H. Fifková, P. Weiss, I. Procházka,
L. Jarolím, J. Veselý, V. Weiss

TRANSSEXUALITA

DIAGNOSTIKA A LÉČBA

Grada Publishing

MUDr. Hanka Fifková
doc. PhDr. Petr Weiss, PhD.
MUDr. Ivo Procházka, CSc.
doc. MUDr. Ladislav Jarolím, PhD.
doc. MUDr. Jiří Veselý, CSc.
MUDr. Vladimír Weiss

TRANSSEXUALITA
Diagnostika a léčba

Recenzoval: doc. MUDr. Jaroslav Zvěřina, CSc.

Vydala Grada Publishing, spol. s r. o.,
U Průhonu 22, Praha 7
tel.: 02/20 386 401, fax: 02/20 386 400
www.grada.cz
jako svou 1518. publikaci

Odpovědná redaktorka Mgr. Klára Kaiserová
Obrázek na obálce MUDr. Pavel Žáček
Sazba a zlom Blažena Posekaná
Počet stran 168
Fotografie k obrazové příloze poskytli autoři
Vydání 1., 2002
Vytiskly Tiskárny Havlíčkův Brod, a. s.
Husova ulice 1881, Havlíčkův Brod

ISBN 80-247-0333-5

OBSAH

VÝŇATEK Z RECENZE

PŘEDMLUVA *(H. Fifková)* 11

1 POHLAVNÍ IDENTITA *(I. Procházka, P. Weiss)* 13
1.1 K historii pojmu 15
1.2 Definice transsexuality 17
1.3 Výskyt transsexualismu v populaci 18
1.4 Situace ve světě 19

2 ETIOLOGIE TRANSSEXUALITY *(H. Fifková, P. Weiss)* 21
2.1 Psychologické teorie 21
2.2 Biologické teorie 23

3 DIAGNOSTIKA TRANSSEXUALITY
(P. Weiss, H. Fifková, I. Procházka) 27
3.1 Psychologická diagnostika 27

4 DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA *(I. Procházka)* 37
4.1 Intersexualita 37
4.2 Homosexualita 39
4.3 Porucha pohlavní identity v dětství (F 64.2 dle ICD 10) 39
4.4 Transvestitismus fetišistický (F 65. 1 dle ICD 10) 40
4.5 Transvestitismus dvojí role (F 64. 1 dle ICD 10) 41
4.6 Psychotická porucha 41
4.7 Syndrom skopců 41
4.8 Organické mozkové léze 42

5 ZÁKLADNÍ ETAPY PROCESU PŘEMĚNY POHLAVÍ
(H. Fifková) 43
5.1 Diagnostika 44
5.2 Fáze rozhodovací 44
5.3 Real life test, Real life experience 45
5.4 Hormonální terapie 45
5.5 Operativní výkony 47
5.6 Pooperační období 47
5.7 Model terapeutického týmu 47
5.8 Kontraindikace přeměny pohlaví 48
Absolutní kontraindikace 48
Relativní kontraindikace 49

6 PSYCHOTERAPIE *(H. Fifková, P. Weiss)* 52
6.1 Formy psychoterapeutického působení 52
6.2 Odpovědnost terapeuta 58
6.3 Odpovědnost klienta 59

7 ENDOKRINOLOGICKÉ ASPEKTY A HORMONÁLNÍ LÉČBA
(V. Weiss, I. Procházka) 60
7.1 Hormonální léčba transsexuálů MtF 61
7.2 Hormonální léčba transsexuálů FtM 64
7.3 Doporučovaná vyšetření u transsexuálních klientů 65
7.4 Absolutní a relativní kontraindikace hormonální léčby 66

8 CHIRURGICKÉ VÝKONY U FtM 67
8.1 Redukční mamoplastika u transsexuálních klientů FtM
(P. Ondrejka) 67
8.2 Operace na vnitřních ženských pohlavních orgánech u FtM
(P. Marešová) 73
8.3 Rekonstrukce penisu, uretry a scróta
(J. Veselý) 74
8.3.1 Náhled do historie rekonstrukcí penisu 74
8.3.2 Standardní způsob našich rekonstrukcí 76
8.3.3 Další použité způsoby našich rekonstrukcí 78
8.3.4 Diskuse 80

9 CHIRURGICKÉ VÝKONY U MtF *(L. Jarolím)* 83
9.1 Historie chirurgických výkonů u MtF 83
9.2 Operační technika 86
Inverze kůže penisu 86
Rektosigmoidální vaginoplastika 89
Augmentační mamoplastika 90

10 ROZDÍLY MEZI TRANSSEXUÁLY FtM A MtF
(P. Weiss, H. Fifková, I. Procházka) 91
10.1 Transsexuální chování v dětství 91
10.2 Sociální adaptace 91
10.3 Partnerská a sexuální adaptace 92
Sexuální život v původních rolích 94
Sexuální život v rolích psychicky vlastních po dokončení procesu přeměny pohlaví 94
Sexuální orientace 94
10.4 Psychologické charakteristiky 95
10.5 Psychopatologie 97
10.6 Adaptace na vlastní tělo 98
10.7 Průběh terapie 98

11 TRANSSEXUALITA A RODIČOVSTVÍ
(H. Fifková) 101

12 PRÁVNÍ ASPEKTY *(V. Raichlová, I. Procházka)* 107

13 TRANSSEXUALITA A NÁBOŽENSKÁ VÍRA
(H. Fifková) 112

14 SOCIOLOGICKÉ ASPEKTY *(M. Linková)* 118

LITERATURA 123

PŘÍLOHA 1
Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association
Standardy péče pro poruchy pohlavní identity, šestá verze 131
I. Úvodní pojednání 132
II. Epidemiologické hledisko 133
III. Diagnostická terminologie 134
IV. Ošetřující lékař 138
V. Diagnostika a léčba dětí a adolescentů 140
VI. Psychoterapie u dospělých 144
VII. Podmínky pro hormonální léčbu dospělých 147
VIII. Účinky hormonální léčby u dospělých 148
Zodpovědnost lékaře předepisujícího hormony 149
IX. Zkušenost reálného života 152
X. Chirurgické zákroky 153
XI. Operace poprsí 155
XII. Operace genitálu 155
Kritéria svědčící o připravenosti pacienta 156
XIII. Pooperační sledování 158

PŘÍLOHA 2
Informovaný souhlas pacienta (pacientky) s provedením operačních zákroků směřujících k dokončení přeměny pohlaví 159
Informovaný souhlas pacienta (pacientky) se zahájením hormonální léčby u poruch pohlavní identity 160

PŘÍLOHA 3
Výpovědi transsexuálních klientů 161

PŘÍLOHA 4
Kontakty 166

Za spolupráci chceme na tomto místě poděkovat doc. J. Zvěřinovi za cenné připomínky a laskavou recenzi, dr. P. Marešové a prim. P. Ondrejkovi za spoluautorství kapitoly o chirurgických zákrocích u FtM, dr. Z. Riegrovi za spoluautorství kapitoly o transsexualitě a rodičovství, dr. V. Rajchlové za spoluautorství kapitoly o právních aspektech problematiky transsexuality, dr. J. Skoblíkovi, B. Bašteckému a J. Štorkovi za spolupráci na kapitole o problematice transsexuality a náboženské víry, mgr. M. Linkové za autorství kapitoly o transsexualitě z pohledu sociologického, D. Sandové, S. Sedlákové, T. Spencerové, K. Vaňkové a Š. Šulcovi za překlady standard HBIGDA, I. Wilczákové a V. Nomenové za možnost použít zdroje z jejich internetových stránek, firmám Organon a Schering za podporu, a všem klientům a klientkám za jejich důvěru, se kterou se na nás obracejí, zejména pak těm, kteří dovolili v této publikaci citovat ze svých osudů.

Za autorský tým H. Fifková

VÝŇATEK Z RECENZE

Rukopis kolektivu autorů se věnuje fenoménu transsexuality z interdisciplinárního pohledu. I když kniha není rozsáhlá, podařilo se autorům důkladně a podrobně informovat čtenáře o biopsychosociálních aspektech tohoto zajímavého a čtenářsky atraktivního tématu.

Etiologie, diagnostika i terapeutická opatření u transsexuality jsou popsány v celé šíři dnešních poznatků lékařských věd. Klinické zkušenosti sexuologů H. Fifkové a I. Procházky umožňují poskytnout čtenáři neobyčejně cenné informace o často velice citlivých a subtilních tématech.

Je důležité, že se autoři přidržují mezinárodně uznávaných standardů, zejména těch, které pravidelně publikuje americká Společnost Harryho Benjamina, lékařského klasika transsexualismu.

Cenné jsou také informace o právních aspektech léčebných opatřeních i rodinných poměrů transsexuálních osob (kapitola 11, 12).

Psychologické a psychodiagnostické kapitoly velmi erudovaně napsal psycholog Petr Weiss, který se transsexualitě soustavně věnuje již řadu let.

Velmi zajímavé jsou rovněž kapitoly o chirurgických výkonech, které směřují k přeměně pohlaví. Sestavili je zkušení operatéři – J. Veselý, L. Jarolím a další.

V souhrnné publikaci nechybí ani stať o vztahu náboženství k tomuto tématu. Kapitola je obohacena autentickými výpověďmi transsexuálů s různým náboženským přesvědčením a o názory některých duchovních, kteří přišli do styku s transsexuálními lidmi.

Text socioložky M. Linkové je zajímavým příkladem uvažování dnes módního „gender badatelství“, které v české medicíně není zatím příliš známo.

Myslím, že text bude zajímat nejen sexuology, ale též lékaře řady hraničních oborů, psychology i právníky. Nepochybně si ho se zájmem přečtou i lidé s problémy sexuální identifikace a orientace a jejich blízcí příbuzní či přátelé a vůbec i širší laická veřejnost.

doc. MUDr. Jaroslav Zvěřina, CSc.

PŘEDMLUVA

H. Fifková

Předkládáme vám první českou odbornou monografii zabývající se transsexualitou. Toto téma čekalo na zpracování dlouho. I sám problém transsexuality stojí často na okraji zájmu společnosti laické i odborné, jako komplikovaný a nepříliš atraktivní problém týkající se promilové části populace. Podobně jako sami transsexuální lidé se ocitají kvůli svému životnímu zatížení na okraji skupin, společenství, komunit i celé společnosti – izolováni sami svou nejistotou, vyděleni okolím pro svou obtížně pochopitelnou jinakost.

Po odborné stránce jsme navazovali na dlouholetou činnost pražského sexuologického ústavu, jehož odborníci (Šípová, Brzek, Hubálek, Mellan, Zvěřina aj.) publikovali v minulých desetiletích odborné texty zabývající se transsexualitou. Čerpali jsme i ze zahraničních prací a z vlastních klinických zkušeností. Rozhodli jsme se též neomezit pohled jen na úzce lékařský a dali jsme prostor i oborům příbuzným, ve snaze pojmout problém transsexuality komplexně, tak, jak to ostatně vyžaduje moderní holistické pojetí medicíny.

Protože se na práci podílel poměrně velký počet autorů a spoluautorů, bylo třeba v základních pojmech sjednotit terminologii. Rozhodli jsme se používat především termín transsexuální lidé a transsexuální klienti. Proto také v příčestí minulém užíváme v těchto souvislostech tvar mužský životný. Vyhnuli jsme se tím komplikacím a nejasnostem, které by nutně vznikaly, chtěli-li bychom rozlišit koncovky dle rodu. Dále jsou použity pro obě skupiny transsexuálních lidí zkratky FtM (female to male) a MtF (male to female). Termínům transsexuál či transsexuálka jsme se snažili vyhnout především proto, že by bylo vždy potřeba vysvětlovat, zda použitý rod byl vybrán dle biologického nebo psychického pohlaví, před či po přeměně. Zkratka HBIGDA znamená Harry Benjamin International Gender Dysphoria Association, tedy mezinárodní organizaci zabývající se transsexualitou. SOC je zkratka pro Standards Of Care For Gender

Identity Disordes, tedy mezinárodně uznávané standardy péče pro poruchy pohlavní identity. ICD (International Classification of Diseases, tedy Mezinárodní klasifikace nemocí, ve zkratce MKN 10, což znamená její desátou revizi) a DSM (Diagnostical and Statistical Manual, který je její americkou obdobou), jsou mezinárodně platné klasifikace poruch a nemocí.

Monografie je určena odborníkům zabývajícím se problémem transsexuality napříč medicínskými obory. Může být vodítkem pro kolegy z oborů první linie a všech pomáhajících profesí, kteří se s transsexuálními klienty setkávají často jako první a jejich postoj bývá někdy i určující pro další osud klientů. Dostatek informací zde najdou i studenti středních a vysokých škol, monografie je souhrnným studijním materiálem i zdrojem poznatků pro jejich budoucí odbornou praxi. V neposlední řadě jsme mysleli i na naše současné či budoucí transsexuální klienty. Snad jim naše kniha bude pomocníkem při hledání sebe sama a průvodcem při nelehké cestě k vyřešení svého problému. Jejich blízkým pak může být oporou, která umožní pochopit a akceptovat odlišnost transsexuálních lidí.

1 POHLAVNÍ IDENTITA

I. Procházka, P. Weiss

Pohlaví každého člověka je určováno na několika úrovních (Gooren, 1990). Základní je pohlaví genetické, které je dáno pohlavními chromozomy. U savců, tedy i u člověka, znamená přítomnost chromozomů X a Y pohlaví samčí a naopak přítomnost dvou chromozomů XX pohlaví samičí. Na těchto chromozomech se nacházejí geny, které rozhodují již v rané fázi embryonálního vývoje o formování pohlavních žláz (varlat u mužů a vaječníků u žen) z původně indiferentní genitální lišty. Hovoříme o pohlaví gonadálním nebo anatomickém. Vzácně se objevují jedinci, kteří mají žlázy obou pohlaví, zpravidla jedny méně vyvinuté. U nich se jedná o pravý hermafroditismus. Pohlavní žlázy jsou již během nitroděložního života aktivní a jimi produkované hormony se podílejí na utváření vnitřních i zevních pohlavních orgánů, tedy na formování genitálního nebo fenotypického pohlaví. Podle vzhledu zevního genitálu se zpravidla po narození určuje pohlaví novorozence, tedy pohlaví úředně přidělené. Poruchy, při nichž jsou pohlavní orgány nejasně diferencovány, se nazývají pseudohermafroditismus.

Ve druhém trimestru nitroděložního života plodu se zřejmě působením fetálních androgenů vytvářejí základy pohlavní identity v části mezimozku – hypothalamu. Úzce souvisejí s tak zvaným neurohypothalamickým pohlavím, tedy rozdílným vylučováním řídících pohlavních hormonů – gonadotropinů, které se u mužů a žen liší. Psychické pohlaví pak vyjadřuje skutečnost, zda se člověk cítí být mužem nebo ženou.

Pohlavní identita vyjadřuje subjektivně vnímaný pocit sounáležitosti či naopak rozporu s vlastním tělem, s jeho primárními a sekundárními pohlavními znaky, i se sociální rolí přisuzovanou danému pohlaví. Má kognitivní i emocionální komponentu, odráží se v myšlení, cítění i chování jedince včetně jeho profese, zájmů, společenských vztahů. Vedle biologické podmíněnosti se uplatňují i kulturní vlivy, protože existují společenství, která jeden způsob chování

označují za maskulinní a jiná, která totéž jednání považují za femininní rys. S překonáváním omezení tradiční patriarchální společnosti se ve vyspělých zemích zmírňují kulturně specifické rozdíly mezi pohlavími, nicméně zůstávají zachovány projevy biologické a psychologické odlišnosti. Typickými psychologickými rysy přisuzovanými (ať už objektivně existujícími nebo vytvořenými na základě kulturních stereotypů) maskulinitě jsou dominance, asertivita, pozitivismus, prostorová představivost a schopnost rychle se rozhodovat, pro ženy jsou pak v tomto pojetí typické submisivita, emocionalita, empatie, lepší verbální dovednost.

Zevní projevy pohlavní identity nazýváme pohlavní rolí. Tento termín poprvé použil John Money v roce 1955 (Reid, 1993). Při jejím formování v období vývoje se vedle biologických a psychogenních aspektů uplatňuje i vliv rodičů. Naplnění či naopak nenaplnění očekávání v odpovídající pohlavní roli u dítěte se více promítá do jeho vztahu s otcem než s matkou. Tím si vysvětlujeme některé problémy transsexuálů i homosexuálů, kteří prožívají vztahy s otcem častěji hůře než jejich sourozenci (Levine a Lothstein, 1981). To, jak se k dítěti chová jeho nejbližší okolí již od raného dětství, buď přispívá ke každodennímu potvrzování jeho pohlavní identity, nebo může prohlubovat budoucí konflikt či nejistotu v této oblasti.

Ontogeneticky předpokládáme schopnost uvědomit si a vyjádřit svou pohlavní identitu v předškolním věku, obvykle před čtvrtým rokem života. Za kritické období při jejím dotváření lze považovat věk kolem druhého roku (Leinbach a Fagot, 1986). Později ve školním věku je vědomí pohlavní dichotomie potvrzováno zejména tak zvaným homosociálním chováním, tedy vyhledáváním přátel stejného pohlaví, a naopak odmítáním nebo lhostejností k pohlaví opačnému. Součástí těchto vztahů je i formování typických zájmů a vyhledávání her pohlavně typických. Ještě výraznější diferencující faktor je nezájem o aktivity tradičně náležející pohlaví opačnému. Přestože se i tady uplatňují psychosociální faktory, zejména vliv otců a vrstevníků, je tento výběr usměrňován především již vzniklou pohlavní identitou na nevědomé úrovni. Mezi sexuálně odlišné záliby patří u chlapců bojové sporty (fotbal, hokej, zápas) a technické zájmy (auta, motory, elektronika). K dívkám patří spíše panenky, hry na domácnost, domácí práce, oblékání, ze sportů spíše neagresivní hry. Kromě toho samozřejmě existují záliby společné oběma pohlavím (například četba, počítačové hry). Tyto postoje se mění až v období puberty pod vlivem rozvoje sexuálních citů, experimentování a tužeb, nicméně určité rozdíly v zájmech a psychických schopnostech přetrvávají mezi oběma pohlavími po celý život.

V češtině v souvislosti s rozdíly mezi muži a ženami hovoříme o pohlavní identitě. V angličtině se setkáváme s rozdílným označením pro rod (gender) a pro pohlaví (sex). Pro obtížnost překladu výrazu gender do českého jazyka se tento termín začíná přejímat i do češtiny. Pro některé ne zcela jednoznačné poruchy pohlavní identity, případně pro jejich souhrn, se tak někdy užívá název gender dysforia nebo transgenderismus, pro jejich nositele pak užívá Spencerová český termín translidé. Gender dysforii lze charakterizovat jako pocit subjektivně vnímané nepohody, která souvisí s neshodou mezi pohlavní identitou na jedné straně a svou pohlavní rolí a biologickým pohlavím na straně druhé. Transsexualita pak představuje nejvýraznější formu gender dysforie.

1.1 K historii pojmu

Z historie jsou první zpráv o chování, které připomíná poruchy pohlavní identity, známy již z antiky. Herodotos tak popsal chorobu u Skythů, národa obývajícího severní pobřeží Černého moře. Někteří muži se oblékali do ženských šatů, vykonávali ženské práce a vyznačovali se ženským chováním a charakterem. Většinou zastávali roli kněžek. Z této oblasti také pocházejí informace o Amazonkách, které si uřezávaly prs, aby mohly lépe střílet z luku. Z antiky rovněž pochází obraz Hercula oblečeného v ženských šatech a sloužícího královně Omphale, která naopak vystupovala jako muž. V ženských šatech byl také někdy zobrazován Bakchus.

Snad nejznámějším příkladem pravděpodobného transsexuálního chování ve středověku je legendární Johanka z Arcu. Katolickou církví odmítaná legenda o papežce Janě popisuje příběh ženy z 9. století, která se převlékala za muže a jako Ioannes Anglicus získala nejvyšší církevní hodnost. Ve Francii bylo chování blízké transsexualitě popsáno u bratra krále Jindřicha III., u abbého z Choisy (1644–1724) a diplomata Chevalier d'Eon de Beaumont (1728–1810). Od něj se odvozuje vzácnější pojmenování transvestitismu eonismus. V 18. století se welšští rebelové oblékali do ženských šatů a oslovovali se jako sestry. V 19. století se až po smrti Jamese Barryho zjistilo, že byl vlastně ženou. Spisovatel Fielding napsal povídku „Ženský manžel" (Female Husband) o ženě, která se vydávala za muže a oženila se s jinou ženou.

Z transkulturálního hlediska lze považovat různé změny a poruchy pohlavní identity za všudypřítomný fenomén. Bylo by však unáhlené všechny podobné projevy označovat za transsexualitu nebo za jinou poruchu pohlavní identity, jelikož kulturně antropologické výzkumy svědčí o značné variabilitě a kulturní rozmanitosti podobného chování.

Antropolog Gregersen popisuje několik kultur, které akceptovaly nekonformní chování vzhledem k pohlavní identitě, tedy chování lidí, kteří vystupují v opačné pohlavní roli. Tento jev nazývá paticismus.

Transsexualita byla popisována i u nativních Američanů. Tito lidé se v původním jazyce nazývali Dvojí duch, vžitější je pojmenování berdaši. Řada indiánských kmenů takové chování nejen tolerovala, ale tito lidé měli často značnou moc jako šamani a mohli uzavírat i manželství s osobou stejného tělesného pohlaví. Feinberg (2000) popisuje ve svém díle Pohlavní štvanci výskyt této změněné identity u současných Indiánů. Z dalších kultur se podobné chování vyskytuje u sibiřských národů – Čukčů, Aleutů a také na indonéských, filipínských ostrovech a v Barmě. V Indii existuje zvláštní kasta božských hidžrů. Starší z jejich společenství jim amputují penis, varlata a šourek, v poslední době prý užívají i ženské hormony. Ve společnosti plní náboženskou roli, někdy jsou i prostituty. V arabských zemích se může biologický muž zvaný xanith chovat jako žena a sdílet s nimi jejich společenství. Maroko a Singapur jsou mezi zeměmi třetího světa uznávanými centry, kde i mnoho zahraničních turistů (například Japonci) prodělává přeměnu pohlaví nebo alespoň operační zákroky.

Moderní sexuologie zprvu nerozlišovala mezi transvestitismem a transsexualitou (Blanchard, 1989). Krafft-Ebbing syndrom pravděpodobného transsexualismu nazýval metamorphosis sexualis paranoica. Z hlediska specifického vývoje názorů na tuto poruchu popisuje hlavní body v historii transsexualismu Bullough (1987). V roce 1897 baltimorský lékař Howard uveřejnil případ muže, který se popisoval stejně jako dnešní transsexuálové. Marcuse v roce 1916 a o šest let později Hirschfeld referovali o takové poruše identity, že zvažovali možnost provedení přeměny pohlaví včetně chirurgických zákroků (Pauly, 1974a). Termín „transsexuální" uvedl v roce 1923 Hirschfeld a poprvé jej v roce 1949 použil Cauldwell. V roce 1926 Müsham a v roce 1931 Abraham referovali o pacientovi, který jako první podstoupil chirurgické výkony směřující ke změně pohlaví.

Za první případ kompletní přeměny pohlaví je považována Hamburgerova kazuistika z roku 1953. Autor referoval o případu Christine Jorgensenové. Nicméně už několik let předtím byly podobné přeměny provedeny v Německu a USA. Hamburger ve svém případě ještě používal výraz transvestitismus. Po medializaci dostal autor 465 žádostí o provedení dalších přeměn pohlaví (Bullough, 1975).

Termín transsexualismus zpopularizoval v 50. a 60. letech Harry Benjamin (Schaefer a Wheeler, 1995). Benjamin je obecně považován za „otce transsexualismu". Poruchám pohlavní identity se věnoval celých 30 let svého profesionálního života, od roku 1948 až do ukončení své aktivní činnosti v roce 1978. V rámci transvestitismu vymezil nový syndrom, u něhož byly zřejmé hluboké změny osobnosti v oblasti pohlavní identity. Na základě jeho výzkumů byl transsexualismus později vymezen jako samostatná porucha.

1.2 Definice transsexuality

Z mnoha definic transsexualismu bychom zde chtěli uvést alespoň některé. Podle Meyera (1974) existují čtyři základní charakteristiky, které musí pacient vykazovat, aby mohla být diagnostikována transsexualita:

a) Pocit nevhodnosti nebo nepřiměřenosti anatomicky dané pohlavní role.
b) Víra, že změna role povede ke zlepšení.
c) Výběr sexuálních partnerů téhož anatomického pohlaví a chápání sama sebe jako heterosexuála.
d) Touha po chirurgické změně pohlaví.

Podle Brzka a Šípové (1979) je diagnóza transsexuality založena na zjištění, že se klient od dětství identifikoval s opačným pohlavím a podle toho se také choval.

Jak uvádějí Kuiper a Cohen-Kettenisová (1988), transsexualismus je nejextrémnějším vyjádřením pohlavní rozlady (gender dysphoria). Ta je považována za základní znak všech poruch pohlavní identity a je definována jako „pocit nepohodlí, který osoba připisuje neshodě mezi svou pohlavní identitou (subjektivně prožívaným pohlavím) na jedné straně a svou pohlavní rolí a biologickým pohlavím (primárními a sekundárními pohlavními znaky) na straně druhé".

Jak dále tvrdí Meyer a Kapfhammer (1995), transsexualita v jádru označuje zadržovanou rozepři nebo pocit nepříslušnosti k vlastnímu pohlaví. Transsexuálové mají jednoznačné chromozomální pohlaví a netrpí ani žádným dosud identifikovaným tělesným (chromozomálním) onemocněním. Cítí se chyceni ve falešném těle a pudově pociťují silnou touhu po změně pohlaví.

Podle našeho názoru ne příliš šťastná definice Evropského parlamentu (Delvaux, 1993) definuje transsexualitu jako syndrom charakterizovaný dvojí osobností (dual personality), na jedné straně fyzickou a na druhé psychickou. Tato dvojí osobnost se pak vyskytuje společně s hlubokým přesvědčením o příslušnosti k opačnému pohlaví, takže transsexuál naléhá na odpovídající úpravu svého těla. I podle této definice jde o trvalý, nezaviněný a nezměnitelný stav.

Transsexualita je podle oficiálně platné Mezinárodní klasifikace nemocí (ICD 10) vedena pod diagnózou F 64.0 a je definována jako **stav jedince, který si přeje žít a být akceptován jako příslušník opačného pohlaví. Obvyklý je zde pocit nespokojenosti s vlastním anatomickým pohlavím nebo pocit jeho nevhodnosti a přání hormonálního léčení a chirurgického zásahu, aby jeho/její tělo odpovídalo (pokud možno) preferovanému pohlaví. Transsexuální identita by měla trvat alespoň dva roky – nesmí být projevem duševní poruchy (zejména schizofrenie) ani nesmí být sdružena s intersexuální, genetickou nebo chromozomální abnormalitou.**

Jak plyne z uvedených citací, již samotná definice transsexuality je poněkud atypická, protože podstatnou součástí diagnózy je velmi subjektivní údaj, jako je přání pacienta (Pfaefflin, 1999). Nicméně sexuologické vyšetření musí být zaměřeno nejen na pouhé potvrzení doby trvání motivace pacienta, ale musí se zaměřit na typické známky transsexuálního vývoje, objektivizovat anamnestická data a zhodnotit diferenciální diagnostiku. Důležitou a nezbytnou součástí diagnostického procesu je spolupráce s psychologem.

1.3 Výskyt transsexualismu v populaci

Neexistuje přesná evidence výskytu transsexualismu a ani ostatních poruch pohlavní identity. Jednak proto, že ne každý takový jedinec vyhledává lékařskou péči, roli však může hrát i skutečnost, že je mnohdy obtížné, především při krátkém kontaktu, spolehlivě stanovit diagnózu. Zejména skupina transsexuálních lidí MtF (male to female) je svými klinickými projevy výrazně heterogenní v porovnání s FtM (female to male).

Mezinárodní nadace pro gender vzdělávání z Massachusettes odhaduje počet osob s poruchou pohlavní identity v populaci jako rovnoměrný u obou pohlaví ve frekvenci 1:1600 obyvatel. To je 20–60x více než počet osob, které dokončily přeměnu pohlaví podle Americké psychiatrické asociace (Rothblatt, 1993). Je ovšem třeba vzít v úvahu relativně krátkou dobu 50 let, kdy tato konverzní léčba existuje. Postoje terapeutů k žádostem transsexuálních pacientů o přeměnu pohlaví nebyly vždy vstřícné, navíc obavu klientů mohlo vyvolávat i sociální stigma spojené s podstoupením změny pohlaví. V zemích, kde zdravotní pojišťovny nehradí tuto léčbu (některé typy pojištění v USA) nebo ji hradí jen částečně (Rakousko, Velká Británie), limituje počty žadatelů i finanční hledisko.

Dosud ne spolehlivě vysvětleným jevem je fakt, že mezi transsexuálními klienty, kteří podstoupili přeměnu pohlaví, převažují v západní Evropě jedinci MtF (je jich přibližně třikrát více), zatímco ve střední Evropě (Česká republika, Polsko, Bulharsko, ale i bývalé východní Německo) převažovali a dosud převažují lidé s transsexualitou FtM (dokonce v poměru až 5:1) (Brzek a Šípová, 1983, Godlewski, 1988). Lze však přitom předpokládat reálně vyrovnaný vzájemný poměr pohlaví (Landén a spol., 1996). Rozdíly se v posledních letech v obou oblastech zmenšují, u nás například v posledních deseti letech výrazně stoupl počet žadatelů MtF. Jako příčina tohoto nepoměru se předpokládal vliv odlišných společenských poměrů, obtížnější společenské prosazování jedinců MtF v tehdejších podmínkách socialistických států. Roli však mohly hrát i rozdíly v diagnostických kritériích. Naše studie z roku 1998 potvrdila, že podíl transsexuálních pacientů MtF Sexuologického ústavu v Praze, kteří zahájili proces přeměny pohlaví, je nižší než jejich protějšků. Podobně také zahraniční autoři uvádějí, že pacienti MtF, kteří kontaktují lékaře, častěji nesměřují k úplné přeměně pohlaví (Pauly, 1974b). Nicméně stále u nás trvá trend častějšího zastoupení FtM i mezi prvovyšetřenými pacienty. Spolehlivé vysvětlení uvedených rozdílů tedy chybí.

Ze západoevropských studií byl první odhad prevalence proveden ve Švédsku Walinderem (1968). Ten odhadl zastoupení FtM v populaci jako 1:103 000 a MtF 1:37 000. Podobné počty uváděla i britská studie ze 70. let. Holandská studie z 80. let však už předpokládala přibližně dvakrát vyšší výskyt transsexuálních jedinců v populaci (Eklund a spol., 1988) a v 90. letech došlo ještě k dalšímu zvýšení odhadu. Poslední údaj hovoří o 1:11 900 u MtF transsexualismu a 1:30 400 pro transsexualismus FtM (Bakker a spol., 1993). Nejvyšší výskyt transsexuálů uváděl Tsoi ze Singapuru (1988). Ten v roce 1988 odhadl jejich počet v populaci na desetinu promile.

1.4 Situace ve světě

Transsexualismus a přeměna pohlaví nejsou ve všech zemích stejně kladně akceptovány. Podle amerického trestního zákona mohlo být převlékání se do šatů opačného pohlaví hodnoceno jako podvod (Blackstone, 1978). Teprve v 80. letech 20. století bylo uznáno, že mezi oběti nacistické perzekuce, které byly označované růžovým trojúhelníkem, patřili i transsexuálové a lidé s nevyhraněnou pohlavní identitou. Některé země považují provádění přeměny pohlaví za neetický lékařský zákrok a jejich transsexuální jedinci vyhledávají liberálnější státy, které zákrok umožní (například Holandsko nebo Singapur). Je zajímavé, že donedávna byli skeptičtí k přeměně pohlaví i slovenští kolegové, proto se dříve mnoho slovenských transsexuálů stěhovalo do Čech. Molčan (1989) považoval chirurgickou léčbu transsexuality za nevypočitatelnou z hlediska jejího psychosexuálního efektu. Podle posledních zpráv se však i tam situace změnila a v roce 2001 byly chirurgické konverze opět umožněny.

Právní změny jsou v některých zemích upraveny zvláštním zákonem (Německo, Švédsko, Itálie, Holandsko a Turecko), v jiných se využívá stávajících zákonů a precedenčních rozhodnutí (USA, Británie, Francie).

V rámci Evropské unie existuje široká variabilita postojů k řešení transsexualismu (Delvaux, 1993). Extrémním příkladem je Portugalsko, kde Nejvyšší soud nepovolil provést právní přeměnu pohlaví. Sňatky transsexuálních lidí po přeměně pohlaví nejsou v mnoha zemích běžně povolovány. Kromě naší republiky je umožňuje Holandsko a Lucembursko, nejsou však možné například v Británii, Itálii a Francii.

Francie dlouho vzdorovala snahám transsexuálních jedinců o dosažení právní změny pohlaví po provedení přeměny, až v roce 1992 v precedenčních případech rozhodl ve prospěch transsexuálů Evropský soud. Právní změnu po přeměně pohlaví ani změnu jména dosud neumožňuje Velká Británie. Německý zákon umožňuje transsexuálním lidem zvolit tzv. malé řešení, tedy pouhou změnu jména a hormonální terapii bez provedení operačních změn, a velké řešení, tedy kompletní přeměnu pohlaví včetně právní změny (Langer a Hartmann, 1997). Dánsko a Norsko umožňují provedení operací transsexuálním klientům podle starších zákonů o dobrovolné kastraci a sterilizaci. Švédsko vyžaduje před provedením operací souhlas administrativního orgánu.

Transsexuálové jsou vystaveni většímu riziku diskriminace a jejich práva nejsou zpravidla dostatečně právně zajištěna. Článek 14. Evropské charty lidských práv neřadí pohlavní identitu mezi třináct podmínek, které nepřipouštějí diskriminaci. Tento nedostatek částečně napravuje Doporučení parlamentního shromáždění Rady Evropy č. 1117/1989 o diskriminaci transsexuálů, které doporučuje, aby členské státy přiznaly transsexuálům stejná základní práva a svobody. Vedle rizik typických pro všechny tradiční menšiny bývají transsexuálové častěji diskriminováni v zaměstnání, pokud se jejich zaměstnavatel dozví, že v blízké budoucnosti plánují provedení přeměny pohlaví, a tedy pracovní neschopnost. Ústavně jsou garantována práva transsexuálních osob v Jihoafrické republice, některé státy USA a Austrálie ve svých zákonech rovněž řadí jako antidiskriminační podmínku pohlavní identitu.

Různé přístupy jsou také v praxi zdravotních pojišťoven. V USA některé pojišťovny neproplácejí výkony související s přeměnou pohlaví, v Británii si hradí klienti hormonální terapii, v Rakousku částečně psychoterapii, která je podmínkou pokračování přeměny pohlaví. Naopak plně je hrazena přeměna pohlaví v Holandsku.

V řadě zemí existují společenské organizace transsexuálních jedinců či jiných osob se změněnou pohlavní identitou. Jejich nadnárodní organizací je International Gender Transient Affinity sídlící v Anglii, řada organizací je zastoupena i v Mezinárodní organizaci lesbických žen a gayů (ILGA).

2 ETIOLOGIE TRANSSEXUALITY

H. Fifková, P. Weiss

Když Benjamin v 50. letech popularizoval termín „transsexualita", prezentoval zároveň s tím i své přesvědčení, že jde o hluboce zakořeněné jednání, které předpokládá nesoulad fyzického a duševního pohlaví. Poukázal také na to, že přesvědčení transsexuálních lidí, že jsou skutečně muži a ženami s nevhodným fyzickým pohlavím, je opravdové a nepředstírané. Stejně tak bylo akceptováno, že totéž přesvědčení u ostatních osob z jejich sociálního okolí je stejně opravdové a silné (Benjamin, 1954). Od této doby se také datují snahy o nalezení a vysvětlení příčin vedoucích k tak závažné poruše, jakou bezpochyby transsexualita je. Teorie a vyslovené hypotézy můžeme rozdělit do dvou základních skupin. Jde o teorie, které se snaží v etiologii poruchy najít především psychologické mechanismy, a o teorie, které vysvětlují vznik transsexuality na základě biologických faktorů.

2.1 Psychologické teorie

V 50. a 60. letech byly všeobecně uznávané teorie lidského vývoje založeny především na koncepci psychoanalytické nebo vycházely z behavioristických teorií učení. Podle obou těchto koncepcí byl vývoj osobnosti zcela naučený, ustavený v prvních pěti letech života, a to především na základě výchovy a rodičovských vztahů. Pohlavní identita netranssexuálních a transsexuálních lidí byla považována za ustavenou stejným způsobem, tedy pomocí vnějších vlivů působících během prvních let života (McConaghy, 1993). Reprezentantem tohoto názoru byl především americký sexuolog John Money, který s Anke Erhardtovou vyslovili názor, že pohlavní identita je u lidí při narození nediferencovaná a formuje se následným pohlavním nastavením a výchovou v prvním roce života, bez ohledu na vnitřní i vnější charakteristiky (Money a Erhardtová, 1972).

Money a spol. (1955) použili původně etologický termín imprintingu (tedy vtištění, jednorázového naučení během vývojově kritických fází života) i v oblasti vývoje lidské pohlavní identity. Podle těchto autorů je pro vytváření sexuální identity kritické období mezi jedním a půl a čtvrtým a půl rokem. Výsledkem imprintingu je pak sexuální role, kterou autoři popisují jako souhrn toho, jak se daná osoba chová, jak mluví a jak vystupuje, aby získala společenský status muže či ženy. Podle této představy je pak celá sféra lidské sexuality (včetně identity, role, orientace) plně výsledkem učení a po uplynutí této kritické doby (tedy po čtyřech a půl letech života) nezměnitelná.

Známý je případ, kdy na základě teorie, že pohlavní identita je ustavena učením, doporučil Money operativní přeměnu z muže na ženu u sedmnáctiměsíčního chlapce z páru jednovaječných dvojčat, který přišel při nehodě o penis. Chlapec byl udržován na ženských hormonech a jeho zdánlivě dobré přizpůsobení se dané roli bylo široce popisováno jako dramatická dokumentace teorie o naučenosti role. Diamond (1982) se pokusil ověřit chlapcův vývoj po pubertě a zjistil, že ve skutečnosti neexistují žádná dostupná vědecká data, která by se tímto zabývala. To ukázalo na možné zatajování faktů, které mohly původní teorii ohrozit. Důkazy totiž spíše potvrzovaly, že chlapec byl ženské roli přizpůsoben velmi špatně.

Psychoanalytik Stoller (1971) předpokládal, že transsexualita vzniká u mužů, které jejich matka podporuje v ženském chování, zatímco jejich otcové se výchovy neúčastní. Tito muži si pak vytvoří ženskou vnitřní identitu. Podle Stollera jsou faktory způsobující transsexualitu u žen tyto: dítě se po narození nezdá svým rodičům dost hezké či femininní, a protože není dost roztomilé, matka je k dítěti emočně chladná, byť sama femininní dostatečně, a otec, byť maskulinní, dítě v jeho ženskosti nepodporuje. Dívka pak přebírá otcovu ochranitelskou roli a vytváří si mužské vzorce chování.

Buhrich a McConaghy (1978) se pokusili o ověření hypotézy rozhodujícího vlivu rodinné výchovy za použití zaměřeného dotazníku u různých skupin klientů. Autoři však nenašli signifikantní rozdíl v rodičovských vztazích během dětství u MtF transsexuálů, transvestitů a ani u homosexuálů. Toto zjištění napovídá, že rodičovské vztahy oproti předpokladům psychologických teorií nehrají roli při vzniků různých variací či anomálií.

I přes hromadící se důkazy svědčící o opaku se však teorie, že si subjekty osvojují nezaměnitelnou pohlavní roli učením během prvních let života, udržela (Constantinopole, 1979, Gosselin a Wilson, 1980). Na význam učení pro vytváření pohlavní identity navíc upozorňují i autoři, kteří se pokoušejí o komplexnější přístup k problematice. Podle Bancrofta (1989) jsou sice základem sexuální identifikace vrozené determinanty, nicméně roli zde hraje i koncepce sebeobrazu jako

chlapce či dívky (muže či ženy), která se vytváří v procesu učení, a to jak učení sociálního, tak i specificky lidského učení kognitivního.

Někteří odborníci, kteří původně akceptovali teorii o tom, že sexuální identita je ustavena specifickým učením v dětství, však na druhou stranu nakonec přiznali příležitostnou roli i biologickým faktorům. Stoller (1968) popsal případ zjevně anatomicky normální dívky vychovávané rodiči, kteří si dívku přáli. K trpkému zklamání její femininní matky dítě od malička jednalo tak, jako by bylo přesvědčeno, že je chlapcem. Stoller uvedl, že veškeré snahy vytvořit jí ženskou pohlavní identitu selhaly. V pubertě se pak při lékařské prohlídce zjistilo, že se jedná o chlapce s penisem velikosti klitorisu, rozštěpeným šourkem a nesestouplými varlaty. Stoller uvedl, že dítě si navzdory všem společenským tlakům správně „uvědomovalo", že jeho pohlavní identita je mužská.

2.2 Biologické teorie

Koncepci organizačního vlivu androgenů v prenatálním období první publikovali v r. 1959 američtí autoři Phoenix, Goy, Gerall a Young (podle Zvěřiny, 1995). Samičky morčat, kterým podávali před narozením testosteron, vykazovaly tři základní znaky:

a) maskulinizaci zevního genitálu;
b) neschopnost samičího sexuálního chování (i po zvýšeném přívodu estrogenů);
c) podání androgenů v dospělosti reagovaly typicky samčím chováním.

Protože fetální gonády samiček neprodukují téměř žádný testosteron, je organizačnímu vlivu androgenů v kritickém prenatálním období vystaven jen mozek samečků. Chybí-li tento vliv, pak se mozek samečků a samiček programuje shodně, tedy samičím způsobem. Vlastnosti získané organizací příslušných center mozku před narozením je pak nemožné po narození změnit. Pozorování Phoenixe a jeho spolupracovníků pak bylo potvrzeno na dalších živočišných druzích, zejména u psů, myší, ovcí, opic a některých ptáků. Přes existenci obrovského množství experimentálního materiálu potvrzujícího rozhodující vliv prenatální androgenizace na vývoj mozkových center u zvířat však dodnes ještě u některých odborníků přetrvává odmítání a nedůvěra ve spojení s biologickými teoriemi.

Důkazy o primárním významu biologických faktorů přitom přinášejí i výzkumy provedené u lidí. Dörner a spol. (1991) a Gooren (1990) zastávají názor, že vznik transsexuality je ovlivněn hormonálně. Hlavními oblastmi mozku zodpovědnými za procesy sexuální diferenciace jsou hypothalamus a amygdala. Jde o tři relativně samostatná centra:

a) centrum pro maskulinní či femininní typ sekrece gonadotropinů;
b) centrum pro sexuální orientaci a
c) centrum pro sexuální roli.

Existence tří relativně samostatných center se předpokládá proto, aby se mohly vysvětlit některé zvláštnosti lidské sexuální orientace a identifikace. Právě rozdílným způsobem prenatálního programování mozku se vysvětluje vznik homosexuality, transsexuality, ale též klasické heterosexuality.

Organizace těchto oblastí je závislá na hladině pohlavních hormonů a neurotransmiterů v kritických vývojových obdobích během nitroděložního života. Změny hladin specifických pohlavních hormonů vedou k trvalým strukturálním nebo biochemickým změnám těch oblastí mozku, které jsou spojeny s celoživotními variacemi chování v pohlavní roli nebo se sexuální orientací. Za mužskou organizaci sexuálního mozku je zodpovědná hladina androgenů. U ženského plodu může dojít k nadprodukci androgenů nadledvinkami a mozek tedy může být organizován jako mužský. Naopak varlata mužského plodu mohou produkovat výrazně nižší množství androgenu a mozek plodu může být organizován jako ženský. Nadprodukce, resp. nižší produkce může být způsobena nedostatkem enzymů a podpořena mateřským stresem v kritických obdobích prenatálního vývoje.

Určující roli biologických faktorů při formování pohlavní identity potvrzuje i studie Imperato-McGinleyové a spol. (1979) provedená u skupiny mužů s vrozenou formou hermafroditismu způsobenou nedostatkem enzymu 5α-reduktázy. Tento deficit vedl u probandů ke zvýšení hladiny dihydrotestosteronu během nitroděložního vývoje. Šlo o skupinu 33 lidí z 23 vzájemně příbuzensky propojených rodin v Dominikánské republice. Děti se narodily s mužským genotypem 46 XY a nejednoznačnými zevními genitáliemi. Devatenáct z nich bylo omylem vychováváno jako dívky. S nástupem puberty a nárůstem produkce testosteronu došlo k zhrubnutí hlasu, rozvinutí mužské muskulatury, zvětšení klitorisu, který již původně připomínal penis. Varlata sestoupila do šourku, nevyvinula se prsa a většina z nich byla schopna koitu včetně zavedení „penisu" do pochvy. U sedmnácti z nich došlo k fyziologickým změnám v pubertě a zařadili se poté bez potíží do mužské populace. Jeden z nich si udržel zvyk nosit ženské šaty, ale jeho chování a způsoby byly mužské a měl prokazatelně kontakty se ženami. Poslední sledovaný jedinec žil jako žena, provdala se, ale manžel ji opustil, popírala, že by se jí líbily ženy, toužila po úpravě genitálu na ženský a nosila falešná ňadra. Tato zjištění jsou dle autorů kompatibilní s předpokladem, že z uvedené skupiny mužů bude alespoň jeden homosexuál. Jelikož v jeho sociálním okolí (konzervativní dominikánské společnosti) existoval sociální tlak proti homosexuálům, homosexuálně orientovaný chlapec vychovávaný jako dívka tak mohl preferovat ženskou roli snadněji než v případě, že by byl společností stigmatizován jako gay.

Zajímavou studii uveřejnili též výzkumníci z Johns Hopkins Hospital v Baltimoru na svých webových stránkách v roce 2000 (i když výsledky nebyly zatím publikovány, zájemce je může najít na adrese: www.hopkinsmedicine.org/press/ /2000/MAY/00512.HTM). Autoři sledovali vývoj 27 dětí narozených bez penisu, se vzácným defektem známým jako kloakální extrofie. Děti měly mužský genotyp, varlata a androgeny. Dvacet pět dětí podstoupilo operaci, při které jim bylo změněno pohlaví, byly vykastrovány a rodiče je vychovávali jako děvčata. Celé roky se děti, kterým je dnes 5–16 let, chovají chlapecky, inklinují ke chlapeckým hrám a samy sebe deklarují jako chlapce. Zbývající dvě děti, které nebyly operovány a byly vychovávány jako chlapci, jsou dobře adaptovány v kolektivu chlapeckých vrstevníků. „Tato studie ukazuje, že děti mohou postupně dobře poznat, jaké je jejich skutečné pohlaví, a to bez ohledu na jakékoli informace z okolí a opačnou výchovu. Zdají se být celkem schopny říci nám, kým jsou," uvedl dr. Reiner, psychiatr a urolog této nemocnice.

Při zkoumání určujících faktorů pohlavní identity hrály a hrají důležitou roli studie týkající se intersexuality. Například existence dětí s mužským genotypem, ale majících ženské pohlavní orgány a ženskou identitu, byla jedním z prvních známých faktů, které přiměly vědce, aby připustili, že pohlavní identitu neurčují přímo geny. V letech, kdy si tuto skutečnost odborníci ještě plně neuvědomovali, mělo přesvědčení o formování pohlavní identity po narození výchovou nepříznivý dopad na léčbu intersexuálních klientů. Teorie, které uváděly, že pohlavní identitu určují genitálie a výchova, vedly lékaře k doporučení chybně korigujících operací u mnoha intersexuálních dětí. Úmyslem bylo vytvořit kosmeticky správné genitálie a děti potom vychovat v odpovídající roli. Přesvědčení o tom, že lze dítě vychovat ke správné pohlavní identitě, mělo nedozírné negativní následky na psychický vývoj mnoha intersexuálů.

Gooren (1986) se pokusil o prověření obou typů hypotéz, tedy jak psychologických, tak i biologických teorií, na vzorku 322 transsexuálních jedinců. V jeho skupině nebyl zaznamenán žádný náznak stresu během těhotenství matek, který by transsexuály odlišil od normální populace. Tento poznatek zčásti vyvrací Dörnerovu hypotézu souvislosti odlišného formování mozkových center na základě mateřského stresu. Výchova dítěte v opačné pohlavní roli však byla zjištěna pouze u dvou případů z celé skupiny – což zase svědčí proti psychologickým hypotézám Moneyho a Erhardtové.

Je zřejmé, že proti výše popsaným biologickým poznatkům můžeme jen těžko postavit adekvátní ucelenou koncepci, která by prokazovala vznik transsexuality učením. Není důvodu k pochybám o tom, že základní sexuální dimorfní formování centrálního nervového systému, zejména příslušných center v mezimozku, spadá na vrub účinku sexuálních steroidů v kritických fázích fetálního vývoje jedince. Podle všech dostupných poznatků k tomuto formování dochází mezi

čtvrtým a šestým měsícem fetálního vývoje. Je přitom vysoce pravděpodobné, že centrum pro identitu se formuje o něco dříve než centrum pro orientaci. Definitivní formování pohlavní identity pak probíhá po porodu součinností této predispozice s vlivy prostředí (Zvěřina, 1995). Pro vytvoření pohlavní identity je pravděpodobně rozhodující věk do 18 měsíců. Jak ukazují výzkumy na hermafroditech vychovávaných v opačné sexuální roli, než by odpovídalo jejich chromozomálnímu pohlaví, v pozdějších měsících života pravděpodobnost úspěšné změny pohlavní identity progresivně klesá (Stoller, 1968).

Závěrem tedy lze konstatovat, že dostupné výzkumy a studie ukazují na rozhodující roli biologických faktorů v etiologii transsexuality, a to především díky vlivu sexuálních steroidů v kritických fázích fetálního vývoje na centra v mezimozku. Vliv faktorů psychologických se nepovedlo prokazatelně potvrdit žádnou ze studií, ale ani terapeuticky ve smyslu dosažení trvalé změny cítění pomocí psychoanalytických či behaviorálních léčebných metod.

3 DIAGNOSTIKA TRANSSEXUALITY

P. Weiss, H. Fifková, I. Procházka

Klinická definice transsexuality je založena na uzavřené sadě charakteristik. Ty zahrnují víru, že dotyčný je příslušníkem opačného pohlaví, oblékání se a vystupování v roli opačného pohlaví, odpor k vlastním genitáliím a přání jejich změny a trvající touhu po změně pohlaví operativní cestou. Primárním diagnostickým nástrojem je nestrukturovaný rozhovor a klientova výpověď (Roberto, 1983).

Nedílnou součástí postupného diagnostického procesu je i RLT (Real Life Test, zkouška opravdového, skutečného života). V tomto období žije klient v opačné roli ve všech oblastech svého života a jeho schopnost adaptace v této roli poskytuje relevantní informace ne pouze z hlediska terapeutického, ale je i významným kritériem potvrzujícím diagnózu.

3.1 Psychologická diagnostika

V odborné literatuře je psychologickým charakteristikám transsexuálních lidí věnováno překvapivě málo pozornosti. Jednoznačně převládají práce zabývající se endokrinologickou a chirurgickou problematikou transsexuality. Je přitom nutno konstatovat, že neexistují ani psychodiagnostické metody zaměřené speciálně na zjištění přítomnosti tohoto syndromu. Psychologické vyšetření transsexuálních klientů se soustřeďuje spíše na zjištění jejich odlišností v jiných oblastech, a to srovnáním s populační normou. Tradičně se vyšetřují anomálie osobnostní, motivační či charakterové. U transsexuálních jedinců se přitom zjišťují spíše důsledky než specifické projevy odlišného psychosexuálního vývoje. Porucha sexuální identifikace je jistě natolik závažným celoživotním handicapem, že často i v podstatné míře ovlivňuje vývoj osobnosti postiženého a jeho

vztahy k sociálnímu okolí. Může způsobovat sekundárně závažné adaptační problémy, které v psychopatologickém profilu probanda nejednou dominují.

Z hlediska diagnostické praxe přitom lze rozlišit tři druhy vyšetřovacích metod aplikovatelných v rámci psychologického vyšetření transsexuálních klientů: metody psychodiagnostické, psychofyziologické a anamnestické.

V klasických **psychodiagnostických testech** nacházíme u transsexuálních jedinců především neurotickou nebo depresivní symptomatiku, která je jistě logickým důsledkem problémů spojených se životem v nepreferované pohlavní roli. Určení diagnózy transsexualismu pouze na základě psychodiagnostických metod běžně užívaných a standardizovaných na většinové populaci je však v podstatě nemožné. Tyto testové metody mohou přispět spíše k charakteristice inteligence, osobnosti, motivace, vhodnosti k léčbě či možností resocializace transsexuálních klientů než k určení jejich poruchy identity.

Dle některých autorů (např. Tichý, 1994) lze v procesu diagnostiky transsexuality úspěšně aplikovat i jednu z nejvýznamnějších **psychofyziologických diagnostických metod** – PPG (phaloplethysmografie) a VPG (vulvoplethysmografie). Tyto metody jsou založeny na přístrojové registraci změn prokrvení genitálu v závislosti na předkládaných vizuálních či auditivních erotických stimulech. Tichý (1994) toto vyšetření použil při srovnání sexuálních reakcí 25 transsexuálních klientů FtM a 50 homosexuálních žen. Získané výsledky svědčily jednoznačně o tom, že zatímco homosexuální ženy reagovaly sexuálním vzrušením na diapozitivy s lesbickými aktivitami, transsexuální klienti preferovali podněty s aktivitami heterosexuálními. Dle autora výzkum potvrdil, že pletysmografii je možné použít v diferenciální diagnostice transsexuality a homosexuality.

Nejspolehlivější metodou pro určení možného odchylného vývoje pohlavní identity je pro psychology i pro lékaře **metoda anamnestického rozhovoru**. Údaje o zvláštnostech psychosexuálního vývoje transsexuálních lidí získané touto cestou mohou informovaného diagnostika i při tradičním psychologickém, sexuologickém a psychiatrickém vyšetření vést ke specifikaci poruchy identity. Za základní diagnostická vodítka v rámci anamnestické explorace považujeme v této oblasti následující charakteristiky:

a) Preference hraček a her v předškolním věku

Děti s poruchou sexuální identity většinou od počátku preferují hračky a hry příslušející opačnému biologickému pohlaví (chlapci si hrají s panenkami a odmítají typické soutěživé hry, děvčata si hrají s autíčky a stavebnicemi, hrají kopanou apod.) a preferují i kolektiv podle svého pohlaví psychického (FtM si rozumí lépe s chlapci, MtF zase s dívkami). Tuto charakteristiku však doporučujeme v rámci diagnostiky používat spíše jako kritérium pomocné. Dítě, které z nějakého důvodu nepřijímá nebo nemůže přijmout společenskou dohodu, která spoluvytváří, popisuje a fixuje chlapecké a dívčí herní stereotypy, ještě zdaleka nemusí trpět poruchou pohlavní identity.

b) Preference oděvu

Transsexuální jedinci většinou od raného dětství jednoznačně preferují oděv příslušející opačnému pohlaví. Tato preference bývá více vyjádřena u FtM, kteří i za cenu konfliktů s rodiči odmítají nosit sukně a šaty. U MtF se přitom někdy setkáváme s obdobím fetišistického transvestitismu či transvestitismu dvojí role, kdy je převlékání do šatů opačného pohlaví spojeno se sexuálním vzrušením a eventuálně i s masturbací. Autoerotické aktivity jsou především narcistického typu – sexuální vzrušení je při nich spojeno s pohledem do zrcadla na sebe sama v převlečení. I u nich se však postupně ztrácí sexuální charakter cross-dressingu a místo sexuálního vzrušení pak tito jedinci cítí při převlečení do ženských šatů spíše jen psychickou úlevu. U FtM se se sexuálním vzrušením při převlékání nesetkáváme.

c) Odpor k primárním i sekundárním pohlavním znakům a jiným biologickým projevům dospívání

Období kolem puberty je v souvislosti s rozvojem druhotných somatických znaků pro transsexuální jedince obvykle psychicky velmi náročné. FtM velmi obtížně snášejí růst ňader a nástup menstruace, pro MtF je obtížné vyrovnat se s vousy, tělesným ochlupením, s erekcemi penisu a s ejakulací. Odpor k těmto somatickým znakům a k uvedeným fyziologickým projevům pak zůstává trvalou charakteristikou poruchy identity, a proto se u svých klientů setkáváme s jejich potlačováním (u FtM například se stahováním hrudníku a s nošením volných košilí s velkými kapsami, u MtF s pečlivou depilací ochlupení atd.). U některých z nich dochází současně i ke zdůrazňování tělesných znaků patřících opačnému pohlaví (u FtM muskulatura, u MtF líčení se, lakování nehtů apod.).

Ovšem oproti původním představám transsexuálního jedince vždy a za všech okolností bojujícího se svým tělem se zdá, že i tato charakteristika může nabývat různé intenzity a různých forem. Odpor k vlastnímu tělu bývá otevřeně manifestován více u FtM, ale i mezi nimi nacházíme ty, kteří jsou na biologické pohlaví poměrně dobře adaptovaní. Vztah k vlastnímu tělu a k jeho jednotlivým projevům jistě souvisí i s osobnostními charakteristikami a vývojem ovlivněným prostředím základní rodiny. Vztahem k tělu je pak podmíněna účast na nejrůznějších aktivitách a míra traumatizace spojená s jejich absolvováním (koupání v plavkách, tělesné lékařské vyšetřování).

d) Neerotické sny a denní fantazie

Transsexuální klienti se ve snech a v představách většinou vyskytují v těle, které je adekvátní jejich psychické identitě, v roli, která tomu odpovídá, a v typech

vztahů, které to umožňují. FtM si například představují, jak jdou jako otcové svých dětí s celou rodinou na procházku apod.

e) Masturbační fantazie a erotické sny

Jejich charakter je jedním ze základních diagnostických kritérií pro diagnózu poruchy identity. Obvykle od počátku autoerotických aktivit bývá sexuální vzrušení spojené s představou sebe jako příslušníka opačného biologického pohlaví při sexuálním styku, a to se všemi atributy: FtM si představují, že mají penis a milují se s partnerkou, MtF se s představou sebe v ženském těle s ňadry a s ženským genitálem milují se svým partnerem. V případě homosexuálně orientovaných transsexuálů jsou tyto fantazie obdobného charakteru, ale s fantaziemi o partnerech stejného psychického pohlaví.

f) Zamilovanost a partnerské vztahy

S nástupem dospívání dochází i u klientů s poruchou identity k prvnímu zamilování. U transsexuálních jedinců jsou objektem zamilování (samozřejmě pokud nejde o klienty homosexuálně orientované) příslušníci stejného biologického pohlaví (spolužáci, kamarádi, učitelé). Stejné pohlaví objektů přitom u transsexuálních klientů zpočátku často vyvolá představu, že jsou orientováni homosexuálně, rychle si však obvykle uvědomí, že nejde o homosexualitu v pravém slova smyslu (cítí se sami příslušníky pohlaví opačného). Nicméně jejich okolí je v tomto období často za gaye či lesbičky považuje.

Sexuální orientace transsexuálních lidí je většinou heterosexuální (tedy s apetencí jedinců opačného psychického a stejného biologického pohlaví), někdy homosexuální (tedy orientovaná na lidi stejného psychického a opačného biologického pohlaví).

Při prvních diagnostických rozhovorech zjišťujeme, že v zásadě existuje před zahájením terapeutického procesu pět variant sexuální adaptace našich klientů. Jde o varianty soužití:

- dle svého biologického pohlaví se ženou (1);
- dle svého biologického pohlaví s mužem (2);
- dle svého psychického pohlaví se ženou (3);
- dle svého psychického pohlaví s mužem (4);
- variantu bez partnerského vztahu (5).

Někteří FtM navazují relativně časné erotické heterosexuální vztahy s dívkami a v těchto vztazích vystupují jednoznačně v mužské roli (varianta 3). Někdy se jim daří dlouho svou biologickou identitu tajit.

Pokud se FtM v tomto období identifikují lesbicky (1), děje se tak u většiny z nich pod vědomím své erotické zaujatosti ženami, větší společenské visibility homosexuálů v porovnání s transsexuály a zároveň nevyjasněnosti své pohlavní

identity. Pokud se však pokoušejí o vztahy s lesbickými ženami, pak jde většinou o vztahy málo uspokojivé, protože jejich partnerky na nich oceňují právě to, co oni sami odmítají.

Existuje však i mnoho FtM klientů, pro které je odmítavý postoj k vlastnímu tělu nepřekonatelnou překážkou pro navazování partnerských vztahů (5). Problém při navazování těchto vztahů může u nich souviset i s nedostatečnou sebedůvěrou, poruchami sebehodnocení, neurotickými a depresivními reakcemi, které provázejí proces adaptace.

V neposlední řadě existuje i skupina FtM (2), kteří se nejprve snaží o adaptaci na své biologické pohlaví kromě jiného i tak, že se pokoušejí překonat své erotické cítění. Navazují v ženské roli vztahy s muži. Velmi často ale jediná pohlavní zkušenost nebo kratší partnerský vztah bez uskutečnění soulože vedou k zanechání těchto pokusů. Vzácné, i když existující, jsou pak případy, kdy se FtM provdali, zplodili a porodili potomky a teprve potom se rozhodli usilovat o změnu pohlaví.

Výjimečně se setkáváme i s jedinci FtM s homosexuální orientací, tedy de facto s gayi (4), kterým se soužití s mužem, byť heterosexuálně orientovaným, daří o něco lépe. Jde o určitý kompromis, kdy FtM žije s partnerem dle své orientace, byť v nechtěném těle. Navenek tato dvojice působí ryze většinově a partner často dlouhá léta netuší, s kým žije. Přesto jejich vzájemný soulad bývá spíše jen zdánlivý, právě proto, že FtM neakceptuje svou ženskou roli ve vztahu. FtM homosexuálně orientovaný může samozřejmě navázat i vztah s jiným gayem, který potom proces přeměny pohlaví spíše podporuje.

U MtF se ve větší míře vyskytuje orientace na osoby stejného psychologického pohlaví, tedy na ženy. Ve větší míře s nimi i žijí v trvalých partnerských vztazích (1,3). Poněkud jiná je situace u MtF, kteří jsou eroticky přitahováni muži. Někdy totiž procházejí homosexuálním obdobím (2), včetně rozvoje homosexuální identity a akceptace životního stylu gaye. Při dostatečné toleranci partnera se chovají výrazně femininně včetně toho, že odmítají aktivní roli při análním styku a často i felaci partnerem. Homosexuální partner samozřejmě nebývá nakloněn možnosti změny pohlaví. U heterosexuálně orientovaných MtF klientů (tedy u těch, kteří partnersky preferují heterosexuálně orientované muže) je pak jejich situace ještě obtížnější (4). Málokteří mohou žít partnersky a sexuálně v ženské roli ještě před přeměnou pohlaví, jelikož dispozice k akceptování mužského těla u své potenciální partnerky je u většinových mužů takřka nulová.

Lepší sebepoznání v období prvních citových a erotických zkušeností přitom u transsexuálních lidí může komplikovat i převážně platonický charakter jejich citů. Jejich partnerské (a eventuálně i sexuální) realizaci totiž často brání přetrvávající potřeba utajení, daná vědomím odlišnosti, a v neposlední řadě i nemožnost vstoupit ve svém těle do konkrétních praktických sexuálních zkušeností a vztahů.

Psychosexuální vývoj transsexuálních klientů je ve srovnání s vrstevníky v průměru opožděn a složitější. Svou roli jistě hrají i postoje a akceptace jejich odlišnosti u jejich partnerů.

Pokud jsou schopni navázat partnerské vztahy ještě před změnou pohlaví, vybírají si samozřejmě nejraději partnery, kteří budou kompatibilní s jejich sexuální orientací a zároveň takové, kteří je budou schopni akceptovat v jejich psychickém rodu. Obecně lze říci, že ženy jsou schopny transsexuální partnery přijímat lépe, protože psychosociální, emoční a intimní vztah hraje při navazování jejich vztahů důležitější roli než u více biologicky orientovaných mužů. Partnerky FtM se přitom ve svých sexuálních charakteristikách významně neliší od ostatních žen. Nemají častější homosexuální zkušenosti. Pravděpodobně je pro ně typická spíše klitoridální vzrušivost (Weiss a Marešová, 1999).

Homosexuální orientace (tedy preference partnerů stejného psychického a opačného biologického pohlaví) je u FtM zhruba stejně častá jako u běžné populace, u MtF výrazně častější. Příčiny tohoto jevu nejsou ještě zcela známy, ale klinická zkušenost svědčí na druhou stranu i o tom, že u části původně „homosexuálně" orientovaných MtF klientů se během života či během procesu přeměny pohlaví jejich sexuální orientace „mění", že jejich „homosexualita" je i u nich jen jakousi vývojovou fází v rámci procesu identifikace se svou vlastní heterosexualitou.

g) Sexuální aktivity

Charakter masturbačních aktivit je obvykle ovlivněn odporem transsexuálních jedinců ke svým biologickým pohlavním atributům. MtF hledají takové způsoby masturbace, při kterých by se co nejvíce vyhnuli přímému kontaktu s penisem a s ejakulátem – proto někdy masturbují například tak, že se třou o podložku či stiskají penis mezi stehny. FtM se snaží vyhnout se při masturbaci především přímému kontaktu s pochvou,většina z nich se však nijak nevyhýbá kontaktu se svým klitorisem. Často se i ujišťují, že po přeměně zůstane klitoris jako zdroj sexuálního vzrušení zachován a funkční.

Nejsou vzácné ani případy, kdy po počátečním období masturbačních aktivit transsexuální klienti pro odpor k vlastním genitálním projevům přestanou masturbovat úplně nebo častost masturbace radikálně omezí.

Pokud jsou transsexuální jedinci schopni ještě před změnou pohlaví navázat sexuální partnerský vztah nebo jsou schopni alespoň náhodných sexuálních styků, způsob realizace sexuálních aktivit je určen jejich zábranami v oblasti vlastního tělesného schématu. Zvláště FtM se při partnerských sexuálních aktivitách často odmítají svléknout, zůstávají obvykle ve slipech a tričku. Odmítají rovněž doteky partnerky na prsou a často i na genitálu. Někteří prožívají orgasmus pomocí klitoridálního dráždění, ale potřebují k tomu dlouhodobý klidný a bezpečný vztah a chápající partnerku. Více se zaměřují na uspokojení partnerky než na svou vlastní spokojenost. Někdy používají vibrátor nebo jinou erotickou pomůcku. Jde-li o FtM homosexuálně orientovaného, volí si za sexuální partnery gaye a při sexuálních stycích rozhodně nepřipouští vaginální soulož (někdy je však pro ně přijatelný styk anální).

I klienti MtF při sexuálních stycích většinou preferují uspokojení partnera a sami orgasmu dosahují spíše masturbací. Žijí-li navenek v heterosexuálním svazku jako muži se ženami, pak preferují nekoitální formy sexuálního styku. V podstatě jsou však většinou schopni i soulože a nijak významně se jí nevyhýbají, i když ji volí většinou spíše kvůli potřebám svých partnerek.

h) Charakteristiky pohlavní role

Podstatou transsexualismu jako poruchy pohlavní identity nejsou charakteristiky sexuální, ale charakteristiky pohlavní role. Proto pro klienty bývá často důležitější možnost naplňovat sociální aspekty vytoužené pohlavní role než její aspekty sexuální. Vybírají si obvykle profese typické pro pohlaví, s nímž se identifikují – FtM pracují často jako příslušníci policie či bezpečnostních služeb (uniforma potlačuje ženské tvary), řidiči či montéři, MtF pak jako prodavači, cukráři atd. Touží po možnosti navštěvovat toalety dle své identity, FtM se snaží močit vestoje, MtF klienti naopak vsedě. Psychickou identitou se řídí i jejich zájmy – zatímco MtF klienti se zajímají o módu a kosmetiku, FtM např. o kopanou. FtM odmítají taneční, MtF nechtějí na vojnu.

Kromě zjištění zmíněných více či méně psychologicko-sexuologických charakteristik (anamnestickým rozhovorem, dotazníky) v rámci diagnostického procesu považujeme za důležité získat data o dalších sedmi oblastech života transsexuálních klientů: **sociální adaptaci, psychických problémech, kognitivních charakteristikách, osobnosti, abúzech a somatických problémech pacienta i o charakteristikách týkajících se jeho další prognózy** (faktorů určujících budoucí výsledek terapie). Pro charakterizaci uvedených oblastí lze použít data z anamnestických rozhovorů, dotazníků, projektivních i výkonových testů. Konfrontace subjektivních údajů pacienta s informacemi získanými z objektivních zdrojů (od rodičů, partnerů) pak může sloužit k dalšímu upřesnění komplexní diagnózy.

V oblasti **sociální adaptace** by se diagnostický proces měl zaměřit na zjištění všech interpersonálních a vztahových charakteristik pacienta. V rámci interpersonálních faktorů se jeví jako důležitá jeho sociální kompetence, asertivita, sociální úzkostnost, schopnost empatie atd. V rámci vztahových charakteristik je pak důležité zjistit, jaké jsou jeho způsoby sbližování a navazování citové vazby, ale i charakteristiky jeho chování v partnerských vztazích, postoje k autoritám i k jiným osobně důležitým osobám. Dosažený stupeň vzdělání, profesionální

adaptace (například kvalifikace, fluktuace, absence), kriminalita (násilná, majetková, sexuální) i další charakteristiky sociální adaptace pacienta mohou hrát roli při jeho léčbě (při specifikaci oblastí terapeutického působení) i při zvažování další prognózy jeho vývoje.

Důležité pro komplexní diagnózu mohou být i základní body **životní historie** pacienta, charakteristika jeho osobního vývoje, zahrnující jeho vztah k rodičům, i to, zda byl fyzicky, sexuálně nebo citově zneužíván či deprivován. Významná pro jeho osobnostní a psychosexuální vývoj mohou být i jiná traumata související například s úmrtím blízkých osob, rozpadem manželství, ztrátou dětí, uvězněním, závažným somatickým onemocněním apod. Rovněž přítomnost duševní poruchy, pokusu o sebevraždu či eventuální psychiatrické léčení v anamnéze může poskytnout důležité informace z hlediska vyloučení možnosti psychopatologické podmíněnosti poruchy identity (tedy vyloučení eventuality, že tato porucha je projevem psychotického bludu).

Kognitivní charakteristiky mohou hrát významnou roli při specifikaci diagnózy. Zde je důležité zjištění percepčních a mnestických schopností a jejich eventuálních poruch (možná organicita) i určení inteligence pacienta. Tyto charakteristiky jsou totiž nejednou i rozhodující například pro individuální zvážení možností, zaměření a eventuálních omezení psychoterapeutického působení.

Zatím nemáme žádný důkaz, že by existovala nějaká specifická **osobnostní struktura**, specifické osobnostní rysy či specifický osobnostní profil, které by byly charakteristické pro transsexuální jedince. Nicméně určení osobnostních charakteristik, a to především možných poruch osobnosti, může být významným faktorem při rozhodování o druhu nejvhodnější terapie nebo pro predikci dalšího vývoje.

Vedle dotazníkových a výkonových testů se ke zjišťování osobnostních charakteristik transsexuálních klientů používají i techniky projektivní. Nejčastěji se uvádí použití testu Kresby lidské postavy, kde pohlaví první nakreslené postavy se vztahuje k psychosexuální identitě testované osoby. Fleming a spol. (1979) se domnívají, že platnost tohoto tvrzení lze alespoň částečně ověřit srovnáním výsledků obecné populace a transsexuálů. V jejich výzkumu byly testovány čtyři skupiny osob, heterosexuální muži a ženy a transsexuální muži a ženy. Většina heterosexuálních mužů (86 %) nakreslila jako první mužskou postavu, polovina heterosexuálních žen (51 %) nakreslila nejdříve postavu ženskou. Možná interpretace tohoto rozdílu je dle autorů ve zjištění, že ženy lépe přijímají svou mužskou stránku, jsou více androgynní. Je také ale možné, že kreslí mužskou postavu jako první pod vlivem výchovy a sociálního učení, které často upřednostňují muže. V neposlední řadě mohou různě interpretovat instrukci v angličtině a němčině, kde „man" znamená jednak „člověk", ale i „muž".

FtM kreslili v tomto výzkumu jako první ženskou postavu výrazně méně často než biologické ženy a podobně tomu bylo i u MtF, kteří kreslili jako první mužskou postavu výrazně méně často než biologičtí muži. FtM přitom kreslili jako první postavu opačného pohlavní výrazně častěji než MtF. Výsledky tedy svědčí o tom, že pohlaví první nakreslené postavy reprezentuje důležitou součást osobní idealizované nebo favorizované sexuální identity a muži i ženy prožívající pohlavní rozladu mají výrazně vyšší tendenci nakreslit jako první postavu opačného biologického pohlaví.

Předpokládá se, že transsexuální jedinci se v temperamentových vlastnostech (síla excitace nebo reaktivity a pohyblivost nervových procesů) neliší od odpovídajících skupin biologických mužů a žen.

Abúzus alkoholu a nealkoholových drog (eventuálně i diagnostikovaná závislost na těchto látkách) může být rovněž důležitým faktorem při léčbě pacientů s poruchou sexuální identity. Zjištění abúzu a jeho následná léčba jsou někdy i přímo rozhodujícím faktorem pro prognózu výsledků terapie. Protialkoholní či protitoxikomanická léčba může přitom probíhat paralelně s léčbou sexuologickou.

Somatická vyšetření jsou prováděna ze dvou důvodů – z důvodů diferenciálně diagnostických a před zahájením hormonální terapie k vyloučení závažných poruch a onemocnění, které by tomuto typu terapie dlouhodobě bránily. Transsexuální klienti mají chromozomální výbavu adekvátní svému biologickému pohlaví a nebyly zatím zjištěny ani žádné anomálie v tělesném stavu, které by odlišovaly transsexuální jedince od skupiny stejného biologického rodu.

Je ovšem pravdou, že se u svých klientů relativně často setkáváme se zvýšenou mírou nemocnosti nebo spíše s nižší odolností k nejrůznějším onemocněním. Domníváme se, že v těchto případech jde často především o následek dlouhodobě neřešeného základního a traumatizujícího konfliktu mezi tím, kým klient chce být a tím, kým doposud být musel. To, že špatný psychický stav je důležitým faktorem ovlivňujícím obranyschopnost organismu, je v současné medicíně mnohokrát ověřenou realitou. Psychická labilita, zvýšený neuroticismus, úzkostnost a depresivita patří mezi základní psychologické charakteristiky klientů s transsexualitou a jistě fungování jejich imunitního systému neposílí.

Z diferenciálně diagnostických důvodů lze doporučit vyšetření neurologické a psychiatrické (vyloučí organické mozkové poškození způsobené expanzivním procesem, úrazem hlavy, arteriosklerotickým či jiným degenerativním onemocněním centrálního nervstva, epilepsii, psychózu atd.).

Z dalších tělesných vyšetření slouží k posouzení vhodnosti hormonální terapie zejména interní a endokrinologické. Gynekologické vyšetření mapuje terén často doposud zcela opomíjený a má charakter vyšetření preventivního. Adekvátním vyšetřením by měla být u MtF urologická prohlídka, včetně vyšetření prostaty.

V rámci tělesných vyšetření u transsexuality nezjišťujeme žádná specifika, jde o výsledky standardně přináležející biologickému pohlaví včetně hladin hormonů a genotypu. Nacházíme-li výjimečně v tělesném vyšetření cosi méně standardního (například gynekomastii u MtF, vyšší hladinu testosteronu u FtM), jde dle našeho názoru spíše o důsledek psychosomatického působení, přičemž tyto odchylky nemají s příčinou poruchy žádnou souvislost (pokud samozřejmě nejsou důsledkem tajné konzumace hormonálních přípravků).

4 DIFERENCIÁLNÍ DIAGNOSTIKA

I. Procházka

Transsexualita je poruchou pohlavní identity se značnou individuální variabilitou. Zároveň neexistuje dostatek objektivních vyšetřovacích metod a při stanovení diagnózy je třeba věnovat pečlivou pozornost především vlastnímu anamnestickému pohovoru včetně typického transsexuálního vývoje, potvrzení neměnnosti stavu a odlišení transsexuality od jiných obdobných onemocnění a stavů, ať již somatických (intersexualita) nebo psychických (jiné poruchy pohlavní identity, homosexualita, psychózy a organická postižení).

4.1 Intersexualita

Transsexuální vývoj u osob se somatickým intersexualismem je, s výjimkou adrenogenitálního syndromu, vzácný. Genetické studium neprokázalo zatím souvislost chromozomální aberace s transsexuálním vývojem. Významnější jsou pro diferenciální diagnostiku poruchy somatosexuálního vývoje bez chromozomálních anomálií, tedy pravý hermafroditismus, syndrom testikulární feminizace, pseudohermafroditismus a adrenogenitální syndrom.

Tabulka č. 1

Typ intersexuality	Genotyp	Fenotyp	Sex. identita
Testikulární feminizace	46,XY	F	F
Mužský pseudohermafroditismus	46,XY	M?	M
Ženský pseudohermafroditismus	46,XX	F?	F
Adrenogenitální syndrom	46,XX	M?	M?F?

U vzácně se vyskytujícího pravého hermafroditismu má jedinec vytvořenou jak varletní, tak i vaječníkovou tkáň. Některá z nich je pak méně vyvinutá a tedy i méně funkční. Většina případů pravého hermafroditismu má karyotyp 46,XX a zevní genitál odpovídá více vyvinutým, dominujícím gonádám.

U syndromu testikulární feminizace se jedná o ženský fenotyp (tělesné uspořádání odpovídá ženskému pohlaví), ale karyotyp těchto jedinců je mužský, tedy 46,XY. U těchto jedinců lze najít varlata zpravidla ukrytá v tříselném kanále nebo v břišní dutině. Dokonce mohou vytvářet spermie. Typickým projevem těchto jedinců je chybějící ochlupení v axilách a v pubické krajině. Krátká pochva je slepě ukončena a pochopitelně nedochází k menstruaci. Příčinou této poruchy je vrozená necitlivost tkání na androgeny, která je nejčastěji způsobena chyběním 5alfa-reduktázy. Výskyt této poruchy se odhaduje na 1:50 000, je tedy zřejmě poněkud vzácnější než transsexualita.

Tito jedinci tedy mívají od dětství určené ženské pohlaví a vyvíjejí se zpravidla v souladu s tímto pohlavím. Předpokládá se, že prenatální androgeny se u nich konvertují na estradiol, který tak ovlivňuje diferenciaci jejich hypothalamu a jejich budoucí pohlavní identitu.

Při neúplné testikulární feminizaci dochází k deformaci zevního genitálu a tento syndrom pak připomíná spíše pseudohermafroditismus. Představují také problém při určení pohlaví. Gooren a Fliers (1991) doporučují řídit se především tvarem zevního genitálu a vyčkávat. Krátkodobé podávání androgenů ve věku kolem tří let k odhadnutí citlivosti tkání v sobě skrývá riziko zastavení růstu.

Pseudohermafroditismus rozlišujeme podle karyotypu na mužský a ženský. U mužského typu dochází k nedostatečné produkci androgenů již ve fetálním období. Varlata jsou malá, nedostatečně diferencovaná, zevní genitál může být spíše ženský nebo neúplně vyvinutý. Většina těchto jedinců se identifikuje v souladu se svým genetickým pohlavím. Proto se jim od puberty doporučuje substituční podávání androgenů. V minulosti se lékaři pokoušeli o kastraci jedinců s mužským karyotypem s případnou plastickou úpravou genitálu, děti vyrůstaly v ženské pohlavní roli, byly však v dospělosti často nespokojeny se svou pohlavní identitou. Birnbacher a spol. (1999) popsali přeměnu pohlaví u takto postiženého 13letého chlapce. Tyto zkušenosti podpořily přesvědčení o významné biologické a prenatální determinaci pohlavní identity.

Adrenogenitální syndrom u žen je způsoben enzymovým defektem, při němž dochází ke konverzi kortikosteroidů na androgeny. Výsledkem je nadprodukce androgenů. Zevní genitál může nabýt maskulinního zjevu, samozřejmě nejsou ale přítomna varlata. Protože zvýšená produkce androgenů se projevuje již v dětství, například výraznějším ochlupením, bývá již v časném věku léčen. Bez adekvátní léčby jsou u těchto žen častější změny pohlavní identity nebo lesbická orientace (Meyer-Bahlburg a spol., 1996). Podobný efekt může způsobit větší přísun exogenních androgenů nebo virilizujících gestagenů (například diethystilbestrolu) během těhotenství.

4.2 Homosexualita

V některých případech by se o změnu pohlaví mohli snažit homosexuálně orientovaní lidé, kteří by se domnívali, že tímto způsobem vyřeší svou obavu z nepřijetí společností, případně se domohou většího společenského uznání jejich vztahu. Tento jev je častější u žen než mužů, což zřejmě souvisí s častější nejednoznačnou pohlavní identitou lesbických žen (Ehrhardt a spol., 1979). Pomocným diferenciálně diagnostickým vyšetřením může být vedle psychosexuálního vývoje i faloplethysmografické nebo vulvoplethysmografické vyšetření (Barr a Blaszczynski, 1976). Homosexuální muži reagují odlišně od transsexuálů MtF na homoerotické, případně lesbické podněty.

4.3 Porucha pohlavní identity v dětství (F 64.2 dle ICD 10)

Přechod mezi zdravotní poruchou a normálním stavem představují děti se změněnou pohlavní identitou (nekonformní pohlavní identita v dětství). U chlapců se ustálil anglický název (ne příliš korektní) sissy boys a u dívek tomboys (Green, 1987). Jedná se o nejčastější abnormitu pohlavní identity vůbec, která se v mírnější formě vyskytuje až u několika procent dětí. V klinických vzorcích je častější u chlapců než dívek, ale pravděpodobně takové chování u dívek, zejména v mírnější formě, je spíše lépe společensky akceptováno. Dívky projevují zájem o chlapecké sporty a koníčky, v kolektivu chlapeckých vrstevníků jsou uznávané a někdy hrají i vůdčí roli. Nejlépe se cítí ve sportovním oblečení. Naopak nevyhledávají kolektiv spolužaček, nemají zájem o „ženské" domácí práce. U chlapců se naopak projevuje lepší porozumění s vrstevnicemi než s kamarády, mají zájem o panenky, případně plyšová zvířátka, neradi hrají fotbal, neperou se. Pouze v některých případech u nich dochází během dětství k tzv. cross-dressingu, tedy převlékání do šatů matky, sestry, popřípadě k malování se.

Bylo by předčasné domnívat se, že tento vývoj ukazuje vždy nebo převážně na budoucí transsexualitu. Přibližně třetina takových dívek je v budoucnu lesbicky orientována, u poloviny takových chlapců lze předpokládat budoucí homosexuální preferenci. Na druhou stranu je třeba zdůraznit, že existuje mnoho lesbických žen a gay mužů se zcela typickým vývojem pohlavní identity během dětství. V některých, zejména vyhraněných případech, se jedná o první indikátor, že může dojít k budoucímu transsexuálnímu vývoji. Spíš u chlapců je pak třeba počítat s obtížnějším postavením v kolektivu vrstevníků a s rizikem šikany. Bylo

častěji popsáno i pohlavní zneužití těchto dětí, které se od svých vrstevníků odlišují. V případě, že rodiče s takovým potomkem konzultují lékaře, doporučujeme jim nezakazovat a nepodporovat, ponechat dítěti přirozený vývoj s respektováním případných atypických projevů.

Při stanovování této diagnózy je potřeba zvláštní opatrnosti, aby nedošlo k mylnému určení duševní poruchy u těch jedinců, kteří pouze nezapadají do běžných představ společnosti o mužské a ženské roli.

Za zdravotní poruchu je změněná pohlavní identita v dětství považována ve vyhraněné formě, kdy je spojena s výraznou tísní z daného pohlaví, přetrvávajícím oblékáním či činností typickou pro pohlaví opačné a přáním být osobou opačného pohlaví. Dotyčný může být pevně přesvědčen, že je opačného pohlaví. Ani pak však tato porucha nemusí znamenat jednoznačně transsexuální vývoj, i když může být jeho počátečním vyjádřením.

4.4 Transvestitismus fetišistický (F 65. 1 dle ICD 10)

Hraniční poruchou pohlavní identity je transvestitismus, někdy nazývaný pro upřesnění a odlišení fetišistický transvestitismus. Mezinárodní klasifikace nemocí jej řadí mezi poruchy sexuální preference a nikoli pohlavní identity, jedná se však o stav, který je na pomezí obou poruch.

Transvestitismus, podobně jako většina parafilií, je popisován zejména u mužů. Projevuje se převlékáním do ženských šatů, zejména do spodního prádla, ale i nošením dalších doplňků, např. paruk, a líčením. To je však spojeno s navozováním pohlavního vzrušení. Po dosažení orgasmu a ústupu sexuálního vzrušení je převlékání obvykle rychle ukončeno. Většina těchto mužů je heterosexuálně orientována, mnoho z nich žije v partnerském vztahu se ženou a vedle partnerského uspokojení čas od času realizují svoji atypickou odchylku, zpravidla masturbací, výjimečně ve spolupráci s prostitutkou.

Jejich aktivita není společensky nebezpečná, s přibývajícím věkem však může docházet ke snižování zájmu o partnerské sexuální aktivity. Do sexuologické ordinace se dostavují spíše pro poradu, jak se se svou sexualitou vyrovnat, případně pro pomoc při řešení partnerské krize, pokud došlo k prozrazení. Jejich manželky, když se o odchylce dozvědí, reagují až překvapivě často kladně a jsou ochotny ji tolerovat. V některých případech se nejedná o stacionární poruchu, ale o přechodné období u transvestitů dvojí role či transsexuálů. V některých zemích se tito muži sdružují ve vlastních klubech, podobná aktivita vznikla asi před dvěma roky i u nás, nazývá se CD-TV sekce, tedy ze zkratky cross-dressing, transvestitismus.

Zvláštní kategorii transgenderů, s nimiž se u nás nesetkáváme, představují shemales. Jedná se o biologické muže, kteří pomocí hormonální léčby a plastických operací přiblížili své tělo ženskému ideálu a společensky také vystupují jako ženy. Pracují však převážně v komerční sexualitě, ať již jako prostituté či pornoherci, přičemž při těchto aktivitách na rozdíl od transsexuálů vykazují pozitivní postoj k vlastnímu genitálu a chovají se spíše jako homosexuální muži.

4.5 Transvestitismus dvojí role (F 64. 1 dle ICD 10)

Mezi poruchy pohlavní identity řadíme jednoznačně transvestitismus dvojí role. Opět se vyskytuje převážně u heterosexuálně orientovaných mužů, kteří se občas převlékají do šatů opačného pohlaví, případně chvílemi žijí v této roli, ale nepřináší jim to pohlavní vzrušení, jen psychické uspokojení z možnosti dočasné změny. Není zcela vyjádřena jednoznačná touha po změně pohlaví, i když někteří z nich nad tímto řešením uvažují a u některých se skutečně jedná jen o přechodné stadium budoucího transsexualismu. Podobně jako fetišističtí transsexuálové žijí často v manželství či ve vztazích, a pokud se jejich partnerka o jejich poruše dozví, je často schopna ji akceptovat. Tito muži sice nevystupují plně komplementárně v párové roli, ale na druhou stranu jejich partnerky oceňují jejich schopnost intimity a vzájemné blízkosti.

4.6 Psychotická porucha

Transsexualitu může vzácně imitovat i floridní psychóza, zejména s kvalitativní poruchou myšlení. Jen vzácně se však jedná o monoblud, zpravidla dříve či později se objevují další příznaky, které terapeuta upozorní na probíhající psychotický proces. Vedle sledování je důležitá objektivní anamnéza a psychologické vyšetření.

4.7 Syndrom skopců

Money (1988) popsal syndrom skopců jako obsesivně-kompulsivní poruchu, při níž dochází k tendencím mutilovat vlastní genitál. Toto jednání, byť může navenek působit jako projev extrémní nenávisti ke genitálu v rámci transsexuální poruchy, není doprovázeno transsexuálním cítěním, ale spíše přesvědčením o vlastní nadřazenosti, religiózními projevy, přitom však nemá mít psychotickou hloubku. Uvádí jej jako častější v jiných kulturách, kde je společensky akceptován, například v ruské sektě skopců, u indických hidžrů.

4.8 Organické mozkové léze

Brzek se Šípovou (1979) upozorňují na možnost symptomatické pohlavní dysforie při organických lézích mozkových, především u nádorů temporálního laloku. Autoři se však s popisem podobného symptomu nesetkali ani u pacientů, ani v moderním písemnictví.

5 ZÁKLADNÍ ETAPY PROCESU PŘEMĚNY POHLAVÍ

H. Fifková

Proces přeměny pohlaví je dlouhodobou a komplexní záležitostí, která probíhá dle určitých pravidel. Základní model užívaný v minulosti v naší republice byl vytvořen v Sexuologickém ústavu 1. LF a VFN v Praze a byl ve své době liberálním a revolučním činem, který jen upevnil postavení české sexuologické školy v celosvětovém měřítku. Tento terapeutický plán dělil proces přeměny pohlaví do období pěti let a stanovil přísná indikační kritéria.

V prvním roce probíhala opakovaná tělesná a psychologická vyšetření s cílem zjistit psychickou identifikaci a motivaci k léčbě. V druhém roce se aplikovaly hormony opačného pohlaví, ve třetím roce se podával návrh na změnu jména na neutrální. Čtvrtý rok byl ve znamení podání návrhů na chirurgické zákroky a v pátém roce se dokončovala přeměna matriční změnou pohlaví. Jako kontraindikace byly stanoveny interní poškození, neumožňující hormonální léčbu, mentální defekt, těžká psychopatie, kriminalita a sociální maladaptace, alkoholismus, toxikomanie a psychóza (Brzek a Šípová, 1979).

V současné době je již dle našeho názoru možné používat méně striktně vymezené postupy s maximálním zřetelem na individuální situaci klienta. Dle modelu, který se nám osvědčil, lze proces přeměny pohlaví rozdělit do následujících fází:

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

Obecně pak můžeme konstatovat, že u některých fází existuje zcela přesné a konkrétní vymezení časem (například minimální doba hormonální terapie před operačními zákroky), jiné probíhají časově velice individuálně (diagnostika). Některé fáze se vzájemně překrývají (RLT zasahuje do diagnostiky i hormonální fáze terapie). Léčba psychologickými prostředky, tedy psychoterapie, prolíná všemi uvedenými fázemi (blíže viz kapitola o psychoterapii).

5.1 Diagnostika

Trvání diagnostické fáze lze v konkrétních případech jen těžko odhadnout či naplánovat. Někteří klienti již na prvním sezení přesvědčivým a vyčerpávajícím způsobem demonstrují svou psychickou identitu a nenechají nikoho na pochybách o tom, že znají svou pohlavní příslušnost. Následný proces diagnózu jen potvrdí. Na druhou stranu je i mnoho takových, kteří se hledají doslova celé roky, a diagnostickou fázi u nich nelze jakkoli urychlovat (blíže viz v kapitole o diagnostice transsexuality).

Z hlediska potřeby sjednotit diagnostické metody na jednotlivých českých pracovištích bychom pak navrhovali následující rozdělení diagnostických vyšetření:

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

5.2 Fáze rozhodovací

Tato fáze by měla následovat po nezvratném potvrzení diagnózy. Stejně jako u fáze předchozí i zde platí, že jde o období, které někteří klienti časově minimalizují, protože sexuologii vyhledají už s jasnou představou o dalším postupu a cílech léčby. I v těchto případech je ale povinností terapeuta podat klientům vyčerpávající informace o všech možnostech terapie, výhodách jednotlivých postupů i o rizicích s nimi spojených. V případě, že klient potřebuje na rozhodování více času, terapeut mu pro to zajišťuje podmínky poskytnutím vyčerpávajících informací, přičemž sám by dle našeho názoru do rozhodování klienta měl zasahovat svým názorem či postojem co nejméně.

5.3 Real life test, Real life experience

Rozhodne-li se klient pro konverzi pohlaví, lze zahájit fázi, v níž si sám otestuje svou schopnost žít v roli harmonizující s jeho psychickou identitou. Postupně v ní začíná žít ve všech oblastech svého života. Činí tak novou zkušenost (RLE) a zároveň podstupuje jakýsi test správnosti svého rozhodnutí (RLT). Jde o složité období, ve kterém určitou podporu poskytuje úřední akt změny jména a příjmení na neutrální tvar a který obvykle proběhne právě v této fázi léčby.

V některých jazycích včetně češtiny je totiž určení pohlavní příslušnosti provázeno úpravou příjmení, které zpravidla rozlišuje mezi mužským a ženským pohlavím. V období RLT, RLE transsexuálním klientům původní jméno komplikuje život – mohou tedy požádat o změnu na tvary neutrální.

Jako neutrální tvary se doporučují jména, která mohou nést lidé obojího pohlaví – například Míša, Jindra, ale i René, Nikola, včetně jmen, která mají jiný rod v cizině (například Andrea je v Itálii mužské jméno a Robin v Británii ženské). Jako neutrální příjmení je přijímán tzv. nesklonný tvar, kdy se původní příjmení doplní koncovkou -ů, -ých (Nováků, Novotných). Jinou volbou je tradičně nesklonné příjmení (Krejčí, Janů) či příjmení cizí (Wilde).

5.4 Hormonální terapie

K zahájení další fáze procesu, tedy k hormonální terapii, lze dle našich zkušeností přikročit teprve tehdy, když klient žije minimálně několik měsíců v dané roli. Pokud by se hormonální terapie zahájila v období, kdy by její vliv byl klient ještě nucen skrývat, neměla by sama o sobě veliký smysl a jistě i její efekt by byl omezený. Některé školy klientům doporučují nebo umožňují po zahájení hormonální terapie ještě jistou dobu (místo dlouhodobě) setrvat v neutrální formě existence, s oblečením typu unisex, bez zvýraznění rysů daného pohlaví, s neutrálními formulacemi v řeči. Dle našeho názoru to ale nemusí být nejvhodnější postup. Pro klienta je právě v tomto období důležitá reakce okolí, ověřuje si, nakolik bude v nové roli akceptován. Okolí však potřebuje jasné signály (oblečení, účes, formulace včetně používání jasných rodů příčestí minulého), aby se mohlo na novou situaci adaptovat. Představa některých klientů o tom, že mohou zůstat v neutrální formě existence a čekat na hormonální efekt, který způsobí tak výraznou změnu sekundárních znaků, že okolí samo pozná, o co jde a samo začne správně reagovat, je mylná.

Popisovaný postup tedy podmiňuje zahájení hormonální terapie úspěšně probíhajícím RLT. Nicméně o tom, že náš postup nemusí být jedině možný, však svědčí skutečnost, že v mezinárodních standardech HBIGDA (viz příloha 1) jsou

uvedeny i jiné možnosti sledu jednotlivých fází, například předřazení hormonální terapie před RLT a RLE.

V tomto období jsou pro naše klienty důležité i informace o nejrůznějších lékařských i nemedicínských službách, které je možné využít v rámci změn zevnějšku, ať už to jsou služby odstraňující či korigující některé nežádoucí znaky (například vousy, ochlupení u MtF) či služby požadované znaky zvýrazňující (růst svalové hmoty u FtM). Mnozí FtM rádi využívají nabídek sportovních zařízení a posiloven, ve kterých za pomoci odborníků pracují na zvýšení fyzické síly a nárůstu svalové hmoty. MtF se obracejí o pomoc na kosmetické salony a centra poskytující epilační a depilační služby.

V této fázi léčby má důležitou roli foniatrická péče, a to zejména u MtF. Podle Vohradníka (2000), který vypracoval metodiku foniatrické péče a edukace hlasu, jde o navození žensky znějícího hlasu u jedince s již dokončenou mutací. Cílem je dosažení přiměřené výšky hlasu, prevence příčin hyperkinetické fonace, rezonanční změny a nácvik dýchání. U klientek s barytonem se uvažovalo o možnosti chirurgické úpravy hrtanu, protože nebylo možné učením navodit společensky akceptovatelný hlas. Vzhledem k ne zcela objasněným důsledkům trvalého zúžení dýchacích cest pro kardiopulmonální systém však bylo prozatím od tohoto způsobu léčby upuštěno.

Hormonální terapie je pak zahajována po dohodě s klientem, po důkladném somatickém vyšetření, které by odhalilo možné překážky trvalé hormonální substituce (podrobnosti o této fázi jsou uvedeny v kapitole o hormonální terapii). Diskutabilní je v tomto ohledu stanovení minimální věkové hranice pro zahájení této etapy léčby. Dle našeho názoru je vhodné přidržet se mezinárodních standardů, ve kterých je uvedena věková hranice 16 let. Zároveň jsme si ale vědomi faktu, že důležitější než vlastní kalendářní věk je tělesná a psychická připravenost klienta na zahájení této fáze.

Hormonální terapie by měla před zahájením vlastních chirurgických zákroků trvat minimálně jeden rok, měly by být zřetelně vytvořené tělesné změny a hladiny pohlavních hormonů dosažené během této doby by se měly blížit normám vlastním požadovanému rodu.

Po splnění uvedených podmínek, čímž rozumíme minimálně rok trvající hormonální terapii a déle než rok úspěšně probíhající RLT, RLE, klient může písemně požádat příslušnou komisi jmenovanou ředitelem nemocnice, rozhodující o realizaci chirurgických zákroků u transsexuálů, o schválení operativní přeměny pohlaví. Komise rozhoduje na základě písemného doporučení ošetřujícího lékaře a dalšího, na terapii nezávisle působícího odborníka (blíže viz kapitola o právních aspektech přeměny pohlaví). O schválení operativní přeměny pohlaví je možné požádat nejdříve v osmnácti letech. Plnoletost je zde vnímána jako minimální podmínka pro realizaci nevratných zákroků.

5.5 Operativní výkony

Operativní kroky klient plánuje individuálně, dle svých potřeb a možností (viz kapitola Chirurgické výkony u FtM a Chirurgické výkony u MtF).

5.6 Pooperační období

Proces přeměny pohlaví je pak dokončen definitivní změnou úřední identity. Klient mění jméno a příjmení na tvary definitivně mužské či ženské, dostává nový rodný list a nové rodné číslo, mění si všechny potřebné doklady a dokumenty, a to i se zpětnou platností (maturitní vysvědčení, výuční listy či vysokoškolské diplomy). V dalším životě má pak všechna práva a povinnosti příslušející danému pohlaví. Muži se mohou ženit, ženy se mohou vdávat a všechny páry mohou využívat servisu určeného neplodným dvojicím. Jedinou výjimku tvoří základní vojenská služba u FtM – jsou totiž uznáni ze zdravotních důvodů trvale neschopnými vykonávat tuto povinnost.

Tento soubor úředních kroků se děje na základě písemného doporučení terapeuta, které musí obsahovat jako nezbytnou podmínku a nutné právní minimum vyjádření o definitivním ukončení plodnosti klienta či klientky. V České republice dle zákona je matkou dítěte uznána žena, která dítě nosí ve své děloze a posléze porodí. Dle naší právní úpravy přitom nelze za matku dítěte uznat eventuální dárkyni vajíčka. Z toho plyne, že u FtM je právně postačujícím zákrokem hysterektomie. U MtF jde pak o odstranění varlat (s nadvarlaty).

V pooperačním období pak klient dochází na pravidelné kontroly, užívá předepsanou farmakoterapii a absolvuje doporučené laboratorní kontroly a vyšetření.

5.7 Model terapeutického týmu

V ideálním případě se povede vytvořit tým odborníků, kteří dlouhodobě spolupracují v rámci diagnostiky a terapie transsexuality. Za vhodné považujeme získat jednotlivé kolegy pro trvalou spolupráci – jde o natolik specifickou problematiku, že je nejlepší spolupracovat s jedním specialistou, který se na danou problematiku soustředí. Je o ní dostatečně informován a spoluprací s klienty získává další důležité zkušenosti.

Podle našich zkušeností mají v týmu (kromě sexuologa) své nezastupitelné místo specialisté z následujících oborů:

a) klinická psychologie (diagnostika);

b) interní lékařství (hodnocení zdravotního stavu z hlediska vhodnosti hormonální terapie a operativních zákroků);
c) endokrinologie (stanovení možných kontraindikací pro hormonální terapii a průběžná kontrola jejího průběhu před i po operacích, měření kostní denzity);
d) gynekologie (preventivní vyšetření, chirurgické zákroky);
e) plastická chirurgie (chirurgické zákroky);
f) urologie (prevence, chirurgické zákroky);
g) rodinná psychoterapie (se zaměřením na problematiku transsexuálních rodičů dětí);
h) dětská psychologie (se zaměřením na problematiku dětí transsexuálních rodičů);
i) psychoterapie obecně (v rámci cíleně indikované psychoterapie především v pooperačním období);
j) foniatrie (úprava hlasu u MtF, edukace, event. operativní léčba, hlasivky či ohryzek);
k) právo (konzultace ohledně problematiky rodičovství, v odvolacích procesech a individuálně dle potřeb transsexuálního klienta);
l) laserová medicína (epilace, korekce jizev);
m) kosmetika (především u MtF, poradenství, depilace);
n) zdravý životní styl (se zaměřením na správnou stravu a zvyšování fyzické kondice, využívané především FtM).

Rozhodující roli v procesu přeměny pohlaví má u nás většinou sexuolog. Ten pracuje s klientem především individuálně, je organizátorem a koordinátorem práce týmu odborníků a nese hlavní zodpovědnost za průběh diagnostiky i terapie.

Členové týmu se účastní pravidelných informativních seminářů, určených transsexuálním klientům a jejich blízkým příbuzným či přátelům. Příležitostně se tým schází i na interních konzultacích, sloužících k výměně zkušeností. Výhodou je i dobrá spolupráce s členy komise pro schvalování chirurgických zákroků u transsexuálů, kteří se rovněž mohou jednotlivých schůzek účastnit.

5.8 Kontraindikace přeměny pohlaví

O různých možných kontraindikacích terapie lze uvažovat především v souvislosti s jednotlivými fázemi procesu přeměny pohlaví. Tyto fáze přitom dělíme na reverzibilní (fáze a, b, c), částečně reverzibilní (d) a ireverzibilní (e).

Absolutní kontraindikace

Pro zahájení reverzibilních etap léčby neexistuje žádná absolutní kontraindikace.

Pro částečně reverzibilní fázi léčby platí pravidlo, že absolutní kontraindikací pro zahájení hormonální terapie je špatně stanovená diagnóza, věk pod hranicí 16 let a další možné kontraindikace vyplývající z klientova zdravotního stavu (tak, jak jsou uvedeny v kapitole o hormonální terapii).

Pro zahájení operativní, tedy ireverzibilní fáze léčby jsou absolutními kontraindikacemi hlavně právní překážky, zejména trvající manželství a věk nižší 18 let, rovněž chybně stanovená diagnóza.

Relativní kontraindikace

Pro zahájení reverzibilních fází terapie neexistuje ani žádná relativní kontraindikace.

Pro fáze směřující ke změně pohlaví a pro úplnou změnu pohlaví (d, e) jsou relativními kontraindikacemi terapie:

a) **Psychotické onemocnění** – je nevyhnutelné důkladně odlišit, zda transsexualita není projevem duševní nemoci. I v případě, že jde o komorbiditu transsexuality a duševní nemoci jako dvou na sobě nezávislých problémů, je dobré zvážit schopnost duševně nemocného člověka absolvovat celý proces tak, aby na jeho konci dospěl skutečně k lepší kvalitě svého života. Na druhou stranu psychickému stavu klienta by jistě neprospěla ani tenze spojená se setrváváním v neakceptované pohlavní identitě (Caspari a spol., 1999). V ČR dle dostupných informací proběhl proces přeměny pohlaví u schizofrenního klienta s transsexualitou MtF zatím jednou, postup byl velice opatrný a léčba byla vedena za úzké spolupráce s psychiatry. Dnes již klientka, vysokoškolsky vzdělaná invalidní důchodkyně, vnímá celý proces přeměny jednoznačně pozitivně, popisuje trvalou úlevu a úbytek psychopatologické symptomatologie.

b) **Těžká porucha osobnosti** – obzvláště taková, u které převažují prvky asociální či hysterické, které by mohly celý proces přeměny komplikovat. Anomální osobnostní struktura může představovat riziko při adaptačních reakcích jak v průběhu přeměny, tak po jejím dokončení. Současně však klinické zkušenosti svědčí o tom, že klienti s podobnou strukturou osobnosti často celý proces konverze nedokáží absolvovat třeba jen proto, že nejsou schopni dodržet základní podmínku, a to pravidelné docházení do zdravotnického zařízení.

c) **Závislost na alkoholu a nealkoholových drogách** – je rovněž komplikací nejenom z hlediska schopnosti klienta dodržet základní požadavky sexuologické léčby, ale i proto, že u lidí závislých vzhledem k jejich somatickému stavu mohou nastat komplikace v rámci hormonální terapie.

d) **Rodičovství** – skutečnost, že transsexuální klient je otcem či matkou dítěte (dětí), může hrát svou roli nejen při jeho vlastním rozhodování pro přeměnu pohlaví, ale i při formulaci postoje terapeuta k této problematice (podrobněji se jí věnujeme v kapitole Transsexualita a rodičovství).

e) **Recentní kriminální anamnéza** – bývá též uváděna jako jedna z relativních kontraindikací. Domníváme se však, že tomto případě je potřeba k problému přistupovat přísně individuálně, a že je nutné zvažovat spíše klientovy osobnostní dispozice či omezení než charakter trestné činnosti a délku uloženého trestu. Současně však platí, že dostane-li se do vazby či výkonu trestu klient během procesu přeměny pohlaví, doporučuje se terapii nepřerušovat – tedy pokračovat v zahájených krocích ve smyslu akceptace klienta ve zvolené roli a v hormonální terapii. Důležité je pokusit se pro to ve spolupráci s vězeňskými odborníky vytvořit vhodné podmínky – tedy zajistit adekvátní lékařský a psychologický dohled a spolupráci vězeňského personálu včetně zajištění samostatného bydlení a adekvátních podmínek při hygieně.

Žádná z uvedených kontraindikací přitom nemusí představovat konstantní a neměnnou překážku terapie. Může jít spíše o jakési upozornění, že je třeba volit opatrný a pomalý terapeutický postup, v jehož rámci je třeba současně s léčbou transsexuality či před zahájením této léčby řešit i zmíněný problém (pokud ho řešit lze).

Z výše uvedených kontraindikací pro určité fáze terapie vyplývají i určité atypické či méně standardní varianty léčby. Jde především o možnost realizace hormonální terapie bez navazujících operativních zákroků. Tuto variantu lze využít tam, kde z nějakých důvodů (například kvůli rodičovství) klient nechce podstoupit celý proces, ale částečná intervence by zmírnila jeho diskomfort. Příkladem takového postupu by mohla být aplikace hormonů, která by u MtF vedla ke zvětšení velikosti prsou či u FtM k odstranění menstruačního krvácení.

Jinou možnost představuje realizace operativních zákroků bez předcházející hormonální terapie. Dle HBIGDA (viz příloha 1) se postupovat tímto způsobem v zásadě nedoporučuje, nicméně je zde výslovně uvedeno, že pokud probíhá uspokojivě RLT a klient je duševně zdráv, není důvod, proč by nutně musela hormonální terapie předcházet chirurgickým zákrokům. Náš postoj k takovému postupu by byl velmi obezřetný.

Většina námi uvedených postupů a kritérií (vyjma těch explicitně zákonem jmenovaných) má charakter doporučení a význam pouze orientační. Je zřejmé, že mezi klienty existují nejednou i zásadní rozdíly, které je třeba vzít v úvahu při individuální práci. Tak například již při prvním setkání může terapeut hovořit s klientem, který již roky žije i bez asistence medicíny v požadované roli

ve všech oblastech svého života. Na druhé straně nejsou výjimečné ani případy, ve kterých stanovení definitivní diagnózy probíhá v intervalu i několika let.

Bližší vhled do problematiky terapeutických postupů poskytují mezinárodní standardy HBIGDA (viz příloha 1), které je možné vnímat jako zásadní vodítko pro stanovení standardů léčby jednotlivými lékařskými společnostmi v dané zemi a současně i jakéhosi neoficiálního arbitra v případě sporů. Pro nás může být inspirujícím námětem k diskusi například pasáž pojednávající o možnostech diagnostiky a léčby poruch pohlavní identity u dětí a mladistvých včetně podávání hormonů oddalujících pubertu.

6 PSYCHOTERAPIE

H. Fifková, P. Weiss

Psychoterapie bývá nejčastěji definována jako druh léčby, který s využitím psychologických prostředků pomáhá klientovi zlepšit kvalitu jeho života. Je-li ale psychoterapie definována též někdy jako forma léčby duše, je potřeba jednoznačně uvést, že veškeré dosavadní pokusy o léčbu transsexuality ve smyslu změny cítění klienta selhaly. Nebylo zaznamenáno mnoho případů, kdy by se u dospělého člověka podařilo změnit jeho identitu (Baker, 1969). Snahy některých terapeutů „vyléčit" biologické podstatě odporující pocit příslušnosti k opačnému rodu se minuly účinkem. Jejich kauzální terapie je ve skutečnosti terapií symptomů a podporou adaptace na stávající biologické pohlaví včetně změny chování, nikoli identity. Maximem, čeho je možné v rámci terapie dosáhnout, je adaptace, změna chování, nikoli změna identity.

Dle některých autorů je psychoterapie používána tedy především na zvyšování dovednosti v interpersonálních vztazích a zvyšování tolerance vůči emocionálnímu stresu (Baker, 1969). Dle jiných je principem především psychoanalyticky orientované terapie buď srovnání psychologického pohlaví s biologickým, nebo tolerance anatomického rodu (Benjamin, 1967).

6.1 Formy psychoterapeutického působení

V rámci terapie transsexuálních klientů lze rozdělit psychoterapii na nespecifickou a specifickou.

Nespecifická psychoterapie je obsažena v rámci celého procesu a je dána především vztahem mezi klientem a terapeutem. Tento typ působení je možné též označit jako psychoterapeutické prvky v chování terapeuta. Působí kontinuálně, necíleně, nespecifikovaně a jsou dány především terapeutovým postojem a chováním v rámci daného vztahu. Terapeut by měl být empatický (měl by se umět vžít do klientových potíží), měl by klienta akceptovat a projevovat mu adekvátní úctu a v neposlední řadě by měl být ve svém projevu autentický (věrohodný, pravdivý). Jde zde o terapeutické postupy, které vycházejí především z psychoterapie rogeriánské.

Specifická psychoterapie je pak přesně vymezená, cíleně indikovaná, terapeutem doporučená a klientem vyžádaná. Tento typ intervence není nezbytnou součástí terapie transsexuálních klientů. Cílené psychoterapeutické postupy aplikovatelné v rámci léčby transsexuálních klientů lze rozdělit především dle využívané psychoterapeutické školy – například na racionální (využívající především výklad, objasnění, poskytnutí informací, korekci postojů, uklidnění, podporu a radu), dynamické (snažící se objasňovat příčiny v minulosti a hledat souvislosti s problémy v současnosti), rogeriánské (pracující s empatií) nebo kognitivně-behaviorální (využívající přecvičování nevyhovujících způsobů chování na způsoby více vyhovující a pracující též se změnami postojů a hodnocení).

Dle formy lze pak psychoterapii používanou u transsexuálních klientů rozdělit na **individuální, skupinovou, párovou a rodinnou.** V rámci našeho modelu individuální terapie tvoří sezení základ léčby, ostatní formy jsou využívány podle potřeb a zájmu klienta a možností terapeuta. Paralelně však funguje i skupinová psychoterapie. Skupiny jsou víceméně uzavřené, sestavované dle doby příchodu, délky docházení a dle pohlaví. Život uvnitř každé skupiny se vyvíjí jinak. Někdy jde o setkání spíše klubového typu, u jiných skupin s malou fluktuací a větší kohezí je možné využívat i prvky skupinové dynamiky. Pravidelně jsou též organizována společná setkání určená rodičům a ostatním blízkým našich klientů. Jiné skupiny se scházejí na základě orientace na společný problém – tak pracuje například skupina klientů, kteří jsou zároveň i rodiči dětí, či společenství partnerských dvojic, zaměřené více na problematiku vztahovou a sexuální.

Párovou terapii i sezení rodinná lze využívat při řešení konkrétních problémů v partnerství klientů a klientek. Rodinná sezení hrají velkou roli buď v situacích, kdy se zbytek rodiny vyrovnává s transsexualitou jednoho z rodičů (slouží pak především ke zvýšení soudržnosti rodičovské dvojice a k prevenci traumatizace dětí), nebo jednoho z dětí (obzvláště v rodinách s výraznou autoritativní asymetrií a jasnou představou rodičů o tom, co je pro jejich dítě nejlepší).

Psychoterapie je tedy jednou ze základních složek léčby transsexuality. Vztah mezi terapeutem a jeho klientem je určujícím faktorem ovlivňujícím úspěšnost léčby. Lidé s transsexuální poruchou přicházejí se žádostí o pomoc po váhání trvajícím mnoho let. Přijetí, kterého se jim dostane při prvním setkání s terapeutem, bývá rozhodujícím pro další průběh spolupráce. Do ordinace přicházejí s velikou nejistotou, plni pocitů nenormality, viny, s nízkým sebehodnocením, neurotičtí, depresivní, úzkostní. Je-li spolupráce dobrá a kvalitní, na konci terapie tyto příznaky mizí nebo se alespoň zmírňují (Fifková a Weiss, 2000).

Přístup terapeuta může podstatným způsobem usnadnit či zkomplikovat již první fázi práce, tedy diagnostický proces, který, jak už bylo řečeno, vychází především z výpovědi klienta. Validní data se dají bezpochyby lépe získat v bezpečném prostředí, vytvořeném důvěryhodným terapeutem.

Po ukončení diagnostického procesu potvrzením diagnózy je úkolem terapeuta především pomoci vytvořit takové podmínky, ve kterých se může klient svobodně rozhodovat o dalších krocích. To předpokládá kromě jiného i předání maximálního množství informací o výhodách a rizicích jednotlivých kroků včetně seznámení s možnými kontraindikacemi, zejména procesu přeměny pohlaví. Klient se rozhoduje v zásadě mezi dvěma variantami. První z nich je **adaptace na stávající biologické pohlaví**, druhou pak **proces přeměny pohlaví**. (Jeden z našich klientů doplnil, že třetí možností je sebevražda. Ve skupině lidí s transsexuálním problémem je skutečně několikanásobně vyšší počet sebevražd ve srovnání s obecnou populací).

V současné době není dost dobře možné určit, jaký typ rozhodnutí mezi lidmi s transsexualitou převažuje. Informace, které máme, pocházejí především od klientů našich ordinací. Jistě existuje skupina lidí, kteří se na lékaře s transsexuálním problémem nikdy neobrátí a adaptují se bez asistence pomáhajících profesí. Jde pravděpodobně především o ty, kteří nacházejí zázemí včetně partnerských vztahů uvnitř komunit homosexuálně orientovaných mužů a žen či mezi „převlékači" (skupina praktikující cross-dressing, tedy občasnou změnu zevnějšku směrem k opačnému pohlaví, přičemž diagnosticky jde především o transvestity).

V případě zvolení první varianty, tedy adaptace, psychoterapie probíhá víceméně podpůrnou formou. Proces adaptace může znamenat **adaptaci na biologické pohlaví** s psychoterapeutickou intervencí behaviorálního charakteru a tréninkem sociálních dovedností a stereotypů společensky přináležejících dané roli. Tento způsob volí dle našich zkušeností především lidé s dětmi v rodičovské péči, MtF. Důvodem uvedeného typu rozhodnutí je potřeba dostát rodičovským povinnostem, obava před zničením rodiny, fungující vztah s druhým rodičem, láska k dětem a obava před jejich traumatizací. Někdy je rozhodnutí pro adaptaci celoživotní záležitostí, jindy jde jen o odložení konverze na dobu dospělosti dětí.

Druhou subvariantou adaptačního procesu je pak proces opačný – **adaptace na pohlaví psychické**. V rámci této terapie se klient snaží žít v roli adekvátní jeho cítění, aniž by absolvoval proces přeměny pohlaví. Tuto variantu volí zpravidla lidé, kteří nemají výrazně negativní vztah ke svému tělu, lidé s velikou obavou z jakýchkoli lékařských zákroků, lidé homosexuálně orientovaní. V neposlední řadě jde i o ty z klientů, kteří transsexuální problém definují spíše jako problém malé tolerance společnosti, omezené dělbou na dvě pohlaví, kvůli které se nemíní pouštět do jakýchkoli rizikových zákroků. Říkají – ať se změní společnost, proč bych se měl měnit já. Psychoterapeutické působení je orientováno na zvýšení schopnosti prosadit si společenskou akceptaci v dané roli bez doprovodných lékařských a právních kroků (maximem je dosažení změny jména a příjmení na neutrální tvary). V partnerských vztazích pak tito lidé zaujímají roli příslušející jejich psychické identitě.

Většina našich transsexuálních klientů a klientek je rozhodnuta pro přeměnu pohlaví již v době první návštěvy lékaře. Důvodem je kromě jiného i to, že již mají za sebou roky více či méně neúspěšné snahy o adaptaci, o přizpůsobení se biologické podstatě a touto podstatou determinované společenské roli. Rozhodnutí pro chirurgickou konverzi je výsledkem málo uspokojujícího boje, volbou po vyčerpání zdánlivě méně náročných variant. Zcela evidentně se v tomto směru liší FtM a MtF. Transsexualita FtM je mnohem jednoznačnější a jejím nositelům nečiní problém udělat rozhodnutí radikálního druhu. Mnohem více času na rozhodnutí potřebují lidé s transsexualitou MtF. Mnozí z nich neprožívají tak velikou trýzeň jako většina FtM. Uvědomění si své skutečné identity i rozhodnutí pro určitý způsob řešení problému transsexuality je pro klienty MtF nezřídka komplikovanější a dlouhodobější záležitost.

Proces přeměny pohlaví je založen na postupných krocích s relativně pevnou strukturou. Fáze, která by měla následovat po uzavření rozhodovacího procesu, je RLT, RLE, tedy **zkouška a zkušenost opravdového života**. V rámci tohoto testu klient začíná žít postupně ve všech oblastech svého života v roli, která je v souladu s jeho cítěním. Někdy je nutná časově náročná a důkladná příprava. Jde o fázi, která klade na klienta značné nároky. Leží na něm hlavní váha práce s okolím, rodinou počínaje a přáteli a kolegy konče. Klient se snaží všem podat podstatné informace a získat okolí pro spolupráci tak, aby byl v nové roli co nejlépe akceptován. V této fázi je psychoterapie důležitým prvkem, zaměřujeme ji na růst sebejistoty, zvýšení sebehodnocení, zlepšení komunikačních dovedností, zvýšení schopnosti empatie, asertivní trénink.

Někdy bývá vhodné, aby si v rámci dynamicky orientované psychoterapie klient vyjasnil strukturu vztahů v bazální rodině a svou roli uvnitř. Je-li v této fázi terapie vedena citlivě a kvalitně, dochází často k výraznému otevření jednotlivých vztahů, větší transparentnosti, zlepšení komunikace, zvýšení porozumění a akceptace, vyřešení letitých konfliktů. Fakt, že jeden člen rodiny má transsexuální problém, může vysvětlit mnohé potíže v rámci celé rodiny. Někteří rodiče transsexuálních dětí trvale žijí s blíže nevyjasněným pocitem nenormality či zvláštnosti dítěte. Uvědomují si omezenou komunikaci, trpí izolací dítěte v komunitě vrstevníků, nechápou podstatu jeho jinakosti a obviňují sebe i dítě.

V rámci tohoto období by měl klient začít trvale žít ve všech oblastech svého života v nové roli, pokud možno obklopen lidmi, kteří mu poskytují podporu a porozumění. Dle našeho názoru vždy stojí za to pokoušet se, aby klient nemusel

měnit kromě společenské role ve svém životě nic podstatného – profesi, bydliště, okruh lidí. V dřívějších dobách některými kolegy doporučované „pálení mostů" není v současné době považováno za vhodný postup, svou roli jistě hraje i měnící se postoj společnosti.

V tomto období je důležitá kromě individuální psychoterapie i terapie rodinná a skupinová forma práce – ta zejména k posílení pocitu sounáležitosti a příslušnosti k určité skupině lidí.

Délka tohoto období může být různá, vždy záleží na konkrétních podmínkách. Postoj okolí, zejména nejbližších příbuzných, je důležitým faktorem, ovlivňujícím celý proces. Pochopení či naopak odmítnutí v rámci rodiny i širší komunity může být i rozhodujícím z hlediska dalšího rozhodování klienta.

V této souvislosti lze u našich klientů a jejich příbuzných najít mnohé analogie s procesem coming-out (tento termín označuje proces přijetí sebe sama a přijetí okolím) u našich klientů s homosexuální orientací. Srovnáme-li přitom postoj širší veřejnosti k transsexualitě s jejím postojem k lidem homosexuálně orientovaným, zdá se, že transsexualita je více přijímána. Mnozí lidé uvádějí, že dle jejich názoru jde o problém, který lze vyřešit tak, aby dotyčný mohl žít jako většina, tedy ve vztahu dvou heterosexuálně orientovaných lidí – jde tedy o problém vnímaný jako léčitelný a navíc jeho nositelem nezaviněný. U homosexuální orientace se mnohem častěji setkáváme s odmítáním problému jako něčeho, co je trvale mimo většinovou normu či něčeho, co člověk může ovlivnit či měnit, chce-li. Postoj lidí z blízkého sociálního okruhu klienta bývá pochopitelně odlišný. Transsexualitu vnímají jako závažný problém, jehož řešení s sebou nese nezanedbatelná zdravotní rizika. Mnozí rodiče hovoří o tom, že by mnohem raději uvítali u svých děti homosexualitu.

Následující období, ve kterém dochází k zahájení **hormonální terapie**, nevyžaduje speciální či intenzivní přístup. U FtM je ve velké většině případů zahájení hormonální terapie provázeno pocity spokojenosti a většího klidu. Psychický stav se stabilizuje. Na rozdíl od očekávání některých odborníků nedochází dle výpovědi klientů i dle objektivního pozorování k nárůstu agresivní tenze v závislosti na zvyšující se hladině testosteronu. Změnou, ke které v této souvislosti naopak dochází často, je zvýšení sexuální apetence. U MtF se však občas setkáváme při zahájení terapie estrogeny a antiandrogeny s kolísáním nálad ve smyslu dysforie až deprese. Toto období bývá časově omezené a nevyžaduje kromě podání informací zpravidla žádnou speciální psychoterapeutickou či farmakologickou péči.

Předoperační období. Z psychoterapeutického hlediska je charakteristické především přípravou na vlastní operativní zákroky ve smyslu doplňování informací při setkáních s odborníky či klienty, kteří mají celý proces za sebou.

Je dobré si uvědomit, že při popsaném postupu se operací kromě tělesných změn a následných úředních kroků nemění nic podstatného. Mnohé převratné věci se staly mnohem dříve, zejména v době RLT.

Pooperační období. Potřeba další psychoterapeutické intervence v tomto období závisí na osobnostních charakteristikách klienta, na jeho duševní zralosti a na kvalitě předchozí psychoterapeutické péče. Někteří klienti již další pomoc nepotřebují, se zdravotníky udržují jen nezbytně nutné kontakty (a někdy ani ty ne) a snaží se žít tak, aby se k proběhlé fázi života nemuseli příliš vracet. K problémům dochází například tehdy, jsou-li očekávání klienta nepřiměřená nebo jde-li o osobnost nezralou, s hysterickými rysy, sociálně maladaptivní či je-li v popředí obrazu neuróza s prvky hypochondrie a psychastenie. U lidí s nízkým sebehodnocením spojeným s hlubokými nejistotami může být nespokojenost s výsledkem operace vhodným ventilem těchto úzkostí. Tam, kde klient nepřebírá dostatečně zodpovědnost za svůj život, může být transsexualita věčným a vděčným alibi pro neúspěch, hromosvodem pro všechny porážky a šidítkem, ospravedlňujícím nečinnost.

Všichni, kdo absolvují proces přeměny pohlaví, řeší otázku postoje k vlastní minulosti. Potíže spojené s potřebou zpracovat uplynulé období, ve kterém klienti prožívali nezařazenost a nezařaditelnost v rámci skupin vrstevníků, jsou logické a veliké. Transsexuálním klientům a klientkám chybí základní zkušenosti ve vztahu k adekvátním referenčním skupinám. Nemohli se identifikovat a zařadit, nemohli se autonomizovat a separovat, nemohli kooperovat, nemohli bojovat a vítězit. Ve složitějších případech jsou minulé roky provázeny výraznými stavy derealizace, odosobnění, emoční anestezie, denního snění a dalšími obrannými mechanismy, které jim pomohly přežít dlouhodobou traumatizující transsexuální trýzeň se zachováním šance na obnovení duševní integrity.

Prevencí problémů je dobře vedená psychoterapie v předchozích obdobích. Nastanou-li přece jen psychické potíže, lze s úspěchem použít více dynamicky orientované metody, které nepracují izolovaně s konverzí, ale příčiny problémů hledají v dřívějších obdobích psychického vývoje klienta.

Výjimečně se stává, že někteří z transsexuálů vyjadřují po přeměně pohlaví s jejím provedením nespokojenost. Většinou se jedná spíše o částečnou nespokojenost odrážející nenaplněné nadměrné očekávání, ale někdy i realistické hodnocení ne zcela zdařilé operace či nedostatečných hormonálních změn v porovnání s jinými jedinci. Většinou však míra spokojenosti s provedením přeměny pohlaví s narůstajícím časem stoupá. Ve světě byly vzácně popsány žádosti o návrat zpět k původnímu pohlaví. Landén a spol. (1998b) uvedli, že v souboru 218 transsexuálů po přeměně pohlaví podobnou žádost vyjádřilo osm z nich.

Častěji se jednalo o jedince s chybějící podporou původní rodiny a s atypickým transsexuálním vývojem.

Pokud je v pooperačním období indikována psychoterapie, bývá dobré zvážit možnost spolupráce s externím psychoterapeutem. Je totiž pravděpodobné, že možnosti psychoterapeutické intervence probíhající na kmenovém pracovišti byly vyčerpány a další spolupráce by byla již jen chozením v bludném kruhu. V jiných případech je však účelné i další vedení klienta původním terapeutem, jelikož po dokončení procesu přeměny mohou vzniknout nové problémy, které souvisejí například s fenoménem vyprázdnění motivace po dokončení velkého úkolu a s hledáním nového smyslu života.

6.2 Odpovědnost terapeuta

Terapeut výrazně ovlivňuje celý proces přeměny. V jeho přístupu by měly být standardně obsaženy uvedené základní psychoterapeutické prvky (empatie, autenticita a akceptace). Je-li navíc ještě speciálně psychoterapeuticky vzdělán, bývá to výhodou, protože je schopen poskytnout vyžádanou specifickou intervenci. Dobrý terapeut by měl průběžně a soustavně pracovat také sám na sobě v rámci určité autoanalýzy či psychoterapeuticky orientované supervize.

Medicínský model vztahu lékař a pacient v naší společnosti stále ještě hluboce přežívá. Tento model s sebou nese výraznou asymetrii ve vztahu dvou lidí a s tím související pozici „mocného" a „nemocného". Aplikace uvedeného modelu příliš neuškodí v případě vytržení zubu či změření krevního tlaku, ale jeho použití při diagnostice a terapii transsexuality může mít pro klienty nedozírné důsledky. Transsexuální klienti se s příchodem do ordinace stávají na terapeutech skutečně dlouhodobě závislými. Rozhodnou-li se pro proces přeměny pohlaví, potřebují opakované souhlasné postoje terapeutů, jejich další život je do značné míry závislý na doporučujícím stanovisku ošetřujícího lékaře, určeném příslušné komisi povolující konverze. V lékařském modelu častá obava klienta ze ztráty přízně lékaře zde může nabývat velikých rozměrů a průběh terapie komplikovat. Je záležitostí odborné kvality terapeuta umět si tuto míru moci danou vnějšími okolnostmi uvědomit, dále ji nestupňovat a naučit se s ní uvážlivě nakládat tak, aby nedošlo k poškození klienta.

Dále je nanejvýš vhodné, aby si terapeut sám ujasnil svůj postoj k problematice transsexuálních lidí. Existuje-li ze strany terapeuta jakákoli emoční či postojová ambivalence k tomuto druhu problému, je dobré vědět, že právě toto může být rozhodujícím faktorem úspěšnosti či neúspěšnosti terapie, za kterou nese lékař nepochybnou zodpovědnost. Dobrý terapeut si nesmí dovolit, aby klienta ovlivnil kupříkladu svou sexuální orientací, vztahem ke své vlastní identitě, svým náboženským přesvědčením či politickým postojem, svým preferovaným způsobem řešení problémů či životním stylem, svými pohlavními (nerozuměj sexuálními) stereotypy. Jestliže si terapeut například myslí, že z jeho klienta stejně nikdy žádný pořádný muž nebude, protože měří „pouhých" 160 cm, je dle našeho názoru vhodnější ponechat si tuto úvahu pro sebe. Poškodila by klienta, už tak dost nejistého, a prozradila by cosi podstatného o stereotypech v myšlení vlastním.

Někdy se setkáváme s názorem, že účelem psychoterapie před konverzí je zjistit klientovu odolnost proti stresu. Jde patrně o terapii typu „co nezabije, to posílí". Dle našeho názoru je mnohem účelnější, ale také etičtější, zaměřit se v terapii pozitivním způsobem na posilování klientovy sebejistoty, zvýšení sebehodnocení a vytváření atmosféry bezpečí. Jako terapeuti máme zodpovědnost nejen za ty, kteří by z testování odolnosti proti stresu vyšli se zdravou kůží, ale i za ty, kteří by zemřeli cestou.

6.3 Odpovědnost klienta

Za výsledek terapie nese částečnou zodpovědnost i klient sám. Její míra je do značné míry dána typem vztahu mezi ním a terapeutem. V posledních deseti letech jsme svědky změn v přístupu k pacientům ve smyslu symetrizace. V psychologickém modelu vztahu lékař a pacient jde především o minimalizaci rozdílu v postavení obou lidí. V prostředí s maximální mírou svobody rozhodování a nezávislosti klienta by mělo být pro něj úměrně dost prostoru pro současné převzetí své části zodpovědnosti za průběh a úspěšnost spolupráce.

Klient má v prvé řadě zodpovědnost za podání úplných, nezkreslených a vyčerpávajících informací, týkajících se jeho problematiky. Dále má zodpovědnost za vytváření a upevňování dobrého vztahu mezi ním a lékařem. Nese zodpovědnost za svoje rozhodování a v neposlední řadě i za pooperační spolupráci, docházení na pravidelné kontroly zdravotního stavu včetně potřebných laboratorních a jiných vyšetření a užívání předepsaných léků v průběhu dalšího života.

Terapeut i klient by měli mít na paměti existenci Kodexu práv pacientů. V něm se mimo jiné uvádí, že pacient má právo získat od svého lékaře údaje potřebné k tomu, aby mohl před zahájením každého diagnostického nebo terapeutického procesu rozhodnout, zda s ním souhlasí. Pokud existuje více alternativních postupů, má na seznámení s nimi právo. Pacient má také v rozsahu zákonem povoleném právo odmítnout léčbu a má být současně informován o zdravotních důsledcích svého rozhodnutí.

Klient i terapeut by měli mít na paměti i právo terapeuta odmítnout klienta či určitý způsob terapie především v případě, když by došlo k výraznému rozporu mezi požadovaným typem léčby a terapeutovým postojem.

7 ENDOKRINOLOGICKÉ ASPEKTY A HORMONÁLNÍ LÉČBA

V. Weiss, I. Procházka

Podstatnou součástí přeměny pohlaví je hormonální léčba a následná substituce pohlavních hormonů, kterou zpravidla řídí ošetřující sexuolog. Ten také vždy navrhuje zahájení terapie. Pacient by měl vyslovit informovaný souhlas s jejím zahájením. V některých případech jsou transsexuálové odesíláni k endokrinologickému vyšetření k upřesnění diagnostiky, pro doporučení hormonální terapie a pro vysvětlení hormonálních dějů a změn pacientovi. Někteří se dostávají poprvé k endokrinologovi až po operační změně pohlaví. Ne všichni transsexuálové si přejí kompletní změnu pohlaví, některým vyhovuje pouze částečná léčba – např. hormonální. Určení diagnózy transsexualismu není vždy jednoduché a skupina pacientů není homogenní. Záleží vždy na posouzení psychiatra a psychologa, zda je diagnóza potvrzena a může být zahájena endokrinní léčba.

V minulosti byly snahy vysvětlit změny v pohlavní identitě, jinou sexuální orientaci nebo chování změnami v řízení hormonálních systémů. Některé práce ukazují např. na pozitivní zpětnou vazbu mezi estrogeny a luteinizačním hormonem (LH) nebo na nižší plazmatickou hladinu testosteronu a folikulostimulačního hormonu (FSH) u mužských homosexuálů (Dörner a kol., 1987, Gladue a kol., 1984). Uvažuje se o tom, zda nemůže dojít ke snížení hladiny testosteronu během kritického období vývoje mozku, kdy se určuje sexuální vývoj s následným rozvojem homosexuality nebo transsexuality mužů. U homosexuálních žen se naopak předpokládá vyšší testosteron. I u transsexualismu jsou stanoveny různé teorie vysvětlující tento stav změněnými hormonálními hladinami, regulacemi a vazbami (porucha aromatizace s následným snížením tvorby androgenů, pozitivní zpětná vazba estrogeny – LH aj.). Žádná ale uspokojivě nevysvětluje tento stav.

Literární údaje uvádějí, že mezi transsexuály a ostatní populací nejsou chromozomální, gonadální (hormonální) a genitální rozdíly a změna sexuální identity je tedy pouze v centrálním nervovém systému. Centra důležitá pro sexuální diferenciaci jsou v oblasti hypotalamu (preoptická oblast a amygdala), která jsou blízko míst regulujících gonadotropiny. Pro rozvoj sexuálního cítění je důležité období prenatální a časné postnatální (tedy v době, kdy je již ukončen chromozomální, gonadální i genitální vývoj).

Podstatou hormonální léčby u transsexualismu je podávání sexagenů – estrogenů a antiandrogenů mužským transsexuálům a androgenů ženským transsexuálům (Schlatterer, 1998). Po zahájení této léčby dochází u obou skupin k poklesu aktivity hypotalamického gonadoliberinu (LHRH), FSH a LH a nakonec příslušných vlastních sexagenů (estradiolu, resp. testosteronu) (Walters, 1986).

7.1 Hormonální léčba transsexuálů MtF

Hormonální léčba zahrnuje především podávání estrogenů a antiandrogenů, ostatní druhy (progestiny a blokátory aldosteronu spironolakton) se používají méně často. Léčba je zahájena až dle doporučení sexuologa.

Při podávání estrogenů se snižují hladiny plazmatického testosteronu a dihydrotestosteronu do ženského rozmezí a mizí jejich diurnální variabilita. Plazmatické hladiny FSH a LH jsou nízké nebo suprimované. Plazmatické hladiny prolaktinu mohou být v rozmezí mužské populace, mohou být ale zvýšené do hodnot pozorované u žen, které užívají hormonální kontraceptiva. Byly zachycené i ojedinělé případy s nálezem velmi vysokých hladin. Vývin adenomu hypofýzy produkující prolaktin (prolaktinom) je ale zcela ojedinělý. Může být někdy sekrece z prsních bradavek. Pokud je galaktorhea přítomná, ukazuje to na změnu na „ženskou žlázu" (pravá gynekomastie). Růst prsní žlázy lze očekávat především na začátku léčby do doby dvou let. Dále i při trvajícím užívání estrogenů se mamy již více nezvětšují. Docílené zvětšení bývá do 2 cm. Hladiny celkového tyroxinu a celkového trijodtyroninu mohou být zvýšené vlivem estrogeny indukované elevaci tyroxinu vázajícímu globulin (TBG). Volná frakce tyroxinu a trijodtyroninu a tyreotropní stimulační hormon (TSH) jsou v normě. Globulin vázající pohlavní hormon (SHBG) bývá zvýšený, stejně tak plazmatický kortizol se zachovalou diurnální variabilitou. Tyto laboratorní nálezy jsou navozeny užitím estrogenů obecně.

Estrogeny způsobují chloasma (pigmentaci kůže obličeje), zvýšenou pigmentaci prsních bradavek, někdy ztmavění linie na přední straně břicha (linea nigra), zvětšení prsů různého stupně (gynekomastie pravá a nepravá) a atrofie testes. Dochází dále i k redukci ochlupení, zvýšení hlasu, ke změně rozložení tuku

směrem k ženskému typu a k redukci svalové hmoty. Podávání ženských hormonů ovlivňuje také centrální nervový systém. Dochází ke snížení libida, erekce, k emoční labilitě, k rozvoji impotence a k poruše ejakulace.

U transsexuálů, kteří zahájili léčbu estrogeny brzy po pubertě, se vyvíjejí více femininní rysy. Tvoří se méně svalové hmoty, je snížený růst chloupků v obličeji a plešatění, zmenšení testes a někdy je pozorován menší penis, je větší růst prsních bradavek a vývin gynekomastie, než u těch, kterým byly podávány estrogeny až ve vyšším věku.

Změny, které estrogeny vyvolávají, jsou závislé i na předchozím tělesném typu. U mužů s vyvinutou svalovou hmotou a ochlupením, ztrátou vlasů, prominencí laryngeální chrupavky, s větší velikostí rukou a nohou nejsou následné tělesné změny při hormonální léčbě vždy výrazné a zachytitelné.

Podávání estrogenů se přerušuje 2–3 týdny před plánovaným operačním zákrokem, aby se zabránilo zhoršenému hojení rány, tvorbě keloidních jizev a tromboembolickým komplikacím. Po zákroku při stabilizovaném stavu lze opět cca po 2 týdnech léčbu nasadit.

Po provedení orchiektomie se plazmatické hladiny FSH a LH zvyšují a zůstávají zvýšené. Snižují se plazmatické hladiny testosteronu a dihydrotestosteronu ke spodní hranici normálního ženského rozmezí.

Estrogeny se podávají především perorální nebo injekční cestou a přednost je dávána přirozenému hlavnímu lidskému estrogennímu hormonu 17β-estradiolu. Na našem trhu je k dispozici Estrofem Novo, tbl. 2 mg a Estrofem forte Novo, tbl. 4 mg. Injekční estradiol ve formě soli benzoátu je dodáván jako Agofollin depot inj., 10 mg, Biotika a jako estradiol valerát Neofollin inj., 5 mg, Hoechst-Biotika. Při nasazování terapie volíme spíše parenterální podávání, kde očekáváme lepší biologickou dostupnost, při substituční terapii pak upřednostňujeme perorální formu. Tzv. konjugované estrogeny získávané z moči těhotných klisen nejsou používány (Oest-ro-feminal, Mack, cps. 0,3, 0,6, 1,25 mg, Premarin 0,625, 1,25 mg, tbl., Wyeth). Dříve se užíval syntetický mestranol metabolizující se v játrech na etinylestradiol. Přípravek již není registrován (Mestranol tbl., 0,05, 0,15 mg, Léčiva). Literární údaje uvádějí i aplikaci estrogenů pomocí transdermálních transportních systémů (TTS). Tento způsob je doporučován od 4. věkové dekády, kdy riziko nežádoucích účinků estrogenní léčby (především tromboembolické nemoci) stoupá.

Dávka 17β-estradiolu ještě před chirurgickým zákrokem je obvykle 2–4 mg denně. Dávka je stanovována dle klinické odpovědi a případném vývinu nežádoucích účinků léčby estrogeny, které jsou většinou závislé na dávce. Je možné se řídit i poklesem hladiny testosteronu s cílem dosažení rozmezí obvyklému v normální ženské populaci. Pokud se pacient podrobí chirurgickému zákroku (orchiektomie), je potřebné znovu posoudit dávku estrogenů. Většinou je možné

podávat nižší dávku (2 mg/den), někteří jedinci jsou ale přivyklí na předchozí dávku a snížení mohou vnímat negativně.

Z nežádoucích účinků při užívání estrogenů může být přítomna nauzea až zvracení, elevace jaterních testů event. až nodulace nebo benigní tumor jater, vývin otoků, hypertenze, cefalea, zhoršení epilepsie, elevace prolaktinu a především zvýšení krevní srážlivosti s rizikem žilní trombózy a embolizace. Zvýšené riziko nežádoucích účinků bývá spíše při užívání depotních přípravků. Tromboembolická rizika jsou vyšší při začátku terapie a pak rostou s věkem. Je známo, že si někteří transsexuálové opatřují hormonální přípravky ještě před doporučením této léčby lékařem nebo si sami zvyšují dávky s cílem dosáhnout „lepších" účinků. Při tomto nekontrolovaném užívání léků se samozřejmě zvyšují rizika nežádoucích účinků léčby. Utlumení sexuality přijímají transsexuální klienti kladně.

Důležitá součást léčby je antiandrogen cyproteron acetát (Androcur tbl., 10, 25 mg, Schering). Blokuje účinek 5α-dihydrotestosteronu na cytosolovém receptoru, má dále účinky i antigonadotropní a gestagenní. Účinkuje na blokádu účinků androgenů testikulárního i nadledvinnového původu v oblasti vlasových kořínků, mazových žláz, androgenových receptorů v centrálním nervovém systému, prostatě a tlumí spermatogenezi. Dávka se doporučuje 50–100 mg/den a bývá podávána spolu s estrogeny. Někteří autoři doporučují zahájit hormonální terapii nejprve podáváním antiandrogenů a až po krátké době nasadit estrogeny. Předpokládají pak jejich výraznější efekt při vytváření sekundárních pohlavních znaků. Podávání cyproteronacetátu je vhodné i tehdy, pokud je pacient po orchiektomii, protože přetrvává vliv androgenů tvořených v kůře nadledvin. U většiny pacientů po dokončení přeměny pohlaví však volíme podávání a dávkování antiandrogenů podle jejich hormonálního profilu v séru a klinických projevů. Nežádoucí účinky antiandrogenní léčby mohou být únava, změny nálad, hmotnostní přírůstky, cefalea, nauzea, elevace jaterních testů a tromboembolická choroba. Někdy bývá také zvýšená citlivost prsů. Hladina plazmatického kortizolu a prolaktinu se zvyšuje, dehydroepiandrosteron a jeho sulfát se snižují. Některé účinky jsou podobné i vlivu estrogenů, především při jejich užívání ve vyšších dávkách. Přestože riziko onemocnění prostaty (která zůstává v organismu) je u transsexuálů v důsledku hormonální terapie podstatně snížené, nelze je zcela vyloučit. Bylo popsáno i její maligní onemocnění (Thurston, 1994).

Názory na používání progestinů jsou rozporné, jejich užívání vyžadují spíše sami pacienti k napodobení „hormonálního rytmu". Výjimečně se může podáváním progestinů (medroxyprogesteron acetát) indukovat sekrece tekutiny z prsů, případně vyvinout dysplasie či karcinom ve změněné gynekomastické prsní žláze.

Podobně se objevují úvahy o blokování sekrece gonadotropinů analogy gonadorelinu (například triptorelin), které přímo tlumí jejich sekreci. Tím dojde

k sekundárnímu útlumu testikulární produkce. Hlavní nevýhodou této terapie je její vysoká cena, která neodpovídá vynaloženému terapeutickému efektu (Fischl, 1998).

Doplňkovou léčbou je podávání blokátoru aldosteronu spironolaktonu (Verospiron tbl., 25 mg, Gedeon Richter, Xenalon tbl., 50, 100 mg, Mepha, Aldactone A, tbl., 25 mg, Galenica). Žádoucím účinkem je snížení růstu ochlupení. Reaguje na něj ale jen část jedinců. Začíná se s nižší dávkou 3x25 mg, je možné zvyšovat až na 150–200 mg/den. Především při podávání vyšších dávek je nutné monitorovat plazmatickou hladinu draslíku, protože by mohlo dojít k hyperkalémii (Marek a kol., 1995).

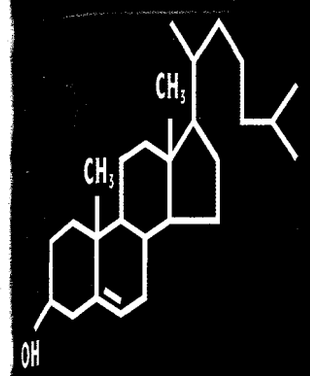
7.2 Hormonální léčba transsexuálů FtM

V hormonální léčbě jsou používány androgeny. Jak bylo již uvedeno, nezachycujeme před nasazením androgenů žádné hormonální odchylky. Při klinickém vyšetření také nebývá změna oproti ostatním ženám, i když zevní projevy (účes, oblékání, společenské vystupování) směřují k mužskému typu. Velikost prsů není menší, některé transsexuálky ale používají bandáže k jejich zmenšení.

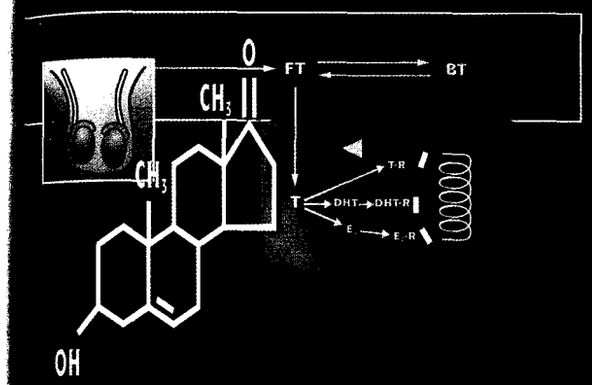
Hormonální léčba androgeny se zahajuje až dle doporučení sexuologa k dosažení žádoucí maskulinizace. Začátku léčby by mělo předcházet gynekologické vyšetření a stanovení hormonálních hladin, zejména k vyloučení syndromu polycystických ovarií. Dochází k supresi gonadotropinů a estradiolu. Hladiny testosteronu mají být při adekvátní léčbě v normálním rozmezí pro muže (pouze v případě depotních parenterálních přípravků, tabletové přípravky mají krátký poločas a není tedy možné se orientovat dle plazmatických hladin). Po zahájení aplikace se většinou do jednoho měsíce zastavuje menstruační krvácení, které ale někdy i přes léčbu přetrvává až do případného operačního výkonu (hysterektomie s ovarektomií). Androgeny snižují dále hladinu SHBG. Nemají vliv na zmenšení mléčných žláz, to je nutné proto řešit operačním způsobem. Při hormonální léčbě se zvětšuje klitoris, maximálně do 4 cm. Může také dojít ke zmenšení malých labií. Prvním zřetelným projevem androgenní terapie zpravidla bývá po několika týdnech zhrubnutí hlasů, jak bylo uvedeno, dojde ke zmenšení až vymizení menstruačního krvácení, zvyšuje se svalová hmota, narůstá ochlupení na celém těle včetně vousů. Dochází k posunutí vlasové hranice a tvorbě „koutů", je zvýšená aktivita mazových žláz, takže nežádoucím účinkem může být zhoršení akné. Dochází k ovlivnění psychického ladění (zvyšuje se rozhodnost, agresivita).

Z hormonálních přípravků se užívají deriváty testosteronu. Opět při nasazování terapie dáváme zpravidla přednost injekční léčbě. Kombinovaný preparát Sustanon 250 inj., N.V. Organon (Nizozemí) obsahuje v jedné ampulace čtyři

PERORÁLNÍ PŘÍPRAVEK PRO LÉČBU TESTOSTERONOVÉ NEDOSTATEČNOSTI CESTOU LYMFATICKÉHO SYSTÉMU



UNDESTOR®
testosteron undekanoát



Organon

Složení: 40 mg Testosteroni undecanoas (testosteron undekanoát) v každé tobolce. *Lékovaí forma:* tobolky pro perorální aplikaci. *Indikace:* Substituční terapie testosteronem u úplného deficitu nebo snížené produkce testikulárních androgenů u mužů, např.: • po kastraci • eunuchoidismus • hypopituitarismus • endokrinní impotence • příznaky mužského klimakteria jako snížené libido a snížená mentální a tělesná aktivita • určité typy neplodnosti způsobené poruchami spermatogeneze • terapie testosteronem může být též indikována u osteoporózy způsobené nedostatkem androgenů. *Dávkování a způsob podání:* Obecně by se mělo dávkování přizpůsobit klinické odpovědi pacientů. Obvykle je adekvátní počáteční dávka 120 - 160 mg/den po dobu 2 - 3 týdnů, potom následuje udržovací dávka 40 - 120 mg/den. Dávkování je ve všech indikacích stejné. *Kontraindikace:* • Přecitlivělost na některou složku přípravku. • Prokázaný nebo suspektní karcinom prostaty nebo prsu. *Speciální upozornění:* Pacienty s latentním nebo zjevným srdečním selháním, poruchami funkce ledvin, hypertenzí, epilepsií a migrénou (nebo těmito stavy v anamnéze) je třeba kontrolovat vzhledem k možnosti retence tekutin indukované androgeny. *Interakce:* Nebyly popsány žádné interakce mezi UNDESTORem a dalšími léky v klinické praxi. *Těhotenství a laktace:* UNDESTOR není určen pro užívání ženami. *Nežádoucí účinky:* V souvislosti s terapií androgeny byly pozorovány následující nežádoucí účinky: • priapismus a jiné příznaky nadměrné sexuální stimulace • u prepubertálních chlapců překotný sexuální vývoj a zvýšená frekvence erekcí, zvětšení penisu a předčasný uzávěr epifýz • oligospermie a snížený objem ejakulátu • retence soli a vody. Při výskytu nežádoucích účinků způsobených androgenem je terapii třeba přerušit. Po vymizení příznaku je možno terapii obnovit při nižším dávkování. *Balení:* 60 tobolek s 40 mg účinné látky.

Úplnou informaci o přípravku lze získat na adrese:

estery testosteronu (testosteroni propionas 30 mg, t. phenylpropionas 60 mg, t. isocaproas 60 mg a t. decanoas 100 mg). Testosteron se postupně uvolňuje z chemické vazby do organizmu po dobu 3–4 týdnů. Po této době se intramuskulární aplikací tato dávka opakuje. K dispozici je dále Agovirin depot., 5x 2 ml/50 mg, Biotika, SR (testosteroni isobutyras). Dávkování je 1–2 ampule intramuskulárně za 2 týdny. Z perorálních přípravků se používá Undestor 40 cps., N. V. Organon, Nizozemí (testosteroni undecanoas 40 mg). Po požití látka obchází lymfatickou cestou játra a tím snižuje riziko nežádoucích účinků pozorovaných u dříve užívaných perorálních derivátů testosteronu metylovaných na 17. poloze steroidního jádra. Dávkování je většinou 3x denně 1 kapsle. Tento preparát je vhodný spíše při substituční terapii nebo u pacienta, kde je třeba volit opatrnější postup při hormonální terapii včetně snadnější volby individuálního, nižšího dávkování (například u epileptika). Všechny preparáty mohou mít nežádoucí účinky – retence tekutin, zhoršení jaterních funkcí event. až vývin jaterního tumoru, migrenózní bolesti hlavy a zvýraznění epileptických záchvatů. Je nutné sledovat lipidové spektrum, protože léčbou může dojít ke zvýšení celkového a LDL-cholesterolu. Je diskutován deficit estrogenů a nepříznivý vliv na skelet s rizikem rozvoje osteoporózy. Práce některých autorů prokázaly, že podáváním androgenů se tento nepříznivý stav upravuje. Podobné příznivé efekty estrogenní léčby na skelet byly naopak pozorovány u mužských transsexuálů.

Po provedené hysterektomii s ovarektomií se pokračuje v zavedené hormonální léčbě trvale. V mnoha případech dochází k mírnému prodloužení intervalu injekční aplikace podle klinického obrazu a hormonálního profilu (tedy zejména hladin testosteronu, luteinizačního hormonu a prolaktinu). U jiných pacientů však mohou být přítomné výpadové jevy z pooperačního deficitu estrogenů. V takovém případě je možné vyzkoušet přidání malé dávky estrogenu, který by tento stav zmírnil.

7.3 Doporučovaná vyšetření u transsexuálních klientů

Během a po dokončení přeměny pohlaví lze doporučit následující vyšetření pravidelně prováděná 1–2x ročně:

a) **FtM:** kontrola hmotnosti, krevního tlaku; přítomnost edémů, biochemický screening: moč, krevní obraz, jaterní testy, lipidy, hormonální hladiny (testosteron, LH, prolaktin).
b) **MtF:** kontrola hmotnosti, symptomy flebitid, biochemický screening: moč, krevní obraz, jaterní testy, lipidy včetně triacylglycerolu, glykémie, hormonální hladiny (estrogeny, testosteron, LH, prolaktin).

7.4 Absolutní a relativní kontraindikace hormonální léčby

Podle Zvěřiny (1999) představují podstatné překážky v aplikaci hormonální terapie, případně ji úplně vylučují:

a) deprese, psychóza, drogová závislost, nestabilizovaná epilepsie;
b) hypertenzní nemoc;
c) ischemická choroba srdeční, chlopenní vada, revmatická endokarditida, kardiomyopatie, myokarditida;
d) tromboflebitida, tromboembolická nemoc;
e) cerebrovaskulární onemocnění;
f) hepatopatie;
g) porušení renálních funkcí;
h) ne zcela kompenzovaná cukrovka;
i) hyperprolaktinémie;
j) rakovina prsu v rodinné anamnéze;
k) kouření cigaret;
l) refrakterní migrény, léze sítnice;
m) výrazná obezita;
n) elevace triacylglycerolů a hypercholesterolémie (při terapii androgeny).

Závěrem je nutné zdůraznit, že hormonální léčba je důležitá součást celkové péče o transsexuály. Hormony mají i nezanedbatelný účinek na úrovni centrálního nervového systému. Je nutné pacientům zdůrazňovat dodržování doporučených dávek a pravidelných laboratorních a klinických vyšetření, aby případná rizika nepřevýšila prospěch z této léčby. Je v zájmu pacienta, aby se vyhýbal dočasnému vysazení hormonální substituce. To může narušit stabilizovaný regulační hormonální systém. Při delším období pak dochází k výraznějším změnám – může se snižovat fyzická i psychická výkonnost, narůstá riziko osteoporózy. Ve zjevu pacienta mohou začít znovu převládat rysy původního genetického pohlaví. Proto je v zájmu pacienta, aby sám požadoval po svém lékaři pravidelné provádění laboratorních vyšetření včetně stanovení hormonálních hladin nejméně jednou ročně. Zvěřina (1999) pak doporučuje lékařskou kontrolu nejméně dvakrát ročně. Podstatné přitom nejsou jen hladiny vlastních sexagenů, ale i luteinizačního hormonu a prolaktinu, které nás informují o vyváženosti nasazené terapie. U transsexuálů FtM pak by mělo mezi základní vyšetření patřit měření kostní denzity v několikaletých intervalech s případným občasným doplněním kalcia (Goh a kol., 1997). V zásadě však lze říci, že kontrolovaná dlouhodobá hormonální terapie u transsexualismu podstatně nezvyšuje morbiditu ani mortalitu těchto pacientů (van Kesteren a kol., 1997, Futterweit, 1998).

8 CHIRURGICKÉ VÝKONY U FtM

V této kapitole jsme seřadili jednotlivé zákroky v pořadí, ve kterém u většiny FtM probíhají. Je pravdou, že v současné době díky vstřícnému přístupu některých pracovišť se rutinně provádějí první dva zákroky – tedy redukční mamoplastika a hysterektomie s adnexektomií – dohromady, v rámci jedné celkové anestezie, buď jedním odborníkem, nebo při dobré spolupráci a koordinaci mezi klinikou plastické chirurgie a gynekologickou klinikou. Většina klientů odchází domů k domácímu doléčení cca do týdne.

Tyto dvě operace též tvoří jakousi základnu, kterou absolvují všichni klienti, kteří dospěli k přeměně pohlaví (vyjma klientů, jejichž prsa nevyžadují žádnou úpravu, a klientů, kteří se rozhodli pro řešení minimální, tedy pouhou hysterektomii – jejich počet se ale v posledních letech blíží nule). Nástavbu pak tvoří rekonstrukční zákroky, konkrétně tedy jde u FtM o rekonstrukci penisu, uretry a skrota. Tato vysoce specializovaná a náročná operace je věcí volby každého z klientů – dle našich odhadů se pro ni rozhodují zhruba dvě třetiny z celkového počtu klientů měnících chirurgicky své pohlaví.

8.1 Redukční mamoplastika u transsexuálních klientů FtM (P. Ondrejka)

Transsexuálně zaměřený jedinec typu FtM vyžaduje jako první v pořadí změnu nejvíce patrných partií těla, tedy maximálně možnou redukci mamm. Snaží se tím minimalizovat riziko, že okolí bude pochybovat o jeho „pravém" pohlaví.

Tvar a velikost prsu je velice variabilní. Mléčná žláza je uložena na m. pectoralis major a částečně na m. serratus anterior, v úseku vymezeném třetím až sedmým žebrem, čárou parasternální a přední axilární čárou. Je obklopena tukovou tkání, určující její tvar, který kromě toho závisí i na dalších faktorech (věk, těhotenství, laktace). Mléčná žláza se skládá z vlastního žlázového tělesa, z tuko-

vého a fibrózního vaziva. Žlázové těleso se skládá z 15–20 radiálně uspořádaných lalůčků, které vyúsťují přes mlékovody a pori lactiferi bradavkou na povrch prsu.

Cévní zásobení prsu je zajištěno aa. thoracocae internae et externae, aa. intercostales. Inervaci prsu zabezpečují nn. intercostales Th2–Th7.

Operační řešení ve smyslu redukce prsu je limitováno, jak již bylo výše řečeno, jeho velikostí a tvarem. Cílem operace je odstranění mléčné žlázy a pokud je to nutné, tak i vzniklého nadbytku kůže a podkožní tkáně při zachovalé vitalitě a tvaru dvorce a bradavky.

Pro účely stanovení typu operačního výkonu je vhodné řídit se klasifikací gynekomastie dle Simona, Hoffmana a Kahna, kteří v roce 1973 stanovili následující klasifikaci velikosti:

I. stupeň: malé zvětšení mléčné žlázy bez nadbytku kůže;
II.a stupeň: mírné zvětšení mléčné žlázy bez většího nadbytku kůže;
II.b stupeň: mírně zvětšená mléčná žláza s mírným nadbytkem kůže;
III. stupeň: velká žláza s velkým nadbytkem kůže.

Typy operačních řešení stupně I. a II.a jsou patrné na nákresech (obr. 1–6).

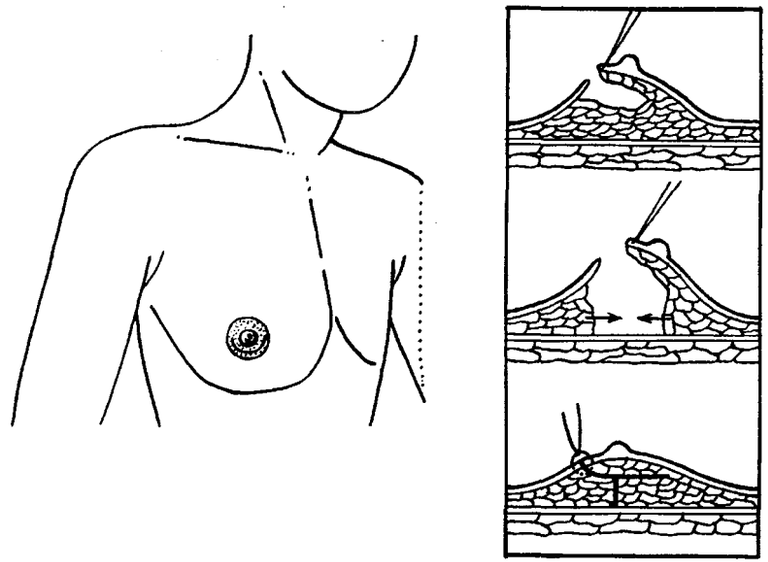
Možnosti operačních řešení mírně zvětšené žlázy s mírným nadbytkem kůže a podkožní tkáně (II.b) jsou znázorněny na obr. 7–10.

Velké mammy s velkým nadbytkem kůže a podkoží (stupeň III.) vzhledem k požadovanému výslednému efektu a zachování vitality dvorce s bradavkou je možno řešit ve dvou rovinách. Buď se v jedné době provede odstranění celé žlázy s nadbytkem kůže a podkoží formou ablace a transplantace dvorce do požadované lokality, nebo se redukce prsu provede ve dvou fázích. V první etapě je provedena klasická redukční mamoplastika s ponecháním výživné stopky dvorce, který je na ní rotován do požadované polohy. S odstupem času (4–6 měsíců) se ve druhé etapě odstraní rezidua mléčné žlázy v oblasti výživné stopky.

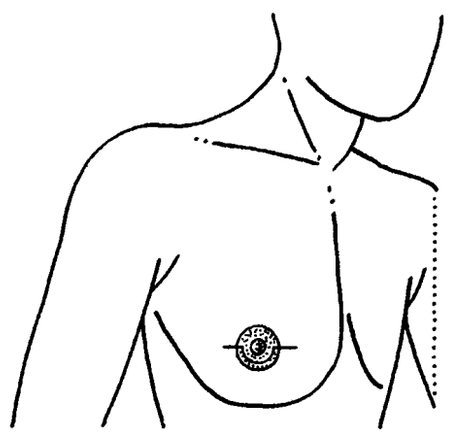
V praxi u transsexuálních klientů FtM je podstatně vyšší procento s velikostí mamm stupně II.b a III., u kterých není dostačujícím řešením jednodobá prostá extirpace mléčné žlázy periareolárním či transareolárním přístupem.

Cílem operovaného pacienta je dosažení maximální redukce mammy s redukcí velikosti dvorce na průměr cca 3 cm dosažením jeho dokonale kulatého tvaru a snížením prominující bradavky (obr. 10). Aby nedošlo k depresi dvorce či jeho deformaci, je důležité ponechání pruhu tkáně mléčné žlázy o síle asi půl cm v rozsahu celého dvorce.

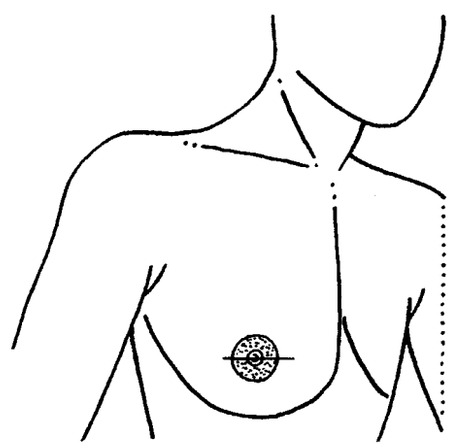
U subkutanních mastektomií či redukčních mamoplastik je nutno si uvědomit i komplikace těchto operačních výkonů – krvácení či hnisání v ráně, deformace, asymetrie či nekróza dvorců a široké hypertrofické jizvy.



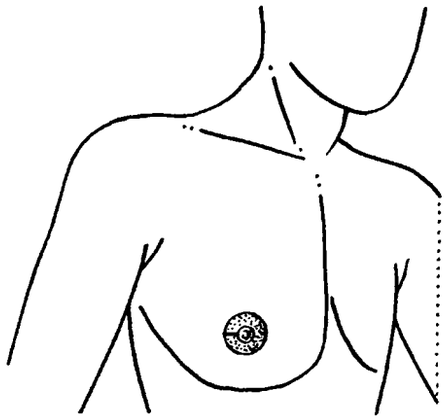
Obr. 1 *Extirpace žlázy ze semicirkulárního intraaleolárního řezu (Webster, 1964)*



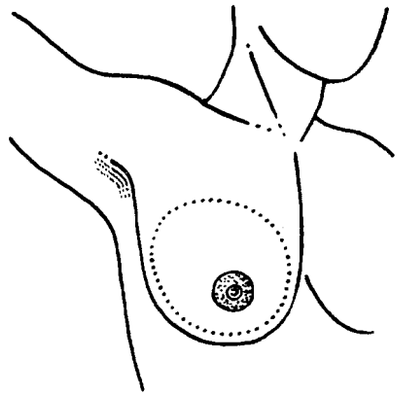
Obr. 2 *Extirpace žlázy z omega řezu na hranici dvorce (Barsky, Simon, 1964)*



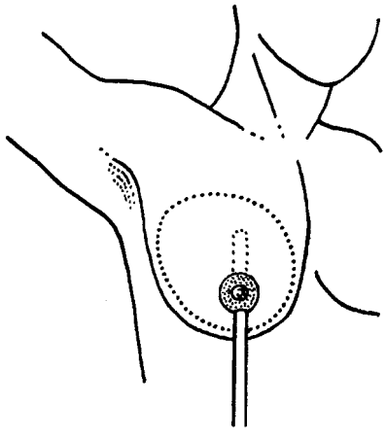
Obr. 3 *Extirpace žlázy z transareolárního horizontálního řezu (Pitenguy, 1966).*



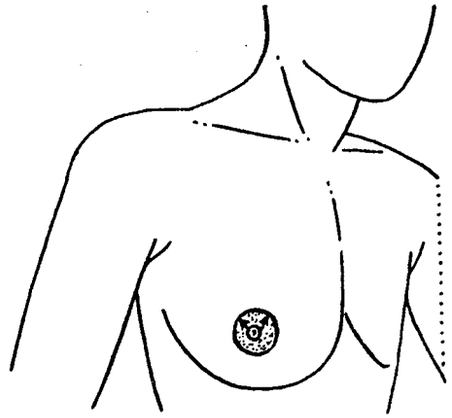
Obr. 4 *Extirpace žlázy z radiálního intraareolárního řezu (Eade, 1974)*



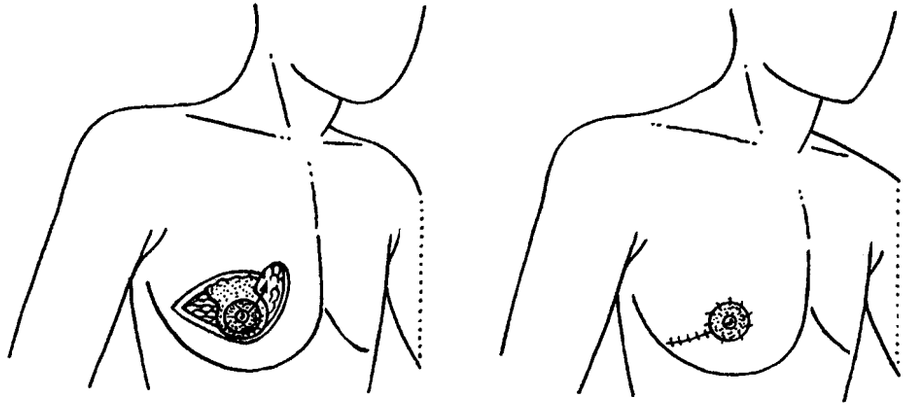
Obr. 5 *Extirpace žlázy axilárním přístupem (Balch, 1978)*



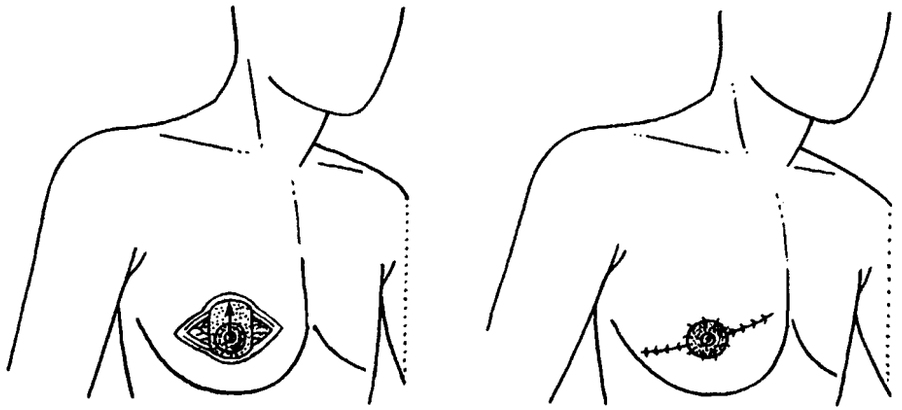
Obr. 6 *Extirpace žlázy periareolárním řezem a liposukcí (Lewis, 1984)*



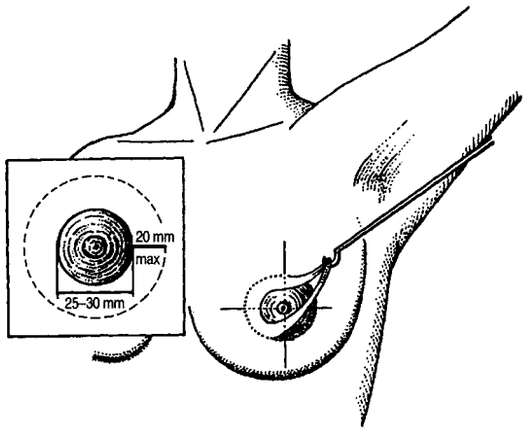
Obr. 7 *Extirpace žlázy z horního periareolárního řezu a excize kůže (Lottermann a Shurter, 1969)*



Obr. 8 *Extirpace žlázy s transpozicí dvorce na horní laterální stopce (Barsky, Simon, 1964)*



Obr. 9 *Extirpace žlázy s excizí kůže a podkoží mediálně a laterálně od dvorce, který je transponován na vertikální bipolární stopce (Pers, Brettoville 1972)*



Obr. 10 *Extirpace žlázy s redukcí kůže periareolární dekortikací (Persichetti, 2001)*

8.2 Operace na vnitřních ženských pohlavních orgánech u FtM

P. Marešová

Tato operace se provádí při změně ženských genitálií na mužské. Jedná se o vynětí dělohy (hysterektomie) a děložních přívěsků (vaječník a vejcovod). Hysterektomie představují v současné době jednu z nejfrekventovanějších gynekologických operací. Provádějí se z přístupu břišní nebo poševní cestou, event. kombinovaně za pomoci laparoskopu nebo minimálně invazivní technikou (jen laparoskopicky).

Děloha je orgán připravující se opakujícími se změnami na sliznici k přijetí oplozeného vajíčka – menstruační cyklus. Tyto změny jsou odrazem cyklických změn ve vaječníku. Vaječníky produkují ženské pohlavní hormony – estrogeny, které umožňují a podporují vývoj a růst ženských pohlavních znaků. Představují tedy opak mužských pohlavních hormonů – androgenů. Dalšími hormony, které se tvoří ve vaječníku, jsou gestageny – látky, jejichž hlavním úkolem je příprava děložní sliznice na těhotenství.

Většina transsexuálních pacientů si přeje co nejčasnější odstranění dělohy, protože pociťují značný diskomfort v souvislosti s menstruací. Odstranění vaječníků je nezbytné ke snížení produkce estrogenů, které dále umožní plný efekt terapie testosteronem.

Dalším důvodem k odstranění vaječníků je fakt, že v pozdějším věku se na těchto malých orgánech často vytvářejí malé či větší cysty, které mohou později i malignizovat a měnit se tak ve zhoubné nádory, což může být důvodem dalších opakovaných operací (reoperace v 7–20 %).

Ponechané vaječníky mohou být zavzaty později do srůstů a být tak příčinou chronických bolestí v malé pánvi. Naopak odstranění vaječníků snižuje riziko rakoviny prsu a eliminuje riziko rakoviny vaječníků.

Z výše uvedených skutečností tedy vyplývá, že u transsexuálních klientů FtM není možné plně normalizovat jejich život bez použití operačního zákroku.

Podmínkou operace je zachování struktur nutných k úspěšné rekonstrukci zevního genitálu, tj. přímého břišního svalu a dolních epigastrických cév. Toto umožňují čtyři alternativní přístupy:

a) Odnětí dělohy pochvou (vaginální hysterektomie) – je v těchto indikacích málokdy prosaditelná. Její výhodou je, že pacienta nezatíží břišní jizvou, rekonstrukce je tedy poměrně rychlá. Podmínkou však je prostorná pochva, tedy aby před zákrokem proběhl alespoň 1x porod. Tato podmínka bývá splněna jen výjimečně, navíc ještě přistupuje v řadě případů obtížná možnost provedení adnexektomie (adnexotomie).

b) Odnětí dělohy pochvou za pomoci laparoskopického přístupu z dutiny břišní (laparoskopicky asistovaná vaginální hysterektomie) umožní sice provést adnexektomii bez potíží, podmínkou je však opět prostorná pochva (viz bod a).
c) Odstranění dělohy břišním přístupem (hysterektomie abdominální) – umožňuje snadné odnětí dělohy i děložních přívěsků, proto je tento přístup v dané indikaci transsexualismu nejfrekventovanější. Nutno však zachovat struktury nutné pro následnou faloplastiku (přímý sval břišní a vyživující cévy). Proto volíme buď dolní střední řez od spony stydké směrem k pupku, nebo krátký plavkový řez. U prvně jmenovaného řezu se vyhneme interferenci jak se svalem, tak i s cévami, má však horší kosmetický efekt i prodlouženou dobu rekonvalescence. Druhý řez má dobrý kosmetický efekt – je veden horizontálně dva prsty nad sponou, tedy v místě ochlupení, musíme však dávat větší pozor při preparaci tkáňových struktur. Doba rekonstrukce je kratší a zajišťuje komfort pacienta.

Vývoj nových laparoskopických technik, zejména v posledních 5 letech, přinesl zcela nové možnosti, které umožňují vyhnout se kompletně většímu řezu břišní stěny. Plně tedy zachovává struktury nutné k úspěšné rekonstrukci zevního genitálu. Jedná se o totální laparoskopickou hysterektomii. I když tato operace splňuje všechny parametry včetně krátké doby rekonvalescence, je zatím prováděna jen na vybraných pracovištích.

Samostatnou otázkou je odstranění pochvy. Zatímco část chirurgů jí doporučuje jako logickou volbu, jiní operatéři doporučují závěrečné uzavření pochvy až během tvarování vnějších genitálií. Část zachované poševní výstelky může být použita k prodloužení močové trubice k bázi poštěváčku, se sníženou možností vzniku píštěle.

8.3 Rekonstrukce penisu, uretry a skrota

J. Veselý

8.3.1 Náhled do historie rekonstrukcí penisu

Rekonstrukce penisu a močové roury i skrota užitím lalokových plastik jsou součástí léčby transsexuálních pacientů. Tato chirurgická léčba je realizována plastickými chirurgy a urology, jednak na plastickochirurgických odděleních a klinikách, a jednak i na specializovaných centrech pro léčbu transsexualismu. V našich podmínkách se rekonstrukcemi tohoto typu zabývali plastičtí chirurgové. Chirurgické techniky rekonstrukčních postupů prodělaly postupný vývoj od klasických tubulizovaných laloků až po mikrochirurgické přenosy s primární a definitivní rekonstrukcí močové roury uvnitř neopenisu, primární rekonstrukcí glandu a eventuálně i skrota. I v současné době nacházejí uplatnění rekonstrukce jak klasickým, tak jednodobým mikrochirurgickým způsobem. Jsou uvedeny základní způsoby rekonstrukcí v historickém pořadí, ale používané dodnes.

Významnou roli měla Maltzova a Gilliesova technika rekonstrukce penisu a močové roury technikou dvoustopkatého břišního válcového laloku s vytvořením uretry tzv. technikou *„tube-within-tube"* (Maltz, 1946, Gillies, 1948, 1957). Tento způsob rekonstrukce byl uplatňován celá desetiletí až dosud. Jeho principem je nadzvednutí úzkého pruhu kůže v mezogastriu až hypogastriu, vytvoření uretry sešitím na katétru a mobilizací dalšího kožního laloku ze strany předešlého a vytvoření tak dvou válců – uvnitř uretry a zevně penisu. Gillies popularizoval tuto techniku také implantací štěpu žebra dovnitř penisu. Gillies také jako první referoval o rekonstrukci penisu u transsexuálních pacientů.

Další rozšířenou technikou rekonstrukcí byl tzv. ***„Stanfordský dvoustopkatý infraumbilikální kožní lalok"*** konstruovaný operačním týmem ze Stanfordu (Palo Alto, California). Lalok byl tvořen ve svislé čáře mezi pupkem a pubickou krajinou tak, aby penis vznikl jen odpojením proximální stopky. Tím se redukoval počet přenosů na definitivní místo. Lalok je cévně zásoben především z dolní stopky ze superficiálních větví zevních pudendálních cév (Laub, 1989). Další význačností Laubovy koncepce bylo modelování slepého chobotu z části laloku tak, aby byla vytvořena dutina pro dočasné zavádění výztuže. Posledním zlepšením tohoto způsobu rekonstrukce byla inkorporace mikrochirugického senzitivního laloku z předloktí na vasa radialis – předloketní čínský lalok – který vytváří močovou rouru a glans (Hentz, 1987; Laub, 1989).

Snyder (1977) popsal techniku faloplastiky ***jednostopkatým infraumbilikálním lalokem,*** dvoufázovou operací. V první etapě byla vytvořena uretra na katétru v této krajině a po zhojení byla inkorporována do vytvořeného stopkatého laloku. Lalok měl stopku v pubické krajině a kožní tunel v něm vytvářel falickou část neouretry. Snyder tehdy nedovedl popsat výživné cévy, jak to učinil později Laub. Jak u Snyderovy, tak u stanfordské techniky byl lalok stopkou umístěn do pubické krajiny.

Stopkovaný tříselný lalok patří k dalším klasickým způsobům rekonstrukce penisu jako metoda volby. Puckett a Montie (1978) byli první, kdo použili tohoto laloku k faloplastice. V současné době je jedním z nejpoužívanějších klasických postupů (Lemperle, 1993; Petrovič, 1993). Exner (1992) užil oboustranných tříselných laloků k tomu, aby kryl muskulární lalok rectus abdominis, do něhož byla inkorporována protéza. O užití tříselného laloku a hydraulické protézy referoval Puckett (1978).

Stopkatý stehenní lalok. Morales a spolupracovníci (1956) a později Julian a kolektiv (1969) používali jednoduchý tubulizovaný kožní lalok ze stehna, protože jejich pacienti měli často zjizvené břicho, nebo byli po iradiační terapii. Morales řešil místo odběru buď primární suturou, nebo užitím kožního štěpu ze

druhého stehna. Kaplan a Wesser použili proximálně stopkovaného stehenního laloku k rekonstrukci senzitivního penisu (Kaplan, 1971). Doporučovali užití tohoto laloku v kombinaci s kožním lalokem z labií u transsexuálních pacientů FtM, ačkoliv sami s těmito pacienty zkušenosti neměli. O tubulizovaném stehenním laloku na vnitřní straně stehna se zmiňuje Veselý a kol. (1992).

O použití ***m. rectus abdominis*** referovali různí autoři (Santi, 1988). Tento lalok jsme také použili při rekonstrukci penisu.

Metaidoioplastika znamená zvětšení a prodloužení klitorisu. Při léčbě androgeny po delší době dochází ke zbytnění klitorisu tak, že u některých pacientů může skutečně představovat malý penis. Je zachována senzitivita a erotogenní zóny. Durfee a Rowland (1973) poprvé referovali o nahrazení penisu zvětšeným klitorisem a transponovanou uretrou u transsexuálních pacientů.

Mikrochirurgické rekonstrukce penisu jsou nejmodernější jednodobou rekonstrukční metodou vytváření penisu a obvykle současně i uretry. Z užitých laloků zaujal přední a nejpoužívanější místo předloketní fasciokutánní lalok s cévní stopkou vasa radialis tzv. „čínský lalok" použitý Changem (1984) pro rekonstrukci penisu. Biemer (1988) rozvinul metodu užití dlouhé části laloku k vytvoření uretry – pars fixa urethrae – tak, aby byla překlenuta vzdálenost mezi zevním orificiem a močovou rourou v penisu. Biemer také užíval lalok ve formě osteokutánní s kostním štěpem z radia. Veselý (1992) a Santi (1992) popsal kombinaci použití čínského laloku a stopkatého m. rectus abdominis jako „těla" penisu.

Z dalších volných laloků byl použit tříselný lalok jen proto, aby se zkrátila doba přesunu laloku klasickým postupem a zlepšily se vyhlídky na hojení.

O použití zevního pažního laloku referoval Upton (1987). Další použité laloky, jako dorsalis pedis, deltoidní a safénový, nenašly širší všeobecné použití.

8.3.2 Standardní způsob našich rekonstrukcí

Standardním způsobem našich rekonstrukcí je vytvoření penisu, glandu a močové roury z jednoho fasciokutánního senzitivního laloku na předloktí a jeho mikrochirurgické přenesení do pubické krajiny s primární anastomózou ústí uretry.

Tvar a umístění laloku na předloktí

Základním prvkem, ze kterého vychází návrh tvaru a umístění laloku na předloktí je to, že uretra musí být konstruována v neochlupené části pokožky předloktí, což je na ventrální straně uprostřed v podélné ose. ***Uretra*** je sešívána na katétru Ch. č. 18, a proto šířku části laloku, tvořící močovou rouru, volíme 3 cm. Délka části laloku, tvořící močovou rouru je zpravidla 16–20 cm. Tato délka se skládá ze tří částí:

- pars fixa urethrae je ta část uretry, která vyčnívá mimo lalok a je anastomózována s ústím ženské močové roury;
- pars pendularis urethrae uložené v těle vytvořeného údu;
- další část laloku tvoří glans a uretru v něm.

Po stranách pars pendularis urethrae jsou deepitelizované proužky kůže 0,5 cm široké a ***postranní úseky laloku*** tvořící po sešití tělo penisu.

Nejdistálnější část laloku tvořící ***glans*** je od postranních úseků laloku, tvořících tělo penisu, rovněž oddělena proužkem deepitelizované kůže o stejné šíři jako kolem uretry.

Lalok je situován na předloktí tak, že cévní svazek vasa radialis se nachází přibližně na radiálním okraji močové roury spolu s radiálním kutánním nervem. Tento nerv používáme k sutuře vždycky. Ulnární kutánní nerv prakticky probíhá v laloku uretry. Z tohoto důvodu jej obvykle nešijeme. Dalším důvodem k nešití je i to, že kapacita recipientních nervů, a to n. ilioinguinalis nebo n. dorsalis clitoridis, je menší než průměr radiálního neboli zevního kutánního nervu předloktí.

Vytvoření uretry, penisu a glandu

Popsaný lalok je v ischemizaci končetiny izolován a nadzvednut a s předloktím souvisí těmito strukturami:

- vasa radialis;
- v. cephalica nebo basilica;
- zevním kutánním nervem předloktí.

Rekonstrukce penisu, uretry a glandu se děje po uvolnění ischemizace sešitím jednotlivých struktur na prokrveném laloku.

Suturujeme ***nejprve uretru*** na katétru Ch. 18. Dále šijeme kůži ***penisu*** jednak nad uretrou, která je tak definitivně zanořena do penisu, jednak na protilehlé straně údu. Nakonec je vytvořen ***glans*** uvolněním cípů této části laloku a jejich sešitím. Tím je modelován vypouklý tvar glandu a sešitím koriotukové vrstvy ke kůži penisu je glans přitažen k tělu penisu. Fixace glandu naším popsaným způsobem je v budoucnosti zajištěna imitací žlábku – sulcus – pod corona glandis.

Vytvořený ***penis a uretra jsou přeneseny do pubické krajiny***, kde druhý operační tým z řezu po předešlé gynekologické operaci mobilizoval kůži i s podkožím od fascie břišních svalů až po pupek a rovněž kůži a podkoží na mons veneris až po kořen klitorisu. Dále je vytvořeno jednak okénko nad klitorisem pro umístění kořene neopenisu a jednak vypreparovány příjmové cévy zásobující m. rectus abdominis – vasa epigastrica inf. profunda. Druhý operační tým zpravidla vypreparuje i n. ilioinguinalis po krátkém naříznutí levého tříselného kanálu.

Penis je přenesen a fixován situačními stehy na svém místě – na mons veneris, a to nad klitoris, který je při jeho bázi. Poté jsou sešity cévy laloku a příjmové cévy

konec ke konci. Teprve po dokončení všech cévních anastomóz jsou nejprve sešity pochvy přímého břišního svalu až na dostatečně široký tunel, kterým procházejí výživné cévy, a poté je suturován senzitivní nerv.

Operace na břiše je ukončena aktivní drenáží infraumbilikální a pubické krajiny a sešitím kůže řezů na břiše a v třísle. Pak je pacient převeden do gynekologické polohy s elevací a roztažením stehen.

Anastomóza ústí močových trubic

V této gynekologické poloze je obříznuto zevní orificium ženské uretry a podkožním tunelem v pravém velkém stydkém pysku je protažena vytvořená pars fixa urethrae i s balónkovým katétrem, který je zaveden do močového měchýře. Anastomóza obou ústí je šita šikmou anastomózou.

Uzavření rány na předloktí po odběru laloku

Kožní defekt po odběru laloku z předloktí je rozsáhlý a je kryt kožním štěpem odebraným ze zevní části stehna. Ve výsledném stavu imituje zhojenou hlubokou popáleninu na vnitřní straně předloktí. Odběrové místo na stehně epitelizuje během 10 dnů a zhojí se bledou, plošnou a málo viditelnou jizvou.

8.3.3 Další použité způsoby našich rekonstrukcí

Musculus rectus abdominis jako tělo penisu

Měl jsem možnost takto rekonstruovat penis u prvních tří případů operovaných s kolegy v Janově a Perugii v roce 1989 a 1991, a to vždy jiným způsobem.

1. Sval rectus abdominis izolovaný na dolní stopce a protažený podkožím na mons pubis byl kryt fasciokutánním lalokem z předloktí. Uretra byla tvořena volným kožním transplantátem odebraným z kůže prsou, které byly v jednodobé operaci amputovány. Plochý sval rectus abdominis byl rolován kolem uretry. Recipientními cévami byla arteria circumflexa femoris lateralis s použitím žilního štěpu z v. saphena magna. Senzitivní nerv byl našit v levém třísle. Glans nebyl primárně modelován (Santi, 1992).
2. Penis a uretra byly rekonstruovány ze tří laloků – stopkovaného rectus abdominis a dvou mikorchirugických – zevního pažního (lateral arm – LAF) a předloketního fasiokutánního (foreamr flap – FF). Tělo penisu tvořil redukovaný distálně stopkovaný rectus abdominis, k němuž byla fixována močová roura vytvořená z LAF. Oba tyto laloky kryl FF. Senzitivní nerv penisu byl našit na pudendální nerv a cévní stopka na vasa epigastrica inf. profunda kontralaterálního rectus abdominis. Cévní stopka LAF byla astomózována na distálním konci penisu k vasa radialis, artérie end-to-side a žíla end-to-end. Zevní pažní lalok tak přijímal výživu z cév předloketního laloku (Veselý, 1994).

3. V Perugii jsme vytvořili penis ze stopkovaného muskulokutánního laloku rectus abdominis s vertikálně orientovaným kožním ostrovem k rekonstrukci močové roury. Tato byla našita na katétru Ch. 18 a lalokový komplex překryt fasciokutánním lalokem předloktí. Nerv byl našit na n. ilioinguinalis a cévní stopka předloketního laloku (FF) na vasa epigastrica inferior profunda obvyklým způsobem.

Lalok v laloku

Tento fenomém, který jsme užili, již dříve popsal Laub (1993): standardní tubulizovaný lalok byl později doplněn mikrochirurgickým předloketním lalokem, rekonstruujícím močovou rouru a glans, kdežto tělo penisu tvořil tubulizovaný lalok.

V naší sestavě pacientů jsme takto postupovali dvakrát. Prvním pacientem byl transsexuál s dostatečně dlouhým klasickým tubulizovaným lalokem na vnitřní straně levého stehna a píďalkovitě přeneseným na mons veneris na našem pracovišti v roce 1985 prof. Bařinkou. Penis neměl uretru. Ta byla předmětem naší rekonstrukce po 10 letech. Současně s uretrou byl rekonstruován i glans a mikrochirurgický lalok byl zasunut do předchozího laloku po jeho tunelizaci, cévy a nerv byly našity typickým způsobem. Protože odebíraný lalok na předloktí má šíři pouze 3–4 cm pro potřebu uretry, je jizevnatá plocha předloktí malá. U dalšího z pacientů jsme tímto způsobem jednak rekonstruovali uretru a jednak prodlužovali i vlastní penis, neboť lalok byl po komplikovaném hojení slepého konce krátký.

U třetího pacienta jsme této techniky „lalok v laloku" využili pro nedostatečnou velikost mikrochirurgicky vytvořeného penisu z předloketního laloku na jiném pracovišti. Penis byl malý a tenký a pacient si jej přál zvětšit naší metodou. Proto byl stávající penis i s uretrou zachován. Z kůže jeho dorzální strany bylo vyšito baculum – tunel pro dočasnou vnitřní výztuž – toto i s ostatní částí deepitelizovaného penisu bylo překryto novým lalokem z předloktí.

Penis s tunelem pro dočasnou vnitřní výztuž

Tento způsob rekonstrukce si vyžaduje v mikrochirurgickém pojetí užití dvou laloků a je naší originální metodou. Kombinujeme vždy předloketní fasciokutánní a zevní pažní fasciokutánní lalok.

V prvním případě tunel pro dočasnou výztuž, tzv. baculum, preformovala dutina části předloketního laloku, vytvořená sešitím deepitelizovaných částí jako u preformace uretry. Zevní pažní lalok (LAF) rekonstruoval uretru samotnou. Cévní stopka LAF je vždy našita na vasa radialis předloketního laloku v uspořádání arteriální anastomózy end-to-side a venózní end-to-end.

V ostatních případech jsme rekonstruovali penis i uretru typickým způsobem, ale se zvětšenými bočními částmi předloketního laloku na šířku při bázi 8–10 cm a při glandu 7–9 cm podle síly podkožního tuku jak předloketního laloku tak LAF. Je posílena žilní derivace laloku užitím v. basilica. Baculum bylo pak tvořeno z LAF a umístěno vždy na dorzum penisu. Slepý distální konec tunelu pro dočasnou vnitřní výztuž fixujeme k distálnímu konci penisu u báze glandu. Proximální konec bacula je vějířovitě rozešit na dorzu kořene penisu. Dáváme přednost k umístění bacula na dorzální stranu penisu pro snadnou hygienu slepého chobotu. Takto umístěný lalok je pooperačně dobře sledovatelný.

Cévní zásobení zvětšeného předloketního laloku je obohaceno o žilní splav ulnární strany laloku, tedy v. basilica, či její přítok a k anastomóze je využita i druhá v. saphena magna.

Zásady anastomózy močových trubic jsou stejné jako při naší typické operaci. Ne vždy provádíme primární suturu močových trubic, především pro časovou náročnost celé operace. Zatímco naše typická rekonstrukce v dvoutýmové spolupráci trvá 5 až 6 hodin při nekomplikovaném průběhu, složitější provedení užitím dvou mikrochirurgických laloků představuje operaci 7–8hodinovou.

Muskulokutánní lalok latissimus dorsi

Použití kožněsvalového laloku latissimus dorsi je naší novou používanou technikou ruských autorů. Penis je vytvořen z části velkého zádového svalu s motorickou inervací n. thoracodorsalis a zásoben stejnojmennými cévami. Motorický nerv je našit v třísle na větev n. obturatorius zásobící m. gracilis. Erekci by měla částečně imitovat svalová kontrakce v penisu. Penis je velký, proto nerekonstruujeme primárně močovou rouru. Tento postup indikujeme u pacientů, kteří nechtějí mít jizvu na předloktí a volí veliký penis.

Rekonstrukce skrota

Vytvoření skrota je adekvátně možné až po kolpektomii a uzávěru poševního vchodu. V našem provedení jsme použili dvou technik:

- Labia majora doplněné distálně stopkovaným muskulokutánním lalokem rectus abdominis s primární implantací silikonových protéz varlat.
- V-Y lalokový posun velkých labií distálně s primární implantací silikonových protéz varlat.

8.3.4 Diskuse

I v současném světovém písemnictví přetrvávají stále dvě školy rekonstrukcí penisu a močové roury – klasické rekonstrukce pomocí tubulizovaných laloků (Hester, 1984; Hentz, 1987; Laub, 1989; Exner, 1992; Lemperle, 1993; Petrovič, 1993) vyžadující víceetapovou operaci a jednodobé mikrochirurgické rekonstrukce (Chang, 1984; Gilbert, 1986, 1987; Biemer, 1988; Veselý, 1992; Hage, 1992). Příznivci klasické školy, kteří neovládají cévní mikrochirurgickou techniku tkáňových přenosů, vyzdvihují do popředí velikost rekonstruovaného penisu, který může být v některých případech skutečně obrovitý (Lemperle, 1993; Petrovič, 1993). Touto nadměrnou velikostí je však často zakrývána jen malá funkce údu, neboť vytvoření funkční uretry je u klasického způsobu skutečně obtížné, a to proto, že lze jen stěží dosáhnout patřičné délky uretry a hojení je často komplikované stenózou. Striktury uretry jsou častější obzvláště tam, kde byl použit kožní transplantát. Navíc tubulizované laloky nejsou senzitivní, anebo jen velmi chabě.

Mikrochirurgické rekonstrukce jsou naopak jednodobou operací. Podle našich zkušeností závisí velikost vytvořeného údu na druhu použitých laloků a jejich počtu. Při použití fasciálního předloketního laloku je velikost limitována délkou předloktí, obvodem a množstvím podkožního tuku. Podle našich zkušeností lze použít fasciokutánní lalok předloktí, živený vasa radialis s dalšími dvěma velkými žilními splavy – v. cephalica a v. basilica, izolovaný téměř po celém obvodu předloktí, tedy včetně teritoria kožní výživy artérií ulnaris. Největší výhodou mikrochirurgického Changova postupu rekonstrukce uretry (Chang, 1984) je dobrá výživa uretry a tato je dle našich zkušeností zachována i u Biemerova tvaru laloku s prodlouženou uretrální částí laloku (Biemer, 1988).

Autor měl možnost mikrochirurgicky rekonstruovat 63 penisů u transsexuálních pacientů pomocí 66 laloků a 1 penis po amputaci pro karcinom. Z toho bylo 8 rekonstrukcí provedeno v Itálii, 2 v Instituto Nazionale per la Ricerca sul Cancro v Janově a 6 na univerzitě v Perugii.

První pacient byl takto operovaný na Klinice plastické a estetické chirurgie v Brně v roce 1993.

Náš standardní způsob rekonstrukce je spolehlivý a má 100% úspěšnost v přežití laloků, tedy penisu a uretry jako celku. Při našem typickém způsobu rekonstrukcí není plánována ***vnitřní výztuž penisu*** ve shodě s mnoha mezinárodními pracovišti (Hage, 1992; Laub, 1993; Lemperle, 1993). Jen v jediném případě bylo použito žebro k vnitřní výztuži neofalu. Žebro i chrupavka se dle písemnictví většinou resorbují a nebo se žebro láme či perforuje penis. Při použití osteofasciokutánního laloku předloktí mohou být patologické fraktury radia. Hydraulické protézy v podobě jedné tyčinky mají snad největší úspěch pro arteficiální erekci. Jsou to protézy značky Dynaflex (Hage, 1995) a jejich cena je přibližně 1500 USD. Ani jeden z našich pacientů se zatím neodhodlal k investici. Těmto pacientům doporučujeme pro potřebu koitu snímatelnou dlahu z PVC ve tvaru střešního okapu přidržovanou k penisu dvěma kondomy (Trengove-Jones, 1993). Protože i tento postup má své svízele, snažili jsme se vyvinout modifikaci rekonstrukce penisu tak, aby mohla být tuhá vnitřní výztuž vyjímatelná. Tuto možnost nám dává ***užití druhého mikrochirurgického fasciokutánního laloku k vytvoření***

tunelu neboli bacula *pro dočasnou vnitřní výztuž*. Tuto výztuž si pacient zhotoví z pevné, ale přitom pružné tyčinky opřené o symfýzu.

U dvou ze tří prvních případů kombinace dvou mikrochirurgických laloků došlo k fatální komplikaci a postupné nekróze obou laloků, a jak se ukázalo, z příčin přílišné kongesce, komprese tkání a mikrocévního řečiště u pastózních pacientů. Ukázalo se naší praxí, že LAF se hodí k vytvoření tunelu a uretra má být rekonstruována z FF. Tento operační postup je tedy náročnější než typická rekonstrukce. Má však své podstatné výhody, a proto i přes počáteční neúspěchy, je v indikačním plánu našich rekonstrukcí dle přání a zájmu pacienta. Lalok v laloku v naší modifikaci rekonstrukce dával ve většině případů dostatečně tuhý penis k tomu, že i bez výztuže byly pacienti schopni sexuálního interkurzu. K tomu přispívají všechny jizvy resp. jizevnaté procesy při hojení penisu. U našich penisů, jak při standardním postupu, tak při užití dvou laloků, je podélná jizva na dorzu i ventrální straně neopenisu po suturách kůže. I tyto jizvy přispívají k tuhosti laloku.

9 CHIRURGICKÉ VÝKONY U MtF

L. Jarolím

9.1 Historie chirurgických výkonů u MtF

Chirurgická konverze pohlaví představuje soubor náročných výkonů, které významně zasahují do výchozího stavu orgánů a jejich funkcí. Tyto orgány plnily nebo mohly plnit až do okamžiku konverze zcela normálně svou funkci. Chirurgický výkon slouží k imitaci vzhledu a funkce orgánů opačného somatického pohlaví (Block a Tessler, 1971). Některé funkce je třeba zachovat, jiné zrušit. Funkce, které by měly zůstat zachovány, mohou však být chirurgickým výkonem ohroženy (Jarolím, 1998a).

Míru rizika jejich ohrožení je třeba pečlivě zvážit a nemocnému ji plně sdělit. Jedná se nejen o běžná rizika chirurgických výkonů, jakými jsou hnisání, dehiscence rány či pooperační tromboembolické komplikace. Jde zejména o rizika specifická pro konverzní výkony: ohrožení kontinence moči, stolice, vznik střevní píštěle, močové píštěle a nekróza kožního štěpu (Jayaram, 1978). Pacientky musejí být po chirurgické konverzi trvale dispenzarizovány, protože jsou ohroženy i méně obvyklými komplikacemi, jako například benigní hyperplazie prostaty (Brown a Wilson, 1997) či karcinomem prostaty, která se při chirurgické konverzi ponechává (Thurston, 1994, Van Harst a kol., 1998). Dlouhodobá hormonální léčba estrogeny může být sdružena s významnými a někdy život ohrožujícími vedlejšími účinky vedoucími k vyšší prevalenci tromboembolických komplikací, hyperprolaktinémie, deprese, nárůstu hmotnosti a přechodné elevaci jaterních enzymů (van Kesteren a kol., 1995).

Na druhé straně se ovšem zvažuje přínos chirurgické konverze pro pacienta, kterému úspěšný soubor výkonů přinese podobu, která odpovídá jeho vlastní sexuální identifikaci. Úspěšný soubor chirurgických výkonů ho současně zbaví hendikepujících tělesných prvků, které pro něj znamenaly mutilující zátěž.

Chirurgická konverze je kardinálním prvkem komplexního přístupu k této složité jednotce. Po konverzi je nezbytná další dlouhodobá rehabilitace sexuologická a rehabilitace fyzikální k udržení a zlepšování funkce nových pohlavních orgánů.

První případ chirurgické konverze popsal v roce 1931 F. Z. Abraham (Abraham, 1931). Do roku 1953 byly popsány jen výjimečně případy chirurgické konverze v Německu a Švýcarsku (Edgerton a kol., 1970). V roce 1950 A. McIndoe použil pro vaginoplastiku volný kožní štěp (McIndoe, 1950). V roce 1953 popsal Hamburger v léčbě mužského transsexualismu kastraci a penektomii, avšak bez vaginoplastiky (Hamburger a kol., 1953). Pacientem, který podstoupil chirurgickou konverzi, byl Američan George, který se stal v Dánsku Christinou Jörgensenovou. V roce 1967 vydala v New Yorku svou autobiografii (Jorgensen, 1967).

Fogh-Andersen (1956) použil k tvorbě neovagíny lalok invertované penilní kůže. V roce 1957 Gillies a Millard popsali invaginaci penilního laloku do dutiny preformovanou z perinea. Užití kavernózních těles k vytvoření valu kolem neovagíny se neosvědčilo (Gillies a Millard, 1957).

Jones a kol. (1968) upozornili na tendenci k jizvení u volných kožních štěpů a invertovali penilní a skrotální kůži. U-lalok kůže skrota měl bázi na perineu, kůže penisu se discidovala na ventrální straně. Vznikly dva laloky – přední z kůže penisu, zadní z kůže skrota. Sešily se do podoby válce, který se stal pochvou. Kožní válec se invaginoval po přerušení centrum tendineum mezi m. transversus perinei a rektem do tunelu v pánvi. Stinnou stránkou skrotální kůže je však zmíněná přítomnost chlupů. Edgerton a Bull (1970) invertovali penilní kůži na stopce vzadu, ve druhé době formovali labia ze skrota. Příznivé výsledky této operace popisují Krug-Jeromin a kol. (1992). Pandya a Stuteville (1973) invertovali penilní kůži se stopkou vpředu. Užití ochlupené kůže skrota však přináší problémy vyplývající z přítomnosti chlupů v neovagíně. V roce 1976 vytvořili Malloy a jeho kolegové imitaci děložního čípku tak, že invertovali penilní kůži i s glandem penisu (Malloy a kol., 1976). Výživu glandu zajišťovaly cévy penilní kůže. Zdůraznili důležitost uvolnění kůže podbřišku až k pupku k možnosti posunu muskulokutánního laloku.

Močová trubice byla u všech uvedených metod zkrácena na ženskou délku a vyšita do otvoru v kůži. Otvor byl vytvořen zvláštní incizí při užití přední stopky kožního laloku, případně ponecháním otvoru při mediální sutuře postranních kožních laloků.

Plastiku klitoridy popsali Meyer a Kesselring (1980) z pahýlu kavernózních těles překrytých penilní kůží. Rubin (1990) použil nezkrácenou uretru s částí glandu k vytvoření imitace klitoridy. Meatus uretry vytvořil umělou hypospadií. Tato metoda měla nevýhodu v ukapávání moči z vrcholu neoklitoridy. Resekoval obě kavernózní tělesa, glans byl živen z corpus spongiosum urethrae. Sulcus coronarius vyšil do otvoru v kůži před symfýzou. Erotogenní citlivost orgánu vysvětlil inervací spongiózního tělesa větévkami z plexus pudendalis. Zevní ústí uretry vytvořil incizí uretry pod úrovní dolního okraje symfýzy. Otvor v uretře anastomozoval s otvorem v kůži ventrálně od vaginálního introitu. Částečnou pasáž moči distální uretrou jdoucí v pravém velkém labiu a ústící na glandu odstranil uzávěrem uretry distálně od nového ústí.

Rong-Hwang Fang používá od roku 1988 část glandu s dorzálním nervově cévním svazkem, obsahujícím a. a v. dorsalis penis profunda a n. dorsalis penis. Vzniká dlouhá stopka, které hrozí nebezpečí zaškrcení s následnou nekrózou neoklitoridy (Rong-Hwang Fang a kol., 1992). Hage a kol. (1994) implantovali volný štěp glandu na zkrácený dorzální nervově cévní svazek a dosáhli tak dobré sexuální citlivosti.

Perovič (1993) užil k rozšíření neovagíny podélný štěp detubulizované uretry vložené do detubulizovaného kožního laloku penilní kůže. Využil současně část glandu, zbývající po klitoridoplastice, k modelaci imitace čípku. Podstatným prvkem Perovičovy techniky, kterou publikoval v roce 1995, je tvorba podkožní stopky kožního laloku penilní kůže. Stopka umožňuje lepší mobilitu laloku. Použití detubulizovaného laloku uretry zvětšilo kalibr neovagíny. Neovagínu fixoval závěsem pomocí jehel k sakrospinálnímu ligamentu. Zachování kontinuity uretry a neovagíny omezuje vznik stenózy zevního ústí močové trubice (Perovič, 1995).

Konstrukce vagíny u mužského transsexualismu je dobře propracována. Problematické je peroperační plnění konstruované vagíny, které ji má udržet široce expandovanou bez zhoršení normálního hojení rány. Monstrey a kol. (1995) navrhli speciální silikonovou protézu s centrálním kanálem fixovatelnou v potřebné pozici ve vagíně třemi pruhy. Riziko stenózy pochvy z invertované kůže penisu lze snížit pravidelnými dilatacemi, které si pacientka provádí dlouhodobě. Stein a kol. (1990) popisují frekvenci stenózy ve 29 %.

Inverze penilní kůže je u mužských transsexuálních osob při tvorbě vagíny metodou volby. V případě, že je pacient po amputaci penisu, kůže penisu je velmi krátká například po cirkumcisi anebo se jedná o změněný terén po neúspěšných předchozích výkonech, je vhodná pro tvorbu neovagíny intestinoplastika.

Baldwin (1904) navrhl k tvorbě neovagíny u ženy štěp ilea. Markland a Hastings (1974) techniku aplikovali u transsexuálních osob. Hage a kol. (1995) popisují u transsexualismu nedobré dlouhodobé výsledky s rektosigmoidální neovagínou. Komplikacemi je stenóza enterokutánní anastomózy, bolestivá jizva, fluor, zánět, vytvoření neuromu pahýlu n. pudendi na spojení střevní sliznice a kůže perinea a dokonce rektovaginální píštěl. Tzv. „derivační kolitidu", manifestující se hlenovitým výtokem, slizničním krvácením a nepříjemnými pocity lze ovlivnit výplachy obsahujícími mastné kyseliny s krátkým řetězcem nebo kyselinu

5-aminosalicylovou (mesalazin). Během podráždění při vaginální imisi může vyvolat peristaltiku střevního segmentu. Autoři doporučují používat půl hodiny před sexuálním stykem hyperamid hydrochlorid (Imodium). Pro možnost vzniku adenokarcinomu je nutná trvalá dispenzarizace. Srovnání výhod a nevýhod metod rektosigmoidální neovagíny a neovagíny z invertované kůže penisu (Laub a kol., 1988) ukazuje tabulka č. 2. Filipas se spolupracovníky (2000) prezentovali dobré zkušenosti s konstrukcí neovagíny z céka.

Tabulka č. 2 Srovnání neovagíny ze sigmatu a z penilní kůže

	Rektosigmoidální neovagína	Inverze penilní kůže
Výhody	přirozenější tkáň nehrozí kontrakce štěpu štěp se nejizví méně sekundárních operací krátká imobilizace přirozená lubrikace lepší citlivost	menší výkon není třeba laparotomie
Nevýhody	laparotomie rizika komplikací střevní chirurgie (dehiscence anastomózy, striktura anastomózy, nekróza štěpu) jizva po laparotomii	jizvení stenóza delší imobilizace zápach potřeba lubrikace malé rozměry

9.2 Operační technika

Morfologické poměry jsou u jednotlivých pacientů individuální a jsou k dispozici rozdílné tvary a objemy tkání, které lze pro plastiku užít. Proto je modelování každého jednotlivého genitálu „originálem".

Inverze kůže penisu

Před výkonem je vhodné provést perorální přípravu střeva, protože při preparaci prostoru v těsné blízkosti rekta nelze úplně vyloučit riziko otevření střeva.

Operace se provádí v poloze na zádech, v litotomické poloze. Kyčle jsou flektovány více než 90° a bérce leží v opěrkách tak, aby nedošlo k otlakům. Operační pole se po dezinfekci kryje fólií se samolepícím indagačním prezervativem zavedeným do rekta ke kontrole přípravy vaginálního kanálu.

Emaskulinizace spočívá v orchiektomii a penektomii. Orchiektomie je základním předpokladem pro změnu matričního pohlaví. Následuje formace vagíny a vulvy.

Výkon začíná podélnou incizí ve střední čáře na perineu jdoucí od báze skrota dorzálně, až do vzdálenosti 3 cm od análního otvoru, aby vznikla co nejkratší hráz. Při základní incizi je nutné připravit dostatečně krátké perineum, neboť krátká hráz je předpokladem pro získání přirozených topograficko-anatomických poměrů, které dovolují vytvořit správný směr pochvy nezbytný pro dobrou imisi. Dorzální pól incize lze ukončit ve tvaru obráceného písmene Y. Odlehčí se tak napětí anastomózy laloku kůže penisu a hráze a sníží se riziko stenózy vaginálního introitu.

Preparace pokračuje vzhůru skrotem, izolují se varlata spolu s tukovou tkání a semennými provazci. Provazce se přeruší a ligují vysoko, až u tříselných kanálů, používá se vstřebatelný materiál. Pahýly provazců se následně mohou spontánně zatáhnout do tříselných kanálů a nevzniknou granulomy, které by byly bolestivé na tlak. Podkožní tkáň podbřišku je podminována směrem vzhůru až pod pupek, přičemž jsou chráněny spojky z a. pudenda inferior superficialis, a. epigastrica inferior superficialis a a. iliaca circumflexa ilium superficialis. Tahem za podminovanou kůži s podkožím lze získat 5–7 cm ve prospěch posunu kůže kořene penisu směrem kaudálním a dorzálním. Kůže podbřišku je fixována dvěma stehy k symfýze a vlákna jsou zauzlena na kůži přes tampon.

Kůže penisu se nůžkami postupně odpreparuje spolu s podkožím a cévami až do sulcus coronarius, kde se cirkulárně přeruší. Mm. ischiocavernosi se od sebe rozdělí a obnaží se bulbární uretra. Otevře se centrum tendineum a tupě se vytvoří tunel, který sousedí vzadu s rektem a vpředu s mambranózní uretrou, prostatou a bází měchýře. Do tunelu se později umístí kožní lalok tvořící neovagínu. Preparaci dutiny pro pochvu kontroluje ukazovák operatéra zavedený s prezervativem samolepící fólie do rekta. Druhý ukazovák proniká tupě středem perinea a m. transversus perinei superficialis. Preparace pokračuje přerušením m. rectourethralis až pod zevní list Denonvilliersovy fascie. Protnou se mediální vlákna m. levator ani. Tubulární lalok kůže penisu je na distálním konci slepě uzavřen a po konstrukci neoklitoridy a po resekci kavernózních těles zasunut do vytvořené dutiny v pánvi. Jeho stabilizaci zajišťuje modelující válec délky 15–20 cm a průměru 4 cm. Proximální konec neovagíny lze případně fixovat k sakrospinálnímu ligamentu, obvykle vpravo. Sakrospinální ligamentum je palpatovatelné mezi spina ischiadica a kokcyxem. Fixační steh se umístí pomocí Dechampsovy jehly se vstřebatelným vláknem síly 2–0 mediálně od spina ischiadica. Při zakládání stehu v blízkosti pudendálního nervu a vnitřních pudendálních cév je třeba se vyvarovat jejich poranění. Oba konce vlákna se pak prošijí do invertovaného kožního laloku a zauzlí se. Slepý konec neovagíny se tak dostane hluboko do vaginálního kanálu.

Napětí stopky laloku penilní kůže lze snížit použitím Perovičovy techniky. Podstatným prvkem této techniky je tvorba podkožní stopky kožního laloku

penilní kůže. Začíná cirkulární incisí kožního krytu penisu při jeho bázi. Incise protíná jen kůži, cévnaté podkoží zůstává intaktní. Ostrou deliberací podkoží od kůže proximálním směrem se vytvoří cévní stopka laloku. Vzniklý lalok je dobře živený a je podstatně mobilnější než lalok bez cirkulární incize. Cévní stopka je elastičtější než kůže vcelku a bývá dlouhá 3–4 cm. Získaná délka cévní stopky umožňuje inverzi laloku penilní kůže do vaginálního kanálu bez napětí.

Lalok detubulizované uretry se vloží do tubulárního laloku invertované penilní kůže. Kůže laloku se podélně inciduje na dorzální straně tak, že podkoží zůstane intaktní. Podkoží laloku je velmi elastické a dovolí roztažení incize tak, že se do vzniklého sulku dá vložit lalok detubulizované uretry a přišít k okrajům incize. Kalibr neovagíny se tímto manévrem zvětší. Tato onlay augmentace kožního štěpu uretrou má však zvýšené riziko krvácení z okrajů detubulizované uretry. Ze zbylé tkáně glandu, jehož cévní stopkou je detubulizovaný uretrální lalok, lze vytvořit imitaci děložního čípku.

Ve stopce kožního laloku se vytvoří discisí ve střední čáře protáhlý otvor pro protažení glandu neoklitoridy a uretry. Discise musí respektovat cévy zásobující tubulární lalok penilní kůže. Po zanoření neovagíny do vaginálního kanálu se stopka laloku kryje suturou kůže ve střední čáře, která pokračuje až ke kraniálnímu pólu glandu neoklitoridy.

Bulbární uretra se oddělí od kavernózních těles až pod junkci krur a zkrátí se na ženskou délku. Později se konec uretry vyšije do otvoru v kůži umístěném v typickém místě. Bulbus je masivní a je jej proto vhodné resekovat a několikanásobně prošít. Uretru je možno použít i k tvorbě imitace vnitřních ploch malých labií. V takovém případě není resekována na ženskou délku, nýbrž je ventrálně discidována. Discize jde proximálně až k neomeatu krátké ženské uretry. V případě využití glandu k náhradě děložního čípku lze distální uretru použít k tvorbě imitace klitoridy.

Po oddělení uretry od kavernózních těles následuje plastika, kterou se vytvoří z glandu penisu klitoris, zajištující sexuální citlivost. Po uvolnění kůže penisu se oddělí dorzální neurovaskulární svazek obsahující n. dorsalis penis, a. a v. dorsalis penis profunda dvěma podélnými incizemi pronikajícími tunica albuginea od ligamentum suspensorium penis až ke corona glandis. Incize pokračují na glans penis, kde oddělí terčík velikosti 8 x 6 mm, ze kterého se vytvoří glands clitoridis (viz bar. příloha).

Nervově-cévní svazek zajišťuje jeho inervaci a výživu a lehce se fixuje k tuku na symfýze. Glans clitoridis se vyšije do otvoru v kůži uloženém 2–3 cm nad meatem uretry. Přebytečná kůže skrota je resekována a suturou kůže se vytvoří velká labia (viz bar. příloha).

Operační rána je drénována kapilárním nebo sacím drénem. Tamponáda pochvy trvá 2–3 dny, pak pacientka provádí autodilataci (viz bar. příloha).

Obrazová příloha ke kapitole 8

8/1 Penis je vytvářen ze dvou laloků, z nichž jeden slouží jako tunel pro dočasnou výztuž.

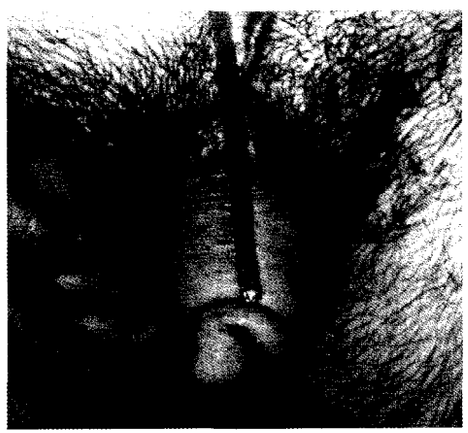
8/2 Penis je umístěn a přišit. V další fázi je anastomózována močová roura.

8/3 Vytvořený penis na předloktí, se kterým ještě souvisí nervově-cévní stopkou.

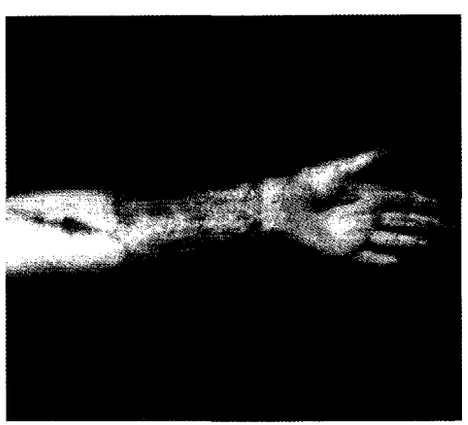
8/4 Metoda rekonstrukce šourku muskulokutánním lalokem přímého břišního svalu s implantací testikulárních protéz.

8/5 Deset dní po rekonstrukci penisu.

8/6 Dva roky po rekonstrukční operaci. Je možno močit ve stoje.

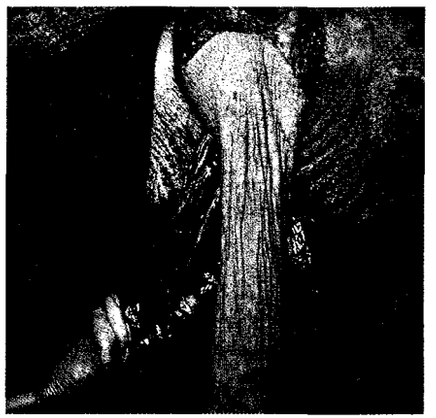


8/7 Po přihojení a s odstupem času je možné do tunelu zavádět tuhou výztuž.

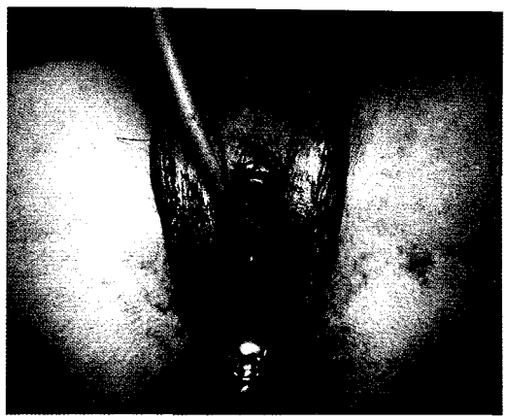


8/8 Plošná jizva na předloktí po odběru laloku po dvou letech.

Obrazová příloha ke kapitole 9

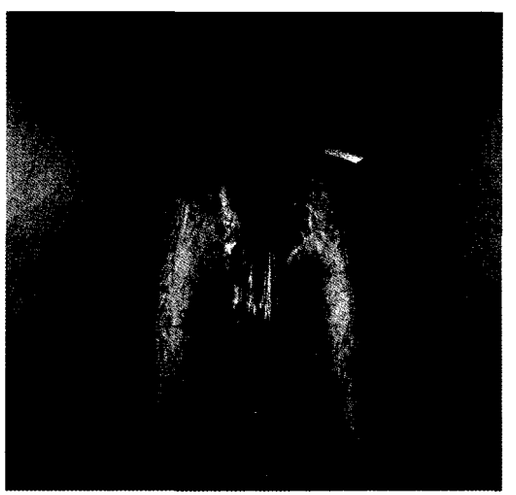


9/1 Glans penis s nervově-cévním svazkem je oddělen od kavernózních těles (vpravo). Od glandu penisu jde pod svazkem uretra, která se zkrátí na ženskou délku. Vpředu uprostřed je lalok penilní kůže.

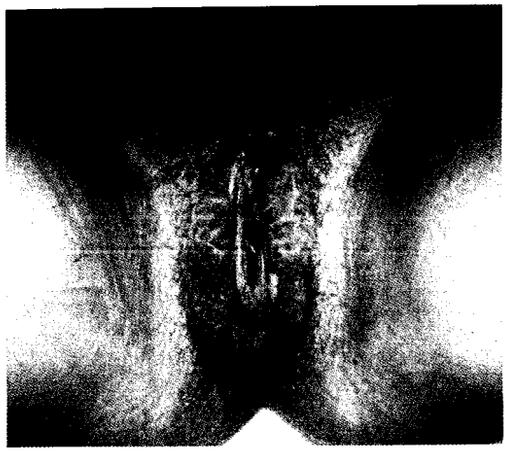


9/2 Konečný vzhled zevního genitálu po jednodobé konverzi s použitím invertované penilní kůže. Malá labia jsou zformována z kůže skrota. V uretře je zavedená močová cévka a ve vagíně je poševní zrcadlo.

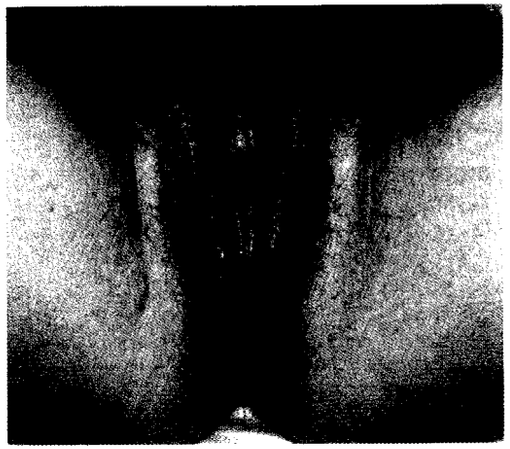
9/3 Autodilatace neovagíny měkkým válcem, který je potažen prezervativem.



9/4 Tvar incize pro Z-plastiku.



9/5 Vzhled přední komisury velkých labií po výměně laloků.



9/6 Výsledný stav po Z-plastice přední komisury.

9/7 Stav po implantaci mamárních protéz.

Cévka se ponechá v měchýři 7–10 dní.

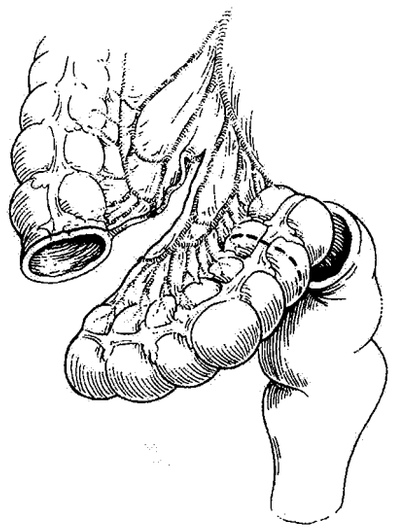
Inverze penilní kůže s kožní stopkou vpředu vede k vytvoření velkých labií, které se vpředu rozbíhají. Konvergence velkých labií vpředu lze dosáhnout ve druhé době dvojitou Z-plastikou, která přesunuje kůži i s vrstvou podkoží (Jarolím, 2000) (viz bar. příloha).

Rektosigmoidální vaginoplastika

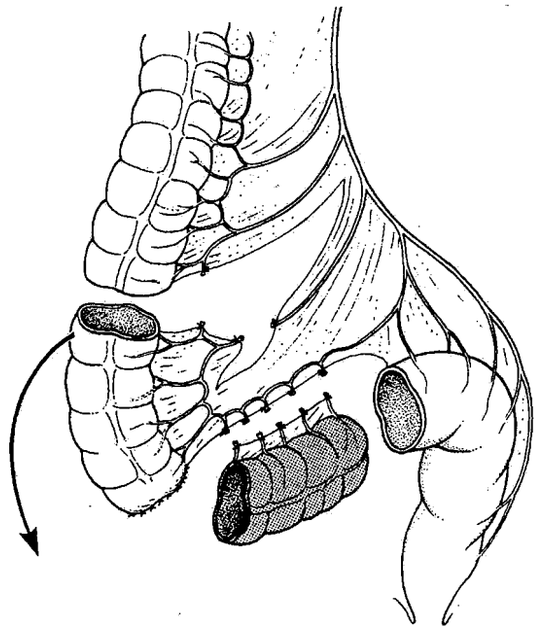
Pro enterální vaginoplastiku se užívá exkludovaný segment rektosigmatu. Pro bezpečný přístup do dutiny břišní lze použít Phannenstielovu incizi. Exkluduje se segment rektosigmatu délky 15 cm živený arteriálním systémem a. mesenterica inferior (obr. 11, 12).

Inervace transplantátu autonomním nervovým systémem doprovázejícím cévy umožňuje cítit vibraci a určitou míru příjemných pocitů. Lebmerger doporučuje využít pro výživu exkludovaného segment sigmatu a. rectalis superior (Lebmerger a Bishop, 2001). Kontinuita střeva se obnoví suturou pokračovacím podhazovaným vstřebatelným stehem – enteroenteroanastomózou.

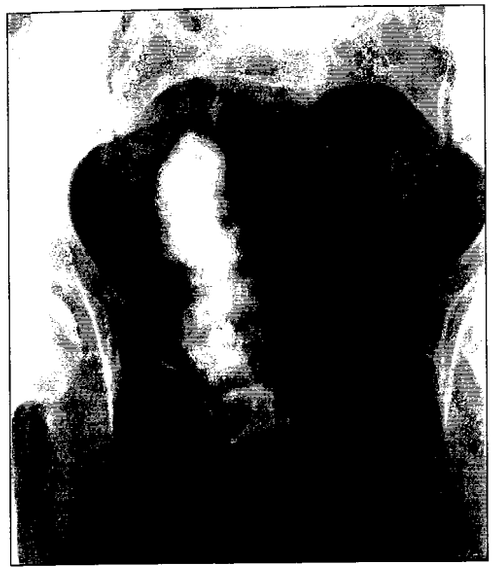
Incize na perineu má tvar obráceného Y. Začíná v rafe penisu a skrota, při bázi skrota se rozděluje do stran a jde až k hrbolu kosti sedací. Kůže penisu a perinea se



Obr. 11 *Exkluze segmentu rektosigmatu*



Obr. 12 *Exkluze segmentu rektosigmatu a resekce části štěpu při krátkých cévách mesosigmatu*



Obr. 13 *Rentgenogram sigmoidální neovagíny naplněné kontrastní látkou*

invertuje do budoucího introitu a spojí se s transplantátem, který je orientován v peristaltické konfiguraci. K prevenci jizevnaté stenózy se prodlouží obvod anastomózy střeva a kůže třemi podélnými dvoucentimetrovými incizemi obvodu (viz bar. příloha).

V operační technice jsou důležité tři momenty: H-incize v místě introitu k získání dostatečně velkého obvodu entereokutánní anastomózy, dostatečně široký vaginální kanál vytvořený ostrou a tupou preparací a konečně exkluze segmentu sigmatu s dostatečně dlouhým mesosigmatem (Jarolím a kol., 2000a, b, c).

Jednoduchou pomůckou při fixaci štěpu ke stěně vaginálního kanálu a pro udržení dostatečného rozměru neovagíny je měkký válec chráněný kondomem pro první pooperační dny. Před extrakcí válce je třeba aplikovat kolem válce do neovagíny dostatečné množství lubrikačního gelu. Válec lze v dalším pooperačním období vyměnit za jednoduchý hladký vibrátor, který si pacientka zavádí sama k zachování dostatečné hloubky a průměru neovagíny (Jarolím, 1997, 2000).

Neovagína vytvořená z invertovaného penilního kožního laloku má jemnou hladkou stěnu. Při sexuální stimulaci dochází u některých pacientek k produkci uretrálního sekretu, který slouží jako přirozené lubrikans. Sigmoidální neovagína je trvale zvlhčována hlenem. Zvýšená hygiena (výplachy neovagíny) je nezbytná. Pacientky mohou močit bez obtíží vsedě (Jarolím, 1998 b).

Augmentační mamoplastika

Součástí chirurgické konverze pohlaví u mužských transsexuálních osob může být augmentační mamoplastika, která zvětší efekt gynekomastie navozené v 60 % hormonálně. Bývá doménou plastických chirurgů. Incize pro implantaci protéz se provádí v submamární rýze nebo v axile. Přístup ze submamární incize umožňuje lepší kontrolu krvácení se snížením rizika hematomu. Pooperační jizva u axilárního přístupu je však dlouhá jen 3–4 cm a téměř není viditelná (viz bar. příloha).

10 ROZDÍLY MEZI TRANSSEXUÁLY FtM A MtF

P. Weiss, H. Fifková, I. Procházka

Obě skupiny klientů se liší v mnoha základních charakteristikách svého vývoje, chování i cítění. Bylo provedeno několik studií, které se zabývaly jejich vzájemným srovnáním, a to především v oblasti chování v dětství, v oblasti sociální adaptace, partnerské a rodinné situace, sexuologických a psychologických charakteristik i v oblasti možné psychopatologie.

10.1 Transsexuální chování v dětství

Zdá se, že svou transsexualitu již před šestým rokem života si uvědomuje vyšší procento FtM. Jednoznačněji upřednostňují kamarády stejného psychického pohlaví a hračky tomuto pohlaví obvykle přisuzované. U MtF je u většího procenta z nich nalézána v dětství poměrně dobrá adaptace na biologické pohlaví (Verschoor a Poortinga, 1988). Pauly (1974 a) zjistil, že FtM dávají od raného věku výrazně přednost opačné pohlavní roli, 90 % se od puberty převléká, pubertu popisují jako traumatizující zážitek.

10.2 Sociální adaptace

Studie se shodují ve zjištěních, že FtM jsou lépe sociálně přizpůsobeni, méně podezřívaví a více realističtí ve vnímání toho, co je pro ně možné (Pauly, 1974 b). MtF mají méně stabilní zaměstnání a méně příznivou sociální anamnézu (uvádějí více trestných činů a prostituce) a mají též tendenci vykazovat více symptomů duševních poruch (Dixen a kol., 1984). Sociální integrace posuzovaná podle toho,