporučení, jak se chovat k dítěti s poruchou pohlavní identity nebo k již staršímu transsexuálnímu potomkovi. Existují již také internetové stránky, které se problematikou transsexuality zabývají a které nabízejí pomoc i rodičům.

II. EMPIRICKÁ ČÁST

10. CÍLE VÝZKUMU

Jak jsem již zmínila, existuje jen velmi málo literatury, která se týká rodičů transsexuálních potomků. Výzkumy se převážně orientují na transsexuální jedince samotné, ne již tolik na jejich sociální okolí. Svou prací se snažím přispět k prohloubení znalostí týkajících se právě rodičů transsexuálních dcer a transsexuálních synů.

Cíle výzkumu jsou následující:

- Zmapovat způsoby vyrovnávání se rodičů s transsexualitou potomka.
- Určit nejdůležitější faktory, které rodičům pomáhají při vyrovnávání se s transsexualitou potomka.
- Zjistit, jaké jsou časové aspekty vyrovnávání.
- Zmapovat vztah mezi rodičem a jeho transsexuálním potomkem.

Protože se jedná o mapující výzkum, nekladla jsem si předem žádné hypotézy.

11. CHARAKTERISTIKA SOUBORU

11.1. Zpracování údajů o rodičích transsexuálních potomků

Soubor tvořilo 16 rodičů transsexuálních jedinců, 12 respondentek tvořily matky (75 %) a čtyři respondenti byli otcové (25 %).

V dotazníku, který byl v empirické části použit, respondenti některé položky nevyplnili. Proto se výsledky netýkají vždy celého souboru 16 lidí.

Tabulka 1: Věkové rozložení souboru

Věk	N	%
Do 40 let	1	7 %
41 - 50 let	6	40 %
51 - 60 let	5	33 %
61 - 70 let	2	13 %
71 let a více	1	7 %

Věkový průměr rodičů transsexuálních potomků činil 52,2 roky (SD = 8,7; medián = 51), nejmladšímu rodiči bylo 39 let a nejstaršímu 73 let.

Tabulka 2: Úroveň dosaženého vzdělání

Vzdělání	N	%
Základní	3	18 %
Vyučen v oboru	6	38 %
Středoškolské	6	38 %
Vysokoškolské	1	6 %

Nejvíce rodičů se vyučilo v oboru, což se shoduje s procentem rodičů, kteří dosáhli středoškolského vzdělání. Vysokoškolské vzdělání uvedl pouze jeden respondent.

Tabulka 3: Velikost místa bydliště

Velikost místa bydliště	N	%
Vesnice (do 5 000 obyvatel)	5	31 %
Malé město (5 000 - 100 000 obyvatel)	7	44 %
Velké město (nad 100 000 obyvatel)	1	6 %
Praha	3	19 %

Nejvíce rodičů transsexuálních potomků žilo na malém městě do 100 000 obyvatel. O něco méně rodičů bylo z vesnice. Pouze malá část respondentů žila v Praze a jen jeden respondent uvedl, že pochází z velkého města nad 100 000 obyvatel.

Tabulka 4: Doba, po kterou rodič ví o transsexualitě svého potomka

Měsíce	N	%
Do 12 měsíců	6	40 %
13 – 24 měsíců	4	27 %
25 měsíců a více	5	33 %

Předchozí tabulka ukazuje v počtech měsíců, před jak dlouhou dobou se rodič o transsexualitě dozvěděl. Většina rodičů ví o transsexualitě svého potomka maximálně dva roky.

10 rodičů žije v současnosti s druhým rodičem potomka. Pouze dva rodiče z celého souboru uvedli, že jsou věřící.

11.2. Zpracování osobních údajů o transsexuálních potomcích

V této části se věnuji osobním údajům transsexuálních dcer a transsexuálních synů, jež o nich uvedli jejich rodiče. Jedná se o věk potomka, jeho biologické pohlaví a o to, zda podstoupil operativní přeměnu pohlaví.

Mezi transsexuálními potomky bylo 14 FtM (87 %) a dva MtF (13 %). Jejich věkové rozložení shrnuje následující tabulka.

Tabulka 5: Věk transsexuálních potomků

Roky	N	%
Do 20 let	2	13 %
21 - 30 let	10	62 %
31 - 40 let	3	19 %
41 let a více	1	6 %

Věkový průměr transsexuálních potomků činil 27,3 roky (SD = 7,0; medián = 25). Nejmladšímu potomkovi bylo 16 let a nejstaršímu 46 let.

Tabulka 6: Věk potomka, ve kterém se rodič o jeho transsexualitě dozvěděl

Roky	N	%
Do 20 let	2	13 %
21 - 30 let	12	80 %
31 let a více	1	7 %

Ve většině případů se rodič o transsexualitě svého potomka dozvěděl, když bylo transsexuálnímu jedinci mezi 20 a 30 lety. Průměrný věk transsexuálního potomka činil 24,4 roky (SD = 5,2; medián = 24). Když se rodič o transsexualitě potomka dozvěděl, bylo nejmladšímu potomkovi 14 let, nejstaršímu 33 let.

Operativní přeměnu pohlaví podstoupili pouze dva transsexuálové. Z tohoto důvodu nebudou zpracovány položky týkající se vyrovnávání rodičů s operativní přeměnou pohlaví a pocitů, které v souvislosti s ní mohli zažívat.

12. METODY

12.1. Metody sběru dat

Data byla sbírána pomocí dotazníku, který byl předán rodičům transsexuálních osob. Metody sběru dat shrnuje následující tabulka.

Tabulka 7: Metody sběru dat

Sběr dat	N	%
Psychoterapeutická skupina	4	25 %
Kontakt přes transsexuálního potomka	11	69 %
Internetový zdroj	1	6 %

Rodiče jsem kontaktovala buď osobně na psychoterapeutické skupině určené právě pro rodiče transsexuálních potomků nebo přes transsexuální jedince, kteří dotazník rodičům předali. Tímto způsobem jsem získala nejvíce dotazníků. Rodiče mohli vyplněný dotazník zaslat poštou, zanechat v sexuologické ambulanci MUDr. H. Fifkové, do které docházeli oni či transsexuální jedinci, nebo poprosit potomka o předání dotazníku

do sexuologické ambulance. Dotazník bylo možné nalézt také na internetových stránkách www.translide.com, kde si jej rodiče mohli stáhnout, vyplnit a poslat e-mailem.

12.2. Psychologický test

Ke zjištění způsobů vyrovnávání se rodičů s transsexualitou potomka byl zkonstruován dotazník přímo pro tyto účely. V odborné literatuře jsem se nesečkala s dotazníkem, který by se věnoval stejnému nebo alespoň podobnému tématu. Při jeho konstrukci jsem tedy vycházela z odborných článků zaměřujících se na rodiče transsexuálních osob nebo na transsexuální jedince samotné. Při jeho tvoření mi také pomohla účast na psychoterapeutických skupinách s transsexuálními jedinci, kde jsem získala cenné podněty o jejich rodičích. Transsexuální lidé mluvili o tom, jak se jejich rodiče s transsexualitou vyrovnávají, co pro ně bylo obtížné nebo jaký je mezi nimi a jejich rodiči či sourozenci vztah a jak jej ovlivnila jejich transsexualita.

Na základě toho jsem vytvořila dotazník, který obsahuje 66 položek. U prvních 50 položek měl respondent zaškrtnout jednu ze 6 variant (od „1 určitě souhlasím“ po „6 určitě nesouhlasím“) podle toho, jak ho výrok vystihuje. Zbývající položky nabízejí tři, nebo více možností, ze kterých si respondent vybíral. Ve 3 položkách byl respondent vybídnut, aby odpověděl sám bez nabízené možnosti. Celý dotazník je uveden v příloze.

Položky v dotazníku jsou zaměřeny na:

- pocity, které mohli rodiče v souvislosti s transsexualitou potomka zažívat
- vztah mezi rodičem a transsexuálním potomkem
- sociální okolí a jeho postoj k transsexualitě potomka
- vyrovnávání se rodičů s transsexualitou potomka

12.2.1. Pocity, které mohli rodiče v souvislosti s transsexualitou svého potomka zažívat

Jedná se o pocity, které mohli rodiče zažívat v různé etapě procesu přeměny pohlaví transsexuální dcery či transsexuálního syna. Je to období, kdy:

- se rodič o transsexualitě svého potomka dozvěděl
- transsexuální jedinec podstoupil hormonální léčbu
- transsexuální jedinec podstoupil operativní přeměnu pohlaví.

12.2.2. Vztah mezi rodičem a transsexuálním potomkem

V této části jsem zjišťovala, jaký měl transsexuální jedinec vztah s matkou a otcem:

- do 6 let věku
- od 7 do 12 let věku
- od 13 do 18 let věku
- od 19 let věku.

Rodiče také hodnotili, jaký mají s potomkem vztah v současnosti. Dále se položky týkaly toho, zda transsexualita potomka ovlivnila vztah mezi ním a jeho rodičem a také zda ovlivnila vztah mezi rodiči.

12.2.3. Sociální okolí a jeho postoj k transsexualitě potomka

Zde jsem žádala rodiče, aby posoudili, jak přijali jedincovu transsexualitu prarodiče, sourozenci a širší rodina. Některé položky se týkaly také vlivu příbuzných, přátel či známých na postoj rodiče k potomkovi a jeho transsexualitě.

12.2.4. Vyrovnávání se rodičů s transsexualitou potomka

Položky, které uvádím v této části, se týkají chování a postojů rodičů k potomkovi v dětství, ale i poté, když se rodiče dozvěděli o jeho transsexualitě. Jsou zde i položky, které ukazují na postoj k transsexualitě.

Součástí této části je i to, co rodičům ve vyrovnávání pomohlo a kdo jim pomohl nejvíce nebo také to, co bylo pro ně v souvislosti s transsexualitou potomka nejtěžší. Patří sem i časové aspekty vyrovnávání. Rodiče měli také uvést, zda pocítují vinu za to, že je jejich potomek transsexuální.

12.3. Statistické zpracování dat

Výsledky byly zpracovány metodou statistického zpracování programem SPSS. Nejprve jsem provedla deskriptivní statistiku, která se týkala procentuálního vyjádření

výpovědí rodičů transsexuálních osob. Vzhledem k malé velikosti souboru jsem nemohla pracovat s údaji z Likertovy škály, proto jsem rozdělila odpovědi na škále do dvou kvalitativních skupin *ano* a *ne*, což umožnila absence střední hodnoty.

Pro zjištění vyrovnání se rodičů s transsexualitou potomka jsem vytvořila tzv. Skór vyrovnání se. Zhruba polovina položek dotazníku s hodnotami 1 – 6 se týká přímo vyrovnávání se rodičů s transsexualitou potomka. Součet hodnot těchto položek pak dává Skór vyrovnání se. Čím vyšší skór respondent získal, tím bylo jeho vyrovnání úspěšnější. Namísto součtu hodnot položek, jež se týkají vyrovnávání, jsem nakonec zvolila jejich aritmetický průměr. Jsou totiž položky, které někteří rodiče nevyplnili, a které by tak mohly snížit skór vyrovnání, pokud by byl proveden pouze součtem. Protože se jedná o položky, kde respondenti odpovídali na škále 1 – 6, rozdělila jsem Skór vyrovnání do 5 úrovní podle hodnot:

- 1) 1 – 2 = výrazné odmítnutí
- 2) 2,1 – 3 = odmítnutí
- 3) 3,1 – 4 = průměrný skór vyrovnání se
- 4) 4,1 – 5 = vyrovnání se
- 5) 5,1 – 6 = velmi dobré vyrovnání se.

K analýze výsledků jsem dále použila neparametrický test Mann-Whitney a Kruskal-Wallis, a to ke zjišťování vztahu mezi základními charakteristikami souboru a položkami v dotazníku (viz dále).

13. VÝSLEDKY

13.1. Deskriptivní statistika

13.1.1. Pocity, které mohli rodiče v souvislosti s transsexualitou svého potomka zažívat

V následující části diplomové práce se věnuji pocitům, které mohli rodiče zažívat v souvislosti s transsexualitou svého potomka. První tabulka se týká pocitů a reakcí, které se u rodičů objevily poté, co se dozvěděli, že se jejich syn či dcera cítí být příslušníkem opačného pohlaví.

Tabulka 8: Pocity a reakce po odhalení transsexuality potomka

Když jsem se dozvěděl/a, že se náš potomek cítí být příslušníkem opačného pohlaví	N	N	%	%
	ano	ne	ano	ne
Byl to pro mne šok	12	4	75 %	25 %
Měl/a jsem vztek	1	15	6 %	94 %
Nechtěl/a jsem tomu uvěřit	9	7	56 %	44 %
Byl/a jsem zklamaný/á	3	13	19 %	81 %
Byl/a jsem z toho smutný/á	7	9	44 %	56 %
Byl/a jsem nešťastný/á	6	10	38 %	62 %
Cítil/a jsem lítost	10	6	62 %	38 %
Cítil/a jsem úlevu	7	9	44 %	56 %
Nezachoval/a jsem se k němu vstřícně	4	12	25 %	75 %
Přerušil/a jsem s ním kvůli tomu kontakt	1	15	6 %	94 %

Když se rodiče o transsexualitě potomka dozvěděli, byl to pro většinu šok. Přes polovinu rodičů nechtělo uvěřit, že je jedinec transsexuální. U většiny rodičů se objevila lítost. Rodiče také často pociťovali smutek a úlevu. Čtvrtina rodičů se nezachovala ke své

transsexuální dceří či ke svému transsexuálnímu synovi vstřícně a jen jeden rodič se svým potomkem přerušil kvůli jeho transsexualitě kontakt.

Tabulka 9: Pocity, které rodiče zažívali, když jejich potomek podstoupil hormonální léčbu

Když náš potomek podstoupil hormonální léčbu	N	N	%	%
	ano	ne	ano	ne
Cítil/a jsem smutek	1	14	7 %	93 %
Byl/a jsem nešťastný/á	1	14	7 %	93 %
Měl/a jsem vztek	1	14	7 %	93 %
Byl/a jsem zklamaný/á	2	13	13 %	87 %
Cítil/a jsem lítost	3	12	20 %	80 %
Cítil/a jsem úlevu	11	4	73 %	27%

V předchozí tabulce je vidět nižší výskyt negativních pocitů oproti době, kdy se o transsexualitě rodič dozvěděl. Smutek se u rodičů téměř neobjevoval. Stejně tak se téměř žádný rodič necítil nešťastný a neměl vztek. I lítost se objevila jen u malé části respondentů. Naopak většina rodičů cítila úlevu, když jejich potomek podstoupil hormonální léčbu. Když se o transsexualitě svého potomka rodiče dozvěděli, úlevu jich pocíťovalo o zhruba 30 % méně.

Pocity, které se u rodičů objevily v souvislosti s operativní přeměnou pohlaví transsexuální dcery či transsexuálního syna, nemohou být kvůli malému počtu rodičů, jejichž potomci operativní přeměnu pohlaví podstoupili, zpracovány.

13.1.2. Vztah mezi rodičem a transsexuálním potomkem

Analýzu vztahů mezi rodičem a transsexuálním potomkem zahajují statistickým zpracováním toho, zda si rodiče před narozením svého dítěte přáli více dceru, nebo syna.

Tabulka 10: Přání rodičů mít dceru, nebo syna

Než se potomek narodil, přál/a jsem si více	N	%
Dceru	3	19 %
Syna	3	19 %
Bylo mi to jedno	10	62 %

Většině rodičů bylo jedno, zda se jim narodí syn, nebo dcera. Stejný počet rodičů si přál dceru a stejný počet syna. Sedmi matkám bylo jedno, zda se jim narodí syn či dcera. Tři matky si přály chlapce, dvě matky dívku. Třem otcům ze souboru bylo jedno, zda se jim narodí syn nebo dcera. Jeden otec si přál dceru. Nutno opět přihlédnout k malému množství otců v souboru.

Dále rodiče hodnotili svůj vztah s transsexuální dcerou či transsexuálním synem ve věku do 6 let, od 7 do 12 let, od 13 do 18 let a od 19 let.

Tabulka 11: Vztah rodiče a transsexuálního potomka

Náš potomek měl lepší vztah	do 6 let	do 6 let	7 - 12 let	7 - 12 let	13 - 18 let	13 - 18 let	od 19 let	od 19 let
	N	%	N	%	N	%	N	%
S matkou	3	19 %	5	31 %	5	31 %	5	33 %
S otcem	4	25 %	5	31 %	4	25 %	4	27 %
S oběma stejný vztah	9	56 %	6	38 %	7	44 %	6	40 %

V období od narození do 7 let mělo přes polovinu transsexuálních potomků s oběma rodiči stejný vztah. Ve vývoji od narození po současnost vidíme mírné zvýšení počtu potomků, kteří mají lepší vztah k matce. K velkým změnám ve vztazích ovšem nedocházelo. Nutné je přihlédnout k tomu, že se většinou jednalo o rodiče FtM jedinců.

Současný vztah mezi transsexuální dcerou či transsexuálním synem a rodičem hodnotili rodiče následovně. Šest rodičů se domnívá, že má potomek lepší vztah k matce, tři rodiče se domnívají, že má potomek lepší vztah k otci. Šest rodičů potvrzuje stejný vztah potomka k matce i k otci.

Tabulka 12: Kvalita vztahu mezi rodičem a transsexuálním potomkem

Vztah mezi mnou a mým potomkem	N	%
Není dostatečně dobrý	2	13 %
Je dostatečně dobrý	14	87 %

Pouze malá část rodičů se domnívá, že vztah s jejich transsexuální dcerou či transsexuálním synem není dostatečně dobrý.

Tabulka 13: Zlepšení vztahu mezi rodičem a potomkem poté, co se rodič dozvěděl o transsexualitě potomka

Poté, co jsem se dozvěděl/a, že se náš potomek cítí být příslušníkem opačného pohlaví	N	%
Došlo ke zlepšení našeho vztahu	11	73 %
Nedošlo ke zlepšení našeho vztahu	4	27 %

Ve většině případů došlo mezi rodičem a transsexuálním potomkem ke zlepšení vztahu poté, co se rodič o jeho transsexualitě dozvěděl.

Tabulka 14: Vztah mezi otcem a matkou transsexuálního potomka

Poté, co jsem se dozvěděl/a, že se náš potomek cítí být příslušníkem opačného pohlaví, se vztah mezi mnou a mým manželem/mojí manželkou	N	%
Zlepšil	4	25 %
Zhoršil	0	0 %
Nijak nezměnil	12	75 %

Ve čtvrtině případů se vztah mezi rodiči zlepšil. Žádný z rodičů nezaznamenal zhoršení vztahu. Většina respondentů ovšem odpověděla, že se jejich vztah nezměnil. Nesmíme opomenout fakt, že šest rodičů nežije v současnosti s druhým rodičem potomka, což mohlo ovlivnit výsledky této položky.

13.1.3. Sociální okolí a jeho postoj k transsexualitě potomka

Pět rodičů se raději o transsexualitě svého potomka před příbuznými a známými nezmiňuje. 11 rodičů nemělo strach, jak transsexualitu přijme jejich okolí.

12 rodičům, tedy většině respondentů, bylo lhostejné, jak se na ně budou dívat příbuzní v souvislosti s transsexualitou potomka.

Zda měli členové rodiny problém jedincovu transsexualitu přijmout, shrnují následující tabulky.

Tabulka 15: Akceptace transsexuality sourozenci

Bratr či sestra	N	%
Měli problémy přijmout transsexualitu našeho potomka	3	23 %
Neměli problémy přijmout transsexualitu našeho potomka	10	77 %

Tabulka 16: Akceptace transsexuality prarodiči

Prarodiče	N	%
Měli problémy přijmout transsexualitu našeho potomka	3	23 %
Neměli problémy přijmout transsexualitu našeho potomka	10	77 %

Tabulka 17: Akceptace transsexuality širší rodinou

Širší rodina	N	%
Měla problémy potmkovu transsexualitu přijmout	7	47 %
Neměla problémy potmkovu transsexualitu přijmout	8	53 %

Podle výpovědí rodičů se ukazuje, že větší část rodiny neměla problémy přijmout jedincovu transsexualitu. Sourozenci, stejně jako prarodiče, měli problém jedincovu transsexualitu přijmout pouze v malém procentu případů. Širší rodina s tím podle rodičů měla větší problémy.

13.1.4. Vyrovnávání se rodičů s transsexualitou potomka

V této části pojednám nejprve o chování a postojích rodičů k transsexuálním potomkům a transsexualitě.

Následující tabulka ukazuje věk jedince, ve kterém si rodiče všimli, že se chová způsobem, který neodpovídá jeho biologickému pohlaví.

Tabulka 18: Věk potomka, kdy si rodiče poprvé všimli, že se potomek chová způsobem, který neodpovídá jeho biologickému pohlaví

Věk potomka	N	%
Do 6 let	4	31 %
7 - 12 let	3	23 %
13 – 18 let	3	23 %
19 let a více	3	23 %

Přibližně stejný počet rodičů si odlišného chování potomka všiml ve všech 4 věkových kategoriích. Průměrný věk potomka, kdy si odlišného chování rodiče všimli, byl 12,5 let (SD = 8,9; medián = 10). Nejdříve si toho rodič všiml, když byly jeho potomkovi 3 roky, nejpozději ve 30 letech jedince.

S tím souvisí i to, že 14 rodičů nenapadlo, že se jejich transsexuální dcera či syn cítí být příslušníkem opačného pohlaví ještě před tím, než jim to oznámil.

Než se rodič dozvěděl o tom, že se jeho potomek cítí být příslušníkem opačného pohlaví, 11 rodičů o transsexualitě vědělo jen velmi málo.

12 rodičů se domnívá, že se jim jejich potomek nebál svěřit se svou transsexualitou.

Když se rodiče dozvěděli o transsexualitě jedince, devět z nich mělo tendenci chránit ho před ostatními více než dříve. 11 rodičů si dělalo starosti s tím, jaké to bude mít jejich transsexuální dcera či syn v práci kvůli transsexualitě.

V šesti případech rodič pocítoval tlak transsexuálního jedince, aby jeho transsexualitu přijal okamžitě.

Pouze dva rodiče někdy pomýšleli na operativní přeměnu pohlaví.

Dále se budu věnovat tomu, co bylo pro rodiče v souvislosti s transsexualitou nejtěžší a následně časovým aspektům přijetí transsexuality potomka.

Tabulka 19: Situace, které byly pro rodiče v souvislosti s transsexualitou potomka nejtěžší

Nejtěžší v souvislosti s transsexualitou našeho potomka bylo	N	%
Pozorování odlišného vývoje v dětství či dospívání	2	13 %
Oznámení transsexuality potomkem	10	67 %
Vystupování v roli opačného pohlaví	0	0 %
Operativní přeměna pohlaví	1	7 %
Nepochopení situace příbuznými či známými	2	13 %

Jak vyplývá z předchozí tabulky, bylo pro rodiče jednoznačně nejtěžší, když jim transsexuální potomek oznámil, že se cítí být příslušníkem opačného pohlaví. Malá část respondentů uvádí, že bylo pro ně nejtěžší pozorování odlišného vývoje v dětství či dospívání a nepochopení situace příbuznými či známými. Jeden rodič uvedl také jako nejtěžší operativní přeměnu pohlaví (nutno přihlídnout k malému procentu transsexuálních jedinců, kteří operativní přeměnu pohlaví podstoupili).

Tabulka 20: Doba, po které začal rodič mluvit se svým potomkem v opačném gramatickém rodě, než je jeho biologické pohlaví (např. „byla jsi“ místo „byl jsi“)

S naším potomkem jsem začal/a mluvit v opačném gramatickém rodě	N	%
Okamžitě	4	27 %
Do měsíce	3	20 %
Za 1 měsíc - 6 měsíců	4	27 %
Za 7 měsíců a více	1	6 %
Stále se svým potomkem mluvím v gramatickém rodě, jež odpovídá jeho biologickému pohlaví	3	20 %

Většina respondentů začala se svým potomkem mluvit v opačném gramatickém rodě, než je jeho biologické pohlaví, do půl roku.

Tabulka 21: Doba, po které rodič začal oslovovat potomka jménem opačného pohlaví

Nášeho potomka jsem začal/a oslovovat jménem opačného pohlaví	N	%
Okamžitě	5	33 %
Do měsíce	2	13 %
Za 1 měsíc - 6 měsíců	4	27 %
Za 7 měsíců a více	1	7 %
Stále svého potomka oslovuji původním jménem	3	20 %

Doba, po které rodič začal oslovovat transsexuálního syna či transsexuální dceru jménem opačného pohlaví, se téměř shoduje s dobou, po které rodič se svým potomkem začal mluvit v opačném gramatickém rodě. Nejčastěji se tedy jednalo o období do půl roku.

Další analýzy se věnují tomu, kdo rodiči nejvíce pomohl vyrovnat se s transsexualitou potomka a zda rodič docházel na skupinovou či individuální psychoterapii.

Tabulka 22: Osoba pomáhající rodiči ve vyrovnávání s transsexualitou potomka

Nejvíce mi s transsexualitou našeho potomka pomáhal/a vyrovnat se	N	%
Manžel/ka	5	31 %
Příbuzní	1	6 %
Přítel/známí	2	13 %
Psycholog/lékař	1	6 %
Nikdo	7	44 %

Velké části respondentů nepomohl ve vyrovnávání s transsexualitou potomka nikdo. Nejčastěji uváděnou osobou, která ve vyrovnávání pomohla, byl/a manžel/ka.

Čtyři rodiče potvrzují, že přijali transsexualitu svého potomka, protože ji přijal jejich manžel či manželka.

Velmi malá část respondentů uvedla přátele či známé, příbuzné a psychologa či lékaře jako osobu, která jim ve vyrovnávání s transsexualitou nejvíce pomohla.

Tabulka 23: Psychoterapie rodičů

Docházel/a jsem na	N	%
Individuální psychoterapii	1	6 %
Skupinovou psychoterapii	3	19 %
Nikam	12	75 %

Naprostá většina rodičů nedocházela ani na individuální ani na skupinovou psychoterapii. Na psychoterapii docházeli z celého souboru pouze čtyři rodiče.

U rodičů se mohou objevit i pocity viny kvůli tomu, že je jejich potomek transsexuální. To se v souboru rodičů nepotvrdilo, neboť pouze tři rodiče se domnívají, že jsou vinni za transsexualitu svého potomka. Také pouze jeden rodič si myslí, že kdyby se ke svému potomkovi v dětství choval jinak, nebyl by transsexuální.

Tabulka 24: Časový aspekt vyrovnávání se rodičů s transsexualitou potomka

Po jak dlouhé době jsem se vyrovnal/a s transsexualitou našeho potomka	N	%
Okamžitě	1	7 %
Do měsíce	9	59 %
Za 1 měsíc - 6 měsíců	1	7 %
Za 7 měsíců a více	3	20 %
Ještě jsem se s transsexualitou svého potomka nevyrovnal/a	1	7 %

Rodiče měli zhodnotit, po jak dlouhé době se vyrovnali s transsexualitou svého potomka. V době potřebné k vyrovnávání se s transsexualitou jedince se objevily velké rozdíly, tabulka 18 shrnuje dobu vyrovnávání pro lepší přehlednost v měsících. Jak vyplývá z tabulky, většina rodičů se s transsexualitou vyrovnala do 1 měsíce. Pouze jeden rodič uvedl, že se s transsexualitou potomka ještě nevyrovnal.

Ačkoli všichni rodiče kromě jednoho uvedli, že se s transsexualitou svého potomka vyrovnali, tři z nich stále považují svého potomka za příslušníka původního biologického pohlaví.

Všichni rodiče ze zkoumaného souboru shodně uvedli, že pro ně nyní není obtížné přijmout to, že se jejich potomek cítí být příslušníkem opačného pohlaví.

Nyní uvedu Skór vyrovnání se, kde hodnoty 1 – 2 představují výrazné odmítnutí; 2,1 – 3 odmítnutí; 3,1 – 4 průměrný skór vyrovnání se; 4,1 – 5 vyrovnání se; 5,1 – 6 velmi dobré vyrovnání se.

Tabulka 25: Vyrovnání se rodičů s transsexualitou potomka

Skór vyrovnání se	N	%
Výrazné odmítnutí	0	0 %
Odmítnutí	0	0 %
Průměrný skór vyrovnání se	3	19 %
Vyrovnání se	5	31 %
Velmi dobré vyrovnání se	8	50 %

Předchozí analýza ukazuje, jak jsou rodiče s transsexualitou svého potomka vyrovnání. Vidíme, že ani jeden rodič svého potomka kvůli jeho transsexualitě neodmítl. Malá část respondentů se nachází v průměrném skóru vyrovnání se, tedy mezi vyrovnáním se s transsexualitou a jejím odmítnutím. Převažují ovšem rodiče, kteří jsou s transsexualitou svého potomka vyrovnání.

13.2. VÝSLEDKY NEPARAMETRICKÝCH TESTŮ

Statistické zpracování výsledků představovalo také použití neparametrických testů Mann-Whitney a Kruskal-Wallis. Test Mann-Whitney jsem používala pro zjištění, zda existuje mezi 2 skupinami základních charakteristik souboru signifikantní rozdíl v dané položce. Test Mann-Whitney jsem tedy použila u těchto charakteristik souboru: pohlaví rodiče, věk rodiče, soužití s druhým rodičem. Pro charakteristiky souboru, jež lze rozdělit na více skupin, jsem užila Kruskal-Wallisův test. Jednalo se o vzdělání rodiče, velikost místa bydliště a dobu, po kterou rodič ví, že se potomek cítí být příslušníkem opačného pohlaví.

V další části diplomové práce uvádím pouze případy, které se ukázaly jako signifikantní na 5% hladině významnosti. Na závěr každé podkapitoly je zmíněno, zda se ukázal signifikantní rozdíl mezi skupinami ve Skóru vyrovnání se.

13.2.1. Pohlaví rodiče

Mann-Whitneyův test prokázal vliv pohlaví na to, zda rodiče kárali v dětství potomka za projevy, které neodpovídaly jeho biologickému pohlaví ($Z = -2,30$, $p = 0,02$). Oproti otcům statisticky významně více matek káralo transsexuální dceru či transsexuálního syna za projevy neodpovídající jejich biologickému pohlaví. Signifikantní rozdíly byly shledány také v tom, zda rodiče cítili lítost, když se dozvěděli, že se jejich syn či dcera cítí být příslušníkem opačného pohlaví ($Z = -2,60$; $p = 0,01$). Téměř všechny matky pociťovaly lítost, kdežto ani jeden otec lítost nepociťoval.

Signifikantní rozdíl mezi matkami a otci se dále ukázal v tom, zda měli rodiče tendenci svého potomka chránit před ostatními více než dříve, když se dozvěděli o jeho transsexualitě ($Z = -2,52$; $p = 0,01$). U statisticky významně více matek se ochranná tendence oproti otcům ukázala. Stejně tak se jako statisticky významně prokázalo, zda si rodiče dělali starosti kvůli tomu, jaké to bude mít transsexuální jedinec v práci ($Z = -2,08$; $p = 0,04$). Opět si oproti otcům signifikantně více matek takového starosti dělalo.

Vliv pohlaví se ukázal i v tom, po jak dlouhé době začal rodič mluvit s potomkem v opačném gramatickém rodě, než je jeho biologické pohlaví ($Z = -2,52$; $p = 0,02$). Většina matek začala se svým potomkem mluvit v opačném gramatickém rodě do půl roku, kdežto muži začali se svým potomkem mluvit v opačném gramatickém rodě okamžitě nebo po 1 dni. Stejně tak se signifikantní rozdíl mezi matkami a otci ukázal i u doby, po kterou rodič začal oslovovat transsexuální dceru či transsexuálního syna jménem opačného pohlaví ($Z = -2,14$; $p = 0,03$). Výsledky jsou shodné s dobou, po kterou rodiče začali oslovovat transsexuálního jedince v opačném gramatickém rodě.

Mann-Whitneyův test neprokázal signifikantní rozdíl mezi těmito skupinami ve Skóru vyrovnání se ($Z = -0,79$; $p = 0,43$).

13.2.2. Věk rodiče

Věk rodiče jsem pro statistické účely rozdělila na dvě skupiny: rodiče mladší 50 let ($n = 7$) a starší 50 let ($n = 8$).

Opět jsem použila Mann-Whitneyův test, který prokázal mezi těmito věkovými skupinami signifikantní rozdíl v tom, zda v dětství káraly potomka za projevy, které neodpovídaly jeho biologickému pohlaví ($Z = -2,14$; $p = 0,03$). Více než polovina rodičů mladších 50 let kárala transsexuální dceru či transsexuálního syna za projevy

neodpovídající jeho biologickému pohlaví. Ovšem statisticky méně rodičů starších 50 let káralo svého potomka za takové projevy.

Dále se signifikantní rozdíl ukázal v tom zda rodičům vadilo, jestli se jejich potomek v dětství choval, jako by byl příslušník opačného biologického pohlaví ($Z = -2,45$; $p = 0,01$). Více než polovině rodičů mladších 50 let takovéto chování vadilo, ale ani jednomu rodiči nad 50 let chování typické pro opačné biologické pohlaví nevadilo.

Statisticky významně více rodičů mladších 50 let cítilo zklamání, když se jejich potomek v dětství choval, jako by byl příslušník opačného pohlaví ($Z = -2,71$; $p = 0,01$). Stejně tak se statisticky významně více rodičů mladších 50 let stydělo, když se jejich dítě chovalo, jako by bylo příslušníkem opačného pohlaví ($Z = -1,90$; $p = 0,05$)

Vliv věkových skupin prokázal Mann-Whitneyův test také na to, zda rodiče pociťovali tlak transsexuálního jedince, aby jeho transsexualitu přijali okamžitě ($Z = -2,96$; $p = 0,03$). Téměř všichni rodiče mladší 50 let tento tlak pociťovali, kdežto ani jeden z rodičů starší 50 let nic takového nepotvrdil.

Statisticky významný rozdíl byl prokázán také v tom, zda rodiče přiměli potomka, aby diagnózu transsexuality ověřil ještě na dalším odborném pracovišti ($Z = -2,79$; $p = 0,05$). Oproti rodičům starších 50 let statisticky významně více rodičů mladších 50 let přimělo svou transsexuální dceru či transsexuálního syna k ověření diagnózy na dalším odborném pracovišti.

Signifikantně více rodičů mladších 50 let docházelo na individuální či skupinovou psychoterapii oproti skupině rodičů nad 50 let, ve které žádný rodič nedocházel ani na jeden typ psychoterapie ($Z = -1,99$; $p = 0,04$).

Mann-Whitneyův test neprokázal signifikantní rozdíl mezi těmito skupinami ve Skóru vyrovnání se ($Z = -1,85$; $p = 0,64$).

13.2.3. Vzdělání rodiče

Vzdělání jsem sloučila do tří skupin, neboť pouze jeden člověk měl vysokoškolské vzdělání. První skupinu tvořili rodiče se základním vzděláním, druhou skupinu rodiče, kteří se vyučili v oboru, a třetí skupinu tvořili rodiče se středoškolským a vysokoškolským vzděláním.

Kruskal-Wallisův test prokázal mezi vzdělanostními skupinami signifikantní rozdíl v následující položce ($\chi^2 = 6,64$; $p = 0,03$). Rodiče se základním vzděláním si statisticky

významně později všimli, že se jejich potomek chová způsobem, který neodpovídá jeho biologickému pohlaví. Tito rodiče si toho všimli okolo 25 let potomka, kdežto rodiče vyučení v oboru a středoškolsky a vysokoškolsky vzdělaní si toho všimli mnohem dříve, tedy do 15 let věku jedince, většinou však do jeho 10 let.

Kruskal-Wallisův test neprokázal mezi těmito skupinami signifikantní rozdíl ve Skóru vyrovnání se ($\chi^2 = 0,08$; $p = 0,96$).

13.2.4. Velikost místa bydliště rodiče

Původně čtyři skupiny velikosti místa bydliště jsme sloučila do tří skupin, protože pouze jeden člověk uvedl jako místo bydliště velké město nad 100 000 obyvatel. První skupinu tedy tvoří vesnice do 5 000 obyvatel, druhou skupinu malé město od 5 000 do 100 000 obyvatel a třetí skupinu tvoří velké město nad 100 000 obyvatel a Praha.

Kruskal-Wallisův test prokázal mezi těmito skupinami signifikantní rozdíl v tom, zda rodiče podporovali u potomka chování, které odpovídá jeho biologickému pohlaví ($\chi^2 = 5,92$; $p = 0,05$). Všichni rodiče z první skupiny podporovali u své dcery či syna chování, které odpovídá jeho biologickému pohlaví. Ze druhé skupiny se jednalo o více než polovinu rodičů a ze třetí skupiny o většinu rodičů.

Kruskal-Wallisův test neprokázal mezi těmito skupinami signifikantní rozdíl ve Skóru vyrovnání se ($\chi^2 = 4,06$; $p = 0,13$).

13.2.5. Doba, po kterou rodič ví, že se potomek cítí být příslušníkem opačného pohlaví

Dobu, po kterou rodiče vědí o transsexualitě svého potomka, jsem rozdělila na tři období - do 12 měsíců, od 13 do 24 měsíců, více než 25 měsíců.

Kruskal-Wallisův test neprokázal signifikantní rozdíl mezi těmito skupinami ve Skóru vyrovnání se ($\chi^2 = 0,28$; $p = 0,87$).

13.2.6. Soužití s druhým rodičem potomka

Test Mann-Whitney neprokázal signifikantní rozdíl ve Skóru vyrovnání se mezi rodiči, kteří spolu žijí a kteří spolu již nežijí ($z = -0,54$; $p = 0,64$).

14. DISKUZE

V této části diplomové práce nejprve pojednám o limitech provedeného výzkumu. Dále porovnávám zjištěné výsledky s výsledky zahraničních studií, které jsem zmínila v teoretické části. Některé údaje, které jsem ve výzkumu získala, dále interpretuji. Součástí je i shrnutí výsledků části empirické.

14.1. Limity výzkumu

Výzkum, který jsem uskutečnila, čítal 16 rodičů transsexuálních potomků. Příliš malá velikost souboru představuje největší limitaci práce, proto je nutné považovat výzkum pouze za orientační. Neuspokojivá velikost zkoumaného souboru je způsobena problémy v kontaktování rodičů transsexuálních dcer a synů, kteří nejsou nikde evidováni a často nikam kvůli transsexualitě svého potomka nedocházejí. V České republice neexistuje navíc žádná organizace, která by rodiče sdružovala či se jim více věnovala (kromě psychoterapeutických skupin v sexuologické ambulanci MUDr. H. Fifkové).

Možné je oslovit rodiče, kteří transsexuální dceru či transsexuálního syna doprovázejí při léčebných či psychoterapeutických procesech. Takových rodičů je ovšem málo, navíc je obtížné a někdy i nevhodné je v tak náročné situaci oslovovat. Další možností je kontaktovat rodiče přes jejich transsexuální potomky, tedy oslovit nejprve transsexuálního jedince a toho požádat o kontakt na rodiče nebo o předání dotazníku. Tím se ale omezujeme pouze na rodiče, kteří jsou v kontaktu se svým potomkem. Do zkoumaného souboru tak nejsou zařazeni ti rodiče, kteří se svými transsexuálními dcerami či syny přerušili kontakt. Pravděpodobně se budou výzkumu účastnit také rodiče, kteří mají se svým potomkem uspokojivý vztah. Předpokládejme, že rodič s potomkem sice v kontaktu bude, ale jejich vztah bude značně neuspokojivý, proto transsexuální jedinec zřejmě neupozorní rodiče na výzkum týkající se vyrovnávání s transsexualitou. To neudělá ani v případě, pokud rodič nebude akceptovat jeho transsexualitu.

Do souboru nemohou být zahrnuti ani ti rodiče, kteří o transsexualitě svého potomka ještě nevědí. Mohou se např. domnívat, že je potomek homosexuální, nebo považují jeho chování za zvláštní, nepovažují jej ale za transsexuálního, nebo jednoduše nepozorují žádný znepokojující projev.

Další možností, jak lze rodiče kontaktovat, jsou webové stránky. K dotazníku se tak mohou dostat rodiče samotní nebo je na to opět může upozornit jejich transsexuální dcera či transsexuální syn. Takto jsem získala bohužel pouze jeden dotazník. A i zde předpokládám, že by dotazník vyplnili spíše rodiče, kteří budou s transsexualitou vyrovnání.

Z předchozích úvah vyplývá, že se výzkumu účastnili převážně rodiče, kteří byli s transsexualitou potomka již vyrovnání a kterým nečinilo větší obtíže dotazník vyplnit. Proto se domnívám, že je tento výzkum především kvůli nedostatečně velkému vzorku pouze orientační a mapuje copingové mechanismy těch rodičů, kteří již vyrovnáváním prošli.

S podobnými potížemi se potýkali i Polat et al. (2005), kteří uvádějí, že očekávali ve svém výzkumu tureckých rodin mnohem negativnější zjištění. Výsledky jsou podle nich ovlivněny tím, že se výzkumu účastnily tolerantní a podporující rodiny.

Dalším limitem provedeného výzkumu je nereprezentativnost vzorku. Hlavním důvodem je především již zmiňovaná nedostupnost respondentů. Nereprezentativnost vzorku se týká především poměru pohlaví rodičů, ale také biologického pohlaví transsexuálních jedinců.

Domnívám se ovšem, že není náhoda, že se ve zkoumaném souboru vyskytují převážně rodiče transsexuálních dcer, ale pouze dva rodiče transsexuálních synů. Podle mého názoru tento fakt souvisí právě s vyrovnáváním se rodičů s transsexualitou. Jak jsem již zmínila, výzkumu se nakonec účastnili převážně rodiče vyrovnání s transsexualitou potomka. Je tedy možné, že mnohem větší účast rodičů FtM jedinců ukazuje na to, že rodiče vyrovnání s transsexualitou, jsou právě rodiče potomků FtM, ale jen v malé části MtF. To, že jsou FtM jedinci akceptováni svými rodinami lépe, potvrzují i Cohen-Kettenisová, Pfäfflin (2003). Tento fakt může souviset s předpokladem, že ženy, které vystupují v mužské pohlavní roli, jsou ve společnosti více tolerovány a akceptovány než muži, kteří vystupují v pohlavní roli ženské.

Výzkumu se také účastnilo mnohem více matek, což může ukazovat na lepší vyrovnanost matek s transsexualitou potomka (resp. FtM). Může to ukazovat ale také např. na větší ochotu matek spolupracovat.

I dotazník, který byl předložen rodičům, má svá omezení. Jedním z nich je to, že jsem při jeho konstrukci vycházela z dostupné odborné literatury, která se ale rodičům transsexuálních jedinců věnuje velmi málo, a z vlastních zkušeností s transsexuálními

osobami. Dotazník týkající se podobného tématu není k dispozici. Vzhledem k velkému problému kontaktovat rodiče transsexuálních jedinců nebyla provedena pilotní studie, která by pomohla dotazník dále upravit. Až při jeho zpracování jsem tudíž vyřadila některé položky, které dostatečně nediferencovaly daný jev.

Některé položky v dotazníku rodiče nevyplnili. Jednou z možností, proč respondent položku nevyplnil, bylo, že s konkrétním jevem nemá zkušenost. To se týkalo především operativní přeměny pohlaví. Mohlo ale také jít o nepochopení některých položek respondenty.

Výzkum měl být i vzhledem ke konstrukci dotazníku kvantitativního charakteru. Neměla jsem tak možnost získat specifické informace, které by mohli poskytnout jednotliví probandi, pokud by se jednalo o výzkum kvalitativní.

Závěrem lze konstatovat, že cíle výzkumu se nepodařilo zcela splnit, a to především zmapovat způsoby vyrovnávání se rodičů s transsexualitou potomka a určit nejdůležitější faktory, které rodičům pomáhají při vyrovnávání se s transsexualitou. Ostatní cíle, tedy zjistit časové aspekty vyrovnávání a zmapovat vztah mezi rodičem a jeho transsexuálním potomkem, se podařilo prokázat jen částečně. Důvodem je především příliš malá velikost souboru a převážná účast rodičů, kteří jsou s transsexualitou potomka již vyrovnáni. Protože je vzorek výzkumu nereprezentativní, nelze považovat výsledky za jednoznačné a už vůbec je nelze generalizovat na všechny rodiče transsexuálních potomků.

Přesto se domnívám, že zjištěné výsledky mohou sloužit alespoň k orientačnímu zmapování problematiky vyrovnávání se u rodičů, kteří jsou již s transsexualitou potomka vyrovnáni. Zjištěná data se mohou stát alespoň základem pro další studie zaměřené na rodiče transsexuálních dcer či synů nebo i na další členy rodiny s transsexuálním jedincem.

Ve výzkumu, který by se věnoval rodičům transsexuálních potomků, by bylo vhodné pokusit se kontaktovat i ty rodiče, kteří s transsexualitou svého potomka vyrovnání nejsou (např. umístit dotazník na více místech na internetu nebo se pokusit spolupracovat s větším počtem psychologických pracovišť). Další výzkumy týkající se transsexuality by mohly být zaměřeny na ostatní členy rodiny s transsexuálním jedincem. Já bych ráda ve výzkumu transsexuality pokračovala a věnovala se potomkům transsexuálních rodičů, tedy potomkům, které rodiče měli ještě před odhalením své transsexuality.

14.2. Porovnávání výsledků s výzkumy z odborné literatury a interpretace výsledků

Existuje málo odborných studií, které se věnují rodičům transsexuálních potomků, resp. se tento nedostatek odborné literatury týká všech rodinných příslušníků. Důvodem může být to, že transsexuální lidé podstupují léčbu sami a jen málo rodičů se účastní terapeutického procesu. Dalším důvodem může být ale samozřejmě nedostatečně dobrý vztah mezi rodičem a jeho potomkem, nebo dokonce přerušení kontaktu, které je iniciováno spíše rodičem než transsexuální osobou.

V odborné literatuře jsem se setkala s výzkumy, které se zaměřovaly na současný výskyt transsexuality (nebo transvestitismu) u rodiče i u jeho potomka. Green (2000) ve svém výzkumu popisuje 10 případů současného výskytu poruchy pohlavní identity nebo poruchy pohlavní identity a transvestitismu u sourozenců nebo u rodičů a jejich potomků. Neuvádí ovšem, z jak velkého souboru těchto 10 případů pochází nebo kolik rodin bylo potřeba vyšetřit. I já jsem se zaměřila na to, zda by i rodiče mohli trpět poruchou pohlavní identity a zkoumala jsem, zda rodiče někdy přemýšleli o vlastní operativní přeměně pohlaví. Z celého souboru rodičů o operativní přeměně uvažovali dva rodiče, 14 rodičů o ní nikdy nepřemýšlelo. Nelze ovšem jednoznačně říci, že rodiče také trpí poruchou pohlavní identity, neboť u nich nebyla nikdy diagnostikována. A i to, že o ní přemýšleli, jednoznačně na jejich poruchu pohlavní identity neukazuje. Navíc o své operativní přeměně pohlaví mohli uvažovat až v souvislosti s transsexualitou svého potomka. Z tak malého vzorku a z nedostatečného množství výsledků k tomuto jevu nemohu pochopitelně usuzovat na genetický základ transsexuality, jak jej naznačuje Green. Ovšem je to výsledek, nad kterým se lze alespoň zamýšlet a který by bylo zajímavé podrobněji prozkoumat.

V dotazníku, který jsem předkládala rodičům, měli rodiče uvést, zda žijí s druhým rodičem potomka. Šest rodičů (38 %) uvedlo, že v současné době již s druhým rodičem potomka nežije. Zmíněná zjištění se shodují se studií, ve které Paulyová (1974a) popisuje vztah mezi rodiči (n = 49), kteří mají transsexuální dceru. Uvádí zde, že 37 % rodičů se rozvedlo nebo žilo v odloučení. Na webových stránkách českého statistického úřadu <http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/rozvodovost> lze zjistit, že rozvodovost v České republice překročila v posledních letech 40% hranici. To zhruba odpovídá výsledkům provedeného výzkumu, i když jsem se v dotazníku ptala pouze na odloučení od druhého

rodiče, nikoli na rozvod. Tato komparace je samozřejmě kvůli malé velikosti souboru pouze orientační. To, že se rodiče transsexuálních jedinců neliší od netranssexuální populace v počtu rozvodů, potvrzuje ovšem i Dixen et al. (1984).

Pokud se jedná o vztah mezi rodiči, ve čtvrtině případů se jejich vztah zlepšil poté, co se dozvěděli o transsexualitě potomka. Žádný z rodičů nezaznamenal zhoršení vztahu. Většina respondentů ovšem odpověděla, že se jejich vztah nezměnil. Nesmíme opomenout výše zmíněný fakt, že šest rodičů nežije v současnosti s druhým rodičem transsexuálního jedince, což mohlo mít vliv na to, že nezaznamenali ve svém vztahu změnu. Zlepšení vztahu, ke kterému v některých případech došlo, mohlo také souviset se zlepšením vztahu s transsexuální dcerou či s transsexuálním synem a k uvolnění napětí mezi nimi.

Dále porovnám výsledky výzkumu se zahraničními studii podle 4 oblastí, které byly rozděleny již v empirické části.

14.2.1. Pocity, které mohli rodiče v souvislosti s transsexualitou svého potomka zažívat

GIRES (The Gender Identity Research & Education Society) je britská organizace určená rodinám a blízkému okolí transsexuálního jedince. Na webových stránkách www.gires.org.uk jsou uvedeny pocity a reakce, které se mohou objevit u rodinných příslušníků, když se dozvědí o transsexualitě jednoho jejího člena. Jsou to šok, pocity viny, bolest a žal, pocit zrady, ztráta kontroly, vztek, rozpaky a stud, strach o sebe a milovanou bytost a starosti vycházející z náboženského přesvědčení. Z dotazníku, který jsem distribuovala rodičům, se potvrdil především šok. 12 rodičů (75 %) uvádí, že když se dozvěděli o transsexualitě potomka, byl to pro ně šok. Podobný výsledek uvádějí ve svém výzkumu Polat et al. (2005), když tvrdí, že pro 63,8 % rodinných příslušníků byla transsexualita jednoho člena rodiny šokujícím zážitkem.

Dále se potvrdilo i to, že rodiče pociťovali žal. Sedm rodičů bylo smutných, když jim jedinec oznámil, že se cítí být příslušníkem opačného pohlaví. U rodičů se také objevil strach o transsexuálního potomka a u jednoho rodiče se objevil vztek. V rozporu s uvedenými pocity, které členové organizace GIRES uvádějí, je zrada, která se neobjevila u žádného z rodičů.

14.2.2. Vztah mezi rodičem a transsexuálním potomkem

Výzkum ukázal, že většině rodičů bylo jedno, zda se jim narodí syn, nebo dcera. Tři rodiče si přáli dceru, stejný počet si přál syna. Sedmi ženám bylo jedno, zda se jim narodí syn či dcera. Tři ženy si přály chlapce, dvě ženy dívku. Třem mužům ze souboru bylo jedno, zda se jim narodí syn nebo dcera. Jeden muž si přál dceru. V odborné literatuře převládají výzkumy (Ball, 1967, Green, 1987, Roberts et al., 1987), jež ukazují na vyšší výskyt matek, které si přejí více dceru než syna. Jedná se ovšem o matky synů s poruchou pohlavní identity. Ve výzkumu 16 rodičů, který jsem provedla, převládali rodiče FtM jedinců. Zmíněná zjištění tedy nelze zcela srovnávat s uvedenými výzkumy. Ovšem protože v mém souboru tvořily převážnou část respondentů matky, vyplývá z toho, že tvrzení, která platí pro matky synů s poruchou pohlavní identity, neplatí pro matky FtM potomků. Těmto matkám bylo totiž dle mých zjištění ve většině případů jedno, zda se jim narodí syn, nebo dcera.

Hoenig et al. (1970) ve svém výzkumu 60 transsexuálních lidí ukázali, že 70 % z nich pocházelo ze stabilní rodiny s blízkými rodinnými vztahy. Ve výzkumu rodičů, který jsem uskutečnila, hodnotili rodiče aktuální vztah se svým transsexuálním potomkem. 14 rodičů (87 %) potvrdilo, že jejich vztah je dostatečně dobrý. Stabilitu rodiny takto posoudit nelze, ale z výsledků lze usuzovat na blízké rodinné vztahy, alespoň mezi rodičem a transsexuálním potomkem. Většina rodičů stejně jako většina transsexuálních lidí ve výzkumu Hoeniga et al. blízký vztah potvrzuje.

Verschoor a Poortinga (1988) zjistili, že FtM mají lepší vztahy s rodiči než MtF. To opět nemohu svým výzkumem vzhledem k malé velikosti a nereprezentativnosti souboru posoudit. Ovšem mohu potvrdit, že ve výzkumu, který jsem uskutečnila a kterého se účastnilo 14 rodičů transsexuálních dcer, měli rodiče se svými transsexuálními dcerami dobré vztahy.

Dále jsem zjistila, že v 11 případech (73 %) došlo ke zlepšení vztahu mezi rodičem a potomkem poté, co se rodič dozvěděl, že se dcera či syn cítí být příslušníkem opačného pohlaví. Zmíněné výsledky se neshodují se závěry studie, ve které Gagne et al. (1997) uvádějí, že 27 % transsexuálních jedinců potvrdilo odcizení své původní rodině. Výsledky by mohly být odlišné kvůli tomu, že v mém výzkumu hodnotí situaci rodiče, kdežto ve výše zmiňované studii jsou to samotní transsexuální jedinci. Ovšem i tak nepředpokládám, že by se většina rodičů domnívala, že se jejich vztah zlepšil, a transsexuální jedinci by

přítom pocítovali odcizení. Rozdíl by mohl být také v tom, že v mém výzkumu se jedná převážně o FtM jedince. Různá může být ve výzkumech i doba, po kterou rodiče o transsexualitě svého potomka vědí. Zlepšení vztahu, které se ukázalo v mém výzkumu, může podle mého názoru ukazovat na uvolnění napětí, jež mezi rodičem a transsexuální dcerou či transsexuálním synem přetrvávalo kvůli dosud tajené poruše pohlavní identity.

14.2.3. Sociální okolí a jeho postoj k transsexualitě

Výsledky výzkumu ukazují, že pět rodičů (oproti 10 rodičům) se raději o transsexualitě svého potomka před příbuznými a známými nezmiňuje. Toto zjištění neodpovídá výzkumu tureckých rodin Polata et al. (2005). Podle něj se většina rodin MtF potomků snažila transsexualitu potomka zatajit před blízkým okolím a jedna třetina to ani neoznámila nejbližším příbuzným. Nutno přihlídnout k tomu, že se jedná o výzkum MtF jedinců a výzkum tureckých rodin, v nichž je rodinná tradice (představovaná především syny) velmi důležitá. S podobnými výzkumy, které by se uskutečnily v Evropě a které by se týkaly FtM, jsem se nesetkala.

14.2.4. Vyrovnávání se rodičů s transsexualitou potomka

Do 18 let věku potomka si 10 rodičů všimlo, že se jejich transsexuální dcera či syn chová způsobem, který neodpovídá jejich biologickému pohlaví, a pouze tři rodiče si toho všimli, až když byl transsexuální jedinec starší 19 let. Průměrný věk transsexuála, kdy se rodič o jeho diagnóze dozvěděl, byl 24,4 roky. Zajímavé ovšem je, že pouze dva rodiče napadlo, že se jejich potomek cítí být příslušníkem opačného pohlaví ještě před tím, než jim to oznámil. 14 rodičů nic takového nenapadlo. Znamená to tedy, že i když většina rodičů pozorovala chování odlišné od potomkova biologického pohlaví, nenapadlo je, že by se mohl cítit příslušníkem opačného pohlaví. Může to např. souviset s tím, že rodiče nevěděli, co takové chování znamená. To potvrzují i následující zjištění. 11 rodičů ze zkoumaného souboru vědělo o transsexualitě jen velmi málo, než se dozvěděli, že je jejich dcera či syn transsexuální.

Výsledky dále ukázaly, že statisticky významně více matek mělo tendenci svého potomka chránit, když se dozvěděli o jeho transsexualitě. Oproti otcům si také mnohem více matek dělalo starosti, jaké to bude mít jejich transsexuální dcera či transsexuální syn

v práci. Je možné, že tato zjištění představují větší starostlivost ženy o svého potomka obecně a nemusejí souviset s transsexualitou.

Z výzkumu vyplývá, že matky káraly v dětství své potomky statisticky více než otcové za projevy, které neodpovídaly jejich biologickému pohlaví. Je možné, že muži jsou obecně tolerantnější k chování svých dcer a synů nebo méně vnímaví. Nutné je ovšem také přihlídnout k faktu, že všechny potomky otců v souboru tvořily FtM. Otázkou tedy je, jak by se výsledky změnilly, pokud by se jednalo o MtF.

Ukázalo se také, že statisticky významně více rodičů mladších 50 let káralo v dětství své potomky za projevy neodpovídající jejich biologickému pohlaví. Rodičům mladších 50 let vadilo, že se jejich potomek v dětství choval, jako by byl příslušník opačného pohlaví a stejně tak statisticky více rodičů mladších 50 let cítilo zklamání, když se jejich potomek takto choval a za jeho chování se stydělo. Všechna tato zjištění jsou velmi podobná a mohou ukazovat na větší nároky mladší skupiny rodičů. Důvodem může být podle mého názoru i vývoj ve společnosti obecně. Domnívám se, že v dnešní době nekonečného množství možností toho musí mladý jedinec ovládat více, než tomu bylo dříve (práce na počítači či ovládání několika jazyků je již samozřejmostí). Jedinci tak může zkomplikovat situaci či uškodit již jen to, že se chová způsobem, který neodpovídá jeho biologickému pohlaví, a toho se dnes rodiče mohou obávat.

U rodičů mladších 50 let se dále ukázalo, že statisticky významně více z nich přimělo transsexuálního jedince k ověření jeho diagnózy ještě na dalším odborném pracovišti. Tento výsledek může souviset s tím, že starší rodiče mají větší důvěru v lékaře či jiného odborníka, neboť dříve nebylo tak obvyklé např. vybírat si svého lékaře či klást požadavky v oblasti zdravotní péče, což je dnes zcela běžné.

Pokud se týká psychoterapie rodičů, z výzkumu vyplynulo, že na individuální či skupinovou psychoterapii docházeli pouze čtyři rodiče (25 %), většina rodičů transsexuálních potomků nikam nedocházela. To se neslučuje s výsledky studie Rekerse et al. (1983), podle které vysoké procento rodičů žádalo odbornou pomoc v oblasti duševního zdraví (80 % matek, 45 % otců). Nutné je opět přihlídnout k faktu, že ve výzkumu Rekerse et al. se jednalo o rodiče synů s poruchou pohlavní identity, kdežto v mé studii se jedná převážně o rodiče transsexuálních dcer. To by mohlo opět ukazovat na rozdíl mezi rodiči dcer a synů s poruchou pohlavní identity. Výzkumu, který jsem provedla, se navíc zúčastnili převážně rodiče, kteří byli s transsexualitou svého potomka již vyrovnání, což není známo u zmiňované studie.

Na individuální či skupinovou psychoterapii docházelo signifikantně více rodičů mladších 50 let oproti skupině rodičů starších 50 let, ve které žádný rodič na psychoterapii nedocházel. Domnívám se, že tento výsledek je způsoben tím, že mladší lidé jsou více otevření návštěvě psychologa a psychoterapii a oproti starší populaci to méně považují za sociální stigma.

Výsledky výzkumu dále ukázaly, že otcové mnohem dříve začali se svým potomkem hovořit v opačném gramatickém rodě, než je jeho biologické pohlaví, a oslovovat ho mnohem dříve jménem opačného pohlaví, než tomu bylo u matek. Zjištění ukazuje na to, že otcům činilo menší potíže přizpůsobit se tomuto požadavku. Ovšem je nutné přihlídnout k malému výskytu otců v souboru a považovat toto zjištění pouze za orientační.

Podle Stuarda se někteří rodiče obviňují za to, že měli něco udělat jinak při výchově svého dítěte (Stuart, 1991 In Lesser, 1999). Podle Polata et al. (2005) se třetina rodičů cítila zodpovědná za transsexualitu svého potomka. To se v mém výzkumu nepotvrdilo, neboť pouze jeden rodič si myslí, že kdyby se ke svému potomkovi v dětství choval jinak, nebyl by transsexuální. Také jen tři rodiče se domnívají, že jsou vinni za transsexualitu svého potomka.

14.3. Shrnutí zjištěných údajů

Diplomová práce se věnovala zmapování vyrovnávání se rodičů s transsexualitou potomka. Data se podařilo získat dotazníkem, který vyplnilo 16 rodičů transsexuálních potomků. U rodičů transsexuálních dcer a transsexuálních synů jsem zjistila následující údaje, které jsou zařazeny do 4 oblastí tak, jak již byly rozděleny v empirické části diplomové práce.

14.3.1. Pocity, které mohli rodiče v souvislosti s transsexualitou svého potomka zažívat

Pro většinu rodičů byl šok, když se dozvěděli o transsexualitě potomka. Velká část rodičů tomu nechtěla uvěřit. Poté, co se rodiče dozvěděli, že se jejich dcera či syn cítí být příslušníkem opačného pohlaví, se u velké části z nich objevila lítost. Většina negativních pocitů, které rodiče zažívali, když se o transsexualitě svého potomka dozvěděli, se již u rodičů neobjevila, když transsexuální dcera či syn podstupoval/a hormonální léčbu.

14.3.2. Vztah mezi rodičem a transsexuálním potomkem

Pokud se týká vztahu mezi rodičem a transsexuální dcerou či transsexuálním synem, měl transsexuální potomek do 6 let věku s oběma rodiči stejný vztah. Od 6 let věku jsem zaznamenala mírné zvýšení počtu potomků, kteří mají lepší vztah s matkou, poměr transsexuálních jedinců, kteří mají lepší vztah s otcem, však byl téměř totožný. V současnosti má více transsexuálních osob lepší vztah s matkou.

Aktuální vztah s transsexuální dcerou či transsexuálním synem hodnotí rodiče jako dostatečně dobrý. U většiny rodičů se vztah s potomkem zlepšil poté, když transsexuální jedinec oznámil, že se cítí být příslušníkem opačného pohlaví. Vztah mezi matkou a otcem se však nezměnil.

14.3.3. Sociální okolí a jeho postoj k transsexualitě

Podle většiny rodičů neměli sourozenci ani prarodiče problémy přijmout transsexualitu jedince. Ovšem asi polovina rodičů se domnívá, že tyto problémy s přijetím transsexuality měla širší rodina.

14.3.4. Vyrovnávání se rodičů s transsexualitou potomka

Průměrný věk potomka, kdy si rodiče poprvé všimli, že se chová jako by byl příslušník opačného pohlaví, byl 12,5 let. Téměř žádného z rodičů nenapadlo, že se jejich dcera či syn cítí být příslušníkem opačného pohlaví dříve, než jim to oznámil. Kromě dvou rodičů nepomýšlel žádný z nich na operativní přeměnu pohlaví.

Poté, co se rodiče dozvěděli o transsexualitě potomka, se u rodičů (především u matek) objevily ochranné tendence.

Nejtěžší v souvislosti s transsexualitou jedince byla pro většinu rodičů situace, když jim potomek oznámil, že se cítí být příslušníkem opačného pohlaví.

Osobou, která pomáhala rodiči nejvíce vyrovnat se s transsexualitou jedince byl/a manžel/ka, nejčastěji však rodiči nepomáhal ve vyrovnávání nikdo. Kromě čtyř rodičů se žádný z nich neúčastnil ani individuální ani skupinové psychoterapie.

Pouze tři rodiče se domnívají, že jsou vinni za transsexualitu svého potomka. Jeden rodič se domnívá, že kdyby se ke svému potomkovi v dětství choval jinak, nebyl by transsexuální.

Většina respondentů začala se svou transsexuální dcerou či transsexuálním synem mluvit v opačném gramatickém rodě, než je jejich biologické pohlaví, do půl roku. Totožná byla i doba, po které ji či ho rodič začal oslovovat jménem opačného pohlaví. Většina rodičů uvedla, že se s transsexualitou vyrovnala do měsíce.

Téměř všichni rodiče, kteří tvořili výzkumnou skupinu, byli již s transsexualitou svého potomka vyrovnání, což se ukázalo i na výsledném Skóru vyrovnání se. Ani jeden rodič svého potomka kvůli jeho transsexualitě neodmítl. Tři rodiče se nacházeli na pomezí mezi odmítnutím a vyrovnáním se. Převažují ovšem rodiče, kteří jsou s transsexualitou svého potomka vyrovnání.

15. ZÁVĚR

Nejdůležitější výsledky výzkumu shrnuji v této závěrečné části do několika základních bodů.

- Když se rodiče dozvěděli o transsexualitě svého potomka, pro většinu rodičů to byl šok.
- Přes polovinu rodičů nechtělo uvěřit, že je jejich potomek transsexuální, a většina rodičů také pociťovala lítost.
- Když potomek podstoupil hormonální léčbu, rodiče mnohem méně pociťovali lítost, smutek, vztek a pociťovali mnohem více úlevu, než když se o transsexualitě svého potomka dozvěděli.
- Aktuální vztah s transsexuálním potomkem hodnotí rodiče jako dostatečně dobrý.
- U většiny rodičů se vztah s potomkem zlepšil poté, když potomek oznámil, že se cítí být příslušníkem opačného pohlaví. Vztah mezi matkou a otcem se však nezměnil.
- Podle většiny rodičů neměli sourozenci ani prarodiče problémy přijmout transsexualitu jedince.
- Téměř žádného z rodičů nenapadlo, že se jejich potomek cítí být příslušníkem opačného pohlaví dříve, než jim to oznámil.
- Nejtěžší v souvislosti s transsexualitou potomka byla pro většinu rodičů situace, když jim potomek oznámil, že se cítí být příslušníkem opačného pohlaví.
- Osobou, která pomohla rodiči nejvíce vyrovnat se s transsexualitou potomka, byl/a manžel/ka, nejčastěji však rodiči nepomáhal ve vyrovnávání nikdo.
- Většina respondentů začala se svým potomkem mluvit v opačném gramatickém rodě a oslovovat ho jménem opačného pohlaví, než je jeho biologické pohlaví, do půl roku.
- Většina rodičů se s transsexualitou potomka vyrovnala do 1 měsíce.
- Téměř všichni rodiče účastníci se výzkumu byli již s transsexualitou svého potomka vyrovnání.

16. SEZNAM POUŽITÉ LITERATURY

1. American Psychiatric Association (2000): Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th edition, text revision. APA, Washington, DC.
2. Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. revize. Duševní poruchy a poruchy chování. Popisy klinických příznaků a diagnostická vodítka (2006). Psychiatrické centrum Praha.
3. Ball, J. R. B. (1967): Transsexualism and transvestitism. [Electronic version]. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 1, 188-195.
4. Bloch S., Browning S., McGrath G. (1983): Humour in group psychotherapy. [Electronic version]. British Journal of Medical Psychology, 56, 1580-97.
5. Bodlund, O., Kullgren, G., Sundblom, E. (1993): Personality traits and disorders among transsexuals. Acta Psychiatrica Scandinavica, 88, 322-327.
6. Buhrich, N., McConaghy, N. (1978): Parental relationships during childhood in homosexuality, transvestism, and transsexualism. [Electronic version]. Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 12, 103-108.
7. Bullough, V. L. (1987): A nineteenth-century transsexual. Archives of Sexual Behavior, 16, 81-84.
8. Calanca, A. (1991): Le transsexuel après le changement. Évolution et pronostic. [Electronic version]. Helvetica Chirurgica Acta, 58, 257-260.
9. Cauldwell, D. O. (1949): Psychopathia transsexualis. [Electronic version]. Sexology, 16, 274-280.
10. Coates, S. (1990): Ontogenesis of boyhood gender identity disorder. [Electronic version]. Journal of the American Academy of Psychoanalysis, 18, 414-438.
11. Coates, S., Friedman, R., Wolfe, S. (1991): The etiology of boyhood gender identity disorder: A model for intergration temperament, development and psychodynamics. [Electronic version]. Psychoanalytic Dialogues, 1, 481-523.
12. Cohen-Kettenis, P.T., Gooren, L.J.G. (1999): A review of etiology, diagnosis and treatment. [Electronic version]. Journal of Psychosomatic Research, 46, 315-333.
13. Cohen-Kettenis, P., van Goozen, S. (1997): Sex reassignment of adolescent transsexuals: A follow-up study. [Electronic version]. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 36, 263-271.

14. Cohen-Kettenis, P. T., Pfäfflin, F. (2003): Transgenderism and intersexuality in childhood and adolescence. Sage, London.
15. Coleman, E., Walter, O. B., Gooren, L. (1993): Homosexual and bisexual identity in sex-reassigned female-to-male transsexuals. *Archives of Sexual Behavior*, 22, 37-50.
16. Coolidge, F. L., Thede, L. L., Young, S. E. (2002): The heritability of gender identity disorder in a child and adolescent twin sample. *Behavior Genetics* 32, 251-257.
17. Di Ceglie, D., Freedman, D., McPherson, S., Richardson, P. (2002): Children and adolescents referred to a specialist gender identity development service: Clinical features and demographic characteristics. [Electronic version]. *Sexology*, 16, 274-280.
18. Dixen, J. M., Maddever, H., Van Maasdam, J., Edwards, P. W. (1984): Psychosocial characteristics of applicants. *Archives of Sexual Behavior*, 13, 269-276.
19. Dörner, G., Poppe, I., Stahl, F., Kolzsch, J., Uebelhack, R. (1991): Gene- and environment- dependent neuroendocrine etiogenesis of homosexuality and transsexualism. *Experimental and clinical endocrinology*, 98, 141-150.
20. Emerson, S., Rosenfeld, C. (1996): Stages of adjustment in family members of transgender individuals. [Electronic version]. *Journal of Family Psychotherapy*, 7, 1-12.
21. Fifková, H., Weiss, P., Procházka, I., Jarolím, L., Veselý, J., Weiss, V. (2002): Transsexualita. Diagnostika a léčba. Grada Publishing, Praha.
22. Fifková, H., Weiss, P., Procházka, I., Jarolím, L., Veselý, J., Weiss, V. et al. (v tisku): Transsexualita. Diagnostika a léčba. 2. vydání. Grada Publishing, Praha.
23. Fleming, M., MacGowan, B., Costos, D. (1985): The dyadic adjustment of female-to-male transsexuals. *Archives of Sexual Behavior*, 14, 47-55.
24. Freund, K., Langevin, R., Zajac, Y., Steiner, B., Zajac, A. (1974): Parent-child relations in transsexual and non-transsexual homosexual males. *British Journal of Psychiatry*, 124, 22-23.
25. Gagne, P., Tewksbury, R., McGaughey, D. (1997): Coming out and crossing over: Identity formation and proclamation in a transgender community. *Gender and Society*, 11, 478-508.

26. Gooren, L. J. G. (1984): Sexual dimorphism and transsexuality: Clinical observations. *Progress in Brain Research*, 61, 399-406.
27. Green, R. (1974): *Sexual identity conflict in children and adults*. Basic Books, New York.
28. Green, R. (1987): *The "sissy boy syndrome" and the development of homosexuality*. Yale University Press, New Haven.
29. Green, R. (2000): Family cooccurrence of "gender dysphoria": Ten sibling or parent-child pairs. [Electronic version]. *Archives of Sexual Behavior* 29, 499-507.
30. Green, R., Fuller., M. (1973): Group therapy with feminine boys and their parents. *International Journal of Group Psychotherapy*, 23, 54-88.
31. Gurwich, S. E. (1992): *The transsexual husband: the wife's experience*. Texas Woman's University. Dissertation abstracts international, 52(8-A), 3089. Retrieved June 2, 2007, from:
<http://fsw.ucalgary.ca/ramsay/gay-lesbian-bisexual/3e-transgender-study.htm#18>
32. Hartl, P., Hartlová, H. (2000): *Psychologický slovník*. Portál, Praha.
33. Hoenig, J., Kenna, J., Youd, A. (1970): Social and economic aspects of transsexualism. *British Journal of Psychiatry*, 117, 163-172.
34. Huxley, P. J., Kenna, J. C., Brandon, S. (1981): Partnership in transsexualism. Part I. Paired and nonpaired groups. *Archives of Sexual Behavior*, 10, 133-141.
35. Kockott, G., Fahrner, E. M. (1987): Transsexuals who have not undergone surgery: a follow-up study. *Archives of Sexual Behavior*, 16, 511-522.
36. Kockott, G., Fahrner, E. M. (1988): Male-to-female and female-to-male transsexuals: A comparison. *Archives of Sexual Behavior* 17, 539-546.
37. Kočová, D. (2005): *Sledování změn během terapie transsexualismu*. Diplomová práce, Filozofická fakulta, Univerzita Karlova, Praha.
38. Kuiper, B., Cohen-Kettenis, P. (1988): Sex reassignment surgery: A study of 141 Dutch transsexuals. *Archives of Sexual Behavior*, 17, 439-457.
39. Landèn, M., Walinder, J., Hambert, G., Lundström, B. (1998): Factors predictive of regret in sex reassignment. [Electronic version]. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 97, 284-289.
40. Lertora V., Beglia, G., Arcostanzo, G., Zecca, G. (1986). Études des troubles de l'identité sexuelle chez l'enfant et chez l'adolescent dans le test de Rorschach. *La Société du Rorschach et des Méthodes Projectives de Langue Française*, 35, 37-43.

41. Lesser, J.G. (1999): When your son becomes your daughter: A mother's adjustment to a transgender child. [Electronic version]. *Families in Society*, 80, 182-189.
42. Levine, S. B., Lothstein, L. M. (1981): Transsexualism of the gender dysphoric syndrome. [Electronic version]. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 7, 85-113.
43. Lindemalm, G., Körlin, D., Uddenberg, N. (1986): Long-term follow-up of "sex change" in 13 male-to-female transsexuals. *Archives of Sexual Behavior*, 15, 187-211.
44. Lobato, M. I. I., Koff, W. J., Manenti, C., da Fonseca Seger, D., Salvador, J., da Graça, M. et al. (2006): Follow-up of reassignment surgery in transsexuals: A Brazilian cohort. [Electronic version]. *Archives of Sexual Behavior*, 35, 711-715.
45. Lothstein, L. M. (1987): The adolescent gender dysphoria patient: an approach to treatment and management. *Journal of Pediatric Psychology*, 5, 93-109.
46. Malá, E., Kocourková, J. (2003): Poruchy pohlavní identity v dětství. *Československá psychologie*, 47, 356-562.
47. Marantz, S., Coates, S. (1991): Mothers of boys with gender identity disorder. A comparison of matched controls. [Electronic version]. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 30, 310-315.
48. Mayer, C., Kapfhammer, H. F. (1995): Koinzidenz von transsexualität und psychose. *Nervenarzt*, 66, 225-230.
49. Menvielle, E., Tuerk, C. (2002): A support group for parents of gender-nonconforming boys. [Electronic version]. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 1010-1013.
50. Meyer, J. K. (1982): The theory of gender identity disorders. [Electronic version]. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 30, 381-418.
51. Meyer-Bahlburg, H. F.L. (2002): Gender identity disorder in young boys: A parent-and peer based treatment protocol. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 7, 360-376.
52. Parker, G. (1979): Parental characteristics in relation to depressive disorders. *British Journal of Psychiatry*, 134, 138-147.
53. Parker, G., Barr, R. (1982): Parental representations of transsexuals. *Archives of Sexual Behavior*, 11, 221-230.
54. Pauly, I. B. (1968): The current status of the change of sex operation. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 147, 460-471.

55. Pauly, I. B. (1974a): Female transsexualism: Part I. *Archives of Sexual Behavior*, 3, 487-508.
56. Pauly, I. B. (1974b): Female transsexualism: Part II. *Archives of Sexual Behavior*, 3, 509-526.
57. Person, E., Ovesey, L. (1974): The transsexual syndrome in males I: Primary transsexualism. *American Journal of Psychotherapy*, 28, 4-20.
58. Pfäfflin, F. (1997): Sex reassignment, Harry Benjamin, and some european roots. *International Journal of Transgenderism*, 1. Retrieved December 16, 2006, from: <http://www.symposium.com/ijt/ijtc0202.htm>
59. Polat, A., Yuksel, S., Discigil, A. G, Meteris, H. (2005): Family attitudes toward transgendered people in Turkey: Experience form a secular islamic country. [Electronic version]. *International Journal of Psychiatry in Medecine*, 35, 383-393.
60. Rekers, G. A., Mead, S. L., Rosen, S. C., Brigham, S. L. (1983): Family correlates of male childhood gender disturbance. [Electronic version]. *Journal of Genetic Psychology*, 142, 31-42.
61. Roberto, L. G. (1983): Issues in diagnosis and treatment of transsexualism. *Archives of Sexual Behavior*, 12, 445-473.
62. Roberts, C. W., Green, R., Williams, K., Goodman, M. (1987): Boyhood gender identity development: A statistical contrast between two family groups. *Developmental Psychology*, 23, 544-557.
63. Ross, M., Need, J. A. (1989): Effects of adequacy of gender reassignment surgery on psychological adjustment. A follow-up of fourteen male-to-female patients. *Archives of Sexual Behavior*, 18, 145-153.
64. Schaefer, L.C., Wheeler, C.C. (1995): Harry Benjamin's first ten cases (1938-1953): A clinical historical note. *Archives of Sexual Behavior*, 24, 73-93
65. Smith, B. (2007): *The psychology of sex and gender*. Pearson Education, Boston.
66. Smith, Y. L. S., van Goozen, S. H. M., Kuiper, A. J., Cohen-Kettenis, P. (2005): Transsexual subtypes: Clinical and theoretical significance. [Electronic version]. *Psychiatry Research*, 137, 151-160.
67. Smolík, P. (2002): *Duševní a behaviorální poruchy*. Maxdorf, Praha.
68. Spencerová, T. (2003): *Jsem Transdžák*. G + G, Praha.
69. Stein, M. (2001): Sammy: Gender identity concerns in a 6-year-old boy. [Electronic version]. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 22, Suppl. 43-47.

70. Stoller, R. J. (1968): Sex and gender: On the development of masculinity and femininity. Hogarth, London.
71. Sugar, M. (1995): A clinical approach to childhood gender identity disorder. *American Journal of Psychotherapy*, 49, 260-281.
72. Uddenberg, N., Walinder, J., Höjerback, T. (1979): Parental contact in male and female transsexuals. [Electronic version]. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 60, 113-120.
73. Vágnerová, M. (1999): *Vývojová psychologie*. Karolinum, Praha.
74. Verschoor, A. M., Poortinga, J. (1988): Psychosocial differences between Dutch male and female transsexuals. *Archives of Sexual Behavior*, 17, 173-178.
75. Walinder, J. (1968): Transsexualism: Definition, prevalence and sex distribution. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 203, Suppl. 255-258.
76. Wise, T. N., Meyer, J. K. (1980): The border area between transvestism and gender dysphoria: Transvestitic applicants for sex reassignment. *Archives of Sexual Behavior*, 9, 327-342.
77. Zucker, K. J., Bradley, S. J. (1995): *Gender identity disorder and psychosexual problems in children and adolescents*. Guilford Press, London.
78. Zucker, K. J., Finegan, J.-A. K., Doering, R. W., Bradley, S. J. (1984): Two subgroups of gender-problem children. *Archives of Sexual Behavior*, 13, 27-40.
79. Zucker, K. J., Green, R., Garofano, C., Bradley, S. J., Williams, K., Rebach, H. M., Lowry Sullivan, C. B. (1994): Prenatal gender preference of mothers of feminine and masculine boys: Relation to sibling sex composition and birth order. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 22, 1-13.
80. Zvěřina, J. (1992): *Lékařská sexuologie*. H&H, Praha.

Internetové zdroje:

<http://www.gires.org.uk>. Gender Identity Research and Education (GIRE). Retrieved April 10, 2007.

<http://www.czso.cz/csu/redakce.nsf/i/rozvodovost>

17. PŘÍLOHY

Dotazník empirické části diplomové práce katedry psychologie

Dobrý den,

dovolu mi předložit vám dotazník, který se týká vztahu s vaším potomkem a pocitů, které jste mohli mít v souvislosti s jeho transsexualitou.

Ráda bych upozornila na to, že vyplňování dotazníku je anonymní. Výsledky budou použity ke zpracování diplomové práce na katedře psychologie Filozofické fakulty Univerzity Karlovy.

Prosím laskavě o jeho vyplnění. Zaškrtněte variantu, která pro Vás platí.

Vaše pohlaví:	žena	muž		
Věk:				
Dosažené vzdělání:	ZŠ	Vyučen v oboru	SŠ	VŠ
Velikost místa bydliště:	vesnice (do 5 000 obyvatel)	malé město (5 000 – 100 000 obyvatel)	velké město (100 000 a více obyvatel)	Praha
Žijete v současnosti s druhým rodičem potomka?	ano	ne		
Jste věřící?	ano	ne		
Před jakou dobou jste se dozvěděl, že se Váš potomek cítí být příslušníkem opačného pohlaví?				
Biologické pohlaví potomka:	žena	muž		
Věk potomka:				
Operativní změna pohlaví potomka:	ano	ne		
Pokud ano, kolik mu bylo let:				

Pokud se Vás některé otázky netýkají (např. otázky ohledně operace potomka a Váš potomek operaci nepodstoupil), nechte řádek prázdný a pokračujte dále.

Ke každému výroku zaškrtněte v příslušném okénku jednu z variant (1 - 6) podle toho, jak Vás vystihuje: (od „1 určitě souhlasím“ po „6 určitě nesouhlasím“):

Příklad:	1 určitě souhlasím	2 souhlasím	3 spíše souhlasím	4 spíše nesouhlasím	5 nesouhlasím	6 určitě nesouhlasím
Dnes mám dobrou náladu			X			

	1 určitě souhla- sím	2 souhla- sím	3 spíše souhla- sím	4 spíše nesou- hlasím	5 nesou- hlasím	6 určitě nesou- hlasím
1. Podporoval/a jsem u našeho potomka chování, které odpovídá jeho biologickému pohlaví.						
2. V dětství jsem někdy káral/a našeho potomka za projevy, které neodpovídaly jeho biologickému pohlaví.						
3. Když se náš potomek v dětství choval, jako by byl příslušník opačného pohlaví, nevadilo mi to.						
4. Když se náš potomek v dětství choval, jako by byl příslušník opačného pohlaví, cítil/a jsem zklamání.						
5. Když se náš potomek v dětství choval, jako by byl příslušník opačného pohlaví, styděl/a jsem se.						
6. V dětství či dospívání jsem se snažil/a přimět našeho potomka, aby si našel kamarády stejného biologického pohlaví, jako byl on sám.						
7. Kdybych se ke svému dítěti v dětství choval/a jinak, nebylo by transsexuální.						
8. Když jsem se dozvěděl/a, že se náš potomek cítí být příslušníkem opačného pohlaví (odpovězte na všechny položky):						
8.1. byl to pro mne šok						
8.2. měl/a jsem vztek						
8.3. nechtěl/a jsem tomu uvěřit						
8.4. byl/a jsem zklamaný/á						
8.5. byl/a jsem z toho smutný/á						
8.6. byl/a jsem nešťastný/á						
8.7. cítil/a jsem lítost						
8.8. cítil/a jsem úlevu						
8.9. nezachoval/a jsem se k němu vstřícně						
8.10 přerušil/a jsem s ním kvůli tomu kontakt						

	1 určitě souhla- sím	2 souhla- sím	3 spíše souhla- sím	4 spíše nesou- hlasím	5 nesou- hlasím	6 určitě nesou- hlasím
9. Podporoval/a jsem vždy rozhodnutí svého potomka, jež se týkalo přeměny pohlaví.						
10. Poté, co jsem se dozvěděl/a, že se náš potomek cítí být příslušníkem opačného pohlaví, jsem jeho rozhodnutí týkající se přeměny pohlaví respektoval/a.						
11. Myslím si, že se mi náš potomek nebál svěřit se svou transsexualitou						
12. Poté co, jsem se dozvěděl/a, že se náš potomek cítí být příslušníkem opačného pohlaví, nepodporoval/a jsem ho ve změnách týkajících se přeměny jeho pohlaví.						
13. Cítil/a jsem tlak potomka, abych jeho transsexualitu přijal/a okamžitě.						
14. Nenapadlo mě, že se náš potomek cítí být příslušníkem opačného pohlaví, ještě než mi to oznámil.						
15. Když jsem se dozvěděl/a o transsexualitě našeho potomka, měl/a jsem tendenci chránit ho před ostatními více než dříve.						
16. Přiměl/a jsem našeho potomka k ověření jeho diagnózy transsexuality ještě na dalším odborném pracovišti.						
17. Než jsem se dozvěděl/a, že se náš potomek cítí být příslušníkem opačného pohlaví, o transsexualitě jsem věděl/a jen velmi málo.						
18. Považoval/a jsem chování našeho potomka v souvislosti s jeho transsexualitou za zradu.						
19. Když náš potomek podstoupil hormonální léčbu (odpovězte na všechny položky):						
19.1. cítil/a jsem smutek						
19.2. byl/a jsem nešťastný/á						
19.3. měl/a jsem vztek						
19.4. byl/a jsem zklamaný/á						
19.5. cítil/a jsem lítost						
19.6. cítil/a jsem úlevu						
20. Přesvědčoval/a jsem našeho potomka, aby hormonální léčbu nepodstupoval.						

	1 určitě souhla- sím	2 souhla- sím	3 spíše souhla- sím	4 spíše nesou- hlasím	5 nesou- hlasím	6 určitě nesou- hlasím
21. Když náš potomek podstoupil operativní přeměnu pohlaví (odpovězte na všechny položky):						
21.1. <i>cítil/a jsem smutek</i>						
21.2. <i>byl/a jsem nešťastný/á</i>						
21.3. <i>měl/a jsem vztek</i>						
21.4. <i>byl/a jsem zklamaný/á</i>						
21.5. <i>cítil/a jsem lítost</i>						
21.6. <i>cítil/a jsem úlevu</i>						
22. Přesvědčoval/a jsem našeho potomka, aby operativní přeměnu pohlaví nepodstupoval.						
23. Nepodporoval/a jsem našeho potomka, když podstupoval operativní přeměnu pohlaví.						
24. Přál/a bych si, aby náš potomek operaci nikdy nepodstoupil.						
25. Poté, co náš potomek podstoupil operativní přeměnu pohlaví, nechtěl/a jsem ho vidět.						
26. Doufal/a jsem, že si to náš potomek s operací rozmyslí.						
27. Nepodporoval/a jsem léčbu z náboženských důvodů.						
28. Doufal/a jsem, že náš potomek nakonec prohlásí, že se cítí být příslušníkem svého biologického pohlaví.						
29. Necítím vinu za to, že se náš potomek cítí být příslušníkem opačného pohlaví.						
30. Nikdy jsem u sebe nepomýšlel/a na vlastní operativní změnu pohlaví.						
31. Transsexualitu svého potomka jsem přijal/a, protože ji přijal/a můj manžel/moje manželka.						
32. Dělal/a jsem si starosti, jaké to bude mít náš potomek v práci.						
33. Nikdy jsem se za transsexualitu svého potomka nestyděl/a.						
34. Raději se o transsexualitě svého potomka před příbuznými a známými nezmiňuji.						
35. Bratr či sestra potomka měli problémy sourozencovu transsexualitu přijmout.						
36. Prarodiče měli problémy přijmout transsexualitu našeho potomka.						
37. Širší rodina měla problémy transsexualitu našeho potomka přijmout.						

	1 určitě souhla- sím	2 souhla- sím	3 spíše souhla- sím	4 spíše nesou- hlasím	5 nesou- hlasím	6 určitě nesou- hlasím
38. Nebál/a jsem se, zda transsexualitu přijme naše okolí.						
39. Bylo mi jedno, jak se na nás budou dívat příbuzní v souvislosti s transsexualitou našeho potomka.						
40. Podporoval/a bych našeho potomka, i kdyby jeho transsexualitu odmítli všichni příbuzní a známí.						
41. Poté, co jsem se dozvěděl/a, že se náš potomek cítí být příslušníkem opačného pohlaví, došlo ke zlepšení našeho vztahu.						
42. Po operativní změně pohlaví potomka došlo ke zlepšení našeho vztahu.						
43. Vztah mezi mnou a mým potomkem není dostatečně dobrý.						
44. Stále svého potomka považuji za příslušníka původního biologického pohlaví.						
45. Bývám smutný/á kvůli tomu, že se náš potomek cítí být příslušníkem opačného pohlaví.						
46. Mívám vztek kvůli tomu, že se náš potomek, cítí být příslušníkem opačného pohlaví.						
47. Jsem zklamaný/á kvůli tomu, že se náš potomek cítí být příslušníkem opačného pohlaví.						
48. Pociťuji lítost, protože se náš potomek cítí být příslušníkem opačného pohlaví.						
49. I nyní je pro mne obtížné přijmout to, že se náš potomek považuje za příslušníka opačného pohlaví.						
50. Jsem nešťastný/á, že se náš potomek cítí být příslušníkem opačného pohlaví.						

V příslušném okénku zaškrtněte jednu z variant, která vás nejvíce vystihuje:

51. Do 6 let věku měl náš potomek lepší vztah:	S matkou	S otcem	S oběma měl stejný vztah
52. Od 7 do 12 let věku měl náš potomek lepší vztah:	S matkou	S otcem	S oběma měl stejný vztah
53. Od 13 do 18 let věku měl náš potomek lepší vztah:	S matkou	S otcem	S oběma měl stejný vztah
54. Od 19 let věku měl náš potomek lepší vztah:	S matkou	S otcem	S oběma měl stejný vztah
55. Nyní má náš potomek lepší vztah:	S matkou	S otcem	S oběma má stejný vztah

56. Poprvé jsem si všiml/a, že se náš potomek chová způsobem, který neodpovídal jeho biologickému pohlaví, když mu bylo.....let.	
57. Se svým potomkem jsem začal/a mluvit v opačném rodě (od chvíle, kdy jsem se dozvěděl/a, že se cítí být příslušníkem opačného pohlaví). Např. pro biologického chlapce „Byla jsi ve škole?“ místo „Byl jsi ve škole?“ a naopak. Vyberte jednu z variant nebo doplňte číslo do jednoho z řádků.	<ul style="list-style-type: none"> • Okamžitě • Po.....dnech • Po.....týdnech • Po.....měsících • Po.....letech • Stále používám rod, který odpovídá jeho biologickému pohlaví
58. Našeho potomka jsem začal/a oslovovat jménem opačného pohlaví (od doby, kdy jsem se dozvěděl/a, že se cítí být příslušníkem opačného pohlaví). Vyberte jednu z variant nebo doplňte číslo do jednoho z řádků.	<ul style="list-style-type: none"> • Okamžitě • Po.....dnech • Po.....týdnech • Po.....měsících • Po.....letech • Stále ho oslovuji původním jménem • Oslovuji ho neutrálním jménem
59. Po jak dlouhé době jsem se vyrovnal/a s transsexualitou našeho potomka (od doby, kdy jsem se dozvěděl/a, že se náš potomek cítí být příslušníkem opačného pohlaví). Vyberte jednu z variant nebo doplňte číslo do jednoho z řádků.	<ul style="list-style-type: none"> • Po několika dnech • Po.....týdnech • Po.....měsících • Po.....letech • Ještě jsem se s transsexualitou svého potomka nevyrovnal/a
60. S transsexualitou našeho potomka mi pomáhal/a vyrovnat se (zaškrtněte jednu variantu, či více variant):	<ul style="list-style-type: none"> • Manžel/ka • Rodiče • Příbuzní • Přátelé/známí • Psycholog/Lékař • Někdo jiný • Nikdo

61. Nejvíce mi s transsexualitou našeho potomka pomáhal/a vyrovnat se (prosím napište jednu osobu):
62. Docházel/a jsem na:	<ul style="list-style-type: none"> • Individuální psychoterapii • Psychoterapeutické skupiny • Nikam
63. Poté, co jsem se dozvěděl/a, že se náš potomek cítí být příslušníkem opačného pohlaví, se vztah mezi mnou a mým manželem/mojí manželkou:	<ul style="list-style-type: none"> • Zlepšil • Zhoršil • Nijak se nezměnil
64. Než se potomek narodil, přál/a jsem si více:	<ul style="list-style-type: none"> • Chlapce • Děvče • Bylo mi to jedno
65. Nejtěžší v souvislosti s transsexualitou našeho potomka bylo (napište k výrokům vpravo čísla od 1 - 5, kdy 1 = nejtěžší, 5 = nejlehčí):	<ul style="list-style-type: none"> • Pozorování odlišného vývoje v dětství či dospívání • Oznámení transsexuality potomkem • Vystupování v roli opačného pohlaví před operací • Operativní přeměna pohlaví • Nepochopení situace příbuznými či známými • Další (prosím vypište)..... <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>
66. Nepříjemné zkušenosti v souvislosti s transsexualitou našeho potomka jsou (prosím vypište):	<p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>