

*Ministerstvo zdravotnictví předkládá k využití Doporučené postupy v terapii parafilních sexuálních delikventů. Zpracování těchto doporučených postupů bylo ministerstvu uloženo Usnesením vlády ČR ze dne 18. ledna 2012 č. 44 na základě předloženého materiálu týkajícího se problematiky chirurgických kastrací u pachatelů sexuálních trestných činů. Sekce zdravotní péče zadala v rámci projektu Programu bezpečnosti a kvality zdravotní péče na rok 2012, téma Kvalita zdravotních služeb a bezpečí pacientů, vypracování standardních postupů Sexuologické společnosti ČLS JEP. Za odbornou společnost byl řešitelem doc. MUDr. Jaroslav Zvěřina, CSc., spoluřešitelem prof. PhDr. Petr Weiss, Ph.D.*

## **Doporučené postupy v terapii parafilních sexuálních delikventů**

Sexuologická společnost České lékařské společnosti JEP, Praha

Zvěřina, J., Weiss, P.

### **Úvod**

Prospěšnost specifické terapeutické intervence u sexuálních delikventů je v celosvětovém měřítku akceptovaná. Týká se to zejména těch sexuálních delikventů, kteří spáchali zločin zvláště závažný, jakým je třeba sexuální agrese, anebo pohlavní zneužití dítěte. Celé generace expertů se zabývají metodami vyšetřování a terapie sexuálních delikventů s cílem definovat jejich nebezpečnost a snížit ji na minimum. Česká psychiatrická a sexuologická škola vychází z koncepce specifické nebezpečnosti těch sexuálních zločinců, kteří vykazují sexuálně deviantní, parafilní vlastnosti ve své sexuální motivaci. Vychází tedy z představy, že parafílie, coby porucha sexuální preference, je celoživotní a trvalou charakteristikou individua, že léčbou, trestem a ani jinými prostředky nelze změnit tuto specifickou sexuální preferenci. Lze pouze modifikovat sexuální chování, tedy vnější projevy sexuální motivace. Sexuální delikventi, kteří parafilní sexuální motivaci vykazují, jsou pro tuto svou vlastnost dlouhodobě riziková z pohledu specifické recidivy, opakování sexuálního deliktu stejného charakteru (Weiss 2010, Brichtcín 2010, Saleh a spol. 2010, Zvěřina 2003). Přítomnost parafilní motivační struktury v sexualitě subjektu nemusí ještě sama o sobě vést k páčání trestných činů. O zastoupení deviantů mezi pachateli sexuálních deliktů nejsou k dispozici přesné objektivní údaje, stejně tak nejsou k dispozici údaje o počtu nedelikventních jedinců s parafilní preferencí v populaci. I z tohoto důvodu je důležité odborně vyšetřit každého pachatele, u něhož vzniká podezření na sexuální motivaci delikventního chování, protože včasná diagnostika a léčba parafilních pachatelů je velmi významná z hlediska preventivního. Jen nepatrná část našich parafilních pacientů přichází k vyšetření a terapii bez toho, že by se stali pachateli sexuálního deliktu. Na druhé straně je také dobře známou skutečností, že značná část všech sexuálních deliktů není oznámena a vyšetřena (Weiss, Zvěřina 2008).

### **1. Klasifikace parafilii**

Jako parafílie označuje Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN 10) stavy, které se vyznačují intenzivními erotickými fantasiemi a tendencemi směrem k sexuálním aktivitám, které způsobují utrpení jiné osoby, k sexuálním aktivitám s dětmi, anebo nehumánními objekty. Tyto tendence se mají vyskytovat nejméně půl roku, mají vyvolávat klinicky významný stres, problémy sociální, profesní či trestně právní. Rozlišuje se celkem osm diagnostických kategorií: fetišismus, pedofilie, exhibicionismus, voyeurismus, masochismus/sadismus, jiné parafílie (např. frotérismus, nekrofilie), a parafílie nespecifikované (Weiss 2010, Thibaut et al. 2010, Zvěřina 2003). Mezi pachateli sexuálních deliktů se vyskytují některé parafílie jen vzácně (fetišismus, voyeurismus, fetišistický transvestitismus, frotérismus apod.). Větší forenzní význam pak mají zejména exhibicionismus, sadismus,

masochismus a pedofilie. Českou národní zvláštností je další kategorie kriminogenní parafílie, tak zvaná „patologická sexuální agresivita“.

Mezi obecná diagnostická kritéria parafílií dle MKN 10 patří tyto podmínky (Smolík, 1996):

- jedinec opakovaně prožívá intenzivní sexuální touhy a fantazie týkající se neobvyklých objektů nebo aktivit,
- jedinec buď touhám vyhoví, nebo je jimi citelně obtěžován,
- preference je přítomna nejméně 6 měsíců.

Poruchy sexuální preference podle MKN-10

Kód	Parafílie
F65.0	Fetišismus
F65.1	Fetišistický transvestitismus
F65.2	Exhibicionismus
F65.3	Voyeurismus
F65.4	Pedofilie
F65.5	Sadomasochismus
F65.6	Mnohočetné poruchy sexuální preference
F65.7	Jiné poruchy sexuální preference (frotérství, nekrofilie)
F65.8	Porucha sexuální preference NS sexuální deviace NS

Sexuální deviace (parafílie) považujeme za kvalitativní odchylku struktury sexuálního motivačního systému (Zvěřina, 1982). V literatuře se ale můžeme setkat i s jinými definicemi: deviace jako porucha řízení sexuálních emocí (Brichcín, 1995a, Kolářský 2010). V zásadě rozeznáváme sexuální deviace dvojího druhu – deviace v aktivitě, deviatio in modo, a deviace v objektu, deviatio in objecto. Kromě těchto základních pak rozeznáváme deviace kombinované či polymorfní, u nichž se vyskytuje současně více druhů deviantních preferencí.

### 1.1 Deviace v aktivitě

Deviace v aktivitě jsou charakterizovány jako poruchy ve způsobu dosahování sexuálního vzrušení a uspokojení. Mezi jejich hlavní představitele lze zařadit voyeurismus, exhibicionismus, frotérismus, tušérství, patologickou sexuální agresivitu, agresivní sadismus, sadomasochismus a jiné podobné poruchy (erotografomani, telefonní skatologii, atd.).

#### 1.1.1 Erotografomanie

U erotografomanie (z řeckého grafó, tedy píši) je vzrušení dosahováno psaním dopisů s erotickým obsahem anonymním ženským objektům. Erotografoman při psaní obvykle masturbuje, vzrušuje a uspokojuje ho představa, jak adresátka čte jeho dopis, a eventuálně i představa toho, co přitom prožívá (dle jeho představ například sexuální vzrušení, zájem, strach atd.). Tyto dopisy mívají často agresivní, až sadistický charakter (přitom samozřejmě vzniká podezření, že primárně jde u pachatele

skutečně o závažnější, tedy sadistickou motivaci tohoto jednání), vždy jsou však obscénní. V současné době se devianti s tímto zaměřením realizují většinou psaním obscénních SMS nebo mailů, takže pro orgány činné v trestním řízení nebývá obvykle větším problémem pachatele identifikovat.

### **1.1.2 Telefonní skatofilie („obscénní telefonáty“)**

Z řeckého skatos – hnůj, špína. Alternativně se používají i názvy jako skatologie, erotofonie, telefonikofilie, v případě nedevariantních forem obscénní telefonování. Tato deviace je svou podstatou podobná předchozí, vzrušení je zde dosahováno anonymními telefonáty s erotickým obsahem. Z pohledu sexuologického jde o projev poruchy dvoření, v některých případech též patologické sexuální agresivity, ale v podobě verbální. V posledních letech se stále častěji setkáváme se sexuálními vulgaritami, šířenými prostřednictvím internetových sítí. Tato obscénní internetová komunikace bude zřejmě stále významnější.

### **1.1.3 Voyeurismus**

Název pochází z francouzského voir: vidět (někdy se užívá i názvů voyerismus, skoptofilie či slídičství). Vzrušení je u této deviace dosahováno sledováním intimního počínání nic netušících anonymních objektů (nahých a svlékajících se či masturbujících žen, souložících párů), spojeného většinou s masturbací. Voyeurismus je – podobně jako exhibicionismus – většinou velmi kompulzivního charakteru (s vysokou frekvencí deviantních aktivit spojených s uvolněním psychického napětí, s rezistencí vůči možnému terapeutickému ovlivnění) a vede často k neurotizaci parafilika a k jeho sociální izolovanosti. Do konfliktu se zákonem se voyeurů většinou nedostávají, jejich aktivity zůstávají většinou neodhalené, někdy jsou v případě přichycení stíháni za narušování domovní svobody nebo za krádež drobností, které si ojedinele mohou z místa činu jako připomínku zážitku odnést. Pokud jsou přichyceni během masturbace při voyeurských aktivitách, mohou být stíháni za výtržnictví.

### **1.1.4 Exhibicionismus**

Název pochází z latinského exhibere (nabídnout, ukázat). Sexuálního vzrušení je u exhibicionisty dosahováno odhalováním genitálu před neznámými ženami či dívkami. Toto odhalení je někdy spojeno s erekcí a s masturbací (ne však pokaždé). Expozice genitálu může probíhat před osamělou ženou nebo skupinou více žen či dívek. Exhibicionismus patří k nejčastěji se vyskytujícím sexuálními deviacím. Je silně nutkavého charakteru, a má proto i vysokou specifickou recidivitu. U některých exhibicionistů se potřeby expozice genitálu objevují pouze v určitých obdobích, například v obdobích psychické krize či v situaci manželského konfliktu, a v mezidobí nutkání k exhibici naléhavě necítí. U jiných je však tato potřeba přítomna permanentně a realizuje se alespoň ve formě masturbačních fantazií. Od typických exhibicionistů je třeba diagnosticky odlišovat „atypické expozéry genitálu“, kteří jsou motivováni sexuální agresivitou, nebo pedofilní orientací.

### **1.1.5 Frotérismus**

U frotérismu (název se vyskytuje i v podobě frotérství) je vzrušení dosahováno třením se o anonymní, neznámé ženské objekty v tlačenících (ve frontách, v tramvajích). Termín pochází z francouzského slova froter, které znamená třít se. Frotérské aktivity jsou charakterizovány obvykle vysokou nutkavostí.

### **1.1.6 Tušérství**

Tušér dosahuje vzrušení doteky intimních míst anonymních ženských objektů. Tento deviant obvykle jakoby náhodou sáhne v parku či v dopravním prostředku na řadro, hýždě či genitál kolemjdoucí

neznámé ženy. Někdy přitom realizuje své doteky zezadu. Frotérské a tušérské chování se nezřídka vyskytuje současně u jednoho devianta. Obě tyto aktivity už řadíme ke kontaktnímu deviantnímu chování, kde pachatel svým počínáním narušuje ne už pouze psychické, ale i fyzické teritorium svých eroticky nevytlačených objektů bez jejich souhlasu. Lze je proto hodnotit jako mírnější formu přímé sexuální agrese.

### **1.1.7 Patologická sexuální agresivita**

Sexuálního vzrušení a uspokojení je u patologické sexuální agresivity dosahováno překonáváním odporu napadené anonymní ženy a minimalizací její kooperace. Vysoká specifická repetitivnost, tedy sklon k opakování sexuálního násilí stejného charakteru, je nejcharakterističtějším rysem deviantních pachatelů sexuálních agresí. U patologické sexuální agresivity není zřejmá žádná sadistická vložka v pravém slova smyslu. Tito pachatelé své oběti netrýzní a neprodují jejich utrpení. Chování deviantního sexuálního agresora má mnohé rysy chování predátorského. Svou oběť často po vyhlédnutí pronásleduje, přepadá ji pak ze zálohy na opuštěném místě či na místě, které žena nemůže opustit (například ve výtahu), povalí ji na zem, eventuálně použije zbraň a vyhrožuje jí poraněním či zabitím. Někdy může od objektu vyžadovat vaginální či anální soulož, jindy orální dráždění či masturbaci. Jeho jednání většinou nepředchází žádný pokus o verbální či jiný bližší kontakt. V zájmu objektivnosti je třeba uvést, že někteří autoři odmítají tento typ sexuálních agresorů a „znásilňovačů“ řadit mezi parafílie (Wollert 2011).

#### Homosexuální agrese

Zatímco viktimologickým aspektům sexuálního násilí páchaného na ženách se celosvětově věnuje relativně dostatečná pozornost, výzkum zaměřený na charakteristiky pachatelů a obětí homosexuálního znásilnění je teprve v počátcích. Z klinické praxe přitom víme, že násilné přinucení k sexuálním stykům se vyskytuje i mezi jedinci stejného pohlaví a že tyto styky mohou u mužských a ženských (zvláště heterosexuálně orientovaných) obětí vést dokonce i k závažnějším psychickým následkům než v případech znásilnění heterosexuálních (Procházka a spol. 1997).

### **1.1.8 Agresivní (útočný) sadismus**

Typické pro sadistického agresora je brutální a samoučelné trýznění podmaněného objektu. Tito devianti dávají svým chováním jednoznačně najevo, že jediným cílem útoku není získat si pohlavní styk. K brutálnímu fyzickému násilí přistupuje komandování a šikanování. Oběť může být strašena a mučena různými způsoby, někdy je usmrcena. Od patologického sexuálního agresora se útočný sadista liší především tím, že objekt samoučelně trýzní a ponižuje. Rekvizity potřebné k napadení a týrání objektu nosí útočný sadista někdy u sebe. Bývají to nože, pistole, pouta, provazy, řetězy a podobně. V kontaktu s obětí někdy útočný sadista nedospěje ani k pocitovému vyvrcholení. Jindy se během dlouhého rituálu ukojí opakovaně a různými způsoby. Často úmyslně oddaluje orgasmus a dává tak najevo, že mu jde především o vzrušení z trýznění oběti. K agresivním sadistům patří většina sériových sexuálních vrahů. Jejich delikty bývají často provedeny stereotypním rukopisem, stejnou technikou. Mállokterý útočný sadista však zahajuje svou delikventní kariéru sexuální vraždou. Většinou se nebezpečnost jejich deliktů stupňuje. Typická progresse jde přes atypické expozice genitálu a méně závažné agresivní činy. Sem řadíme také parafilní agresory, kteří pro dosažení vzrušení potřebují objekt svého zájmu před stykem, během něho či místo styku učinit nehybným. Někteří z nich po činu poškozují genitál oběti, uřezávají části jejich těla (prsna, genitál), později s nimi masturbují či je pojídají („kanibalismus“), nebo s mrtvolou koitují („nekrofilní sadismus“).

### **1.1.9 Sadismus a masochismus**

U sadismu je vzrušení dosahováno dominancí, totální kontrolou objektu. Sadista je vzrušován fyzickým a duševním utrpením oběti a pocitem, že oběť je plně v jeho moci. U masochismu je vzrušení dosahováno totálním odevzdáním se partnerovi, vlastním ponižením či utrpením.

Ve smyslu sexuální deviace se u sadismu i masochismu jedná pouze o ten typ chování, které směřuje jednoznačně k sexuálnímu vzrušení a uspokojení (v obecné řeči se termíny sadistický a masochistický někdy užívají i v nesexuálním významu). Sadismus a masochismus se často vyskytují společně, mluvíme pak o sadomasochismu (v některých případech se může jedinec chovat masochisticky, jindy pak sadisticky, nebo mění roli i během jednoho styku). Všechny tyto aktivity se však často odehrávají pouze v symbolické rovině, ne vždy vždy nutně zahrnuje utrpení druhých nebo samotného nositele variace.

Podle MKN 10 jsou mírné formy sadomasochistických stimulací často užívány na zpestření jinak normálních sexuálních aktivit. V pravém slova smyslu by však měl být tento termín používán pouze tehdy, když sadomasochistické aktivity jsou nejdůležitějším zdrojem sexuální stimulace a /nebo podmínkou sexuálního uspokojení. Někdy je přitom komplikované oddělit sadismus od krutosti v sexuálních situacích nebo od zlosti (anger) nesouvisející s erotikou. Avšak pokud je násilí nevyhnutnou podmínkou erotického vzrušení, diagnóza je dle MKN 10 jasná.

Sadomasochistické (SM) aktivity se u heterosexuálů i homosexuálů nejčastěji vyskytují ve formě tzv. „partnerského sadomasochismu“, kde jsou potřeby partnerů komplementární, odehrávají se za vzájemného souhlasu a bez pocitů studu či viny. U této formy tedy nemusí být naplněna podmínka anonymity objektu, která je obvyklá u ostatních deviací v aktivitě. Fedoroff (2008) pak zdůrazňuje, že pro diagnózu pravého sadismu je esenciální podmínka nesouhlasu oběti, kterou pravý partnerský sadomasochismus nesplňuje. Podobně je tomu s tzv. „fetišistickým sadomasochismem“, kterým se vyznačují aktivity nejruznějších klubů a spolků, zaměřených na pěstování „dominance a submisivity“, nebo svazování („bondingu“). K masochismu někteří řadí také „asfyxiofilii“, tedy repetitivní erotické strangulace.

## **1.2 Deviace v objektu**

Jako deviace v objektu označujeme kvalitativní poruchy sexuální motivace charakterizované neadekvátním zaměřením erotické touhy, tedy tím, na jaký objekt je orientována sexuální apetence. Patří sem především pedofilie, fetišismus a transvestitismus.

### **1.2.1 Pedofilie**

Název pochází z řeckého „paidophilia“ (láska k dětem). Podle MKN 10 a DSM IV. je pedofilie definována jako „rekurentní, intenzivní sexuální fantasie, sexuální puzení a chování, zahrnující sexuální aktivity s prepubertálním dítětem, nebo dětmi. Nejčastější je zde zaměření na děti ve věku 5–12 let. Osoba je nejméně 16 let stará a nejméně o 5 roků starší než dětský objekt nebo objekty. Pedofilové jsou lidé, kteří preferují jak fyzickou nezralost objektu, tedy nepřítomnost sekundárních pohlavních znaků, tak i jeho dětské chování. Rozeznáváme pedofilii heterosexuální, homosexuální a bisexuální. Poslední skupina je pravděpodobně nejmenší, její existence však byla potvrzena i výzkumně (Freund a Langevin, 1976).

Ze všech skupin sexuálních delikventů bývá zjišťován nejvyšší průměrný věk právě u pachatelů trestných činů pohlavního zneužívání – dle Mohra a spol. (1964) jsou pedofilní delikventi nejčastěji středního věku, s vrcholem mezi 35. až 40. rokem. Delikty tohoto druhu však nacházíme i u adolescentů (s vrcholem v pubertě) a seniorů (s vrcholem mezi 55. a 65. rokem věku).

### Hebefilie a efebofilie

U mužů zaměřených na dospívající dívky, pubescentky (tedy na dívky se znaky pohlavního dospívání – s náznakem prsů, pubického ochlupení) mluvíme o hebefilii, u mužů zaměřených eroticky na dospívající hochy (tedy na chlapce s naznačeným pubickým ochlupením, eventuálně už se schopností ejakulace) o efebofilii. Někteří autoři doporučují u těch efebo- a hebefilů, jejichž sexuální motivace je nepochybně parafilní, hovořit to „pedohebefilii“ a „pedoefebofilii“ (Blanchard, R. et al. 2009).

### **1.2.2 Fetišismus**

V případě fetišismu jde o erotické zaměření na neživé předměty nebo na části těla (v těchto případech mluvíme o parcialistickém zaměření, resp. parcialismu), které zastupují normální sexuální objekt. Slovo fetiš pochází z portugalského fetico, kde označovalo umělecký artefakt s erotickým symbolickým obsahem. K označení sexuálně motivovaného chování ho poprvé užíli nezávisle na sobě Kraft-Ebing v roce 1886 a Binet v roce 1887 (Mason, 1997). Fetišistické aktivity jsou založeny na masturbaci s preferovaným předmětem (například masturbace do boty, s plenami, gumou) nebo na zařazení fetiše do partnerských sexuálních aktivit (partnerka oblečená do gumy, do preferovaného prádla, sem patří i výběr partnerky zásadně podle preferovaného fyzického atributu). Kromě masturbace je fetišista často vzrušován čicháním ke svému fetiši, jeho ochutnáváním, dotýkáním se, jeho mačkáním nebo pouhým pohledem (Kafka, 2010).

### **1.2.3 Transvestitismus**

Termín je utvořen z latinských slov trans - přes a vestis – šat. Vzrušení je u této deviace dosahováno převlékáním se do šatů opačného pohlaví a eventuálně i vystupováním v roli opačného pohlaví. Někdy (viz například Brichcín, 1995a) je transvestitismus řazen k deviacím v aktivitě (preferovanou činností je „cross-dressing“, tedy převlékání se do šatů opačného pohlaví). Pocit příslušnosti k vlastnímu pohlaví přitom nebývá podstatně narušen, muž se i přes dámské oblečení a vystupování cítí být i nadále mužem. V tomto se transvestitě zásadně liší od transsexuálů, u nichž nacházíme plné rozpojení biologického a psychologického pohlaví. Transsexuálové se skutečně cítí být vnitřně příslušníky opačného anatomického pohlaví.

### **1.2.4 Jiné deviace v objektu**

Pro některé další deviace v objektu, které by v zásadě mohly být zařazeny i pod souhrnný pojem fetišismu, se pro specifickou nebo nezvyklost objektů – například mrtvého těla, zvířete, moči či výkalů (které přitom lze v této souvislosti jistě považovat i za určitý druh fetiše), vžil samostatný název.

#### Nekrofilie

Při nekrofilii (z řeckého nekros, mrtvý) preference deviantů variuje od prosté touhy být v přítomnosti mrtvého těla a fascinace vším kolem pohřbů a mrtvol až po aktivity zahrnující líbání, objímání, cunnilingus i vaginální či anální soulož s mrtvým tělem. Není proto překvapivé, že nekrofilové si vybírají povolání, která jim umožňují naplňování uvedených potřeb. Někdy jim k uspokojení stačí i simulace atmosféry úmrtí a pohřbu prostitutkou ležící v rakvi a jiné podobné nainscenované aktivity. Právě nekrofilové, kteří jsou pouze společensky obtížní, ale nejsou ve skutečnosti i přes své bizarní potřeby reálnou hrozbou pro své okolí, je však nutné odlišit od už zmiňovaných extrémně nebezpečných nekrofilních sadistů. Ti jsou vzrušováni usmrcováním svých obětí nebo své oběti zabíjejí pro získání možnosti následné manipulace s jejich tělem (zohydření, amputace, masturbace s částmi těla, požívání částí těla).

## Zoofilie

Zoofilie (z řeckého zoon – živočich) je termín, který byl zaveden Kraft-Ebingem (starší názvy jsou zoerastie, bestialita, bestiosexualita, sodomie, bestiofilie). Tato deviace je charakterizována preferencí zvířat jako sexuálních objektů. Aktivita se zvířaty mohou zahrnovat felaci, cunilinctus, anální i vaginální soulož nebo masturbaci objektu. O deviaci přitom mluvíme tehdy, kdy jedinec preferuje sexuální kontakty se zvířecími objekty i v případě, kdy adekvátní lidský sexuální partner je dostupný. I když neexistují data o skutečném výskytu zoofilie v populaci, tato deviace jako porucha preference bude pravděpodobně podstatně vzácnější než pouhé zoofilní chování.

## Pyrofilie

Při pyrofilii (někdy se užívá i názvů pyrolagnie, sexuální pyromanie nebo pyropatie) je sexuální vzrušení vyvoláváno ohněm, přičemž je nezřídka spojená i se zakládáním požárů. Výskyt pyrofilie ve smyslu sexuální deviace je poměrně řídký, zdaleka ne každé založení požáru má motivaci sexuální. Zřejmě častější jsou motivy nesexuální, zejména snaha někoho poškodit, pomstít se mu na skutečné či domnělé křivdy, nebo na sebe založením požáru upozornit. U pyrofilů je často zjišťován i úzký profesionální vztah k ohni, nezřídka pracují jako dobrovolní hasiči či jako hasiči z povolání. Požáry zakládají také sociopati a psychotici. Pyromani však mohou sexuální motivaci simulovat v naději na snížení trestní odpovědnosti (Brichcín 2010, Weiss 2010, Zvěřina 2003).

### **1.3 Kombinované a polymorfní sexuální deviace**

Kromě vyhraněných sexuálních deviací v aktivitě či v objektu se někdy setkáváme i s kombinací několika deviantních preferencí vyskytujících se současně (například pedofilní sadismus, fetišistický sadomasochismus, pedofilní fetišismus apod.). V těchto případech jde o tzv. kombinované sexuální deviace. Pokud u klienta pozorujeme velmi mnohotvárné deviantní aktivity, hovoříme o deviaci polymorfní. Dle Smolíka (1996) je zde nejobvyklejší kombinací fetišismus, transvestitismus a sadomasochismus. Ke kombinovaným parafilním řadíme samozřejmě také pedofilní sadisty či masochisty.

## **2. Diagnostika parafilii**

V zásadě lze rozlišit tři druhy vyšetřovacích metod používaných autory nezávisle na jejich teoretickém přístupu k problematice: metody psychodiagnostické, psychofyziologické a anamnestické.

### **2.1 Psychodiagnostické metody**

Je nutno konstatovat, že zcela spolehlivé psychodiagnostické metody zaměřené speciálně na zjištění přítomnosti sexuální deviace v zásadě neexistují. Psychologické vyšetření sexuálních delikventů se zaměřuje na zjištění jejich odlišností v jiných oblastech, a to na základě srovnávání s populační normou. Tradičně se vyšetřují anomálie osobnostní, motivační či charakterové. U parafilních jedinců se přitom zjišťují spíše důsledky než specifické projevy odlišného psychosexuálního vývoje. Sexuální deviace je jistě natolik závažným celoživotním problémem, že často v podstatné míře ovlivňuje vývoj osobnosti postiženého a jeho vztahy k okolí. Může způsobovat sekundárně závažné adaptační problémy, které v psychopatologickém obraze devianta nejednou dominují. Určení diagnózy sexuální deviace nebo dokonce i její specifikace 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 možnostem resocializace deviantních klientů než k určení jejich sexuální anomálie.

Základním problémem užití klasických projektivních, výkonových či dotazníkových psychologických testů pro diagnostiku sexuální deviace je skutečnost, že zjištěné znaky, v nichž se eventuálně parafilici liší (většinou pouze ve smyslu statistickém) od "normy", nejsou specifické. I když byly učiněny určité pokusy vytvořit a standardizovat na deviantní populaci specifické psychodiagnostické metody, nikdy se nedočkali širšího uplatnění. Nejznámějším pokusem tohoto druhu je tzv. Toobertova škála pedofilie (Pe) detekující "pedofilní tendence" spojené s rigidním a silným superegem, kterou autoři zkonstruovali na základě rozboru odpovědí pedofilů v MMPI (Toobert a spol., 1958). Zajímavé diagnostické dotazníky pro různé parafilní preference vypracoval také Kurt Freund (Blachard, R. 2009).

## 2.2 Psychofyzilogické vyšetřovací metody

Nejvýznamnějším představitelem psychofyzilogických diagnostických metod úspěšně aplikovatelných v sexuologické diagnostice je falometrie (falopletysmografie, PPG). Tato technika je ve společném instrumentáriu psychologů i lékařů. Spočívá v přístrojové registraci objemových změn penisu jako reakce při prezentaci vizuálních, audiovizuálních, nebo auditivních sexuálních podnětů různého charakteru (mužů, žen, dětí, erotických, anebo agresivních scén atd.). Srovnání penilních reakcí klienta na deviantní i nedevariantní stimuly pak poskytuje údaje o jeho sexuálních preferencích i eventuálních zábranách. Ke snímání vazomotorických změn penisu se užívá několika možných metod: přímá hydropneumatická detekce objemu penisu, detekce elektrokapacitní, nebo detekce odporová („strain gauge“ a podobně).

Při správných postupech jsou informace získané falometricky velmi věrohodné – dle Pitherse a Lawse (1986) dosahují výsledky testů spolehlivosti (reliability) této metody až hodnoty 0,94 a míra diagnostické přesnosti je odhadována na více než 90 %. Korelace mezi výsledky falometrického vyšetření a subjektivním odhadem sexuálního vzrušení je rovněž velmi vysoká – podle různých studií se pohybuje od 0,55 do 0,74 (Schiavi a Schreiner-Engel, 1980).

Relativně jednodušší je situace při falometrickém vyšetřování s použitím vizuálních podnětů u menšinových preferencí v objektu, například u zmiňovaných pedofilů.

Otázkou je, jaké použít stimuly u deviací v aktivitě. Byly učiněny pokusy aplikovat při vyšetřování exhibicionistů obrázky určitých situací typických pro tento druh deviantního chování – například obrázek ženy jdoucí po opuštěné ulici (Freund a Watson, 1991), nicméně u těchto poruch jsou výsledky vyšetření přesvědčivější při auditivní stimulaci (při slovním popisu podobných situací).

Schopnost falometrie rozlišit dle genitální odpovědi devianty různých kategorií (pedofilů od sexuálních agresorů apod.) nebo rozlišit devianty od kontrolní skupiny normálních mužů, tedy její diskriminační validita, je – jak plyne z uvedených výzkumů – poměrně uspokojivá. Od počátku laboratorního výzkumu je však předmětem diskusí její validita prediktivní, tedy její schopnost předvídat na základě laboratorních vyšetření budoucí reálné sexuální chování probanda (Freund a spol., 1979). Je zřejmé, že výrok o sexuální preferenci sám o sobě nemůže předvídat praktické sexuální chování konkrétního jedince. To je vždy závislé na mnoha dalších faktorech osobnostních i situačních. Diskriminační i prediktivní validita falometrie tak mají samozřejmě určitá omezení. Částečně jsou ovlivnitelné obranami probandů, jejich vědomou snahou o ovlivnění reakcí, tedy simulací nebo disimulací, a to zvláště u osob poučených a schopných ovládat své fantazijní představy. Tato snaha se pak může často projevit buď jako nereagování na jakékoliv podněty (tedy plně nehodnotitelný plochý záznam), jako reakce na podněty neutrální, nebo jako reakce na podněty nepreferované (Quinsey a spol., 1998). Výskyt tzv. falešně negativních výsledků odhaduje Maletzky (1991) až na 33 %. Obsáhlý rozbor



možností a limitů PPG vyšetření u sexuálních delikventů podává W. L. Marshall (2006). Specificky sexuálním agresorům a PPG vyšetření se věnují mimo jiné též Clegg a Fremouw (2009). Zatímco průkaz pedofilní preference PPG testem se dá považovat za relativně spolehlivý, výsledky u sexuálních agresorů jsou velice nejednotné.

Falopletysmografii je nutno považovat pouze za pomocné vyšetření, které má diagnostickou hodnotu především v rámci komplexního posouzení osobnosti klienta a jeho chování. Přitom test PPG samozřejmě nelze u sexuálních delikventů použít jako důkaz pro to, že uvedený delikt skutečně spáchali. Podle standardů pro použití této metody vydaných americkou Asociací pro léčbu sexuálních delikventů (ATSA - Association for the Treatment of Sexual Abusers, 1993) je použití falopletysmografu k prokázání viny neetické. Prokázání viny či nevinu je úkolem orgánů, činných v trestním řízení.

Kromě falometrie se v některých případech může při vyšetřování sexuálních delikventů použít i polygraf (tzv. "detektor lži"). Tato metoda, u nás používaná jen vzácně, je většinou aplikovaná v situacích trestního stíhání, a je zaměřená spíše na zjištění validity výpovědi obviněného v případech konkrétních trestných činů. Probandovi je zde kladeno množství otázek, například zda se dopustil uvedeného deliktu, nebo otázek týkajících se jeho deviantní anamnézy, přičemž je registrován jeho pulz, krevní tlak, EKG a kožně galvanická reakce. Tyto měřitelné reakce autonomního nervového systému jsou spojené s úzkostí při lhaní. Výskyt falešně pozitivních odpovědí je při tomto vyšetření asi 20%, falešně negativních asi 10%. (Gordon a Grubin, 2004). Použitelnost polygrafu při vyšetřování sexuálních delikventů některé výzkumy skutečně potvrzují (Gannon, T. A. et al. 2008).

### 2.2.3 Osobní anamnéza

Rozbor anamnestických údajů, zaměřených na sexuální život vyšetřovaného, je klíčovou vyšetřovací metodou u sexuálních delikventů. Zaměřený rozhovor s pacientem a analýza objektivních dat, zůstávají nejspolehlivější metodou pro určení možného odchýlného vývoje sexuální motivace. Zvláštnosti psychosexuálního vývoje deviantů totiž mohou informovaného diagnostika i při tradičním psychologickém vyšetření vést ke specifikaci kvalitativní odchylky sexuální motivace. Sexuálně deviantní vývoj charakterizuje několik základních znaků, a to tak, jak byly částečně popsány v kapitole o psychosexuálním vývoji parafiliků a ilustrovány v jednotlivých kazuistikách (Weiss a Brichcín, 1992):

- Atypické zaměření a atypické chování v dětství. Setkáváme se s nimi především u jedinců s plně nebo částečně narušenou sexuální identifikací (transsexuálů, transvestitů dvojí role, transvestitických fetišistů). Nejčastějšími znaky jsou zde záliby v hrách a v hračkách příslušejících opačnému pohlaví, později i případné převlékání se do prádla a šatů opačného pohlaví. Avšak i u parafiliků s deviací v aktivitě lze někdy rozeznat některé výstražné signály, například u sadistů se v dětství často setkáváme s týráním zvířat, u pyrofilů se zakládáním ohňů, u sexuálních agresorů se zvýšenou obecnou agresivitou.
- Odlišná náplň masturbačních fantazií a polučních snů. Už v pubertě se u mnoha parafiliků projeví odlišná preference v obsahu masturbačních představ a erotických snů odpovídající deviantnímu zaměření. U některých pocity viny za tuto odlišnost mohou vést k potlačování sexuality. Častý je však i opačný extrém – celoživotně zvýšená frekvence masturbace, která umožňuje alespoň fantazijní uspokojení deviantních potřeb. U nedelikventních parafiliků může být masturbace i celoživotně jediným zdrojem sexuální realizace. Pro některé jedince jsou přitom parafilní fantazie nebo podněty nevyhnutelné pro vyvolání sexuálního vzrušení a jsou vždy součástí jejich sexuální aktivity, u jiných se však parafilní preference objevují jen epizodicky (například v obdobích

zvýšeného stresu), zatímco jindy je jedinec schopný fungovat sexuálně bez deviantních stimulů či fantazií.

- Výskyt funkčních sexuálních poruch (sexuálních dysfunkcí) při zahájení heterosexuálních koitálních aktivit (především erektilní selhávání při prvních souložích) nebo nápadně opožděný (nejčastěji u deviací v objektu), výjimečně i předčasný (spíše u deviací v aktivitě) začátek sexuálních styků. I v pozdějších sexuálních aktivitách se pak tyto dysfunkce při partnerském sexu mohou vyskytovat alespoň epizodicky, například v obdobích zvýšené frekvence deviantních aktivit. U některých deviantů však může být partnerský sex dysfunkční i celoživotně. Kromě erektilních problémů mají dysfunkce parafiliků často podobu neschopnosti dosáhnout orgasmu s partnerkou (anorgasmie, anejakulace, retardovaná ejakulace) nebo ztráty zájmu o partnerské styky, které se navenek mohou jevit jako porucha apetence.
- Nápadný časový odstup mezi první heterosexuální koitální zkušeností a dalšími koitálními aktivitami. Zatímco u nedevariantních mužů je zjevná tendence opakovat styk co nejdříve, u parafiliků může tento odstup trvat i roky.
- Slabá motivace k obvyklým sexuálním aktivitám. Projevuje se nezřídka nízkou frekvencí koitů nebo vyhýbáním se partnerským erotickým situacím. Parafilní jedinci často racionalizují tento nedostatek motivace "zábrany", "studem" apod. Častá je i preference nekoitálních aktivit před souložím nebo preference netypických sexuálních praktik i v rámci partnerských sexuálních aktivit (například análního koitu nebo koitu a tergo u sadistů).
- Nedostatek sexuální empatie. Parafilici jsou často neschopni adekvátně dekodovat erotické signály ze strany žen, nezřídka je interpretují mylně. Projevují někdy nápadnou neobratnost při dvoření (tedy ve fázi pretaktilních či pregenitálních interakcí) i nedostatek schopnosti porozumět sexuálním potřebám partnerky. Někdy tato neschopnost může imponovat jako pacientův egoismus či bezohlednost, nicméně její příčinou je právě sexuální anomálie.
- Parcialistické zaměření. Na rozdíl od nedevariantních mužů, u nichž jsou při dotazu na preferenci částí ženského těla nejčastěji uváděny klín a prsa, u sadistů či sexuálních agresorů to jsou často hýždě a stehna, u pedofilů obličej apod.
- Absence hlubších citových vztahů anebo selhávání v partnerských vztazích. U parafiliků často chybí první platonické zamilování, později i prožitek "velké lásky". Někdy je přítomna výrazná neschopnost dlouhodobě udržet osobně významný partnerský vztah.

Při anamnestické exploraci jsme přitom vyvinuli několikastupňový model určení sexuální preference na základě indikátorů se stoupající mírou diagnostické spolehlivosti a významnosti:

- Jako nejméně spolehlivá se jeví diagnóza na základě pozorovatelného chování. Je známo, že většina deviantů má alespoň v určitých obdobích života i normální sexuální styky s normálními objekty, mnozí z nich přitom navíc nikdy své deviantní preference v praxi nerealizují. Tato rovina nám tedy poskytuje nejméně informací o skutečné sexuální preferenci exploraanda.
- Informace z druhé úrovně, tedy údaje o obsahu masturbačních fantazií klienta, jsou z diagnostického hlediska spolehlivější, nicméně k určení anomálie stačit nemusí. Víme totiž, že deviantní masturbační fantazie mohou být úmyslně (ale i nevědomě, v případě úplného vytěsnění deviace) pacientem pro subjektivní nepříjemnost manipulovány a potlačovány, eventuálně nahrazovány fantaziemi sice nepreferovanými, ale společensky přijatelnějšími.

- Podstatně spolehlivější, protože méně ovlivnitelná vědomou kontrolou, je pak rovina třetí, rovina obsahu erotických (orgastických či polučních) snů. Spolehlivost tohoto indikátoru je vysoká, jen částečně snižována možností snové cenzury a zjištěním, že i u sexuálně většinových jedinců se během života může ojediněle vyskytnout několik erotických snů s homosexuálním, incestním či deviantním obsahem.
- Za nejspolehlivější pro stanovení diagnózy pak lze, alespoň v případě určení homo- či heterosexuální orientace (ale snad i u deviací, například u pedofilie), považovat údaje o preferenci citové, tedy informaci o tom, do koho se klient během svého života zamilovává. Schopnost zamilování jistě není vůlí skutečně ovlivnitelná a i v případě, kdy homoeroticky orientovaný jedinec uvede, že byl někdy zamilován do osoby opačného pohlaví, je velmi dobře schopen diferencovat kvalitu tohoto zamilování od kvality a intenzity citového vztahu k objektům pohlaví stejného.

Kognitivní charakteristiky mohou hrát základní roli při určení míry kognitivní distorze pacienta a při charakteristice jeho psychických obranných mechanismů, postojů vůči ženám či k dětem a postojů k deliktu či k protispoločenskému jednání obecně.

Zatím neexistuje žádný důkaz, že by existovala nějaká specifická osobnostní struktura, specifické osobnostní rysy či specifický osobnostní profil, které by byly charakteristické pro sexuální devianty obecně nebo speciálně vzhledem ke konkrétní deviaci či vzhledem k deliktu určitého druhu. Nicméně určení osobnostních charakteristik, a to především možných poruch osobnosti, může být nejednou rozhodující při rozhodování o druhu nejvhodnější terapie nebo pro predikci dalšího vývoje pacienta z hlediska možné budoucí recidivy a možností jeho resocializace – antisociální osobnostní poruchu, která jistě podstatně zvyšuje pravděpodobnost budoucí kriminální recidivy a budoucí sociální konfliktnosti pacienta obecně, lze diagnostikovat podle Langevina a Curnoeové (2000) až u 20 % až 40 % pachatelů sexuálních trestných činů.

Abusus alkoholu a nelegálních drog (eventuálně i diagnostikovaná závislost na těchto látkách) může být rovněž důležitým faktorem při kriminogenezi sexuálního deliktu. Zjištění abusu a jeho následná léčba jsou někdy i přímo rozhodujícím faktorem v prevenci recidivy deviantního chování, protože i když (zvláště u deviantních pachatelů) intoxikace alkoholem či drogami nehraje jistě žádnou příčinnou roli v rámci dynamiky sexuálního trestného činu, vede často k desinhibici přítomných deviantních potřeb. Velká část sexuálních deliktů (zvláště agresivní povahy) je páchána pod vlivem alkoholu, podle Langevina a spol. (1990) až polovina. Protialkoholní či protitoxikomanická léčba může přitom probíhat paralelně s léčbou sexuologickou.

Ze subjektivních faktorů predikujících další prognózu pacienta z hlediska recidivy sexuálně deviantního kriminálního chování je v rámci diagnostického procesu pravděpodobně nejdůležitější určit jeho schopnosti identifikovat rizikové situace a jeho schopnosti adekvátně se s těmito situacemi vyrovnávat. Podle Halla (1989) existují čtyři faktory, které mohou pomoci pacientovi určit pravděpodobnost recidivy: a) frekvence výskytu rizikových situací a rizikového chování, b) síla "pokušení", které v něm tyto situace vyvolávají, c) jistota či důvěra pacienta, že je schopen těmito pokušením odolat a nakonec d) kvalita jeho schopností tyto rizikové situace zvládnout. Podle výzkumů přitom existují i objektivní kritéria pro predikci pravděpodobnosti recidivy. Tyto faktory, částečně určitelné už v rámci vstupního vyšetření (a tedy umožňující do jisté míry i zvážení rizikosti pacienta a individualizaci léčby), uvádíme podrobně v kapitole o predikčních kriteriích recidivy po absolvování terapie.

### 3. Sexuální deviace a sexuální delikvence

Podle Zvěřiny (1995) se jako sexuální delikt tradičně chápe trestný čin, který nějak souvisí s pohlavním vzrušením pachatele nebo objektu. Některé sexuální delikty jsou však často stíhány i dle "nesexuálních" paragrafů, takže sexuální agrese může být kvalifikována jako omezování osobní svobody, vydírání, ublížení na zdraví nebo vražda, fetišistický delikt jako krádež, exhibice jako výtržnictví. Zvláště pro forenzní sexuologickou praxi je přitom významné zjištění, že sexuální deviace a sexuálně delikventní chování nemusejí spolu nijak souviset. Nejčastější sexuálně motivovaný delikt – znásilnění – páchají většinou muži bez přítomnosti sexuální deviace. Také velkou část (pravděpodobně většinu) sexuálních deliktů typu pohlavního zneužití páchají lidé nedevariantní. Zastoupení deviantních jedinců mezi pachateli sexuálních deliktů se přitom dle různých autorů výrazně liší – od několika málo procent až k číslům, které svědčí o tendenci vidět defektní psychosexuální vývoj téměř u všech pachatelů. Sexuálně deviantně se mohou chovat v určitých situacích asi i lidé sexuálně normální a naopak. Podle Weisse a Zimanové (1995a) jsou pro neparafilní jedince typické především problémy v oblasti osobnostních rysů a vývojových faktorů podmiňujících jejich celkovou sociální maladaptaci (dysfunkčnost nukleární rodiny, obecná kriminalita, partnerská a profesionální maladaptace, defektuozita v interpersonálních vztazích). U parafilních delikventů je defekt většinou omezen na oblast sexuální motivace a sexuální socializace (za charakteristický lze pro ně považovat narušený psychosexuální vývoj, s nímž souvisí inhibice v oblasti heterosexuálních vztahů a pozdější získávání koitálních zkušeností, časný nástup deviantních aktivit, sexuálně motivovaná kriminální recidiva), přičemž jejich osobnostní vývoj většinou nevykazuje závažnějších poruch. Ve srovnání s neparafilními delikventy je lepší i jejich profesionální, partnerská a sociální adaptace.

Podle Brzka (1997) bývá nejčastější diagnózou při posuzování nedevariantního jedince, který se dopustil deviantního činu, tzv. psychosexuální infantilismus (psychosexuální nevyzrállost). Je to stav normálně se vyskytující během vyžívání sexuální sféry, kdy vznikají disproporce, které mohou vést ke vzniku deviantního chování. Podle Kolářského a Brichcína (1999b) psychosexuálně infantilní muž nediferencuje dostatečně sexuální objekty podle věku a pohlaví. Nereaguje na gender signals (signály pohlavní příslušnosti) dospělé ženy.

#### **4. Hodnocení rizikivosti parafilních delikventů**

Podle Zvěřiny (2003) je možné riziko recidivy sexuálních delikventů hodnotit podle přítomnosti těchto kritérií:

- Přítomnost sexuální deviace
- Věk do 35 roků (pedofilní deviant je ovšem nebezpečný doživotně)
- Chybějící nebo špatně fungující partnerský vztah
- Již jeden nebo i více sexuálních deliktů v anamnéze
- Mentální defekt
- Psychopatická struktura osobnosti
- Závislost na alkoholu, abusus.

Pakliže klient vykazuje dvě a více zmíněných vlastností, je riziko recidivy vysoké.

Maletzky a spol. (2006) v této souvislosti navrhli škálu pro hodnocení sexuálních delikventů z hlediska potřeby hormonální terapie. Tato škála je sestavena z 13 položek hodnocených dle závažnosti skóry +

až 2, přičemž výsledný skór 7 a více může být indikací k hormonální supresi (autoři ovšem současně zdůrazňují, že hlavním kritériem pro tento druh léčby je klinické posouzení):

Položka	skór
Více než jedna oběť.....	1
Více než jedna parafilie.....	1
Preference deviantního chování.....	1
Deviantní sexuální zájem (dle PPG).....	2
Nežije s obětí.....	1
Použití síly při sexuálním deliktu.....	1
Oběť mužského pohlaví.....	2
Věk pod 30 při propuštění (z výkonu trestu).....	1
Mozková dysfunkce.....	2
Předchozí psychiatrická anamnéza.....	1
Sexuální delikt při ambulantní léčbě.....	1
Sexuální delikt při hospitalizaci.....	1
Selhání předchozí terapie.....	2

Vlastní škálu rizikovosti sexuálních delikventů prezentují také němečtí autoři M.Rettenberg a R.Eher (2006). Za rizikový se v této škále hodnotí věk pachatele do 25 let. Rovněž neschopnost navazování delších párových vztahů. Sofistikovaný přístup k hodnocení rizika recidivy sexuálních delikventů podává rovněž Don Grubin (2007). Přehled současných názorů na hodnocení rizika recidivy, kterým se řídí britské forenzní instituce podává Craig se spolupracovníky (2008).

## 5. Terapie parafilních sexuálních delikventů

### 5.1 Cíle terapie

Terapeutické aktivity v rámci specializované léčby sexuálních delikventů jsou zaměřeny jednak na pomoc pacientovi při řešení problémů, které mu jeho nekonformní sexuální chování či cítění přináší (tedy léčbu specifických následků distresu spojeného s deviací), jednak na jeho resocializaci a readjustaci (to zvláště v případě pachatelů sexuálních deliktů).

Léčení sexuálních delikventů je jen velmi vzácně zahajováno na jejich vlastní žádost. Nejčastěji jde o nucenou ochrannou léčbu nařízenou soudem jako nápravné opatření při odsouzení pro sexuální delikt. Naše koncepce léčení sexuálních delikventů vychází z klasické představy "adaptační léčby" (Karel Nedoma, 1963). Hlavním cílem terapeutického procesu je dosažení „sexuální adaptace“, tedy stavu, který subjektu nepřináší psychické, sociální, ani sexuální problémy. Je třeba, aby pacient nejprve získal co nejlepší náhled své parafilní sexuální motivace. Dále je třeba zvážit, jakým způsobem se dokáže adaptovat tak, aby jeho sexuální chování nevedlo k porušování sociálních norem. Nejběžnějším a také nejspolehlivějším způsobem sexuální adaptace je navázání a konzumace hodnotného partnerského vztahu. Pokud jsou nedostatky v této oblasti větší, pak zůstává hodnotný partnerský vztah jen nedostížitelným cílem či ideálem. Jedinec je schopen jen příležitostných partnerských styků, nebo k nim nemá ani ty základní předpoklady. Pak je možné, aby k sexuální

adaptaci sloužila autoerotika. K ní by měl být pacient systematicky veden. Masturbace je vůbec významný adaptační fenomén.

Z uvedeného plyne, že základní význam náleží v našem léčebném schématu psychoterapii. Adaptační léčba parafilních sexuálních delikventů je chápána jako syntéza psychoterapie, socioterapie a případně též biologických léčebných metod (Brichcín 2010, Weiss, P. 1993, 2002, 2010, Zimanová a spol. 1986, 1994).

Léčebné programy obvykle zahrnují celou škálu psychoterapeutických, farmakoterapeutických a sociálních opatření, umožňujících jeho návrat do společnosti (Zimanová a spol., 1986a). Jednotlivé cíle léčby lze spatřovat v úpravě chování pacientů, v poskytování informací (racionální psychoterapii), v dosažení náhledu, posílení vědomé kontroly chování, ve změně postojů pacientů, v dosažení jejich sexuální adaptace a nakonec v jejich celkové sociální reintegraci (Weiss, 1994). V našich podmínkách se tyto léčebné cíle realizují v rámci ústavní terapie v psychiatrických zařízeních nebo v ambulantní formě v ambulancích sexuologických či psychiatrických, v zahraničí především ve vězenských nemocnicích či na forezních odděleních psychiatrických léčeben (ústavní léčba), nebo ambulantně v rámci státních či komunitních programů. Z novějších prací na téma terapie parafilii je třeba zmínit práci mezinárodního týmu. Monografii editovali Laws a O'Donohue (2008) a rovněž konstatují nutnost a prospěšnost kombinace psychoterapeutického působení s biologickými léčebnými metodami.

### Úprava chování

Nezbytnou podmínkou úspěšné terapie je základní adaptace sociálního chování pacientů v nejširším slova smyslu. V rámci tohoto procesu je zvláště v rámci ústavní léčby (která je nařizována spíše těm nebezpečnějším pachatelům, a to po výkonu trestu) častou komplikací jejich sociální maladaptace, nedostatečná interiorizace společenských norem chování a nezřídka i dysfunkční behaviorální standardy přenášené z vězeňské subkultury do psychiatrického zařízení (například tendence k hierarchizaci na základě fyzické síly). Mnozí z nich byli za svého života vystaveni různým formám agrese (včetně relativně častého sexuálního zneužívání v dětství) a nejednou už od mládí jeví tendenci i k jiným druhům antisociálního chování. Jejich interpersonální vztahy bývají povrchní nebo velmi omezené. Nejčastější vedlejší diagnózou u pachatelů sexuálních deliktů (a zvláště u těch nedevariantních) bývá porucha osobnosti s rysy nezdrženlivosti, disociality či agresivity. Situaci nezřídka komplikuje i jejich abusus alkoholu či nealkoholových drog. Pro základní adaptaci chování se jeví jako nejúčinnější komunitní systém oddělení, založený na důsledném režimovém působení na pacienta, spojený s pevným denním řádem a s přehledným behaviorálním systémem odměn a trestů.

### Informace

Získání adekvátních informací o normální i deviantní sexualitě umožňuje pacientům především lépe poznat příznaky vlastního abnormního psychosexuálního vývoje, poskytuje jim možnost zařazení jejich vlastního parafilního chování do širšího teoretického rámce a usnadňuje jim verbalizovat problémy v této oblasti. Rovněž informace o možnostech a cílech léčby jim lépe umožňují identifikovat se s terapeutickými metodami a cíli na základě informovaného souhlasu.

### Náhled

Během života si pacienti obvykle vytvoří celý systém obran, týkající se jejich deviantního sexuálního chování. Mají tendenci vinit ostatní ze svých problémů a většinou nepřijímají zodpovědnost za své chování. Překonání těchto obranných mechanismů, tedy vytvoření kritického náhledu na vlastní parafilní motivaci a deviantní chování, se jeví jako nutný předpoklad úspěšné psychoterapie. Jednosměrný způsob myšlení deviantního pacienta, snížená kritičnost a nezdůvodněné sebevědomí

při vyhlásování soudů o svých vlastních motivech jsou dle Weisse a Brichcína (1991) poměrně symptomatickými pro vystupování deviantních pacientů zařazených do skupinové psychoterapie, a to i pro osoby intelektově nadprůměrné. Úkolem psychoterapie by pak mělo být rozbití těch obran pacienta, které se projeví jako nefunkční, které brání jeho osobnostnímu rozvoji a narušují jeho interpersonální vztahy, ale současně i podpora těch, které mu pomáhají překonávat úzkost, strach a frustraci. U parafilních pacientů se nejčastěji setkáváme se třemi kategoriemi obranných mechanismů: únik, agrese a kompromis.

Z agresivních obranných reakcí nacházíme u deviantních pacientů především projekci a popření. Mnozí z nich vysvětlují své deviantní aktivity svedením ze strany oběti (v případě pedofilních i agresivních deliktů) nebo odmítnou deviantní charakter svého sexuálně agresivního chování například poukazem na to, že jistá míra agresivity je vlastní i normálnímu mužskému sexuálnímu chování (tzv. rape myths).

Typickým příkladem obranných reakcí kompromisního charakteru jsou u sexuálních deviantů racionalizace a intelektualizace. Jednou z nejdůležitějších složek vytvářeného náhledu je pak výcvik empatické schopnosti, schopnosti vcítit se do pocitů oběti pacientova trestného činu. Podle Trojana a spol. (1990) jde v této souvislosti o podporu schopnosti rozpoznávat a hodnotit u druhých emoce a jejich vyjadřování, neboť absence této schopnosti, tedy alexithymie, je u sexuálních deviantů častá.

#### Posílení vědomé kontroly

Jelikož dosud není přesně známá etiopatogeneze parafilii (tedy není známa ani jejich kauzální léčba), je zřejmé, že posílení vědomé kontroly chování je nezbytným předpokladem pacientovy resocializace. Je důležité, aby byl schopen rozeznat okolnosti, které vedly k manifestaci jeho deviantních potřeb, a byl schopen se v budoucnu rizikovým situacím vědomě vyhýbat. Je veden k převzetí odpovědnosti za své chování, a to ne pouze v oblasti sexuální. Celkově je přitom léčba zaměřena ne pouze na potlačení nežádoucích tendencí pacienta, ale i na podporu jeho pozitivních a žádoucích charakteristik.

#### Změna postojů

Kromě obranných mechanismů znesnadňuje psychotherapeutický proces i obvykle zcela nedostatečná motivace deviantů k léčbě. Ve vztahu k sexuálně deviantnímu chování pak navíc mívají tendenci identifikovat se s negativními postoji veřejnosti, což jim dále znesnadňuje akceptaci své vlastní parafilie. Změna těchto postojů, vyvoření nových a smysluplných životních cílů a programů proto může i podstatnou měrou přispět k překonání jejich frustrace a ztráty naděje. Specifickým problémem jsou u deviantů ty postoje, které více či méně souvisí s jejich bazální sexuální poruchou. Jejich postoje k ženám či dětem, a to podle charakteru jejich deviace, jsou často parafilii podmíněné a deformované.

#### Sexuální adaptace

Pokud připouštíme, že parafilní sexualita je primární příčinou pacientova sexuálně delikventního chování, nalezení alternativních způsobů sociálně akceptovatelného sexuálního uspokojení se jeví jako podstatný faktor jeho úspěšné adaptace. Spektrum možných způsobů alternativní realizace sexuálních potřeb přitom zahrnuje dle Zimanové a Hubálka (1983) tyto alternativní sexuální adaptační cíle léčby: a) adaptaci na heterosexuální koitální aktivitu s dospělou ženou, b) adaptaci na heterosexuální nekoitální aktivitu s dospělou ženou, c) adaptaci na autoerotickou masturbační aktivitu, d) adaptaci na deviantní, ale sociálně akceptovatelné formy sexuálního chování, anebo e) dočasné (farmakologické) nebo trvalé (chirurgické) tlumení sexuální potřeby.

#### Sociální reintegrace

Pacientovo deviantní chování a následné uvěznění vedou často k jeho stigmatizaci a sociální ostrakizaci. Marginální sociální pozice pak má nezřídka za následek ztrátu rodiny, zaměstnání, ubytování, resp. u jedinců mladších ztěžuje vytvoření tohoto zázemí. Nedostatek smysluplného zaměstnání, život v kriminální subkultuře, častý abusus alkoholu apod. pak mohou vést k selhání mechanismů vědomé kontroly a k nové manifestaci deviantního chování. Znovuobnovení rodinných vazeb, stabilní zaměstnání a trvalý partnerský vztah proto mohou i podstatně přispět k úspěchu terapie. Nedílnou součástí léčby je proto i soubor sociálních opatření, zaměřených především na posílení rodinného, partnerského a profesionálního zázemí pacientů.

### Specializace léčby

Náš model ochranné léčby je charakterizován tím, že terapie je vykonávána na samostatných sexuologických pracovištích ústavních i ambulantních. Samostatná sexuologická oddělení vznikala při větších psychiatrických léčebnách od sedmdesátých let. Jejich hlavním posláním je výkon ochranné ústavní léčby sexuálních delikventů a deviantů. Specializace léčby parafilních sexuálních delikventů není přítom ve světě samozřejmostí. Jak bylo naznačeno, ve většině zemí jsou tyto muži umisťováni do vězeňských psychiatrických nemocnic. Jsou zde pak léčeni spolu s běžnými psychiatrickými pacienty, zejména pak s alkoholiky, s drogově závislými a s asociálními psychopaty. Takové složení pacientů sotva umožňuje specializovanou terapii, zaměřenou na pacientovy nedostatky v sexuální motivaci.

Z hlediska účinnosti léčby považujeme existenci specializovaných sexuologických pracovišť ústavních i ambulantních za základní předpoklad úspěšné terapie. Vytvoření specializovaného terapeutického týmu lékařů, psychologů, sociálních pracovníků a sester je jednou z velkých předností samostatného oddělení.

## **5.2 Psychoterapie**

Psychoterapeutické působení v nejširším slova smyslu může představovat celé spektrum možných aktivit socioterapeutického charakteru, poradenství, individuální i skupinovou psychoterapii, sexuální nácvik, práci s rodinou atd. Specializovanou psychoterapii lze v léčbě sexuálních delikventů aplikovat v individuální i ve skupinové formě. Jako pomocné psychoterapeutické techniky je možné využít různé postupy. Například behaviorální (režimová léčba), racionální (především odborné přednášky a individuální studium), muzikoterapii a biblioterapii. Doporučují se také tělovýchovné a ergoterapeutické aktivity, trénink asertivity a kulturní programy.

### **5.2.1 Individuální a skupinová psychoterapie**

Z hlediska techniky postupu se zde setkáme s metodami celého spektra psychoterapeutických škol dle teoretického zázemí terapeuta, od psychoanalytických až k antropologickým a kognitivně behaviorálním směrům. Většina těchto přístupů přitom vychází z předpokladu, že sexuálně odlišné chování je výsledkem těžkých poruch v osobnostním vývoji pacienta a za stejně důležité jako vlastní deviaci považuje i její sekundární projevy v emocionální a sociální sféře. Skupinová psychoterapie se v případě sexuálních delikventů nezřídka považuje za rozhodující terapeutickou aktivitu (Schonage a Schazmann, 1983). Cílem je zde dosáhnout změn, které by byly založené na dosažení náhledu a na získaném sebepoznání. Podle Zímanové a spol. (1986) by měly být skupiny dle možností vedeny mužským i ženským terapeutem. Tento model slouží především k tomu, aby pacienti měli možnost identifikace s mužskou rolí a současně i možnost korekce svého vztahu a chování k opačnému pohlaví, dále k přehodnocení a změně postojů vůči ženám a k interiorizaci koncepce sexuality jako součástí emocionálně podmíněného svazku dvou rovnoprávných zralých jedinců. Toto rozdělení rolí se podle autorů jeví jako důležité pro korekci rodičovského modelu deviantních pacientů, který je často



výrazně narušen negativními zkušenostmi z dětství (alkoholismus a agresivita otce, odmítající či hyperprotektivní matka apod.).

### **5.2.2 Metody psychoterapie**

V psychoterapii parafilních sexuálních delikventů se u nás i ve světě aplikuje většina existujících terapeutických metod. Používání konkrétních přístupů se řídí v zásadě dvěma hledisky. Za základní (a současně ve světě i u nás nejčastěji v léčbě sexuálních delikventů užívané) terapeutické postupy považujeme metody behaviorální, kognitivně behaviorální a dynamické, zvláště psychoanalyticky orientované.

#### **5.2.2.1 Behaviorální metody**

Podle Reeveho (1978) základem behaviorálního přístupu je předpoklad, že i sexuálně deviantní chování je naučený fenomén, který představuje habituální reakci na stres. Behaviorální léčebné metody se proto zaměřují na změnu vzorců sexuálního chování. I když dle některých odborníků jsou schopny dokonce vést k reorientaci devianta na sexuální preferenci normálních sexuálních objektů a aktivit, většinou je tento jejich účinek zpochybňován. Podle Barbareeho a Seta (1997) sice existuje mnoho důkazů o možnosti pozitivní změny sexuálního chování či sexuálního vzrušení, neexistuje však žádný důvod k domněnce, že je možná změna vlastní sexuální preference aplikováním behaviorálních psychotherapeutických metod. J.Procházka (1991) publikoval u nás zkušenosti s behaviorálně orientovanou terapií u parafilních sexuálních delikventů. Výsledky nebyly tak slibné, aby našly následovníky.

#### **5.2.2.2 Kognitivní a kognitivně behaviorální postupy**

Kognitivní psychoterapie vychází z předpokladu primárního významu vnitřních poznávacích procesů (především myšlení) pro chování jedince. Psychotherapeutické metody založené na kognitivní teorii kladou důraz především na vědomou činnost a zaměřují se na využívání racionální logické argumentace. Podle Marshalla a Barbareeho (1990b) je cílem kognitivně behaviorálních terapeutických programů:

- Vybavit pacienty dovednostmi, které jim umožní adekvátně se chovat nebo se vyhnout situacím, v nichž hrozí zvýšené riziko recidivy delikventního chování
- Změnit jejich postoje prosociálním směrem
- Upozornit pacienty na negativní důsledky jejich činů, a to jak vzhledem k nim samotným, tak i vzhledem k jejich okolí
- Překonat jejich distorze v pohledu na vlastní deviantní chování
- Naučit je uspokojovat své potřeby akceptovatelnějším způsobem
- Naučit je strategiím, které jim umožní lépe kontrolovat vlastní deviantní vzrušení a řešit rizikové situace.

#### Prevence recidivy (relaps prevention)

Tato metoda vychází z předpokladu následností a cyklů, při nichž je sexuální delikt vyvrcholením a výsledkem řetězce zpočátku zdánlivě nevýznamných událostí. Při činnostech přinášejících sexuální uspokojení je přítom přerušování a přesměrování chování vedoucího k deviantnímu aktu pravděpodobnější při intervenci a nabídce alternativních možností spíše v počátečních fázích než ke konci behaviorálního řetězce. Pro terapii sexuálních delikventů aplikovali tuto metodu jako první Pithers a spol. (1983). Pacient při této léčbě dostane nejdříve za úkol sestavit záznam o svých

selháních, včetně událostí, které k nim vedly, a seznam možných pojistek, které by mohly sloužit jako brzdy dalších navazujících aktů. Současně je vyzván k identifikaci situací představujících pro něj konkrétně nebezpečí recidivy. Dalším krokem je pak vytvoření mechanismů kontroly.

#### Trénink empatie

Metoda byla vyvinuta na základě poznání, že velká část sexuálních delikventů není schopna vžít se do pocitů obětí a není ani schopna adekvátně odhadnout možné následky činu pro jejich další život. Scullyová (1988) ve svém klasickém výzkumu zjistila, že ze zkoumaných 47 sexuálních agresorů jen 58% adekvátně popsalo pocity svých obětí. Zbytek se nebyl vůbec schopen vyjádřit. Přitom i ti pachatelé, kteří byli schopni pocity svých obětí popsat, necítili žádný soucit, a utrpení jejich obětí v nich nevyvolávalo žádné emoce. Model tréninku empatie užívaný v terapii sexuálních delikventů v kanadských vězeňských zařízeních popisuje Marshall (1999). Je čtyřstupňový:

- rozpoznání pocitů druhých,
- přijetí pohledu druhého,
- opakování (prožití) jeho pocitů a
- aktivita zaměřená na snížení jeho distresu.

#### Trénink sebevědomí

Podle Marshalla a spol. (1996) se při léčbě pacientů s různými poruchami prokázalo, že posilování sebevědomí ovlivňuje sílu a trvalost léčebných účinků více než pouhé zaměření na problémové chování. Autoři se domnívají, že sexuální delikventi trpí negativním sebepojetím, které může pramenit z různých zdrojů, a které patří k etiologickým faktorům sexuálních deliktů.

#### Překonávání odporu

Vzhledem k tomu, že většina pacientů s problematikou z okruhu sexuálních deviací je léčena nedobrovolně, na soudní příkaz (u nás i v zahraničí), je výskyt odporu v rámci terapeutického procesu spíše pravidlem než výjimkou. Pokud odpor přetrvává (ať už ve formě otevřené agrese nebo ve formě pouze formálního dodržování pravidel léčby), znemožňuje pacientovi profitovat z psychoterapie. Pro jeho překonávání doporučují van Beek a Boerwinkel (1995) několik kognitivně behaviorálních postupů, použitelných individuálně dle vhodnosti pro konkrétního pacienta.

#### **5.2.2.3 Psychodynamické a psychoanalytické postupy**

I když připustíme, že psychoterapie není schopna změnit deviantní sexuální motivaci pacienta, lze souhlasit se zastánci psychodynamických přístupů, že existuje množství psychologicky vysvětlitelných faktorů v kriminogenezi sexuálního deliktu, které mohou být zhodnoceny, vysvětleny a ovlivněny za účelem změny sociálně nekonformního sexuálního chování. Psychoterapie zde má využívat všech existujících psychických mechanismů pacienta, tedy jeho osobnostních a citových vlastností, jakož i podpory jeho sociálního zázemí. Dynamicky orientovaná psychoterapie, ať již individuální nebo skupinová, je schopna poskytnout pacientovi náhled vzhledem k jeho celoživotním problémům. Umožní mu pochopit zvláštnosti vlastní deviantní sexuální motivace. Poskytuje mu nejen korektivní zpětnou vazbu, ale též pevná etická kritéria (Schorsch, 1980).

#### **5.3 Biologické léčebné metody**

V biologické terapii se u nás v současné době využívá farmakoterapie (podávání psychofarmak, antiandrogenů, analog gonadoliberinu) a zcela výjimečně i kastrace. Nejde pochopitelně o kauzální léčbu. Farmaka ani kastrace nemohou změnit základní sexuální zaměření (tedy sexuální preferenci)

pacienta. Zklidněním a útlumem naléhavosti sexuální motivace však snižují pravděpodobnost selhání a usnadňují racionální kontrolu sexuálního chování.

### 5.3.1 Psychofarmaka

Psychofarmaka se v léčbě sexuálních deviací začala aplikovat především v devadesátých letech 20. století (u nás o něco dříve, již během sedmdesátých let). Popsáno je v této indikaci využití sedativ, neuroleptik, antidepresiv a thymoprofylaktik. Specifický účinek na sexuální vzrušivost mají zejména antidepresiva SSRI (paroxetin, escitalopram, fluoxetin aj.). U psychofarmak lze spoléhat spíše na potlačení kompulzivní komponenty parafileních motivů, nebo na stabilizaci kolísající nálady léčeného pacienta. Existuje celá řada prací, které se zabývají terapeutickým použitím psychofarmak u parafileních i neparafilních sexuálních delikventů, zejména u těch méně nebezpečných (exhibicionisté, voyéři, fetišisté). Prakticky je však obtížné nalézt práci, která by splňovala kritéria dvojité slepého uspořádání a přinášela naprosto nezpochybnitelné výsledky. Přehled těchto farmakoterapeutických metod podává více autorů (Baratta a spol. 2012, Thibaut a spol. 2010, Brichcín 2010).

Psychofarmaka jsou indikována především tam, kde pacient projevuje depresivitu, vyšší afektivní labilitu a agresivitu, nebo u deviací s výraznou kompulzivně obsedantní složkou. Pozitivní zkušenosti se serotoninergními antidepresivy u parafileních delikventů publikovaly u nás Žourková a Schejbalová (2011). Podle Maletzského (1997) se fluoxetin i clomipramin osvědčily v léčbě obsedantně kompulzivních poruch, a jelikož některé deviace (především exhibicionismus) připomínají svým charakterem tyto poruchy, existuje velká šance, že budou účinné i u sexuálních deviantů.

Trojan a spol. (1990) uvádějí, že psychofarmaka jsou vhodná především v těch případech, kdy je hormonální léčba kontraindikována (věk nad 50 let, jaterní poškození, celkově špatný zdravotní stav). V praxi se psychofarmaka jako monoterapie aplikují především u méně nebezpečných parafileních delikventů, tedy zejména u exhibicionistů, fetišistů, transvestitů a některých méně nebezpečných sexuálních agresorů (Zvěřina, 1983 a 1989). Anxiolytika a neuroleptika, stejně jako lithium používala u parafileních sexuálních delikventů Bártová se spolupracovníky (1979). Psychofarmaka se u některých pacientů osvědčila lépe než tehdy široce aplikované estrogény. Při sledování jiných deviantů ale autorky (Bártová a spol., 1986) později zjistily, že například u větší skupiny pacientů hospitalizovaných pro sexuální agresivitu, byla při této léčbě (resp. při ambulantním doléčování) zjištěna recidiva až u 31% jedinců. Lithium zde selhalo především u pedofilně zaměřených agresorů a u pacientů se sníženým intelektem. Dle Brichcína (2010) se u nás z thymoprofylaktik užívají zejména karbamazepin a soli lithia, z antidepresiv se podávají parafilikům s kompulzivní symptomatikou preparáty ze skupiny SSRI (fluoxetin, paroxetin, sertralin). V ústavních podmínkách byl zkoušen opioid naltrexon v dávce 100 až 200 mg denně u sexuálně delikventních adolescentů. Ve farmakologické léčbě je dle tohoto autora nutno vidět spíše přechodné než celoživotní opatření, které snížením naléhavosti parafileního puzení usnadňuje terapeutický kontakt.

### 5.3.2 Antiandrogeny

Hormonální útlum mužské sexuální aktivity je od sedmdesátých let 20. století možné realizovat především podáváním preparátů s antiandrogenním účinkem. Podávání tzv. čistých antiandrogenů (například flutamid) je přitom z hlediska tlumivého efektu podstatně méně účinné než podávání antiandrogenů s antigonadotropním působením (Neumann a Kalmus, 1991). Dnes se v této indikaci využívá v Evropě hlavně cyproteron acetát, CPA (Androcur a Androcur-depot, Cyproplex, Cyproteronacetát). Ve Spojených státech a rovněž u nás pak je používán rovněž medroxyprogesteronacetát, MPA (Provera, Depo-Provera, Medroplex). V našich podmínkách je

preskripce MPA u parafilních jedinců indikací „off-label“. Antiandrogeny mají prokazatelně tlumivý účinek na sexuální apetenci, sexuální vzrušivost, erekci, ejakulaci, orgasmus i sexuální satisfakci.

Vedlejší tělesné účinky antiandrogenů jsou u dospělého jedince reversibilní, k normalizaci sexuálních funkcí dochází poměrně rychle po vysazení preparátu, většinou během tří až šesti týdnů, nejpozději do tří měsíců. V současnosti se aplikuje CPA v denní perorální dávce 50–300 mg nebo injekčně Androcur-Depot 300–600 mg v týdenních až čtrnáctidenních intervalech intramuskulárně. CPA působí gestagenně a antiandrogenně prostřednictvím receptorového antagonismu s dihydrotestosteronem. Léčivý přípravek snižuje apetenci, potenci, produkci semene, navozuje ústup sexuálních fantazií (Brichcín, 2010). Po 6 až 8 měsíční léčbě se asi u 20 % pacientů objevuje gynekomastie, dále pokles tělesného ochlupení a zvýšení hustoty vlasů. Teoreticky nelze vyloučit ani poškození jater, které je však vzhledem k nízkým terapeutickým dávkám užívaným v léčbě parafiliků dle autora velmi málo pravděpodobné.

Poprvé použili cyproteron acetát v terapii deviantů Laschet a Laschet (1971). Podávali ho přibližně jednomu stu pacientů (pedofilů, sadistů a exhibicionistů) po dobu 6 měsíců až 4 let. Asi v 80 % případů denní dávka 100 mg vedla k potlačení sexuální potřeby, erekce, orgasmu a následně i deviantních projevů. 50 mg denně vedlo k potlačení sexuální potřeby při zachování schopnosti erekce, tedy s možností pokračování v normálních heterosexuálních nebo homosexuálních aktivitách. Vedlejší účinky, ve formě poruch nálad, mírného váhového přírůstku a mírné feminizace, se projevíly asi u 20 % pacientů. Zvláště dobré výsledky popisují autoři u exhibicionistů, u nichž předpokládají, že docílením snížení erektilní pohotovosti při redukci apetence se přerušuje cyklus spočívající v tom, že exhibicionista reaguje na specifickou zrakovou stimulaci erekcí, kterou abreaguje exhibicí s masturbací.

Při srovnání účinku placebo s účinky CPA zjistili Bradford a Pawlak (1993) na základě sledování léčby u 17 pedofilů jednoznačný tlumivý vliv cyproteron acetátu na hladiny testosteronu i folikulostimulačního hormonu. Při sledování sexuální apetence, aktivity, fantazií i sexuální vzrušivosti však tito autoři zjistili útlum pouze v oblasti pedofilní, zatímco normální hetero- či homosexuální vzrušení ovlivněno nebylo. Podle jejich názoru tedy farmakologická intervence nemění pouze sílu sexuálního puzení, ale současně i jeho směr (selektivně více redukuje deviantní vzrušení). Tento poslední závěr však většina výzkumů nepotvrzuje (Barbaree a Seto, 1997).

Brichcín (1999, 2010) považuje za dostatečné podávání CPA v denní dávce 50 až 100 mg perorálně a nitrosvalově 300 mg nejpozději v intervalu dvou týdnů mezi jednotlivými dávkami, Brichcín a Hollý (1998) monitorovali hladiny testosteronu v ambulantní léčbě parafilních delikventů cyproteron acetátem a dospěli k závěru, že interval mezi injekcemi by neměl překročit 10 až 14 dní, protože testosteronemie při řidší aplikaci přípravku se záhy vrací k normálním hodnotám, a to zvláště u mladších pacientů.

Medroxyprogesteronacetát (MPA, Provera a Depo-Provera, Medroplex) použil poprvé k léčbě sexuálního devianta John Money (1968), který dosáhl potlačení sexuální apetence aplikací 300 až 400 mg medroxyprogesteronacetátu i.m. týdně. Berlin a Meinecke (1981) popsali úspěšnou léčbu tímto prostředkem u svých 20 deviantních pacientů, kteří však zrecidivovali hned po vysazení léčivého přípravku. Gagne (1981) referoval o výsledcích terapie 48 deviantů. Tento autor u svých pacientů aplikoval dávku 200 mg intramuskulárně třikrát týdně v prvních dvou týdnech a poté další čtyři týdny jednou až dvakrát týdně, s následnou udržovací dávkou 100 až 200 mg jednou za dva týdny. U nás referuje o pozitivních efektech léčby Proverou Brichcín (1995), přičemž za postačující pro dosažení útlumu považuje dávku 150 mg i.m. týdně. V případě MPA dávky varíují mezi 100 a 1000 mg týdně při

intramuskulární aplikaci, nejčastěji mezi 300 a 500 mg (Bradford, 1990, Cooper a spol., 1992), při aplikaci orální je typická dávka 300 mg denně (Abel a spol., 1992). MPA pak v denní perorální dávce 100-200 mg či v depotní formě (150-300 mg v týdenních až třítýdenních intervalech). Nežádoucí bývá nadváha, únava, vážnější komplikací hyperglykemie či tromboflebitida. U obou přípravků se doporučuje sledovat jaterní testy.

Snahou terapeutů je dávky antiandrogenů časem snižovat, a to pro minimalizaci možných vedlejších účinků. Autoři však nejsou jednotni v názorech na délku léčby. Podle Maletzského (1991) by hormonální léčba měla být co nejkratší, nejvíce však čtříměsíční, Money (1987) považuje za minimální dobu aplikace MPA 6 měsíců, podle Van Praaga (1988) je potřebná nejméně dvouletá léčba s postupným snižováním dávek, Cooper a spol. (1992) považují za potřebnou minimálně dobu 3–5 let. Také Thibautová (2011) soudí, že antiandrogenní terapie by měla být dostatečně dlouhá, a to nejméně 3 roky trvající. Někteří autoři doporučují dokonce celoživotní farmakoterapii, s udržovací dávkou 12,5 až 25 mg CPA denně (Bradford a Pawlak, 1993).

Při použití hormonální suprese je však nutné myslet i na možné nežádoucí vedlejší účinky léčivého přípravku. Podle Giltaye a Goorena (2009) antiandrogenní terapie totiž zvyšuje riziko zlomenin a diabetu (asi o 40 % - 50 %) a mírně i kardiovaskulárních chorob a depresí (o 10 % - 20 %).

### **5.3.3 Agonisté gonadorelinu (syn. Gonadoliberin, LHRH, GnRH)**

Podle Zvěřiny (1995) otevírá zajímavou perspektivu ve farmakoterapii sexuálních deviantů využívání agonistů LHRH hormonu, analogy gonadorelinu, s nimiž experimentují někteří autoři od konce osmdesátých let 20. století (například s triptorelin acetátem). Tyto neuropeptidy stimulují produkci gonadotropinů, přičemž následně dochází ke snížení receptorů LHRH (luteinizing-hormone-releasing-hormone) v hypofýze. Důsledkem je pak snížení sekrece LH a biosyntézy testosteronu. Účinek se přitom projevuje za 2 až 3 týdny po zahájení terapie.

Briken a spol. (2001) uvádějí dobré výsledky při léčbě sadistů a pedofilů (N=11) při injekční léčbě leuprolidem v tříměsíčních intervalech. Žádný jejich pacient nerecidivoval, compliance a akceptance terapie byla velmi dobrá, jako vedlejší účinky se objevily deprese, přírůstek na váze a bolesti v místě vpichu.

Velmi podobné pozitivní výsledky uvádí Prentky (1997) i při použití exogenního gonadoliberinu (GnRH, gonadotropin releasing hormon). O úspěšné léčbě depotním GnRH analogem (triptorelin 3,75 mg měsíčně intramuskulárně) u pěti ze šesti parafiliků referují Thibautová a spol. (1993), kteří během prvních pěti měsíců léčby zaznamenali pokles hladiny plasmatického testosteronu na úroveň po kastraci. U LHRH agonistů i u GnRH je navíc popisováno podstatně méně nežádoucích vedlejších účinků než při léčbě antiandrogeny (Krueger a Kaplan, 1997). Podle Brichtina (2010) dlouhodobě působící syntetické analogy gonadoliberinu, silnější než hypothalamický hormon GnRH, jsou např. triptorelin (Decapeptyl depot) anebo leuprorelin (Eligard), které lze aplikovat nitrosvalově v dávce 3,75 mg jednou za 4 týdny až za 6 týdnů. Vytvoří centrální hypogonadismus a přechodnou „chemickou kastraci“. V prvních dvou týdnech terapie je dle autora potřeba (zejména je-li terapie zahajována v ambulantním režimu) podávat CPA vzhledem k přechodnému zvýšení hladiny testosteronu („flare up effect“). Při dlouhodobé aplikaci nutno myslet na osteoporózu, které lze předejít denní aplikací kalcia a občas vitamínu D. Nežádoucími účinky jsou růst hmotnosti, deprese, návaly horka a bolestivé místo vpichu. Podle Thibautové a spol. (2010) je v léčbě parafiliků využitelný i goserelin, rovněž syntetický analog GnRH (buď 3,6 mg v intervalech měsíčních, nebo 10,8 mg v intervalech tříměsíčních).

Farmakoterapie, a to jak antiandrogenní, tak i psychofarmakologická, není sama o sobě univerzální metodou řešení problému parafilní preference. I když hormonální léčba je prokazatelně účinná v redukci sexuálního puzení a efektivní při snižování recidivity, nijak neovlivňuje kognitivní distorzi a samozřejmě ani deviantní sexuální zaměření pacienta. Musí být aplikována vždy v kombinaci s psychoterapií (příčemž za jeden z jejích přínosů lze považovat skutečnost, že redukcí naléhavosti sexuálního puzení otevírá u pacienta větší prostor pro to, aby se soustředil na psychotherapeutické aktivity). Skutečné efekty androgenní blokády jsou totiž vždy zejména subjektivní. Úroveň potlačení naléhavosti sexuálních motivů je třeba hodnotit vždy v co nejlepším terapeutickém vztahu s léčeným pacientem.

Nelze opomenout vedlejší účinky antiandrogenní léčby. Kromě zmíněných možných komplikací, jako jsou feminizace, nauzea, únavnost, metabolický syndrom, nebo osteoporóza, není (alespoň u ženatých či v trvalém partnerském vztahu žijících pacientů) žádoucí, že hormonální terapie potlačuje i nedevariantní sexuální potřeby a aktivity. Aplikaci pouhé farmakoterapie jako jediného způsobu léčby, bez současného zaměřeného psychotherapeutického a eventuálně i partnerského poradenského vedení, považujeme za nedostatečnou. V rámci komplexního terapeutického programu má však její použití nezpochybnitelný přínos. Použití antiandrogenů medikace je indikováno především u parafilních pacientů s vysokou sexuální vzrušivostí a s vysokou sexuální aktivitou, psychofarmaka jsou na místě hlavně v případech, kdy je deviace spojena s obsedantně kompulzivní či depresivní poruchou nebo s vyšší impulzivitou chování (Gijs a Gooren, 1996, Thibaut 2010).

V posledních letech je biologická léčba parafilíi podrobována stále větší kritice z hledisek etických. Není to pouze v souvislosti s kastrací (té se věnujeme obsáhle v příslušné kapitole), ale i v souvislosti s medikamentózní léčbou. Podle některých oficiálních vyhlášení příslušných institucí, např. belgické BACB z roku 2006 (Belgian Advisory Committee on Bioethics, 2006), může být hormonální léčba aplikována pouze v případech, že jsou splněny následující podmínky (Thibaut et al., 2010):

- parafilie byla u jedince diagnostikována po důkladném odborném vyšetření
- hormonální terapie je zaměřena na specifické klinické symptomy a způsoby chování a přizpůsobena pacientovu zdravotnímu stavu
- stav pacienta představuje vysoké riziko vážného ohrožení jeho zdraví nebo fyzické či morální integrity ostatních lidí
- nejsou dostupné jiné, méně intruzivní léčebné prostředky
- ošetřující odborník informuje pacienta a získá jeho souhlas, souhlasí s převzetím odpovědnosti za indikaci léčby a za další sledování pacienta včetně jeho somatického stavu, v odůvodněných případech i s přibráním endokrinologa jako konzultanta
- hormonální léčba je součástí psaného terapeutického plánu, který je v adekvátních intervalech kontrolován a v případě potřeby revidován.

Poslední významný pokus o shrnutí poznatků v oblasti farmakologické léčby parafilíi a současně i návrh určitých pravidel (guidelines) biologické léčby parafilíi učinili Thibautová a její spolupracovníci (2010) z mezinárodního kolektivu odborníků Světové federace společností biologické psychiatrie (WFSBP). Autoři analyzovali anglicky psanou odbornou literaturu týkající se léčby parafilíi indexovanou v MEDLINE/PubMed z let 1990 – 2009 pro psychofarmaka typu SSRI a v letech 1969 – 2009 pro antiandrogenní terapii a ne základě publikovaných výsledků navrhli algoritmus pro farmakoterapii parafilíi. Tento algoritmus je rozložen do šesti úrovní podle závažnosti a povahy parafilní preference a druhu intervence:

- 1/ Na první úrovni je cílem kontrola parafilních sexuálních fantasií, nutkání a projevů bez důsledků pro konvenční sexuální aktivity a sexuální potřebu. Zde je indikovaná psychoterapie (nejlépe kognitivně behaviorální).
- 2/ Cílem je kontrola parafilních sexuálních fantasií, nutkání a projevů s malým vlivem na konvenční sexuální aktivity a sexuální potřebu. Aktuální je v případě méně nebezpečných deviací, s malým rizikem násilí (např. u exhibicionismu). Zde se doporučuje použití SSRI v dávkách obvyklých u OCD (např. fluoxetin 40-60 mg/d nebo paroxetin 40 mg/d).
- 3/ Cílem je kontrola parafilních sexuálních fantasií, nutkání a projevů se středním vlivem na konvenční sexuální aktivity a sexuální potřebu. Aktuální je v případě nebezpečnějších „hands-on“ deviací bez penetrace, při existenci deviantních sexuálních fantasií nesadistického charakteru a při nedostatečných výsledcích po 4-6 týdenního podávání SSRI ve vysokých dávkách. Zde je doporučeno aplikovat nízké dávky antiandrogenů (např. cyproteron acetát 50 až 100 mg/d) společně s SSRI.
- 4/ Cílem je kontrola parafilních sexuálních fantasií, nutkání a projevů s podstatným snížením sexuální aktivity a sexuální potřeby. Je to především v případech středního a vysokého rizika sexuálního násilí (závažnější deviace s nebezpečnějšími projevy a omezeným počtem obětí), nejsou však přítomny sadistické fantazie a/nebo projevy (pokud ano, je nutno přejít na úroveň 5), pacient je spolupracující (pokud ne, použijte i.m. formu nebo jděte na úroveň 5), ale léčba na úrovni 3 nepřinesla žádoucí výsledky. Zde je první volbou plná dávka cyproteronacetátu (CPA) – orálně 200-300 mg/d nebo 200-400 mg jednou týdně nebo jednou za dva týdny i.m., nebo aplikace medroxyprogesteronacetátu 50-300 mg/d, v případě, že CPA není k dispozici. Pokud je současně přítomna úzkost, deprese nebo OCD, mohou se současně s CPA aplikovat též antidepresiva typu SSRI.
- 5/ Cílem je kontrola parafilních sexuálních fantasií, nutkání a projevů s téměř úplným potlačením sexuální aktivity a sexuální potřeby. Je to především v případech vysokého rizika sexuálního násilí a závažných deviací, se sadistickými fantasiemi a/nebo projevy nebo s fyzickým násilím, dále v případech nespokojenosti pacienta nebo selhání terapie na úrovni 4. Zde se aplikují dlouhodobě působící agonisté GnRH, např. triptorelin nebo leuprorelin-acetát 3 mg měsíčně nebo 11,25 mg i.m. každé 3 měsíce. Pro zjištění vlivu léčby agonisty GnRH lze přitom použít v případě potřeby měření hladiny testosteronu. CPA může být aplikováno současně s agonisty GnRH týden před a během prvního měsíce této terapie k prevenci „flare-up“ efektu (přechodné zvýšení hladiny testosteronu) s ním spojenému zvýšenému riziku recidivy.
- 6/ Na této úrovni je cílem kontrola parafilních sexuálních fantasií, nutkání a projevů s úplným potlačením sexuální aktivity a sexuální potřeby. Je na místě v případech nejzávažnějších deviací a při neuspokojivém výsledku léčby na úrovni 5. Zde se aplikují antiandrogeny, např. CPA 50-200 mg per os nebo 200-400 mg za 1 až 2 týdny i.m., nebo MPA (300-500 mg týdně i.m.) v případě, že CPA není k dispozici, a to spolu s analogy GnRH v účinné dávce. Současně lze aplikovat i psychofarmaka typu SSRI. Práce popisuje tyto případy jako „katastrofické“. V našich podmínkách by splňovaly kritéria pro případné použití krajního prostředku, kastrace.

Domníváme se, že s tímto algoritmem se můžeme ztotožnit. Je zřejmé, že u některých parafilních delikventů nevystačíme s monoterapií. Je zcela obvyklé kombinovat antiandrogenní léčbu s podáváním psychofarmak. Guidelines společnosti WFSBP se u psychofarmak koncentrují především na antidepresiva SSRI, avšak naše dlouholeté klinické zkušenosti ukazují na individuální

variabilitu různých psychofarmak. Zejména u mladých delikventů, nebo naopak u seniorů mohou být stejně užitečné také jiné druhy psychofarmak, zejména pak thymoprofylaktika anebo antipsychotika.

Značným etickým problémem je otázka doby trvání terapie. Má dva aspekty. Protože jde vesměs o léčbu, nařízenou soudem, je třeba každý léčebný kontakt po čase revidovat a vyjádřit se k vhodnosti (nutnosti) jeho pokračování. Ve stávajících právních podmínkách musí tak v České republice ošetřující lékař učinit před uplynutím dvou let terapie. Někteří autoři nedoporučují dlouhodobou medikamentózní terapii. U málo rizikových pacientů vystačíme s psychoterapií a pravidelnými kontrolami. U rizikovějších pacientů (pedofilové, agresori) je však třeba počítat s delším podáváním účinných, sexualitu tlumících medikamentů. Doporučený postup WFSBP hovoří výslovně o vhodnosti respektovat 3 – 5 leté trvání (Thibaut a spol. 2010). Ostatně řada prací a naše klinické zkušenosti hovoří o tom, že zejména parafilní pedofilní delikventi, nebo sexuální agresori mohou recidivovat i po mnoha letech. Vezmeme-li do úvahy známou skutečnost, že jen malá část spáchaných sexuálních deliktů je oznámena úřadům, nezbyvá, než prosazovat dlouhodobý dohled u těch parafilních sexuálních delikventů, jejichž rizikovost byla shledána vysokou.

Někteří autoři používají pro terapii analogy GnRH termínu „medikamentózní (chemická) kastrace“. Jde o termín věcně nesmyslný, protože kastrace je pojem, rezervovaný pouze pro odnětí pohlavních žláz, nikoliv pro přechodné potlačení jejich hormonální sekrece, nebo účinku hormonů. V případě hormonálního útlumu prostřednictvím analog GnRH je vhodnější termín „androgenní blokáda“, androgenní deprivace, či „hormonální útlum“.

#### **5.3.4 Kastrace**

Kastrace (z latinského castratio – vykleštění, odejmutí pohlavních žláz) je chirurgický výkon, který spočívá v odstranění (exstirpaci) varlat. Pro kastraci ve smyslu této definice pak lze užít i termínu oboustranné (bilaterální) orchiektomie. Kromě odnětí varlat lze použít se stejným účinkem i operaci, při níž je odstraněna pouze hormonálně aktivní testikulární tkáň, přičemž vazivové pouzdro varlete, které pohlavní buňky ani hormony netvoří, se ponechá ve skrotu i s nadvarlaty a chámovody (tzv. testikulární pulpektomie). Testikulární pulpektomie ponechává v šourku vazivové reziduum varlat, což činí kastraci pro některé muže psychologicky přijatelnější. Kosmetický efekt kastrace lze řešit také implantací silikonových valutních náhrad.

Funkčním důsledkem kastrace je výrazný pokles hladiny testosteronu v krvi, jehož následkem je i pokles sexuální apetence na úroveň, kterou je pacient schopen lépe kontrolovat. Zachována přitom zůstává extratestikulární, zvláště nadledvinková, tvorba tohoto hormonu, což je asi 5% hodnoty před kastrací. Pacient se kastrací stává neplodným. Ani kastrovaný muž však není zcela desexualizován, o čemž svědčí i falopletysmograficky zjistitelné reakce na prezentaci optických erotických podnětů, jakož i zachovaná schopnost erekce u podstatné části kastrovaných mužů (Zvěřina a spol., 1991).

První terapeutická kastrace v pravém slova smyslu byla provedena v roce 1892 Forelem ve Švýcarsku. Šlo o léčbu neuralgií pocházejících z varlat u imbecilního hypersexuálního pacienta. Počátkem 20. století se terapeutická kastrace kromě Švýcarska praktikovala také v Holandsku, Německu, Skandinávii včetně Dánska a Islandu. Dánsko také bylo první zemí, kde byla v roce 1929 kastrace legalizována jako léčebná metoda u sexuálních delikventů. Klasická práce, která referuje o výsledcích kastrace velkého souboru sexuálních agresorů, byla publikována Stürupem (1968). Chirurgická kastrace byla znovu povolena v některých státech USA v této indikaci od roku 1996 (Weinberger a spol., 2005). Nedobrovolnost podstoupení kastrace jistě přispěla k diskreditaci tohoto léčebného zákroku, zejména v uvedených zemích. Kastrace nejsou prováděny v tradičně katolických zemích, jako je Španělsko, Itálie, Portugalsko a Rakousko. Od roku 1969 jsou zakázány také v Holandsku, od



třicátých let však bylo do této doby kastrováno asi 400 sexuálních delikventů, z nichž následně recidivovaly 3%. Kromě agresivních sexuálních delikventů byli operováni i homosexuálové a exhibicionisté (Frenken, 1999).

V ČR je provádění kastrací od r. 2012 nově upraveno Zákonem o specifických zdravotních službách:

### díl 3.

#### Terapeutická kastrace, testikulární pulpektomie

##### § 1

Terapeutickou kastrací nebo testikulární pulpektomií (dále jen „kastrace“) se rozumí zdravotní výkony odstraňující hormonálně aktivní část pohlavních žláz u muže s cílem potlačit jeho sexualitu.

Kastraci lze provést pouze pacientovi staršímu 25 let, který je z důvodu lékařsky ověřeného sklonu páchat násilné sexuálně motivované trestné činy nebezpečný jiným osobám nebo který trpí sexuálně deviantními sklony a u něhož byly vyčerpány jiné možnosti léčby, pokud je na základě nezávislého léčivý léčivý přípravekařského posouzení prokázána vysoká míra pravděpodobnosti, že v budoucnosti spáchá násilný sexuálně motivovaný trestný čin. Kastrace se pacientovi provede na základě jeho písemné žádosti, a kladného stanoviska odborné komise.

Pacientovi, který je v ochranném léčení nebo zabezpečovací detenci se kastrace provede pouze ve zvlášť odůvodněných případech, a to na základě jeho písemné žádosti, kladného stanoviska odborné komise, a souhlasu soudu, který je místně příslušný poskytovateli.

Pacientovi zbavenému způsobilosti k právním úkonům se kastrace provede na základě písemné žádosti zákonného zástupce pacienta; tím není dotčeno ustanovení § 35 zákona o zdravotních službách, kladného stanoviska odborné komise, a souhlasu soudu, který je místně příslušný poskytovateli.

##### § 2

Odbornou komisi ustavuje Ministerstvo zdravotnictví (dále jen „ministerstvo“). Členy odborné komise jsou zdravotnický pracovník, který je zaměstnancem ministerstva, lékařka se způsobilostí v oboru sexuologie, lékař se způsobilostí v oboru psychiatrie, klinický psycholog, lékař se způsobilostí v oboru urologie, právník, určený ministerstvem.

Žádost pacienta nebo zákonného zástupce pacienta předá poskytovatel neprodleně ministerstvu; k žádosti připojí souhlasné stanovisko ošetřujícího lékaře se způsobilostí v oboru sexuologie s provedením kastrace.

Pacient a při postupu podle §1 odst. 5 též zákonný zástupce pacienta je vždy přizván k jednání odborné komise, které se koná nejpozději do 3 měsíců ode dne podání žádosti pacienta. Odborná komise podá pacientovi a zákonnému zástupci pacienta informaci o povaze zdravotního výkonu, jeho trvalých následcích a možných rizicích. Záznam o podání informace podepíše členové odborné komise, pacient a zákonný zástupce pacienta. Součástí záznamu je též názor pacienta zbaveného způsobilosti k právním úkonům. Není-li pacient s ohledem na svou rozumovou vyspělost schopen názor vyslovit nebo záznam podepsat, uvede se tato skutečnost v záznamu.

Odborná komise po projednání žádosti vypracuje písemné odborné stanovisko, ke kterému dospěla jednomyslně.

Záznam o podání informace podepíše členové odborné komise, pacient a zákonný zástupce pacienta. Není-li pacient s ohledem na svou rozumovou vyspělost schopen informaci pochopit nebo záznam

podepsat, uvede se tato skutečnost v záznamu. Záznam je součástí zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi. Poskytovatel předá kopii stanoviska odborné komise zákonnému zástupci pacienta.

K jednání odborné komise může být přizván ošetřující lékař pacienta, který provedení zdravotního výkonu doporučil.

Součástí zdravotnické dokumentace vedené o pacientovi je písemná žádost pacienta nebo zákonného zástupce pacienta, kopie souhlasného stanoviska ošetřujícího lékaře se způsobilostí v oboru sexuologie, záznam z jednání odborné komise a stanovisko odborné komise.

Ministerstvo předá kopii záznamu z jednání a kopii stanoviska odborné komise pacientovi nebo zákonnému zástupci pacienta a poskytovateli.

Návrh na vyslovení souhlasu s provedením kastrace podává soudu poskytovatel. Poskytovatel k návrhu připojí písemnou žádost pacienta, jde-li o postup podle odst. 5, písemnou žádost zákonného zástupce pacienta a vyjádření pacienta a dále stanovisko odborné komise. Není-li pacient s ohledem na svou rozumovou vyspělost schopen vyjádření učinit, poskytovatel uvede tuto skutečnost s jejím odůvodněním v návrhu.

Provádění kastrace lze započít, jestliže s tím pacient nebo zákonný zástupce pacienta bezprostředně před jejím započítím vyslovili písemný souhlas.

### § 3

Kastrace nelze provádět ve zdravotnických zařízeních Vězeňské služby a osobám ve výkonu vazby a trestu odnětí svobody.

#### Indikace kastrace

Názory na použití této operace u sexuálních delikventů se v mezinárodní odborné veřejnosti různí. Někteří autoři se staví ostře proti ní (Heim a Hurschová, 1979), jiní ji vidí jako "akt terapeutického zoufalství" (Schorsch, 1987), další považují kastraci za racionálně odůvodněnou léčebnou metodu (Rose, 1972, Thibaut et al., 2010). Na V. konferenci o léčbě sexuálních delikventů v Caracasu v roce 1998 Violencia'98 bylo kastraci věnováno zvláštní sympozium. Diskutujícími byli Pfäfflin (SRN) jako odpůrce použití této metody a Weiss (ČR), který uváděl argumenty v prospěch užití kastrace v určitých extrémně nebezpečných a jinak terapeuticky neovlivnitelných případech. V zásadě všichni diskutující z pléna kastraci jako terapeutickou metodu zavrhlí, spíše z emocionálních a principiálních důvodů než na základě racionálních argumentů.

Kritika používání této terapeutické metody v ČR se pak mimořádně vyhrtila v posledních letech, a to především ze strany Rady Evropy, konkrétně Evropského výboru pro zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (dále jen „CPT“), který byl zřízen na základě Evropské úmluvy o zabránění mučení a nelidskému či ponižujícímu zacházení nebo trestání (dále jen „Úmluva“). Česká republika je smluvní stranou této Úmluvy, která byla publikována ve Sbírce zákonů jako sdělení ministerstva zahraničních věcí č. 9/1996 Sb. a pro Českou republiku vstoupila v platnost dnem 1. ledna 1996.

Podle oficiálního vyjádření CPT opakovaně zastává názor, že chirurgická kastrace pachatelů sexuálních trestných činů, kteří jsou omezeni na své svobodě, tedy ve výkonu ústavního ochranného léčení, se rovná ponižujícímu zacházení. Tento názor CPT zastává z hlediska pochybnosti o míře svobodného a informovaného souhlasu se zákrokem. CPT vyzval české státní orgány, aby zakázaly používání chirurgické kastrace a zabývaly se nalezením alternativního způsobu léčby té skupiny

sexuálních delikventů, pro které byla dosud kastrace volbou. CPT dále české státní orgány vyzval, aby v období do provedení výše navržené legislativní změny zavedly moratorium na používání chirurgické kastrace v rámci léčby pachatelů sexuálních trestných činů.

Na základě Zprávy pro vládu České republiky o návštěvě České republiky, kterou CPT vykonal ve dnech 21. října až 23. října 2009, bylo usnesením vlády č. 482 ze dne 21. června 2010 uloženo ministroví zdravotnictví a zmocněnci vlády pro lidská práva zpracovat a předložit vládě komplexní materiál týkající se problematiky chirurgických kastrací u pachatelů sexuálních trestných činů, ze kterého citujeme v dalším textu uvedením v doslovném znění:

Podle zprávy Ministerstva zdravotnictví ČR „Problematika chirurgických kastrací u pachatelů sexuálních trestných činů“ č.j.: 64560/2010 z roku 2011 kromě ČR i legislativa Německa, Švédska, Švýcarska, Lotyšska, Slovenska, Dánska, Norska a Velké Británie umožňuje provedení chirurgické kastrace v rámci léčebného programu u sexuálních deviantů. Provádění tohoto zdravotního zákroku je však minimální.

Z mimoevropských zemí jsou to pak dle této zprávy především některé státy USA - Kalifornie, Florida, Iowa a Louisiana. Kalifornie přijala v roce 1996 zákon, který nařizuje podstoupení chemické či chirurgické kastrace recidivistům sexuálně motivovaných trestných činů, kteří tento čin spáchali na dětech. Tímto se Kalifornie stala první se zemí USA, která tento striktní požadavek zavedla přímo do zákona. Během dalších let se přidaly i ostatní země USA, které za obdobných, zákonem stanovených podmínek zavedly použití chemické kastrace jako součásti trestu. Některé státy umožňují dokonce možnost volby pro kastraci chirurgickou. Např. Texas umožňuje pouze kastraci chirurgickou jako jedinou možnost léčby, ta však musí být vždy a pouze dobrovolná. Obecně však můžeme shrnout, že chirurgickou kastraci, jež se provádí v České republice, není možno srovnávat se způsobem provádění v některých státech USA, neboť ty ji ve svých zákonech pojaly jako součást trestu (ať již chemickou či chirurgickou). V České republice se takto ani hormonální útlumová léčba, ani chirurgická kastrace nevyvolávají a není tedy považována za součást trestu, nýbrž naopak, za možnost léčby.

Výbor OSN proti mučení (dále jen „Výbor CAT“) se ve zprávě k úvodní zprávě USA z roku 1995 vyjadřuje, že kastrace jako způsob předcházení sexuálním trestným činům je v USA podrobena široké diskuzi. Co se týče protiprávnosti kastrace, tu označuje pouze v souvislosti s nucenou kastrací a nikoliv s kastrací dobrovolnou. Výbor CAT se o chirurgické kastraci ve svých zprávách a závěrečných doporučeních ve vztahu k USA již více nevyjadřuje. I z toho lze nabýt dojmu, že v případech dobrovolné kastrace vykonané se souhlasem osoby, která se zákroku podrobuje, nepovažuje Výbor CAT tento zákrok za porušující základní lidská práva.

V této souvislosti se také často zmiňuje rozhodnutí Nejvyššího soudu Jižní Kalifornie „State v. Brown“. V tomto případě soud nižšího stupně uložil pachateli sexuálního trestného činu trest odnětí svobody ve výši třiceti let s alternativním trestem, který spočíval v tom, že pokud se Brown podrobí dobrovolně chirurgické kastraci, bude podmíněně propuštěn na svobodu se zkušební dobou ve výši pěti let. Ačkoliv Brown sám chtěl tento alternativní trest vykonat, musel vyčkat na stanovisko Nejvyššího soudu, které si nižší soud k takto uloženému trestu nechal vyžádat. Nejvyšší soud však toto rozhodnutí zrušil z důvodu, že takto uložený podmíněný trest je protizákonný a vágní, neboť obsahuje podmínku, která se rovná mrzačení, a je tedy jako trest neústavní, neboť porušuje veřejný zájem a zákaz krutého, tělesného a neobvyklého trestu podle čl. 1 odst. 15 Ústavy Jižní Karolíny a stejně tak osmý ústavní dodatek Ústavy Spojených států amerických, který zakazuje ukládání krutých a neobvyklých trestů.

Z rozhodnutí State v. Brown však nemůžeme vyvodit jednoznačné stanovisko, že jakákoliv provedená chirurgická kastrace, je zákrokem mrzačícím, krutým a nehumánním. Soud ji totiž zde posuzoval

pouze z hlediska podmínky pro uložení mírnějšího trestu jako tzv. *conditio sine qua non*. Takto pojatá podmínka je bezesporu neetická, neboť nedává možnost volby pachateli trestného činu a přikazuje mu přímo v uloženém trestu, čemu se musí podrobit. Zde je nutno zdůraznit, že v České republice se takto formulované podmínky ve výroku o trestu neuplatňují a je zcela na vůli pachatele sexuálního trestného činu, zda projeví svou vůli léčit se a léčbu podstoupí či nikoliv. Pokud léčbu odmítne, bude tak i tak povinen vykonat ochranné léčení, které je uloženo samo o sobě soudem a je prosto jakýchkoliv podmínek, jež by nutily pachatele k léčbě. To se vztahuje nikoliv pouze na kastraci chirurgickou, ale také na kastraci chemickou. V současné době lékař ani soud nemůže uložit ani jednu z těchto variant, bude-li se pachatel stavět proti ní.

Vzhledem k faktu, že v minulosti začalo stále více států USA jako součást trestu ukládat i provedení „kastrace chemické“ (správně hormonální tlumení), musely soudy vyřešit spornou povahu tohoto trestu ve vztahu k osmému ústavnímu dodatku Ústavy Spojených států amerických zakazujícímu kruté a neobvyklé tresty. Při posuzování, zda ukládaný trest porušuje osmý ústavní dodatek, musí soudy zkoumat hned několik otázek. Zaprvé, zda je takovýto trest sám o osobě krutý nebo nadměrný; zda je přiměřený vůči trestnému činu, který pachatel spáchal; a zda by mohl stát dosáhnout účelu trestu prostřednictvím jiné, méně narušující metody.

Takovouto úpravu stanovící povinnost pachatele podrobit se na základě rozhodnutí soudu chemické kastraci přijalo v minulém roce například i Polsko. Změnou trestního zákona uložilo, aby soud uložil každému, kdo spáchá sexuální trestný čin znásilněním dítěte pod patnáct let či osobu blízkou, povinnost podrobit se léčbě léčivými přípravky („chemická kastrace“), a to od doby šesti měsíců před propuštěním z vězení na svobodu a dále po jeho propuštění. Tento zákon byl taktéž předmětem kritiky ze strany mezinárodních lidsko-právních mechanismů, nicméně se zdá, že inspiroval i další země v úvahách, jaká opatření proti pachatelům sexuálních trestných činů zavést a jaká jsou skutečně účinná.

Odpůrci a zastánci kastrace uvádějí argumenty, které lze v zásadě shrnout do osmi tezí (Hamplová a Weiss, 1996):

Teze 1: Nehomogenní účinky kastrace na libido vedou některé autory k tvrzení, že pohlavní hormony nejsou rozhodující silou při řízení sexuálního chování. Nejdůležitější roli pak podobně jako například Heim (1980) přisuzují psychologickým faktorům.

Diskuse: Význam psychických faktorů je jistě v této souvislosti důležitý, avšak jejich úloha v řízení sexuálních funkcí zůstává – podobně jako u faktorů endokrinních – zatím otevřenou otázkou. Jisté je jen to, že oba tyto faktory jsou pro sexuální chování významné (Wille a Beier, 1989). Paradoxní je, že odpůrci kastrace (Heim, 1980) na jedné straně popírají vliv hormonů při vzniku a rozvoji sexuálních deviací – Heim a Hurschová (1979) například tvrdí, že nebyly zjištěny rozdíly ve fyziologicko-hormonální výbavě sexuálních delikventů ve srovnání s normou – a na straně druhé považují blokádu testosteronových receptorů antiandrogeny za přijatelnou alternativu kastrace (Schorsch, 1987).

Teze 2: Heim a Hurschová (1979) zpochybňují efekt kastrace na recidivu sexuálních delikventů. Závěry o recidivě kastrovaných a nekastrovaných pachatelů považují za nevalidní, protože dle jejich názoru jsou srovnávány dvě odlišné skupiny osob – lidé, kteří dají přednost dlouhodobému vězení před kastrací, mohou mít pro recidivu jiné předpoklady než ti, kteří se raději podrobí operaci.

Diskuse: Řada studií ovšem srovnává recidivu před a po kastraci u stejných osob a zjišťuje statisticky významné rozdíly (Bremer, 1959, Langelueddeke, 1963, Cornu, 1973, aj.).

Teze 3: Někteří psychoanalytici tvrdí, že efekt kastrace u sexuálních delikventů se realizuje přes jejich nevědomou touhu po potrestání (Sigusch, 1980).

Diskuse: Toto tvrzení nebylo doloženo srovnáním s odpovídající skupinou osob nedelikventních (po úrazu, po operaci seminomu). Tam bychom očekávali účinky kastrace na sexualitu opačné nebo žádné. Tak tomu však není.

Teze 4: Podle některých autorů při aplikaci biologických léčebných metod, mezi něž patří kastrace, nejsou brány v úvahu multifaktoriální etiologické aspekty sexuální deviace (Heim, 1980, Sigusch, 1980, Schorsch, 1987).

Diskuse: Avšak právě s ohledem na složitou, pravděpodobně multifaktoriální etiologii sexuálních deviací, nelze považovat omezení terapie pouze na léčbu psychologickými prostředky za účelné.

Teze 5: Podle odpůrců kastrace je vliv zákroku u dospělých zvířat na pohlavní aktivitu malý (Rogers, 1976, Heim a Hurschová, 1979). Tvrdí, že hormony se uplatňují při vzniku vzorce sexuálního chování, které se pak do značné míry od hormonální kontroly osamostatní.

Diskuse: Malé ovlivnění pohlavního chování je nacházeno pouze krátce po kastraci. Při delším sledování kastrace vždy výrazně omezí sexuální pud dospělého samce, i když u různých druhů se rychlost vyhasínání liší a existuje zde i interindividuální variabilita (Beach, 1944, Rosenblatt a Aronson, 1958, Cornu, 1973, Michael a Wilson, 1974, Phoenix a spol., 1973).

Teze 6: Kastrace není bez zdravotního rizika (Heim a Hurschová, 1979).

Diskuse: Vedlejší účinky kastrace v oblasti somatické i psychické jsou diskutovány dále v části o efektech kastrace.

Teze 7: Kastrace není spolehlivá, neeliminuje plně sexuální apetenci (Heim a Hurschová, 1979).

Diskuse: Avšak kastrace obvykle oslabí pohlavní puzení na takovou úroveň, aby bylo lépe kontrolovatelné. Mění intenzitu motivace, i když ne její orientaci.

Teze 8: Motivem deviantního jednání nemusí vždy být abnormálně silný pohlavní pud, může se naopak jednat o jeho hypofunkci či dysfunkci, v takovém případě pak nemá kastrace smysl (Wille a Beier, 1989).

Diskuse: Zde je protiargument podobný jako v předchozím bodě. Redukce sexuálního pudu na minimální úroveň umožní jeho lepší ovládnutí i v případě hypofunkčního sexuálního delikventa (navíc se hypofunkce a dysfunkce u těchto jedinců obvykle projevují pouze v oblasti nedevariantní partnerské sexuality).

Ovšem i ti odborníci, kteří v zásadě terapeutickou kastraci u sexuálních delikventů neodmítají, jsou opatrní v její indikaci, přičemž nejdůležitějším argumentem pro tuto opatrnost je nevratnost zákroku. Zvěřina (1983) považuje doporučení kastrace dospělému muži s dokončeným somatosexuálním vývojem za vhodné pouze v případě, že není naděje na úspěšnou sociosexuální adaptaci. Brzek a Ondruch (1982) užití kastrace omezují na případy, u nichž není naděje, že by bez chirurgického zákroku ještě někdy mohli žít mimo uzavřený ústav. Raboch a Nedoma (1970) považují kastraci za indikovanou pouze u těch delikventů, u nichž byla deviace skutečnou příčinou sexuálního deliktu. Omezují ji na případy recidivujících sexuálních agresorů, sadistů (i po prvním deliktu) a recidivujících hetero- a homosexuálních pedofilů. Právě přetrvávající společenská nebezpečnost a současná recidivita pacientů opakovaně neúspěšně léčených jinými prostředky přitom bývají nejčastějšími argumenty pro indikaci kastrace (Weiss a spol., 1987).

Brichcín a Kolářský (2006) zkoumali kvalitu života po chirurgické kastraci. Vyšetřili 33 mužů po terapeutické kastraci (indikované pro nebezpečnou sexuální deviaci). Hodnotili kvalitu jejich života standardizovaným instrumentem a otázkami strukturovanými na partnerství, koitální a nekoitální aktivitu, změnu hmotnosti, osteologické nálezy, látkový abusus, farmakoterapii, somatické poruchy, delikvenci, pokračování/ukončení ochranného léčení. Kastrovaní pacienti byli porovnáni s kontrolní skupinou deviantů se stejnou diagnózou, ale hormonálně utlumených. Z této studie vyplynulo, že kvalita života sexuálních deviantů po terapeutické kastraci je subjektivně lepší než u deviantů bez kastrace (hormonálně utlumených).

Krueger a spol. (2009) v souvislosti s námitkami vůči kastraci sexuálních delikventů uvádějí, že kastrace z jiných zdravotních důvodů než kvůli deviaci je v medicíně poměrně běžná (například při karcinomu prostaty či varlat). Navíc tvrdí, že dobrovolná kastrace je možná i z řady jiných důvodů, například kvůli kontrole vlastní sexuální potřeby, kvůli pocitu klidu, z kosmetických důvodů – všechny tyto motivy byly zmíněny 23 z 234 respondentů v internetovém výzkumu z roku 2002 (Wassersug, 2004).

#### **5.3.4.1 Efekty kastrace**

Kastrace je bezesporu výrazný zákrok do tělesné i duševní integrity pacienta a její následky jsou nejednou pro jeho další život nejednou i podstatné. Změna hormonálních poměrů v organismu má po této operaci vliv na jeho psychiku, tělesný vzhled, sexualitu i sociální integraci.

##### Somatické změny po kastraci

I když kastrace v dospělosti má mnohem méně somatických důsledků než operace před pubertou, určité změny zdravotního stavu se přesto mohou projevit. Bremer (1959) uvádí zhoršení zdravotního stavu v souvislosti se zákrokem u 13 % z 244 a Langelueddeke (1963) u 61 % z 89 operovaných mužů. U obou těchto autorů šlo o závratě, slabost, noční pocení, lehké dechové a srdeční obtíže, pocit tlaku v hlavě, dorsalgie. Stürup (1972) zaznamenal u 7% z 900 svých pacientů pocit únavy, u 23% občasný třes a u 1% palpitace. V kontrastu s těmito údaji Zimanová se spolupracovníky (1988) zjišťují určité zlepšení zdravotního stavu u 12 ze 17 kastrovaných sexuálních deviantů.

Dle mnoha autorů je častým důsledkem kastrace nadváha. Je zjišťována asi u poloviny operovaných pacientů. Langelüddeke (1963) přitom tvrdí, že změna hmotnosti závisí na tělesné konstituci. Nejčastější přírůstek hmotnosti byl u pykniků, leptosomové a asthenici mohou i zhubnout. Ovšem tam, kde k obezitě dojde, může být přírůstek hmotnosti značný. Příčinu váhového přírůstku lze vidět především v povšechně nižší motorické aktivitě kastrovaných mužů při absenci anabolického vlivu endogenních androgenů (Zvěřina a spol., 1991).

Překvapivé jsou pak rozdíly v údajích o incidenci osteoporózy po kastraci – Langelüddeke (1963) ji zjišťuje u 1,1 %, Cornu (1973) u 81,6 % kastrovaných. Pravděpodobným důvodem těchto rozporů jsou rozdílná kritéria posuzování – i zmíněný Cornu, jež udává mimořádně vysoký počet pacientů s osteoporózou, přiznává, že žádný z těchto případů nebyl vážný.

Distribuce podkožního tuku (směrem k ženským tvarům, a to včetně gynekomastie) je po kastraci změněna zhruba u 10 % pacientů (Langelüddeke, 1963, Cornu, 1973). S tím, a se změněnými vlastnostmi kůže, asi souvisí vznik tzv. kastrátského obličejce. Jedná se o sinalou a až nažloutlou svraskalou tvář s mnoha drobnými vráskami. Je popisována asi u čtvrtiny pacientů (Langelüddeke, 1963).

Výrazně je ovlivněno ochlupení. Přibližně v polovině případů ho ubývá. Stejně často se po kastraci rozložení pubického ochlupení přibližuje ženskému typu. Úbytek tělního pokryvu se v menší míře

může týkat i vousů a netýká se vlasů, kterých může naopak přibývat (Langelüddeke, 1963, Cornu, 1973).

Výskyt jednotlivých somatických potíží přitom může být jiný brzo po operaci než po řadě roků či desítkách let, kdy může být obtížné rozlišit důsledek kastrace od přirozených projevů stárnutí (například u osteoporózy). Doba, která uplynula od operace do zjišťování těchto změn v citovaných studiích, byla velmi variabilní – od 6 týdnů do 20 let. Je jí proto třeba brát také v úvahu při posuzování procentuálních dat.

#### Psychické změny po kastraci

Z psychických změn po kastraci jsou nejčastěji uváděny astenické a depresivně dysforické symptomy. Trpí jimi 25% až 30% kastrovaných mužů (Weiss a spol., 1987). Téměř u čtvrtiny ze 17 pacientů vyšetřených Zimanovou a spol. (1988) se vyskytly závažné stížnosti týkající se pocitů méněcennosti, depresivity, zvýšené dráždivosti a pocitu životního ztroskotání. Objevila se i psychická traumatizace z pooperačního defektu na genitáliích. Freund (1980) shrnuje, že pacienti si často stěžují zejména na depresi, která je buď lehčí a permanentní, nebo těžší a trvajících pouze krátkou dobu po kastraci. Mají také stálé potíže s koncentrací pozornosti.

Na depresi, pocity méněcennosti, izolace a pasivity si stěžovalo také 31% pacientů Langelüddekeho (1963), 49% nevykazovalo žádné psychické změny. Naopak 20% pacientů tvrdilo, že kastrace pozitivně ovlivnila jejich životní styl, cítí se klidněji, vyrovnaněji a stihnou více než před operací.

Cornu (1973) zaznamenal signifikantní pozitivní změny u 40 % pacientů, kteří se po operaci cítili šťastnější, aktivnější a celkově v lepší náladě. 32 % se po zákroku cítilo naopak hůř – stali se depresivními, trpěli pocity méněcennosti a izolovanosti. Tauš a Sušická (1973) upozorňují i na možnost zvýšení paranoidity po této operaci. Bremer (1959) a Stürup (1966) uvádějí 1,8 % sebevražd mezi svými kastrovanými pacienty a Zvěřina a spol. (1991) pokus o suicidium u 5 z 84 vyšetřených pacientů, nicméně u obou těchto autorů bez prokázané souvislosti s operací.

S psychickým stavem po kastraci souvisí i hodnocení vlastního zákroku pacienty. Téměř ve všech výzkumech převažuje spokojenost s výsledkem kastrace – od 41 % u Stürupa (1972) po 90 % u Bremera (1959). Podle Cornua (1973) by se téměř tři čtvrtiny jeho pacientů rozhodlo pro operaci znovu. Jsou spokojeni zejména proto, že vymizel jejich abnormální sexuální pud, což považují za účinnou prevenci před uvězněním. Výsledky výzkumu Zimanové a spol. (1988) svědčí o zlepšení celkové životní spokojenosti, která je úzce spojena s celkovým klidem a vyrovnaností, téměř u tří čtvrtin pacientů. Celková spokojenost koreluje se zvýšením společenského uplatnění, zlepšením zdravotního stavu, pozitivními povahovými změnami a se zachováním potřeby pohlavního vybití. Po zvážení své současné životní situace by se znovu pro operaci rozhodla většina pacientů. Zbytek je přesvědčen, že by svou deviaci zvládl i bez kastrace. Zajímavé je, že pro operaci by se znovu rozhodli hlavně ti, u nichž byla dosud zachována potřeba pohlavního vybití a schopnost souložit. Většina z 21 nespokojených z celkem 84 pacientů vyšetřených Zvěřinou a spol. (1991) uvedlo jako důvod své nespokojenosti chybění sexu v životě.

#### Změny v sociální integraci

Jak je uvedeno dále, recidivita pacientů se po zákroku výrazně snižuje. Možnost sociálního zařazení je tedy po operaci podstatně větší, protože není omezována častými pobyty ve věznicích a psychiatrických léčebnách. Wille a Boulanger (1984) například uvádějí, že sociální adaptace se zlepšila u dvou třetin z jejich 32 pacientů a u žádného nebyly zaznamenány problémy v této oblasti.

Větší pracovní spokojenost po kastraci uvedlo 65% pacientů Zimanové a spol. (1988), zvýšenou pracovní výkonnost 24% pacientů Langelüddekeho (1963) a 16% Cornua (1973). Wille a Beier (1989) však v longitudinální studii trvající 11 let zjišťují, že do důchodu odešel větší počet kastrovaných sexuálních delikventů než těch, kteří o kastraci žádali, avšak byli z různých formálních důvodů odmítnuti.

Ve studii Zimanové a spol. (1988) se po kastraci zlepšily partnerské vztahy u 42 % pacientů. Stejný počet neměl žádný vztah, po operaci však žilo v trvalém partnerském vztahu více pacientů než před ní. V souboru vyšetřených Zvěřinou a spol. (1991) žilo po kastraci ve stabilním partnerském heterosexuálním vztahu celkem 21% pacientů. Wille a Beier (1989) neudávají signifikantní změny v partnerských vztazích po kastraci. Podle opakovaných zjištění (Wille a Boulanger, 1984, Zvěřina a spol., 1991) kastrace nemá vliv na recidivitu pacientů v oblasti nesexuální delikvence.

#### Vliv kastrace na sexualitu

Jak už bylo zmíněno, kastrace má silný redukční vliv především na sexuální apetenci. Experimenty na zvířatech (Beach, 1944, Michael a Wilson, 1974) i katamnestická sledování pacientů po této operaci však ukazují na velkou interindividuální variabilitu ovlivnění sexuálního chování kastrací. Důvody této variability nejsou přesně známy. Na přetrvávání sexuality po zákroku se pravděpodobně podílí fyziologické i psychologické faktory a jejich variabilita je asi podkladem rozdílů v rychlosti ústupu sexuální aktivity.

Mezi významné psychické činitele patří předkastrační a postkastrační sexuální zkušenost (Madlafousek a spol., 1976). Jiní vysvětlují tuto variabilitu postojem pacienta ke kastraci, resp. jeho očekáváním od této operace (Heim a Hurschová, 1979). Z fyziologických činitelů se mohou uplatňovat individuální rozdíly v množství androgenů tvořených kůrou nadledvin, které více či méně kompenzují ztrátu testikulární produkce (Eglie a Altwein, 1975). Roli hraje nepochybně rovněž různá citlivost periferních tkání, jakož i mozkových center k působení androgenů. Z dalších faktorů ovlivňujících postkastrační sexualitu je uváděn věk v době operace a druh deviace. Výsledky výzkumů jsou však v této oblasti značně rozporné. Cornu (1973) například zjistil nejrychlejší vymizení sexuálního pudu u skupiny kastrovaných ve věkovém rozmezí 26–40 let. Podle Bremera (1959) naopak sexuální apetence nejdéle přetrvávala u skupiny 20–49letých ve srovnání s mladšími i se staršími. Heim (1981) zaznamenal nejsilnější efekt kastrace na sexuální chování u mužů operovaných mezi 46. a 59. rokem, zatímco sexuálně nejaktivnější byli jeho pacienti operovaní do 45 let. Podle Heimova (1981) výzkumu jsou po kastraci sexuální agresori pohlavně aktivnější než homosexuálové a pedofilové, což podle tohoto autora snižuje použitelnost metody u těch nejnebezpečnějších deviantů. Bremer (1959) nenalezl žádnou kvantitativní odlišnost v redukci sexuálního pudu mezi heterosexuály a homosexuály. Žádný z výzkumů nezjistil, že by se po kastraci změnila sexuální orientace. Wille a Beier (1989) uvádějí, že pedofilové se i po kastraci snaží vyhledávat zaměstnání, ve kterém mohou přijít do fyzického kontaktu s dětmi. Již ve třicátých letech 20. století Hackfield (1933) a Lange (1934) vyzorovali, že efekt kastrace na sexualitu se nemusí projevit hned po zákroku. Odborníci proto doporučují propouštět kastrované pacienty z nemocniční péče až po 5–6 měsících po zákroku (Stürup, 1972, Wille a Beier, 1989). Nicméně u značné části pacientů dojde k podstatné redukci sexuální apetence záhy po operaci. Cornu (1973) pozoroval rychlou „asexualizaci“ u 89 %, Langelueddeke (1963) u 65%, ale Heim (1981) pouze u 36 % svých pacientů. V pozorování Zvěřiny a spol. (1991) uvedli výrazný pokles sexuální aktivity všichni kastrovaní muži bez výjimky.

Schopnost soulože zůstává často zachována, i když výsledky se zde liší – od 3 % pacientů Stürupa (1972) po 31 % pacientů Heima (1981) uvádí schopnost koitu i po letech po operaci. Podle Zvěřiny a



spol. (1991) je schopno alespoň občas dosáhnout orgasmu (koitem, nekoitálními aktivitami nebo masturbací) polovina kastrovaných mužů. Dokladem toho, že elementární sexuální reakce nejsou závislé na hladině androgenů, je podle uvedených autorů i skutečnost, že téměř polovina jejich pacientů u sebe pozoruje občasné ranní erekce a více než třetina z nich občas onanuje. Ejakulát pacientů po kastraci samozřejmě neobsahuje spermie a subjektivní prožívání orgasmu je méně intenzivní než před zákrokem.

Z uvedeného je patrné, že individuální variabilita postkastrační sexuální aktivity je sice značná, nicméně kastraci lze považovat za úspěšnou i když nedojde k plnému vymizení sexuální apetence a reaktivity. Podstatné je, zda je její redukce tak velká, aby umožnila volní kontrolu případného deviantního puzení, tedy aby zabránila případné recidivě sexuálně delikventního jednání.

#### **5.4 Děti a adolescenti jako pachatelé sexuálních deliktů**

Děti před pubertou se pachateli sexuálních deliktů nestávají. Pokud se chovají sociálně rušivě v této oblasti, pak jde většinou o chování, motivované zvědavostí, nebo provokované staršími kamarády. Někdy může být sexuální aktivita dítěte přímým důsledkem pohlavního zneužívání dospělým pachatelem.

Chlapci v pubertě jsou pachateli sexuálních deliktů relativně často. Uvádí se, že asi pětina všech evidovaných sexuálních deliktů je spáchána pachatelem mladším než 18 roků (Vizard, 2007). Jen v některých případech je u mladistvých pachatelů vysloveno podezření z parafilní preference. Děje se tak zejména u trestných činů, spáchaných s extrémní brutalitou. Nicméně zejména u těch adolescentních pachatelů, kteří ještě nemají žádné partnerské sexuální zkušenosti, je obtížné, nebo zcela nemožné, diagnostikovat strukturovanou parafilní preferenci. Psychoterapie a socioterapie jsou v těchto případech dominantními terapeutickými opatřeními. Ke snížení naléhavosti sexuální motivace se v těchto případech doporučují psychofarmaka, zejména thymopropylaktika a serotonergní antidepresiva (Thibaut et al. 2010). Podávat antiandrogeny anebo analoga GnRH je třeba u adolescentů velmi opatrně. V některých případech může být delší aplikace analog GnRH jistým řešením. Dokáže totiž odložit průběh puberty do věku, kdy lze očekávat vyšší úroveň sociální odpovědnosti.

#### **5.5 Právní rámec aktuální péče o sexuální delikventy v ČR**

Pachatelé závažnějších sexuálních deliktů jsou v trestním řízení většinou posuzováni soudními znalci – psychiatry, sexuology, anebo klinickými psychology. V případě zjištění duševní poruchy (kam patří i porucha sexuální preference, parafílie) je možno konstatovat sníženou přičetnost. V takovém případě pak soud může uložit ochranné opatření. Tím je zpravidla ochranné léčení (ambulantní nebo ústavní) či zabezpečovací detence.

Obecné zásady pro ukládání ochranných opatření, stejně jako ochranná opatření a jejich ukládání upravuje Díl 3, Hlava 5, Část I zákona č. 40/2009 Sb., Trestního zákoníku, v platném znění (dále „TZ“).

Soud uloží ochranné léčení v případě uvedeném v § 40 odst. 2 TZ (jestliže má soud za to, že by bylo možné za současného uložení ochranného léčení dosáhnout nápravy pachatele i trestem kratšího trvání, sníží trest odnětí svobody pod dolní hranici trestní sazby a současně uloží pachateli ochranné léčení) a § 47 odst. 1 TZ (soud upustí od potrestání za současného uložení ochranného léčení, jestliže je ochranné léčení schopno zajistit nápravu pachatele a ochranu společnosti lépe než trest), nebo jestliže pachatel činu jinak trestného není pro nepřičetnost trestně odpovědný a jeho pobyt na svobodě je nebezpečný. Ochranné léčení může soud uložit i vedle trestu anebo při upuštění od potrestání.

Podle povahy nemoci a léčebných možností soud uloží ochranné léčení formou ústavní nebo ambulantní. Byl-li vedle ústavního ochranného léčení uložen trest odnětí svobody, ochranné léčení se vykonává zpravidla po nástupu výkonu trestu odnětí svobody ve věznici. Jestliže ochranné léčení nelze vykonat po nástupu výkonu trestu ve věznici, vykoná se ústavní ochranné léčení ve zdravotnickém zařízení před nástupem výkonu trestu odnětí svobody, pokud se tím lépe zajistí splnění účelu léčení, jinak se vykoná ve zdravotnickém zařízení po výkonu nebo jiném ukončení trestu odnětí svobody. Ambulantní ochranné léčení se vykoná zpravidla po nástupu výkonu trestu odnětí svobody ve věznici; jestliže výkon ambulantního ochranného léčení ve věznici nelze uskutečnit, vykoná se až po výkonu trestu odnětí svobody. Nepostačí-li délka výkonu trestu odnětí svobody ve věznici ke splnění účelu ochranného léčení, soud může rozhodnout o jeho pokračování v zdravotnickém zařízení poskytujícím ústavní nebo ambulantní péči.

Ústavní léčení může soud změnit dodatečně na léčení ambulantní a naopak. Ústavní ochranné léčení může soud změnit za níže uvedených podmínek na zabezpečovací detenci.

Ochranné léčení potrvá, dokud to vyžaduje jeho účel, nejdéle však dvě léta; nebude-li v této době léčba ukončena, rozhodne soud před skončením této doby o jejím prodloužení, a to i opakovaně, vždy však nejdéle o další dvě léta; jinak rozhodne o propuštění z ochranného léčení. Je-li nebezpečí, že odsouzený spáchá další trestný čin, soud v rozhodnutí o propuštění z ochranného léčení uloží odsouzenému dohled nad jeho chováním až na dobu pěti let; na výkon dohledu se užije obdobně ustanovení § 49 až 51. O propuštění z ochranného léčení rozhoduje soud. Od výkonu ochranného léčení soud upustí, pominou-li před jeho započítáním okolnosti, pro něž bylo uloženo.

Soud uloží zabezpečovací detenci v případě uvedeném v § 47 odst. 2 TZ (upuštění od potrestání za současného uložení zabezpečovací detence, jestliže nelze očekávat, že by uložené ochranné léčení s přihlédnutím k povaze duševní poruchy a možnostem působení na pachatele vedlo k dostatečné ochraně společnosti, a zároveň má soud za to, že zabezpečovací detence, kterou pachatel ukládá, zajistí ochranu společnosti lépe než trest), nebo jestliže pachatel činu jinak trestného, který by naplňoval znaky zločinu, není pro nepřičetnost trestně odpovědný, jeho pobyt na svobodě je nebezpečný a nelze očekávat, že by uložené ochranné léčení s přihlédnutím k povaze duševní poruchy a možnostem působení na pachatele vedlo k dostatečné ochraně společnosti. Soud může uložit zabezpečovací detenci vzhledem k osobě pachatele s přihlédnutím k jeho dosavadnímu životu a jeho poměrům i tehdy, jestliže pachatel spáchal zločin ve stavu vyvolaném duševní poruchou, jeho pobyt na svobodě je nebezpečný a nelze očekávat, že by uložené ochranné léčení s přihlédnutím k povaze duševní poruchy a možnostem působení na pachatele vedlo k dostatečné ochraně společnosti.

Zabezpečovací detenci může soud uložit samostatně, při upuštění od potrestání, anebo i vedle trestu. Byla-li zabezpečovací detence uložena vedle nepodmíněného trestu odnětí svobody, vykoná se po výkonu nebo jiném ukončení trestu odnětí svobody. Byl-li uložen nepodmíněný trest odnětí svobody v době výkonu zabezpečovací detence, její výkon se na dobu výkonu takového trestu odnětí svobody přerušuje. Po skončení výkonu trestu se pokračuje ve výkonu zabezpečovací detence.

Zabezpečovací detence se vykonává v ústavu pro výkon zabezpečovací detence se zvláštní ostrahou a s léčebnými, psychologickými, vzdělávacími, pedagogickými, rehabilitačními a činnostními programy.

Zabezpečovací detence potrvá, dokud to vyžaduje ochrana společnosti. Soud nejméně jednou za dvanáct měsíců a u mladistvých jednou za šest měsíců přezkoumá, zda důvody pro její další pokračování ještě trvají.

Zabezpečovací detenci může soud změnit dodatečně na ústavní ochranné léčení, pominou-li důvody, pro něž byla uložena, a jsou současně splněny podmínky pro ústavní ochranné léčení. Od výkonu zabezpečovací detence soud upustí, pominou-li před jejím započítáním okolnosti, pro něž byla uložena.

Ochranná opatření obecně jsou jedním z druhů trestních sankcí, které je možno uložit osobám trestně odpovědným, jakož i osobám trestně neodpovědným. Na rozdíl od trestů však neobsahují morálně politické odsouzení daného činu, ale převažuje u nich spíše jejich nápravná a preventivní úloha. Základním účelem ochranných opatření je nejenom chránit společnost před pachateli trestných činů, ale také pozitivním způsobem ovlivnit danou osobu, aby tyto trestné činy dále nepáchala. V případě ochranného léčení do popředí vstupuje terapeutická, výchovná a zabezpečovací složka.

U zabezpečovací detence převažuje ochrana společnosti nad rehabilitačním či resocializačním působením. Ačkoli je osoba umístěna do ústavu pro výkon zabezpečovací detence, který je uzavřeným zdravotnickým zařízením spravovaným vězeňskou službou, přesto není vyloučeno, aby se na tuto osobu působilo léčebnými, psychologickými, pedagogickými, rehabilitačními a činnostními programy se záměrem dosáhnout u těchto osob takové míry ochoty a spolupráce, která by umožnila změnu uložené zabezpečovací detence v ústavní ochranné léčení, po jehož úspěšném vykonání by se taková osoba mohla opět včlenit do společnosti.

Ochranná opatření se od trestů dále odlišují tím, že intenzita ochranných opatření není závislá na povaze a závažnosti spáchaného činu, ale na nebezpečnosti pachatele, potřebě jeho léčení, výchovy a izolace. Ochranné opatření ale nelze uložit, není-li jeho uložení přiměřené povaze a závažnosti pachatelem spáchaného činu, nebezpečí, které od pachatele v budoucnu hrozí, jakož i osobě pachatele a jeho poměrům.

Újma, která může být ochranným opatřením způsobena, není jeho účelem, ale spíše jeho nevyhnutelným důsledkem. Přesto však ani tato újma nesmí překročit hranici přiměřenosti. Újma tak nesmí být větší, než je nezbytné k dosažení účelu ochranného opatření.

Ochranné léčení může být podle stávající právní úpravy vykonáváno ve věznicích (vedle výkonu trestu odnětí svobody) nebo v mimovězeňských zdravotnických zařízeních (ústavní ochranné léčení v psychiatrických léčebnách nebo ambulantní ochranné léčení v ambulantních zdravotnických zařízeních)

Pacient je do výkonu ochranného léčení vykonávaném ve zdravotnickém zařízení přijat na základě písemného nařízení výkonu ochranného léčení vyhotoveného soudem podle § 351 trestního řádu po pravomocném rozhodnutí o uložení ochranného léčení, a to bez svého souhlasu či bez souhlasu zákonného zástupce. Tímto je obecně stanovena povinnost odsouzenému se tomuto rozhodnutí podřídit a ochranné léčení vykonat.

V případě opakovaného závažného porušení navrženého léčebného postupu nebo ohrožování jiných osob na životě nebo zdraví pacientem je toto jednání oznámeno soudu. Při naplnění všech znaků skutkové podstaty může pak být takové jednání posuzováno jako trestný čin maření výkonu úředního rozhodnutí podle § 337 trestního zákoníku.

Výkonem ochranného léčení se rozumí poskytování zdravotní péče, jejichž cílem je zlepšení zdravotního stavu pacienta a s tím související návrat jeho náhledu na realitu, život a schopnost reálně hodnotit důsledky svého chování a jednání.

Hlavní cíle ochranného léčení jsou:

- léčení duševní poruchy, kterou pacient trpí a na jejímž základě spáchal trestný čin,
- vytvoření náhledu pacienta na deviaci,
- resocializace a zařazení do běžného života,
- prevence opakování trestného činu způsobeného duševní poruchou,
- izolace jedince v podmínkách zdravotnického zařízení v případě, že je s ohledem na svůj zdravotní stav společensky nebezpečný a tím částečné zajištění ochrany veřejnosti uložením ochranného léčení.

V rámci léčby mohou být s pachatelem diskutovány možné alternativy léčby, včetně možnosti podstoupit útlumovou léčbu nebo chirurgickou kastraci. Kastrace však sama o sobě neznamená, že v případě, kdy se jí pachatel podrobí, bude automaticky propuštěn z ochranného léčení. Soud při rozhodování o možném propuštění bude totiž vždy zkoumat, zda podmínky pro výkon ochranného léčení stále trvají a zda bylo či nikoliv dosaženo účelu ochranného léčení. Pokud pachatel přestane být nebezpečný pro sebe a pro své okolí a pominou důvody, pro které mu bylo ochranné léčení uloženo, může být soudem propuštěn na svobodu. Z tohoto však nelze vyvodit, že chirurgická kastrace pachatele nebo útlumová léčba znamená sama o sobě automaticky pro soud, že rozhodne o jeho propuštění na svobodu.

V ČR je ústavní ochranné léčení u pachatelů, kteří spáchali sexuálně motivovaný trestný čin, vykonáváno v 7 psychiatrických léčebnách (PL Bohnice, PL Kosmonosy, PL Dobřany, PL Horní Beřkovice, PL Brno, PL Havlíčkův Brod, PL Opava), které jsou zřizovány Ministerstvem zdravotnictví.

Brichcín (2010) zdůrazňuje, že se nově mění též ustanovení §353 trestního řádu, řešící propuštění z OL a jeho ukončení: "Při dosažení účelu OL podá zdravotnické zařízení okresnímu soudu návrh na propuštění z OL ústavního. Návrh na ukončení podá, jakmile zjistí, že jeho účelu nelze dosáhnout. Nebude-li OL vykonáno tak, aby do dvou let od jeho započetí bylo rozhodnuto o propuštění z ochranného léčení nebo o jeho ukončení, podá zdravotnické zařízení nejméně dva měsíce před uplynutím lhůty dvou let od počátku výkonu OL návrh na jeho prodloužení." Podle tohoto autora „v návrhu na propuštění, ukončení nebo na prodloužení OL zdravotnické zařízení popíše průběh a výsledky OL a uvede důvody navrhovaného postupu. Může podat i návrh na uložení dohledu nad chováním osoby. Návrh adresuje okresnímu soudu, v jehož obvodu se OL vykonává. Návrh na propuštění z OL, jeho ukončení nebo prodloužení podává zdravotnické zařízení, státní zástupce, nebo léčená osoba. Okresní soud také rozhoduje na návrh zdravotnického zařízení nebo státního zástupce o změně ústavního OL na zabezpečovací detenci“.

Zákon č. 129/2008 Sb. o výkonu zabezpečovací detence a o změně některých souvisejících zákonů, který v části druhé (§ 43 cit. Zákona) novelizoval mimo jiné § 72 odst. 6 tr.zák. č. 140/1961 Sb., v němž novým způsobem upravil trvání ochranného léčení a rozhodování o jeho prodloužení. Podle tohoto ustanovení ochranné léčení potrvá, dokud to vyžaduje jeho účel, nejdéle však dvě léta; nebude-li v této době léčba ukončena, rozhodne soud před skončením této doby o jejím prodloužení a to i opakovaně, vždy však nejdéle o další dvě léta; jinak rozhodne o propuštění z ochranného léčení. Touto novelou se především zdůrazňuje, že se ochranné léčení nařizuje na určitou dobu, ale trvá tak dlouho, dokud si to vyžaduje jeho účel, avšak zásadním způsobem nově omezuje trvání ochranné léčby tak, že může trvat nejdéle dva roky; nový trestní zákoník současně umožňuje rozhodnout o prodloužení ochranného léčení (na návrh státního zástupce nebo zdravotnického zařízení), a to i opakovaně avšak vždy nejvíce o další dva roky. Na tuto úpravu hmotně právní pak navazuje

ustanovení § 353 odst. 1. tr. ř. o propuštění z ochranného léčení a jeho ukončení či ustanovení § 351a tr. ř. o změně ochranného léčení.

Český model ochranné sexuologické léčby je rozpracován pro ústavní i ambulantní formu. Recidivita sexuálních delikventů, kteří byli podrobena nucené sexuologické léčbě, je nižší než u těch, kteří jsou pouze trestáni (Zimanová a Hubálek, 1986, Zimanová a spol., 1987). Již na počátku šedesátých let vypracoval Nedoma koncepci tzv. adaptační léčby sexuálních deviantů. Jeho představa už tehdy vycházela z komplexního modelu, který zahrnoval psychoterapii, socioterapii a biologické léčebné postupy (Nedoma, 1963).

Až do sedmdesátých let 20. století se však podle Břichcína (2000) péče o sexuální delikventy v psychiatrických léčebnách omezovala na aplikaci ženského syntetického hormonu diethylstilbestrolu v injekční nebo perorální formě, psychoterapeutická pozornost jim nebyla věnována. Pacienti se nedovíдали nic o povaze své poruchy ani o svých adaptačních možnostech. Na propustkách z léčebny i po převedení do ambulantní péče přesahovala jejich recidivita 50 %, v mnoha případech docházelo k relapsu už do roka po soudním rozhodnutí o ukončení ústavního léčení (Zimanová a spol., 1986a).

Negativní zkušenosti s nespécializovanou terapií nakonec vedly k vytvoření koncepce specializované léčby navazující na původní Nedomovu představu. Kromě parafilních jedinců může být podle dosud platného Metodického listu hlavního odborníka pro psychiatrii č.1 z roku 1985 o léčebných postupech při ochranném léčení sexuálních deviantů do ochranné léčby zařazen i pachatel hypersexuální nebo pachatel se specifickou poruchou osobnosti, pokud tato vede k opakovaným mravnostním deliktům. Za specifika českého modelu terapie přitom lze dodnes považovat legislativní ukotvenost v institutu ochranné léčby sexuologické, dále skutečnost, že tato léčba je v naprosté většině případů nařizována soudem na základě sexuologické diagnózy parafílie, a nakonec lze za specifickou považovat i návaznost ústavní a ambulantní složky léčby, která – jak už bylo naznačeno – není zdaleka samozřejmostí ani v západoevropských zemích a ani v USA. Schematické znázornění legislativního a následného terapeutického postupu (tedy možnosti forem odsouzení a následného nařízení ochranné léčby pachatele po odhalení sexuálního deliktu) v ČR je uvedeno v grafu v příloze.

Podle už zmíněného trestního zákoníku může soud v případě deviantů odmítajících léčbu naříditi i jejich umístění ve specializovaném ústavu v rámci ochranné detence. Tato však není léčebným opatřením v pravém slova smyslu.

Specializovaná ústavní sexuologická léčba je poskytována sexuálním deviantům od roku 1976, kdy bylo v psychiatrické léčebně v Horních Beřkovicích otevřeno první samostatné oddělení zaměřené na léčbu těchto pacientů. Součástí "beřkovického" modelu ochranné ústavní léčby sexuálních delikventů byl pevně strukturovaný denní program. Na podobném základě, tedy na principu terapeutické komunity s behaviorálním, kognitivně behaviorálním a dynamickým působením kombinovaným s farmakoterapií, pak byly konstituovány v psychiatrických léčebnách v Praze 8 - Bohnicích (1986), Havlíčkově Brodě (1998), Kosmonosích (1989) a Brně Černovicích (1999) další specializovaná oddělení. Od března roku 1998 existuje i specializované vězeňské léčebné zařízení pro sexuální devianty ve věznici Kuřim. Skupinová psychoterapie na tomto pracovišti je založena na psychologické, didaktoterapeutické, arteterapeutické i abreaktivní složce. V terapii se využívají behaviorální, logoterapeutický a individuálně psychologický přístup včetně prvků Glasserovy realitní terapie.

Sexuologické oddělení psychiatrické léčebny v Praze-Bohnicích se zaměřilo na mravnostní delikventy z pražské aglomerace, jakož i na svízelné a komplikované případy z celého území státu. Převzalo sexodiagnostickou jednotku, fungující v léčebně už dříve pod vedením Kolářského. Zřídilo si vlastní ambulantní provoz, který umožnil longitudoální sledování pacientů propuštěných soudem do časově

předem neohraničené mimonemocniční péče, tedy do ochranného léčení ambulantního (Brichcín, 2000).

Na ústavní ochranné léčení sexuálních delikventů u nás navazuje zpravidla léčba ambulantní. Soud pacienta propustí do ambulantní léčby, dospěje-li k závěru, že jeho společenská nebezpečnost byla ústavní ochrannou léčbou snížena. U méně nebezpečných sexuálních delikventů bývá nařizována ambulantní ochranná léčba přímo. Trvání léčby je přezkoumáváno nejdéle před uplynutím dvou roků trvání. Délka ambulantní ochranné léčby sexuologické však dle Brichcína (1999) má být přímo úměrná závažnosti parafilního problému, takže například dispenzarizace agresivních sadistů, patologických sexuálních agresorů a recidivujících pedofilů bývá celoživotní. I jedinci po chirurgické desexualizaci by vzhledem k nebezpečnosti své anomálie měli zůstat v dispenzární péči až do vysokého věku. V ambulantní léčbě se zvláště v posledních deseti letech objevuje stále více problémů, které částečně souvisí i s reformou našeho zdravotnictví. Léčba je (zvláště mimo hlavních center) často prováděna v nesespecializovaných ambulancích pracovním přetížených psychiatrů bez sexuologické atestace, pro které je obvykle pouze okrajovou a finančně nezajímavou, přitom však časově poměrně náročnou, záležitostí. Ze zákona vyplývající povinnost soudů kontrolovat průběh ochranné léčby rovněž není vždy dodržována. Negativní vliv poklesu kvality léčby na recidivitu pacientů je proto v budoucnu velmi pravděpodobný.

### 5.6 Výsledky terapie

Pravděpodobně jak mezi odborníky, tak i v nejširší laické veřejnosti panuje souhlas v tvrzení, že neadekvátnějším měřítkem úspěšnosti terapie je recidivita pacientů po její absolvování. Při zkoumání této recidivity se však setkáváme s některými komplikacemi, které snižují spolehlivost získávaných dat. Pokud použijeme jako její indikátor znovu odsouzení pachatele za sexuální delikt, postihneme pouze tzv. kriminální recidivitu (tedy tu její část, o které máme poznatky), přičemž skutečný výskyt i frekvence deviantního chování může být mnohem vyšší. Jak upozorňují Weiss a Zvěřina (1999), právě u trestných činů typu sexuálního zneužívání a znásilnění je latentní kriminalita velmi vysoká. Podle Barbareeho a Seta (1997) je možnost zjištění a uvěznění pachatele sexuálního deliktu ovlivněna množstvím faktorů, jakými jsou například jeho štěstí či schopnost vyhnout se zatčení, kvalita orgánů činných v trestním řízení nebo ochota obětí o činu vypovídat. Pokud se získají informace z jiných než policejních zdrojů, zjišťuje se 2,5x vyšší počet recidiv ve srovnání s těmi, které byly zahrnuty do policejních záznamů, podle Kossově (1992) dokonce minimálně 4x vyšší.

Situace je navíc komplikována i skutečností, že mnohé sexuální delikty jsou postihovány na základě nesexuálních paragrafů trestního zákona (u nás například bylo až do novelizace zákona o znásilnění v roce 2001 klasifikováno přinucení k orálnímu či análnímu styku jen jako omezování osobní svobody či jako trestný čin vydírání, fetišistické získávání prádla je dodnes posuzováno jako krádež, exhibice je stíhána jako výtržnictví apod.).

Výzkum úspěšnosti léčby je přitom limitován i etickými aspekty. Z metodologického hlediska je tím nejvýznamnějším velmi omezená možnost vytváření kontrolních srovnávacích skupin neléčených pacientů. Bylo by asi eticky nepřijatelné, kdyby se pouze pro účely výzkumu vytvořila (například náhodným výběrem) skupina pacientů bez adekvátní léčby a poté se jejich recidivita srovnávala s recidivitou pacientů léčených. Výzkumy se tak v této oblasti nutně omezují pouze na srovnání recidivity pacientů před léčbou a po jejím absolvování. Kritériem úspěšnosti terapie je pak eventuelní snížení počtu recidiv.

Pokusem o alespoň částečné překonání etických omezení jsou studie, v nichž se srovnává recidivita skupiny léčených pacientů s recidivitou pachatelů trestných činů odpovídajícího charakteru obecně

(na základě oficiálních statistik týkajících se kriminality), nicméně i tato zjištění mají pouze omezenou platnost (srovnávají se nehomogenní soubory). Tato statistická srovnání svědčí podle Marshalla a Barbareeho (1990b) například o tom, že z nepacientských skupin nejméně recidivují neléčení incestní delikventi (4–10 %), zatímco sexuální agresori v 7 až 35 %, pedofilní delikventi s extrafamiliárními objekty zaměřeni na dívky v 10 až 29 % a ti, kteří jsou zaměřeni na chlapce, ve 13 až 40 %. Nejvíce dle autorů recidivují neléčení exhibicionisté (41 až 71 %). Zde však musíme mít na paměti už uvedené zjištění, že odhalené recidivy pachatelů sexuálních trestných činů tvoří jen část skutečného výskytu delikventního chování.

Jiný druh výzkumů je pak zaměřen na srovnání úspěšnosti jednotlivých druhů terapie. Zde etické námitky nejsou tak relevantní, protože na různých pracovištích jsou často aplikovány různé terapeutické metody dle odborného zaměření terapeutů. Jsou tedy prováděna srovnání účinnosti farmakoterapie versus psychoterapie, v rámci psychoterapie se srovnávají efekty behaviorálních metod a psychodynamického přístupu, individuální nebo skupinové psychoterapie apod., v rámci farmakoterapie se srovnává úspěšnost léčby různými typy léčivých přípravků. Některá zjištění týkající se vlivu a účinnosti jednotlivých metod vzhledem k recidivitě léčených pacientů uvádíme v dalším textu.

Dalším metodologickou komplikací ve výzkumu účinnosti léčby je skutečnost, na kterou při své analýze prací týkajících se efektů terapie upozorňují Hanson a Thornton (1999). Důležitou roli při sledování recidivy totiž hraje i doba, uplynulá od léčby. Podle těchto autorů lze ze statistického hlediska očekávat znovudsouzení za sexuální delikt přibližně u 18 % pacientů za 5 let od propuštění, u 22 % za 10 let a u 26 % za 15 let. I podle Marshalla a Barbareeho (1990b) je katamnestické sledování kratší než dva roky bezcenné. U své skupiny pedofilních delikventů po dvou letech zjistili recidivitu pouze u 5,5 %, po čtyřech letech však až u čtvrtiny pacientů (u neléčených do dvou let u 12,5 % a po čtyřech letech dokonce u 64,3 %). Data týkající se úspěšnosti jednotlivých druhů léčby je proto velmi obtížné srovnávat, protože autoři ve svých studiích obvykle referují o různých dlouhých obdobích katamnestického sledování pacientů – od několikaměsíčních až po mnohaletá. V podstatě všechny domácí i zahraniční výzkumy týkající se recidivity sexuálních delikventů mají ze všech výše uvedených důvodů pouze omezenou platnost. Nicméně i vzhledem k těmto omezením lze na základě dosavadních studií konstatovat vzhledem k pravděpodobnosti recidivy některá zajímavá zjištění.

### **5.6.1 Recidivita**

Z hlediska recidivity jsou výsledky léčby, publikované českými odborníky plně srovnatelné s výsledky podobně zaměřených pracovišť ve vyspělých zemích, USA, Kanadě, Německu, Velké Británii či Holandsku, a jednoznačně potvrzují oprávněnost našeho modelu specializované léčby parafilních sexuálních delikventů. Recidivita je u nás přitom zjišťována – jak plyne i z české právní úpravy podmínek léčby sexuálních deviantů – u jiného souboru pacientů než v zahraničí. Naprostá většina parafilních sexuálních delikventů je u nás odesílána do léčby nedobrovolně, tedy na základě výroku soudu, zatímco v jiných zemích je tato léčba častěji dobrovolná (i když často na doporučení soudu) a pacient ji může odmítnout nebo přerušit. Navíc většinu našich pacientů tvoří deviantní pachatelé, zatímco většina zahraničních terapeutických programů se věnuje závažným sexuálním delikventům bez specifikace přítomnosti parafilní preference. Přitom - jak plyne z analýzy Hansona a Bussiéra (1996) a ostatních autorů – je sexuální deviance faktorem, který nejvíce zvyšuje pravděpodobnost recidivy sexuálně delikventního chování.

Dle údajů ze tří v současné době existujících specializovaných oddělení zaměřených na ústavní léčbu sexuálních delikventů (PL Horní Bečkovice, PL Praha 8 - Bohnice, PL Kosmonosy) prošlo těmito odděleními v době od jejich založení do června 1995, kdy bylo poslední katamnestické sledování

provedeno, celkem 953 pacientů (Weiss, 1999). Z hlediska diagnostického šlo především o pedofily (33 %), exhibicionisty (27 %) a sexuální agresory (26 %). Během léčby požádalo o chirurgickou kastraci celkem 84 pacientů (tedy 8,8 % všech léčených), především sadistů, sexuálních agresorů a pedofilů. Kriminální recidiva sexuálně delikventního chování pak byla zaznamenána u 163 propuštěných pacientů (tj. 17,1 % všech léčených), mezi nimiž převládali exhibicionisté a sexuální agresori. Z pacientů po kastraci nerecidivoval žádný.

Dále je pro hodnocení úspěšnosti českého modelu ochranné sexuologické léčby k dispozici údaj o recidivitě pacientů za desetileté období (roky 1987–1996) ústavní léčby na sexuologickém oddělení v Psychiatrické léčebně v Praze Bohnicích, které bylo vyhodnoceno katamnestickou anketou. Z 316 pacientů, kteří léčení absolvovali, byla oslovena větší část se známým bydlištěm. Odpověděly 103 osoby. Z celého souboru respondentů deviantní aktivitu zopakovalo – vesměs v méně nebezpečné formě – 10 % propuštěných z léčebny (Brichcín a spol., 1997).

Ve světě se otázce úspěšnosti léčby začala věnovat pozornost především od publikace článku Furbyho a jeho spolupracovníků v roce 1989. Autoři na základě přehledu článků týkajících se vlivu léčby na recidivu sexuálních delikventů vyvodili závěr, že kvůli zjevné metodologické nespolehlivosti dostupných dat nelze vůbec určit, zda terapie vede skutečně k redukci recidivity (Furby a spol., 1989). Jejich tvrzení vyvolalo širokou polemiku v americkém odborném tisku. Mnozí autoři v ní dokazovali (i na základě vlastních studií), že i přes tyto metodologické nedostatky výzkumů lze prokázat, že především komplexní kognitivně behaviorální terapeutické programy a kombinace farmakologických a psychologických léčebných metod vede k prokazatelnému snížení recidivity u léčených pachatelů sexuálních trestních činů (Marshall a spol., 1991, Pithers, 1993, Marshall a Pithers, 1994).

Hall (1995) provedl meta-analýzu 12 studií výsledků léčby, publikovaných po studii Furbyho a jeho kolegů, a prokázal, že léčba i při splnění těch nejpřísnějších metodologických kritérií prokazuje jednoznačnou účinnost. Ke snížení recidivity vedly především kognitivně behaviorální a hormonální terapeutické metody, méně pak programy behaviorální. Výzkumy byly založeny na průměrném 6,9 letém katamnestickém sledování, při kterém recidivovalo 19 % léčených a 27 % z kontrolní skupiny neléčených sexuálních delikventů.

#### Efektivita farmakoterapie

Při sledování výsledků hormonální léčby bylo zjištěno, že z hlediska snížení recidivity u sexuálních delikventů je například terapie Androcurem vysoce účinná. Dokazuje to i následující tabulka, v níž Neumann a Kalmus (1991) sumarizovali výsledky studií zaměřených na výsledky léčby CPA.

Vliv léčby Androcurem na recidivu sexuálních delikventů

Studie	doba sledování (v letech)	N	recidivita (N)	
			před léčbou	po léčbě
Horn (1973)	1-4,5	33	33	2
Fahndrich (1974)	0,5-3	15	14	1
Davies (1975)	0,5-3	16	16	0
Appelt a Floru (1974)	0,5-1,5	6	6	2
Jost (1974)	0,5-3	11	6	1



Jost (1975)	1-4	10	10	1
Baron a Unger (1977)	1	6	3	1

Efektivitu terapie medroxyprogesteronacetátem prokazuje například studie Meyera a spol. (1992), kteří léčili Proverou 40 deviantních pacientů, hlavně pedofilů. Za 6 měsíců až 12 let sledovaného období recidivovalo 18 % léčených pacientů a 35 % z nich po ukončení léčby. I tato recidivita však byla podstatně nižší než 58 % v kontrolní skupině těch, kteří farmakoterapii odmítli.

Bártová a spol. (1984) srovnali intraindividuálně u třiceti pacientů účinnost lithia, oxyprothepin dekanoátu a cyproteron acetátu, přičemž jako neúčinnější z hlediska zabránění recidivy se projevila injekční aplikace oxyprothepin dekanoátu v dávce 12,5 mg ve čtyřtýdenních intervalech, po níž ve sledovacím období nerekidivoval žádný z celkem deseti takto léčených pacientů (při lithiu to byli dva a při cyproteron acetátu jeden pacient).

Zvěřina (1990) referoval o výsledcích ambulantní ochranné léčby sexuologické u 103 pacientů, z větší části léčených diethylstilbestrolem a z menší části medroxyprogesteronacetátem parenterálně. Z hlediska diagnózy bylo 18 pacientů homosexuálně pedofilních a efebofilních, 8 heterosexuálně pedofilních, 1 pacient spáchal heterosexuální incest. Po tříletém sledování zrecidivovali 2 heterosexuálně orientovaní a 5 homosexuálně zaměřených pedofilů.

#### Efektivita kastrace

Snížení recidivity sexuálně delikventního chování pacientů po kastraci poskytuje nejdůležitější argumenty pro obhájece tohoto zákroku. Jak plyne z přehledu uváděného v tabulce (Hamplová a Weiss, 1996), opakování sexuálního deliktu po operaci je spíše vzácné.

Recidivita u kastrovaných sexuálních delikventů

Autor	Počet pacientů	Recidivita v procentech	
		před	po
Kinmark (1949)	307		0,0
Bremer (1959)	41	58	7,3
Ohm (1960)	22	4	3,6
Theiler (1960)	76		3-4
Rossum (1960)	237		1,3
Langelüddeke (1963)	1618	84	2,8
Sand (1933)	900	50-60	1,1
Sturup (1966)	3186		2,2
Schultka (1971)	147		0,0
Cornu (1973)	121	77	5,8
Heim (1980)	39		11,0
Zimanová a spol. (1988)	17		0,0
Wille a Beier (1989)	25	25	3,0

Uvedená data svědčí jednoznačně o úspěšnosti kastrace jako metody k zabránění opakování sexuálních deliktů. Je patrné, že recidivita pacientů před kastrací se pohybovala mezi 25 a 100 %, zatímco po určeném sledovacím období (u naprosté většiny autorů se zde jednalo o období 5–10 let po zákroku) klesá na několik málo procent. Výjimkou je zde výsledek udávaný Heimem (1980), ovšem sám autor uvádí, že některé jeho případy recidivy byly sporné.

Zvláštní hodnotu mají práce Cornua (1973) a Willeho a Beiera (1989). Cornu sledoval recidivitu nejen u 121 kastrovaných sexuálních delikventů, nýbrž i u 50 dalších, jimž byla orchiektomie doporučena ze stejných důvodů jako první skupině, avšak byla pacienty odmítnuta. Recidivita pacientů před kastrací byla 77 %, u kontrolní skupiny 66 %. Během 5 až 30 let po kastraci recidivovalo 5,8 % operovaných pacientů. Ve skupině nekastrovaných byla ve stejné době recidivita bezmála desetinásobná (52 %).

Wille a Beier (1989) vyloučili psychicky nemocné a ty, kteří spáchali před kastrací sexuální delikt, který nebyl postihnutelný německými zákony. Rovněž použili srovnávací skupinu odpovídajícího věku, inteligence a druhů trestních činů. Tři procenta kastrovaných zopakovala po zákroku trestný čin sexuálního charakteru. Je to signifikantně méně než 46 % u mužů kontrolní skupiny. Statisticky významný však nebyl rozdíl v recidivitě nesexuálních trestných činů. Tito autoři tedy uzavírají, že kastrace specificky snižuje pouze výskyt sexuálních deliktů.

Jiným zajímavým zjištěním je vyšší recidivita u pacientů, kteří měli před kastrací více než jeden delikt (23 %), ve srovnání s muži, kteří se podrobili odnětí pohlavních žláz hned po svém prvním sexuálním trestném činu (1,2 %) (Sturup, 1972). Koresponduje to s dřívější zkušeností, podle které je nejvyšší pravděpodobnost recidivy u jedinců, kteří mají v trestním rejstříku nejvíce sexuálních trestných činů (LaMaire, 1956).

Podle Weinbergerové a spol. (2005) jsou z hlediska recidivy pacientů po orchiektomii rozhodující dvě skutečnosti: a) že samotná chirurgická dezaktivace nebyla jediným léčebným opatřením (doporučují doplnění nejlépe doplnit kastraci kognitivně-behaviorální terapií) a b) je zajištěno, že pacient po propuštění nebude mít přístup k testosteronové suplementaci.

### 5.7 Standardy léčby

V posledních letech jsme svědky snah odborníků, zabývajících se léčbou sexuálních delikventů, o určitou institucionalizaci terapie. Úkolu vytvořit základní standardy léčby těchto pacientů se ujala organizace IATSO (International Association for the Treatment of Sexual Offenders), která byla založena za účasti českých delegátů (jako jediných z postkomunistického bloku) odborníky z celého světa zabývajících se touto problematikou na V. mezinárodní konferenci o léčbě sexuálních delikventů v roce 1998 v Caracasu (Venezuela).

Podle Colemana a Minera (2000) si IATSO klade za cíl zkoumat problémy a využít poznatky z oblasti fenoménů sexuálního zneužívání a sexuálního násilí. Její zakladatelé navázali především na dlouhou tradici evropské psychiatrie ve zkoumání lidské sexuality a jejích problémů. Vycházejí přitom z předpokladu, že nelze vytvořit smysluplnou teorii a ani účinnou léčbu v oblasti znásilnění, zneužívání a parafilii bez znalostí psychodynamických mechanismů těchto jevů. Současně si však autoři uvědomují i důležitost kognitivně behaviorálních přístupů, vycházejících především z teorií amerických a kanadských odborníků, které mohou být velmi užitečným nástrojem v léčbě zaměřené na redukci rizika u některých typů sexuálních delikventů. Bylo by však dle autorů chybou omezit terapii pouze na psychotherapeutický přístup, protože výzkum mozkové činnosti a psychofarmakologický výzkum v

posledních letech poskytli neméně užitečné poznatky o sexuálním násilí, a současně pomohli vyvinout i prostředky umožňující snížení rizika recidivy.

Cíle a východiska IATSO jsou následující (Coleman a Miner, 2000): prosazuje humánní, důstojnou, etickou a efektivní léčbu sexuálních delikventů, podporuje výzkum podstaty sexuální delikvence a osobnosti pachatelů sexuálních deliktů, podporuje vývoj a zkvalitňování účinných terapeutických metod, zaměřuje se na vědecké hodnocení léčebných metod a periodicky přezkoumává a rozšiřuje standardy léčby sexuálních delikventů. Provádí vědecké studie zaměřené na hodnocení efektivity léčby, při nichž vychází z předpokladu, že léčbu sexuálních delikventů a výzkum v této oblasti je možné zkvalitnit mezinárodní komunikací a výměnou myšlenek, výsledků výzkumu a terapeutických metod. Domnívá se, že léčba sexuálních delikventů by měla být podporována a dostupná. Dále věří, že léčba sexuálních delikventů vede ke snížení incidence sexuálních trestných činů. Předpokládá, že pouhý trest za sexuální delikt není dostatečným odstrašujícím prostředkem, a věří i v to, že recidivita sexuálních delikventů je nejúčinněji snižována jejich léčbou. Léčbu pro sexuální delikventy považuje za základní lidské právo, a současně považuje za základní lidské právo i žít bez sexuálního násilí a sexuálního zneužívání.

Dle IATSO psychologická (psychoterapeutická) léčba v současné době zahrnuje celou škálu terapeutických programů vyvinutých speciálně pro léčbu sexuálních deviantů a delikventů. Různé terapeutické metody vycházejí z rozličných psychologických a psychiatrických teorií deviantního sexuálního chování, například z teorií psychoanalytických, kognitivních, behaviorálních, z teorií sociálního učení či z teorií rodinných systému. Psychologická nebo psychiatrická léčba může probíhat ve formě individuální, párové, rodinné nebo skupinové terapie. Cílem léčby je zabránit další recidivě sexuálně deviantního chování a chránit ostatní před viktimizací. Biomedicínská léčba je pak založena na farmakologické intervenci, která zahrnuje možné použití antiandrogenů, antidepressiv, anxiolytik, antiepileptik, antipsychotik a/nebo jiných druhů léčivých přípravků (možnost dobrovolné kastrace nebyla do těchto mezinárodních standardů zahrnuta).

### **5.7.1 Východiska terapie**

Podle Colemana a spol. (2000) jsou nezbytným východiskem adekvátní terapie následující předpoklady:

Budoucí pacient by měl být důkladně posouzen z hlediska deviantního chování a stavu celkového sexuálního zdraví. Toto posouzení by mělo zahrnovat i určení jeho vhodnosti pro léčbu, motivace pro léčbu, psychiatrickou, sexuologickou a psychologickou diagnózu a zvážení stupně jeho nebezpečnosti pro okolí.

Celkové somatické vyšetření je doporučeno zvláště v případech, kdy zdravotní problémy vyžadují specializovanou léčbu, například při kardiovaskulárních poruchách, jaterních poškozeních, mozkových poškozeních a epilepsii.

Mělo by být provedeno psychodiagnostické a/nebo psychiatrické vyšetření, které by u pacienta vyloučilo jiné psychické poruchy. Pokud by jiné psychické poruchy byly u pacienta diagnostikovány, měly by být léčeny současně s léčbou jeho parafilní poruchy.

Pokud je nevyhnutelná nebo pacientem vyžadována farmakoterapie, pacient by měl být informován o jejích pozitivních i o možných negativních vedlejších účincích.

### **5.7.2 Požadavky na terapeuta**

Dle autorů by terapeut, zabývající se léčbou sexuálních delikventů, měl splňovat následující požadavky (minimální standardy):

Dosažený stupeň vzdělání na úrovni master (M.A.) nebo tomu odpovídajícího ekvivalentu (u nás PhDr., eventuálně Mgr.) nebo úplné medicínské vzdělání (titul M.D., u nás MUDr.), dosažené na státně akreditované škole (instituci).

Měl by prokázat terapeutickou kompetenci, potvrzenou licenci nebo jejím ekvivalentem, která opravňuje provozovat lékařskou, psychologickou, klinicko-sociální praxi nebo profesionální, manželské či rodinné poradenství.

Měl by prokázat specializovanou kompetenci v terapii a diagnostice sexuálních poruch a sexuálně delikventního chování, dokumentovanou výcvikem a supervidovanou klinickou praxí, a to současně s doklady o průběžném vzdělávání.

Prokázat výcvik a kompetenci v poskytování psychoterapie.

### 5.7.3 Standardy terapie

Závěrem pak autoři dospívají k minimálním akceptovatelným pravidlům pro léčbu sexuálních deviantů, tedy k minimálním standardům terapie (Standards of Care), které by podle IATSO měly být základem pro posuzování práce každého odborníka v této oblasti. Terapie by se měla dle Colemana a spol. (2000) řídit těmito principy či pravidly:

- Pravidlo 1: Existují důkazy, že některé druhy terapie jsou účinné v ovlivňování a snižování recidivity u některých typů sexuálních delikventů.
- Pravidlo 2: Léčba je delikventy vnímána jako proces volby (mají tedy možnost výběru), přičemž někteří jedinci nepovažují své sexuálně delikventní chování za patologické.
- Pravidlo 3: Hodnocení výsledků léčby sexuálních delikventů vyžaduje specializované znalosti, které obvykle nejsou součástí vzdělání klinických psychologů, psychoterapeutů či lékařů.
- Pravidlo 4: Léčba je zaměřena na zvýšení kvality života a je považována za humánní terapii pro jedince, kteří se dopustili sexuálního deliktu, a současně i za způsob, jak jim pomoci předcházet recidivě sexuálně deviantního chování.
- Pravidlo 5: Pacient, u něhož se prokázala somatická porucha či choroba, je léčen před anebo paralelně s psychoterapií, a to způsobem, který je považován za adekvátní pro tuto poruchu.
- Pravidlo 6: Pacient s psychiatrickou diagnózou (například schizofrenie) je nejdříve léčen prostředky, které jsou považovány za adekvátní pro léčbu této poruchy, nebo – pokud je to možné – léčen pro psychickou i sexuální poruchu současně.
- Pravidlo 7: Léčba sexuálních delikventů může být založena na množství různých terapeutických přístupů. Je proto nezbytné, aby odborníci drželi krok s vývojem oboru a poskytovali co možno nejefektivnější léčbu, jejíž účinky jsou potvrzovány výsledky výzkumů.
- Pravidlo 8: Léčba může zahrnovat i farmakoterapii, která snižuje sexuální vzrušení a výskyt sexuálních fantazií, a na základě které cítí někteří pacienti snížení sexuálního puzení.
- Pravidlo 9: Odborníci, kteří pracují se sexuálními delikventy, by měli být připraveni profesionálně spolupracovat s orgány činnými v trestním a soudním řízení.
- Pravidlo 10: Sexuální delikventi by měli být po léčbě často dále sledováni, měli by být ke kontrolním vyšetřením vyzýváni nebo by návštěvy terapeuta měly být od nich vyžadovány.

- Pravidlo 11: Je neetické vyžadovat od pacientů platby za služby, které slouží primárně k výzkumným účelům, a které neslouží přímo zájmům pacienta.
- Pravidlo 12: V zájmu toho, aby legislativci i široká veřejnost byli informováni o účinnosti léčby sexuálních delikventů, by odborníci měli spolupracovat na vědecky podložených studiích týkajících se výsledků terapie.
- Pravidlo 13: Sexuální delikventi jsou často účastníky soudního řízení, a proto odborníci, kteří se zabývají jejich léčbou, musí být k účasti na těchto řízeních v případě nutnosti připraveni.
- Pravidlo 14: Sexuální delikventi mají stejné právo na zachování povinné mlčenlivosti zdravotnických pracovníků (právo na ochranu zdravotnických a osobních údajů) jako ostatní kategorie pacientů, ovšem s výjimkami určenými zákonem (například v případě trestných činů podléhajících oznamovací povinnosti).
- Pravidlo 15: Sexuální delikventi nesmí být diskriminováni z hlediska věku, pohlaví, rasy, národnosti, země původu, náboženského přesvědčení, socioekonomického statusu nebo případného fyzického či psychického handicapu.
- Pravidlo 16: Odborníci, kteří se zabývají léčbou sexuálních delikventů, by měli těmto jedincům přistupovat s úctou a s respektem. Pokud nejsou schopni soucítit s pacientem, měli by ho o tom adekvátním způsobem informovat.

Předností práce s parafilními sexuálními delikventy v České republice je existence specializovaných sexuologických pracovišť v psychiatrických léčebnách. V těchto odděleních se pracuje podle zavedeného specializovaného psychoterapeutického a režimového programu, který je propracován a dobře definován. Také používaná medikamentózní terapie má své definované indikace a postupy, které odpovídají mezinárodním standardům. Ve výjimečných případech česká legislativa umožňuje, aby rizikový a jinak neovlivnitelný parafilní delikvent požádal o provedení kastrace.

Nedostatek našeho systému vidíme v nejasně definované síti ambulantních sexuologických pracovišť, která by byla pověřena výkonem ambulantní ochranné léčby pro tuto skupinu delikventů. Nejsou definovány odborné kompetence lékařů a jiných odborníků, ani minimální standardy vybavení takových ambulantních zařízení. Také skutečnost, že odborná péče o tyto pacienty je hrazena z jejich zdravotního pojištění, považujeme z etického hlediska za problematické. Některé léčivé přípravky zde používané jsou poměrně nákladné, anebo indikované „off label“, a proto bychom považovali za provozně praktičtější, kdyby tato ústavní i ambulantní léčba byla hrazena z centrálních zdrojů. Rovněž za problematické považujeme, že pacienti v tomto typu ochranné léčby jsou osvobozeni od hrazení „regulačních poplatků“ v našem systému zdravotní péče.

## **6. Souhrn doporučených postupů v terapii parafilních sexuálních delikventů**

Na počátku terapeutických standardů stojí co nejspolehlivější diagnóza sexuální deviace, parafílie. Vycházíme z předpokladu, že tato kvalitativní porucha je zpravidla přítomna celoživotně. Pokud není ovlivněna terapií, představuje trvalý problém pro sociosexuální adaptaci subjektu. Spolehlivá a nezpochybnitelná diagnóza parafílie je někdy nesnadná a sporná. U pachatelů zvláště nebezpečných sexuálních zločinů (pohlavní zneužívání dětí, opakované sexuálně agresivní delikty, sexuální vraždy) již pouhé kvalifikované podezření na přítomnost parafílie je racionálním důvodem k medicinalizaci případu.

Kromě parafílie se často u sexuálních delikventů vyskytují další poruchy a chorobné stavy, které mohou hrát roli nespecifických kriminogenních faktorů. Jedná se zejména o různě závažné poruchy osobnosti, psychózy, a/nebo závislosti na alkoholu a drogách.

Základem terapie parafilních sexuálních delikventů je systematická psychoterapie, zaměřená na psychické a sociální aspekty parafilní dispozice. Cílem je „sexuální adaptace“, tedy situace, kdy pacient získává náhled své odchýlné sexuální motivace a osvojí si způsob, jak se svou odlišností může žít bez konfliktů s okolím.

Terapie má snížit riziko recidivy a zvýšit kvalitu života pacienta. Biologická terapie má být vždy doprovázena psychoterapeutickým působením.

### **6.1 Psychoterapie**

Obvykle se kombinuje individuální a skupinová psychoterapie, zejména kognitivně-behaviorálního typu. Zaměřuje se na empatii, kontrolu sexuálních impulsů, prevenci recidivy a zpětnou vazbu. Kombinace s biologickou léčbou vykazuje lepší výsledky co do recidivity. Sama psychoterapie je standardem tam, kde se nejedná o nebezpečné parafílie.

### **6.2 Biologické terapie**

#### Psychofarmaka

Lithium karbonát, karbamazepin a jiná thymoprofylaktika, tricyklická antidepresiva, mirtazapin, neuroleptika a jiné. Většinou jde v citované literatuře o kasuistiky a malé soubory s relativně krátkou katamnézou. Můžeme sotva hovořit o skutečně kontrolovanými studii ověřené účinnosti této léčby. Nicméně řada prací přesvědčivě dokládá jistou účinnost psychofarmak při snižování naléhavosti sexuálních motivů. V tomto směru se jako nejspolehlivější jeví zejména antidepresiva typu SSRI. Hlášeny jsou úspěchy u parafilí a také u hypersexuality neparafilních subjektů. Ordinance samotných psychofarmak je indikovaná zejména u případů exhibicionismu, voyérismu, nebo u kompulzivní masturbace.

#### Antiandrogeny

Antiandrogeny se v této indikaci aplikují po desítky roků. Klinických zkušeností je mnoho, avšak podobně jako u psychofarmak zde chybí důsledně kontrolované studie. Výzkumy u těžkých sexuálních delikventů jsou prakticky neuskutečnitelné, protože jedinci tohoto typu nemohou být za eticky udržitelných podmínek léčeni placebem. O schopnosti antiandrogenů tlumit účinně sexuální aktivitu mužů existuje však celosvětový konsensus. Doporučené dávky antiandrogenů: Medroxyprogersteronacetát (MPA): 50-100mg/d. p.o. 300 – 500 mg / týdně i.m. k dispozici je celá řada kasuistik a studií. Cyproteronacetát (CA): 100 – 400 mg/1 – 2 týdny i.m. depotní preparát, p.o. 50 – 200 mg denně. Tento preparát je používán v Evropě a Kanadě. Doba podávání většinou do jednoho roku, vzácně déle, třeba i 8 roků. Při podávání těchto medikamentů je třeba dbát kontraindikací: tromboembolická nemoc, hepatopatie, alergické reakce na léčivý přípravek.

#### GnRH analoga (triptorelin, leuprorelin, goserelin)

Analoga gonadoliberinu (GnRH) jsou v posledních letech nejúčinnějším prostředkem k farmakologickému potlačení androgenní regulace. Navíc prostředkem, který má jen málo vedlejších účinků a minimum kontraindikací (prakticky jen alergie na léčivý přípravek a pokročilá osteoporóza). Používané přípravky: triptorelin (3.75 mg/měsíc s.c.), leuprorelin (3.75 – 7.5 mg/měsíc s.c., nebo 7.5 – 11.25 mg/3 měsíce s.c.), nebo goserelin (10,6 mg /3 měsíce s.c.).

Ani zde nejsou kontrolované randomizované studie. Nejdelší podávání je doloženo po 7 a 10 roků. Optimální je podávat tuto medikaci v indikovaných případech dostatečně dlouho, minimálně pak po 3 - 5 roků. Po takovém období sexuálního útlumu lze získat dobrý vztah s pacientem a uspokojivou komunikaci. Analoga GnRH jsou nesporně rychleji nastupující a spolehlivější než antiandrogeny. Terapie těmito prostředky bývá někdy nesprávně označována jako „chemická kastrace“. Sexuální útlum zde samozřejmě trvá jen po dobu aplikace preparátu a vedlejší účinky jsou zde plně reverzibilní v prvním roce po přerušení aplikace.

Žádné hormonální přípravky nesmějí být aplikovány:

- chybí-li kvalifikovaný souhlas pacienta,
- není-li dokončen somatosexuální vývoj,
- při těžké hypertenzi, kardiální či renální lézi, depresivní poruše, alergii na preparát, onemocnění hypofýzy.

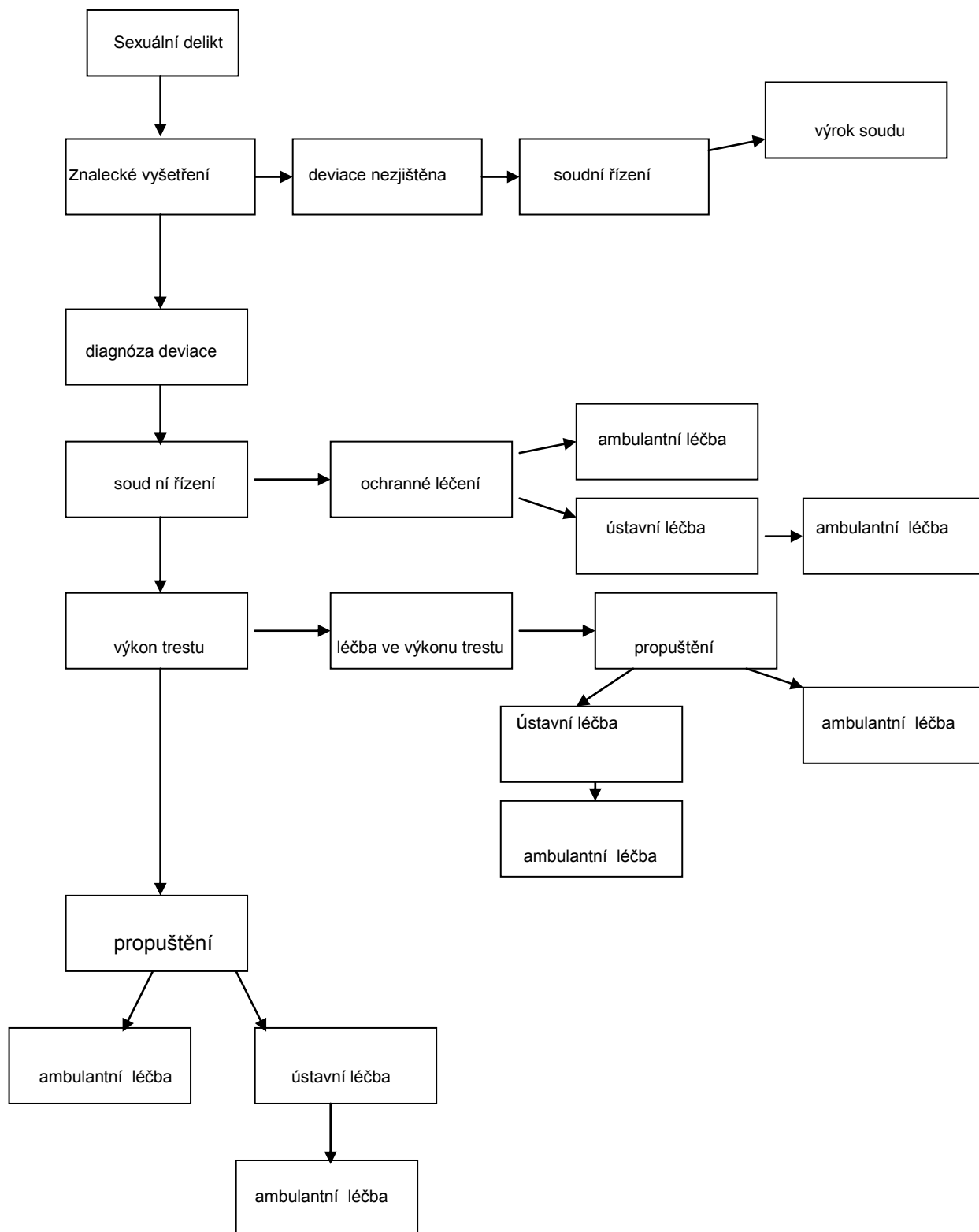
#### Bilaterální orchiektomie (kastrace)

O účinnosti kastrace ve vztahu k sexuálnímu útlumu muže není žádných pochybností. U nebezpečných parafilií, které nelze jiným způsobem spolehlivě příznivě ovlivnit, považujeme tento chirurgický výkon za užitečnou součást našeho terapeutického arsenálu. Jde o výkon, vyžadující speciální terapeutický režim. Musí být proveden výhradně na žádost pacienta po jeho zevrubném poučení o povaze této terapie. Kritici kastrací nepopírají jejich efektivitu, ale uvádějí, že jsou dostupné účinné a méně invazivní alternativy. To je samozřejmě pravda jen částečně. Ani dlouhodobé podávání antiandrogenů a analog GnRH není trvalým řešením a funguje jen, dokud jsou léčivé přípravky v pravidelných intervalech podávány.

Jak uvedeno shora, je třeba při žádostech pacientů o kastraci postupovat podle platného Zákona o speciálních zdravotních výkonech a podle příslušných metodických vyhlášek Ministerstva zdravotnictví ČR. Nepodkročitelnou podmínkou provedení kastrace je kromě kvalifikovaného souhlasu pacienta také schválení výkonu odbornou centrální komisí Ministerstva zdravotnictví ČR (Vyhláška MZd ČR).

Při dlouhodobé léčbě antiandrogeny a analogy GnRH, stejně jako u dispenzarizovaných pacientů po kastraci se doporučuje kromě pravidelných kontrol duševního stavu a sexuálních poměrů u pacientů také občasné vyšetření glykemie (1x za rok), density kostí (1x za 2 roky), váhy, jaterních testů. V případech, kdy vzniká podezření na utajenou androgenní suplementaci se doporučuje občasná kontrola hladiny testosteronu v krvi.

Možnosti postupu v rámci vyšetřování a léčby sexuálních delikventů v ČR





### Použitá a doporučená literatura:

- American Psychiatric Association (APA): Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed.). Washington 1994.
- Association for the Treatment of Sexual Abusers: The ATSA practitioner's handbook. ATSA, Beaverton 1993.
- Belgian Advisory Committee on Bioethics (2006). Dostupné na [www.health.fgov.be/bioeth](http://www.health.fgov.be/bioeth); staženo 12.8.2010.
- Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize. Ústav zdravotnických informací a statistiky, Praha 1992.
- Abel, G. G., Becker, J. B., Cunningham-Rathner, J., et al.: Treatment manual: The treatment of child molesters. Behavioral Medicine Institute, Atlanta 1984.
- Abel, G. G., Becker, J. V., Cunningham-Rathner, J., et al.: Multiply paraphilic diagnoses among sex offenders. Bulletin of the American Academy of Psychiatry and Law 16, 1988, 153–168.
- Abel, G. G., Gore, D. K., Holland, C. L., et al.: The measurement of the cognitive distortion of child molesters. Ann. Sex. Res. 2, 1989, 135–153.
- Abel, G. G., Huffman, J., Warberg, B., Holland, C. L.: Visual reaction time and plethysmography as measures of sexual interest in child molesters. Sex. Abuse 10, 1998, 81–95.
- Bancroft, J.: Human sexuality and its problems. Churchill Livingstone, Edinburgh 2009.
- Baratta, A., Javelot, H., Morali, A., Halleguen, O., Weiner, L.: The role of antidepressant in treating sex offenders. Sexologies 2012, 21: 106-108.
- Bártová, D., Burešová, A., Hajnová, R., Švestka, J., Tichý, P.: Účinek oxyprothepin dekanóátu, lithia a cyproteronacetátu na deviantní sexuální chování. Čs. Psychiat. 82, 1986, 335–360.
- Berlin, F. S., Meinecke, C. F.: Treatment of sex offenders with antiandrogenic medication. Am. J. Psychiat. 138, 1981, 601–607.
- Blanchard, R., Kuban, M., Blak, T., Cantor, J.M., Klassen, P., Dickey, R.: Phallometric comparison of pedophilic interest in nonadmitting sexual offenders against stepdaughters, biological daughters, other biologically related girls, and unrelated girls. Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment 18, 2006, 1-14
- Blanchard, R., Lykins, A.D., Wherrett, D., Kuban, M.E., Cantor, J.M., Blak, T., Dickey, R., Klassen, P.E.: Pedophilia, Hebephilia and the DSM-V. Arch. Sex. Behav. 2009, 38: 335-350
- Blanchard, R.: Paraphilia Scales from Kurt Freund's Erotic Preferences Examination Scheme. 2009 in: [www2.hu-berlin.de/sexology](http://www2.hu-berlin.de/sexology)
- Bradford, J.: Organic treatment for the male sexual offender. In: Prentky, R. A., Quinsey, V. L. (eds.): Human sexual aggression: Current perspectives. Annals of the New York Academy of Science No. 528, 1988.
- Bradford, J.: The antiandrogen and hormonal treatment of sex offenders. In: Marshall, W. L., Bradford, J.: Medical interventions in sexual deviance. In: Laws, D. R., O'Donohue, W. (eds.): Sexual deviance: Theory, assessment, and treatment. The Guilford Press, New York 1997.
- Bradford, J., Pawlak, A.: Double-blind placebo cross-over study of cyproterone acetate in the treatment of paraphilias. Arch. Sex. Behav. 22, 1993, 383–402.
- Bremer, J.: Asexualization – a follow up study of 244 cases. MacMillan, New York 1959.
- Brichcín, S.: Biologická terapie. In: Brichcín, Kolářský, A., Netík, K., Weiss, P.: Sexuální delinkventi z pohledu psychiatrické sexuologie. Psychiatrické centrum, Praha 1995.
- Brichcín, Kolářský, A., Netík, K., Weiss, P.: Sexuální delinkventi z pohledu psychiatrické sexuologie. Psychiatrické centrum, Praha 1995.
- Brichcín, S.: Soudní sexuologie. In: Weiss, P. a kol.: Sexuologie. Grada, Praha 2010, 527-561.
- Brichcín, S., Hollý, M.: K používání Androcuru v ochranném ambulantním léčení sexuálních delikventů. Č.S. Psychiat. 94, 1998, 28–33.
- Brichcín, Kolářský, A., Netík, K., Weiss, P.: Sexuální delinkventi z pohledu psychiatrické sexuologie. Psychiatrické centrum, Praha 1995.
- Brichcín, S., Hollý, M., Kolářský, A., Tsakalidou, A.: Deset let ochranné léčby mravnostních delikventů v PL Praha-Bohnice. Předneseno na IX. Bohnických sexuologických dnech, Praha 1997.
- Brichcín, S., Kolářský, A.: Přináší terapeutická kastrace prospěch žadatelům o zákrok? XVIII. Bohnické sexuologické dny 2006. 13-19. CERM, Brno 2007.
- Briken, P., Nika, E., Berner, W.: Treatment of paraphilia with luteinizing hormone-releasing hormone agonist. J. Sex. Marit. Ther. 27, 2001, 45-55.
- Brzek, A.: Sexuologie pro právníky. Karolinum, Praha 1997.
- Brzek, A., Ondruch, L.: Možnost chirurgické léčby sexuálního delikventa v průběhu trestního řízení. Čs. Psychiat. 78, 1982, 371–374.
- Card, R. D., Olsen, S. E.: Visual plethysmograph stimuli involving children: Rethinking some quasi-logical issues. Sex. Abuse 8, 1996, 267–272.

- Clegg, C., Fremouw, W.: Phallometric assessment of rapists: A critical review of the research. *Aggression and Violent Behavior* 2009, 14: 113–125.
- Coleman, E.: Compulsive sexual behavior: New concepts and treatments. *J. Psychol. Human Sex.* 4, 1991, 37–51.
- Coleman, E., Cesnick, J., Moore, A., Dwyer, S. M.: An exploratory study of the role of psychotropic medications in the treatment of sex offenders. *J. Offend. Rehab.* 18, 1992, 75–88.
- Coleman, E., Dwyer, M., Abel, G., Berner, W., Breiling, J., Eher, R., Hindman, J., Langevin, R., Langfeldt, T., Miner, M., Pfaefflin, F., Weiss, P.: Standards of care for treatment of adult sex offenders. In: Coleman, E. (ed.): *Sexual offender treatment. Biopsychosocial perspectives.* The Haworth Press, New York 2000.
- Comings, D. E., Comings, B. G.: A case of familial exhibitionism in Tourette's syndrome successfully treated with haloperidol. *Am. J. Psychiat.* 139, 1982, 913–915.
- Cooper, A. J., Sandhu, S., Losztyn, S., Cernovsky, Z.: A double-blind placebo controlled trial of medroxyprogesterone acetate and cyproterone acetate with 7 pedophiles. *Can. J. Psychiat.* 37, 1992, 687–693.
- Cornet, J. P., deLeval, F., Mormont, Ch.: Sex offender treatment programmes in Europe. Paper presented at the 17th annual ATSA conference, Vancouver 1998.
- Cornu, F.: Katamnesen bei kastrierten Sittlichkeitsdelinquenten aus forensisch psychiatrischer Sicht. *Bib. Psychiat.* 149, 1973, 1–132.
- Cosyns, P.: Treatment of sexual abusers in Belgium. *J. Interpers. Viol.* 14, 1999, 396–410.
- Craig, L.A., Browne, K.D., Beech, A.R.: *Assessing Risk in Sex Offenders.* John Wiley & Sons, Ltd, Chichester, UK, 2008
- David, I., Brichcin, S., Tsakalidou, A.: Scanning of nude objects: Differences between sexual offenders, pedophilics and non-offending volunteers. *Rev. Sexol.* 2, 1996, 10–28.
- Laws, D. R., Barbaree, H. E. (eds.): *Handbook of sexual assault.* Plenum Press, New York 1990.
- Deming, J. E., Mittlemann, R. E., Wetli, C. V.: Forensic science aspects of fatal sexual assaults on women. *Journal of Forensic Science* 28, No. 3, 1983, 572–576.
- Diamond, M.: Pornography, public acceptance and sex related crime: A review. *International Journal of Law and Psychiatry* 33, 2010, 197–199.
- Diamond, M., Jozifkova, E., Weiss, P.: Pornography and Sex Crimes in the Czech Republic. *Arch. Sex. Behav.* 40, No. 5, 2011, 1037–1043.
- Dickey, R.: The management of a case of treatment resistant paraphilia with a long-acting LHRH agonist. *Can. J. Psychiat.* 37, 1992, 567–569.
- Dietz, P., Hazelwood, R., Warren, J.: The sexually sadistic criminal and his offences. *Bull. Amer. Acad. Psychiat. Law* 18, 1990, 163–178.
- Elliott, M., Browne, K., Kilcoyne, J.: Child sexual abuse prevention: What offenders tell us. *Child Sex. Abuse Negl.* 19, 1995, 579–594.
- Emerick, R. L., Dutton, W. A.: The effect of polygraphy on the self-report of adolescent sex offenders: Implications for risk assessment. *Ann. Sex Res.* 6, 1993, 83–103.
- Evans, D. R.: An exploratory study into the treatment of exhibitionism by means of emotive imagery and aversive conditioning. *Canad. Psychologist* 8, 1967, 162.
- Evans, D. R.: Masturbating fantasies and sexual deviation. *Behav. Res. Ther.* 6, 1968, 17–19.
- Evans, D. R.: Subjective variables and treatment effects in aversive therapy. *Behav. Res. Ther.* 8, 1970, 141–152.
- Falconer, R. (eds.): *Identifying and Treating Sex Offenders: Current approaches, Research, and Technics.* The Haworth Maltreatment and Trauma Press, Binghamton 2003.
- Fedoroff, J. P.: Serotonergic drug treatment of deviant sexual interests. *Ann. Sex. Res.* 6, 1993, 105–121.
- Fedoroff, J. P.: Sadism, sadomasochism, sex, and violence. *Can. J. Psychiat.* 53, 2008, 637–646.
- Fernandez, Y. M., Marshall, W. L., Lightbody, S., O'Sullivan, C.: The child molester empathy measure. *Sex. Abuse* 11, 1999, 17–31.
- Figar, Š., Lachman, M., Charvát, P.: Elektrokapacitní falopletyzmografie. *Čas. Léčivý léčivý přípravek. Čes.* 119, 1980, 488–492.
- Finkelhor, D.: *Child sexual abuse: New theory and research.* Free Press, New York 1984.
- Fisher, D., Beech, A.: Current practice in Britain with sexual offenders. *J. Interpers. Violence* 14, 1999, 240–256.
- Frenken, J.: Sexual offender treatment in Europe: An impression of cross-cultural differences. *Sex. Abuse* 11, 1999, 87–94.
- Frenken, J., Gijs, L., van Beek, D.: Sexual offender research and treatment in the Netherlands. *J. Interpers. Viol.* 14, 1999, 347–371.
- Freund, K.: Jednoduchý přístroj k měření volumových změn mužského genitálu. *Čs. Psychiat.* 61, 1965a, 164–168.
- Freund, K.: Reflections on the development of the phallometric method of assessing erotic preferences. *Ann. Sex. Res.* 4, 1991, 221–228.

- Freund, K., Blanchard, R.: Phallometric diagnosis of pedophilia. *J. Consul. Clin. Psychol.* 57, 1989, 100–105.
- Freund, K., Blanchard, R.: The concept of courtship disorder. *J. Sex. Marit. Ther.* 12, 1986, 79–92.
- Freund, K., Seto, M. C.: Preferential rape in the theory of courtship disorder. *Arch. Sex. Behav.* 27, 1998, 433–444.
- Freund, K., Watson, R. J.: Assessment of the sensitivity and specificity of a phallometric test: An update of phallometric diagnosis of pedophilia. *Psycholog. Assess.* 3, 1991, 254–260.
- Frost, A., Ware, J., Boer, D. P.: An integrated groupwork methodology for working with sex offenders. *J. Sex. Violence* 15, 2009, 21–38.
- Furby, L., Weinrott, M. R., Blackshaw, L.: Sex offenders' recidivism: A review. *Psychol. Bull.* 105, 1989, 3–30.
- Gagne, P.: Treatment of sex offenders with medroxyprogesterone acetate. *Am. J. Psychiat.* 138, 1981, 644–646.
- Gannon, T.A., Beech, A.R., Ward, T.: Does the polygraph lead to better risk prediction for sexual offenders? *Aggression and Violent Behavior* 2008, 13: 29 – 44.
- Gebhard, P. H., Gagnon, J. H., Pomeroy, E. B., Christenson, C. V.: *Sex offenders*. Harper and Row, New York 1965.
- Gerlová, E., Weiss, P.: Typologie znásilnění. *Sexuológiá* 8, No.1, 2008, 24–27.
- Gerlová, E., Weiss, P., Ptáček, R.: Implicitní teorie a kognitivní distorze u pachatelů sexuálních deliktů. *Č.S.Psychol.* 52, 2008, 493–499.
- Gijs, L., Gooren, L.: Hormonal and psychopharmacological interventions in the treatment of paraphilias: An update. *J. Sex. Res.* 33, 1996, 273–290.
- Giltay, E. J., Gooren, L. J. G.: Potential side effects of androgen deprivation treatment in sex offenders. *Journal of the American Academy of Psychiatry and Law* 37, 2009, 53–58.
- Goldberg, R., Buongiorno, P.: The use of carbamazepine for the treatment of paraphilias in a brain damaged patient. *Internat. J. Psychiat. Med.* 12, 1982, 275–279.
- Gordon, H., Grubin, D.: Psychiatric aspects of the assessment and treatment of sex offenders. *Advances in Psychiatric Treatment* 10, 2004, 73–80.
- Gratzer, T., Bradford, J.: Offender and offence characteristics of sexual sadists. *J. Forens. Sci.* 40, 1995, 450–455.
- Groth, A. N., Birnbaum, H. J.: *Men who rape: The psychology of the offender*. Plenum Press, New York 1979.
- Grubin, D.: Sexual offending and the treatment of sex offenders. *Psychiatry* 2007, 6/11: 439–443.
- Grubin, D., Mason, D.: Medical models of sexual deviance. In: Laws, D. R., O'Donohue, W. (eds.): *Sexual deviance: Theory, assessment, and treatment*. The Guilford Press, New York 1997.
- Hackfield, A. W.: Über die Kastration bei vierzig Sexuell Abnormen. *Monatsschr. Psychiatr. Neurol.* 87, 1933, 1–31.
- Hall, G. C. N.: Sexual offender recidivism revisited: A meta-analysis of recent treatment studies. *J. Cons. Clin. Psychol.* 63, 1995, 802–809.
- Hall, R. C., Hall, R. C. W.: A profile of pedophilia: Definition, characteristics of offenders, recidivism, treatment outcomes, and forensic issues. *Mayo Clin Proc* 82, 2007, 457 – 471.
- Hames, R., Blanchard, R.: Anthropological data regarding the adaptivness of hebephilia. *Arch. Sex. Behav.* 41, 2012, 745–747.
- Hamplová, A., Weiss, P.: Terapeutická kastrace u sexuálních delikventů: indikace a účinnost. *Prakt. Léčivý léčivý přípravek.* 76, Supl.1, 1996, 21–25.
- Hansen, H.: Treatment of dangerous sexual offenders in Denmark. Paper presented at the IV. International Conference on Treatment of Sex Offenders, Amsterdam 1995.
- Hanson, R. K., Bussière, M. T.: Predictors of sexual offenders recidivism: A meta-analysis. Ministry of the Solicitor General of Canada, Ottawa 1996.
- Hanson, R. K., Morton-Bourgon, K. E.: The characteristics of persistent sexual offenders: A meta-analysis of recidivism studies. *J. Cons. Clin. Psychol.* 73, 2005, 1154–1163.
- Hanson, R. K., Thornton, D.: Static-99: Improving actuarial risk assessment for sex offenders. User Report 1999–02. Ministry of the Solicitor General of Canada, Ottawa 1999.
- Hanson, R. K., Cox, B. J., Woszczyzna, C.: Sexuality, personality and attitude: Questionnaires for sexual offenders: A review. Ministry of the Solicitor General of Canada, Ottawa 1991.
- Hanson, R. K., Harris, A. J. R.: A Structured Approach to Evaluating Change Among Sexual Offenders. *Sex Abuse* 13, no. 2, 2001, 105–122 .
- Hanson, R. K., Gordon, A., Harris, A. J. R., Marques, J. K., Murphy, W., Quinsey, V. L., Seto, M.: First report of the Collaborative Outcome Data Project on the effectiveness of treatment for sex offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 14, 2002, 169–194.
- Hanson, R. K., Bourgon, G., Helmus, L. & Hodgson, S.: The principles of effective correctional treatment also apply to sexual offenders: A meta-analysis. *Criminal Justice and Behavior* 36, 2009, 865–891.
- Harrison, K., Rainey, B.: Suppressing human rights? A rights-based approach to the use of pharmacotherapy with sex offenders. *Legal Studies* 29, 2009) 47–74.

- Hawton, K.: Behavioural approaches to the management of sexual deviations. *Br. J. Psychiat.* 143, 1983, 248–255.
- Heide, K. M., Beauregard, E., Myers, W. C.: Sexually motivated child abduction murders. *Victims and Offenders* 4, 2009, 58–75.
- Heim, N.: Die Kastration und ihre Folgen bei Sexualstraftätern. Schwartz, Goettingen 1980.
- Heim, N.: Sexual behaviour of castrated sex offenders. *Arch. Sex. Behav.* 10, 1981, 11–19.
- Heim, N., Hirsch, C. J.: Castration for sex offenders: Treatment or punishment? *Arch. Sex. Behav.* 8, 1979, 281–304.
- Barbaree, H. E. (eds.): *Handbook of sexual assault*. Plenum Press, New York 1990.
- Herrmann, B., Veit, S., Neises, M.: Medical diagnosis in child sexual abuse. *Monatsschr. Kindelheilkd.* 145, 1997, 739–743.
- Hickey, E. W.: *Serial murderers and their victims*. Brooks Cole, Pacific Grove 1991.
- Hillbrand, M., Foster, H., Hirt, M.: Rapists and child molesters: Psychometric comparison. *Arch. Sex. Behav.* 19, 1990, 65–71.
- Hollin, C. R.: Sexual sadism: Assessment and treatment. In: Laws, D. R., O'Donohue, W. (eds.): *Sexual deviance: Theory, assessment, and treatment*. The Guilford Press, New York 1997.
- Holmes, W. C., Slap, G. B.: Sexual abuse of boys: Definition, prevalence, correlates, sequelae, and management. *JAMA* 280, 1998, 1855–1862.
- Horley, J., Quinsey, V. L.: Assessing the cognition of child molesters: Use of the semantic differential with incarcerated offenders. *J. Sex. Res.* 31, 1994, 171–178.
- Howes, R. J.: A survey of plethysmographic assessment in North America. *Sex. Abuse* 7, 1995, 9–24.
- Hrnčířová, A., Weiss, P., Brichcín, S.: Příspěvek k sociokulturní a psychologické charakteristice hospitalizovaných exhibicionistů. *Čs. Psychol.* 37, 1993, 236–246.
- Chambers, H.: Snohomish county juvenile court sex offender treatment program policy statement on the use of polygraph in treatment of juvenile sex offenders. *Interchange* 1–6, 1994.
- IATSO: Anti-Androgen Therapy and Surgical Castration. In: *ATSA Public Policy Papers* 1997 [www.atsa.com](http://www.atsa.com)
- IATSO: Standards of Care for the Treatment of Adult Sex Offenders ([www.iatso.org](http://www.iatso.org))
- Johnston, L., Ward, T., Hudson, S. M.: Deviant sexual thoughts: Mental control and the treatment of sex offenders. *J. Sex. Res.* 34, 1997, 121–130.
- Kafka, M.: Successful treatment of paraphilic coercive disorder (a rapist) with fluoxetine hydrochloride. *Br. J. Psychiat.* 158, 1991, 844–847.
- Kafka, M., Prentky, R.: Fluoxetine treatment of non paraphilic sexual addictions and paraphilias in men. *J. Clin. Psychiat.* 53, 1992, 351–358.
- Kingston, D.A., Seto, M.C., Firestone, P., Bradford, J.M.: Comparing indicators of sexual sadism as predictors of recidivism among adult male sexual offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 78, No. 4, 2010, 574–584.
- Knopp, F. H., Freeman-Longo, R. E., Stevenson, W. F.: *Nationwide survey of juvenile and adult sex offender treatment programs and models*. Safer Society Press, Orwell 1992.
- Kolářský, A.: Zaměňování verbální explorační při zjišťování sexuální deviace u muže. *Čs. Psychiat.* 64, 1968, 167–171.
- Kolářský, A.: Principy sexodiagnostiky. In: Brichcín, S., Kolářský, A., Netík, K., Weiss, P.: *Sexuální delinkventi z pohledu psychiatrické sexuologie*. Psychiatrické centrum, Praha 1995b.
- Kolářský, A.: *Jak porozumět sexuálním deviacím*. Galén, Praha 2008.
- Košutová, L., Weiss, P.: Příspěvek k psychologické charakteristice deviantních sexuálních agresorů. *Čs. Psychiat.* 89, 1993, 363–368.
- Krueger, R. B., Wechsler, M. H., Kaplan, M. S.: Orchietomy. In: F. M. Saleh, A. J. Grudzinskas, J. M. Bradford, D. J. Brodsky (Eds.): *Sexual Offenders*. Oxford University Press 2009.
- Kuban, M., Sinha, T., Barbaree, H., Blanchard, R.: Sexual preference assessment: Volume and circumference phallometry compared using an offender population. Paper presented at 6th International Conference on the Treatment of Sexual Offenders, Toronto 2000.
- Lalumière, M. L., Harris, G. T.: Common questions regarding the use of phallometric testing with sexual offenders. *Sex. Abuse* 10, 1998, 227–238.
- Lalumière, M. L., Quinsey, V. L.: The discriminability of rapists from non-sex offenders using phallometric measures. *Crim. Justic. Behav.* 21, 1994, 150–175.
- Langelüddeke, A.: *Die Entmannung von Sitlichkeitsverbrechern in Deutschland*. De Gruyter, Berlin 1963.
- Laschet, U., Laschet, L.: Psychopharmacotherapy of sex offenders with cyproterone acetate. *Pharmacopsych. Neuropsychopharm.* 4, 1971, 99–104.
- Laschet, U., Laschet, L.: Antiandrogens in the treatment of sexual deviations of men. *J. Steroid Biochem.* 6, 1975, 821–826.
- Laws, D.R., O'Donohue, W.T.: *Sexual Deviance – Theory, Assessment and Treatment*. The Guilford Press, New York, 2008
- Letourneau, E.: The use of visual stimuli with phallometric assessment. *The ATSA Forum* 12, No.2, 2000, 3–4.

- Levin, S. M., Stava, L.: Personality characteristics of sex offenders: A review. *Arch. Sex. Behav.* 16, 1987, 177–182.
- Looman, J., Marshall, W. L.: Phallometric assessment designed to detect arousal to children: The responses of rapists and child molesters. *Sex. Abuse* 13, 2001, 3–13.
- Losel, F., Schmucker, M.: The effectiveness of treatment for sexual offenders: A comprehensive meta-analysis. *Journal of Experimental Criminology* 1, 2005, 117–146.
- Madlafousek, J., Kolářský, A., Zvěřina, J.: Penile volume response to female emotional behavior in men committing forcible sexual acts. *Activ. Nerv. sup.* 27, 1985, 151–152.
- Mahoney, J. M., Strassberg, D. S.: Voluntary control of male sexual arousal. *Arch. Sex. Behav.* 20, 1991, 1–16.
- Maletzky, B. M.: *Treating the sexual offender*. Sage, Newbury Park 1991.
- Maletzky, B. M.: Factors associated with success and failure in the behavioral and cognitive treatment of sexual offenders. *Ann. Sex. Res.* 6, 1993, 239–247.
- Maletzky, B. M., Tolan, A., McFarland, B.: The Oregon depo-Provera program: A five-year follow-up. *Sexual Abuse* 18, 2006, 206 – 316.
- Maniglio, R.: The role of deviant sexual fantasy in the etiopathogenesis of sexual homicide: A systematic review. *Aggression and Violent Behavior* 15, 2010, 294–302.
- Mann, R. E.: Innovations in sex offender treatment. *Journal of Sexual Aggression* 10, 2004, 141-152.
- Marlatt, G. A., Gordon, J. R.: Determinants of relapse. In: Davidson, P. O., Davidson, S. M. (eds.): *Behavioral medicine: Changing health lifestyles*. Brunner and Mazel, New York 1980.
- Marques, J. K.: How to answer the question: "Does sexual offender treatment work?" *J. Interpers. Viol.* 14, 1999, 437–451.
- Marques, J. K., Day, D. M., Nelson, C., West, M. A.: Effects of cognitive-behavioral treatment on sex offender recidivism. *Crim. Just. Behav.* 21, 1994, 28–54.
- Marques, J. K., Weideranders, M., Day, D. M., Nelson, C., van Ommeren, A.: Effects of a relapse prevention program on sexual recidivism: Final results from California's Sex Offender Treatment and Evaluation Project (SOTEP). *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment* 17, 2005, 79-107.
- Marshall, W. L.: Satiation therapy: A procedure for reducing deviant sexual arousal. *J. Appl. Behav. Anal.* 12, 1979, 377–389.
- Marshall, W. L.: Assessment, treatment, and theorizing about sex offenders: Development over the past 20 years and future directions. *Crim. Justice Behav.* 23, 1996a, 162–199.
- Marshall, W. L.: Current status of North American assessment and treatment programs for sexual offenders. *J. Interpers. Violence* 14, 1999, 221–239.
- Marshall, W. L., Pithers, W. D.: A reconsideration of treatment outcome with sex offenders. *Crim. Just. Behav.* 21, 1994, 10–27.
- Marshall, W. L., Jones, R., Ward, T. et al.: Treatment outcome with sex offenders. *Clin. Psychol. Rev.* 11, 1991, 465–485.
- Marshall, W. L., Anderson, D., Fernandez, Y. M.: The role of self esteem enhancement in the treatment of sex offenders. Paper presented at the I. East-West International Conference on Child Sexual Abuse and Sexual Violence, Prague 1996.
- Marshall, W. L., Serran, G. A., Fernandez, Y. M., Mulloy, R., Mann, R. E. & Thornton, D.: Therapist characteristics in the treatment of sexual offenders: Tentative data on their relationship with indices of change. *Journal of Sexual Aggression*, 9, 2003, 25-30.
- Meyer, W. J., Collier, C, Emory, E.: Depo Provera treatment for sex offending behavior: An evaluation of outcome. *Bull. Am. Acad. Psychiat. Law* 20, 1992, 249–259.
- Middleton, D.: Internet sex offenders. In: A. R. Beech, L. Craig, K. D. Browne (Eds.): *Assessment and treatment of sex offenders: A handbook* (p. 199-216). Wiley, London 2009.
- Michael, R. P., Wilison, M.: Effects of castration and hormone replacement in fully adult male Rhesus monkeys. *Endocrinology* 95, 1974, 150–159.
- Mohr, J. W.: *A Short Survey of Sexual Offenders in the Ontario Reform Institution*. Toronto Forensic Clinic Press, Toronto 1961.
- Mohr, J. W., Turner, R. E., Jerry, M. B.: *Pedophilia and exhibitionism*. University of Toronto Press, Toronto 1964.
- Money, J.: Paraphilias: Phenomenology and classification. *Am. J. Psychother.* 38, 1984, 164–179.
- Money, J.: Treatment guidelines: Antiandrogen and counseling of paraphilic sex offenders. *J. Sex Marit. Ther.* 13, 1987, 219–223.
- Murray, J. B.: Psychological profile of pedophiles and child molesters. *J. Psychol.* 134, 2000, 211-224.
- Nedoma, K.: Adaptační léčba sexuálních deviací u muže. *Čs. Psychiat.* 59, 1963, 243–245.
- Neumann, F., Kalmus, J.: *Hormonal treatment of sexual deviations*. Diesbach, Berlin 1991.
- Ng, M. L., Haeberle, E. J. (Eds.): *Sexual behavior in modern China* (pp. 140-141). Continuum, New York 1999.
- Nichols, H. R., Molinder, I.: *Multiphasic Sex Inventory manual*. WA, Tacoma 1984.
- Osborn, C., Abel, G. G., Warberg, B. W.: The Abel assessment: Its comparison with plethysmography and resistance to falsification. Paper presented at the Annual Conference of ATSA, New Orleans 1995.

- Panton, J. H.: MMPI profile configurations among crime classification groups. *J. Clin. Psychol.* 14, 1979, 305–308.
- Pfäfflin, F.: Issues, incidence, and treatment of sexual offenders in Germany. *J. Interpers. Viol.* 14, 1999, 372–395.
- Pfäfflin, F.: The surgical castration of detained sex offenders amounts to degrading treatment. *IATSO E-journal* 2, 2010 [www.iatso.org](http://www.iatso.org)
- Pithers, W. D., Laws, D. R.: *The penile plethysmograph: Uses and abuses in assessment and treatment of sexual aggressors.* National Institute of Corrections, Washington 1986.
- Pithers, W. D., Beal, L. S., Armstrong, J., Petty, J.: identification of risk factors through clinical interviews and analysis of records. In: Laws, D. R. (ed.): *Relapse prevention with sex offenders.* Guilford Press, New York 1989.
- Prandoni, J. R., Jensen, D. E., Matranga, J. T., Waison, M. O. S.: Selected Rorschach response characteristics of sex offenders. *J. Pers. Assess.* 37, 1973, 334–336.
- Prentky, R. A.: Arousal reduction in sexual offenders: A review of antiandrogen interventions. *Sex. Abuse* 9, 1997, 335–347.
- Procházka, I., Weiss, P., Kodl, P.: Homosexuál jako oběť trestné činnosti. *Kriminalistika*, No.1, 1997, 67-70.
- Procházka, J.: Modifikace nežádoucího sexuálního chování v rámci komplexního kognitivně behaviorálního programu u hospitalizovaných sexuálních delikventů. *Čs. Psychiat.* 87, 1991, 180–184 a 219–222.
- Quinsey, V. L., Steinman, C. M., Bergersen, S. G., Holmes, T. F.: Penile circumference, skin conductance, and ranking responses of child molesters and "normals" to sexual and non-sexual visual stimuli. *Behav. Therapy* 6, 1975, 213–219.
- Quinsey, V. L., Bergersen, S. C., Steinman, C. M.: Changes in physiological and verbal responses of child molesters during aversion therapy. *Can. J. Behav. Sci.* 8, 1976, 202–212.
- Quinsey, V. L., Harris, G. T., Rice, M. E.: Actuarial prediction of sexual recidivism. *J. Interpers. Violence* 10, 1995, 85–105.
- Quinsey, V. L., Harris, G. T., Rice, M. E., Cormier, C. A.: *Violent offenders: Appraising and managing risk* (2nd ed.). American Psychological Association, Washington 2006.
- Raboch, J., Nedoma, K.: Indikace testikulární pulpectomie u sexuálních delikventů. *Čs. Psychiat.* 66, 1970, 152–157.
- Raboch, J. a kol.: *Léčivý léčivý přípravek sexuálníologie.* SPN, Praha 1984.
- Rader, C. M.: MMPI profile types of expositors, rapists and assaulters in a court service population. *J. Consult. Clin. Psychol.* 45, 1977, 61–69.
- Reguli, H., Sejblová, P., Žourková, A.: První sexuální delikt mužů ve vyšším středním věku. *Čes. a slov. Psychiat.* 108, 2012, 80-83.
- Rettenberg, M., Eher, R.: Actuarial Assessment of Sex Offender Recidivism Risk: A Validation of the German Version of the Static-99. *Sexual Offender Treatment* 2006, 1/2: 1-20.
- Rice, M. E., Quinsey, V. L., Harris, G. T.: Sexual recidivism among child molesters released from a maximum security psychiatric institution. *J. Cons. Clin. Psychol.* 59, 1991, 391–386.
- Rice, M. E., Chaplin, T. C., Harris, G. T., Coutts, J.: Empathy for the victim and sexual arousal among rapists and non-rapists. *J. Interpers. Violence* 9, 1994, 435–449.
- Rice, M. E., Harris, G. T.: Is androgen deprivation therapy effective in the treatment of sex offenders? *Psychology, Public Policy, and Law* 17, 2011, 315-332.
- Rose, R. M.: The psychological effects of androgens and estrogens: A review. In: Schader, R. J. (ed.): *Psychiatric complications of medical drugs.* Raven, New York 1972.
- Rosenzweig, S.: The photoscope as an objective device for evaluating sexual interest. *Psychosom. Med.* 4, 1942, 150–158.
- Rosman, J. P., Resnick, P. J.: Sexual attraction to corpses: A psychiatric review of necrophilia. *Bull. Amer. Acad. Psychiat. Law* 17, 1989, 153–163.
- Rosler, A., Witztum, E.: Treatment of men with paraphilia with a long-acting analogue of GRH. *The New England J. Med.* 7, 1998, 416–422.
- Rousseau, L., Couture, M., Dupont, A., et al.: Effect of combined androgen blockade with a LHRH agonist and flutamide in one severe case of male exhibitionism. *Can. J. Psychiat.* 35, 1990, 338–341.
- Seabloom, W. L.: An outpatient group psychotherapeutic treatment approach to the adult male sex offender. In: Forleo, R., Pasini, W. (eds.): *Medical sexology.* Elsevier, Amsterdam 1980.
- Segal, Z. V., Stermac, I. E.: The role of cognition in sexual assault. In: Marshall, W. L., Laws, D. R., Barbaree, H. E. (eds.): *Handbook of sexual assault.* Plenum Press, New York 1990.
- Seto, M. C., Lalumière, M. L.: A brief screening scale to identify pedophilic interests among child molesters. Paper presented at the 6th International Conference on the Treatment of Sexual Offenders, Toronto 2000.
- Seto, M. C., Lalumière, M. L.: A brief screening scale to identify pedophilic interests among child molesters. *Sex. Abuse* 13, 2001, 15–25.
- Seto, M. C., Cantor, J. M., Blanchard, R.: Child pornography offenses are a valid diagnostic indicator of pedophilia. *J. Abnorm. Psychol.* 115, 2006, 610-615.

- Schorsch, E.: Sexuelle Perversionen: Ideologie, Klinik, Kritik. In: Sigusch, V. (ed.): Therapie sexueller Störungen. Thieme, Stuttgart 1980.
- Schorsch, E.: Therapie mit Sexualstraftatern. In: Jager, H. Schorsch, E. (eds.): Sexualwissenschaft und Strafrecht. Beiträge zur Sexuelforschung 62, 1987, 127–133.
- Schorsch, E., Galedary, G., Haag, S., Hauch, M., Lohse, H.: Sex offenders. Springer Verlag, Berlin 1990.
- Simon, W. T., Shouten, P. G. W.: Plethysmography in the assessment and treatment of sexual deviance: An overview. Arch. Sex. Behav. 20, 1990, 75–91.
- Smith, W. R., Monastersky, C.: Assessing juvenile sexual offenders' risk for reoffending. Crim. Just. Behav. 13, 1986, 115–140.
- Smolík, P.: Duševní a behaviorální poruchy. Maxdorf, Praha 1996.
- Soukupová, T.: Využití Rorschachovy metody v psychologické diagnostice parafilii. Dizertační práce FF UK, Praha 2009.
- Sreenivasan, S., Garrick, T., Norris, R., Cusworth-Walker, S., Weinberger, L.E., Essres, G., Turner, S., Fain, T.: Sex Offender Risk Project and Cross-Validation of the Static-99. J. Am. Acad. Psychiatry Law 35, 2007, 454-468.
- Saleh, F., Grudzinskas, A., Malin, M.H., Dwyer, G.: The Management of Sex Offenders: Perspectives for Psychiatry. Harvard Rev. Psychiat. 2010, 18/6: 359 – 368.
- Stein, D. J., Hollander, F., Anthony, D. T., et al.: Serotonergic medications for sexual obsessions, sexual addictions and paraphilias. J. Clin. Psychiat. 53, 1992, 267–271.
- Studer, L. H., Aylwin, A. S., Reddon, J. R.: Testosterone, sexual offence recidivism, and treatment effect among adult male sex offenders. Sex Abuse 17, 2005, 171-181.
- Stürup, G. K.: The treatment of criminals in Herstedvester, Denmark. 1968, Munksgaard, Copenhagen
- Stürup, G. K.: Castration: The total treatment. In: Resnick, H. L. P., Wolfgang, M. E. (eds.): Sexual behaviour: Social, clinical and legal aspects. Little Brown, Boston 1972.
- Švestka, J., Bártová, D., Češková, E., Ryšánek, R.: Depotní neuroleptika v psychiatrické praxi. Čs. Psychiat. 77, 1981, 187–197.
- Tauš, L., Sušická, L.: Pětileté sledování pěti sexuálních deviantů po terapeutickém zákroku. Čs. Psychiat. 69, 1973, 51–55.
- Thibaut, F., Cordier, B., Kuhn, J. M.: Effects of a long-lasting gonadotrophin hormone-releasing hormone agonist in six cases of severe male paraphilias. Acta Psychiat. Scand. 87, 1993, 445–450.
- Thibaut, F., de la Barra, F., Gordon, H., Cosyns, P., Bradford, J.M.W. & WFSBP Task Force on Sexual Disorders: The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP): Guidelines for the biological treatment of paraphilias. World J. Biol. Psychiat. 11, 2010, 604-655, www.wfsbp.org.
- Vizard, E.: Adolescent sexual offenders. Psychiatry 10, 2007, 433 – 437.
- Ward, T., Hudson, S. M., Marshall, W. L.: Cognitive distortions and affective deficits in sex offenders: A cognitive deconstructionist interpretation. Sex. Abuse 7, 1995, 67–83.
- Ward, T., McCormack, J., Hudson, S., Polaschek, D.: Rape: Assessment and treatment. In: Laws, D. R., O'Donohue, W. (eds.): Sexual deviance: Theory, assessment, and treatment. The Guilford Press, New York 1997.
- Wassersug, R. J.: New age eunuchs: Motivation and rationale for voluntary castration. Arch. Sex. Behav. 33, 2004, 433-442.
- Wawrose, F. E., Sisto, T. M.: Clomipramine and a case of exhibitionism. Am. J. Psychiat. 149, 1992, 843.
- Weinberger, L. E., Sreenivasan, S., Garrick, T., Osran, H.: The impact of surgical castration on sexual recidivism risk among sexually violent predatory offenders. J Am Acad Psychiatry Law 33, 2005, 16 – 36.
- Weiss, P.: Někteří psychologické prediktory recidivity sexuálních delikventů. Čs. Psychiat. 85, 1989, 250–255.
- Weiss, P.: Assessment and treatment of sex offenders in the Czech Republic and in Eastern Europe. J. Interpers. Violence 14, 1999, 411–421.
- Weiss, P.: Sexuální deviace. Portál, Praha 2002.
- Weiss, P.: Parafílie – poruchy sexuální preference. In: Weiss, P. (ed.): Sexuologie 2010, Grada, Praha: s.469 – 509.
- Weiss, P., Zimanová, J.: Deviantní a nedevariantní sexuální delikventi. Čas. Léčivý léčivý přípravek. čes. 124, 1985, 622–625.
- Weiss, P., Zimanová, J.: Paraphilic and non-paraphilic sex offenders. Acta Sexologica 1, 1995a, 1–12.
- Weiss, P., Zvěřina, J.: Sexuální chování v ČR: Situace a trendy IV. DEMA, Praha 2009.
- Weiss, P., Fuka, J., Zimanová, J.: Časové faktory recidivity pacientů po prodělané ústavní sexuologické ochranné léčbě. Čs. Psychiat. 83, 1987, 25–29.
- Wille, R., Boulanger, H.: Zehn Jahre Kastrationsgesetz in Schleswig-Holstein. Beibr. Gericht. Med. 42, 1984, 9–16.
- Wille, R., Beier, K. M.: Castration in Germany. Ann. Sex. Res. 2, 1989, 103–133.
- Wolfe, R.: Novel techniques in treating the sexual offenders. Workshop presented at the Annual Conference of ATSA, Seattle, October 1989.
- Wollert, R.: Paraphilic Coercive Disorders Does Not Belong in DSM-5 for Statistical, Historical, Conceptual and Practical Reasons. Arch. Sex. Behav. 2011, 40: 1097-1098

- Worling, J. R., Curwen, T.: Adolescent sexual offender recidivism. *Child Abuse Negl.* 24, 2000, 965–982.
- Zimanová, J., Hubálek, S.: Komplexní adaptační terapie sexuálních delikventů. *Čs. Psychiat.* 82, 1986, 211–214.
- Zimanová, J., Weiss, P., Fuka, J.: Psychoterapie v ústavní léčbě sexuálních delikventů. *Čas. Léčivý léčivý přípravek. čes.* 125, 1986, 744–746.
- Zimanová, J., Weiss, P., Bílková, L.: Predikční kritéria úspěšnosti ochranné léčby sexuologické. *Čs. Psychiat.* 83, 1987, 177–182.
- Zimanová, J., Fuka, J., Weiss, P., Hubálek, S.: Některé současné názory na terapeutickou kastraci sexuálních delikventů a naše zkušenosti. *Čs. Psychiat.* 84, 1988, 173–180.
- Zuckerman, M.: Physiological measures of sexual arousal in the human. *Psycholog. Bull.* 5, 1971, 297–320.
- Zvěřina, J.: Biologické léčebné metody u sexuálních deviací. *Prakt. Léčivý léčivý přípravek.* 63, 1983, 187–189.
- Zvěřina, J.: Falopletyzmozografické vyšetření v klinické praxi. *Čs. Psychiat.* 84, 1988, 231–236.
- Zvěřina, J.: *Sexuologie (nejen) pro léčivý léčivý přípravekaře.* CERM, Brno, 2003
- Zvěřina, J.: Forezní posuzování pachatelů pohlavního zneužívání. In: Weiss, P. a kol.: *Sexuální zneužívání dětí.* Grada, Praha 2005.
- Zvěřina, J.: Terapie sexuálních delikventů – Mezinárodní standardy. *Čes. A slov. Psychiatrie* 2012, 108/1: 233 – 243.
- Zvěřina, J., Zimanová, J., Bártová, D.: Katamnézy souboru 84 kastrovaných sexuálních delikventů. *Čs. Psychiat.* 97, 1991, 28–34.
- Žourková, A., Sejblová, P.: Serotoninergní antidepressiva v léčbě parafilí. *ČS Psychiatrie*, 2011, 107/4: 211-215