

# **Pražská vysoká škola psychosociálních studií**



## **Transsexualismus v kontextu rodiny**

Adam David

### **Bakalářská práce**

Studijní program: Sociální politika a sociální práce

Vedoucí práce: PhDr. Kateřina Šámalová, Ph.D.

**Praha 2019**

# **Prague Collage of Psychosocial Studies**



## **Transsexuality in the context of a family**

Adam David

### **The Bachelor Thesis**

The Bachelor Thesis Work Supervisor: PhDr. Kateřina Šámalová, Ph.D.

**Praha 2019**

**Prohlášení:**

1. Prohlašuji, že jsem tuto bakalářskou práci vypracoval samostatně a výhradně s použitím citovaných pramenů, literatury a dalších odborných zdrojů.
2. Prohlašuji, že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.
3. Souhlasím s tím, aby práce byla zpřístupněna pro studijní a výzkumné účely.

V Praze dne ..... Podpis .....

## Poděkování

Děkuji paní PhDr. Kateřině Šámalové, Ph.D., za to, že se ujala vedení mé bakalářské práce, za její cenné rady, laskavý přístup a čas, který práci věnovala. Rovněž bych chtěl poděkovat všem svým participantům, kteří se zúčastnili výzkumného šetření.

## **Anotace**

Název bakalářské práce je Transsexualismus v kontextu rodiny. Porucha pohlavní identity se vyznačuje trvalým odmítnutím vlastního těla a přáním být chápán a přijímán jako příslušník opačného pohlaví. V této práci se zabývám transsexuálními rodiči po prodělané přeměně pohlavní identity (konkrétně Female to Male, dále FtM). V teoretické části práce popisuji proces přeměny pohlavní identity, vymezuji základní pojmy rodiny a rodičovství. Práce zahrnuje interakce v orientační a prokreační rodině v kontextu transsexualismu. Ve výzkumném šetření se snažím zodpovědět tři zásadní otázky. Jaké vztahy ve své orientační rodině a prokreační rodině zažívají osoby po přeměně pohlaví? S jakými potížemi ve vztazích se osoby po přeměně pohlaví setkávají? Jak sama sebe nahlíží osoba po přeměně pohlaví v roli rodiče? Empirická část obsahuje konkrétní osoby, které podstoupili operativní změnu pohlaví. Jejich jména jsou pozměněna a byla jim přislíbena anonymita.

**Klíčová slova:** Transsexualismus, porucha pohlavní identity, pohlaví, gender, rodina, rodičovství, výchova dětí.

## **Annotation**

The title of the Bachelor thesis is Transsexuality in the context of a family. Sexual identity disorder is characterised by permanent rejection of one's own body and a desire of being understood and accepted as a person of the opposite sex. In this thesis I focus on transsexual parents after having undergone the transformation of gender identity (concretely Female to Male). In the theoretical part of the thesis I describe the process of sexual identity transformation and define basic concepts of family and parenthood as such. This thesis also includes the interactions both within the orientation family and the procreation family in context of transsexualism. In the research part of the thesis I try to define answers to three fundamental questions. What kind of relationship do individuals experience after their gender transformation in their orientation and procreation family? What type of difficulties in relationships can individuals encounter after their gender transformation? How does a person perceive himself or herself as a parent after having undergone the gender transformation? The empirical part includes concrete persons, who have undergone their gender transformation. Their names have been changed in order to keep them in anonymity.

**Key words:** Transsexualism, sexual identity disorder, sex, gender, family, parenthood, child raising.

## Obsah

<b>Úvod</b> .....	<b>1</b>
<b>Teoretická část</b> .....	<b>3</b>
<b>1. Transsexualismus</b> .....	<b>3</b>
1.1 Základní pojmy.....	3
1.1.1 Definice a vymezení transsexualismu.....	4
1.1.2 Porucha pohlavní identity v dětství.....	6
1.2 Transsexualismus FtM (Female to Male) a MtF (Male to Female).....	6
1.2.1 Transsexualismus FtM.....	7
1.2.2 Transsexualismus MtF.....	7
1.3 Identita s vlastním pohlavím.....	8
1.3.1 Intersexualita (hermafroditismus).....	8
1.3.2 Transvestitismus dvojí role.....	8
1.4 Proces přeměny pohlavní identity.....	9
1.4.1 Fáze procesu přeměny pohlavní identity.....	9
1.4.2 Diagnostika.....	10
1.4.3 Fáze rozhodovací.....	11
1.4.4 RLT, RLE (Real Life Test, Real Life Experience).....	11
1.4.5 Hormonální terapie.....	11
1.4.6 Operativní zákroky.....	12
1.4.7 Pooperační období.....	12
1.5 Období po změně.....	12
1.5.1 Transsexualismus a české právo.....	13
1.5.2 Transsexualismus souhrnem.....	13
<b>2. Rodina</b> .....	<b>15</b>
2.1 Definice a funkce rodiny.....	16
2.1.1 Rodinné podsystémy.....	16
2.1.2 Přehled podsystémů.....	14
2.2 Typologie rodin.....	17
2.2.1 Základní typologie rodin.....	17
2.2.2 Typologie rodiny z pohledu sociální práce.....	18

2.2.3 Klinické rodiny.....	20
2.2.4 Hodnocení rodiny z pohledu sociální práce.....	21
2.2.5 Patologie subsystémů rodiny.....	21
<b>3. Transsexualismus a rodina.....</b>	<b>23</b>
3.1 Rodič dvojí role.....	23
3.1.1 Interakce v rodině transsexuálního rodiče.....	24
3.2 Manželská dyáda.....	25
3.2.1 Rodičovská dyáda.....	26
3.2.2 Partnerská dyáda.....	28
3.2.3 Biologický rodič a partnerství.....	29
3.2.4 Partnerství a rodičovství budoucí.....	29
3.2.5 Výchova dětí.....	30
3.3 Interakce s okolím.....	30
3.3.1 Transsexualismus a náboženství.....	30
3.3.2 Shrnutí.....	31
<b>4. Sociální práce s rodinou v kontextu transsexuality.....</b>	<b>32</b>
4.1 Diskriminace a antidiskriminační zákon.....	32
4.1.1 Definice sociální práce.....	33
4.1.2 Kompetence, role a etika sociálního pracovníka.....	34
4.2 Typologie rizik ohrožujících rodinu v kontextu transsexuality.....	35
4.2.1 Sociální intervence na podporu rodin s transsexuálním rodičem.....	36
4.3 Sociálně právní ochrana dětí.....	36
4.3.1 Případová práce.....	37
4.3.2 Skupinová práce a svépomocné skupiny.....	37
4.3.3 Krizová intervence.....	38
4.3.4 Sociální poradenství.....	38
4.3.5 Přístupy rodinné terapie.....	39
4.3.6 Porozvodové spory a osamocené rodičovství.....	41
4.3.7 Syndrom zavrženého rodiče a výchovné problémy dětí.....	42
4.3.8 Syndrom CAN.....	43
4.3.9 Duševní onemocnění a riziko suicidia.....	44



4.3.10 Rozdílné zacházení – diskriminace a nezaměstnanost.....	45
4.3.11 Shrnutí.....	46
<b>Empirická část.....</b>	<b>47</b>
<b>5. Výzkumné šetření zaměřené na transsexualismus v kontextu rodiny.....</b>	<b>47</b>
5.1 Cíle a otázky výzkumného šetření.....	47
5.1.1 Metoda výzkumného šetření.....	48
5.1.2 Technika sběru dat.....	48
5.1.3 Otázky výzkumného šetření.....	49
5.1.4 Analýza dat.....	50
5.1.5 Výzkumný vzorek – charakteristika respondentů.....	50
5.1.6 Etika výzkumu.....	51
5.1.7 Výsledky tematické analýzy.....	51
5.2 Téma: Orientační rodina a vztahy s blízkým okolím transsexuálního rodiče.....	53
5.2.1 Subtéma: Narušené fungování rodiny a existenční ohrožení rodin.....	53
5.2.2 Subtéma: Narušené vztahy v orientační rodině.....	54
5.2.3 Subtéma: Narušené vztahy s blízkým okolím.....	54
5.3 Téma: Postoj partnerky z pohledu transsexuálního partnera/rodiče.....	55
5.3.1 Subtéma: Podpora v „coming outu“ a v rámci procesu přeměny pohlavní identity..	55
5.3.2 Subtéma: Podpora v manželství.....	56
5.4 Téma: Transsexuální rodič a rodičovství.....	56
5.4.1 Subtéma: Obavy z minulosti.....	56
5.4.2 Subtéma: Sterilita.....	57
5.5 Diskuze.....	59
5.6 Závěr výzkumného šetření.....	62
<b>Závěr.....</b>	<b>65</b>
<b>Seznam literatury.....</b>	<b>66</b>

## Úvod

Život nás konfrontuje s vlastní realitou, která přispívá našim otázkám po jeho vzniku. Tato bakalářská práce se chce věnovat životu, který se na samém svém počátku dopustí omylu. Omyl je lékaři diagnostikován jako porucha pohlavní identity a pojmenován transsexualismus. Avšak než začneme, musíme se oprostít od zavedené představy o slově sex. Sex není apriori něco špatného, jen v našem případě do transsexualismu pronikl v té nejnešťastnější podobě. Jinými slovy se sem prostě nehodí. Aby nedošlo k dalšímu omylu, necháme se pro tentokrát vést univerzálním jazykem matematiky. Sex ve smyslu reprodukce můžeme vnímat jako podmnožinu a sex jako názvosloví mužského a ženského pohlaví jako množinu.

Transsexualismus je zjednodušeně řečeno procesem nepředvídatelných faktorů, které zapříčiní narození člověka do opačného anatomického pohlaví, než se kterým je v psychickém souladu. Tím to ale celé nekončí, ba naopak začíná. Což nás přivádí k vzájemné interakci mezi takzvanou normální většinovou populací a transsexuálními lidmi. Neutrální společnost by zřejmě byla schopná konstatovat, že život nezmuťoval, jen snížil šanci na kvalitní přežití. Protože přežití jednoho někdy znamená smrt pro druhého, je naším osobním rozhodnutím, jak velký podíl míry tolerance jsme schopni vydělit transsexuálním lidem.

Vzhledem k tomu, že se jedná o složitý proces vyskytující se všech věkových skupinách včetně dětí, žen i mužů, zaměříme se na dospělou populaci FtM (Female to Male) tj. žen konvertujících k mužskému pohlaví, konkrétněji současných rodičů FtM, kteří již prošli přeměnou pohlavní identity.

Dříve než se budeme věnovat transsexualismu v rámci rodiny, tak abychom pochopili blízkost a odlišnost těchto lidí, musíme především popsat a definovat transsexualismus jako takový. V úvodních kapitolách se budeme pomocí základních informací snažit o vysvětlení celé problematiky. Uvedeme základní informace o rodině a položíme si otázky na možnosti využití sociální práce se skupinou transsexuálních rodičů. Předkládaný text chce tedy poskytnout základní přehled v širších souvislostech v kontextu rodiny a upozornit na význam a dopad v sociální oblasti.

Lze namítnout, že stanovená skupina probandů neobsáhne celý problém, nicméně nejen ve vědecké práci by měl být každý názor brán vážně i za předpokladu, že s ním třeba nesouhlasíme nebo ho považujeme za neprůkazný. Přesto nezbyvá než souhlasit a říci, že tato práce je jakýmsi předvýzkumem než výzkumem samotným. Měla by se stát podkladem pro práci příští.

Cílem této bakalářské práce je podat základní informace o transsexualismu, objasnit celý proces přeměny pohlavní identity, zaměřit se na možné dopady v sociální oblasti rodin transsexuálních lidí a předložit možnosti sociální práce s rodiči FtM.

Při tvorbě tohoto textu je kladen důraz na hlubší porozumění celému procesu přeměny pohlavní identity. Práce poukazuje na rozsah potřeb transsexuálních lidí.

Text vychází z řady odborných publikací, které jsou uvedeny v seznamu literatury.

## **Teoretická část**

### **1. Transsexualismus**

Úvodem v krátkosti zmíním prvopočátky diagnostiky poruchy pohlavní identity transsexualismu, uvedu základní pojmy související s transsexualismem, vyberu definici a popíši transsexualismus pomocí společných identifikačních znaků. V textu budu užívat termín transsexuální jedinec, transsexuální člověk (lidé) pro mužské i ženské pohlaví.

Termín transsexualismus v polovině 20. století poprvé vyčlenil z ostatních poruch pohlavní identity Harry Benjamin. Na základě jeho poznatků byl transsexualismus vymezen jako samostatná porucha pohlavní identity (Fifková et al., 2008). V současné době je transsexualismus Mezinárodní klasifikací nemocí (MKN) uveden v abecedním seznamu pod číselnou diagnózou F64.0 (MKN-10, 1999). Je zařazen mezi poruchy pohlavní identity.

Jedná se o poměrně vzácnou poruchu, její příčiny nejsou známy. Odborná veřejnost předpokládá multifaktoriální původ. Chromozomální odlišnost byla identifikována asi u 5 % případů transsexualismu. Častým námětem na téma původce poruchy pohlavní identity jsou změny zrání sexuálních center v mezimozku během embryonálního vývoje jedince a vliv včasné výchovy. Psychodynamické teorie hovoří o raném konfliktu identity souvisejícím s přáním rodičů mít dítě opačného pohlaví (Praško & Látalová et al., 2013).

#### **1.1 Základní pojmy**

Mezi základní pojmy, které se v souvislosti s transsexualitou vyskytují, jsou pojmy anatomické a genetické pohlaví (biologické pohlaví), pohlavní identita, pohlavní role a gender.

Podle Orla et al. (2016) lze uvedené pojmy charakterizovat takto:

1) Genetické pohlaví vzniká v okamžiku reprodukčního cyklu oplozením vajíčka spermií. Kombinace pohlavních chromozomů XX pak určuje pohlaví ženské a XY pohlaví mužské.

2) Anatomické pohlaví se skládá z vnitřních a vnějších pohlavních orgánů diferencovaných příslušným pohlavím.

V souvislosti s poruchou pohlavní identity je používán v odborné literatuře termín „biologické pohlaví“, které obsahuje genetické pohlaví, tj. genotyp (chromozomální

výbava XX nebo XY) a anatomické pohlaví, tj. fenotyp (určený sekundárními pohlavními znaky a vzhledem genitálu).

3) Pohlavní identita je vědomí jedince o příslušnosti k danému pohlaví. (Jádrová pohlavní identita je základní uvědomění jedince k příslušnosti k danému pohlaví. První známky se objevují v raném dětském věku a definitivně se pohlavní identita formuje do 3 let).

4) Pohlavní role představuje přirozené či vrozené prožívání mužské nebo ženské identity. Jejím základním znakem jsou projevy chování, které vyjadřují vnitřní pocity. Což znamená, že vypadám a chovám se jako žena a ženou se cítím být anebo vypadám a chovám se jako muž a rovněž se mužem cítím být. Jedná se tedy o vyjádření vůči sobě a ostatním. U zdravé populace je pohlavní identita identická s pohlavní rolí.

5) Gender je chápán jako sociální charakteristika člověka. Vlivem kultury a trendů ve společnosti dochází ke zvýraznění anebo naopak k potlačení odlišnosti pohlavních rolí. Gender je tedy zastoupen v každém jedinci jako mužství nebo ženství. Je určován sociálními normami ve společnosti a kulturními rozdíly.

### **1.1.1 Definice a vymezení transsexualismu**

Z definic transsexualismu uvedu jako první znění podle Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN), následně ji rozšířím o charakteristiku transsexualismu z vybraných publikací.

Fifková et al. (2008) citují transsexualismus podle Mezinárodní klasifikace nemocí (ICD 10) jako:

Stav jedince, který si přeje žít a být akceptován jako příslušník opačného pohlaví. Obvyklý je zde pocit nespokojenosti s vlastním anatomickým pohlavím nebo pocit jeho nevhodnosti a přání hormonálního léčení a chirurgického zásahu, aby jeho/její tělo odpovídalo (pokud možno) preferovanému pohlaví. Transsexuální identita by měla trvat alespoň dva roky – nesmí být projevem duševní poruchy (zejména schizofrenie) ani nesmí být sdružena s intersexuální, genetickou nebo chromozomální abnormalitou“ (s.16).

Praško a Látalová et al. (2013) transsexualismus popisují jako nutkavou potřebu, touhu a přání být akceptován jako jedinec opačného pohlaví. Podle těchto autorů se první

známky transsexualismu velmi často objeví již v raném dětství. Porucha pohlavní identity se přibývajícím věkem stále více zvyrazňuje svému okolí. Nástupem puberty, u takto postižených jedinců, dochází k nutkavé potřebě potlačit viditelné znaky svého příslušného pohlaví. Například dívky si svazují prsa, aby prsa nebyla vidět. Považují je za něco nevhodného, za něco, co je obtěžuje a za co se stydí. Velmi často vyhledávají sportovní aktivity typické pro chlapce, např. box, fotbal, hokej. Z těchto a dalších důvodů transsexuální lidé vyžadují hormonální a chirurgické úpravy svého těla vedoucí k preferovanému biologickému pohlaví.

Zvolský et al. (1996) poruchu pohlavní identity čili transsexualismus uvádí jako projev nespokojenosti jedince s jeho vlastním anatomickým pohlavím. Transsexuální člověk usiluje o zbavení vlastního genitálu a zároveň žádá o náhradu genitálem opačného pohlaví. To samé samozřejmě platí i v případě sekundárních pohlavních znaků. Pro stanovení diagnózy F 64.0 je nutné nejméně dvouleté sledování projevů uvedené pohlavní poruchy u těchto jedinců. Léčba zahrnuje terapeutické, hormonální a chirurgické úkony. Úspěch léčby hodnotí jako problematický.

Poruchu pohlavní identity autor Hanuš et al. (2000) jmenují jako poruchu sexuální identity. Podle těchto autorů se jedná (mimo již uvedené) o nespokojenost se sexuální rolí. Popisují ji jako projev typického chování a znaků opačného pohlaví. Děvčata odmítají močit v sedě, očekávají, že jim naroste penis, nechtějí, aby jim narostla prsa. Chlapci se naopak oblékají do dívčího oblečení, odmítají se smířit se svým penisem a hovoří o sobě jako o děvčeti. Autoři uvádějí, že výskyt je vzácný, jedná se řádově o promile v mužské i ženské populaci.

Podle Praška a Látalové et al. (2013) se transsexualismus může také objevit až v dospělosti. Je pak příčinou psychosociálních problémů, které mohou vygradovat v sociální izolaci a psychické onemocnění například v podobě těžké deprese, která může vést až k pokusům o sebevraždu. Po chirurgickém zákroku u těchto jedinců, při zjištění nefunkčnosti penisu, psychosociální problém zpravidla přechází do chronické podoby.

Orel et al. (2016) píše, že jedinec, který své anatomické pohlaví považuje za nesprávné, se cítí jako: „Zajatec ve svém těle“ (s.227).

Z uvedených citací odborné literatury vyplývá, že nejen charakteristika, ale i definice samotná poukazuje na subjektivní pocity transsexuálního jedince a z toho vyplývající

obtížnou, dlouhodobou diagnostickou fází. Po stanovení diagnózy následuje léčba, kterou ukončují legislativní úkony.

V tuto chvíli je nezbytné uvést pediatrickou formu poruchy pohlavní identity, kterou většina transsexuálních lidí prodělává.

### **1.1.2 Porucha pohlavní identity v dětství**

V dětství se může porucha pohlavní identity (F64.2) objevit již před čtvrtým rokem věku dítěte. Tyto příznaky musí trvat nejméně půl roku (Orel et al., 2016). Porucha pohlavní identity u dětí se může podle Fifkové et al. (2008) vyskytnout již ve dvou letech věku. Jakmile se děti naučí mluvit, začínají o sobě hovořit, jako příslušníci opačného pohlaví. Pokud jim není dovolena role opačného pohlaví, jeví známky velkého smutku. Zhruba třetina děvčat a přibližně polovina chlapců může mít v budoucnosti homosexuální preferenci čili sexuální orientaci na stejné pohlaví. Pokud se diagnóza F64.2 prokáže, nastane u dětí terapeutická léčba. Operativní zákroky dle platné legislativy podstupují až dosažením zletilosti.

Základní rozdělení transsexualismu je shodné u dětské i dospělé formy. Je rozčleněno do dvou skupin: FtM (Female to Male) a MtF (Male to Female). My se budeme oběma jmenovaným skupinám dále věnovat v následující podkapitole.

## **1.2 Transsexualismus FtM a MtF (Female to Male) a MtF (Male to Female)**

Porucha pohlavní identity u žen usilujících o změnu na mužské pohlaví - FtM (z anglického Female to Male). Porucha pohlavní identity u mužů konvertujících k ženskému pohlaví - MtF (z anglického Male to Female) (Orel et al., 2016).

Podle Fifkové et al. (2008) je charakteristikou transsexualismu nejen sexuální role, ale i role pohlavní čili sociální. Pro transsexuální lidi je velice často důležitější možnost naplňovat sociální aspekty pohlavní role, než role sexuální. Podle toho také volí i svoje povolání. FtM se velice často angažují v mužské profesi (příslušník policie, řidič, automechanik). MtF naopak volí zaměstnání více zastoupené ženami (cukrářka, kadeřnice). Sexuální preference transsexuálních lidí je v drtivé většině heterosexuální (preference opačného pohlaví). Jen ve výjimečných případech se jedná o homosexuální preferenci. FtM velice často žijí se ženou v partnerských vztazích v „mužské“ roli, ještě před zahájením procesu přeměny pohlavní identity. Dále tito autoři zmiňují i

transsexuální jedince, kteří nejsou schopni akceptovat své tělo, a tím pádem navázat jakýkoli partnerský vztah.

Pro zorientování v dané problematice, nyní ve dvou následujících podkapitolách, uvedu základní charakteristiku FtM a MtF, ze které nám vyplynou základní rozdíly mezi oběma skupinami.

### **1.2.1 Transsexualismus FtM**

Transsexuální člověk zařazený do skupiny FtM se v souladu s psychickým pohlavím identifikuje jako muž. Má tedy přítomnou tuto charakteristiku:

- při narození anatomické pohlaví ženské, přeměna na pohlaví mužské,
- vznik v raném i pozdějším věku, zahájení léčby dle individuální a subjektivní potřeby,
- pohlavní role mužská,
- pohlavní identita - anatomické pohlaví žena, psychické pohlaví muž,
- sexuální preference heterosexuální, kompatibilní se ženou, vzácně sexuální orientace homosexuální.

### **1.2.2 Transsexualismus MtF**

Transsexuální člověk zařazený do skupiny MtF se v souladu s psychickým pohlavím identifikuje jako žena. Má tedy přítomnou tuto charakteristiku:

- při narození anatomické pohlaví mužské, přeměna na pohlaví ženské,
- vznik v raném i pozdějším věku, zahájení léčby dle individuální a subjektivní potřeby,
- pohlavní role ženská,
- pohlavní identita biologické pohlaví muž, psychické pohlaví žena,
- sexuální preference heterosexuální, kompatibilní s mužem, vzácně sexuální orientace homosexuální.



### **1.3 Identita s vlastním pohlavím**

Složitost celého problému transsexualismu nejlépe objasní pojmy intersexualita (hermafroditismus) a transvestitismus dvojí role, které jsou taktéž zařazeny mezi poruchy pohlavní identity. Do jaké míry může být identita s vlastním pohlavím pro jedince narozené do anatomických znaků obou uvedených pohlavních poruch komplikovaná, není předmětem této práce, ale sama skutečnost podstaty celého problému, kterou je identita s vlastním pohlavím.

#### **1.3.1 Intersexualita (hermafroditismus)**

Intersexualita je uváděna v souvislosti s transsexualismem poměrně často, lze ji nazvat nejednoznačné pohlaví, což je vlastně hermafroditismus. Abychom lépe pochopili intersexualitu, zaměříme se tedy na základní informace, kterými jsou hermafroditismus a pseudohermafroditismus.

Podle Jansy (1997) (hermafroditismus pravý) je porucha rozlišení pohlaví. Hlavním znakem je současný výskyt obou anatomických pohlaví čili mužského i ženského genitálu u jednoho jedince. Výskyt je velmi vzácný. Jmenovaný autor upozorňuje na častější podobu Ppseudohermafroditismus, který rozlišuje na dva základní typy:

a) Masculinus - genotyp mužský, přičemž fenotyp je ženský (dochází k „pomužštění“ zevních ženských pohlavních orgánů).

b) Femininus - genotyp ženský, fenotyp je mužský (vnitřní pohlavní znaky jsou mužské, vnější ženské).

Intersexualita (hermafroditismus), zjednodušeně řečeno, je vlastně tedy oboupohlavnost. Skutečnost je taková, že pohlaví dítěti krátce po narození určí lékař, bez ohledu na skutečnost, že se může mýlit. Zevní pohlavní znaky nemusí být v souladu s psychickým pohlavím dítěte. Což může přinést do budoucna velmi podobné problémy, na které naráží transsexuální člověk.

#### **1.3.2 Transvestitismus dvojí role**

Mezi poruchy pohlavní identity je dále zařazen transvestitismus dvojí role. Znamená občasně převlékání do šatů opačného pohlaví, které je specifické absencí sexuálního vzrušení. Tito jedinci netouží (na rozdíl od transsexuálních lidí), po trvalé změně pohlaví. Jsou plně identifikováni do své mužské nebo ženské role. Transvestitismus dvojí role se

vyznačuje občasnou změnou pohlavní příslušnosti a s tím spojeným chováním (Praško & Látalová et al., 2013). Fifková et al. (2008) souhlasí, že u transvestitismu dvojí role není zcela vyjádřena touha po změně pohlaví, nicméně připouští, že někteří jedinci nad tímto řešením uvažují, a že u některých se skutečně může jednat o přechodné stadium budoucího transsexualismu.

V tuto chvíli se zastavím u skutečnosti, že pohlaví dítěte určují lékaři. Bylo by jistě zajímavé znát názor dítěte a hlouběji se zabývat výběrem pohlaví bez znalosti psychické příslušnosti jedince nebo dále polemizovat, zdali je pohlaví dělené na mužské a ženské dostačující. Kapacita této práce je, bohužel, omezena a její prostor neumožňuje se více tomuto zjištění věnovat. Tedy přejdeme k další podkapitole.

#### **1.4 Proces přeměny pohlavní identity**

Prvním krokem procesu pohlavní identity je diagnostika, která je realizovaná společně s psychoterapeutickou léčbou. Fifková et al. (2008) psychoterapeutickou léčbu dělí na nspecifickou a specifickou. Prvně jmenovaná léčba vychází z psychoterapie rogeriánské založené na empatii terapeuta. Racionálním objasněním situace transsexuálnímu klientovi a výkladem informací disponuje specifická psychoterapie. Celá psychoterapeutická léčba je obohacena o pojetí z kognitivně behaviorální terapie, zaměřené na nácvik nových zkušeností jejích klientů a dynamické pojetí, které se soustředí na objasnění minulosti a souvislosti s přítomností. Dále terapii dělí na individuální, skupinovou, párovou a rodinnou.

Model procesu přeměny pohlavní identity podle Fifkové et al. (2008) obsahuje stanovené fáze, kterými se budeme podrobněji zabývat.

##### **1.4.1 Fáze přeměny procesu pohlavní identity**

Fifková et al. (2008) k fázím procesu přeměny pohlavní identity říká, že některé fáze jsou vymezeny minimální dobou trvání (např. hormonální terapie), jiné jsou podle individuálních potřeb časově flexibilní (diagnostika) a některé fáze se překrývají (RLT zasahuje do diagnostiky atd.). Vymezený postup vždy bere ohled na individuální situaci transsexuálního člověka.

Proces přeměny pohlavní identity podle Fifková et al. (2008) zahrnuje:

Diagnostiku, fázi rozhodovací (RLT, RLE (Real Life Test, Real Life Experience), hormonální terapii a operativní zákroky. Celý proces přeměny pohlavní identity zakončují legislativní úkony.

Nyní se zaměříme na jednotlivé fáze procesu přeměny pohlavní identity.

#### **1.4.2 Diagnostika**

Diferenciální diagnóza vychází z vyloučení homosexuality, intersexuality, fetišistického transsexualismu, atypické poruchy pohlavní identity a schizofrenie. Jmenované symptomy si pro objasnění celé složitosti diagnostické fáze transsexualismu (vyjma symptomů, které již v práci byly uvedeny) popíšeme podle Hanuše et al. (1999):

Fetišistický transsexualismus je stav, kdy se jedinec převléká do šatů opačného pohlaví za účelem dosažení sexuálního vzrušení.

Atypická porucha pohlavní identity se objevuje pouze v zátěžových situacích, kdy přání být příslušníkem opačného pohlaví mizí s odezněním stresu.

Schizofrenie je psychiatrická diagnóza, při které se může objevit blud příslušnosti k opačnému pohlaví. Takto postižený jedinec, ale nemá přání změny anatomického pohlaví nebo pohlavní příslušnosti.

Podle Fifkové et al. (2008) k určení diagnózy jsou v rámci psychologického vyšetření aplikovány tři vyšetřovací metody. Psychodiagnostická, psychofyziologická metoda a anamnestický rozhovor. Psychodiagnostická diagnostika obsahuje psychologické, sexuologické a psychiatrické vyšetření v podobě testů. Na sexuální podněty a následné změny v oblasti genitálií se zaměřuje psychofyziologická metoda a poslední jmenovaná anamnestická metoda je založena na anamnestickém rozhovoru. Ne vždy jsou všechny tři diagnostické postupy v plné míře realizovány. Někteří transsexuální lidé svoji pohlavní příslušnost znají již před zahájením léčby a v tomto případě je diagnostická fáze zkrácena na nezbytně nutnou dobu. Jiným naopak trvá i několik let, než svůj „coming out“ zrealizují a jiní přicházejí nerozhodnuti a pak se celý diagnostický proces neobejde bez časově náročné procedury.

### **1.4.3 Fáze rozhodovací**

Proces rozhodovací fáze ani v tomto případě není jednoznačně časově ohraničen. Jedná se o zcela individuální potřebu časové náročnosti. V tomto období jsou přichozím transsexuálním lidem poskytovány základní informace o zvrtném a nezvrtném průběhu dalších léčebných postupů (RLT a RLE, hormonálních a chirurgických zákroků), včetně rizik, které s sebou léčba přináší (Fifková, et al., 2008).

### **1.4.4 RLT, RLE (Real Life Test, Real Life Experience)**

Jak sám název udává v této fázi se jedná o test schopnosti žít ve vysněné roli opačného pohlaví. Podle Fifkové et al. (2008) RLT (Real Life Test) v podstatě znamená pro transsexuální jedince novou životní zkušenost a RLE (Real Life Experience) je jakýmsi osvědčením správnosti rozhodnutí. „Testování“ je realizováno po dobu několika měsíců, nejméně však jeden rok, ale může probíhat i několik let. Jedná se o velmi složité období. Tlak okolí se velmi často přenáší nejen na aktéra samotného, ale i na celou jeho rodinu. Obzvláště složitá situace je u MtF, které zpočátku léčby mají všechny atributy muže. MtF i FtM je poskytnuta pomoc v podobě úředního aktu na změnu jména do neutrálního znění, které nerozlišuje mužský a ženský rod např. křestní jméno Míša, Jindra a příjmení Čechů, Novotných. V této souvislosti to v reálném životě znamená změnu na osobních dokladech a na úředních listinách (na rodném listě je ponecháno stávající rodné číslo). Pokud je nová (testovaná) sociální role transsexuálního člověka v souladu s psychickým pohlavím, může být zahájena hormonální terapie.

### **1.4.5 Hormonální terapie**

Hormonální terapie je započata až po vyšetření dalšími odbornými lékaři (pracoviště endokrinologie, interní medicíny, sexuologie atd.), kteří léčbu doporučí nebo naopak ze zdravotních důvodů zamítnou. V rámci této fáze je brán maximální ohled na individuální potřeby všech transsexuálních lidí. Zvýšená pozornost je věnována MtF, v případě jejich nepřipravenosti, by se mohlo u této skupiny jednat defacto o „sociální smrt“. FtM mnohdy zahajují hormonální terapii mnohem dříve než MtF, Vzhledem k často vzniklé skutečnosti realizovaného rozhodnutí již před samotným léčebným procesem. Je nutné zmínit, že hormonální substituční terapie v podobě estrogenu nebo testosteronu je doživotní (Fifková, et al., 2008).

#### **1.4.6 Operativní zákroky**

Operativní zákroky jsou vykonávány zcela individuálně. Dle platné legislativy ČR musí být zahájeny nejpozději do dvou let po kladném schválení žádosti operativní změny pohlaví, které vydává komise ministerstva zdravotnictví České republiky (MZČR). Operativní výkony u FtM a MtF vedou ve všech případech ke sterilizaci (u FtM odstranění dělohy a vaječnicků a u MtF odstranění varlat, nadvarlat a penisu). Tato základní operace je podmínkou k provedení konečné úřední změny jména a příjmení na tvar mužský nebo ženský (včetně změny rodného čísla). Další operativní zákroky nemusí být realizovány, závisí na osobním rozhodnutí transsexuálních lidí. Například u FtM se jedná o operativní odstranění prsou a vytvoření neofallu, případně mikropenisu (penis je vytvořený z šikmého zádového svalu, mikropenis ze svalové tkáně paže). MtF se mohou rozhodnout pro tvorbu vagíny a vytvoření vnějších ženských orgánů (za použití penisu). U MtF jsou v drtivé většině realizovány i estetické zákroky na úpravu zevnějšku, např. plastické operace obličeje aj. (Fifková, et al., 2008).

#### **1.4.7 Pooperační období**

Na doporučení terapeuta je celý proces přeměny pohlaví dokončen. Dále je legalizován členy komise (MZČR), právníka a lékařů různých specializací (např. endokrinolog, terapeut aj.). Tímto závěrečným aktem by měl být transsexuální člověk definitivně vyléčen (Fifková, et al., 2008).

#### **1.5 Období po změně**

Po operativních výkonech transsexuální lidé absolvují pravidelné zdravotní prohlídky, které slouží k prevenci a případné diagnostice eventuálních zdravotních potíží. Tím může být například vyloučení osteoporózy atd., jako možné komplikace při doživotním užívání hormonální terapie. Transsexuální lidé mohou případně navštěvovat i psychoterapeuta, který jim může dopomoci s adaptací na „nové“ tělo a s dalšími souvisejícími sociálními adaptačními problémy (Fifková, et al., 2008).

### **1.5.1 Transsexualismus a české právo**

Základní informace vztahující se k současné platné legislativě ČR podle Fifková et al. (2008):

V případě, že je transsexuální člověk ženatý/vdaná, nejpozději před schválením chirurgických zákroků musí být manželství rozvedeno. Jinak by došlo k manželství osob stejného pohlaví, což by bylo v přímém rozporu s platnou legislativou.

Zápis uvedený v matrice při narození dítěte před změnou pohlaví transsexuálního rodiče se nemění (například otec zůstává otcem, i když je nyní ženou).

Základní léčba (chirurgické výkony a psychoterapie) je hrazena z veřejného zdravotního pojištění. Další chirurgické (estetické) zákroky si transsexuální lidé hradí na vlastní náklady a substituční hormonální terapii si hradí částečně.

Transsexuální lidé se po ukončení procesu přeměny pohlavní identity mohou ženit nebo vdávat, zakládat rodinu. Mohou jako všechny neplodné heterosexuální páry využívat např. umělé oplodnění, adopci atd.

### **1.5.2 Transsexualismus souhrnem**

Nyní shrnu zjištěné poznatky, které tuto kapitolu uzavřou. Celý proces přeměny pohlavní identity doplním a zhodnotím prostřednictvím slov Fifkové et. al (2002).

Příčina poruchy pohlavní identity není známa. Existují pouze teorie jejího vzniku. Příznaky se objevují v dětství i v dospělosti. Diagnostická, RLT a RLE fáze obnáší: Vyloučit jiné psychiatrické onemocnění, sledovat adaptaci transsexuálního jedince na novou sociální roli, a to minimálně po dobu dvou let, vyloučit jiné psychiatrické onemocnění, poté přistoupit k vlastní hormonální substituční léčbě, která je zakončena operativními výkony a legislativními úkony.

Podle Fifkové et al. (2008) v případě nezahájení léčby transsexualismu, může tato skutečnost přivodit depresivní stavy s fatálními následky. Operativní zákroky odstraňují reprodukční orgány a vedou k nezvratné sterilitě. Nicméně možnost uchování spermií i ovocytů nebývá transsexuálními jedinci využita. Transsexuální člověk může založit rodinu adopcí, pěstounskou péčí a u FtM umělým oplodněním partnerky spermatem dárce.

Fifková et al. (2002) hodnotí celý proces přeměny pohlavní identity z pohledu svých klientů kladně, nicméně dodává, že záleží na duševní zralosti, očekávání a v neposlední řadě i na schopnosti převzít zodpovědnost za svá rozhodnutí a život. Příčinu nespokojenosti vidí v subjektivním pocitu z nezdařené operace, ale i z nekvalitně provedené operace. Tato situace může vyústit až do podoby psychosomatického nebo duševního onemocnění, v krajním případě do psychiatrického onemocnění.

## **2. Rodina**

V souvislosti s transsexuálními rodiči a v neposlední řadě i s dosažením cíle bakalářské práce je nezbytné vymezit pojem rodina. V této kapitole se budeme zabývat rodinnými systémy, typologií a funkcemi rodiny.

### **2.1 Definice a funkce rodiny**

Sociologické hledisko po prostudování odborné literatury nabízí rozmanité množství definic rodiny. Než přejdeme k samotnému vymezení uvedených pojmů, seznámíme se s možnostmi partnerských vztahů. Giddens (1999) uvádí tři příklady partnerských vztahů. Kohabitaci (soužití dvojice partnerů bez manželského svazku), manželský svazek (svazek dvou heterosexuálních jedinců) a registrované partnerství (svazek dvou jedinců stejného pohlaví). Formy vztahů dále jmenovaný autor rozlišuje na monogamní (vztah s jedním partnerem/partnerkou) a polygamní (mnohoženství, mnohomužství, vztah s vícero partnerkami/partnery).

#### **Definice rodiny**

Nyní se budeme věnovat definici rodiny, ale protože neexistuje universální definice, budeme čerpat z několika odborných publikací z řad sociologie. Podle Možného (2006) starší učebnice mnohdy začínají tvrzením o rodině jako o představě sociálního zařízení, jehož základním účelem je reprodukce. Jmenovaný autor říká, že rodina především své členy chrání před vnějším světem a tím jim dodává pocit bezpečí. V souvislosti se společenským systémem uvádí, že stabilní rodina nebrzdí společnost v jejím vývoji, naopak svojí stabilitou podporuje její rozvoj. Sama sociologie dnes již hlavní účel reprodukce rodiny považuje za překonaný. Podle Matouška (2003) postmoderní rodiny již nejsou zakládány pro obnovu společnosti ani pro její prospěch, ale z důvodu citové investice partnerů. Nicméně jmenovaný autor konstatuje, že stabilita rodin se tak nemůže opřít o jiný aspekt, než je její prvotní citový vklad, který je nestabilní sám o sobě. Rodina se postupem doby stala více soukromou jednotkou ve společnosti, než tomu bylo v minulosti. Roste počet rodičů, kteří sami vychovávají děti. Tak se tradiční pojetí rodiny zdá být překonaným modelem.

Definice rodiny podle (Matoušek & Pazlarová, 2010, s.11) zní: „Rodina je institucí, kterou formuje civilizace, kultura i společnost“. Oba jmenovaní autoři dále uvádějí, že se současné nelegislativní vztahy mění na formu rodinného soužití.



Giddens (1999, s. 156) rodinu definuje slovy: „Rodina představuje skupinu osob přímo spjatých příbuzenskými vztahy, jejíž dospělí členové jsou odpovědní za výchovu dětí“. Podle Matouška (2008, s.177) je rodina v užším smyslu definována jako: „Skupina lidí spojená pouty pokrevního příbuzenství nebo právních svazků (sňatek, adopce)“. Matoušek dále doplňuje, že v širším pojetí je rodina vnímána jako soužití skupiny lidí v rámci jejich vzájemné náklonnosti a sdílejících společnou domácnost.

### **Funkce rodiny**

Ideál zcela funkční rodiny přesto zůstává ukotvený v obecné představě tradiční úplné rodiny, kterou tvoří rodiče (matka a otec) a jejich děti. Matoušek a Pazlarová (2010) tradiční rodinu vnímají jako obrys rodiny původní. Podle uvedených autorů se v přeneseném slova smyslu stala postmoderní rodina jakýmsi nevděčným dědicem rodiny tradiční. Původně zakládaná rodina viděla smysl své existence v zachování rodové linie, současnost přetavila rodinu do různých podob rodinného soužití. Přesto rodina nadále zůstává nositelkou celé řady funkcí, které sice vývojem společnosti slábnou, ale na druhou stranu její funkce jsou nahrazovány působením sociální politiky státu.

Mezi tři hlavní funkce rodiny Matoušek a Pazlarová (2010) řadí:

- podporování socializace nedospělých členů čili výchovná funkce,
- emocionální funkce, citová investice partnerů/manželů, rodičů, sourozenců atd.,
- ekonomická/materiální funkce (zabezpečení všech členů rodiny).

Dále jmenovaní autoři jako základní důvod pro založení rodiny uvádějí funkci reprodukci/biologickou a s ní spojenou tvorbu domova, jako přirozený doprovodný jev na samém počátku vzniku rodiny (Matoušek & Pazlarová, 2010).

#### **2.1.1 Rodinné podsystemy**

Matoušek (1993) rodinu vnímá jako vzájemnou provázanost vztahů jejich členů, kdy rodinní příslušníci tvoří koalice, které mají pro svůj vznik několik variant. Rodina má i svou externí sociální síť, což je koalice rodin, do které spadají širší rodiny a další, se kterými přichází do kontaktu (rodiny kolegů, přátel apod.). Systém interakcí uvádí jako interakci mezi rodinnými příslušníky a podsystemem jako jejich vnitřní vazby, které působí i navenek.

Dále Matoušek a Pazlerová uvádějí podle Minuchina (1967,1974) teorii struktury rodiny. Jejím obsahem jsou předpověditelné vztahy rodinných příslušníků a nastavená

související pravidla. Některá pravidla jsou členy rodiny nevědomě respektována a jiná si vytvářejí sami. Jmenovaný autoři uvádí dva hlavní subsystemy, rodičovský a partnerský. Vnitřní strukturu rodiny dále rozdělují na jednotlivce a dyády složené ze dvou rodinných příslušníků a vícečlenný subsystem (např. sourozenci). Subsystemy mohou vznikat jako spojení generací a členů rodiny i na základě vzájemně sdílených zájmů. Subsystemy se také vyznačují svými hranicemi, například mezi rodiči a dětmi. Určitá míra tolerance v rámci překračování je žádoucí. Minuchinův pojem „rodičovské dítě“, jako důsledek nezdravého překročení generačních hranic dítěte v roli rodiče je velmi často citovaný v odborných publikacích (Minuchin et al., 1967, Minuchin, 1974, in Matoušek & Pazlarová 2010).

### **2.1.2 Přehled podsystémů**

Matoušek (1993) podsystémy zařazuje do koalic podle Minuchina (1974):

Manželský podsystém (subsystem) je spojení muže a ženy, výhradně dospělých členů rodiny.

Rodičovský podsystém (subsystem) je spojení rodičů, děti vstupují, ale jen v rámci určené hranice. Rodičovský podsystém naplňuje funkce rodiny. Zabezpečuje základní potřeby dětí (stravu, výchovu ad.).

Sourozenecký podsystém (subsystem) je spojení sourozenců.

Podsystém (subsystem) mezi dvěma generacemi znamená koalici mezi dvěma generacemi rodičů, například rodiče se svým rodičem.

Externě integrovaná rodina je spojení dospělého člena a příbuzného (Minuchin, 1974, in Matoušek 1993).

## **2.2 Typologie rodin**

Základní typologií rodin, rodinami z pohledu sociální práce, klinickými rodinami, vytypovanými možnostmi sociální práce s rodinami a jejich hodnocením a v neposlední řadě patologickými jevy v rodinách se bude zabývat následný text.

### **2.2.1 Základní typologie rodin**

První typologie podle Matouška (2008) uvede základní typy rodin:

Rodina orientační je rodina, do které se jedinec (její nový člen) narodí.

Rodina prokreační je rodina, kterou pár založí sňatkem, a ve které vychovává své děti

Dále Matoušek (2003) typologii rodin rozvíjí do dvou generačních typů a potažmo do biologického rodičovství.

Nukleární rodina (dvougenerační), která je tvořena rodiči a jejich dětmi obývající společnou domácnost.

Rodina rozšířená (více jak dvougenerační nebo také široká, kosá) je nukleární rodina rozšířená o další generace, například nově založená rodina dospělým synem/dcerou, dále rozšířená o prarodiče, strýce a tety, bratrance atd.

Biologická rodina je rodina, kde nejméně jeden z rodičů je biologickým rodičem dítěte.

Typologii rodiny podle Možného (2006) můžeme chápat jako:

Úplnou rodinu (nukleární), která je podle společensky uznávané normy složená z otce, matky a jejich potomků.

Neúplnou rodinu, která je zastoupená jedním dospělým členem a dítětem (dětmi).

V rámci úvodní typologie můžeme zařadit dva základní pojmy podle Giddense, 1999):

Manželství můžeme charakterizovat jako legislativní svazek mezi mužem a ženou.

Příbuzenství jako vztah, který vzniká sňatkem, anebo pokrevními vazbami v rámci otcovské či mateřské linie (například strýcové, bratrance atd.),

### **2.2.2 Typologie rodiny z pohledu sociální práce**

Pokud se v rodině začnou vyskytovat problémy, mohou zapříčinit, že rodina přestane plnit své funkce. V případě závažných problémů ohrozit její fungování. Soudobý trend se vyznačuje zvyšujícím se počtem neúplných rodin, které se potýkají s nedostatkem finančních prostředků a dalšími problémy. Na tyto rodiny se zaměřuje sociální práce, která poskytuje pomoc rodinám, které procházejí tímto složitým obdobím.

Rodiny profesionální a klinické podle Matouška (2008):

Rodina profesionální náhradní výchovné péče je taková rodina, kde chybí biologická vazba na dítě. Jedná se o všechny formy (ústavní a rodinné) náhrady rodiny u dětí bez vlastní funkční rodiny: kojenecké ústavy, dětské domovy, diagnostické a výchovné

ústavy, ústavní služby, pečovatelské rodiny, SOS dětské vesničky, osvojitelské rodiny, svěřeni dítěte do péče jiné fyzické osobě než rodiči (zpravidla prarodiče, jiní příbuzní) a poručníctví.

Rodina klinická je rodina, která byla (je) v kontaktu s pomáhající nebo represivní organizací.

Dále podle Matouška (1993) můžeme rodinu chápat ve smyslu naplnění nebo nenaplnění jejich funkcí:

Funkční rodina (normální, harmonická, zdravá, neklinická rodina) je rodina, ve které na pomyslném žebříčku stojí na prvním místě výchova dětí a po ní uspokojování potřeb dospělých. V rodině vládne spolupracující přátelská atmosféra, která je nosným pilířem pro zdravý vývoje dítěte,

Dysfunkční rodina (nefunkční rodina), pokud byla ve styku s poradenským nebo terapeutickým zařízením, jedná se o rodinu klinickou. Tato rodina velmi často nezvládá ani běžný chod domácnosti, bývají přítomny nejasné role rodičů a dětí. Její členové spolu nekooperují nebo naopak vytvářejí nezdravé koalice (matka a dcera se spojí proti otci). Bývá zde přítomna neadekvátní nebo žádná reakce na potřeby jednotlivých členů. Běžné jsou vzájemné negativní emoční projevy (Matoušek, 1993).

Matoušek a Pazlarová (2010) uvádějí jako příklad nefunkční rodiny mnohaproblémovou rodinu (rodina se speciálními potřebami). Tato rodina se zpravidla potýká současně s několika problémy najednou. Jde např. o potíže v materiálním zabezpečení chodu domácnosti, ve výchově dětí, mohou se vyskytovat problémy ve vztazích v orientační i prokreační rodině. V této rodině není ohroženo její fungování.

Voilandová a Buell (1980, 2003 in Matoušek 2003) uvádějí rodiny takto:

Perfekcionistické rodiny - její členové jsou orientováni na výkon. Tyto rodiny jsou vysoce kompatibilní se společností. V případě problému, samy vyhledají sociální službu, se kterou spolupracují.

Nepřiměřené rodiny - tyto rodiny mají oslabenou schopnost vyhodnotit problém. Potýkají se s ekonomickými problémy a s problémy ve výchově dětí. Spoléhají na pomoc širší rodiny, komunity nebo sociálních služeb. V rámci sociální práce jsou spolupracující.

Egocentrické rodiny jsou orientovány na prestiž a reprezentaci navenek. Dětem však není věnována patřičná pozornost a z tohoto důvodu se u nich objevují výchovné problémy (absentují ve škole apod.). V některých rodinách se vyskytuje i násilí mezi manžely. V rámci sociální práce spolupracují. Výsledek je nejistý.

Asociální rodiny mají rodinné vztahy silně narušeny, jejich členové často porušují sociální a právní normy. Vyskytuje se nezaměstnanost, zanedbávání a zneužívání dětí, fyzické a psychické týrání mezi partnery. Prognóza sociální práce s touto rodinou je velmi špatná.

### **2.2.3 Klinické rodiny**

Další kategorií jsou klinické rodiny podle Matouška (1993):

Rodina zanedbávající, případně týrající děti - v této rodině rodiče nenaplňují základní potřeby dítěte. Agresivní rodič je schopen způsobit dítěti úraz s fatálními následky, v krajním případě ho i sexuálně zneužívat.

Rodina se zneužívanou nebo týranou ženou - zde jsou svými partnery fyzicky a psychicky týrané ženy, které jsou velmi často dlouhodobě vystaveny tomuto násilí.

Rodina a psychická porucha (deprese, schizofrenie, stařecká demence) - po propuknutí nemoci bývá v této rodině první reakcí zvýšený zájem o postiženého člena. Pokud se nemoc nelepší, zpravidla s ním bývá omezován kontakt, v krajním případě je umístěn do psychiatrické léčebny, případně je využito pobytových sociálních služeb (tzv. dvoufázová nálepková reakce),

Rodina s mentálně retardovaným dítětem a s tělesně postiženým dítětem - při dětském postižení se může objevit narcistické trauma matky a u otců bývá (stejně tak i u jinak vážně nemocných dětí) tendence k rozvodu. Rodina stojí před složitým rozhodnutím mezi ústavní péčí a domácím prostředím.

Rodina svobodné matky – často mívají problémy s otcem svých dětí a s tím související ekonomické problémy. Trend u těchto rodin (matek) bývá, že se častěji obrací na sociální instituce než na svou rodinnou síť.

Rodina v rozvodu a rekonstrukci - rozvod je charakterizován třemi stránkami. Osobní, ekonomickou a právní. Má i svá specifická traumata.

Rodina a nemoc – její specifika se odvíjí při onemocnění matky, otce, dítěte (dětí), případně prarodičů, čili schopností adaptace vyrovnat se s ekonomickými těžkostmi, konfrontací se smrtí apod.

Rodina mladistvého delikventa může být dobře ekonomicky zajištěna, funkčně i sociálně slabá, případně rozpadlá.

Rodina s dospělým členem závislým na alkoholu (patologickým hráčem atd.) se v důsledku často neúspěšné léčby ocitá v materiální nejistotě.

#### **2.2.4 Hodnocení rodiny z pohledu sociální práce**

Matoušek a Pazlerová (2010) se v hodnocení oblastí potřeb rodiny a dítěte zaměřují například na tyto ukazatele:

- orientace rodiny v oblasti kulturní a hodnotové, tj. povědomí členů rodiny o náležitosti k dané kultuře včetně respektování jejich norem a hodnot,
- složení domácnosti či rodiny v podobě biologické příbuznosti dospělých a dětí, věku, členů domácnosti a dalších,
- socioekonomický status, který hodnotí pokrytí potřeb rodiny z hlediska jejich příjmů, zajištění chodu domácnosti včetně potřeb jejich členů,
- společné činnosti a komunikace všech členů domácnosti, které poukazují na množství společně tráveného času, na míru respektu k potřebám druhého člena,
- významné vztahy dospělých a dětí mimo rodinu, které jsou informací o udržovaných sociálních vazbách na přátele, sousedy a na vztah k institucím apod.

#### **2.2.5 Patologie subsystémů rodin**

Rodina, jak bylo naznačeno, může mít velmi závažné problémy. Kapacita této práce nemůže obsáhnout všechny vyskytující se podoby násilí páchané v rodinách. V patřičných kapitolách se budeme zabývat syndromem CAN a syndromem zavrženého rodiče. Nyní si oba syndromy v krátkosti uvedeme podle Matouška (2008):

Syndrom CAN (z anglického child abuse and neglect syndrome) čili „syndrom týraného a zanedbávaného dítěte“ je hrubé zanedbání všech základních potřeb dítěte (strava, hygiena, výchova). Psychické a fyzické týrání zanechává na dítěti do budoucna nezvratné dopady v podobě chronických duševních aj. onemocnění. To se odráží na partnerských vztazích, sociálních vazbách na okolí a pokračuje až do prokreačních rodin.

„Syndrom zavrženého rodiče“, který jmenovaný autor zmiňuje v souvislosti s rozvodem, se dá charakterizovat jako chování jednoho z manželů (programující rodič), který se cítí z různých důvodů ohrožen. Dítě nutí do lojality (proti druhému rodiči) v takové míře, že dítě samo začíná vymýšlet zavrženíhodné situace týkající se druhého rodiče. Ten se pak na tomto základě stává zavrženým rodičem.

Než přejdeme k další části práce, zastavíme se u posledního pojmu, kterým je rodičovská péče, která je jakýmsi oponentem předešlého textu a úvodem následující kapitoly. Podle Matouška je rodičovská péče základním atributem láskyplného vztahu rodičů (pečujících osob) k dětem, který je dán schopností rodičů vytvořit bezpečné, stabilní a stimulující prostředí pro své děti.

### 3. Transsexualismus a rodina

K rodině a transsexualismu zazněly v minulých kapitolách základní informace, byly naznačeny možnosti partnerských vztahů a rodičovství, byla nastíněna struktura rodiny a vymezen systém vztahové interakce rodinných příslušníků. V této kapitole se budeme věnovat další studii transsexualismu v orientační, prokreační a širší rodině. V návaznosti na předchozí text rozvedeme vztahy mezi rodiči, potažmo rodičovství a interakci dětí a rodičů, kteří podstupují přeměnu pohlavní identity.

#### 3.1 Rodič dvojí role

Podle Fifkové et al. (2008) pro některé MtF a FtM může být rodičovství velkým problémem. Jsou to ti transsexuální rodiče, kteří měli děti ještě před tím, než si svůj transsexualismus přiznali a rozhodli se jej řešit. Transsexuální rodič může vnímat své rodičovství jako těžké břemeno, které významně zasahuje do celého průběhu přeměny pohlavní identity. Změna pohlaví je sama o sobě složitým procesem, který bývá předmětem nekončících odkladů. Transsexuální lidé řešení svého problému realizují až po pečlivém zvážení a přehodnocení všech možných dopadů na jejich život. V rozhodovacím procesu stojí vidina reálné ztráty rodiny na straně jedné a skutečnost plnohodnotného života, na straně druhé. Autoři říkají, že za realizací celého procesu přeměny pohlaví stojí strach ze ztráty svých nejbližších, přátel a známých. Obava z ublížení, které mohou způsobit svým dětem, partnerům/partnerkám, rodičům a v neposlední řadě obava z nepochopení ze strany sousedů, známých a strach z diskriminace ze strany širšího okolí. Reálné je riziko možné traumatizace dítěte, které bude dříve či později konfrontováno s těžko identifikovatelnou rolí transsexuálního rodiče a současně postaveno do role chápajícího dospělého, aniž by třeba jen díky svému věku vědělo, jak se s tím má vyrovnat. Rodičovství je navíc negativně vnímáno nejen samotnými transsexuálními lidmi a jejich okolím, ale i odbornou veřejností. Pokud ale transsexuální rodič zůstane smířený se svým původním biologickým pohlavím a nebude se pokoušet o jakoukoli změnu, zůstane uvězněný ve svém utrpení po zbytek svého života. Otázkou zůstává, jakým pak bude rodičem.

Celý rozhodovací proces můžeme přirovnat k tzv. „coming outu“, (termín nejčastěji užívaný pro popis osobního přijetí odlišné sexuální orientace a následného zveřejnění informace o homosexuální orientaci). Matoušek (2008) celý proces přijetí vlastní odlišnosti popisuje jako vnitřní nerovnováhu, která bývá příčinou dlouhodobého váhání,



odkládání a v krajním případě rezignace. Dodává, že homosexualita byla v minulosti, stejně jako transsexualita řazena mezi duševní poruchy a sexuální deviace.

Podle Vodáčkové et al. (2008) transsexuální lidé se stejně jako homosexuálně orientovaní jedinci musejí vyrovnávat se zklamáním a nenaplněným očekáváním svých orientačních i prokreačních rodin, prodělat coming out a sloučit své představy s realitou vlastního života. Podle uvedených autorů zjištěné odlišnosti vedou navíc u transsexuálních jedinců ke konfliktu s vlastním tělem, které mnohdy nekončí jen sebevražednými myšlenkami. Obě skupiny dodnes doprovází mýty, určitá forma znevýhodnění a diskriminace.

Fifková et al. (2008) cituje mýty o transsexuálních rodičích ze zveřejněného textu na internetových stránkách ([www.queer.org/afp/tgpmys.html](http://www.queer.org/afp/tgpmys.html), v současné době již nefunkčních) Centra pro alternující rodiny v San Francisku:

Mýtus 1: Transsexuální rodiče poznamenávají své děti.

Ne, děti poznamenává transfobie na straně společnosti.

Mýtus 2: Děti nemohou nést úděl spojený s přeměnou pohlaví rodiče.

Existuje však mnoho rodin, v nichž se průběžně diskutuje o problémech pohlavní přeměny rodiče, a ve kterých je možné reagovat pružně na potřeby dítěte.

Mýtus 3: Transsexuální rodiče musí být ideální.

Ne, dělají stejné chyby jako všichni ostatní, ale protože jsou často středem pozornosti, tyto chyby se mohou zdát většími, než opravdu jsou (s.137).

Podpůrná skupina transsexuálních rodičů dále vyzývá k vyjmutí transsexuality ze seznamu duševních poruch. Transsexualita podle jejich názoru je lékařsky sporný problém, nikoli tedy duševní nemoc (Fifková et al., 2008).

### **3.1.1 Interakce v rodině transsexuálního rodiče**

Podle Fifkové et al. (2008) se téma transsexualismu v rodinách otvírá ve chvíli, kdy se transsexuální rodič rozhodne ke změně pohlaví. V rámci rodinné sítě je jedna z nejdůležitějších priorit získat do kooperace druhého rodiče, potažmo prarodiče, případně i členy z širší rodiny.

Zde se na chvíli zastavíme. Je důležité vyzdvihnout fakt, že rodina se před tímto aktem může počítat mezi rodiny funkční. Rodina se tímto rozhodnutím jednoho z rodičů de facto

okamžitě ocitá v krizi. Druhý rodič je postaven před rozhodnutí partnera/partnerky, které změní tradiční pojetí rodiny.

V každé rodině pochopitelně v rámci procesu přeměny pohlavní identity jednoho z rodičů vyvstane velké množství otázek. Některé jsou zahrnuty do čtyř interakcí rodiny, do manželské a rodičovské dyády, interakce s okolím a výchovy dětí.

### **3.2. Manželská dyáda**

Matoušek (2008) manželství popisuje jako legalizovaný vztah (právem, církví) mezi mužem a ženou, který má své tradiční poslání v založení rodiny a výchově dětí. Manželství řadí k nejdůležitějším podsystémům rodiny.

Zákonem stanovená podmínka k zahájení přeměny pohlavní identity (jak již bylo zmíněno) je rozvod. V této části textu se vrátíme k rozvodu a s ním související rekonstrukci rodiny. Matoušek, Koláčková a Kodimová (2010) vymezují rozvod jako právní úkon, kterým je ukončeno manželství, zanikají jím veškerá práva a povinnosti, které k sobě manželé měli. Dále autoři uvádí, že mimo jiné zůstává vyživovací povinnost a zůstávají rodičovské povinnosti vůči dětem. Soud by měl při svém rozhodování jednat především v nejvyšším zájmu nezletilého dítěte (dětí), upravit styk s nezletilým dítětem (dětmi) a upravit styk s dítětem (dětmi) jednoho z rodičů, jemuž nebylo svěřeno do výchovy. Dále stanovit plnění vyživovací povinnosti, rozhodnout o právech a povinnostech týkajících se společného bydlení atd. Během rozvodu se příslušný státní orgán péče (OSPOD, Orgán sociálně právní ochrany dětí) stává kolizním opatrovníkem dítěte, který přezkoumává poměry v rodině a podává o nich zprávu soudu. Dítě (dětí) může být svěřeno do péče jednoho rodiče nebo do společné péče obou rodičů (střídavá péče). Uvedení autoři už jen konstatují, že děti jsou účastníky rozvodu v rolích prostředníků, bývají nástroji v podobě pomsty nebo odplaty. Děti na rozvod reagují pocitem viny a smutku.

Po rozvodovém řízení, dále Matoušek (1993) píše, že vznikají i přes těžký průběh nové prokreační rodiny. Páteř „rekonstruované rodiny“ tvoří matky, které většinou pečují o své vlastní dítě (dětí) z předešlého manželského svazku a z otce, který má také (případně) své děti, o které většinou nepečuje. Fungování takovéto rodiny do značné míry ovlivňují bývalí partneři. Rekonstruovaná rodina prochází kompromisy, tolerancí a vztahovou preferencí k současným a bývalým členům rodin.

Podle Fifkové et al. (2008) je pro celý proces, kterým prochází transsexuální rodič (manžel/manželka), rozhodující vzájemná komunikace obou manželů. Důležitým krokem je pak dohodnutá forma kontaktu s dětmi, prarodiči a dalšími členy rodiny. Vzniklou manželskou (partnerskou, rodičovskou) koalici je možné vnímat i jako určitou formu prevence, která je schopna předcházet případnému negativnímu ovlivňování dětí nebo bránění kontaktu transsexuálnímu rodiči s dítětem (dětmi) ze strany např. prarodičů, širší rodiny atd. A v neposlední řadě s ohledem na změnu pohlavního orgánu a jejího případného vlivu na rodičovskou roli, domluvit oslovení (máma, táta).

### **3.2.1 Rodičovská dyáda**

Za předpokladu, že druhý rodič je připraven na spolupráci s transsexuálním partnerem, uvádí Fifková et al. (2008) tři zásadní body řešení:

- Vytvořit transparentní situaci pro dítě (dětí) a s maximálním ohledem na věk poskytovat informace. Trpělivě vysvětlovat celý proces, a především nevyloučit ze slovníku rodiny transsexualismus, naopak jí věnovat potřebný čas.
- Zvážit konzultace s terapeutem, případně s dalšími odborníky.
- Stanovit kontaktní hranice mezi všemi rodinnými příslušníky, primární je kontakt a komunikace mezi oběma rodiči, sourozenci, dále pak prarodiči atd.

Fifková e al. (2008) dále zmiňují, že je důležité si uvědomit, že jeden z rodičů mění svůj vzhled, „jazyk“ (z rodu mužského na rod ženský a naopak), což pro ostatní členy rodiny není snadno akceptovatelná záležitost. Dohoda mezi rodiči by měla obsáhnout v první řadě postup, který neohrozí jejich dítě (dětí) a potažmo neohrozí ani samotné rodičovství. Oba rodiče by se měli pokusit předvídat, co u dítěte (dětí) vyvolá změna pohlaví, na základě toho domluvit formu a čas podávaných informací. Spolupracující rodičovská dyáda je předpoklad bezpečného průběhu celého procesu přeměny pohlavní identity. Především by ale rodiče měli rozhodnout, kdy zahájit proces přeměny pohlavní identity nebo zdali nevyčkat do dospělosti svého dítěte (dětí). Dále Fifková et al. (2008) poukazuje i na fakt, že ani odborná veřejnost v tomto není jednotná. Někteří odborníci doporučují, aby transsexuální rodič rodinu definitivně opustil. Jako důvod uvádějí obavy, aby účast na přeměně změny pohlaví rodiče neměla vliv na pohlavní identitu dítěte, nevyvolala frustraci a dětské trauma. Do jisté míry mají pravdu (např. možné trauma), příčina vzniku poruchy pohlavní identity není známa, jsou známy pouze již uvedené hypotézy.

Otázka stojí, zdali dětská potřeba vzoru, nevyjímaje z toho vrozenou schopnost napodobování dospělého, může mít vliv na pohlavní identitu. Podle Oakley (2000) si pohlavní roli a pohlavní identitu dítě osvojuje od rodiče tím, že se s ním různým způsobem identifikuje. V zásadě se chce co nejvíce svému rodiči podobat, nevědomě se zařadí do stejného genderu jako jeho rodič, přijímá určité mechanismy chování a emocionálních reakcí svého modelu (rodiče).

Říčan (2013) uvádí, že jde o dvě základní formy dětského učení pod vlivem modelu (vzoru) formou napodobování až po identifikaci se vzorem. Instinktivní napodobování znamená, že novorozenec instinktivním (nevědomým) napodobováním reaguje například na mimiku dospělého (úsměv, povytažené obočí). Napodobování výběrem starší děti dospělého vzor napodobují vědomým rozhodnutím. Chtějí se podobat například svému rodiči, ke kterému jsou citově a existenčně vázány nebo např. pohádkovému hrdinovi, který zabil draka. Dále jmenovaný autor vysvětluje termín operantního podmiňování, při kterém je napodobování pro dítě zdrojem radosti (získává odměnu). Opak operantního podmiňování je, když dítě napodobuje takové jednání, které považuje za úspěšné (hrdina získá obdiv). K radosti mu pak postačí odměna, kterou dostane jeho vysněný ideál. Do napodobování tentýž autor zahrnuje i identifikaci dítěte se vzorem. Tu můžeme chápat tak, že se dítě ve své fantazii stává například svou matkou, otcem, kamarádem, a to mu přináší pocit bezpečí a většího sebevědomí. Dítě přebírá způsoby svého ideálu ve svém jednání a hodnotách do takové míry, že je přestane chápat jako převzaté a vnímá je jako své vlastní. Pokud jeho ideál jedná v rozporu například se zásadami, nekompromisně ho zatratí.

Dětské napodobování rodičovského modelu a jeho možný vliv na pohlavní identitu dítěte Fífková et al. (2008) rozporuje, když poukazuje na výzkum Richarda Greena (Klinika gender studií ve Velké Británii). Ten se zabýval důsledky přeměny pohlavní identity jednoho z rodičů na psychický a sexuální vývoj dítěte (dětí). Výzkum probíhal v různých etapách celého procesu přeměny pohlaví. Výstup z výzkumu byl publikován ve studii osmnácti dětí různých věkových kategorií s jedním transsexuálním rodičem. Závěr zněl, že žádné z dětí nemá předpoklady ani netrpí diagnostikovanou formou transsexualismu nebo transvestitismu. Většina nepociťovala v rámci transsexualismu svého rodiče žádný problém, jen tři děti byly krátkodobě zesměšňovány svými spolužáky. Pro dítě (dětí) je tedy pochopení transsexuality mnohdy mnohem snazší než pro mnohé dospělé. Pro rodiče byly výsledky pozitivní (Richard Green, 1978 in Fífková et al., 2008).

Ruský psycholog S. Vygotskij, který se věnoval výzkumu myšlení a vědomí dítěte, defacto s Fífkovou souhlasí, když mimo jiné říká, že dětské učení není založeno jen na behaviorální formě, ale i na sociálních a kulturních podmínkách, v nichž se toto myšlení a vědomí formuje, funguje a rozvíjí (Průcha, 2004).

Kapitolu pojednávající o rodičovské dyádě uzavřou Pughe a Philpot (2007, in Matoušek & Pazlarová, 2010), kteří rodičovství charakterizují slovy „Dobré rodičovství má být milující, pečující, bezpečné, stálé, ochraňující a podpůrné. Je úhelným kamenem zdravého dítěte“.

### **3.2.2 Partnerská dyáda**

Úvodem se zastavíme u pojmu partnerství, kompatibilita a rozdílnost v partnerské dyádě (muže a ženy). Podle Matouška a Pazlarové (2010) partnerství vzniká jako jedna z možností pro založení prokreační rodiny. Dá se charakterizovat jako vztah dvou lidí, který není legalizován a je společně tráveným volným časem nebo subjektivním postojem partnerů ke vztahu konstatováním, že jsou partneři. Partnerskou dyádu lze podle obou jmenovaných autorů uvést v několika bodech:

Rodičovský partner je více orientovaný na dominantní roli rodiče a druhý partner se jím nechává do značné míry ovlivnit.

Pojem koluze lze vysvětlit jako vztah dvou jedinců (partnerů) založený na silných nevědomých poutech a vzájemných doplňujících se potřebách, jejichž zdroji jsou traumata (nejčastěji dětská).

Určitý vliv na funkčnost partnerské dyády má i osobnostní výbava jedince (schopnost odolávat stresu, míra žárlivosti atd.).

Výběr partnera může ovlivnit prostředí orientační rodiny, kdy se může objevit určitá shoda (vizáž, vzor chování) s vlastním rodičem (většinou opačného pohlaví) nebo výběr z opakujících se naučených vzorců chování členů orientační rodiny.

Výběr partnera/partnerky může být postaven na kompatibilitě, např. na stejném náboženském vyznání nebo na asymetrii např. na rozdílném socioekonomickém původu (Matoušek & Pazlarová, 2010).

Oakley (2000) uvádí dva základní rozdíly mezi mužem a ženou, které řadí do anatomie a psychologie. Rozdílnost vidí mezi mužem a ženou i v procesu sociálního určení. Podle ní psychoanalytikové vymezují rozdíly ve třech základní faktorech - v mužských a ženských pohlavních orgánech, mateřském poslání ženy a struktuře rodiny. Poněšický (2012) psychologickou a filosofickou poznámkou týkající se mužských a ženských rolí poukazuje na lidskou tendenci projektování protichůdných aspektů světa (vnitřních konfliktů) do ženy (potřeba lásky, závislosti, přirozenosti, přijímání atd.) a do muže (potřebu nezávislosti, svobody, vyniknutí, dobývání atd), přičemž ženskost a mužskost je až druhořadá.

V určité fázi vývoje vztahu se partner a partnerka (nebo partneri/partnerky stejného pohlaví) bez ohledu na rozdíly mezi mužem a ženou, ženstvím a mužstvím, rozdíly v kompatibilitě vztahu, sexuální orientaci nebo transsexualismu rozhodnou užívat jednu společnou domácnost a v ní případně vychovávat své děti. Následující podkapitoly budou pojednávat o partnerství a rodičovství.

### **3.2.3 Biologický rodič a partnerství**

Fifková et al. (2008) k biologickému rodičovství uvádí, že před přeměnou pohlaví nebo po procesu přeměny pohlavní identity se transsexuální partner (ve většině případů se jedná o FtM) přistěhuje k partnerce, která má již své vlastní dítě (děti). U MtF je to méně obvyklé, děti (dítě) po rozvodovém řízení většinou zůstávají totiž v péči matky. Po celém procesu přeměny pohlavní identity je rozhodnutí na obou rodičích, zda dítě (děti) budou informovat o transsexualismu jednoho z rodičů. Někteří děti informují a jiní nikoliv. V případě, že původní identita partnera zůstává intimní informací mezi partnery, dítě (děti) nic netuší a akceptují FtM/MtF jako svého nevlastního otce/matku.

### **3.2.4 Partnerství a rodičovství budoucí**

Jak již bylo řečeno, transsexuální člověk se může stát rodičem v rámci pěstounské péče, adopcí či uchováním původních zárodečných buněk. Jde o formu plánovaného rodičovství, kdy oba budoucí rodiče, až po pečlivém zvážení, založí rodinu. Nejedná se tedy o nechtěné nebo neplánované těhotenství partnerky. Osobně se kloním k názoru, že plánované rodičovství má pravděpodobnost plnohodnotné rodičovské péče a podoby láskyplného vztahu k dětem, než je kupříkladu zmíněné neplánované početí.

### **3.2.5 Výchova dětí**

Podpora socializace (tvorba společnosti z dětí) byla v předešlé kapitole o rodině determinována jako výchovná funkce rodiny. V tomto smyslu můžeme socializaci chápat jako rozvoj dítěte coby plnohodnotného člena společnosti. Čábalová (2011) píše, že výchova je součástí prostředí, ve kterém dítě vyrůstá. Výchova se objevuje v interakcích s tímto prostředím a ovlivňuje osobnost člověka v jeho socializačním procesu, který začíná v rodině. Dále probíhá ve společenských situacích a v kontaktu s ostatními vrstevníky (např. s kamarády, spolužáky). Každé dítě je tedy ovlivněno genetickými dispozicemi, rodinnými a dalšími vztahy. U dítěte se jedná především o rodinné a školní prostředí, které se podílí na jeho výchově.

Dalšími faktory podle Čábalové (2011) jsou sociální a kulturní prostředí, ve kterém dítě vyrůstá a potažmo i obecně uznávané normy. To vyžaduje od výchovy přejímání životního stylu a hodnotových žebříčků a určitou míru adaptability na dané prostředí, s maximálním ohledem na zachování osobnosti a rozvoj dítěte. Kvalita výchovy se odvíjí jak od rodičů, vzdělávacího systému, tak i od společnosti samé.

### **3.3 Interakce s okolím**

Podle Fifkové et al. (2008) souvislosti s transsexualismem lze očekávat diametrálně rozdílné reakce okolí (spolužáků, kamarádů, známých, sousedů, úředníků, lékařů, církevních představitelů atd.), které mohou být jak negativní, tak pozitivní, nicméně reakce okolí se dotýká všech členů rodiny. Transsexuální jedinci zvažují, kdy a jaké informace podají kolegům v práci, pedagogům ve škole atd. Autoři, vyzdvihují fakt, že reakce na změnu pohlaví transsexuálního rodiče přichází ale i ze širšího okolí (z obce, města, okresu atd.). Do procesu přeměny pohlaví tak vstupují úředníci, pracovníci v bankách, prodavači v supermarketech. Porucha pohlavní identity budí zájem celého okolí, především ale budí pozornost u sociálních pracovníků, kde snaha o ochranu nejlepších zájmů dítěte, bývá vznášena jako zásadní argument proti transsexuálním rodičům. Zákon ani Občanský zákoník termín vzdání se rodičovských práv nezná, ale přesto někdy tito pracovníci požadují bezdůvodné separování rodiče od jeho potomků.

#### **3.3.1 Transsexualismus a náboženství**

Podle Fifkové et al. (2008) se v rámci své příslušnosti k církvi se transsexuální lidé setkávají s podporou ze strany jejich členů i autorit, ale i s opačným přístupem, jako je

oficiální nebo neoficiální vyloučení z řad církve. V České republice jsou nejvíce zastoupené církve římskokatolická a evangelická. Postoj římskokatolické církve v případě chirurgického zákroku a nové identity je vesměs negativní. Opírá se mimo jiné o stanovisko Mezinárodní teologické komise z roku 2004 související s rekonstrukčními operacemi. Dle tohoto stanoviska není psychické zdraví bezprostředně a natolik ohroženo, aby bylo nutné provádět operativní zákroky vedoucí ke sterilitě. Autoři se proti tomuto stanovisku ohrazují, když fakticky argumentují, že u některých transsexuálních jedinců dochází k sebevražednému jednání. Na to již tato církev odpověď nemá. Oproti tomu Evangelická církev vnímá každého člověka jako jedinečnou bytost, která je svobodná a může se v souladu s bohem rozhodnout. Autoritu má na rozdíl od římskokatolické církve výhradně bůh. Je důležité si, ale uvědomit, že se samozřejmě najdou i v obou hlavních náboženských směrech výjimky. Podporu na straně římskokatolické církve a nepochopení na straně evangelické (Fifkové et al., 2008).

### **3.3.2 Shrnutí**

Významnou roli v orientační, prokreační a potažmo i v širší rodině hraje bezesporu předchozí (minulá) identita transsexuálního člověka. Tuto předchozí identitu musíme chápat jako protipól či rozpor s identitou (nově) nabitou. S ohledem na celý proces přeměny pohlavní identity můžeme vyslovit domněnku, že v rámci rodinných vztahů aj. (např. pracovních vztahů atd.) může docházet k těžko předvídatelným (pozitivním i negativním) reakcím. Na tuto určitou bipolaritu mužství a ženství obsaženou v transsexualismu, lze v rámci partnerských a rodičovských rolí nahlížet i jako na setkání obou rodičovských rolí (otce a matky) v roli jediné. Je tedy více než zjevné, že komplikace do života transsexuálním lidem přicházejí v obou hlavních rovinách života pracovního i osobního. Komplikace se nutně dotýkají jejich rodin, potažmo všech rodinných příslušníků, nevyjímaje z toho širší rodiny. Z hlediska zdravotního se jedná o poměrně náročný a dlouhodobý proces, který v rámci svých rizik s sebou může nést i vážné zdravotní komplikace, psychologickou nepohodu ústící do duševní nemoci, v extrémních případech do podoby psychiatrického onemocnění. Z pohledu sociálního a společenského se mohou stát obětí diskriminace. Jejich děti se mohou setkat s formou šikany v podobě zesměšňování. Jako každá menšina by se tedy měla stát předmětem zájmu sociální práce coby pomáhající profese. Poslední kapitola se proto zabývá sociální prací ve vztahu k transsexualismu.



#### **4. Sociální práce s rodinou v kontextu transsexuality**

Transsexuální lidé potřebují stejnou sociální podporu nebo zdravotní péči jako ostatní muži a ženy. Ambivalentní postoj veřejnosti, ztráta rodiny, zaměstnání a s ním související určitá forma znevýhodnění, případně riziko diskriminace z nich může učinit klienty sociální práce. Navrátil (2001) poukazuje na jmenovaný vážný problém diskriminace, se kterým se koncem minulého století započala sociální práce zabývat. V sociální práci se začaly prosazovat přístupy, které jsou jmenovány jako antidiskriminační a antiopresivní. Tyto přístupy zjednodušeně řečeno reagují na „opresi“, tedy na nezbytnost ochrany práv a naplňování potřeb utlačovaných, znevýhodněných menšin. Snaží se zabránit jak individuální, tak institucionální diskriminaci. Autor cituje Thomase a Piersona (1995), kteří napsali, že v rámci sociální práce je nutné: „Redukovat individuální a institucionální diskriminaci založenou na rase, pohlaví, ponížení, sociální třídě a sexuální orientaci“ (Thomase & Piersona, 1995, s. 16, in Navrátil, 2001, s. 139). Dále Navrátil (2001) cituje Thompsona (1997), který říká, že v sociální práci je nezbytná: „... schopnost a ochotu chápat diskriminaci a opresi jako ústřední charakteristiku situací, se kterými přichází sociální pracovník do styku“ (Thompson, 1997, s. 238, in Navrátil, 2001, s.139-140). Diskriminace je do takové míry závažný problém, že se jím budeme v této kapitole nadále zabývat.

##### **4.1 Diskriminace a antidiskriminační zákon**

Transsexuální lidé, jak již bylo uvedeno v předešlých kapitolách, se mohou setkat s diskriminací na trhu práce. Děti transsexuálních rodičů mohou zažít šikanu ve školách. Tyto dva příklady jsou samy o sobě důvodem k intervenci sociální práce. Abychom porozuměli pojmu diskriminace, nejdříve se seznámíme s antidiskriminačním zákonem. Autoři Kvasnicová a Šamánek et al. (2015) píší, že zákon č. 198/2009 Sb., o rovném zacházení a o prostředcích právní ochrany před diskriminací a o změně některých zákonů (antidiskriminační zákon), rozlišuje diskriminaci přímou a diskriminaci nepřímou (právo nebýt diskriminován z důvodu přímé a nepřímé diskriminace), vymezuje mimo jiné právo na rovné zacházení, právo na zaměstnání (včetně pomoci poskytované Úřadem práce ČR), přístup ke zdravotní péči a její poskytování, přístup ke vzdělání a jeho poskytování atd. V § 2, odst. 4 zákona se za diskriminaci z důvodu pohlaví považuje i těhotenství, mateřství (otcovství) a pohlavní identifikaci.

Z uvedeného textu vyplývá, že transsexuální lidé jsou tak poprvé v českém právním řádu zařazeni mezi ohrožené menšiny. Na druhou stranu Fifková et al. (2008) uvádí, že se transsexuální lidé bojí vyhledat právní ochranu, což je ale všeobecný problém diskriminovaných skupin. Jedná se zejména o situaci na trhu práce, kde se velmi často MtF potýkají s nepřímou diskriminací.

Obecně řečeno diskriminace může mít nedozírné psychické, ale i sociální následky v podobě osobní krize, ohrožení fungování rodiny, osamocení rodičovství nebo nezaměstnanosti. Možnými oblastmi intervence sociální práce s transsexuálními rodiči se budeme věnovat v následujícím textu. Nyní přejdeme k definici sociální práce.

#### **4.1.1 Definice sociální práce**

Sociální práce podle Matouška (2008) je definována jako:

Společenskovední disciplína i oblast praktické činnosti, jejímž cílem je odhalování, vysvětlování, zmírňování a řešení sociálních problémů (chudoby, diskriminace určitých skupin, zanedbávání výchovy dětí, nezaměstnanosti, delikvence mládeže aj.). Sociální práce se opírá jednak o rámec společenské solidarity, jednak o ideál naplňování individuálního lidského potenciálu. Sociální pracovníci pomáhají jednotlivcům, rodinám, skupinám i komunitám dosáhnout nebo navrátit způsobilost k sociálnímu uplatnění... (s.200-2001).

My se v této kapitole budeme zabývat možnostmi sociální intervence v rodinách s transsexuálním rodičem. Sociální intervenci můžeme pojmout podle Matouška (2008, s.81), který říká, že sociální intervence je: „Odborný zásah, jehož cílovou skupinou je jednatlivec, skupina, rodina, komunita, případně širší společenství“.

Podle Matouška, Koláčkové a Kodymové (2010) sociální pomoc lze v rodinách rozčlenit na: Případovou a skupinovou práci, dále na krizovou intervenci, sociální poradenství, terapeutické přístupy sociální práce a sanační program rodin s dětmi. Než přejdeme k dalšímu textu práce, musíme mít podle slov jmenovaných autorů na paměti, že v sociální práci dochází k propojení klientova života s osobními a pracovními zkušenostmi sociálního pracovníka. Znalost aktuálních potřeb a situace klienta (rodiny) je nevyhnutelnou podmínkou celé sociální intervence.

Jakou úlohu, kompetence a roli zastává sociální pracovník, zodpovíme v následném textu.

#### **4.1.2 Kompetence, role a etika sociálního pracovníka**

Matoušek (2003) kompetence sociálního pracovníka popisuje jako schopnost umět používat nabitě zkušenosti v práci s jednotlivcem, rodinou, skupinou a komunitou. Uvádí, že znalost procesu individuálního plánování, systému sociálních dávek, poskytovatelů sociální pomoci a způsobilost rozpoznat určité formy znevýhodnění a diskriminace patří k jeho základním dovednostem. Sociální pracovník (mimo jiné) pracuje s rodinnými příslušníky v podobě vedení případu, kdy za případ může být považována celá rodina. Základním kamenem případové práce je znalost poradenství a všech dostupných forem podpory a pomoci. V sociální práci zastává roli poskytovatele a organizátora služby, konzultanta a ochránce oprávněných zájmů klienta. Své znalosti čerpá z oblastí metod sociální práce a okruhů působnosti. (V našem případě to tedy znamená i znalost problematiky transsexualismu). Zmíněný autor doplňuje, že morálka sociálního pracovníka by měla být zastoupena svědomím a profesí etickým kodexem.

Matoušek (2008) etiku interpretuje jako mravní hodnoty, kterými by se měl sociální pracovník řídit a dodržovat je. V západním pojetí se jedná o soubor standardů schválených např. profesní komorou. Etika sociální práce jsou vlastně pravidla, která ukazují směr kvalitního chování sociálního pracovníka s ohledem na konfliktní situace. Konfliktními situacemi jsou myšleny především situace, kdy mohou být ohrožena práva klientů, nebo kdy jsou ve vzájemném konfliktu apod. Ať, už se jedná o klientovo právo na sebeurčení a ochranu osobních údajů nebo klientovy nároky na způsob poskytování služby (včetně ukončení smluvního vztahu) a způsob kontaktu s klientovou rodinou a jeho blízkými. Etika sociální práce zahrnuje i konflikty zájmů sociálního pracovníka, jako je zneužívání (i sexuální) klienta, ohlašovací povinnost v případě neetického a neprofesionálního chování kolegů včetně názna porušení práv a svobod klienta. Etické standardy upravují například i styk sociálního pracovníka s elektronickými médii, sdělovacími prostředky aj. Odpovědnost sociálního pracovníka je pak vymezena etickým kodexem vůči klientům, kolegům, ale i vůči vlastní profesi a společnosti. Etický kodex slouží i jako pojistka oproti zneužití profesionála - jeho moci a autority.

## 4.2 Typologie rizik ohrožujících rodinu v kontextu transsexuality

Fifková et al. (2008) nahlíží na poruchu pohlavní identity jako na celoživotní problém, který v podstatné míře ovlivňuje vývoj osobnosti i vztahy k sociálnímu okolí, může způsobit sekundárně závažné adaptační problémy, které u transsexuálních lidí pak dominují ve všech oblastech jejich života. V drtivé většině je doprovázena neurotickou nebo depresivní symptomatikou, může mít zásadní vliv na postavení v rodině, zaměstnání, manželství, může negativně ovlivnit styk s vlastními dětmi. Tato skutečnost jednoznačně vykazuje ekonomické a sociální dopady na tyto jedince. Individuální schopnost MtF i FtM si udržet zaměstnání nebo alespoň částečný pracovní úvazek je pro MtF, z důvodu nerovného zacházení (diskriminace) do značné míry komplikovaný, a proto se potýkají s nezaměstnaností.

Podle Fifkové et al. (2008) jsou některé problémy po chirurgické změně pohlaví redukovány, některé přetrvávají. V partnerské dyádě je pro transsexuálního rodiče těžké získat podporu okolí, což komplikuje udržení partnerského vztahu. Chirurgická změna pohlaví mívá u některých klientů neuspokojivé výsledky (např. v oblasti sexuálních potřeb). Přestože se u transsexuálních lidí nevyskytují výrazné psychické poruchy (neliší se od běžné populace) a MtF mohou mít vážnější sociální a psychologické problémy než FtM, je výskyt sebevražd v obou skupinách stejný. Například jsou známy případy, kdy transsexuální lidé podstoupily hormonální terapii a operativní změnu pohlaví a později litovali ztráty možnosti mít své vlastní děti (v současnosti se diskutuje o legislativní změně, umožnit transsexuálním lidem přeměnu pohlavní identity bez chirurgických zásahů). Po rozvodu transsexuální rodič ve většině případů zůstává v kontaktu se svým dětmi (Fifkové et al., 2008). S výchovnými problémy, ekonomickými a dalšími se pak může potýkat rodina osamocенého rodiče (Matoušek, 2010).

My můžeme konstatovat, že rodina prochází v rámci poruchy pohlavní identity složitým procesem, se kterým se těžko vyrovnává (ať již jde o dospělého nebo dětského člena). Oakley (2002) píše, že u dětského transsexualismu je nejdůležitější prostor, který k sebeurčení (k identifikaci s psychickým pohlavím) dítěti dává rodina. Osobně se domnívám se, že by u dospělé i dětské formy transsexualismu našla své místo osvěta, která by rodičům poskytla například základní informace při prvních signálech obou podob transsexualismu. Dětská forma transsexualismu není předmětem naší práce, nadále

se jí nebudeme více zabývat, byl by to příliš velký odklon od zadání bakalářské práce. Nyní z textu vybereme možné rizikové faktory ohrožení rodiny s transsexuálním rodičem:

- rozdílné zacházení-diskriminace a nezaměstnanost,
- vznik duševního onemocnění a riziko suicidia,
- porozvodové spory a osamocené rodičovství,
- syndrom zavrženého rodiče a výchovné problémy dětí,
- syndrom CAN.

Při posuzování potřeb rodiny s transsexuálním rodičem, z velmi pestré škály autorů, byly vytipovány možnosti sociálních intervencí podle Matouška (2003). Uvedené intervence vycházejí z potřeb rodiny, vztahových subsystémů v rodině, z možných podob pomoci s výchovou dětí i pomocí s nalezením zaměstnání a dalších zdrojů pro obnovení fungování rodiny. My nyní přejdeme k sociální intervenci v kontextu jednotlivých rizik ohrožení rodin s transsexuálním rodičem.

#### **4.2.1 Sociální intervence na podporu rodin s transsexuálním rodičem**

Metody a přístupy sociální práce jsou klíčovými aspekty pracovních postupů sociální intervence v rodinách. My se úvodem, v souladu s naší cílovou skupinou, v této části práce obeznámíme s orgánem sociálně právní ochrany dětí, který disponuje klíčovými nástroji intervence v rodině, dále nastíníme případovou a skupinovou práci, krizovou intervenci, sociální poradenství a přístupy rodinné terapie.

#### **4.3. Sociálně právní ochrana dětí**

V této kapitole se zpočátku seznámíme s intervencí OSPOD (Orgánu sociálně právní ochrany dětí) prostřednictvím publikace *Zákona o sociálně-právní ochraně dětí s komentářem* (2016), která popisuje novelu zákona č. 359/1999 Sb., *O sociálně právní ochraně dětí*. Dále se zabývá souvisejícími mezinárodními smlouvami, předpisy a zákony. Autorky Novotná, Burdová a Riedlová Jurková (2016) jmenovaný zákon opatřily komentáři zaměřenými např. na vyhlášku č. 473/2012 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o sociálně právní ochraně dětí. Věnují se i novému *Občanskému zákoníku*, který přinesl změny v oblasti pěstounské péče, osvojení dítěte (ty se dotýkají možné formy rodičovství transsexuálních lidí) a ústavní výchovy. Úvodní ustanovení

zákona č. 359/1999 Sb., O sociálně-právní ochraně dětí v § 1 vymezuje základní pojmy ochrany dětí, kterým jsou práva dítěte na příznivý vývoj, řádnou výchovu a právo na ochranu oprávněných zájmů dítěte, včetně ochrany jeho jmění. Dále uvedená publikace uvádí působení směřující k obnovení narušených funkcí rodiny a zabezpečení náhradního prostředí pro dítě. Já osobně vidím přínos této publikace v oblasti rodinného práva, které je základním kamenem pro přijímání opatření při zajišťování sociálně právní ochrany dětí, pro hlubší porozumění celé novely zákona o sociálně právní ochraně dětí. Tímto na tuto knihu odkazují.

Bechyňová a Konvičková (2011) uvádějí, že sociální pracovníci oddělení sociálně právní ochrany dětí se zabývají preventivní a poradenskou činností, spolupracují s poskytovateli sanačních programů pro rodiny a dalšími neziskovými organizacemi, které působí v sociálně aktivizační oblasti pro rodiny s dětmi. OSPOD v rámci spolupráce s neziskovými organizacemi tak může propojit svoji pravomoc s pomocí a podporou rodinám s transsexuálním rodičem, které byly vystaveny nerovnému zacházení a s ním souvisejícím rizikům. OSPOD je pověřen k výkonu sociálně právní ochrany dětí v plném rozsahu, například provádět sociální šetření v místě bydliště dítěte, v mateřské školce, škole, u zaměstnavatele rodiče atd. Zpravidla výsledkem tohoto šetření bývá odhalení závažných patologií, jako je šikana v dětském kolektivu, ponižování, týrání aj.

Domnívám se, že děti transsexuálních rodičů by tak mohly být zahrnuty do rizikové skupiny ohrožené těmito jevy. Například v rámci preventivního opatření by se jim tak dostalo potřebné pozornosti.

#### **4.3.1 Případová práce**

V sociální intervenci je velmi často uplatňovaným přístupem případová práce s klientem. Podle Matouška (2003) se klientem případové práce může být jednotlivec i celá rodina. Sociální intervence v rodině se opírá o teorii rolí, což v našem případě znamená, že se každý člen rodiny identifikuje se svojí rolí např. jako rodič, dítě nebo sourozenec, prarodič atd. Mezi hlavní oblast, kterou tato metoda řeší, patří mezilidské (rodinné) problémy, dále například zdravotní znevýhodnění člena rodiny nebo výchovné problémy dítěte (dětí), zadlužení rodiny atd. Aby sociální pracovník v rámci intervence dosáhl řešení (cíle), podle jmenovaného autora, musí znát nabídky poskytovaných sociálních služeb, ovládat metody sociální práce včetně postupu plánování péče s klientem (rodinou) a v neposlední řadě i ovládat dovednosti vedoucí k hodnocení

případu. Musí tedy umět definovat problém rodinného subsystému, znát zdroje k vyřešení problému, ovládat individuální plánování a mít znalosti vedoucí k návrhům postupu. Cílem případové práce je dosažení co nejlepšího řešení problémů klienta nebo rodiny. Případová práce zahrnuje sociální studii, vyšetření, intervenci a ukončení případové práce.

#### **4.3.2 Skupinová práce a svépomocné skupiny**

Rodina se může stát klientem sociální práce i v rámci skupinové práce. My budeme na skupinovou práci pohlížet jako na sociální systém, který ovlivnily teorie učení, teorie existencionální, teorie psychoanalytická a teorie sociální změny. (O těchto teoriích se ještě zmíníme v přístupech rodinné terapie). Matoušek (2003) říká, že ve skupinové práci sociální pracovník využívá techniky behaviorálních nebo psychodynamických přístupů orientovaných na individuální změnu, dále v souvislosti s dosaženým cílem monitoruje vztahy ve skupině i skupinovou dynamiku. Cíle nedefinuje sociální pracovník, ale skupina podle svého zaměření, například cílem může být vzájemná podpora rodin. Skupiny mohou být homogenní, úkolově zaměřené, psychoterapeutické, svépomocné a podpůrné.

Dvě poslední jmenované skupiny mohou tedy rodiny s transsexuálním rodičem vytvářet sami. Svépomocná skupina rodin v kontextu transsexualismu by se mohla stát významným zdrojem vzájemné podpory poskytované při výchovných problémech dětí, rodičovských a partnerských krizích atd.

#### **4.3.3 Krizová intervence**

Krizová intervence je další možnou oblastí sociální intervence práce s rodinou. Krizi může vyvolat rozvod, ztráta rodiče nebo naopak ztráta dítěte (dětí) v rámci porozvodových problémů apod. Rodiny s transsexuálním rodičem prožívají složité situace nejen v rozvodovém a porozvodovém období, ale i v celém procesu přeměny pohlavní identity. Děti i dospělí členové rodiny jsou vystaveny obavám z reakce okolí na změnu pohlaví jednoho z rodičů. Děti ve školách mohou čelit zesměšňování, transsexuální rodič problémům v zaměstnání. Vodáčková at al. (2007) specifikuje místa krizové intervence, u dětí uvádí například linku bezpečí (důvěry), dětská krizová centra (ambulantní a lůžkovou formu), diagnostické ústavy, azylové domy pro rodiče s dětmi aj. Krizové intervence u dospělých zastupují linky důvěry, azylové domy, bílý kruh bezpečí aj. Jmenovaná autorka se podrobně zabývá celou problematikou krizové intervence.

Popisuje typy krizové intervence, jako je krizová intervence tváří v tvář, telefonická a chatová krizová intervence. Věnuje se rodinným poradnám i poradnám pro náhradní rodinnou péči a zabývá se krizovými centry, linkami důvěry a službami sociální prevence a dalšími. Kniha uváděné autorky „Krizová intervence“ (2007) je věnována celé škále možných zásahů sociální práce v rámci krizové intervence. Tímto na ni odkazují.

#### **4.3.4 Sociální poradenství**

Rodiny s transsexuálním rodičem zpravidla procházejí na samém počátku procesu přeměny pohlavní identity partnerskou krizí. Členové rodiny vlivem transsexualismu mívají narušené mezilidské vztahy, v krajním případě ztrácejí i další sociální vazby na své okolí. Sociální poradenství by mohlo intervenovat na samém zrodu prvních problémů u naší cílovou skupiny. Pro bližší seznámení se sociálním poradenstvím je ho třeba rozdělit na základní a odborné. Odborné sociální poradenství podle Matouška (2008) je specializovaná odborná činnost zaměřená zejména na zjištění příčin, rozsahu a charakteru situace jednotlivce nebo rodiny. Základní sociální poradenství zprostředkovává informace o postupech vyplývajících z předpisů o důchodovém a nemocenském pojištění, sociálním zabezpečení aj. Obě poradenství by se mohla zaměřit na naši cílovou skupinu rodin s transsexuálním rodičem formou širšího a citlivějšího podávání informací týkajících se sociálně-právní ochrany těchto lidí. Odborné poradenství je třeba zaměřit na rodiny v kontextu transsexualismu, které se ocitly v partnerské nebo rodinné krizi.

#### **4.3.5 Přístupy rodinné terapie**

Přístupy sociální práce Navrátil (2001) popisuje jako problém s velkým množstvím teorií, které nabízejí široké spektrum intervenčních postupů. Uplatňovat jednu teorii je podle tohoto autora ovšem možné pouze u klienta a daného problému, který to svou povahou dovoluje. Slučování různých teorií autor jmenuje jako „eklekticismus“. Uvádí příklady této teorie podle Epsteinové (1992), která vytvořila typologii eklektických modelů:

- „Model systematické integrace“ je takový model sociální práce, který kalkuluje s pravděpodobností (integrovaného) modelu obsahujícího stanovená kritéria pro výběr teorií.
- „Pragmatický model“ je založený na praktických zkušenostech (sociálního pracovníka).



- „Model systematické selekce“ obsahuje jeden hlavní model rozšířený o možnosti, které nenaruší strukturu tohoto hlavního modelu.

- „Model nahodilých aplikací“ znamená, že je sociálním pracovníkem nahodile aplikováno vícero poznatků (Epsteinová 1992, in Navrátil 2011).

Uvedené přístupy k naší cílové skupině rodin s dětmi jsou dále podle Navrátila (2001):

- „Psychosociální přístup (dynamický přístup)“ čerpá z psychoanalýzy Sigmunda Freuda, uplatňuje se v individuální práci s klientem, s rodinou i skupinou. Cíl i podoba intervence se určuje na základě daného problému a situace klienta, přičemž se předpokládá, že se klient na formulaci intervenčního plánu bude podílet. Všeobecně se dá říci, že dynamický přístup v rámci rodinné terapie vychází z problému klienta, který pochází z minulosti (např. vzorce chování rodičů orientační rodiny klienta) a v současnosti zasahuje do partnerské, manželské nebo rodičovské dyády. Párová terapie je stavěna na spolupráci obou partnerů.

- „Humanistický a existenciální přístup“ se dívá na člověka jako na autonomní bytost, která má v partnerské, manželské a rodičovské dyádě rovnocenné postavení. Vychází z Carla R. Rogerse, který chápe osobnost člověka jako proces, který nikdy není hotový. V párové terapii se jedná především o vzájemné rozvíjení, zdokonalování, respektování, empatii, asertivitu, a především o schopnost naslouchání jeden druhému. Například transakční analýza zakladatele Erica Berneho je jednou z možných forem humanistického (psychodynamického a kognitivně-behaviorálního) přístupu. Jejím hlavním předmětem je mezilidská komunikace, ego-stavy rodič, dítě a dospělý. Existencialismus a sociální práce Neila Thompсона se například věnuje výchově dítěte (dětí), poukazuje i na nutnost podpory sociálního pracovníka v rámci rodinné solidarity a efektivity komunikace mezi členy rodiny. Posledním příkladem je existenciální analýza zakladatele Viktora Frankla, která usiluje o hlubší smysl lidské existence. Na ni navazuje logoterapie, kde jsou osudové faktory odděleny od svobodného jednání člověka. Sociální pracovník formou pomáhajícího rozhovoru a pochopení jde cestou tohoto přístupu k trpícímu klientovi.

- „Kognitivně-behaviorální přístup“ má za svůj cíl změnit myšlení a chování členů rodiny, naučené „nezdravé“ reakce procesem učení změny chování, vede rodinu k úspěšnému a

samostatnému fungování. Učí partnerskou, manželskou a rodičovskou dyádu komunikovat a společně řešit problémy.

- „Přístup orientovaný na úkoly“ je v zásadě orientovaný na praktické dovednosti a s nimi související řešení problémů. Tento přístup vznikl na základě empirických výzkumů a patří do systémových přístupů, které vycházejí z terapie rodiny jako fungujícího systému. Má stanovené role, snaží se problémy řešit tak, aby nebyla narušena jejich vazba a rovnováha. Rozvíjí vzájemnou komunikaci. Tento přístup je často aplikován v rámci sanace rodiny.

#### **4.3.6 Porozvodové spory a osamocené rodičovství**

Transsexuální rodič se může stát osamoceným rodičem nebo naopak rodičem, kterému nebylo soudně svěřeno dítě do péče. Obě formy rodičovství mohou být vystaveny porozvodovým sporům o dítě. Matoušek, Koláčková a Kodymová (2010) uvádějí, že osamocení rodiče jsou ohroženi nezaměstnaností, ekonomickými problémy, sociální izolací a sociálním vyloučením. Podle těchto autorů je jedním z nejhorších negativních dopadů rozvodu omezování nebo bránění styku rodiči s dítětem (ohroženým rodičem je ten, kterému nebylo soudem svěřeno dítě do péče). Dospělý člen rodiny je tak přímo vystaven syndromu zavrženého rodiče.

Intervence orgánu sociálně právní ochrany dětí je první oblastí, kterou uvedeme v souvislosti s porozvodovými spory a osamoceným rodičovstvím.

Bechyňová (2011) říká, že v případě ohroženého dítěte orgán sociálně právní ochrany dětí (OSPOD) zasahuje v rámci svých pravomocí i bez souhlasu rodičů, což v praxi znamená, že má na základě provedeného šetření povinnost podat návrh k soudu na omezení, zbavení nebo pozastavení rodičovské zodpovědnosti. Pokud soud rozhodne v souladu s tímto návrhem, OSPOD dohlíží na jeho plnění. Dalším nástrojem je například návrh soudu k nařízení soudního dohledu nad dítětem.

Domnívám se, že OSPOD by měl tedy jednat vždy v nejlepším zájmu dítěte a měl by rozhodovat s ohledem na skutečnost přítomnosti transsexualismu v rodinách.

Oblast případné intervence můžeme rozšířit i o odborné sociální poradenství, které by se zaměřilo na riziko vzniku sociální izolace, případně i sociální exkluzi transsexuálních rodičů. Vzhledem k tomu, podle Matouška (2008) je součástí sociálního poradenství je partnerská i manželská terapie, mohlo by rodině s transsexuálním rodičem poskytnout

významně kvalitnější pomoc, už jen tím, že by poskytovalo úplné informace korespondující s touto skupinou.

Na sociální poradenství navazují sociální služby. Rodiny naší cílové skupiny, které se ocitly v rozvodové/porozvodové krizi, by se mohly obrátit na poskytovatele sociálních služeb, které se podle Matouška, Koláčkové a Kodymové (2010) orientují na potřeby osamocенého rodičovství a ochranu nezletilých dětí. Tato oblast sociální intervence disponuje azylovými domy, odlehčovacemi službami (respitní péče), pečovatelskou službou pro rodiny s dětmi, ranou péčí aj.

Osamocенým rodičem se může stát i transsexuální člověk procházející počáteční fází přeměny pohlaví (RLE, RTE), může být např. nucený/á opustit s dítětem domov. Určitá forma těchto služeb by mohla být využita především s maximálním důrazem a ohledem na potřebu ochrany soukromí dítěte transsexuálního rodiče. Sociální služby by v rámci této cílové skupiny mohly mít např. vyčleněné sociální bydlení, bytovou jednotkou určenou výhradně pro tuto cílovou skupinu.

Sanace rodiny je poslední příklad oblasti sociální intervence v rámci porozvodových sporů a osamocенého rodičovství. Podle Matouška, (2010) základním principem sanace rodiny je podpora dítěte prostřednictvím pomoci jeho rodiny. Dále se zaměřuje na postupy pro obnovení fungování rodiny, porozvodové spory o dítě (dětí), postavení dítěte v průběhu rozvodu a po rozvodu, usiluje i o eliminaci syndromu CAN a syndromu zavrženého rodiče.

Všechny rodiny s transsexuálním rodičem (z legislativní podmínky) procházejí rozvodovým řízením, děti jsou tak vystaveny porozvodovým sporům a následně i osamocенému rodičovství, a tedy syndromu CAN. Rizikem vzniku syndromu CAN se budeme zabývat v rámci další možné intervence orgánu sociálně právní ochrany dětí (OSPOD). Intervenci sanačního programu rodin s dětmi rozebereme z pohledu možného vzniku syndromu zavrženého rodiče a případných výchovných problémů dětí.

#### **4.3.7 Syndrom zavrženého rodiče a výchovné problémy dětí**

Nezanedbatelnou roli v oblasti sociální intervence zastává sanační program rodin s dětmi, který se mimo jiné věnuje i výchovným problémům dětí. Definice sanace rodiny s dětmi podle Bechyňové & Konvičkové (2011) zní následovně:

Sanace rodin je soubor opatření sociálně – právní ochrany, sociálních služeb a dalších opatření a programů, které jsou poskytovány nebo ukládány převážně rodičům dítěte a dítěti, jehož sociální, biologický a psychologický vývoj je ohrožen. Důsledkem neřešené nebo akutní situace ohrožení dítěte může být jeho umístění mimo rodinu. Základním principem sanace rodiny je podpora dítěte prostřednictvím pomoci jeho rodin (s.18).

Fifková et al. (2008) podotýká, že s některými transsexuálními rodiči jejich orientační a prokreační rodiny, v důsledku poruchy pohlavní identity, přerušily veškerý kontakt. Spouštěčem výchovných problémů tak může být absence jednoho z biologických rodičů. U dětí transsexuálních rodičů může zesměšňování spolužáky být příčinou např. záškoláctví.

Pracovníci služeb sanace rodiny se mohou, s vysokou pravděpodobností, setkat s rodinou transsexuálního rodiče, která se ocitla v krizi v rámci/po rozvodu, a to již na základě zmíněné legislativní podmínky rozvodu v procesu přeměny pohlavní identity. Cílem sanace rodiny by mohlo být například ošetření syndromu zavrženého rodiče a úprava styku s dětmi se zřetelem na skutečnost transsexualismu. Udílená podpora sanace rodiny s ohledem na související výchovné problémy u dětských členů rodiny, by se mohla pokusit najít nová řešení těchto problémů. Sociálně právní ochrana by tak mohla dostat jiný rozměr, ohleduplnější, díky znalosti celé problematiky transsexualismu. Z hlediska výchovných problémů dětí transsexuálních rodičů nicméně musíme ještě poznamenat, že intervence Orgánu sociálně-právní ochrany dětí (OSPOD) je podle Vodáčkové et al. (2007) prováděna u dětí a mladistvých s vážnými, opakujícími se výchovnými problémy (záškoláctví, útky z domova, závislosti atd.) šetřením v rodinách, podáváním návrhu k soudu (návrh na zahájení řízení o předběžném opatření, nařízením ústavní a ochranné výchovy nebo naopak návrhem na zrušení ústavní výchovy) atd. Cílem pak může být návrat dětí do rodiny. Z textu je patrné, že sociálně právní ochrana se jednak může zabývat výchovnými problémy dětí, dohlížet na ochranu práv dětí, a především předcházet v rámci svých preventivních programů i nežádoucím jevům v rodinách.

#### **4.3.8 Syndrom CAN**

Nyní se dostáváme k poslednímu velmi závažnému problému, který ohrožuje děti (nejen) v rodinách s transsexuálním rodičem, a tím je výskyt syndromu CAN. Tento

syndrom bohužel musíme připustit, a to především z důvodu možné šikany dětí z řad jejich vrstevníků (např. ve školních a jiných zájmových zařízeních). Jeho výskyt nemůžeme ani vyloučit v rozvodových a porozvodových sporech rodičů o dítě. Sociální intervenci v případě syndromu CAN vykonává OSPOD, který na základě již uvedených pravomocí, svým rychlým zásahem má svoji nezastupitelnou roli.

Zastávám ten názor, že by OSPOD v rámci nových pravomocí a preventivních opatření zaměřených na děti z transsexuálních rodin, dokázal mnohem více, kdyby se zaměřil na ochranu dětí této naší cílové skupiny.

Intervence v souvislosti se syndromem CAN včetně všech výše uvedených problémů naší cílové skupiny uzavře oblast sociální intervence terapeutických služeb, které jsou podle Matouška (2008) dělené na svépomocné a profesionálně vedené. Autor píše, že profesionálně vedená rodinná terapie je poskytována jednotlivým členům rodiny i celým rodinám. Cílovou skupinou jsou jak původci problému, tak i jeho oběti. Délka terapie je, dle individuálních potřeb rodiny, většinou dlouhodobá. Součástí této služby bývá i katamnestické přešetření funkčnosti rodiny, které probíhá po několika měsících i letech po skončení terapie.

Rodiny s transsexuálním rodičem jsou tedy i v této oblasti sociální intervence jejími potencionálními klienty. Podle mého mínění by mohla dostat novou podobu rodinná terapie i celá sociální práce vytvořením cílové skupiny rodin v kontextu transsexualismu.

#### **4.3.9 Duševní onemocnění a riziko suicidia**

Zde mají své zastoupení dvě oblasti sociální intervence. Rodinná terapie a krizová intervence. Krizovou intervenci uvedeme jako první, a to z důvodu zaznamenaného výskytu suicidia u naší cílové skupiny.

Krizovou intervenci lze charakterizovat jako rychlou psychologickou a sociální pomoc (Matoušek 2008). Výskyt syndromu zavrženého rodiče a ztráta zaměstnání může vést k závislosti na alkoholu, duševnímu onemocnění s neurotickými a depresivními symptomy. Těžká deprese bývá všeobecně zastoupená vysokým podílem na příčině sebevraždných pokusů. Suicidium se může vyskytnout jak u dospělých jedinců, tak i u dětí (adolescentů) transsexuálního rodiče (stejně tak i u adolescentů s dětskou formou transsexualismu). Vodáčková et al. (2007) podotýká, že adolescence s sebou nese riziko snadné

zranitelnosti. Suicidální myšlenky vyvolávají například konflikty v rodině a ve škole, sexuální problémy a rozchod s partnerem/partnerkou.

Druhou oblastí sociální intervence je rodinná terapie. Rodinnou terapii například v přístupu orientovaném na úkoly využívá sanace rodiny. My si zde uvedeme i další možnost rodinné terapie a tou je humanistický a existenciální přístup. Ten by se, podle mého mínění, mohl zaměřit na hlubší porozumění transsexualismu a tedy i ošetřit vznik duševního onemocnění a tím i významně pomoci oběma rodičům s následnou porozvodovou péčí o děti (po ukončené přeměně pohlavní identity jednoho z rodičů).

Všeobecně můžeme říci, že oblastí rodinné terapie a krizové intervence je pomoc směřovaná k osobám a rodinám, které se ocitly v tíživé životní situaci. Zaměřují se na všechny ty, kdo se vlivem násilí, nezaměstnanosti, diskriminace, partnerských problémů aj. ocitli v osobní nebo rodinné krizi. Rodiny s transsexuálním rodičem jsou z uvedených důvodů potencionálními klienty obou oblastí sociální intervence. Matoušek (2003) nám již jen svými slovy dokreslí rozdíly obou uvedených intervencí. Podle tohoto autora je krizová intervence krátkodobý zásah, který se v první řadě snaží o předcházení destruktivního jednání a minimalizování ohrožení klienta (rodiny). Rodinná terapie je dlouhodobá práce s celou rodinou, která se individuální práci s jedním členem rodiny věnuje jen zřídka.

#### **4.3.10 Rozdílné zacházení – diskriminace a nezaměstnanost**

V úvodní kapitole bakalářské práce byla zmíněna diskriminace či oprese, která vzniká v rámci pracovněprávního vztahu zaměstnavatele vůči MtF. V rámci RLT a RLE (etapy procesu změny pohlaví) je naše cílová skupina vystavena diskriminaci na trhu práce. Příčinou nerovného zacházení je vzhled transsexuálních lidí, patrný hlavně u MtF, které vystupují v zaměstnání, v rodině aj. v souladu se svým psychologickým pohlavím, čili se chovají a hovoří jako ženy v rozporu se svým mužským vzhledem. Toto je tolerované v zábavním průmyslu (travestity show) a nikoli v běžném životě. Oblastí sociální intervence by v tomto případě mohla být prevence. Jejím cílem by bylo snížení rizika nezaměstnanosti transsexuálních lidí v uvedené fázi procesu přeměny pohlavní identity. Vhodným nástrojem prevence by byly například články v tisku, televizní a rozhlasové pořady atd. Nesmíme zapomenout ani na možnou šikanu dětí transsexuálních rodičů, kde by prevence formou informací podávaných rodičům a pedagogům předcházela riziku šikany ze strany spolužáků ve škole a dětských kolektivech obecně. Matoušek, Koláčková

a Kodymová (2010) dále uvádí možnosti prevence formou návštěvních programů ve školách a skupinových programů pro rodiče. Cílem této prevence by bylo například předcházení záškoláctví a útěků z domova, jak u dětí transsexuálních rodičů, tak i u dětí s diagnostikovanou poruchou pohlavní identity.

#### **4.3.11 Shrnutí**

Na začátku této kapitoly byla podle Matouška (2008) definovaná sociální práce, ve které bylo mimo jiné řečeno, že sociální pracovník pomáhá jednotlivcům a rodinám. Sociální pracovník se v rámci výkonu svého povolání může setkat s naší cílovou skupinou, v různých oblastech sociální práce. Hlavním těžištěm jeho práce by měla být znalost problematiky všech cílových skupin sociální práce a tím i porozumění problémům jednotlivců a celých rodin. Z hlediska uvedené krizové intervence, sanace rodiny a dalších oblastí sociální intervence se osobně kloním k myšlence pro cílovou skupinu rodin v kontextu transsexualismu vymezit a jasně stanovit prostor v sociální práci, který by byl shodně determinovaný, stejně tak jak je tomu u příslušníků jiných menšin nebo zdravotně znevýhodněných. Bližší porozumění jakéhokoli problému vede vždy ke zkvalitnění služby či pomoci. Tak složitý proces se všemi uvedenými riziky, jakým je přeměna pohlavní identity, si zaslouhuje pozornost sociální práce. Jsem si vědom, že zastoupení transsexuálních lidí v populaci je díky jejich počtu snadno přehlédnutelné. Nicméně zastávám ten názor, že pokud se společnost nedokáže zastat, byť jen jednoho jejího ohroženého nebo slabého člena, pak není něco v pořádku.

## **Empirická část**

### **5. Výzkumné šetření zaměřené na transsexualismus v kontextu rodiny**

Empirickou část práce jsem se rozhodl uvést slovy Matouška a Pazlarové (2010), kteří říkají, že rodičovské chování je spojeno s vlastním prožíváním dětství, které se odvíjí od sourozeneckých a posléze i partnerských zkušeností rodiče. S ohledem na uvedená slova obou autorů se výzkumné šetření zaměří na orientační a prokreační rodinu. Porozumět celému zkoumanému problému, znamená tedy začít vnímat celý proces přeměny pohlavní identity již v prostředí orientační rodiny.

Možný (2006) vnímá volbu rodičovství jako diametrálně odlišný způsob života, než kterým je život bezdětných. Konstatuje, že život bez dětí je v jistém smyslu slova životem svobodným.

Z pohledu rodiče mohu zodpovědně říci, že rodičovství vnímám jako proces, který čerpá své zkušenosti z orientační rodiny a s ohledem na potřeby dítěte je pozměňuje k normám a vývoji současné společnosti. To rodiči umožňuje neustálý vývoj a růst v rovině mentální, sociální. Dítě postoj svého rodiče považuje za normu. V okamžiku, kdy se samo dítě stává rodičem používá stejný vzorec chování a díky tomu se společnost neustále vyvíjí. Nové generace prokreačních rodin jsou svobodnější.

#### **5.1 Cíle a otázky výzkumného šetření**

Hlavním cílem výzkumu je získat informace o tom, jak lidé po realizované přeměně pohlaví nazírají na své vztahy ve svých orientačních a prokreačních rodinách. Výsledky kvalitativního šetření by tedy mohly odpovědět na tuto výzkumnou otázku:

- Jaké vztahy ve své orientační a prokreační rodině zažívají osoby po přeměně pohlaví?

Tuto otázku lze rozčlenit na další dvě výzkumné podotázky:

- S jakými potížemi ve vztazích se osoby po přeměně pohlaví setkávají?

- Jak sama sebe nahlíží osoba po přeměně pohlaví v roli rodiče?



### **5.1.1 Metoda výzkumného šetření**

Pro účely provedení výzkumného šetření jsem zvolil kvalitativní výzkumnou strategii. Hendl (2005) definuje kvalitativní výzkum podle Creswella (1998) takto: „Kvalitativní výzkum je proces hledání porozumění založený na různých metodologických tradicích zkoumání daného sociálního nebo lidského problému. Výzkumník vytváří komplexní, holistický obraz, analyzuje různé typy textů, informuje o názorech účastníků výzkumu a provádí zkoumání v přirozených podmínkách“ (Creswell, 1998, s. 12 in Hendl, 2005, s. 50). Tento způsob jsem si zvolil z důvodu malého počtu respondentů.

### **5.1.2 Technika sběru dat**

Pro sběr dat jsem vybral techniku polostrukturovaného rozhovoru. Tento typ dotazování umožňuje do jisté míry flexibilitu ve smyslu kladení doplňujících otázek a reagování na neúplné odpovědi respondentů, například formou položení upřesňující otázky, pozměnění jejich pořadí, případně i znění vzhledem k předem připraveným otázkám.

Rozhovory s respondenty probíhaly po e-mailové domluvě v jimi vybraných veřejných prostorách, což vnášelo do setkání pocit bezpečí a partnerství. V prepisech ukázek rozhovorů jednotlivých respondentů jsou uvedena fiktivní jména. Před samotným zahájením rozhovoru mi byl respondentem udělen informovaný souhlas na audio záznam, který je nedílnou součástí rozhovoru, a tedy i celé práce. Dva rozhovory byly pořízeny v časovém rozmezí přes jednu hodinu, a to konkrétně 1 hodina, 8 minut a 13 vteřin a 1 hodina 06 minut, 52 vteřin a jeden rozhovor v délce 44 minut a 27 vteřin. Na úvodu každého rozhovoru byla pro navození přátelského ovzduší položena otázka vztahující se k životnímu příběhu respondenta, odpovědi v podobě bezpečné krátké pasáže, jsou taktéž zařazeny do veřejné části.

Vedle rozhovorů s respondenty proběhl i expertní rozhovor s MUDr. Hanou Fifkovou, která se dlouhodobě věnuje poruše pohlavní identity jak v dětské, tak i v její dospělé podobě. Byla tak laskavá, že mi poskytla profesionální pohled na celou problematiku transsexualismu. S paní doktorkou jsem se původně domluvil na poskytnutí ústního rozhovoru. Z důvodu velkého pracovního vytížení mi poskytla odpovědi v písemné podobě v rámci e-mailové korespondence, která je zařazena do přílohy v neveřejné části. Jednotlivé její odpovědi jsem použil v diskuzní části.

### 5.1.3 Otázky výzkumného šetření

V souladu s hlavním záměrem výzkumného šetření jsem formuloval otázky polostrukturovaného rozhovoru, které znějí:

- Pověš mi na úvod svůj životní příběh?
- Jaký má pro tebe význam rodina a rodičovství?
- Můžeš mi povědět něco o své rodině?
- Je několik možností mít děti, jaký způsob jsi zvolil?
- Jak jsi vnímal (jako transsexuální rodič) celý proces přeměny pohlavní identity?
- Pověš svým dětem o své transsexuální minulosti?
- Setkal ses jako rodič s negativním postojem okolí na svou přeměnu pohlavní identity?
- Jak vnímáš naši společnost z hlediska jejího přístupu k rodičovství transsexuálních lidí?
- Jak ovlivní tvá zkušenost přeměny pohlavní identity výchovu dítěte?
- Jsou jistě otázky, které tento rozhovor neobsáhl, je něco, co bys chtěl prostřednictvím této práce sdělit?

V diskusi na dané téma odpoví paní MUDr. Fifková na otázky, které jsem formuloval takto:

- V čem spočívá podstata transsexuality?
- Kdy v rodině, škole či zaměstnání říci, jak se věci mají?
- Jaké zkušenosti mají vaši klienti s přijetím, případně odmítnutím v rámci rodiny?
- Jaká je vaše první pomoc v rámci přeměny pohlaví?
- Setkávají se vaši klienti ve svém okolí s negativním postojem na změnu identity?
- Jak zakládají transsexuální lidé rodinu?
- Sdělují rodiče svou minulost dětem?
- Jak vnímáte legislativní proces změny pohlaví?
- Jak vnímáte naši společnost a otevřenost vůči transsexuálním lidem?
- Jsou školy dostatečně obeznámeny s pojmem transsexualita?
- Je naše společnost dostatečně informovaná?
- Může zkušenost změny pohlaví ovlivnit východu dítěte?
- Jaký má pro vás osobně význam rodina?
- Co plánujete do budoucna?

#### **5.1.4 Analýza dat**

Sebraná data byla analyzována metodou tematické analýzy. Při její aplikaci jsem postupoval chronologicky v šesti fázích navržených autorkami Braun a Clarke (2012):

- Seznámení se s daty bylo prvním krokem celého výzkumného šetření. Opakovaným pročitáním textu jsem začal nacházet shodné znaky charakteristické pro všechny tři rozhovory.
- Generování počátečních kódů probíhalo až ve chvíli, kdy jsem si vytvořil pracovní seznam s kódy a postupným eliminováním počátečního výběru jsem vybral pouze ty kódy, které korespondují s výzkumnými otázkami.
- Hledání témat bylo fází, ve které jsem nejdříve vytvořil poměrně velké množství témat, a poté je přiřazoval k jednotlivým kódům s ohledem na kompatibilitu a vztah k výzkumným otázkám.
- Posouzení a propracování témat přineslo data, která začínala dávat jasný obrys rýsujícím se konečným tématům.
- Definováním a pojmenováváním témat jsem identifikoval 3 témata a 6 subtémat, včetně zprávy obsahující hodnocení výzkumného šetření.

#### **5.1.5 Výzkumný vzorek – charakteristika respondentů**

Cílovou skupinou pro naplnění cíle praktické části bakalářské práce byli transsexuální rodiče FtM po procesu přeměny pohlavní identity. Hlavním kritériem a nosnou podmínkou účasti ve výzkumném šetření byla skutečnost, že respondenti mají vlastní čili prokreační rodinu. Jelikož se jednalo o velmi specifickou skupinu zkoumaného vzorku, požádal jsem o spolupráci paní doktorku Hanu Fifkovou, která moji e-mailovou žádost rozeslala všem svým transsexuálním klientům. Zájem účastnit se výzkumného šetření nás oba překvapil, jednalo se řádově o několik desítek potencionálních respondentů, tedy byl nad očekávání i nad mé možnosti z hlediska zvoleného designu výzkumu. Za účelem naplnění cíle bakalářské práce jsem vybral tři respondenty. Jejich základní charakteristiku uvádím v tabulce č.1.

Tabulka č.1: Charakteristika respondentů

Respondent	Věk	Dosažené vzdělání	Doba po přeměně pohlavní identity	Rodinný stav	Děti
Martin	29	VŠ	10 let	Ženatý	1
Standa	29	SOŠ	8 let	Ženatý	1
Roman	53	VŠ	7 let	Ženatý	2

### 5.1.6 Etika výzkumu

Respondenty jsem ještě před samotným zahájením rozhovoru znovu seznámil se záměrem našeho setkání. S ohledem na citlivé téma jsem jim zaručil naprostou anonymitu. K navázání důvěry jsem, s ohledem na zadané téma, nabídl možnost se mě kdykoli v průběhu rozhovoru zeptat doplňující otázkou, dále jsem je seznámil s možností případně neodpovídat na otázku a samozřejmě i s možností kdykoli rozhovor ukončit. V průběhu rozhovoru jsem reagoval na přání respondenta, kterým bylo uvedení odpovědi v jejím přepisu tzv. „mimo záznam“. V rámci neveřejné přílohy jsem se s vedoucí práce domluvil i na dalším ošetření možného úniku osobních a citlivých dat. Což znamená, že jména respondentů, příslušníků rodin, zaměstnavatele a další možné identifikační údaje, včetně zdravotních problémů příslušníků jejich rodin jsem v jinak doslovném přepisu rozhovorů neuvedl. Po konzultaci s vedoucí bakalářské práce jsou přepisy rozhovorů součástí neveřejné přílohy.

Do veřejné části výzkumného šetření jsou zařazeny pouze úryvky odpovědí, které nijak nemohou identifikovat respondenty nebo ohrozit únikem zdravotních dat jejich blízké.

### 5.1.7 Výsledky tematické analýzy

Rozhovory přinesly čtyři základní témata: orientační rodina a vztahy s blízkým okolím transsexuálního rodiče, postoj partnerky z pohledu transsexuálního partnera/rodiče, transsexuální rodič a rodičovství. Tato hlavní témata jsem dále rozčlenil na šest subtémat: narušené fungování rodiny a existenční ohrožení rodiny, narušené vztahy v orientační rodině, narušené vztahy s blízkým okolím, podpora v „coming outu“ a v rámci procesu přeměny pohlavní identity, podpora v manželství, obavy z minulosti a sterilita (viz Tab. č. 2).

Tabulka č. 2 Témata a subtémata realizovaných rozhovorů

Téma	Subtéma
Orientační rodina a vztahy s blízkým okolím transsexuálního rodiče	Narušené fungování rodiny a existenční ohrožení rodiny Narušené vztahy v orientační rodině Narušené vztahy s blízkým okolím
Postoj partnerky z pohledu transsexuálního partnera/rodiče	Podpora v „coming outu“ a v rámci procesu přeměny pohlavní identity Podpora v manželství
Transsexuální rodič a rodičovství	Obavy z minulosti Sterilita

Na úvod respondenty Martina, Standu a Romana představím v rámci jejich rodinné anamnézy a vybraných krátkých odpovědí životního příběhu.

Respondentovi Martinovi je 29 let, vystudoval vysokou školu, je ženatý a má jednoho syna ve věku tří let. V současné době je deset let po procesu přeměny pohlavní identity. Plánuje mít další čtyři děti. Má staršího bratra a oba rodiče.

Respondent Martin svůj životní příběh zahájil slovy: „(...) *od nějakých třinácti let, tehdy jsem to nebral nijak ani, že by to bylo nějaký divný a vlastně procesem proměny jsem začal až asi v šestnácti, sedmnácti letech*“.

Respondentovi Standovi je 29 let, vystudoval střední odbornou školu, je sedm let ženatý a má ročního syna. V současné době je osm let po procesu pohlavní identity. Plánuje mít další dítě. Má dva mladší bratry a oba rodiče.

Respondent Standa řekl: „(...) *ve třech, čtyřech letech, kdy jsem se sám oslovoval jako muž, a často jsem i vystupoval za to mužský pohlaví, což, moji rodiče nechápali, mysleli si ze začátku, že je to nějaká hra*“.

Respondentovi Romanovi je 53 let, vystudoval vysokou školu, je 7 let ženatý, v registrovaném partnerství žil se svojí současnou ženou 8 let, má dvě dcery ve věku

9 a 11,5 let. V současné době je sedm let po procesu přeměny pohlavní identity. Má jednu starší sestru a maminku, tatínek již nežije.

Respondent Roman zahájil slovy „(...) asi od pěti let, od toho raného dětství, co si pamatuji, jsem nesnášel sukýnky (...)“.

## **5.2 Téma: Orientační rodina a vztahy s blízkým okolím transsexuálního rodiče**

Všichni respondenti procházeli procesem přeměny pohlavní identity v rámci svých orientačních rodin. První téma se v nasbíraných datech objevilo na samém úvodu rozhovoru. Respondenti vnímali prostředí orientační rodiny potažmo vztahů s blízkým okolím odlišným způsobem. Usuzuji z toho, že „coming out“ transsexuálních rodičů byl přímým původcem narušených vztahů. Jeden respondent vnímal svoji rodinu jako fungující, druhý respondent připustil možnost ne zcela kvalitních vztahů a třetí rodinné vztahy označil defacto jako nefunkční. Závažnost zjištěné skutečnosti přinesla tři subtémata v podobě narušeného fungování rodiny a jejího existenčního ohrožení. Respondenti zmiňovali také narušené vztahy v orientační rodině a narušené vztahy s blízkým okolím.

### **5.2.1 Subtéma: Narušené fungování rodiny a existenční ohrožení rodiny**

V průběhu rozhovoru dva respondenti rozkryli závažné situace, které je zastihly v jejich orientačních rodinách ve fázi RLT. Třetí respondent se dokázal se jmenovanou fází vyrovnat.

Z analýzy všech tří rozhovorů vyplynulo, jak složité a těžko uchopitelné je RLT (období tzv. neutrálního jména), které přímo či zprostředkovaně způsobuje narušené fungování rodiny a její existenční ohrožení.

Respondent Standa se ve fázi RLT marně ucházel o zaměstnání: „(...) už mě to dost jako vysávalo, ta práce, takže jsem odešel, ale měl jsem docela problém najít novou. Díky tomu, že jsem nepatřil ani tam ani tam (opakuje), a ono to dost blbě působí na toho potencionálního zaměstnavatele, když tam člověk přijde a má takový divný jméno (...)“.

Respondent Martin se do současnosti nedokázal s prožitou zkušeností celého procesu pohlavní identity vyrovnat, což dokládala jeho slova: „Pamatuju si první sezení u Hanky Fifkové, že mi některý fáze přišly zvláštní, že třeba ten RLT a tydlencty věci, to přece nejde, vždyť je to za vlasy přitažený, nechal jsem si vysvětlit, že bez toho to nejde, já jsem to vzal, že bez toho to nejde, .... jsem se s tím, doted'ka nevyrovnal (...)“.

Respondent Roman konstatoval: „(...) *na druhý straně by člověk, měl respektovat to, že ten, kdo to vlastně platí, má nějaký požadavky*“.

### **5.2.2 Subtéma: Narušené vztahy v orientační rodině**

Pozornost, která byla věnována zahájení celého procesu přeměny pohlavní identity, přinesla u jednoho respondenta zjištění vážně narušeného vztahu s otcem, u druhého respondenta s matkou a u třetího respondenta s bratrem. Z tohoto zjištění vyplynulo, o jak závažný problém se ve skutečnosti jedná.

Respondent Martin: „(...) *máma to vzala docela v pohodě, táta strašně špatně, asi deset let jsme se spolu nebavili*“. „(...) *změnilo se to v podstatě, až když se nám narodilo dítě*“.

Respondent Martin v průběhu rozhovoru doplnil svá předchozí slova: (...) „*jeden strýc, jako se kterým se stýkáme, jenom velmi sporadicky, nesouhlasí s tím, aby se to část rodiny vůbec dozvěděla, z těch důvodů, že by to mohli vzít, nevím jak*“.

Respondent Standa: „*No, vlastně brácha, je pravda, že u toho bráchy o dva roky mladšího, tam jako u jediného jsem vnímal trošičku jako by problém, on je takovej dost konzervativní, a on jako by, hodně špatně přijímá i homosexuály (...)* „*takže jsem ho musel přesvědčit o tom, že to fakt jako rozmar není*“. „(...) *že když se s tím nesmíří, prostě pro mě to nic neznamena, vidat se nemusíme*.“

Respondent Standa doplnil svoji výpověď o časový úsek: „*Ale nakonec, jsem ho teda přesvědčil, trvalo to asi tři roky, no*“.

Respondent Roman: „*Heleď, já vlastně v té chvíli, kdy jsem se k tomu rozhodnul, už můj otec nežil, a maminka, se kterou mám poměrně dost dobrý vztah, tak ta to nesla velmi těžce, jako, že jsem si zničil život*“. „(...) *ona se to naučila respektovat*“.

### **5.2.3 Subtéma: Narušené vztahy s blízkým okolím**

Subtéma narušených vztahů se rozrostlo o zjištění dalších skutečností, kterou byly narušené vazby na blízké okolí a to konkrétně u dvou respondentů. Z odpovědí respondentů vyplynulo, že jeden respondent řešil vztah s kolegou v zaměstnání a druhý respondent řešil chování svého souseda a zamýšlel se nad rodinami, které se s ním a jeho dětmi nechtějí stýkat z důvodu prodělané změny pohlaví. Třetí respondent se s touto

skutečností nemusel vyrovnávat, a to z důvodu pečlivě ukryvané minulosti před svým okolím.

Respondent Standa: *„Já musím říct, že mám asi strašný štěstí na ty lidi kolem, ale vyloženě nějaký negativní zážitek nemám, jenom u jednoho z předchozích zaměstnavatelů (...). „(...) takový ty pracovníci skladu, takový ty mačo chlapi, že jo, tak když se to dověděli, tak měli jakoby vtípky (...).“*

Respondent Roman: *„Hele, většinou ne, jako kupodivu. Setkal jsem se, je to opravdu pár případů jakoby v jednotkách, že třeba mi to někdo neřekl do očí, ale pak jsem třeba slyšel, že se s námi, s dětma nechtěj stýkat, že jsem divnej“. „(...) mám takového specifického souseda (...). „A on, když se o tomhle tom dozvěděl, ten se mohl úplně zbláznit“.*

Respondent Martin: *„(...) já nejsem ten, kterej by to dával najevo, nevím asi možná mám, že mám štěstí, že to na mě na první pohled není vidět, takže nemám, nesetkal jsem se s tím skutečně, ale protože spíš se schovávám v neutrálním slova smyslu“.*

### **5.3 Téma: Postoj partnerky z pohledu transsexuálního partnera/rodiče**

Druhé téma, které jsem identifikoval, byla udílená podpora partnerky. Z tematické analýzy vyplynulo, že jeden respondent by se bez udílené podpory partnerky dokázal s následky prodělaného procesu vyrovnat jen s velkými obtížemi a dva respondenti by odkládali zahájení celého procesu, které by mohlo vyústit do závažných psychických problémů. Toto téma zde dále analyzuji do subtémat, jako je podpora v rámci procesu přeměny pohlavní identity a podpora v manželství v kontextu výchovy dětí. Všichni tři se shodně a kladně vyjádřili k postoji partnerky.

#### **5.3.1 Subtéma: Podpora v „coming outu“ a v rámci procesu přeměny pohlavní identity**

Jeden respondent se vyjádřil k udílené podpoře své partnerky v souvislosti s nevyužitou možností uchování biologického materiálu, další dva respondenti podporu partnerky vnímali jako samotný impuls k zahájení celého procesu změny pohlaví.

Respondent Martin: *„(...) kdybychom se rozešli, taky bych nad tím přemýšlel, to by bylo, že jako víc v prdeli (...).“*



Respondent Standa: „(...)když jsem jí řekl, že do toho, jdu, že to fakt bude lepší pro všechny, tak mě podpořila, vůbec nic nenamítala, ale naopak řekla, že je to super, když se takhle budu cítit dobře, tak se bude cítit dobře i ona (...)“.

Respondent Roman: „(...) tehdy postrčilo k tomu, což je velká zásluha mé partnerky, že mě v tom podpořila, a ona mě taky vlastně tak od začátku vnímala, že vlastně mám zajít za Hankou Fifkovou a začít to řešit“.

### **5.3.2 Subtéma: Podpora v manželství**

Jeden ze tří respondentů otevřel subtéma udílené podpory manželkou, které ukázalo, jak narušené vztahy z orientační rodiny s okolím dokáží ovlivnit manželskou dyádu. Respondent Roman: „(...) to není jen tak, to si dovedeš představit, a to jsme spolu prošli teda les čím. Nebyly někdy jednoduchý doby a jsme spolu patnáct, teďka to je v červenci patnáct let“.

## **5.4 Téma: Transsexuální rodič a rodičovství**

Transsexuální rodič se může zbavit možnosti stát se biologickým rodičem. Toto téma v průběhu rozhovorů zaznívalo velmi často, a tak se stalo námětem pro následné subtéma. Analýza zkoumaného souboru dat objevila další závažný problém, který u dvou respondentů vyvolal obavy z možného odhalení utajené minulosti jejich dětmi.

### **5.4.1 Subtéma: Obavy z minulosti**

Dva respondenti založili rodinu po procesu přeměny pohlavní identity a rozhodli se své děti neinformovat o své minulosti, což vyústilo do obav z možného odhalení minulosti. Třetí respondent založil rodinu v rámci registrovaného partnerství a jako jediný své děti informoval o své minulosti.

Respondent Martin: „To je taky věc, kterou jako nemám úplně pořešenou, vím, že to snad i doporučuje, snad i, my jsme to takhle někdy s Hankou Fifkovou řešili, že by to mělo nějakým způsobem zaznít, a jí jsem, a přiznám se, že jsem doteďka nepochopil argumentaci, proč by to tak mělo být. „(...) jasně, dítě má právo na nějaké informace, já mám zas sakra právo neříct, skutečně nevím, a fakt jsem neslyšel, nějaký důvod, který mě osobně by mě přesvědčil o tom, proč a jak by to tomu dítěti pomohlo (...)“ . „... v jakém momentě by se to mělo, nějak jako, když to řeknu blbě, provalit, na mě“ . „(...) dobře potom to bude možná nějaký překvapení, kdyby se to a pro to dítě by to, možná, potom mohlo být, ty jsi mi něco skrýval“.

Respondent Martin: „*Svým způsobem bylo, ale v tom smyslu, že já bych si řekl jako, nebyl o tom důvod o tom mluvit, hm, kdy jako co, jo, jako jaký moment, fakt, jaký moment by nastal, abych dokážu si představit takový situace, ne že ne, kdyby se mě napřímo zeptal, tak mu neřeknu, prostě bych mu nelhal*“.

Respondent Standa: „*Vím, že je to důležitá součást mojí minulosti a vím, kdyby můj syn za mnou přišel a s tím, že třeba, může se to stát, najde fotky nebo něco, jo, ty fotky prostě existují, jsou dohledatelný, kdyby objevil, nějaký fotky, tak jsem připravený, prostě pravdu (...)*“ „*Já jsem jako o tom uvažoval, a asi jsem připravený mu zodpovědět jeho otázky, pokud by nějaké byly. Ale, že bych sám od sebe inicioval tenhle ten rozhovor, asi ne*“.

Respondent Roman: „*No jasně ty to vědí, to se mnou všechno prožívají a probírají*“.

#### **5.4.2 Subtéma: Sterilita**

Sterilitou, resp. nemožností mít vlastní biologické děti po prodělané přeměně pohlaví, se zabývali všichni tři respondenti. Identifikoval jsem toto subtéma jako jediný problém, který nelze zvrátit. Jeden respondent tuto podmínku procesu přeměny pohlavní identity považoval za své osobní selhání. Další respondent vnímal sterilitu výhradně jako podmínku celého procesu přeměny pohlavní identity a nijak se jí ani nepokoušel řešit a třetí respondent ji zařadil jako námět do diskuse.

Respondent Martin: „*Ale jak jsme to řešili relativně jako mladý, protože já jsem na byl tý první operaci, to mi bylo nějakých osmnáct, (...) jsem prostě dal souhlas k věcem, o kterých bych teďka víc třeba přemýšlel, po těch deseti letech. Jo, ale, tehdy jsem nad tím tak nepřemýšlel*“ . (...) „*Tak jsem moc nehleděl na ty oběti třeba, a my jsme se bavili o tom vlastně, že kdybych byl starší, tak bych víc přemýšlel nad tím, jestli prostě nevyužít nějaké možnosti uchování svého genetického materiálu do budoucna, tehdy jsem nad tím vůbec nepřemýšlel (...)*“.

Respondent Standa v rámci operací se rozhodl s vědomím: „*(...) jsem věděl, že musím najít někoho nebo zůstat s partnerkou, kterou mám a pokusit se o nějakou alternativu*“, *jak mít děti*“.

Respondent Roman bez rozmyšlení reagoval slovy: „*(...) takže mě ani nenapadlo přemýšlet o tý první operaci, jako vlastně, navíc už jsem byl ve věku kdy, že se naopak zbavuju věcí, který nebudu potřebovat (...)*“ „*ale chápu, že to může být otázka pro mladší*

*lidi, ale jako já musím říct, že jsem o tom nějak zvlášť nepřemýšlel nebo nepřemýšlel, ale já jsem byl tak šťastnej, že je to možný, že jsem tím prostě profrčel“.*

Respondent Standa ve smyslu přeměny pohlavní identity odpověděl: „(...) je to tady nastavený tak, že člověk, transsexuál nemůže mít vlastní děti, tady podle legislativy (...)“.

## 5.5 Diskuze

Hlavní otázka výzkumného šetření zněla následujícím způsobem: „Jaké vztahy ve své orientační a prokreační rodině zažívají osoby po přeměně pohlaví?“ Další dvě podotázky byly tyto: „S jakými potížemi ve vztazích se osoby po přeměně pohlaví setkávají?“ „Jak nahlíží osoba na sama sebe po přeměně pohlaví v roli rodiče?“

Pro zodpovězení výzkumné otázky byla použita kvalitativní výzkumná strategie. Data byla sebrána prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru. Pro jejich vyhodnocení byla zvolena tematická analýza. Výsledky výzkumného šetření přinesly tři témata:

Téma: Orientační rodina a vztahy s blízkým okolím transsexuálního rodiče.

Téma: Transsexuální rodič a rodičovství.

Téma: Postoj partnerky z pohledu transsexuálního partnera/rodiče.

Svá zjištění budu porovnávat s vyjádřeními paní MUDr. Hany Fifkové, která mi byla poskytnuta prostřednictvím expertního rozhovoru.

Úvod diskuze otevře orientační rodina a vztahy s blízkým okolím transsexuálního jedince. Důvodem jeho vzniku bylo několik zjištěných skutečností. Všichni tři respondenti se na samém počátku, a tedy vlastně v průběhu procesu přeměny pohlavní identity museli vyrovnávat s odmítnutím v rámci svých orientačních rodin. Konkrétně se u respondentů jednalo v jednom případě o bratra, ve druhém o otce a ve třetím o matku. Negativní reakci okolí všichni tři respondenti zažili v různé podobě. Což dokládá fakt, že jeden respondent nemohl nalézt práci a poté byl zesměšňován kolegy v zaměstnání, druhý konstatoval, že se s ním nestýká širší rodina a třetí měl problémy se svým sousedem a okolními rodinami. Na tomto základě vyvozují, že obecným problémem transsexuálních rodičů a transsexuálních lidí je období „coming outu“, které se z orientačních rodin přenáší do rodin prokreačních a širších, případně do zaměstnání apod.

Paní MUDr. Hana Fifková vyslovila na dané téma své stanovisko, když zodpověděla na otázku v souvislosti se zkušeností jejich klientů s přijetím, případně odmítnutím v rámci rodiny: „*Většinou dobrou. Záleží to samozřejmě na mnoha faktorech – např. typu rodiny, vztazích uvnitř ní, ale i na tom, zda již dlouhodobě předtím rodina vnímala, že jeden její člen má nějaký vážný problém. Bohužel se ale i v současné době lze setkat s tím, že rodina svého člověka nepochopí, resp. nechce pochopit a odmítne ho respektovat*“.

Domnívám se, že se výzkumné šetření do určité míry, s ohledem na malé množství respondentů, shoduje i s dlouholetou zkušeností paní doktorky. Ke zkušenosti svých klientů s negativním postojem okolí na jejich změnu pohlaví vyjádřila svůj profesionální náhled MUDr. Hana Fifková dále slovy: „*Ano, ale nepříliš často. Horší situaci mají lidé MtF, protože změna z muže na ženu je společností přijímána s většími rozpaky, než změna z ženy na muže. Negativně zpočátku reagují i někteří blízcí, ale většinou proto, že mají o svého člověka strach. Bojí se, aby neudělal chybu, které bude později litovat. Negativně reagují také lidé, kteří odmítají přijmout základní vědecká fakta o vrozenosti psychické identity (např. v rámci svého světonázoru) a myslí si, že život jde žít, aniž by člověk změnu pohlaví absolvoval. Vůbec netuší, o čem mluví. Pokud někdo, kdo se cítí být mužem, bude celý život dělat, že je žena, nebude to život plně prožitý, ale s vypětím všech sil bídě přežitý*“. Nabyl jsem dojmu, že se závěry výzkumného šetření s paní doktorkou z hlediska prvního téma nerozcházejí, ale naopak se potvrzují.

Výzkumné šetření identifikovalo další téma, kterým je role transsexuálního rodiče a jeho rodičovství. Dotýká se dětí transsexuálních rodičů a souvisejících současných legislativních podmínek procesu změny pohlavní identity, jejímž přímým důsledkem je sterilita. Výzkumné šetření dospělo ke zjištění, že se rodiče potýkají s obavami z nepochopení své minulosti svými potomky, což dokládá zjištěný fakt, že se dva respondenti rozhodli své děti neinformovat, čímž sebe a potažmo celou prokreační rodinu vystavili možnému riziku z neočekávaného prozrazení. To celé může vyústit ve vážný vztahový problém v rodině. Na otázku, zda sdělují rodiče svou minulost dětem MUDr. Hana Fifková řekla: „*Podle mne by měli a většinou to dělají – vhodnou formu a vhodným jazykem. Jinak by byla celý život rodina v ohrožení tím, že tuto informaci do ní přinese někdo zvenku, a to tím nejnevhodnějším způsobem. Snažíme se s mými klienty také pracovat na změně vlastních jejich postojů. To, že prošli změnou pohlaví, sice neznamená, že by to měli celý život říkat všem kolem, ale na druhou stranu nejde o nic, za co by se měli stydět. Není to ani špatnost, ani vina, ani hřích. Je to standardní řešení vrozené poruchy, za kterou nemohou*“. Tímto svým stanoviskem, podle mého mínění, paní doktorka potvrdila i obavy rodičů, které přineslo výzkumné šetření. Jeden z respondentů měl děti v rámci registrovaného partnerství a o své minulosti je informoval. Paní MUDr. Hana Fifková se k této skutečnosti vyjádřila: „*(...) Někteří mí klienti ale přicházejí kvůli změně pohlaví a již rodiči jsou (většinou MtF – jsou manželé a otci) – pak je potřeba*

*pomoci rodině, aby se všemi prostředky vyrovnala s tím, že jeden z rodičů se rozhodl změnit pohlaví“.*

Myslím, že na základě těchto slov lze odvodit, že i takto založené prokreační rodiny mívají další problémy. Tato skutečnost naznačuje, že se jedná o daleko obsáhlejší a hlubší problém, než jakým se na samém začátku jevil.

Poslední příspěvek do diskuze je téma postoje partnerky z pohledu transsexuálního partnera/rodiče. Výzkumné šetření hodnotilo postoj partnerky v rámci rozhodovací fáze, v průběhu procesu přeměny pohlavní identity a v rámci následného manželství. Všichni tři respondenti označili podporu svých partnerek jako neocenitelnou, a to především v období před zahájením celého procesu přeměny pohlavní identity. MUDr. Hana Fifková se na dané téma v souvislosti s rozhodovací fází a počátkem léčby vyjádřila: *„Na začátku spolupráce je důležité samozřejmě pochopení a respektování skutečnosti, kterou mi můj klient sděluje. Je také dobré postupovat prakticky – lidé s transsexualitou za mnou přicházejí plní nejistot, pocitů viny za něco, za co nemohou – společně problém pojmenujeme a uděláme plán, jak budeme postupovat. Je také důležité naplánovat jednotlivé kroky, které rychle situaci zlepší – nikdo za mnou nepřichází proto, abychom si další rok jen povídali. Fyzická dysforie a psychická nepohoda, deprese, úzkosti - to je něco, co je potřeba řešit bezodkladně“.*

Předkládaná témata se podle mého názoru i navzdory nízkému počtu respondentů v zásadě nerozcházejí s profesionálním pohledem paní MUDr. Hany Fifkové.

## 5.6 Závěr výzkumného šetření

Než přejdu k závěrečnému hodnocení, rád bych uvedl svoji motivaci realizace celé bakalářské práce. Téma vztahů v rodinách s transsexuálním rodičem, ještě nikdo v bakalářské práci v České republice nezpracoval. Sám jsem rodičem i prarodičem a téma rodičovství se mne hluboce dotýká. Obě tyto skutečnosti mne přivedly k myšlence, že stigma, které dostává netradičně založená rodina, je téma, kterým bych mohl otevřít diskuzi. Nyní se prostřednictvím výzkumného šetření pokusím zodpovědět nejen zásadní otázku celého projektu, ale i další dvě podotázky.

Nejdříve se pokusím zodpovědět první podotázku. S jakými potížemi ve vztazích se osoby po přeměně pohlaví setkávají?

Na základě provedeného výzkumného šetření byl jeden z rodičů vystaven nerovnému zacházení v rámci procesu přeměny pohlavní identity ve fázi neutrálního jména. Jelikož se mu nepodařilo najít zaměstnání, vystavil rodinu existenčním problémům. Jak již bylo uvedeno v teoretické části práce, jednalo se o formu diskriminace, která je velmi obtížně prokazatelná.

Odpověď na druhou podotázku přinesla zjištění, že se transsexuální rodič cítí ve své roli navzdory zažitě zkušenosti jak po tělesné i psychické stránce velmi dobře. Sám sebe vidí jako milujícího rodiče a svoji manželku vnímá jako oporu, o čemž svědčí i fakt dlouhodobých vztahů.

Nyní se pokusím zodpovědět samu hlavní otázku celého výzkumného šetření. Výzkumné šetření došlo ke zjištění, že zásadním problémem transsexuálních rodičů a transsexuálních lidí je obecně období „coming outu“, které se prolíná z orientačních rodin do rodin prokreačních. V empirické části práce jsem zjistil, o jak závažný zásah do rodin se jedná. Všichni tři v tomto období měli narušené vztahy v orientačních rodinách. Jednalo se o otce, matku a sourozence. Jeden za tří uvedených respondentů neinformoval svého syna a potažmo svoji širší rodinu o prodělané změně identity a druhý respondent se rozhodl vyčkat na případné otázky svého potomka. Všichni tři respondenti byli vystaveni sociálně-patologickému jevu vyskytujícímu se u některých menšin, kterým je xenofobie a tedy i nálepkování.

Transsexualismus je společností sice tolerován, a to do značné míry, ale přesto jsou příslušníci této menšiny vystaveni projevům xenofobních jedinců. Zkušenost s tímto jevem dokládá fakt, že dva respondenti byli zesměšňováni kolegy v zaměstnání, jeden z nich navíc konstatoval, že se s ním nestýká širší rodina z důvodu jím prodělané změny pohlaví. Na třetí problém, kterým bylo nerovné zacházení na trhu práce, jsem již upozornil.

Z dalších uvedených příkladů vyplývá, že přes ukončený proces přeměny pohlavní identity v minulosti stále u dvou respondentů přetrvává obava z konfrontace jejich minulého a současného života, která je řešena v jednom případě úplným ukončením vztahů s jeho nejbližšími. Za poslední zmínku stojí sousedský problém a odmítnutí okolními rodinami jednoho z respondentů.

Tím se dostávám k zodpovězení daného předmětu výzkumného šetření. S ohledem na malý počet respondentů mohu pouze ve vztahu k jejich odpovědím konstatovat, že vztahy, které ve své orientační a prokreační rodině zažívají osoby po přeměně pohlaví i přes problematickou fázi RLE a včetně sporné podmínky ukončení celého procesu sterilitou, jsou vztahy v prokreačních rodinách harmonické. Transsexuální rodiče si vzájemně udílí podporu, spolupracují i v těžkých chvílích a své děti milují. Dále mohu také konstatovat, že prokreační rodiny jsou plně funkční. Na druhou stranu vztahy s orientačními rodinami, kde se ve většině případů odehrává „coming out“ a tedy i problematické fáze RLE, bývají narušené nejen v rámci zmíněného období, ale i po ukončeném procesu pohlavní identity. Rodiny se spolu nestýkají anebo je realizován kontakt jen s některými členy. To se děje na popud orientačních rodin, nikoli tedy rodin s transsexuálním rodičem. To se samozřejmě dotýká celé prokreační rodiny transsexuálního jedince.

Téma zabývající se dětmi transsexuálních rodičů mne zaujalo natolik, že jsem se rozhodl mu nadále věnovat v rámci navazujícího studia. Na základě nasbíraných dat se osmělím doporučit větší informovanost zejména ve školách, která by vedla k prevenci, odstranila mýty a stigmata v souvislosti s transsexualismem. A sociální práci jako pomáhající profesi navrhnout, aby své zdroje vyčlenila na pomoc transsexuálním lidem a všemi dostupnými nástroji eliminovala možné sociálně nepříznivé dopady tohoto jevu.



Celé výzkumné šetření uzavřou slova jednoho z respondentů v roli rodiče ročního syna: *„Hlavní je i to, aby nebylo jenom biologicky zdravý, ale já bych si prostě hrozně moc přál, aby nemuselo procházet tím, čím já, že bude narozený jakoby do toho správného těla. To bych si prostě přál“.*

## **Závěr**

Tato bakalářská práce s názvem Transsexualismus v kontextu rodiny se zabývá rodiči FtM (Female to Male), kteří prošli přeměnou pohlavní identity. Na úvodu byl určen cíl, kterým bylo podat základní informace o transsexualismu, objasnit celý proces přeměny pohlavní identity, zaměřit se na možné dopady v sociální oblasti rodin transsexuálních lidí a předložit možnosti sociální práce s rodiči FtM. K problematice bylo čerpáno z řady odborné literatury.

Teoretická část práce se snaží o ucelený pohled na celou problematiku poruchy pohlavní identity v kontextu rodičovství. Vymezuje základní pojmy transsexualismu a rodiny, dále popisuje typologii a funkce. Teoretickou část uzavírají možná rizika cílové skupiny rodin a možnosti podpory sociální práce.

Teoretická část byla podkladem pro část empirickou, kterou tvoří výzkumné šetření. Zvolenou metodou kvalitativního výzkumu byla tematická analýza. Data byla identifikována třemi polostrukturovanými rozhovory. Hlavním cílem výzkumu bylo získat informace o tom, jak lidé po realizované přeměně pohlaví nazírají své vztahy ve svých orientačních a prokreačních rodinách.

I když se jednalo o malé množství respondentů, výsledky ukázaly na závažné problémy, se kterými se cílová skupina rodičů setkává. Všichni tři respondenti narazili na problém vyskytující se v souvislosti s poruchou pohlavní identity. Jednalo se především o znevýhodněné zacházení a nálepkování. Na tomto základě jsem předložil návrhy řešení sociální práci. Domnívám se, že i tento cíl byl i splněn.

Chystané legislativní změny, které se zásadním způsobem dotknou celého procesu přeměny pohlavní identity, tedy i vzrůstající informovanost naší společnosti vnímám jako významný posun ve společnosti vůči lidem, kteří prošli změnou pohlaví. Vyjmutí transsexualismu z klasifikace nemocí z kategorie poruch je sice ještě v nedohlednu, ale už samotná diskuze o třetím pohlaví tuto změnu může významně podpořit. Na druhou stranu i přes všechna pozitiva je alarmující, že stále dochází k uvedeným sociálně-patologickým jevům. Věřím, že tato bakalářská práce bude přínosem nejen v oblasti sociální práce, ale i pro širokou veřejnost, a že její poznatky budou námětem k zamyšlení nejen pro sociální pracovníky, ale i každého jednotlivce.

## Seznam použitých zdrojů literatury

### Knižní zdroje:

Bechyňová, V. & Konvičková, M. (2011). *Sanace rodiny: [sociální práce s dysfunkčními rodinami]*. Vyd. 2. Praha: Portál, 2011.

Braun, V. & Clarke, V. (2012). *Thematic Analysis. In: Harris COOPER. APA handbook of research methods in psychology, Vol. 2: Research designs: Quantitative, qualitative, neuropsychological, and biological*. Washington, DC: American Psychological Association.

Čábalová, D. (2011). *Pedagogika*. Praha: Grada.

Fifková, H., et al., Wess, P., Procházka, Jarolím, L., Veselý, J. & Weiis, V. (2002). *Transsexualita: diagnostika a léčba*. Praha: Grada.

Fifková, H., et al., Wess, P., Procházka, I., Cohen-Kettenis, P., T., Pffaffin, F., Jarolím, L., Veselý, J. & Weiis, V. (2008). *Transsexualita a jiné poruchy pohlavní identity*. Vyd. 2. Praha: Grada.

Giddens, A. (1999). *Sociologie*. Praha: Argo.

Hanuš, H. et al., Čápková, E., Čížek, J., Hosák, L., Kučera, V., Láznička, P., Libigerová, E., Panoušek, V., Pidrman, V., Pleskač, M., Podzimková, D., Smolík, P., Tůma, I., & Zbytovský, J. (1999). *Speciální psychiatrie*. Praha: Karolinum.

Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum*. Praha: Portál.

Jansa, P. (1997). *Repetitorium speciální patologie*. Praha: Grada, 1997.

Kvasnicová, J. & Šamánek, et al., Černá, J., Obrovská, L., Ondrůjová, Z., Pospíšil, I., Strupek, D., & Štěpánková, M. (2015). *Antidiskriminační zákon: komentář*. Praha: Wolters Kluwer.

Matoušek, O. (1993). *Rodina jako instituce a vztahová síť*. Praha: Sociologické nakladatelství. Studijní texty (Sociologické nakladatelství).

Matoušek, O., (2003). *Metody a řízení sociální práce*. Praha: Portál.

Matoušek, O. (2008). *Slovník sociální práce*. II. vyd., Praha: Portál.

Matoušek, O. & Pazlarová, H. (2010). *Hodnocení ohroženého dítěte a rodiny v kontextu plánování péče*. Praha: Portál, 2010.

Matoušek, O., Kodymová, P., & Koláčková, J., ed. (2010). *Sociální práce v praxi: specifika různých cílových skupin a práce s nimi*. Vyd. 2. Praha: Portál.

*Mezinárodní klasifikace nemocí: abecední seznam: mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění 10. decennální revize.* (1999). Praha: Grada.

Možný, I. (2006). *Rodina a společnost*. Ilustroval Jiránek V., Praha: Sociologické nakladatelství. Studijní texty (Sociologické nakladatelství).

Navrátil, P. (2001). *Teorie a metody sociální práce*. Brno: Marek Zeman.

Novotná V., Burdová, E. & Riedlová Jurková, J. (2016). *Zákon o sociálně-právní ochraně dětí s komentářem*. 2., aktualizované vydání. Olomouc: Anag.

Orel, M. et al., Facová, V., Heřman, M., Koranda, P., Šimonek, J. & Volková, L. (2016). *Psychopatologie: nauka o nemocech duše*. 2., aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada.

Oakley, A. (2000). *Pohlaví, gender a společnost*. Praha: Portál.

Poněšický, J. (2012). *Fenomén ženství a mužství: psychologie ženy a muže, rozdíly a vztahy* 4. vyd. Praha: Triton.

Praško J. a Látalová K. et al., Cakirpaloglu, S., Grambal, A., Grambalová, Z., Hunková, M., Havlíková, P., Jelenová, D., Kamarádová, D., Kubínek, R., Látalová, K., Mainerová, B., Ocisková, M., Sandoval, A., Sigmundová, Z., Šmoldasová, J., Talová, B., Ticháčková, A., Veselý, Z., Vrbová, K., Vyskočilová, J. & recenzent Možný, P. (2013). *Psychiatrie v primární péči*. Praha: Mladá fronta. Edice postgraduální medicíny.

Průcha, J. (2015). *Přehled pedagogiky: úvod do studia oboru*. 4., aktualizované vydání. Praha: Portál.

Říčan, P. (2013). *Psychologie*. Vyd. 4. Praha: Portál.

Vodáčková, D. et al., Bahbouh, R., Baštecká, B., Čierná, J., Hajný, M., Havránková, O., Janečková, B., Koblíček, L., Lorenc, J., Lucká, Y., Mamula, J., Nováková, Z., Ošancová, R., Procházková, J., Schusterová M., Šmolka, P., Štichová, Z., Vančura & M., Vyhnálková, H. (2007). *Krizová intervence*. 2. vyd. Praha: Portál, 2007.

Vygotskij, L. S., (2004). *Psychologie myšlení a řeči*. Vyd. 1. (jako komentovaný výbor, celkově v češtině 3.). Praha: Portál.

Zvolský, P., et al., Faltus, F., Herman, E., Hynek, K., Janotová, D., Jiráček, R., Mareček, P., Pavlovský, P., Raboch, Souček, K., Študent, & V., Zemek, P., (1998). *Speciální psychiatrie*. 2. vyd. Praha: Karolinum.

## **Bibliografické údaje**

Jméno a příjmení autora: Adam David

Studijní program: Sociální práce a politika

Studijní obor: Sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: Transsexualismus v kontextu rodiny

Vedoucí práce: PhDr. Kateřina Šámalová, Ph.D.

Rok dokončení práce: 2019

Počty znaků hlavního textu práce: 138631

Počet stran (bez příloh): 67

Příloha: 0

Přímé citace: 3065

Název soubor umístěn na doprovodném CD Text ve formátu PDF.

BPDavidTranssexualismusvkontexturodiny

**Posudek vedoucího bakalářské práce  
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: DAVID Adam

Obor studia: sociální práce se zaměřením na komunikaci a aplikovanou psychoterapii

Název práce: *Transsexualita v kontextu rodiny*

Vedoucí práce: PhDr. Kateřina Šámalová, Ph.D.

**Technické parametry práce:**

Počet stránek textu (bez příloh): 67

Počet stránek příloh: 0

Počet titulů v seznamu literatury: 27

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

**Výběr tématu**

Závažnost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Oborová přílehavost tématu

	1			
--	---	--	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

		2		
--	--	---	--	--

**Formální zpracování**

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

	1			
--	---	--	--	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	1			
--	---	--	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

		2		
--	--	---	--	--

**Metody práce**

Vhodnost a úroveň použitých metod

	1			
--	---	--	--	--

Využití výzkumných empirických metod

		2		
--	--	---	--	--

Využití praktických zkušeností

	1			
--	---	--	--	--

**Obsahová kritéria a přínos práce**

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

		2		
--	--	---	--	--

Naplnění cílů práce

		2		
--	--	---	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části v daném tématu

	1			
--	---	--	--	--

Návaznost kapitol a subkapitol

	1			
--	---	--	--	--

\*\* 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

		2		
--	--	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

		2		
--	--	---	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Nechávám prostor pro otázky oponenta/ky.

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

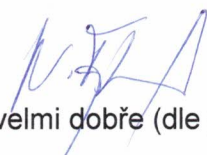
Stěžejním tématem předložené bakalářské práce je tematika transsexuality v kontextu rodinných vazeb a konstelací. Výběr tématu hodnotím jako oborově přílehlavý a samotné téma jako velice významné. A to i přesto, že zastoupení osob po přeměně pohlaví v populaci je velice nízké. Práce vhodným způsobem zvyšuje citlivost odborné i laické veřejnosti k uvedenému tématu, což je nanejvýš důležité.

Bakalářská práce je tradičně dělena na část teoretickou a výzkumnou. V první části práce, která je vystavěna na čtyřech hlavních kapitolách, seznamuje autor čtenáře s jednotlivými dílčími tématy, které z různých úhlů pohledu představují hlavní téma práce. Velice podrobně je tak představen samotný transsexualismus, také rodina jako přirozené lidské společenství, dále autor pojednává o přeměně pohlaví v kontextu rodinných vazeb a práci uzavírá kapitolou věnovanou sociální práci s rodinou, v níž žije člen, který prošel změnou pohlaví. Text této části práce je spíše věcný, čtivý a plynulý. Jednotlivé dílčí podkapitoly na sebe logicky navazují a celková výstavba práce je dostatečně dynamická. Jedinou výtku vznáším k zařazení kapitoly 4.3, která by neměla být nadřazena podkapitolám, které pod ní autor zařazuje (viz obsah). Tuto chybu přičítám opakovanému přepracování uvedené kapitoly č. 4. Jinak autor ke zpracování této části práce využil dostupné recentní literární zdroje

Na teoretickou část práce navazuje část empirická, pro kterou si student stanovil cíl „získat informace o tom, jak lidé po realizované přeměně pohlaví nazírají na své vztahy ve svých orientačních a prokreačních rodinách“. Pro naplnění tohoto cíle byl zvolen kvalitativní výzkumný design. Student realizoval rozhovory se třemi respondenty a dále provedl expertní rozhovor. Pro oba typy rozhovorů měl připravené scénáře. Získaná data byla analyzována metodou tematické analýzy. Dosažené výsledky jsou prezentovány spíše přehledně a srozumitelně. V závěru práce nechybí analýza autorových zjištění s odbornými názory plynoucími z expertního rozhovoru.

Předložená bakalářská práce splňuje standardní nároky kladené na závěrečnou práci tohoto typu a doporučuji ji k obhajobě.

Doporučení k obhajobě: doporučuji



Navrhovaná klasifikace: výborně – velmi dobře (dle průběhu obhajoby)

Datum, podpis: V Praze 17. května 2019



**Posudek oponentky bakalářské práce  
na Pražské vysoké škole psychosociálních studií**

Jméno a příjmení studentky: ADAM DAVID  
Obor studia: Sociální politika a sociální práce  
Název práce: Transsexualismus v kontextu rodiny

Vedoucí práce: PhDr. Kateřina Šámalová, Ph.D.

Oponentka práce: PhDr. Magdalena Koťová, Ph.D.

**Technické parametry práce:**

Počet stránek textu (bez příloh): 67

Počet stránek příloh: 53

Počet titulů v seznamu literatury: 28?

0**	1	2	3	4
-----	---	---	---	---

**Výběr tématu**

Závažnost tématu

	X			
--	---	--	--	--

Oborová přílehlavost tématu

	X	X		
--	---	---	--	--

Originalita tématu a jeho zpracování

			X	
--	--	--	---	--

**Formální zpracování**

Jazykové vyjádření (respektování pravopisné normy, stylistické vyjadřování, zvládnutí odborné terminologie)

			X	
--	--	--	---	--

Práce s odbornou literaturou a prameny (citace, parafráze, odkazy, dodržení norem pro citace, cizojazyčná literatura)

	X	X		
--	---	---	--	--

Formální zpracování (jasnost tématu, rozčlenění textu, průvodní aparát, poznámky, přílohy, grafická úprava)

	X			
--	---	--	--	--

**Metody práce**

Vhodnost a úroveň použitých metod

		X		
--	--	---	--	--

Využití výzkumných empirických metod

			X	
--	--	--	---	--

Využití praktických zkušeností

		X		
--	--	---	--	--

**Obsahová kritéria a přínos práce**

Přístup autora k řešené problematice (samostatnost, iniciativa, spolupráce s vedoucím práce)

--	--	--	--	--

Naplnění cílů práce

		X		
--	--	---	--	--

Vyváženost teoretické a praktické části

		X		
--	--	---	--	--

\*\* 0 – nehodnoceno; 1 – výborně; 2 – velmi dobře; 3 – dobře; 4 – neprospěl/a



v daném tématu

Návaznost kapitol a subkapitol

		X		
--	--	---	--	--

Dosažené výsledky, odborný vklad, použitelnost výsledků v praxi

	X	X		
--	---	---	--	--

Vhodnost prezentace závěrů práce (publikace, referáty, apod.)

X				
---	--	--	--	--

Otázky a náměty k diskusi při obhajobě:

Jak by autor například uvažoval o  
Jak byl vytvořen scénář rozhovorů? zajímavé skutečnosti, že v zemích střední a východní Evropy převažují typy přeměny female-to-male?  
Z jakých zdrojů při tvorbě scénáře rozhovoru autor vycházel?  
Jak se autor dívá na transsexuály jako biologické rodiče?

Celkové hodnocení práce (klady, nedostatky):

Autor se v textu bakalářské práce zabývá tématem rodičů, kteří prošli přeměnou pohlaví (Female to male typ). V teoretické části práce pojednává o samotném procesu přeměny pohlavní identity, zabývá se i rodinou a rodičovstvím. V empirické části práce předkládá autor kvalitativní výzkumnou sondu, v níž za pomoci tematické analýzy zpracovává polostrukturované rozhovory se třemi muži, kteří prošli přeměnou pohlaví a se sexuoložkou Hanou Fifkovou.

Velmi oceňuji volbu poměrně specifického tématu a snahu autora o komplexní a pečlivé pojednání! O něco méně místy oceňuji jeho zpracování. Práce by si zasloužila důkladnější stylistickou a bohužel i gramatickou revizi (občas se vyskytují chyby). Místy je pro mne text na hranici srozumitelnosti nebo již za ní (například již první věta úvodu či anotace - kladu si otázku, zda autora místy netlačil čas?), některé úvahy nejsem schopna sledovat a potřebovala bych vysvětlení (např. proč by měl být sex a priori něco špatného?). Anotace je zbytečně dlouhá a obsahuje poznatky týkající se tématu, které by bylo vhodnější pojednávat v rámci běžného textu práce (definice atp...), naopak v ní postrádám charakteristiku výzkumné sondy. Nerozumím zcela tomu, proč je v práci pojednáno téma rodiny, například text týkající se typologií rodin považuji vzhledem k tématu práce za zbytečný, text je i tak rozsáhlý. Postrádám naopak pojednání o kultuře - jak by autor například uvažoval o zajímavé skutečnosti, že v zemích střední a východní Evropy převažují female-to-male (v ostatních zemích je tomu naopak a Švédsko uvádí vyrovnaný poměr)...? Postrádám také zmínku o fascinující osobnosti M. Hirschfeldovi, který (pokud ne nepletu, což je možné), jako první v roce 1918 systematicky klasifikoval poruchy pohlavní identity.

V rámci empirické části práce se v jejím úvodu dočteme poznatky týkající se rodin - zde si kladu otázku, zda jde o předporozumění autora dané problematice (pokud ano, text by tak měl být označen - pokud ne, jde možná o předem přítomné hypotézy, což je v prováděném typu výzkumné sondy na škodu). Zcela jsem neporozuměla otázce výzkumné sondy - jaké vztahy "zažívají" "osoby po přeměně pohlaví" (zde si také kladu otázku, proč jim neříkat muži?...). V kvalitativní sondě je vhodnější nazývat tázané spíše participanty než respondenty. Rozhovory jsou vedeny velmi přátelsky - z metodologického hlediska považuji za nevhodné, aby tazatel například reagoval na sdělení participanta o vztahu "to je parádní" atp. - podobné reakce mohou výrazně ovlivňovat výpověď. Některé reakce jsou také trochu nápovědou. Doporučovala bych používat pouze otevřené otázky. V rámci podkapitoly "výsledky tematické analýzy" nerozumím některým pasážím textu (například "Respondenti vnímali prostředí orientační rodiny potažmo vztahů s blízkým okolím odlišným způsobem. Usuzuji z toho, že coming out transsexuálních rodičů byl přímým původcem narušených vztahů. Jeden respondent vnímal svoji rodinu jako fungující..."). Je nutné poznamenat, že v tematické analýze se ukazují i velmi zajímavá zjištění - za takové považuji například téma sterility a situaci, kdy svou vlastní sterilitu řeší člověk v osmnácti letech a má se o ní rozhodovat. Otázka transsexuálů jako rodičů je vůbec enormně zajímavá. Z metodologického hlediska si kladu otázku, proč porovnávat data získaná z rozhovorů s výpovědí sexuoložky v rámci diskuse? Proč porovnávat výpovědi získané v rámci kvalitativní výzkumné sondy - tedy subjektivní jedinečnou zkušenost jedince - s pohledem lékařky, která tuto zkušenost sama nemá a nabízí expertní pohled? Nemůže dojít například k relativizaci výpovědí participantů? (nevím, ale tyto otázky si kladu, jde však pouze o můj subjektivní pohled, diskutovat výsledky výzkumné sondy s autoritou v oboru je v pořádku, uvítala bych obsáhlejší vysvětlení tohoto kroku v textu). V rámci diskuse bych uvítala i podrobné a kritické zamyšlení nad mezemi práce z hlediska metodologie, to postrádám a považuji tuto skutečnost za chybu.

Závěrem opět oceňuji autorovu snahu o systematické a pečlivé pojednání psané s otevřenou myslí a přeji autorovi hodně štěstí u obhajoby.

Doporučení k obhajobě: doporučuji

Navrhovaná klasifikace: v závislosti na obhajobě 2-3

Datum, podpis: 20. 5. 2019

PhDr. Magdalena Koťová, Ph.D.

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized 'M' with a horizontal line above it, followed by a cursive 'k'.