

UNIVERZITA KARLOVA

Filozofická fakulta

Katedra psychologie

Diplomová práce



Mgr. Tereza Kuncová

***Doba latence pro první výskyt delikventního chování u pacientů v ochranném léčení sexuologickém v závislosti na diagnóze a míře rizikovosti***

***Latency for the first occurrence of delinquent behavior in patients in protective sexuological treatment, depending on the diagnosis and the level of risk***

Vedoucí práce: Mgr. Kateřina Klapilová, Ph.D.

Praha 2024


## Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala vedoucí diplomové práce, Mgr. Kateřině Klapilové, PhD. Dále mé díky patří psycholožce Mgr. Petře Měchýřové, DiS z PN Bohnice za obrovskou ochotu a součinnost při zajišťování rozhovorů pro praktickou část práce. V neposlední řadě bych své díky ráda poslala celému týmu projektu Parafilik, neboť si velmi cením jejich podpory.

## Prohlášení

*Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.*

V Praze dne 10. 4. 2024

  
.....  
Mgr. Tereza Kuncová

## **Abstrakt**

Tato diplomová práce se věnuje tématu doby latence od uvědomění si parafilní preference do výskytu prvního delikventního chování u pacientů v ochranném léčení sexuologickém. Hlavním cílem práce je kvalitativní explorace možných spouštěčů a bariér formujících dobu latence u oslovených osob s parafilii v ochranném léčení. Teoretická část práce seznamuje čtenáře s problematikou parafilii, prezentuje vybrané diagnózy spojované se zvýšeným rizikem spáchání sexuálního deliktu a dotýká se i prevalence parafilii v české i zahraniční populaci. Dále práce neopomíjí ani nástroje pro hodnocení rizika recidivy u pachatelů sexuálních deliktů. Empirická část obsahuje kvalitativní výzkum realizovaný prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru s devíti pacienty v ochranném léčení sexuologickém či zabezpečovací detenci. Metodou tematické analýzy byly identifikovány vnitřní a vnější spouštěče a vnitřní a vnější bariéry delikventního chování. Do skupiny vnějších spouštěčů dle výpovědí pacientů lze řadit: oběť v sexuálním kontextu, absenci partnerského vztahu, pracovní vytížení, nefunkční rodinné zázemí a vliv návykových látek. Vnitřních spouštěčů zahrnovaly: neobratnost ve vztazích, silné sexuální puzení a negativní prožívání. Jako vnější bariéry oslovení pacienti označili rodinné vztahy, pracovní vytížení, strach z trestu, návykové látky a funkční partnerský vztah. Jako vnitřní bariéry pacienti reflektovali morální zábrany a sebekontrolu. Provedený kvalitativní výzkum má potenciál přispět k lepšímu pochopení potřeb osob s parafilii a lépe zacílit na posílení protektivních dynamických faktorů pro možné snížení rizika delikvence této populace.

**Klíčová slova:** parafilie; ochranné léčení sexuologické; sexuální delikvence; délka doby latence; risk assessment

## **Abstract**

This thesis deals with the topic of the latency period from the realization of paraphilic preference to the appearance of the first delinquent behavior. The main goal of the thesis is the qualitative exploration of possible triggers and barriers shaping the latency period in persons with paraphilia in protective sexological treatment. The theoretical part of the thesis introduces the issue of paraphilias, presents selected diagnoses associated with an increased risk of committing a sexual offense, and discusses also the prevalence of paraphilias in the Czech and foreign populations. In addition, the work does not neglect the risk assessment for predicting the recidivism among sexual offenders. The empirical part contains qualitative research carried out through a semi-structured interview with nine patients in protective sexological treatment or security detention. Internal and external triggers and internal and external barriers of delinquent behavior were identified using the method of thematic analysis. The group of external triggers, according to patients' statements, included: a victim in a sexual context, the absence of a relationship, work load, a dysfunctional family background and the influence of addictive substances. Internal triggers included: failing in interpersonal relationships, high sex drive and negative emotional experiences. As external barriers, the patients identified: family relationships, workload, fear of punishment, addictive substances and a healthy relationship. As internal barriers, patients reflected on moral inhibitions and self-control. The conducted qualitative research has the potential to contribute to a better understanding of the needs of people with paraphilia and to better target the strengthening of protective dynamic factors for the possible reduction of the risk of delinquency of this population.

**Keywords:** paraphilias; treatment for sexual offenders; sexual delinquency; latency period; risk assessment

# Obsah

ÚVOD .....	9
TEORETICKÁ ČÁST.....	11
1. Vybrané aspekty parafilí .....	11
1.1 Současné pojetí parafilí .....	12
1.2 Prevalence parafilí v ČR a ve světě.....	16
1.3 Rizika a podoby delikventního chování u osob s parafilí.....	20
2. Vybrané druhy parafilí a období vnitřního coming outu.....	23
2.1 Parafilie spočívající v objektu .....	24
2.3 Coming out u osob s parafilí a délka doby latence.....	27
3. Faktory vstupující do procesu spáchání násilného jednání .....	30
3.1. Faktory rizikové a protektivní .....	31
3.2 Faktory statické a dynamické .....	33
3.3 Risk-Need-Responsivity model.....	35
4. Hodnocení rizikovosti u osob s parafilí.....	37
4.1 STABLE-2007.....	39
4.2 Static-99R a jeho varianty .....	40
4.3 ACUTE-2007 .....	41
5. Možnosti intervence u osob s parafilí.....	43
5.1 Intervence v rámci nápravného systému v České republice.....	43
5.2 Preventivní programy se zaměřením na projekt Parafilik .....	47
EMPIRICKÁ ČÁST .....	50
6. Výzkumný cíl a výzkumné otázky .....	50
7.2 Sběr dat a použité metody .....	52
7.3 Charakteristika výzkumného souboru .....	54
7.4 Postup analýzy dat.....	56
7.5 Etika výzkumu.....	59
8. Výsledky.....	61
8.1 Délka doby latence u oslovených pacientů.....	61
8.2 Specifika doby latence ve vztahu k parafilní diagnóze .....	65
8. 3 Spouštěče delikventního chování .....	66
8.4 Bariéry delikventního chování .....	72
8.5 Rizikovost sexuální recidivy dle nástroje STABLE-2007.....	75
8.6 Další zjištění vyplývající z provedených rozhovorů .....	76
9. Diskuse .....	80
ZÁVĚR.....	85

REFERENCE .....	87
SEZNAM TABULEK .....	100
SEZNAM OBRÁZKŮ .....	101
SEZNAM PŘÍLOH .....	102
Příloha č. 1 - Informovaný souhlas projektu PARAFILIK .....	I
Příloha č. 2 – Informovaný souhlas s audiozáznamem .....	VII
Příloha č. 3 – Polostrukturovaný rozhovor.....	VIII
Příloha č. 4 – Skórovací arch STABLE-2007 .....	X
Příloha č. 5 – Ukázka procesu kódování dat .....	XI

## Seznam zkratk

DSM-5	Diagnostický a statistický manuál, 5. revize
MKN-10	Mezinárodní klasifikace nemocí, 10. revize
OL	Ochranné léčení
PN	Psychiatrická nemocnice
RA	Risk assessment
ÚPVZD	Ústav pro výkon zabezpečovací detence
VTOS	Výkon trestu odnětí svobody
ZD	Zabezpečovací detence



## ÚVOD

Poruchy sexuální preference, v současnosti nazývané parafilie, představují poměrně komplexní a poněkud ožehavé téma. V současné české společnosti je téma odlišných sexuálních preferencí stále považováno za třaskavé a je opředenó spoustou mylných přesvědčení. Sexualita je přitom jednou z velmi podstatných součástí života jedince a zasahuje vícero oblastí, než by se mohlo zdát. Může mít vliv na každodenní fungování jedince ve společnosti, prožívání vlastní genderové role, vztahy s ostatními, emoce, preference při výběru partnera nebo vlastní sebehodnotu. Podílí se také na životní spokojenosti. Zkrátka od sexuality a spokojenosti s ní se odvíjí mnoho životních aspektů přispívajících k celkovému well-beingu. Co však s tím, když sexualita některých jedinců nezapadá do norem společnosti, ve které žijí? Co když je jedincova sexualita většinovou společností považována za nepřijatelnou? Některé vybrané parafilie, jsou spojovány s velkou mírou společenského odsouzení a se stigmatizací či dokonce sebestigmatizací. Obzvláště pedofilie, která bývá médií nejzmiňovanější parafilii a velmi často bývá taktěž spojována se sexuálně motivovanou trestnou činností páchanou na dětech. Jedinec, který se narodil s odlišným sexuálním nastavením se tedy může nacházet v bezvýchodné situaci. Sexualita je důležitou fyziologickou potřebou člověka a je velmi těžké tuto pudovou potřebu ovládat, vyhýbat se jí nebo dokonce zcela potlačovat.

Cílem této diplomové práce je kvalitativní explorace faktorů působících na délku doby latence od uvědomění si parafilní preference (vnitřního coming outu) až po dobu výskytu prvního problematického chování nebo přímo sexuálního deliktu. Teoretická část diplomové práce se nejprve věnuje samotnému pojmu parafilie. Seznamuje čtenáře s dosavadními poznatky týkajícími se druhů parafilii, rozdílů ve vnitřním coming outu a v neposlední řadě též s možnými faktory ovlivňujícími odklad spáchání trestné činnosti v sexuální oblasti. Okrajově se také dotýká problematiky ochranného léčení. V neposlední řadě bude věnován prostor také současným možnostem standardizovaného hodnocení míry rizikovosti chování jedinců s parafilními preferencemi.

Výzkumná část se zaměřuje na kvalitativní studii faktorů ovlivňujících dobu latence od okamžiku, kdy si jedinec uvědomil odlišnost v sexuální preferenci, až po okamžik prvního problematického sexuálního chování či odhalení deliktu. Hlavní výzkumnou otázkou tedy je, jaké faktory přispívají k delší době latence před spácháním prvního deliktu. Zjištění přítomnosti různých rizikových faktorů u populace osob s parafilii, které již spáchaly sexuální delikt, může následně přispět k jejich zachycení a zavedení cílených intervencí pro populaci

sebeidentifikujících se nedelikventních parafiliků. Výzkumná část vznikla pod záštitou projektu PARAFILIK (spadající pod Národní ústav duševního zdraví), který se věnuje osobám s poruchami sexuální preference. Zmapováním rizikových faktorů u osob s parafilními preferencemi lze přispět k lepší práci s touto populací, porozumění jejich potřebám, a hlavně lepšímu předcházení páčání sexuálně motivované trestné činnosti. Skrze hodnocení rizika recidivy a vhodnou primární a sekundární prevenci lze přispívat ke snižování počtu obětí sexuálních deliktů, zvláště pak dětských obětí.

# TEORETICKÁ ČÁST

## 1. Vybrané aspekty parafilii

Předtím, než se práce zaměří na oblast rizikového a deviantního chování spjatého s parafilii, nabízí se jako vhodné přiblížit čtenáři problematiku parafilii jako takovou. Samotný pojem „parafilie“ je odvozen od latinských slov *para* (vedle, mimo) a *philein* (milovat). Pojem tedy poukazuje na to, že se jedná o „vedlejší“ formy způsobu milování. Osoby s parafilii tedy „milují“ jinak než většinová populace. Jejich sexuální preference a fantazie jsou odchylkou od společností stanovené normy. Od společenské normy osoby s parafilii může odlišovat nejen to, jaký objekt považují za sexuálně atraktivní, ale též jaké sexuální aktivity preferují, jak intenzivní jsou jejich sexuální potřeby, anebo jaké zastávají postoje k podlehnutí těmto potřebám. Samozřejmě, se však normy v oblasti sexuality odlišují v závislosti na kulturním i časovém kontextu (Weiss, 2010; Mann et al., 2010).

Parafilie zahrnují celou skupinu poruch sexuální preference. Poruchy mohou zasahovat buď oblast aktivit, kterými jedinec dosahuje sexuálního vzrušení, anebo oblast objektů, které jedince sexuálně přitahují. Osoby s parafilii se vyznačují odlišnou sexuální motivací, která se pak následně může projevit také v jejich chování – např. způsobu ukájení se nebo vyhledávání sexuálních partnerů. Ve své podstatě se jedná o deviantní sexuální chování. Dříve bývaly parafilie dokonce označovány jako sexuální deviace. Od pojmu sexuální deviace bylo však z důvodu negativní konotace slova „deviant“ postupně upuštěno a nahradil jej pojem parafilie (Weiss, 2017). Proto i v této práci bude o sexuálních deviacích pojednáváno jako o parafilii. O jedincích, kteří mají deviantní sexuální preference pak bude pojednáváno jako o osobách s parafilii.

Další termín, který je potřeba zmínit v souvislosti s problematikou parafilii, dříve nazývaných sexuální deviace, je sexuální delikvence. Jedná se o společností často zaměňované termíny, které jsou však odlišné. Delikvence (z lat. *delinquere* = provinit se) znamená protispolečensky zaměřené chování způsobující újmu a porušující zákonné nebo jiné normy chování. Deviace na druhou stranu představuje jakoukoliv odchylku od společenské normy. Deviantní chování se stává delikventním až v případě, že kromě společenské normy zároveň poruší také zákonný předpis. Sexuální deviant tedy může být v určitém případě i sexuálním delikventem. Na druhou stranu sexuální delikty nemusí být páčány deviantními (parafilními) jedinci. Deviantní chování může nabývat různých podob, přičemž vůbec nemusí jít o chování naplňující znaky trestného činu (Bártová et al., 2021; Dombert et al., 2016; Joyal & Carpentier, 2017; Seto et al., 2021) Nevýhodou současného stavu poznání o parafilii a

hodnocení rizikovosti osob s parafilními preferencemi je, že mnoho studií bylo prováděno na delikventní populaci osob s parafilii, a tak některé poznatky mohou být zkresleny (Turner et al., 2014).

Co se týče etiologie parafilii, je důležité zmínit, že osoby s parafilní preferencí si svou sexuální odlišnost nezvolily dobrovolně. Nejedná se o nedostatek v oblasti vůle, charakterových vlastností nebo morálního usuzování. S největší pravděpodobností je deviace v sexuální preferenci vrozená (Weiss, 2017; Cantor & Fedoroff, 2018). Zatím na etiologii parafilii neexistuje v odborné společnosti jednotný názor. Lze se setkat s teoriemi genetickými, hormonálními, neuroanatomickými, behaviorálními, psychanalytickými, psychopatologickými či s teoriemi zdůrazňujícími narušení motivace. Přestože se na většinu duševních poruch snaží odborná společnost pohlížet z hlediska bio-psycho-sociálního, převládá názor, že parafilie jsou důsledkem vrozené dispozice. Různí autoři se rozcházejí v názoru na podstatu parafilie i v rámci motivačního systému. Někteří považují za podstatu parafilie narušenou strukturu motivačního systému, jiní kladou důraz na odlišné řízení emocí spjatých se sexuálním chováním a další tvrdí, že se jedná o menšinovou variaci motivačního systému (Konrad et al., 2015; Thibaut et al., 2020; Klapilová & Bártová, 2017). Jedním z posledních počínů přispívajících k možnému vysvětlení vzniku parafilie na úrovni neurochemických a molekulárních procesů je studie Quintana a kolegů (2022). Kolektiv autorů pojednává o tzv. sexuálním imprintingu, tedy o mechanismu, jímž si lidé během svých prvních sexuálních zkušeností spojených s potěšením vtisknou rysy partnera, které považují za atraktivní.

Navzdory silícímu zájmu o problematiku parafilii v odborných a forenzních kruzích tak zůstává etiologie parafilii záhadou. Stejně jako další fyziologické potřeby je sexuální potřeba biologicky přirozená a je velmi těžko potlačitelná či přístupná změně. Z čehož vyplývá, že parafilie představují trvalou charakteristiku daného jedince. Na druhou stranu se ale parafilie mohou objevit i v průběhu života, a to u jedinců s neurodegenerativním onemocněním, typicky u Parkinsonovy choroby. Parafilie se v tomto případě objevuje jakožto vedlejší účinek léčby dopaminomimetiky (Konrad et al., 2015).

## **1.1 Současné pojetí parafilii**

Koncept parafilii prošel během posledních dekad několika etapami změn, které zahrnovaly nejen změnu názvosloví. V průběhu doby se též měnilo, jaké konkrétní poruchy sexuální preference do kategorie parafilii spadají. Například dříve společností odsuzovaná a

trestně stíhaná homosexualita už se prakticky vymanila z okruhu poruch sexuality. Nyní je společensky přijímána a lidé s homosexuální orientací začínají postupně nabývat další práva (Weiss, 2017). Co je tedy nyní normální sexuální chování a co je již považováno za deviantní? Parafilie odjakživa úzce souvisely s pojetím normality v oblasti sexuálního života člověka (Konrad et al., 2015). Žijeme v době, kdy téma lidské sexuality začíná být detabuizováno, pojednává se o něm čím dál více také v médiích a hranice normality se plasticky mění a posouvají. Přesto je zmiňována nutnost nechávat určité mantinely v oblasti sexuality pevně zachovány, a to k ochraně společnosti i možných obětí – na sexuální aktivitě nedobrovolně zúčastněných osob. Určitá sexuální chování se totiž nalézají mimo i ty nejšířejší pojaté hranice sexuální normality. Parafilie se tak mohou pohybovat na škále od relativně společensky nezávadného chování, které přímo neohrožuje jiné osoby, až po přečiny či zvláště závažné zločiny (trestné činy s horní hranicí trestní sazby 10 let a více – např. znásilnění dle § 185 odst. 2 tr. zákona). Proto je stěžejní dodržovat určitá kritéria normality i v oblasti sexuality. Například dle Weisse (2017) lze za normální sexuální chování považovat:

„takové konsenzuální sexuální aktivity, které se odehrávají mezi psychosexuálně a somatosexuálně dostatečně zralými a pokrevně v přímé linii nespřízněnými partnery a jež nevedou k jejich psychickému nebo tělesnému poškození.“

Je důležité podotknout, že i některé neobvyklé sexuální praktiky probíhají konsenzuálně a mezi pokrevně nespřízněnými osobami. Na tento fakt reaguje Diagnostický a statistický manuál duševních nemocí ve své páté revizi (dále DSM-5). DSM-5 od roku 2013 rozlišuje parafilie a parafilní poruchy (APA, 2013). Tento počín vyjadřuje snahu o destigmatizaci a depatologizaci neobvyklých sexuálních aktivit vědomě souhlasících dospělých osob (Konrad et al., 2015). Pojem parafilie dle DSM-5 označuje jakýkoli „intenzivní a přetrvávající sexuální zájem jiný než zájem o genitální stimulaci nebo mazlení s fenotypicky normálními, fyzicky zralými, souhlasícími lidskými partnery nebo jakýkoliv sexuální zájem, který je větší nebo stejně velký jako běžné sexuální aktivity“ (APA, 2013, str. 685). Oproti tomu pojem parafilní porucha je parafilie, která simultánně působí strádání nebo poškození svému nositeli, nebo taková parafilie, jejíž uspokojení s sebou přináší osobní újmu nebo riziko újmy jiným osobám. V praxi to znamená, že parafilie je nutnou, ale nikoliv postačující podmínkou pro diagnózu parafilní poruchy. U jedinců s parafilii dle definice DSM-5 není vždy zapotřebí intervence klinického odborníka, neboť jejich preference a aktivity neohrožují je samotné ani ostatní nebo tito jedinci nepociťují distres (Krueger et al, 2015).

V tabelární části desáté revize Mezinárodní klasifikace nemocí (dále MKN-10) bychom pojem parafilie našli pod „Poruchami sexuální preference“. MKN-10 (ÚZIS, 2018) o těchto poruchách pojednává v oddíle F65 (F65.0-F65.9). Spadají tedy pod pátou kapitolu MKN, Poruchy duševní a poruchy chování, což vypovídá o tom, že parafilie zasahují jedincovo myšlení, prožívání, ale ovlivňují také jeho chování. Skupina poruch sexuální preference označovaných jako parafilie se rozděluje do dvou větších podskupin – deviace v aktivitě a deviace v objektu. MKN-10 rozlišuje deset kategorií poruch sexuální preference: fetišismus, fetišistický transvestitismus, exhibicionismus, voyerismus, pedofilii, sadomasochismus, mnohočetné poruchy sexuální preference, jiné poruchy sexuální preference a poruchu sexuální preference NS. Zkratka NS v MKN-10 značí nespecifikovanou či blíže neurčenou poruchu (ÚZIS, 2018).

Plánovaná jedenáctá revize MKN, jež byla schválena na 72. Světovém zdravotnickém zasedání v květnu 2019, však zavádí v oblasti poruch sexuální preference určité změny. Diagnostické manuály duševních poruch by měly reflektovat stále se měnící normy sexuálního chování a postojů k němu v současné společnosti, a tak činí i manuál MKN. Po vzoru DSM-5 již rozlišuje mezi parafilii a parafilní poruchou. Dvěma stěžejními diagnostickými požadavky na parafilní poruchu jsou dle MKN-11: 1) trvalý, zaměřený a intenzivní vzorec sexuálního vzrušení – projevující se přetrvávajícími myšlenkami, fantaziemi, nutkáními nebo chováním – který zahrnuje osoby, jejichž věk nebo status je činí neochotnými nebo neschopnými dát souhlas (např. děti, zvířata) a zároveň 2) jedinec jednal na základě těchto myšlenek, fantasií či nutkání nebo je jimi výrazně znepokojen (pocítuje distres). Parafilními poruchami jsou dle MKN-11: exhibicionismus, pedofilie, voyeurismus, frotérismus a koercivní sexuálně sadistická porucha. Posledně jmenovaná, koercivní sexuálně sadistická porucha, má cíleně odlišit konsenzuální sadomasochistické praktiky dvou souhlasících partnerů od nebezpečného sadismu, kterého se jedinec dopouští na nesouhlasící oběti (Krueger et al., 2017). Ze seznamu parafilních poruch nová revize vypouští fetišismus, transvestitismus a zmiňovaný sadomasochismus. Na druhou stranu zavádí tzv. jinou parafilní poruchu zahrnující aktivity prováděné na nesouhlasícím jedinci. Více v Tabulce 1.

Z hlediska sexuálního zdraví představuje navrhovaná revize MKN důležitý liberalizační krok v dialektice mezi depatologizací a zvažováním relevantních problémů veřejného zdraví. Stejně jako DSM-5 však i MKN-11 patologizuje nesouhlas druhého, emoční distres a násilí (Briken & Krueger, 2019), a těmito požadavky tedy odlišuje parafilní poruchu od parafilie. V rámci polemiky o pocíťovaném distresu je však nutné zvážit i podíl kultury na míře

vnímaného distresu ze sexuální odchylky. Například bylo zjištěno, že oproti západním kulturám se u kultur východoasijských a blízkovýchodních objevuje více restriktivní pohled na sexuální normalitu. Tudiž větší tabuizace sexu jakožto předmětu diskuse může zapříčinit vyšší distres (Baazeem, 2016; Ho et al., 2011; Chan, 2021).

Diagnóza parafilní poruchy se v České republice děje prostřednictvím metod anamnestických, psychodiagnostických a v neposlední řadě také metod psychofyziologických (Weiss, 2017). Anamnestický rozhovor pro určení přítomnosti parafilní poruchy se dotýká tematických okruhů jako je školní věk, dospívání, sny, fantazie a zvláštní zážitky, skutečné sexuální chování a posléze specifické otázky týkající se jednotlivých parafilí. Psychodiagnostická část sestává převážně z testů na osobnost, intelekt, motivaci k léčbě a možnost resocializace. Psychofyziologické metody v české sexuologii představuje vyšetření falopletysmografické (u mužů) a vulvoplestimografické (u žen).

Závěrem je v rámci této podkapitoly také důležité poznamenat, že parafilie nemusí být nutně exkluzivní. To znamená, že jedinec je schopen sexuálního uspokojení i jinak než s nevhodným sexuálním objektem nebo nevhodnou aktivitou. Takový jedinec se může uchýlit k parafilní aktivitě například využitím příhodné situace. Ilustračním příkladem může být pachatel znásilnění, který využije potemnělého parku a kolemjdoucí ženu donutí k sexuálnímu styku – nicméně za běžných okolností tohoto pachatele nevzrušuje sexuální aktivita s použitím donucení. Na druhou stranu jedinec s výhradní parafilní preferencí nemůže dosáhnout sexuálního vzrušení jiným způsobem než vyplývajícím z jeho parafilie (Krejčová et al., 2022). Také je potřeba zmínit, že i v běžné populaci se objevují sexuální fantazie s prvky parafilie. Obzvláště se jedná o fantazie zahrnující prvky donucení, dominance nebo naopak submise či dokonce sexuální viktimizace. To ovšem neznamená, že je daný jedinec parafilní, neboť jedním z diagnostických požadavků je právě intenzita a trvalost těchto fantazií. Navíc mnoho z těchto osob ani nemá touhu tyto fantazie realizovat (Joyal & Carpentier, 2017; Bártová et al., 2021).

Tabulka 1: Rozdíly v klasifikaci parafilii dle MKN-10 a MKN-11.

MKN-10	MKN-11
Fetišismus	-
Fetišistický transvestitismus	-
Exhibicionismus	Exhibicionistická porucha
Voyeurismus	Voyeuristická porucha
Pedofilie	Pedofilní porucha
Sadomasochismus	Koercivní sexuálně sadistická porucha
-	Frotérstické porucha
Mnohočetné poruchy sexuální preference	-
Jiné poruchy sexuální preference (frotérství, nekrofilie)	Jiná parafilní porucha zahrnující nesouhlas druhého
Porucha sexuální preference NS	-

## 1.2 Prevalence parafilii v ČR a ve světě

Úvodem je v této podkapitole nutno zmínit, že současná úroveň poznání o distribuci parafilních preferencí a parafilii v obecné populaci je značně zkreslená, neboť většina výzkumů byla provedena na malých vzorcích psychiatrických pacientů, sexuálních delikventů ve výkonu trestu odnětí svobody nebo případových studiích (Bártová et al., 2021). U sexuálních delikventů byla například parafilie diagnostikována ve 25–74 % případů v závislosti na výzkumném vzorku (Dunsieth et al., 2004; Hanson & Morton-Bourgon, 2004; Raymond et al. 1999). Vzhledem k výše uvedeným faktům o malých vzorcích je však velmi pravděpodobné, že v obecné neklinické, populaci je prevalence parafilii výrazně nižší. Odhad skutečného výskytu parafilii v populaci je ale zatížen několika výzkumnými nedostatky. Výzkumy často opomíjí participantky ženy, necílí na nedelikventní populaci nebo se zaměřují pouze na chování (tj. realizace parafilní fantazie navenek) a nezohledňují další formy a projevy parafilie. Příkladem takových projevů mohou být parafilní touhy či sexuální fantazie. Výzkumy mohou být také zkresleny mírou ochoty participanta své parafilní touhy a chování přiznat. Poslední jmenované se projevilo například ve studii Joyala a J. Carpentiera (2017), kdy se více respondentů otevřeně přiznalo k parafilním preferencím v online dotazníku než v osobním telefonátu.

Jedny z rozsáhlejších výzkumů se zájmem o prevalenci parafilních fantazií a parafilního chování proběhly ve Švédsku a v Austrálii. Švédská studie proběhla v roce 1996 na vzorku



2450 participantů (Långström & Seto, 2006) a australská studie probíhala v letech 2001-2002 na vzorku 19 307 participantů (Richters et al., 2008). Tyto dva výzkumy naznačují, že parafilní chování je neobvyklé (na základě kritérií normální křivky pro neobvyklost postihuje méně než 2,3 % populace nebo je o dvě standardní odchylky pod mediánem nebo průměrem) nebo atypické (ovlivňuje méně než 15,9 % populace). Například ve švédské studii byla míra celoživotní prevalence zkušeností se sadomasochismem, transvestismem, exhibicionismem a voyeurismem u mužů 2,5 %, 2,8 %, 4,1 % a 11,5 %, v odpovídajícím pořadí (Långström & Seto, 2006; Joyal & Carpentier, 2017).

Proměny v prevalenci parafilních fantazií ovšem souvisí také s rozšířením přístupu k internetovému připojení v druhé polovině 90. let 20. století. Rozšíření internetu způsobilo, že se lidé začali setkávat s různými druhy pornografie, např. zahrnujícími prvky BDSM. Tím pádem se také začaly takové praktiky více objevovat i v sexuálních fantaziích (Peter & Valkenburg, 2006). Údaje z obou velkoplošných zahraničních studií provedených na prahu 21. století tedy již nemusejí odpovídat současnému stavu společnosti. Více recentní výzkum na nedelikventní populaci proběhl roku 2017 v Kanadě (Joyal & Carpenter, 2017). Studie těchto autorů odhalila, že téměř polovina dotázaných mužů a žen (45,6 %) během svého života zatoužila po realizaci parafilního chování a přibližně jedna třetina (33,9 %) se k parafilnímu chování alespoň jednou za život uchýlila. Nejčastějším obsahem parafilních fantazií i chování byl voyerismus, kterého se dopustilo alespoň jednou za život 34,5 % participantů. Na úrovni chování následoval svou zastoupeností exhibicionismus (30,1 %), fetišismus (26,3 %), frotérství (26,1 %) a masochismus (19, 2 %). Jedinou parafilii, která se ukázala jako častější u žen než u mužů, byl masochismus. Jinak byly všechny parafilie (na úrovni fantazií i chování) signifikantně více zastoupeny u mužů. Pokud by se nicméně jednalo o parafilii jako takovou (splňující znaky jako je trvalost, zaměřenost a působení distresu), byly by počty mnohem nižší. Např. nejčastěji zmiňovaný voyerismus by v kritériích parafilie splňovalo pouze 9,6 % všech participantů. Sadismus se objevil jen u 1,2 % participantů a pedofilie u 0 %. Hlavním cílem studie Christiana Joyala a Julie Carpentier bylo prozkoumat vhodnost označení všech parafilních zájmů za anomální. Je zjevné, že kromě sexuálních fantazií nejsou ani zájmy o voyerismus, fetišismus, frotérství a masochismus anomální.

Vztah mezi parafilními sexuálními fantaziemi a sexuálním chováním však není přímočarý. Ne každý jedinec, u kterého se objevují parafilní fantazie, ve skutečnosti takové sexuální praktiky realizuje v chování. Konkrétním příkladem mohou být BDSM praktiky (Bondage-Disciplína-Sadismus-Masochismus). Tyto praktiky se objevují v sexuálních fantaziích až u

60 % participantů (Powls & Davies, 2012), nicméně reálně je praktikuje pouze kolem 10 % participantů (Van Der Walt, 2014).

Co se genderu týče, parafilní preference nápadně převažují u mužů. Tento jev však stejně jako etiologie parafilí zůstává bez prokazatelného vysvětlení (Konrad et al., 2015). Samantha Dawson se svými kolegy (2016, 2021) poukázala na korelaci mezi větší sexuální touhou (sex drive) u mužů a výskytem parafilních preferencí u neklinické populace. Jiné výzkumy se zase zaměřily na další faktory. Cantor (2012) zmiňuje vyšší náchylnost mužů k vývojovým poruchám, které se mohou podílet na rozvoji patologií. Ve hře mohou být také obecně větší úsilí mužů o plození potomků (Baumeister et al., 2001) nebo vyšší impulzivita a vyšší náchylnost k vyhledávání vzrušení a riskování (Marshall, 2007).

Roku 2019 provedlo Centrum pro sexuální zdraví a intervence ve světovém měřítku ojedinelý celonárodní průzkum prevalence parafilních preferencí u české populace (Bártová et al., 2021), a to na vzorku cca 5 tisíc mužů a 5 tisíc žen (muži 5023, ženy 5021). Revolučním bodem tohoto výzkumu bylo, že kromě sexuálního chování byly předmětem zájmu také parafilní preference, míra vzrušení, vyhledávání pornografie s parafilní tematikou a sexuální fantazie. Výsledky studie poukázaly na to, že 31,3 % mužů a 13,6 % žen přiznalo alespoň jednu parafilní preferenci, přičemž nejzastoupenějšími byly voyeurismus, frotérismus/tušérismus, a fetišismus. Nejčastější byly tedy parafilní preference spočívající v aktivitě. Naproti tomu parafilie a parafilní preference spočívající v objektu (např. pedofilie) byly zastoupeny minimálně – pedofilie u 0,6 % mužů, hebefilie u 4,4 % mužů a téměř 0 % žen reportovalo jak pedofilii, tak i hebefilii. Více podrobností k datům o procentuálním zastoupení parafilí v Tabulce 2. Tabulka 3 pak prezentuje přepočtení procentuálního vyjádření prevalence parafilí na obyvatele České republiky.

Tabulka 2: Prevalence parafilii (v procentech) na populačním vzorku 5023 mužů a 5021 žen v ČR v procentech (Bártová et al., 2021).

Parafilie	Prevalence		
	Muži	Ženy	Celkem
<b>Pedofilie</b>	0,6 %	0,0 %	<b>0,3 %</b>
<b>Hebefilie</b>	3,1 %	0,1 %	<b>1,6 %</b>
Zoofilie	0,8 %	0,2 %	0,5 %
Fetišismus	10,1 %	2,4 %	6,3 %
Voyeurismus	16,6 %	6,4 %	11,5 %
Exhibicionismus	3,0 %	1,5 %	2,3 %
Frotérství/Tušérství	12,7 %	3,9 %	8,3 %
Ponížení/Submisivita	3,5 %	2,3 %	2,9 %
<b>Bití/mučení</b>	2,1 %	1,7 %	<b>1,9 %</b>
<b>Patologická sexuální agrese</b>	1,7 %	0,4 %	<b>1,0 %</b>
<b>Imobilizace</b>	5,1 %	2,2 %	<b>3,6 %</b>

Tabulka 3: Prevalence parafilii vyjádřena přepočtem na obyvatelstvo ČR dle Bártová et al. (2021)

Parafilie	Prevalence (Přepočet na obyvatele ČR)			Vyhledání odborné pomoci
	Muži	Ženy	Celkem	Muži
<b>Pedofilie</b>	26 136	1	<b>26 795</b>	3,3 %
<b>Hebefilie</b>	135 037	4 576	<b>142 905</b>	11,5 %
Zoofilie	34 848	9 151	44 658	12,8 %
Fetišismus	439 960	109 812	562 687	10,6 %
Voyeurismus	723 103	292 832	1 027 128	9,6 %
Exhibicionismus	130 681	68 633	205 426	14,7 %
Frotérství/Tušérství	553 217	178 445	741 318	9,1 %
Ponížení/Submisivita	152 461	105 237	259 015	11,8 %
<b>Bití/mučení</b>	91 477	77 784	<b>169 699</b>	13,2 %
<b>Patologická sexuální agrese</b>	74 053	18 302	<b>89 315</b>	10,7 %
<b>Imobilizace</b>	222 158	100 661	<b>321 536</b>	13,0 %

Ve výzkumu Bártové a kolegů (2021), v souladu se zahraničními studii (např. Joyal & Carpenter, 2017; Långström & Seto, 2006; Marsh et al., 2010), procentuálně dominoval voyeurismus. V závěsu za voyeurismem následovaly frotérství a fetišismus. Všechny tyto tři jmenované parafilie byly zastoupeny v množství větším než neobvyklém a pokud bychom se zaměřili na voyeurismus u mužů, tak by byl dokonce nad hranici atypičnosti.

Parafilními poruchami, které jsou relevantní pro oblast nápravného systému justice, jsou zvláště parafilní aktivity zahrnující nesouhlas partnera (bití/mučení, patologická sexuální agrese, imobilizace) a pedofilie s hebefilií. Pokud tedy osoby s touto parafilní preferencí postoupí od parafilních sexuálních preferencí/fantazií k chování.

### **1.3 Rizika a podoby delikventního chování u osob s parafilii**

Jak již bylo zmíněno v první podkapitole, mezi sexuální deviací a sexuální delikvencí je značný rozdíl. Sexuální delikvence zahrnuje takové jednání, které je v rozporu s právními normami. Drtivá většina pachatelů sexuálně motivované trestné činnosti je tvořena dospělými muži s absencí delikvence a s normálním sexuálně motivačním systémem. Dále pak početně dominují pachatelé, kteří byli známými či příbuznými oběti. Přestože většina sexuálně motivované trestné činnosti je páchána neparafilními jedinci, mohou se však i osoby s parafilní preferencí trestné činnosti dopustit. Téma konkordance mezi parafilními preferencemi a odpovídajícím chováním se ve svém výzkumu zabývali Joyal a Carpentier (2022). V rámci vzorku 1040 dospělých participantů (475 mužů a 565 žen) se aktivní konkordance (tzn. přítomnost parafilní preference a zároveň parafilní zkušenosti) objevila u 50 % těchto participantů. Zvýšené riziko aktivní konkordance však lze pozorovat u diagnózy sadismu a pedofilie (Páv & Břichcín, 2019; Mann et al., 2010; Helmus et al., 2021).

V českém prostředí lze sexuálně motivované trestné činy nalézt v Hlavě III. zvláštní části Zákona č. 40/2009 Sb., trestní zákon – Trestné činy proti lidské důstojnosti v sexuální oblasti. Paragrafy 185 až 193b upravují jednotlivé skutkové podstaty trestných činů, jejichž cílem je sexuální uspokojení pachatele. V kontextu parafilních poruch jsou předmětné zvláště § 185, § 186, § 187, § 192, § 193. Lze je dále dělit podle konkrétních zákonem chráněných zájmů (tj. objektů) na základě výkladu trestního práva dle Šámala a kol. (2012):

(1) § 185 Znásilnění a § 186 Sexuální nátlak poskytují ochranu práva svobodného rozhodování o vlastním pohlavním životě; (2) § 187 Pohlavní zneužití a § 193 Zneužití dítěte k výrobě pornografie poskytují ochranu zdravému mravnímu a tělesnému vývoji dětí, zvláště pak pohlavní nedotknutelnosti všech osob mladších 15 let; (3) § 192 Výroba a jiné nakládání

s dětskou pornografií poskytuje ochranu mravního vývoje dětí a ochranu před jejich možným zneužitím.

Je však nutné podotknout, že v některých případech jsou soudem i sexuálně motivované trestné činy ve finále posouzeny dle paragrafů nesexuálních. Může se tak stát, že např. znásilnění ve stadiu pokusu bude souzeno dle § omezování osobní svobody nebo ublížení na zdraví. Dále je vhodné zmínit, že dle trestního zákona je dítětem osoba mladší 18 let. Tím pádem u některých vybraných sexuálně motivovaných trestných činů je spáchání na dítěti přitěžující okolností, ačkoli by danému dítěti bylo již 15 let (Z. č. 40/2009 Sb., trestní zákon).

Sexuálně motivované trestné činy jsou v zahraniční literatuře děleny na tzv. hands-on a hands-off delikty (Knack et al, 2017). Dle českého trestního zákona by typickým hands-on deliktem bylo například pohlavní zneužívání (§ 187 trestního zákona) a typickým hands-off například výroba a jiné nakládání s dětskou pornografií (§ 192 trestního zákona). Prakticky jde o rozdělení trestných činů na kontaktní (hands-on) a nekontaktní (hands-off), tedy takové, jejichž skutková podstata je naplněna, přestože nedošlo k žádnému fyzickému kontaktu s obětí nebo žádná konkrétní oběť neexistuje (jako např. u shromažďování dětské pornografie). Je důležité si uvědomit, že pachatelé hands-on deliktů, jako je výše zmíněné pohlavní zneužívání dítěte, a pachatelé určitým způsobem nakládající s dětskou pornografií mohou mít výrazně odlišnou motivaci k páchaní těchto trestných činů, a proto pravděpodobně mají různé rizikové faktory a vyžadují tedy odlišný přístup k léčbě (Knack et al., 2017).

Některé parafilie jsou mezi pachateli sexuálních deliktů zastoupeny mnohem frekventovaněji. Jedná se převážně o sexuální sadismus, masochismus, exhibicionismus a pedofilii. Naopak téměř výjimkou jsou sexuální delikty osob s fetišismem, frotérismem, transvestitismem. Nejčastěji páchaný sexuálně motivovaný trestný čin, znásilnění, i trestné činy jako pohlavní zneužití, jsou zpravidla páchany pachateli oběti známými a bez diagnózy parafilie (Zvěřina & Weiss, 2013). Nebezpečnější a brutálnější formy znásilnění se nicméně odehrávají mezi osobami neznámými. Mezi pachateli osoby s parafilii, ale také osoby s poruchou osobnosti, osoby využívající příležitosti, osoby s mentální retardací či osoby pod vlivem omamných a psychotropních látek (Páv & Břichcín, 2019). Šance na výskyt extrémně závažných nekonsensuálních sexuálních aktivit u jedinců s parafilii se zvyšuje, když má dotyčná osoba poruchu osobnosti, je závislá na návykových látkách nebo trpí jiným duševním onemocněním (Langevin & Lang, 1990).

Podle statistických údajů poskytnutých vládou ČR došlo v letech 2016 až 2019 k nárůstu sexuálně motivované trestné činnosti o 21 % (MV ČR, 2022). Pachatelé sexuálně motivovaných trestných činů mohou svým obětem způsobit vážnou újmu fyzického a/nebo psychického rázu, a to krátkodobou i dlouhodobou. Nezřídka se u obětí projeví i posttraumatická stresová porucha. Přesto že většinu obětí tvoří dospělé ženy, některými z obětí jsou bohužel také děti nebo mladiství (Dworkin et al., 2017). Právě trestné činy spáchané na dětech se vyznačují velkým procentem pachatelů s pedofilií a zároveň vysokým rizikem recidivy parafilního chování (Páv & Břichcín, 2019). Toto všechno jsou pádné důvody, proč je důležité věnovat recidivě a době před spácháním prvního trestného činu u sexuálních delikventů zvýšenou pozornost. Jednou z cest může být zvýšení povědomí o motivaci vyplývající z parafilie a zaměření na rizikové a protektivní faktory této skupiny pachatelů.

## 2. Vybrané druhy parafilií a období vnitřního coming outu

Vzhledem k tomu, že se práce v praktické části zabývá pachatelí v ochranném léčení sexuologickém, bude se tato kapitola věnovat převážně parafiliím s forenzním významem. Za sociálně nebezpečné a forezně významné jsou považovány: exhibicionismus, agresivní sadismus, nekrofilie a pedofilie (eventuálně hebefilie, efebofilie) (Brouillette-Alarie & Proulx, 2019; Požarskis & Požarska, 2023). Svým způsobem samotná přítomnost parafilie zvyšuje riziko opětovného spáchání sexuálně motivovaného trestného činu, přičemž nejvyšší rizikovitost lze spatřovat u diagnózy sadismu a pedofilie (Páv et al., 2019). V českém sexuologickém prostředí je do těchto parafilií řazena také patologická sexuální agresivita, která nemá oporu v MKN-10 ani v novém MKN-11 (Zvěřina & Weiss, 2013). Nicméně vzhledem k tomu, že tato diagnóza bývá nadále stanovována pachatelům sexuálních deliktů v českém prostředí a promítá se do trestného činu znásilnění, bude o ní pojednáno i v této práci. Přehled parafilií dle dosud platného MKN-10 je uveden v Tabulce 4.

Tabulka 4: Definice parafilií dle MKN-10 (ÚZIS, 2018).

Název parafilie	Definice dle MKN-10
F65.0 Fetišismus	„Spoléhání na některé neživé předměty jako stimulus pro sexuální vzrušení a sexuální uspokojení.“
F65.1 Fetišistický transvestitismus	„Nošení šatů opačného pohlaví, aby se dosáhlo sexuálního vzrušení a aby se vytvořilo vzezření osoby opačného pohlaví.“
F65.2 Exhibicionismus	„Recidivující nebo přetrvávající tendence ukazovat genitál cizím lidem (obvykle opačného pohlaví) nebo lidem na veřejných místech bez výzvy nebo záměru intimního kontaktu“
F65.3 Voyeurismus	„Vracející se nebo přetrvávající tendence dívat se na osoby v sexuálním nebo intimním chování, jako je svlékání, aniž o tom pozorovaný objekt ví.“
F65.4 Pedofilie	„Sexuální preference dětí, buď chlapců nebo děvčat nebo obojího pohlaví, obvykle prepubertálního nebo časného pubertálního věku.“
F 65.5 Sadomasochismus	„Preference sexuální aktivity, která zahrnuje působení bolesti, ponižení nebo omezování osobní svobody.“
F 65.6 Mnohočetné poruchy sexuální preference	„Někdy se u jedné osoby vyskytne více než jedna abnormální sexuální preference a žádná není hlavní. Nejobvyklejší kombinací je fetišismus, transvestitismus a sadomasochismus.“
F658 Jiné poruchy sexuální preference	„Rozmanitost jiných vzorců sexuální preference a aktivity jako obscénní telefonické hovory, přitlačování se na lidi v tlačeničce na veřejných místech z důvodu sexuální stimulace, sexuální aktivity se zvířaty a vlastní škrčení nebo vyvolávání mozkové anoxie pro větší intenzitu sexuálního vzrušení.“
F65.9 Porucha sexuální preference NS	„Sexuální deviace NS (nespecifické)“

## 2.1 Parafilie spočívající v objektu

Tato skupina parafilí je charakterizována odlišností předmětu sexuálního zájmu a fantazií od společenské normy. Jedinec je sexuálně přitahován neživými objekty, objekty sexuálně nevyzrálými či zvířecími objekty. Z forenzního hlediska je však významná zvláště pedofilie a nekrofilie.

### 2.1.1 Pedofilie

Pedofilie je charakterizována fyzickým i emočním zaujetím dětmi bez sekundárních pohlavních znaků. Osoby s pedofilií jsou přitahovány dětmi před nástupem puberty, tedy zhruba do 12 let věku. Pedofilie je pravděpodobně médii nejskloňovanější parafilí a dle současných poznatků se týká jednoho procenta mužské populace (Gross, 2014).

V souvislosti s pedofilií je důležité dotknout se alespoň okrajově tématu sexuálního zneužívání dětí. Jistě stojí za zmínku rozdíl mezi trvalým sexuálním zájmem a sexuálním chováním. Osoby s pedofilní preferencí vykazují trvalý sexuální zájem o prepubertální děti – objevují se v jejich sexuálních fantaziích a touhách. Nicméně osoby s parafilíi nemusí vždy těmto touhám podlehnout, ale naopak trpí psychickým distresem pramenícím z těchto nerealizovatelných fantazií. Jak bylo zmíněno výše, tito dospělí si svou poruchu nezvolili dobrovolně, ale narodili se s ní. Velká část osob s pedofilní preferencí by uvítala nekriminální sexuální zájmy a pro-sociální fungování ve společnosti. To ovšem neznamená, že by se část odborné veřejnosti snažila alibisticky bránit osoby s pedofilní preferencí. Sice platí, že jedinec nemůže za svou sexuální preferenci, ale je odpovědný za své chování – v tomto případě sexuální zneužití dítěte. Sexuální zneužívání dítěte tedy představuje odlišnou kategorii než sexuální zájem. Jedná se o kriminální chování, které však může a nemusí být páčáno osobami s pedofilní preferencí (Knack et al., 2019).

Pod pedofilií lze zahrnout taktéž **hebefilii** (pedohebefilii) a **efebofilii** (pedoeфеbofilii). V případě hebefilie se jedná o jedince sexuálně orientovaného na pubertální dívky a v případě efebofilie na pubertální chlapce (Zvěřina & Weiss, 2013).

Seto (2017) dokonce spojuje všechny (nejen) výše zmiňované parafilie v objektu v jednotný pojem tzv. chronofilii. Dle věku preferovaných sexuálních objektů tento autor rozlišuje nepiofilii (preferance batolat), pedofilii (preferance prepubertálních dětí), efebofilii (preferance pubertálních dětí), teleiofilii (preferance mladých, sexuálně zralých dospělých), mezofilii (preferance dospělých ve středních letech) a gerontofilii (preferance seniorů).

### 2.1.2 Nekrofilie

Dle MKN-10 nekrofilii řadíme do jiných poruch sexuální preference. Osoby s nekrofilii jsou sexuálně přitahovány mrtvým tělem. V případě nekrofilie se jedná o



kontinuum sahající od nekrofilních fantasií, fascinací pouhou přítomností mrtvého těla až po realizaci pohlavního styku s mrtvým tělem. Roli mrtvého těla lze u nekrofilie chápat jako fetišistickou formu nevzdorujícího nebo nesouhlasícího partnera. Na druhou stranu může být ústředním motivem dominance, a tak nekrofilie může být kombinována s forenzně relevantním sexuálním sadismem, což představuje značné riziko – v jistých případech ústící v sexuální vraždu (Briken et al., 2014).

## **2.2 Parafilie spočívající v aktivitě**

Podstatou parafilií v aktivitě je odlišný způsob, jakým jedinec dosahuje sexuálního vzrušení. Do této skupiny parafilií jsou zařazovány exhibicionismus, frotérství, tušérství, erotografomanie, sadismus, masochismus, voyeurismus nebo také telefonní skatologie (Zvěřina & Weiss, 2017).

### **2.2.1 Exhibicionismus**

Samotné slovo exhibicionismus je odvozeno z latinského *exhibere*, což znamená „nabídnout“ nebo „ukázat“. Exhibicionismus je charakterizován dosahováním sexuálního vzrušení prostřednictvím odhalení svých genitálií zpravidla před nic netušící, nesouhlasící cizí osobou či osobami. Někteří exhibicionisté mohou také vykazovat touhu být při sexuálních aktivitách sledován jinými osobami. V některých případech doprovází odhalení genitálu také erekce nebo masturbace. Exhibicionismus se týká téměř výhradně mužů (Manuel, 2019; Stockdale, 2019). Někteří exhibicionisté jednají v souladu se svou parafilii pouze v určitých situacích (např. zvýšená psychická zátěž).

Jedná se o jednu z nejfrekventovanějších parafilií, která se vyznačuje vysokou recidivou (Zvěřina & Weiss, 2017). Exhibicionismus bývá ve většině případů opakujícím se chováním a zasahuje velké množství obětí (Rooth, 1973; Abel et al., 1987), a tak mnoho lékařů sáhne po této diagnóze (Marshall, 2007). Nicméně velké množství exhibicionistů není nikdy souzeno za své činy, neboť jen velmi malé procento obětí tento čin reportuje, nebo pachatel úspěšně uprchne před příjezdem policie. Přestože se jedná o typický hands-off delikt a dle českého právního řádu vykazuje menší nebezpečnost pro společnost, může i tak mít velký psychický dopad na oběť. Dle českého trestního zákona bývá exhibicionismus posuzován podle „nesexuálního“ paragrafu 358 Výtržnictví. Čin může být též posuzován jako přešůpek proti veřejnému pořádku podle § 5 Z. č. 251/2016 Sb., o některých přešůpcích.

### **2.2.2 Sadomasochismus**

Sexuální sadismus (podle MKN-11 již jako koercivní sexuálně sadistická porucha) představuje parafilii, kdy je sexuální vzrušení jedince spojeno s utrpením jiné osoby (Balon, 2016). V MKN-10 nalezneme sadomasochismus, kdy konkrétně sadismus znamená „Preferenci sexuální aktivity, která zahrnuje působení bolesti, ponížení nebo omezování osobní svobody. Jestliže subjekt raději takovou stimulaci (...) sám provádí, pak jde o sadismus. Subjekt často pociťuje sexuální vzrušení jak ze sadistických, tak i masochistických aktivit“ (ÚZIS, 2018, s. 241). Nicméně v této starší definici chybí pozdější požadavek nesouhlasu osoby, na níž je sadistická aktivita vykonána. Právě podmínka nesouhlasu plní účel odlišení pravého sexuální sadismu od partnerského sadomasochismu (Fedoroff, 2008). Proto bylo v MKN-11 přistoupeno k pojmu koercivní sexuálně sadistická porucha, kdy kromě nesouhlasu druhé osoby je nutnou podmínkou též trvalost sadistických myšlenek, chování, fantazií či nutkání zahrnujících způsobení fyzického nebo psychického utrpení druhé osobě (WHO, 2022). Právě diagnóza sadismu je u pachatelů znásilnění úzce provázána s rizikem spáchání tohoto trestného činu

V českém prostředí bývá uváděn také tzv. agresivní (útočný) sadismus. Ten se vyznačuje zvýšenou mírou agresivity v aktivitách osob s touto parafilii a samoúčelností míry použitého (až brutálního) násilí. Cílem takto sadistického útočnicka nebývá pouze sexuální styk s obětí, ale její trýznění samo o sobě. Tato forma sadismu bývá mimo jiné spojována se sériovými sexuálními vrahy (Zvěřina & Weiss, 2017).

Sadismus však někteří autoři (Knight et al., 2013) vnímají jakožto kontinuum. Sadismus tedy může nabývat různě závažných podob – od pouhých sadistických sexuálních fantazií přes souhlasný partnerský sadomasochismus až po velmi násilné sadistické aktivity odpovídající výše zmíněnému agresivnímu sadismu.

### **2.2.3 Patologická sexuální agresivita**

V českém sexuologickém prostředí se lze v rámci parafilii v aktivitě setkat taktéž s tzv. patologickou sexuální agresivitou. Tento pojem prosazovali čeští odborníci v oblasti sexuologie od konce 60. let 20. století. Tito odborníci hledali diagnózu pro pachatele, kteří se svým moderm operandi lišili od sexuálních sadistů. Na rozdíl od agresivního sadismu pachatel s patologickou sexuální agresivitou u svých obětí neprodlužuje utrpení a nedopouští se ani nadměrného trýznění. Patologická sexuální agresivita se projevuje následujícími znaky: absencí úvodních fází namlouvání si partnera, napadáním neznámých osob, překonáváním odporu přepadené osoby a nekonsensuálním pohlavním stykem. Tento typ pachatelů však nepotřebuje agresi jako takovou pro sexuální uspokojení a chybí také prvek ponižování oběti

a dominance nad ní (Páv & Brichtáček, 2019). Se zavedením MKN-11 však bude možné tento druh parafilního násilí bez znaků sadismu možno klasifikovat jako jinou parafilní poruchu zahrnující nesouhlasící jedince (WHO, 2022).

Neznamená to však, že by zahraniční autoři nepojednávali o výše charakterizovaném sexuálním chování. V zahraniční literatuře se lze setkat s pojmem biastofilie (Aggrawal, 2009; Pattigrew, 2019; Savastano et al., 2017), která bývá popisována jako intenzivní sexuální vzrušení při znásilnění druhé osoby. Dále se objevuje pojem *preferential rape pattern* (čili vzorec preferující znásilnění; Freund & Watson, 1990).

## **2.3 Coming out u osob s parafilii a délka doby latence**

### **2.3.1 Proces coming outu**

Jak bylo zmíněno výše, etiologie parafilie zůstává doposud z velké části neobjasněna a je připisována z velké části genetickým predispozicím v kombinaci s psychosociálními faktory. Panuje nicméně konsensus, že se jedná o trvalou charakteristiku jedince a je obtížné ji měnit intervencemi (Cantor, 2018; Seto, 2012). Kdy si však začne osoba s parafilii svou odlišnou sexuální preferenci uvědomovat? Takový moment či spíše proces je spojován s nyní již zažitým pojmem „coming out“. Pojem „coming out“ je používán pro popis procesu odhalování nenormativní sexuality jedince. Tento koncept má původ ve slovním obratu „coming out of the closet“ (v angličtině doslova vyjít ven ze skříně), ve kterém slovo closet (skřín) odkazuje na skryté sexuální praktiky nebo touhy.

Coming out zahrnuje dvě různé roviny – vnitřní a vnější. Vnitřní coming out znamená proces, kdy jedinec sám sobě přiznává, že jeho sexuální fantazie nebo preference jsou jistým způsobem odlišné od preferencí většinové populace. Tyto fantazie a preference jedinec během procesu vnitřního coming outu rozpoznává, identifikuje a rozhodne se je uznat jako platné. Přijímá je jako součást své osobnosti (Malti-Douglas, 2008).

Vnější coming out pak spočívá v projevení sexuální preference navenek, typicky sdělením okruhu vybraných osob. Může jít o poměrně zdlouhavý proces opakovaných rozhovorů s různými osobami. Někdy se jedinci mohou dobrovolně rozhodnout svěřit se pouze někomu ze svého sociálního okolí nebo dokonce vnější coming out vůbec neproběhne. Spolu s vnějším coming outem bývá zmiňován též pojem „outing“, který však znamená neplánované nebo nedobrovolné odhalení vlastní sexuální preference jinou osobou nebo v některých případech vlastním nedopatřením. Všeobecně bývá coming out vnímán jako základ zdravého vztahu k vlastní sexualitě. Na druhou stranu outing bývá pro jedince spíše

invazivní a může značně narušit důvěru v sociální okolí a zmařit následující pokusy o svěření se dalším osobám (Malti-Douglas, 2008). Tyto údaje se nicméně týkali spíše coming outu v případě sexuální orientace obecně. Velmi málo je toho doposud známo o coming outu u parafilní populace, obzvláště u parafilí v aktivitě.

Doba, kdy přichází uvědomění si své vlastní odlišnosti v oblasti sexuality, nastává u osob s parafilní preferencí nejčastěji v pubertálním věku. V tomto období, obvykle mezi 10 a 15 lety, totiž dochází k integraci 3 podstatných složek sexuality: identity, reaktivity a preference (Bancroft, 1989). Existují však i případy, kdy si jedinec uvědomuje odlišné sexuální preference a fantazie ještě v ranější fázi vývoje. Burton s kolegy (1997) ve své studii uvádí i věk kolem 6 let. Nízký věk coming outu je pak spojován s vyšší rizikovostí jedince s parafilí. Tedy u takového jedince hrozí vyšší riziko spáchání sexuálně motivovaného trestného činu. Nejvíce probádanou parafilí je z hlediska coming outu pedofilie, u které se uvádí období kolem 12 let života jedince (Seto, 2017).

V období puberty mohou jedinci s parafilními tendencemi vykazovat odchylky v heterosexuálních vztazích, projevující se především ve vzájemné komunikaci s osobami opačného pohlaví. Již absence prvotních platonických vztahů nebo jejich pozdní vznik může upozorňovat na možné odchylky v sexuálním vývoji. Projevy konformních heterosexuálních aktivit během puberty u těchto jedinců často souvisejí spíše s touhou začlenit se do kolektivu vrstevníků než s jejich autentickými motivacemi.

Vyrovnaní se s parafilní preferencí nemusí vždy proběhnout bez komplikací. Dle E. Schorsche (1980 in Weiss, 2002), psychoanalyticky zaměřeného psychologa, lze rozlišovat 4 různé způsoby, jakými se člověk vyrovnává s vlastní poruchou sexuální preference:

1) Egosyntonní, kdy osoba přijímá svou parafilii jako součást vlastní identity, směřuje se s ní a nemá zpravidla potřebu vyhledat pomoc lékaře, psychiatra či jiného odborníka.

2) Částečný souhlas a kanalizace, při nichž je parafilie považována za chybu, se kterou je třeba naučit se žít. V tomto případě se osoba s parafilí ztotožňuje, ale před okolím ji skrývá. Tato diskrepance může vést ke zvýšenému psychickému napětí a následné ztrátě kontroly nad chováním dané osoby. Například od počínajících parafilních fantazií bude osoba cítit potřebu přejít k jejich realizaci.

3) Egodystonní způsob pak představuje situaci, kdy osoba svou parafilii odmítne jako něco, co k ní nepatří. Parafilní fantazie a puzení jsou takovou osobou prožívány jako nepříjemné a ohrožující integritu osobnosti. Právě na tyto osoby by měl směřovat fokus odborné péče.

4) Popření představuje čtvrtý a zároveň nejvíce odmítavý způsob vyrovnání se se svou parafilní sexualitou. V podstatě dochází k úplnému odstranění parafilních sexuálních potřeb z vědomí.

Tento proces pak mohou doprovázet pocity studu, hanby, izolace od společnosti či dokonce úzkosti až deprese. S větší pravděpodobností pak dojde k akceptaci vlastní parafilie v případech, kdy se jedná o parafilie nižší společenské nebezpečnosti a stigmatizace.

### ***2.3.2 Období latence u parafilních pachatelů sexuálně motivované trestné činnosti***

Daný jedinec však po proběhnuvším coming outu nemusí v souladu se svými preferencemi jednat nebo se dokonce na základě svých odlišných sexuálních preferencí dopustit trestného činu (Dombert et al., 2016; Joyal & Carpentier, 2017). Existuje část sebeidentifikujících se osob s parafilii, které se rozhodnout vyhledat odbornou pomoc ještě, než se nějakého deliktu dopustí (Bártová et al., 2021). Sexuálně motivovaná trestná činnost je nicméně spojována s velkou mírou latence, a tak víme, že velká část sexuálních deliktů zůstane systémem neodhalena (Weiss & Zvěřina, 2008).

Pokud však vnitřnímu puzení jedinec podlehne a eventuálně se tak dopustí sexuálně motivovaného trestného činu, lze dobu od coming outu až po spáchání tohoto trestného činu označit jako dobu latence. Podle výzkumů autorky Natashy Knack (2017) může doba latence u pachatelů sexuálně motivované trestné činnosti trvat v průměru kolem 5 až 10 let. Piché s kolegy (2018) dokonce reportovala dobu latence kolem 9 let a u 17 % respondentů svého výzkumu dobu delší než 20 let. Na základě těchto výzkumů tedy pachatel se svými myšlenkami zápasí v řádu několika let, než jim ve finále podlehne a trestného činu se dopustí. Tyto údaje se však týkají pachatelů sexuálně motivovaných trestných činů všeobecně. Výzkum věnující se přímo délce doby latence u pachatelů v závislosti na různých typech parafilii v literatuře chybí či nebyl doposud publikován. Nevíme tedy, v jakých parametrech se doba latence u sexuálních delikventů s různými parafilii liší. Cílem této diplomové práce je otevřít toto téma a explarovat, zda u všech parafilii dochází nejprve k uvědomění si parafilních preferencí a pak k procesu vyrovnávání se s nimi bez spáchání trestného činu až následnému podlehnutí a spáchání prvního trestného činu. Důležité je také explarovat, co tento proces provází a faktory, které jej facilitují a/nebo mu zabraňují.

### **3. Faktory vstupující do procesu spáchání násilného jednání**

Až do současnosti pramenila většina pokusů o porozumění chování pachatelů sexuálních deliktů z vnější perspektivy, kde jsou objektivně hovořící fakta (jako například počet spáchaných deliktů v minulosti) považována za významnější než skutečnosti subjektivně prožívané pachatelem. Budeme-li však pracovat s pachatelem sexuálně motivovaného trestného činu, je pro následný postup klíčové usilovat o pochopení jeho subjektivní motivace k danému jednání. Osoby s parafilní preferencí jsou pak specifickou skupinou pachatelů sexuálně motivované trestné činnosti, kteří se odlišují ve své motivaci od neparafilních sexuálních delikventů a potýkají se tak s jinými problémy (Krueger et al., 2018). Lze tedy tvrdit, že i rizikové faktory budou svým způsobem odlišné u obou skupin pachatelů.

Do procesu rozhodování o tom, zda jedinec podlehne touze plynoucí z jeho parafilních fantazií a dopustí se tak chování, které je v souladu s jeho parafilní motivací, vstupuje řada faktorů. Tyto faktory si lze představit jako proměnné v poměrně komplikované rovnici. Za jednotlivé proměnné pak lze v případě každé osoby s parafilní preferencí dosadit individuálně odlišné hodnoty (Ward & Beech, 2006). Výsledkem této rovnice může být spáchání sexuálně motivovaného trestného činu nebo naopak zvládnutí svého chování a zdržení se trestné činnosti. Odhalení faktorů a posouzení jejich síly je stěžejní pro efektivní práci s osobami s parafilní preferencí. Ve forenzním prostředí nabízí oporu při rozhodování o výši a podobě trestu, o vhodné léčbě (ochranné léčení nebo zabezpečovací detence) či rozhodování o podmíněném propuštění z výkonu trestu odnětí svobody. Dále pak správná identifikace rizikových faktorů a též jejich vhodné zaměřování přispívá ke zvýšení spolehlivosti predikce recidivy u osob, které se již trestné činnosti dopustily. Potenciál predikce recidivy je rizikovým faktorům připisován, neboť představují trvalý psychologicky významné charakteristiky daného jedince (Mann et al., 2010). Na základě analýzy rizikových faktorů lze později vyselektovat takové, které jsou tvárné a jejichž ovlivněním může léčba značně snížit rizikost jedince (Páv et al., 2020). Prakticky by primárním cílem odborné intervence mělo být udržení jedince v nízkorizikové skupině a jedince z vysokorizikové skupiny pomocí práce s vhodnými rizikovými faktory přesunout do skupiny nízkorizikové (Bonta & Andrews, 2017).

Přínosem diplomové práce v tomto ohledu může být subjektivní pohled jednotlivých osob s parafilii na dobu před spácháním sexuálního deliktu. Neboť u každé jednotlivé osoby mohly působit odlišné faktory, které facilitovaly či zabraňovaly delikventnímu chování.

### **3.1. Faktory rizikové a protektivní**

Faktorů, které mohou na jedince působit před spácháním sexuálního deliktu, byla identifikována celá řada. Jedno z možných rozlišení faktorů na dvě velké skupiny představuje následující dělení. Na jedné straně jde o skupinu proměnných, které jedince spíše k násilnému jednání podněcují – tedy rizikové faktory. Na straně druhé pak stojí proměnné od násilného jednání zrazující – protektivní faktory. Jedná se o hybridní konstrukty, které obsahují jak složky faktické (tj. přístupné pozorování), tak normativní (tj. hodnotově založené soudy) (Heffernan & Ward, 2018).

#### **3.1.1 Rizikové faktory**

Rizikové faktory, někdy též označované jako spouštěče, působí v procesu rozhodování o spáchání sexuálně motivované trestné činnosti ve 3 rovinách: 1) jako motivátory 2) jako dezinhibitory a 3) jako destabilizátory, a celkově tak přispívají k výsledné rizikovosti jedince. Motivátory (např. zisk, pocit sebehodnoty, vzrušení) působí jako zvyšovače hodnoty případného deliktu. Dezinhibitory (např. negativní postoje, nedostatek empatie či pocitů viny, absence náhledu na problém) blokují reálné vnímání dopadů trestného činu. Destabilizátory (např. slabší intelektové schopnosti, poruchy vnímání, impulsivita) pak působí jako činitelé, kteří oslabují kapacitu racionálně kontrolovat své jednání (Páv et al., 2020).

Existuje několik faktorů spojovaných se zvýšením rizika páchaní sexuálního násilí (Seto, 2008; Finkelhor & Araji, 1986; Abbey et al, 2001; Burton et al., 1997; Bailey et al., 2016). Mezi nejzastoupenější patří: (1) Historie sexuálního zneužívání: Pachatelé, kteří se sami stali obětí sexuálního zneužívání, vykazují vyšší pravděpodobnost, že se dopustí sexuálního násilí také. Předčasná sexualizace zanechává na pachateli nevratné změny. (2) Užívání návykových látek: osoby s parafilní preferencí, které užívají omamné a psychotropní látky nebo alkohol, tímto zvyšují pravděpodobnost, že se dopustí sexuálního násilí. (3) Nedostatek empatie: Nedostatek empatie k druhým a devalvování prožívání obětí opět působí jako rizikový faktor. (4) Kriminální minulost: Osoby, které mají ve své anamnéze kriminální minulost, zejména pak násilné trestné činy, představují rizikovou skupinu. (5) Duševní onemocnění: Přítomnost duševní poruchy, jako jsou deprese, úzkost nebo poruchy osobnosti. (6) Sociální izolace: U osob, které jsou sociálně izolované a nemají sociální podporu, existuje vyšší pravděpodobnost, že se dopustí sexuálního násilí. (7) Gender a věk: Jako osoby ve vyšším riziku se ukazují muži ve věku 12 až 25 let. (8) Parafilní porucha: Samotná přítomnost parafílie zvyšuje riziko spáchání sexuálního deliktu. Za

obzvláště rizikové jsou pak považovány parafilní preference spočívající v sexuálním zájmu o prepubertální nebo dospívající (pedohebefilie), nebo zájmu o násilí (znásilnění, imobilizace, sadomasochismus) (Brouillette-Alarie & Proulx, 2019; Ward & Siegert, 2002; Marshall & Barbaree, 1990).

Recentní studie dávají také do souvislosti nepřízeň osudu v dětství (pohlavní zneužívání, zanedbání péče či dysfunkční rodinné zázemí) s kognitivním nastavením podporujícím delikventní chování (z angl. *offense-supportive cognitions*). Takové kognitivní nastavení pak může facilitovat spáchání sexuálně motivovaného trestného činu v dospělosti (Szumski et al., 2018; Belsky, 2012). Může se projevat např. tím, že pachatel je přesvědčen, že obětím vlastně svým chováním neublíží nebo že z jeho chování dokonce benefituje.

Je však důležité podotknout, že ani souhra několika těchto faktorů nutně neznamená, že se jedinec (znovu) dopustí sexuálně motivovaného trestného činu. Rizikové faktory pro spáchání takového trestného činu jsou spíše komplexní a multifaktoriální a mohou se lišit v závislosti na individuálních, sociálních a environmentálních faktorech.

### **3.1.2 Protektivní faktory**

Protektivní faktory, jindy označované jako bariéry, mohou být široce definovány jako charakteristiky jedinců a jejich prostředí, které indikují sníženou pravděpodobnost recidivy a byly odvozeny z výzkumů sledujících skupiny jedinců odsouzených za trestné činy (jsou tedy statistickými prediktory). Stejně jako u rizikových faktorů je nutné vzít v potaz, že existují rozdíly jak mezi typy trestných činů, tak i mezi jednotlivci, kteří se této kategorie trestných činů dopouštějí. Protektivní faktory představují jakési zdroje opory, které snižují míru pravděpodobnosti spáchání sexuálního deliktu. Mohou být buď vnějšího původu (sociální okolí) nebo vnitřního (psychologické charakteristiky jedince). Kanadští autoři Garant a Ouellet (2022) ve své studii identifikovali následující protektivní faktory: léčba, kapacita pro intimní vztah, regulace užívání návykových látek, nekriminální sociální okolí, malé množství předchozích deliktů, pozitivní nahlížení na budoucnost, motivace ke změně, kapacita pro introspekci (sebereflexe a náhled na parafilii). Další protektivní faktor představuje i věk pachatele. V tom smyslu, že čím starší pachatel je, tím spíše se trestného činu nedopustí. Například nástroj pro hodnocení rizika recidivy, Static-99R počínaje věkem 40 let začíná odečítat body celkového rizika (Raymond et al., 2020). Vždy je nicméně nutné brát mimo pokročilého věku ohled také na míru rizikovosti, neboť Nicholaichuk se svými



kolegy (2014) došli k závěru, že míra recidivy se s věkem snížila pouze u nízkorizikových pachatelů.

## **3.2 Faktory statické a dynamické**

Faktory působící na osoby s parafilii lze kromě hlediska pozitivivity a negativivity dělit také na statické a dynamické. Tyto dvě skupiny faktorů se liší mírou přístupnosti ke změně a intervenci z vnějšku (např. ochrannému léčení).

### **3.2.1 Statické faktory**

Statické faktory se týkají takových charakteristik, které jsou neměnné a prakticky nepřístupné záměrné intervenci odborníků. Statické faktory lze také označit jako historické, neboť se týkají převážně životní historie posuzovaného jedince. Tyto faktory jsou považovány za prediktory recidivy z hlediska dlouhodobého časového horizontu a jsou zkoumány již po několik dekád (Hanson & Bussière, 1998; Hanson et al., 2015). Mezi tyto faktory lze řadit například předchozí trestnou činnost (sexuálně motivovanou i ostatní) nebo počet spolehlivě identifikovatelných obětí. Zájem autorů zabývajících se rizikovými faktory spočinul také na vztahu pachatele k obětím, na věku a pohlaví obětí, zda jedinec spáchal trestný čin se zbraní či jinak brutálním způsobem a jak velkou újmu své oběti/obětím způsobil. Mezi důležité statické rizikové faktory lze určitě řadit také psychiatrické a psychologické charakteristiky – snížený intelekt, přítomnost psychotické poruchy, poruchy osobnosti (zvláště disociální poruchy osobnosti). Nemalý vliv na utváření kriminální kariéry, a tím i potenciální rizikovosti, tvoří také faktory týkající se jedincova sociálního zázemí. Do této skupiny je možno řadit fyzické, sexuální či psychické zneužívání v dětství, pobyt v nápravném zařízení pro mladistvé nebo v dětském domově (Hanson & Harris, 2000).

Důležitým rizikovým faktorem u parafilních delikventů jsou také psychopatologické komorbidity. Roli některých duševních poruch (Axis I dle DSM IV) jakožto rizikových faktorů zkoumal například Martin Kafka (2012). Duševní poruchy spadající pod Axis I, jako jsou poruchy nálady, panická porucha, porucha pozornosti s hyperaktivitou (ADHD), sociální úzkostná porucha nebo užívání návykových látek a alkoholismus by měly být brány v potaz při klinickém posuzování míry rizika recidivy i při zvažování vhodné medikace pachatele. Duševní poruchy zařazené v Axis I totiž 1) souvisí s nervovými drahami v prefrontální kůře a limbickém systému, což jsou struktury zodpovídající za regulaci sexuální motivace a za behaviorální kontrolu; 2) souvisí s exekutivními funkcemi jako je pozornost, plánování, paměťové procesy, ale hlavně kontrolou impulzivního chování a sexuální dezinhibice; 3) mají

velmi podobně načasovaný nástup jako parafilní preference a 4) při zaměření farmakoterapie také na tyto duševní poruchy, může přispět ke zmírnění parafilního chování. Zatím co ADHD, úzkostná porucha a poruchy chování jsou dle této studie asociovány se sexuální dezinhibicí obecně, tak užívání alkoholu je asociováno spíše se situační dezinhibicí.

Statické faktory představují stěžejní proměnnou u kriminální populace a významně přispívají k predikci možné budoucí recidivy (Mann et al., 2010; Hanson et al., 2015). Statické faktory týkající se kriminální historie mapuje například nástroj pro posuzování rizik STATIC-99R (Hanson & Thornton, 1999), o kterém bude blíže pojednáno ve třetí kapitole. Je tedy důležité brát tyto faktory v potaz při posuzování rizikovosti daného jedince. Na druhou tyto faktory kliničtí pracovníci příliš nemohou ovlivnit. Proto je důležité zaměřit se při mapování rizikových faktorů, zvláště pak při stanovování vhodné léčby, na faktory dynamické.

### **3.2.2 Dynamické faktory**

Na rozdíl od faktorů statických, jsou faktory dynamické přístupné změně. Pokud dojde k manipulaci s těmito faktory, výsledkem bude odpovídající snížení či zvýšení rizikovosti dané osoby. Dynamické faktory jsou proto významné nejen z hlediska predikce recidivy, ale zvláště pak z hlediska její prevence. Dynamické faktory bývají některými autory také označovány jako faktory kriminogenních potřeb. Označení „potřeba“ má přinášet naději, že pokud se tyto potřeby sníží nebo nasytí jiným způsobem, sníží se potřeba opětovného zapojení do kriminální činnosti (Bonta & Andrews, 2017).

Dynamické faktory autoři Hanson a Harris (2000, 2001) dále diferencovali na stabilní a akutní. Také vznesli na dynamické faktory požadavek určité měřitelnosti a pozorovatelnosti. Stabilní dynamické faktory představují trvalejší charakteristiky posuzované osoby, avšak stále do jisté míry přístupné modifikaci. Pod takovými faktory si lze představit například alkoholismus, drogovou závislost, rizikové sociální vztahy v soukromí či v práci. Na tuto skupinu dynamických faktorů je zaměřen nástroj pro hodnocení rizika Stable-2007 (Fernandez et al., 2014). U stabilních dynamických faktorů je předpokládána jejich stálost po dobu několika měsíců až let. Mnohem rapidněji se proměňují akutní dynamické faktory. Tato podskupina dynamických faktorů mění svou kvalitu i intenzitu v řádu hodin či dnů, někdy dokonce minut. Akutní rizikové faktory bývají dávány do souvislosti s rizikovými situacemi a okamžikem opětovného spáchání deliktu (Hanson & Harris, 2000; Fernandez et al., 2015). Za akutní faktory lze dosadit například aktuální pocity deprese, vzteku, uchýlení se zpět k alkoholu či v případě osob s pedofilní preferencí stanování s kamarádem a jeho dětmi.

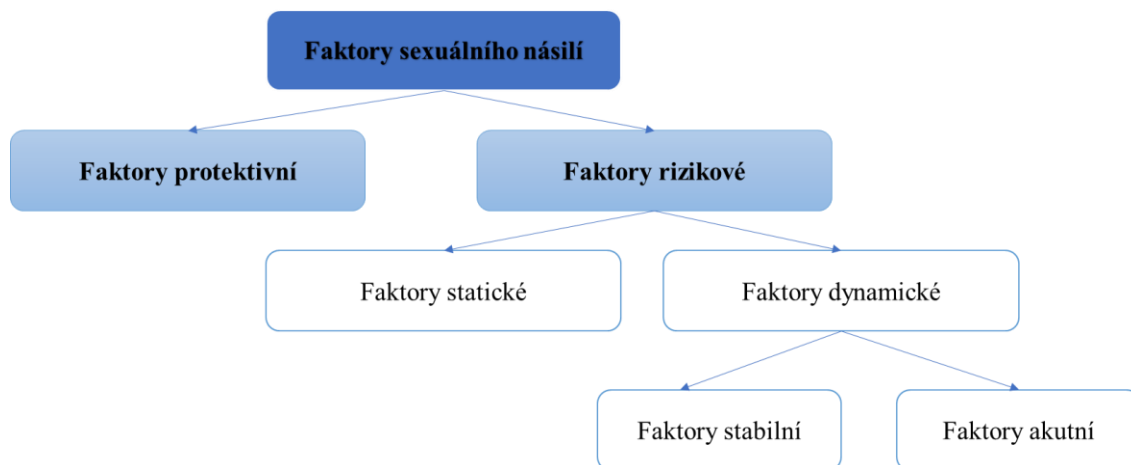
### 3.3 Risk-Need-Responsivity model

S identifikací rizikových faktorů úzce souvisí tzv. „Risk-Need-Responsivity model“ (dále RNR model). RNR model je využíván v kontextu nápravného posuzování a plánování léčby parafilních delikventů (Bonta & Andrews, 2007, 2017; Andrews et al., 2011). Představuje současný pohled na práci s faktory souvisejícími s rizikem násilného jednání. Ve své podstatě se jedná o takový model, který usiluje o vysvětlení a identifikaci vlivu rizikových faktorů holističtější optikou. Při identifikaci rizikových faktorů konkrétního posuzovaného jedince bere v úvahu souvislosti kognitivní, osobnostní i sociálně psychologické. Model RNR je založen na třech stěžejních principech (Bonta & Andrews, 2007). Každé písmeno zkratky pak představuje tento princip a s ním spojenou skupinu klinicky relevantních souvislostí (Bonta & Andrews, 2017):

R (Risk/Riziko) – Princip rizika představuje úvahu, že léčba poskytovaná pachateli by měla být adekvátní jeho riziku recidivy. V praxi by to znamenalo, že jedincům vykazujícím vyšší míru rizikovosti (odhadovanou na základě dostupných nástrojů hodnotících riziko) by se mělo dostávat intenzivnějších či více specifických intervenčních služeb.

N (Need/Potřeba) – Dle tohoto principu se jedná konkrétně o kriminogenní potřeby konkrétního pachatele. Kriminogenní potřeby odpovídají dynamickým faktorům rizika recidivy, na které by se měla nápravná léčba pachatele soustředit. Kliničtí pracovníci by se měli tázat, jaké jsou nejvhodnější průběžné cíle léčby pro účely omezení kriminálního chování.

R (Responsivity/Respozivita) – Princip responzivity (přizpůsobivosti) zvažuje, jaké styly, způsoby a strategie služeb jsou nejlépe aplikovatelné na danou skupinu pachatelů. RNR model počítá s responzivitou dvojího druhu – generální a specifickou. Generální responzivita spočívá v obecné reakci na delikvenci daného typu, tedy sexuálně motivovanou. Model operuje s kognitivně behaviorální intervencí a metodami sociálního učení, jelikož se v čase vzniku ukázaly jako nejefektivnější u tohoto typu delikventní populace (Bonta & Andrews, 2017). Specifická responzivita pak odkazuje na specifické potřeby vyplývající z pachatelova genderu, věku, kultury, motivace, silných stránek a osobnostních faktorů. Zvažuje též specifika klinického pracoviště, které poskytuje léčbu danému pachateli. Vždy je nutné reflektovat možné ztěžující proměnné jako poruchy osobnosti či poruchy intelektu. Ve své podstatě by tedy léčba měla být ušita na míru danému pachateli a proces zvyšující motivaci pachatele, a naopak snižující vliv bariér by měl být dobře promyšlený.



*Obrázek 1: Schéma možného dělení faktorů sexuálního násilí.*

## 4. Hodnocení rizikovosti u osob s parafilii

Celkově je kriminální recidiva považována za významný společenský problém. Vysoká míra recidivy znamená zátěž nejen pro justiční systém, ale i pro bezpečnost společnosti a finanční systém země. Zvláštní pozornost by měla být věnována recidivě sexuálních delikventů. Sexuální delikventi nerecidivují tak často jako jiné typy pachatelů (Hanson & Thornton, 2000; Cunliffe & Sheperd, 2007) a to sexuální delikventi, kteří podstoupili kvalitní léčbu zaměřenou na potřeby vyplývající z jejich parafílie, vykazují ještě nižší míru recidivy (Cortoni & Nunes, 2007; Lösel & Schmucker, 2005). Na druhou stranu tato skupina pachatelů způsobuje svým obětem závažnou psychickou i fyzickou újmu, zejména proto, že některými z obětí jsou děti nebo mladiství (Dworkin et al., 2017). Těm, kteří pracují se sexuálními delikventy, je bohužel často poskytnuto jen málo vedení nebo podpory na to aby, mohla být intervence u této skupiny delikventů úspěšná. Proto je vhodné systémové hodnocení rizikovosti pachatele, předvídání pravděpodobnosti jeho recidivy a proškolení odborníků, kteří s touto skupinou pachatelů přicházejí do kontaktu (Haris et al., 1993). Komplexní vyšetření pachatele v rámci znaleckého zkoumání by mělo zahrnovat právě odhadovanou míru, se kterou může být jedincovo chování nebezpečným i v budoucnu (Fernandez et al., 2014).

Hodnocení rizikovosti pachatelů (z angl. risk assessment) probíhá pomocí k tomuto účelu speciálně vytvořených nástrojů (dále RA nástroje). Takové nástroje (převážně dotazníky a strukturované rozhovory) však musí být navrženy tak, aby poskytovaly co největší přesnost pro predikci recidivy (Quinsey et al., 2006). V současnosti se používá mnoho typů RA nástrojů. Dvěma hlavními kategoriemi jsou nástroje klinického posouzení a aktuární nástroje. První kategorie zmíněných nástrojů může být však zatížena určitou mírou subjektivity, neboť značně závisí na míře zkušeností daného klinického pracovníka a jeho odhadu. Druhé jmenované, aktuární nástroje, jsou nejvíce strukturovaným přístupem k hodnocení rizika recidivy (Hempel et al., 2011). Jedná se o takové RA nástroje, jejichž predikce tkví v kalkulaci celkového součtového skóre získaného hodnocením empiricky stanovených rizikových faktorů (Barra et al., 2018). Výzkumné studie konzistentně prokazují, že pokud jde o předpovídání násilného či delikventního chování, aktuární nástroje překonávají klinický posudek (Bonta & Andrews, 2007; Hanson & Morton-Bourgon, 2009).

Aktuárních nástrojů pro posouzení rizikovosti recidivy pachatele existuje celá řada – pro násilnou trestnou činnost, pro obecnou kriminalitu, sexuálně motivovanou trestnou činnost nebo různé kombinace předchozích druhů. Některé RA nástroje jsou zaměřeny na

statické rizikové faktory, jiné na dynamické. Také lze rozlišovat, zda jsou nástroje navrženy pro hands-on nebo hands-off delikty (Langton et al., 2007).

Vhodný doplněk nástrojů k hodnocení rizik mohou představovat nástroje zaměřené na protektivní faktory. Právě tento druh nástrojů má potenciál zachytit faktory, které naopak mohou léčbu posuzovaného jedince usnadňovat. Pokud budou pozitivně působící faktory identifikovány a konkretizovány, lze docílit větší úspěšnosti léčby prostřednictvím posilováním těchto faktorů a tím i zvyšováním stabilizačního potenciálu dané osoby (Páv et al., 2020). Do této skupiny RA nástrojů patří například Structured Assessment of Protective Factors for violence risk (SAPROF; de Vogel et al., 2011). Tento nástroj byl navržen pro dospělou kriminální populaci a bývá používán v kombinaci s některým z nástrojů zaměřených na rizikové faktory (Páv et al., 2020).

V českém prostředí však do současnosti nebyl zaveden systém posouzení rizikovosti pachatele s parafilii, který by se opíral o standardizované nástroje hodnocení rizik. Ba naopak hodnocení rizikovosti osob s parafilii probíhalo nestrukturovaně na základě posouzení odborným klinickým pracovníkem (Krejčová et al., 2023), které bylo velmi subjektivní a záviselo na zkušenostech jednotlivých klinických pracovníků. Toto by se však mělo změnit v rámci Strategie reformy psychiatrické péče v České republice. Na základě rozhodnutí Ministerstva zdravotnictví České republiky roku 2020 byly zavedeny dva forenzní multidisciplinární týmy. Forenzní multidisciplinární týmy budou mít na starost péči o pacienty v ochranném léčení nařízeným soudem. Právě se zavedením Forezního multidisciplinárního týmu by mělo též dojít k zahájení odborného posouzení rizikovosti osob v ochranném léčení. Aktuální nástroje mají vedle posouzení rizika a preventivních faktorů přispět i k lepšímu plánování intervencí ke snížení rizik a usilovnějšímu monitorování léčby a stavu těchto nemocných. Forenzní multidisciplinární tým nyní funguje pod CDZ OL. Jeho činnost by měla směřovat k propojení ambulantní, lůžkové a sociální péče u osob v ochranném léčení. V rámci forezního disciplinárního týmu jsou však užívány RA nástroje určené výlučně k administraci zdravotnickými pracovníky (Souček, 2023).

O zavedení standardizovaného a systémového postupu v hodnocení rizik v českém prostředí se snažil projekt Parafilik. V rámci tohoto projektu jsou pilotně testovány a užívány tři aktuální nástroje: Static-99R a STABLE-2007 společně s ACUTE-2007. Volba těchto tří nástrojů byla založena na faktu, že se jedná o zahraniční literaturou nejcitovanější a nejpoužívanější nástroje, přičemž nejcitovanějším vůbec je Static-99R (Krejčová et al., 2023). Důvody pro zavádění těchto tří nástrojů vidí tvůrci projektu hlavně v usnadnění tvorby

terapeutických plánů a zlepšení komunikace mezi zdravotníky a pracovníky v trestním systému. Zároveň jsou tyto tři nástroje vhodné pro predikci recidivy a mohou být administrovány i nezdravotnickými pracovníky (např. v kontextu vězeňství, policie či probační a mediační služby). Zavedení aktuárských nástrojů by dále umožnilo lépe monitorovat efekt léčby a přesněji odhadovat riziko recidivy (Nováková, 2021). V práci jsou dále rozebrány nástroje STABLE-2007, Static-99R a ACUTE-2007. Důvodem pro zařazení této kapitoly je fakt, že výzkum této diplomové práce probíhal v rámci širěji pojatého výzkumu projektu Parafilik, který tyto nástroje užívá pro sběr dat. Prostřednictvím nástroje STABLE-2007 pak byla shromažďována data pro kvalitativní výzkum v empirické části práce.

#### **4.1 STABLE-2007**

Tento aktuárský nástroj je zaměřen na hodnocení dynamických rizikových faktorů u dospělého pachatele, přičemž trestný čin mohl být spáchán jak na dítěti, tak i na nesouhlasící dospělé osobě (Hanson et al., 2007). Dynamické rizikové faktory jsou proměnlivé a lze je určitým způsobem prostřednictvím vhodně cílených intervencí modifikovat. Jak bylo zmíněno v kapitole o faktorech vstupujících do procesu rozhodování o spáchání deliktu, rozlišujeme dynamické faktory na stabilní a akutní. STABLE-2007 se zaměřuje právě na mapování stabilních dynamických faktorů, neboť administrátora tohoto nástroje zajímají převážně události uplynulého roku. V současnosti se jedná o nejpoužívanější nástroj v USA a v Kanadě zaměřený na dynamické rizikové faktory v oblasti sexuální recidivy (Bourgon et al., 2018).

Hlavní podstatou nástroje je skrze tyto proměnlivé faktory pomáhat klinickým pracovníkům formulovat case management nebo identifikovat cíle následné léčby daného pachatele. Pokud dochází i k opakované administraci STABLE-2007 (tzv. reassessmentu), lze též posoudit, zda má léčba na pachatele pozitivní vliv a jeho riziko recidivy se snižuje (Fernandez et al., 2014). Na využitelnost STABLE-2007 při určování závažnosti parafilie pak upozornili němečtí výzkumníci Briken a Müller (2014).

STABLE-2007 sestává ze 13 položek: 1) Významné sociální vlivy, 2) Kapacita pro stabilní vztah, 3) Emocionální identifikace s dětmi, 4) Hostilita vůči ženám, 5) Celková asocialita a antisocialita, 6) Nedostatek ohledu vůči jiným lidem, 7) Impulzivita, 8) Nízká schopnost řešit problémy, 9) Negativní afektivita, 10) Sexuální nutkání, nadměrné zaujetí sexem, 11) Sexuální chování jako copingová strategie, 12) Neobvyklé sexuální preference a

13) Spolupráce s dohlížející osobou (Fernandez et al., 2014). Každá položka může být ohodnocena 0 až 2 body, přičemž platí, že více bodů odpovídá vyššímu riziku. Hodnocení je založeno na sběru informací během polostrukturovaného rozhovoru s pachatelem a zároveň na dalších shromážděných relevantních informacích o daném pachateli (probační úředník, pracovník psychiatrické nemocnice apod.). Poté je pachatel na základě celkového skóre zařazen do jedné ze 3 úrovní rizika: nízké (0–3 body), střední (4–11 bodů) a vysoké (12 a více bodů). Prediktivní validita STABLE-2007 se pohybuje od AUC (area under curve) 0,68 do 0,76 (Brankley et al., 2021). Prediktivní přesnost se pak zvyšuje tím, že je nástroj STABLE-2007 v praxi velmi často kombinován s nástrojem Static-99R (Brankley et al., 2021; Hanson et al., 2017). Zápisový arch nástroje STABLE-2007 je uveden jako Příloha č. 4.

#### **4.2 Static-99R a jeho varianty**

Static představuje skupinu vědecky podložených aktuárských nástrojů navržených speciálně pro hodnocení rizik u dospělé mužské populace pachatelů sexuálně motivované trestné činnosti (Helmus et al., 2012). První vydání, Static-99, bylo vyvinuto na konci 90. let Hansonem a Thorntonem (2000). Účelem sestavení nového nástroje byl přesnější odhad pravděpodobnosti recidivy u dospělých sexuálních delikventů mužského pohlaví. Autoři se při tvorbě Static-99 inspirovali dvěma předchozími nástroji, a to Rapid Risk Assessment for Sex Offense Recidivism (RRASOR) a Structured Anchored Clinical Judgment (SACJ) (Raymond et al., 2020). Static-99 byl vyvinut s použitím velkých souborů dat z Kanady a Spojeného království k vyhodnocení optimální kombinace rizikových faktorů, které by mohly nejúčinněji předpovídat sexuální recidivu (Hanson & Thornton, 1999). V roce 2003 se začala používat novější revidovaná varianta Static-99R a v roce 2009 byla shromážděna nová normativní data s novými věkovými normami (Raymond et al., 2020). Jedná se o vůbec nejpoužívanější nástroj pro predikci rizika recidivy u této cílové populace (McGrath et al., 2010; Harada et al., 2023). Existují však ještě další varianty, a to Static-2002 a Static 2002R. Tyto varianty se od původního Static-99R diferencují počtem položek, kdy verze 2002R má položek 14 oproti původním 10 u Static-99/99R. Zároveň se varianty 2002 a 2002R zaměřují také na recidivu násilné trestné činnosti. Navzdory existenci novějších variant stále zůstává nejpoužívanější variantou Static-99R dosahující stejné prediktivní přesnosti recidivy jako Static-2002R (Harada et al., 2023; Jung, 2016).

Jak již z názvu vyplývá, Static-99R je zaměřen na statické rizikové faktory. Takové faktory se vážou k historii pachatele a jsou neměnné (Hanson et al., 2015). Predikce možné



recidivy dle Static-99R je určována na základě 10 položek, které mapují převážně kriminální minulost posuzované osoby. Těmito položkami jsou: 1. Věk v době propuštění, 2. Soužití v partnerském vztahu po dobu minimálně 2 let, 3. Indexový násilný trestný čin, 4. Předchozí násilný trestný čin, 5. Předchozí sexuálně motivované trestné činy, 6. Čtyři či více předchozích vynesení rozsudku, 7. Usvědčení za nekontaktní sexuálně motivované trestné činy, 8. Nepříbuzné oběti, 9. Oběti cizinci, 10. Mužské oběti. Bodové hodnocení se může pohybovat od -3 až do 12, přičemž výsledné skóre zařazuje pachatele do jedné z 5 úrovní rizika: I. Velmi nízké riziko (-3 až -2), II. Podprůměrné riziko (-1 až 0), III. Průměrné riziko (1 až 3), IVa. Nadprůměrné riziko (4 až 5) a IVb. Vysoce nadprůměrné riziko (6 a více bodů) (Phenix et al., 2016).

Static-99R vykazuje velmi dobré hodnoty prediktivní validity napříč populačními vzorky pachatelů sexuálně motivovaných trestných činů (Phenix et al., 2016; Helmus et al., 2022). Kromě sexuálních trestných činů vykazuje též dobré hodnoty pro predikci násilných trestných činů a trestných činů všeobecně (AUCs = 0,68 pro sex. tč, 0,70 pro násilné tč a 0,72 pro všeobecnou kriminalitu; Babchishin, Hanson, & Helmus, 2012). Jeho upotřebitelnost se potvrdila také v policejní praxi, konkrétně například u predikce rizika pro společnost v případech stíhání podezřelého na svobodě (Jung, 2016). Jak Static-99R, tak i verze 2002R svou schopností predikovat recidivu překonávají jiné verze nástrojů pro predikci sexuální recidivy (Langton et al., 2007) a velmi nedávno byla ověřena i jeho aplikovatelnost na různé etnické či rasové minority (Ahmed et al., 2023), což z něj činí nástroj využitelný v různých státech.

#### **4.3 ACUTE-2007**

Stejně jako nástroj STABLE-2007, tak i ACUTE-2007 je zaměřen na dynamické faktory rizika sexuální recidivy u dospělých pachatelů mužů. Zaměřuje se však na dynamické faktory akutní (proměnlivé ve dnech a týdnech). Dalším rozdílem je, že ACUTE-2007 byl navržen pro pachatele pohybující se již na svobodě, kteří mají aktuální přístup k obětem či prostředkům pro spáchání recidivy. Byl specificky zamýšlen pro probační úředníky, avšak osvědčil se jako užitečný také pro policii, terapeutů či jiné odborníky pracující s osobami s parafilii v komunitě (Fernandez et al., 2015).

ACUTE-2007 sestává ze 7 položek, které mají za cíl identifikovat problematické chování související s rizikem, které by mělo být aktuálním zaměřením léčby, monitorování a komunitního dohledu nad pachatelem. Proto je doporučováno administrovat jej jedenkrát měsíčně či při každé další konzultaci s pachatelem. Jednotlivé položky jsou bodovány od 0 do

2 a odráží například momentální přístup k obětem, aktuální zaujetí sexem či aktuální míru hostility.

V praxi je aplikace tohoto RA nástroje úzce provázána právě se STABLE-2007, dokonce lze užívat nástroj ACUTE-2007 pouze tehdy, pokud má daný odborník výcvik také pro práci se STABLE-2007. Nejen sami autoři pak vyloženě doporučují užívat ACUTE-2007 společně s dalšími nástroji určenými pro monitoring a hodnocení dlouhodobějších faktorů rizika (STABLE-2007 či Static-99R; Fernandez et al., 2015; Fernandez et al., 2014; Nitsche et al., 2022). V kontextu nápravných zařízení však nejsou nástroje zaměřené na akutní dynamické rizikové faktory příliš relevantní. Na tento fakt upozorňují například Gordon a Wong (2015). Autoři argumentují tím, že nápravná zařízení vykazují velmi odlišné podmínky od pohybu na svobodě. Prostředí nápravného zařízení tedy může bránit projevům chování souvisejícího s delikventním chováním, které by jinak byly pozorovatelné v komunitním prostředí.

Z tohoto důvodu byl v rámci sběru dat pro kvalitativní výzkum administrován nástroj STABLE-2007, který mapuje stabilněji působící rizikové faktory. Především díky této charakteristice má STABLE-2007 potenciál uplatnění na populaci osob s parafilií v ochranném léčení.

## **5. Možnosti intervence u osob s parafilii**

V návaznosti na nástroje hodnocení rizika pachatelů sexuálně motivovaných trestných činů, které se mimo jiné používají na stanovení adekvátní léčby a délky trestu (Bonta & Andrews, 2017; Hanson et al., 2015), vyvstává otázka vhodné intervence u takovýchto pachatelů. V kontextu osob s parafilii, které spáchaly sexuálně motivovaný trestný čin, je mimo trest dle trestního zákona stěžejní hlavně následná léčba. Pod slovem léčba si lze v oblasti parafilii dosadit kombinaci medikace a psychoterapie, převážně skupinového charakteru. Co se medikace týče, bývá přistupováno k antiandrogenům, analogům gonadotropin-uvolňujícího hormonu (GnRH) či selektivním inhibitorům zpětného vychytávání serotoninu (SSRI). Případně je doplněna o léčbu komorbidit, obzvláště u poruch chování či poruch osobnosti (Požarskis & Požarska, 2023). Pro účely této práce, kdy je empirická část věnována pachatelům s parafilii v ochranném léčení, bude stěžejní intervence právě ve formě terapeutické a komunitní péče.

### **5.1 Intervence v rámci nápravného systému v České republice**

Právní systémy již řadu let uznávají vliv duševní poruchy na trestní odpovědnost pachatele, především pro potřebu posouzení způsobilosti pachatele spáchat trestný čin. V českém trestním právu se tento přístup odráží zejména v institutu nepřičetnosti a zmenšené přičetnosti a v zohledňování duševní poruchy pachatele v době, kdy spáchal trestný čin. V rámci páchaní sexuálně motivované trestné činnosti je soud oprávněn kromě výkonu trestu odnětí svobody uložit také ochranné opatření. Druhy ochranných opatření stanovených dle Zákona č. 40/2009 Sb., trestního zákona, jsou ochranné léčení, zabezpečovací detence, zabránění věci a ochranná výchova. V souvislosti s delikvencí osob s parafilii je relevantní pojednat o ochranném léčení a zabezpečovací detenci. Jak ochranné léčení, tak i zabezpečovací detence náleží mezi instituty trestního práva, které nejsou podmíněny přičetností pachatele. Obě zmíněná ochranná opatření lze uložit pachatelům, kteří nejsou trestně odpovědní (např. právě pro nepřičetnost). Další společnou charakteristikou těchto ochranných opatření je, že jejich esenciálním účelem je individuální prevence. V neposlední řadě lze ochranné léčení i zabezpečovací detenci uložit společně s trestem odnětí svobody či samostatně, tedy místo trestu odnětí svobody (Blatníková & Zeman, 2019).

Vzhledem k tomu, že parafilie dle MKN-10 spadají pod poruchy duševní a poruchy chování, představují jeden z důvodů uložení ochranného léčení nebo zabezpečovací detence. Samotná přítomnost duševní poruchy však není jediným důvodem pro uložení ochranného opatření. Dalším faktorem pro zvážení ochranného léčení či zabezpečovací detence je míra

rizikivosti násilného jednání, a tedy nebezpečnost pachatele pro společnost. V soudní praxi se však může stát, že pachatel sexuálního násilí není souzen za znásilnění ve stadiu pokusu, ale například za loupež nebo omezování osobní svobody. Tato oblast tedy představuje velkou oblast latence (Weiss & Zvěřina, 2008).

Nyní bude pozornost zaměřena na dva hlavní instituty trestního práva, s nimiž se lze u ukládání trestu parafilním pachatelům setkat. Posléze bude zmíněn projekt Parafilik, který se zaměřuje nejen na již trestané osoby s parafilii, ale také na osoby, které se žádného trestného činu ještě nedopustily.

### **5.1.1 Ochranné léčení**

Tato forma ochranného opatření je v českém trestním právu přítomna již po desítky let. Konkrétně se ochranné léčení objevilo již v trestním zákoně z roku 1950 (Blatníková & Zeman, 2019). Ochranné léčení může být ukládáno buď obligatorně nebo fakultativně, a to i vedle trestu odnětí svobody. Obligatorně je soudce povinen ochranné léčení uložit, jedná-li se o pachatele se zmenšenou přičetností. Soud tedy souběžně se sníženým trestem odnětí svobody ukládá právě ochranné léčení (§ 99 trestního zákona).

Cílem ochranného léčení je především ochránit společnost před pachateli, jejichž pobyt na svobodě bez vhodné léčby (v důsledku jejich duševního stavu) představuje nebezpečí pro společnost. Ochrana společnosti je zajištěna prostřednictvím izolace pachatele ve zdravotnickém zařízení. Dalšími účely ochranného léčení jsou také: 1) léčba předmětné duševní poruchy, která zapříčinila spáchání trestného činu, 2) zformování náhledu pachatele na tuto jeho duševní poruchu, 3) resocializace a návrat do společnosti a v neposlední řadě také 4) prevence recidivy (Blatníková & Zeman, 2019).

Výkon ochranného léčení může probíhat buď na svobodě nebo ve výkonu trestu odnětí svobody ve věznici. V prvním případě, se může pachatel podrobit ochrannému léčení v ambulantní formě nebo v ústavní formě. V druhém případě probíhá léčba současně s pobytem ve věznici nebo před nástupem či po nástupu výkonu trestu odnětí svobody. Primárně však zákonodárce počítal s variantou, kdy pachatel absolvuje ochranné léčení paralelně s výkonem trestu odnětí svobody ve věznici (§ 99 odst. 4 trestního zákona). Touto formou lze však ochranné léčení podstoupit pouze ve věznici Kuřim (Andrejová, 2017).

Z výše uvedeného vyplývá, že zákon rozlišuje dvě možné formy ochranného léčení – ambulantní a ústavní. Ambulantní forma je určena pachatelům, již vykazují menší rizikovitost a absenci závažné psychopatologie a mají náhled na svou duševní poruchu. Ochranné léčení (dále OL) ústavní je naopak ukládáno pachatelům rizikovějším. Ambulantní i ústavní formu

ochranného léčení zajišťují v České republice psychiatrické nemocnice (dále PN). Jedinou PN, jejíž ambulance poskytují možnost výkonu všech typů ochranného léčení, je PN Horní Beřkovice. Ochranné léčení sexuologické je pak zajišťováno v PN Bohnice, PN Kosmonosy, PN Havlíčkův Brod a PN Brno. Ambulantní ochranné léčení však na rozdíl od ústavního nepodléhá spádovosti definované dle Kancelářského soudního řádu, a tak je pro soudce poměrně náročné určovat, do jaké ordinace bude pachatel k výkonu OL v ambulantní formě přiřazen (Páv & Švarc, 2018).

Kromě těchto dvou forem lze ale rozlišovat také „druhy“ OL, a to: protitoxikomanické, protialkoholní, psychiatrické, sexuologické a proti patologickému hráčství. Pro účely této práce je stěžejní právě ochranné léčení sexuologické, které bývá ukládáno pachatelům s parafilii. Nejvíce se v praxi soudy setkávají s ukládáním ochranného léčení osobám s pedofilií za trestný čin pohlavního zneužití (§ 187 trestního zákona) a patologickým sexuálním agresorům za znásilnění (§ 185 trestního zákona). Rozhodnutí soudu o uložení formy ochranného léčení se pak opírá o znalecký posudek odborníků z oboru sexuologie a psychiatrie (Krejčová et al., 2023).

Výkon OL je ukončen buď a) uplynutím doby stanovené soudem, nejdéle však po uplynutí 2 let, b) prodloužením této doby nebo c) může být přeměněno na výkon zabezpečovací detence. O prodloužení rozhoduje soud ještě před uplynutím stanovené doby, a to na žádost osoby ve výkonu ochranného léčení, zdravotnického zařízení nebo státního zástupce. Prodlužuje se vždy maximálně o 2 roky, přičemž zákon nestanovuje kolikrát lze výkon ochranného léčení takto prodlužovat (§ 99 trestního zákona).

Přínos ochranného léčení v českých podmínkách lze demonstrovat například na katamnestickém výzkumu provedeném na pachatelích, kteří absolvovali ochranné léčení sexuologické v Psychiatrické nemocnici Bohnice. Pouze 10 % těchto pachatelů opětovně spáchalo sexuálně motivovaný trestný čin, a to jen v méně závažné formě (Zvěřina & Weiss, 2013).

### **5.1.2 Zabezpečovací detence**

Nejpřísnější formu ochranného opatření představuje institut zabezpečovací detence. Přísnost tohoto institutu spočívá především v jeho časové neohraničenosti. Pachateli nemusí být přímo známa doba, po kterou bude v příslušném zařízení zabezpečovací detenci absolvovat. Pokud je pachateli uložen trest odnětí svobody, pachatel přesně ví, jak dlouhý trest si bude ve vězení odpykávat. U zabezpečovací detence však toto neplatí. Dle § 100 trestního zákona je časové ohraničení trvání zabezpečovací detence stanoveno velmi vágně –

a to po dobu, po kterou to vyžaduje ochrana společnosti. Zmírněním této nejistoty je pravidlo přezkoumání – „Soud nejméně jednou za dvanáct měsíců a u mladistvých jednou za šest měsíců přezkoumá, zda důvody pro její další pokračování ještě trvají“ (§ 100 odst. 5 trestního zákona).

A v jakých případech je zabezpečovací detence soudem ukládána? Důvody zabezpečovací detence upravuje druhý odstavec § 47 a celý § 100 trestního zákona. V souladu se zněním § 47 trestního zákona soud uloží pachateli zabezpečovací detenci v případě, že: „pachatel spáchal zločin ve stavu zmenšené přičetnosti nebo ve stavu vyvolaném duševní poruchou, a nelze přitom očekávat, že by uložené ochranné léčení s přihlédnutím k povaze duševní poruchy a možnostem působení na pachatele vedlo k dostatečné ochraně společnosti, a soud má za to, že zabezpečovací detence kterou pachateli zároveň ukládá, zajistí ochranu společnosti lépe než trest“ (§ 47 odst. 2 trestního zákona). Další případ uložení detence je upraven v § 100 trestního zákona, jehož první odstavec umožňuje detenci uložit též pachateli, který pro svou nepřičetnost nenaplnil znaky trestného činu a „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, obdobně jako je tomu u ochranného léčení, nařídít samostatně, vedle trestu nebo na základě podmínek v § 47 odst. 2 trestního zákona při upuštění od potrestání (§ 100 odst. 3). Pokud soud uloží zabezpečovací detenci vedle trestu, znamená to, že pachatel po odpykání trestu odnětí svobody nastoupí rovnou do výkonu zabezpečovací detence.

Výkon zabezpečovací detence je regulován zákonem č. 129/2008 Sb., o výkonu zabezpečovací detence a o změně některých souvisejících zákonů. V České republice byly zřízeny celkem 3 ústavy pro výkon zabezpečovací detence (dále ÚPVZD): v Brně, v Opavě a v Praze. ÚPVZD v Praze byl uveden do provozu se začátkem roku 2022 na základě silícího tlaku vybudovat další ústav vzhledem k plné obsazenosti ÚPVZD Brno a Opava. Zmíněné ústavy mají některé shodné principy fungování. Všechny tři ÚPVZD operují s rozdělováním chovanců do 4 skupin režimových stupňů (od výrazně nespolupracujících až po aktivně spolupracující) a 4 skupin dle terapeutické připravenosti (od nemotivovaných a nepřipravených k léčbě až po motivované a připravené k léčbě). Čím se však jednotlivé ÚPVZD liší, je způsob a intenzita poskytované terapeutické péče. V Brně jsou terapeutické činnosti pro chovance povinné. V Opavě jsou naopak zcela dobrovolné a v Praze je kombinována dobrovolnost s povinností – skupinová sezení jsou povinná a individuální

dobrovolná. V Brně a Praze jsou navíc ještě poskytovány služby sexuologa, které v Opavě bohužel schází.

Celkově ÚPVZD Brno působí jako vstupní stanice mezi ostatními ústavy. Zde jsou umístěni všichni, kterým soud uložil výkon zabezpečovací detence. Postupem času pak mohou být přemístěni do ÚPVZD Praha nebo Opava. Po vstupu do ÚPVZD Brno absolvují osoby s parafilii anamnestický pohovor a následně také psychodiagnostické vyšetření osobnosti a intelektu. (Krejčová et al., 2023).

## **5.2 Preventivní programy se zaměřením na projekt Parafilik**

Velkou výzvou v oblasti designu a plánování preventivních programů pro osoby s parafilii je negativistický přístup nejen laické veřejnosti, ale také některých odborníků (Levenson et al., 2017). Ve společnosti stále panuje stigma ohledně této cílové skupiny. Jedním z důsledků celospolečenského stigmatu je pak i sebestigmatizace samotných osob s parafilii. Přístup společnosti nese podtext odporu a strachu zároveň. Postoj společnosti k osobám s parafilii formující tyto emoce může být z velké části způsoben nedostatkem informací nebo přijímáním pouze zkreslených či nepravdivých informací z ne odborných zdrojů, což vede k dezinterpretaci iniciativ preventivních aktivit. Jedním z častých omylů je přesvědčení, že preventivní aktivity staví zájmy pachatelů sexuálních deliktů nad zájmy obětí nebo že se snaží normalizovat aberantní chování plynoucí z poruchy sexuální preference jako takové (McCartan et al., 2018; Knack et al., 2019).

Preventivní iniciativy mohou být primární, sekundární či terciární (Piché et al., 2018). Pod sekundární a terciární prevenci spadají programy, jejichž cílovou skupinou jsou osoby s parafilii, které již nějaký sexuálně motivovaný trestný čin spáchaly. Sekundární preventivní iniciativy směřují k okamžité reakci na proběhnuvší delikt se zaměřením na minimalizaci následků pro oběť a identifikaci pachatele. Terciární prevence se zaměřuje na snížení recidivy jedinců, kteří spáchali sexuálně motivovaný trestný čin, prostřednictvím reaktivních opatření, jako jsou trestní řízení, uvěznění nebo soudem nařízená léčba (Jeglic & Calkins, 2016). Takových programů existuje v zahraničí již celá řada. Stojí na pilířích RNR modelu a směřují ke snížení pravděpodobnosti recidivy pachatele (Bonta & Andrews, 2007).

Větším oříškem je oblast primární prevence. Primárně preventivní iniciativy usilují o předcházení sexuálně motivovaným trestným činům tím, že poskytují široké veřejnosti nebo rizikovým skupinám, (včetně jedinců s parafilními preferencemi) prostředky a strategie k minimalizaci rizika spáchání těchto trestných činů (Jeglic & Calkins, 2016). Beier a kolegové

(2009) například upozornili na fakt, že lze osoby s parafilii oslovit cestou kampaně v médiích a reklamou.

V zahraničí již existují jisté příklady dobré praxe v oblasti primární prevence pro osoby s parafilii. Jsou jimi například Kein Täter werden (Německo; Beier et al., 2016), I Can Change (Německo), StopSO (Spojené království), Preventell/ANOVA (Švédsko) či Sexual Behaviour Clinic (Kanada) (Marečková et al., 2021). Tyto iniciativy využívají různé kombinace služeb pro sebeidentifikující se parafilní osoby a jejich partnery či blízké. V českém prostředí se preventivním aktivitám v oblasti parafilii věnuje projekt Parafilik, který spadá pod působnost Národního ústavu duševního zdraví.

### **Projekt PARAFILIK**

Projekt PARAFILIK se nese v duchu přesvědčení, že člověk nemůže za své emoce a vrozené sexuální preference, ale má v rukou dopady svého jednání – konkrétně heslo projektu



Obrázek 2: Logo projektu Parafilik. Centrum pro sexuální zdraví a intervence (NUDZ). Dostupné z <https://parafilik.cz/>

zní „Nemůžete za své pocity, můžete za své činy“ (Krejčová et al., 2023). Samotný projekt vznikl pod záštitou Národního ústavu pro duševní zdraví v září roku 2019. Vznik projektu PARAFILIK byl odpovědí na absenci jakékoliv primární prevence zacílené na osoby s parafilii, které si prošly vnitřním coming outem, nebo na jejich blízké osoby. Doposud se pracovalo pouze s pachateli deliktů v rámci sekundární nebo terciární prevence s cílem zabránit recidivě (ochranné léčení, zabezpečovací detence).

Projekt Parafilik se při utváření svých služeb inspiroval již existujícími zmíněnými zahraničními projekty. Projekt vychází převážně z berlínského z projektu „Kein Täter werden“ (Marečková et al., 2021) založeného při Universitätsmedizin Berlin (Institut für Sexualwissenschaft und Sexualmedizin). Tento berlínský projekt je zaměřen na preventivní aktivity v kontextu klientely s pedofilní či hebefilní orientací. Důležitým prvkem projektu Parafilik je jeho nízkoprahovost. Klienti mohou vyhledat služby bez udání svého jména či jiných citlivých údajů. Veškeré služby jsou také poskytovány bezplatně.

Mimo jiné plní Parafilik funkci sekundární prevence prostřednictvím aktivit a intervencí zaměřených přímo na osoby s potenciálním rizikem ke spáchání sexuálně motivované trestné činnosti. Plní však i funkci primární prevence, a to skrze osvětové aktivity. V rámci osvětových aktivit usiluje o destigmatizaci osob s parafilní preferencí. Prostřednictvím poskytování rozhovorů a publikování článků vyvíjí snahy o snížení síly dezinformací ve společnosti. Celkově tedy projekt cílí na 1) osoby s parafilii, 2) blízké osoby,



3) odbornou veřejnost, 4) rozhodovatele ve veřejném sektoru (probační a mediační služba, PČR apod.), 5) širokou veřejnost (Nováková, 2021). Přehled služeb nabízených projektem Parafilik je shrnut v Tabulce 5.

V rámci procesu vstupu klienta s parafilii do projektu, jsou mimo jiné výzkumnými pracovníky administrovány dva RA nástroje. Jedná se o nástroje zaměřené na dynamické rizikové faktory, a to STABLE-2007 a ACUTE-2007. Výsledky z těchto dvou nástrojů pak přispívají k rozhodnutí odborného týmu pro zařazení klienta do vysokorizikové nebo nízkorizikové skupiny. Taktéž napomáhají identifikaci nejvlivnějších rizikových faktorů, na kterých posléze terapeut s klientem dlouhodobě pracuje (Krejčová et al., 2023; Nováková, 2021).

Projekt Parafilik tedy představuje komplexní přístup k prevenci sexuálně motivovaných trestných činů páchaných osobami s parafilii. Díky zaměření se na individuální prevenci, ale také na osvětu v odborné i laické veřejnosti má potenciál zasáhnout větší množství recipientů.

*Tabulka 5: Přehled nabízených služeb projektu Parafilik.*

Služba	Náplň	Cílové skupiny	Odkaz na službu
<b>Webové stránky</b>	Informace	Osoby s parafilii Blízcí osob s parafilii Odborníci Média Širší veřejnost	<a href="http://www.parafilik.cz">www.parafilik.cz</a>
<b>Online poradenství</b>	Individuální poradenství Psychoedukace	Osoby s parafilii	<a href="http://parafilik.cz/poradna">parafilik.cz/poradna</a>
<b>Krizová intervence</b>	Krátkodobá psychologická služba v tíživé životní situaci	Osoby s parafilii Blízcí osob s parafilii	Krizová a poradenská telefonní linka  +420317071668
<b>Kontaktní terapie</b>	Skupinové či individuální psychoterapie; Dlouhodobá komplexní psychoterapeutická intervence, možnost farmakoterapie	Osoby s parafilii Blízcí osob s parafilii	<a href="http://parafilik.cz/pomoc/zprava">parafilik.cz/pomoc/zprava</a>

# EMPIRICKÁ ČÁST

## 6. Výzkumný cíl a výzkumné otázky

V návaznosti na dosud probíhající činnosti projektu Parafilik a jeho zájem o osvětu a porozumění pachatelům sexuálně motivované trestné činnosti s diagnózou parafilie je předmětem zájmu této diplomové práce právě tato cílová populace. Cílem práce je kvalitativní explorace faktorů (protektivních a rizikových) působících na délku doby latence od uvědomění si parafilní sexuální preference až po moment spáchání prvního sexuálního deliktu či prvního chování v souladu s parafilní preferencí pachatele. V rámci empirické části bude o protektivních faktorech pojednáváno jako o bariérách delikventního chování a o rizikových faktorech jako o spouštěčích delikventního chování.

Mezi dílčí výzkumné otázky vyplývající z cíle práce lze zařadit následující:

1. Jaká je délka doby latence u jednotlivých oslovených pacientů s parafilii?
2. Existují specifika pro délku doby latence v závislosti na diagnóze určité parafilie?
3. Jaké spouštěče delikventního chování přispívají ke zkrácení dobu latence?
4. Jaké bariéry delikventního chování prodlužují dobu latence?
5. Jaká je souvislost mezi rizikovostí pacienta dle STABLE-2007 a délkou doby latence?

Vzhledem k tomu, že účastníky výzkumu byly osoby s parafilii v ochranném léčení sexuologickém či zabezpečovací detenci, bude o těchto osobách v empirické části práce dále pojednáváno jako o pacientech.

Pro účely výzkumu byl jako vnitřní coming označen moment, kdy si pacient připustil svou sexualitu, uvědomil si, že je odlišná od normy, přičemž nemusel nutně znát přesný název diagnózy, která by mu byla udělena dle MKN-10.

Vnější coming outem je v této diplomové práci zamýšlen moment, kdy pacient sdělil diagnózu či preferenci někomu ze svého okolí nebo se o jeho diagnóze sociální okolí dozvědělo jinou cestou (tzv. outing).

Délka doby latence představuje období od uvědomění si své parafilní sexuality až do doby spáchání prvního sexuálního deliktu.

Za první problematické chování bylo považováno jakékoliv chování vyplývající z parafilní preference daného jedince. Nemuselo se nutně jednat o trestný čin, za který byl pacient souzen.

## 7. Metodologie výzkumu

S ohledem na předmět a cíl empirické části práce se jevílo vhodné zvolit kvalitativní design výzkumu. Na základě revize literatury byla (Roulston, 2001; Boyatzis, 2009; Braun & Clarke, 2006) zvolena metoda tematické analýzy, která umožňuje dostatečně hluboký vhled do zvolené problematiky a zároveň je v psychologii již hojně aplikovanou analytickou metodou (Braun & Clarke, 2006). Tematická analýza umožňuje identifikaci, analýzu a prezentaci vzorců či témat v datech. Organizuje a popisuje datový soubor do detailů. Často však jde dále a mimo pouhou organizaci dat též interpretuje různé aspekty výzkumného tématu. Tematická analýza tedy může být metodou, která funguje jako reflexe reality, ale také slouží k odhalování či rozkrývání povrchu „reality“ (Boyatzis, 2009). Značným benefitem tematické analýzy je její flexibilita, neboť představuje jednu z kvalitativních metod, které jsou v podstatě nezávislé na teorii a epistemologii a lze ji proto aplikovat v celé řadě teoretických a epistemologických přístupů.

Tematická analýza operuje s následujícími stěžejními pojmy: datový korpus, datový soubor, datová položka a téma. Datový korpus představuje všechna nashromážděná data v rámci daného výzkumného projektu. Datový soubor zahrnuje všechna vybraná data z datového korpusu, která jsou využívána pro samotnou tematickou analýzu. Datová položka pak představuje jeden konkrétní zdroj dat, v tomto případě například jeden polostrukturovaný rozhovor. Téma zachycuje určitý důležitý význam či prvek v datech ve vztahu k výzkumné otázce, přičemž prevalence významu není jediným ukazatelem jeho důležitosti.

Tabulka 5 prezentuje šestibodový postup krok za krokem, jak jej popisují autorky Virginia Braun a Victoria Clarke (2006). Je však důležité podotknout, že tematická analýza není lineárním procesem prostého přechodu z jedné fáze do druhé. Namísto toho jde o rekurzivní proces, při němž se výzkumník pohybuje při analýze tam a zpět napříč textem podle potřeby v průběhu fází.

Tabulka 6: Fáze tematické analýzy (Braun & Clarke, 2006).

	FÁZE	POPIS PROCESU V DANÉ FÁZI
1	Seznámení se s daty	Přepis dat, čtení přepsaných dat, opakované čtení dat a psaní počátečních postřehů
2	Generování počátečních kódů	Systematické kódování zajímavých vlastností dat v celém souboru dat, srovnávání dat relevantních pro každý kód.
3	Hledání témat	Skládání kódů do potenciálních témat, shromažďování všech dat relevantních pro každé potenciální téma
4	Revize témat	Kontrola funkčnosti témat ve vztahu ke kódovaným úryvkům (úroveň 1) a celému souboru dat (úroveň 2), generování tematické „mapy“ analýzy.
5	Definování a pojmenování témat	Průběžná analýza pro upřesnění specifik každého tématu a celkového příběhu, který analýza vypráví, generování jasných definic a názvů pro každé téma.
6	Reportování výstupů	Poslední příležitost k analýze. Výběr názorných, působivých ukázek úryvků, závěrečná analýza vybraných úryvků, vztahování zpětné vazby analýzy k výzkumné otázce a literatuře, vypracování odborné zprávy o analýze.

## 7.2 Sběr dat a použité metody

Proces sběru potřebných dat probíhal od 24. května 2023 do 22. března 2024. Pro získávání dat bylo použito polostrukturovaného rozhovoru a aktuárního RA nástroje STABLE-2007. Polostrukturovaný rozhovor i nástroj STABLE-2007 byly vždy administrovány v rámci jednoho sezení s pacientem. Rozhovory probíhaly osobně v PN Bohnice, PN Havlíčkův Brod nebo v Sexuologickém ústavu pod Všeobecnou fakultní nemocnicí v Praze (v případě pacientů v ambulantní léčbě). U pacientů v detenčním zařízení v Opavě proběhla administrace online. Důvodem byla časová vytíženost pracovníků detenčního zařízení a z toho vyplývající komplikace s hledáním vhodného data pro osobní návštěvu. Dalším faktorem volby online administrace byly zvýšené bezpečnostní podmínky kladené na návštěvníky detenčního zařízení. Jako platforma pro průběh online administrace byla pracovníky ÚPVZD Opava zvolena aplikace Skype.

Délka administrace obou rozhovorů se pohybovala v rozpětí 120 až 180 minut. Na STABLE-2007 připadlo 90 až 120 minut, na polostrukturovaný rozhovor 30 až 45 minut. Velmi záleželo na tempu a výřečnosti pacienta v průběhu rozhovoru. Pacientům byla vždy nabídnuta možnost pauzy mezi oběma částmi sezení. V případě online administrace měly na

celkovou délku administrace vliv také komplikace na straně aplikace Skype a technického vybavení detenčního zařízení. Administrace probíhala vždy za účasti autorky práce, jednoho výzkumného pracovníka z projektu Parafilik a pacienta. Výzkumný pracovník projektu Parafilik hrál roli zapisovatele při administraci STABLE-2007.

### **Polostrukturovaný rozhovor**

Prostřednictvím polostrukturovaného rozhovoru byla shromažďována data stěžejní pro mapování doby coming outu (vnitřního i vnějšího), případné délky doby latence a v neposlední řadě také bariér a spouštěčů delikventního chování u populace pachatelů sexuálně motivovaných trestných činů s parafilii. Právě polostrukturovaný design rozhovoru umožňuje držet se předem stanovených témat a zároveň poskytuje dostatečnou flexibilitu při vedení rozhovoru, a to ve smyslu úpravy pořadí otázek v reakci na odpovědi respondentů. Polostrukturovaný rozhovor byl sestaven za odborného dohledu vedoucí práce Mgr. Kateřiny Klapilové, PhD. Finální podoba rozhovoru je uvedena v přílohách diplomové práce (příloha č.3). Otázky byly sestaveny tak, aby kromě coming outu mapovaly též období uvědomění si jinakosti v sexuální preferenci či první problematické chování dotazovaných pacientů ochranném léčení. Otázky cílily také na možné bariéry a spouštěče delikventního chování. Průběh polostrukturovaného rozhovoru byl zaznamenáván na diktafon, aby byla výpovědní hodnota co nejvíce autentická. K nahrávce na diktafon pacienti podepisovali informovaný souhlas, který je uveden v přílohách diplomové práce (příloha č. 2).

### **STABLE-2007**

Jedná se o risk assessmentový nástroj mapující stabilní dynamické rizikové faktory. Nástroj je určen pro mapování těchto faktorů u dospělých mužů, kteří se dopustili sexuálně motivovaného trestného činu. Nástroj cestou hodnocení rizikových faktorů predikuje riziko recidivy u této populace pachatelů (Hanson et al., 2007). STABLE-2007 obsahuje 13 oblastí rizikových faktorů v životě pachatele. V každé oblasti lze naskórovat 0-2 body. Celkové skóre ze všech oblastí pak může činit od 0 do 26 bodů. Na základě celkového skóre lze pachatele zařadit do 3 kategorií rizikovosti: nízké (0-3), střední (4-11) a vysoké (12 a více).

Vzhledem k tomu, že nástroj STABLE-2007 je určen vyškoleným pracovníkům, tak i autorka práce podstoupila výcvik pro administraci tohoto nástroje. Devítihodinový výcvik proběhl online a byl zaštitěn americkou organizací Oregon Association for the Treatment of Sexual Abusers (OATSA).

STABLE-2007 je nejen určen do rukou vyškolených pracovníků, ale jde také o volně nepřístupný nástroj. Nebylo proto možné jej v přílohách. Dalším důvod neuvedení nástroje v přílohách byl též závazek projektu Parafilik vůči pacientům. Při vstupu do projektu Parafilik je pacientům garantováno, že veškerá data z výzkumného rozhovoru budou prezentována pouze v souhrnné podobě. Nebylo tedy možné uvést v přílohách ani záznamy z jednotlivých administrací nástroje STABLE-2007. Proto je v přílohách diplomové práce jako příloha č. 4 uvedena alespoň ukázka skórovacího archu. V této ukázce je nicméně patrné všech 13 položek, které jsou jednotlivě skórovány a hodnoty poté sečteny do celkového rizikového skóre.

### **7.3 Charakteristika výzkumného souboru**

Konečný výzkumný soubor byl tvořen celkem devíti pacienty. Soubor pacientů pocházel, jak z ochranného léčení sexuologického v ústavní formě (n=5), tak i z ochranného léčení sexuologického v ambulantní formě (n=2) a ze zabezpečovací detence (n=2). Oba pacienti v zabezpečovací detenci ovšem před umístěním do ÚPVZD prošli ústavní nebo ambulantní ochrannou léčbou sexuologickou. Jeden z pacientů absolvoval dokonce všechny typy ochranných opatření (Pacient č. 5). Věk pacientů se pohyboval v rozmezí od 28 do 59 let. Všichni zúčastnění pacienti byli muži české národnosti.

Primárním záměrem bylo získat co nejrozmanitější soubor z hlediska diagnózy. Zastoupenými diagnózami dle MKN-10 byly F65.4 pedofilie (n=4), F65.2 exhibicionismus (n=2), F65.5 sadismus (1) a F65.8 jiné poruchy sexuální preference – konkrétně patologická sexuální agresivita (n=2). Pedofilní pacienti byli zastoupeni 2 heterosexuálními pedofily, 1 hebefilem a 1 efebofilem.

Jeden pacient z ÚPVZD v Opavě (diagnóza patologické sexuální agresivity) nakonec do konečného souboru nebyl zařazen. Důvodem pro nezařazení byly okolnosti spáchání sexuálně motivovaného trestného činu znásilnění. Pacient (věk 48 let) se činu dopustil v 18 letech ve stavu silné intoxikace alkoholem a okolnosti spáchání ani motiv si nebyl schopen vybavit, ani popsat.

Účast na kvalitativním výzkumu byla pacientům nabízena skrze styčné pracovníky (kliničtí psychologové či psychiatři) zařízení, ve kterých absolvovali ochranné léčení. Nejprve bylo nutné oslovit zařízení určená pro výkon ochranného léčení nebo zabezpečovací detence. Osloveny byly: Psychiatrická nemocnice Havlíčkův Brod, ÚPVZD Opava (při Věznici Opava), Psychiatrická nemocnice Bohnice, Psychiatrická nemocnice Horní Beřkovice

a Psychiatrická nemocnice Kosmonosy. Instituce byly osločovány v rámci projektu Parafilik a zároveň byl nabízen též kvalitativní rozhovor pro tuto diplomovou práci. Nakonec se zúčastnili pacienti z PN Havlíčkův Brod, PN Bohnice, ÚPVZD Opava a dva pacienti docházející do ambulance psycholožky Mgr. Petry Měchýřové, DiS. Styční pracovníci těchto institucí nabídli účast na výzkumu pacientům, kteří se přihlásili na základě dobrovolnosti.

Kritérii pro zařazení do kvalitativního výzkumu DP byly: diagnóza parafilie, spáchání sexuálně motivovaného trestného činu, mužské pohlaví, pobyt v zařízení pro výkon ochranného léčení, věk starší 18 let a IQ vyšší než 70 bodů. Dále bylo požadavkem vyplnění informovaného souhlasu projektu Parafilik a informovaného souhlasu s audiozáznamem (viz příloha č. 2).

Gender a věk byl stanoven pro co největší homogenitu vzorku, v ochranném léčení se navíc vyskytuje drtivá většina pacientů mužského pohlaví. Bodová hranice IQ byla stanovena již v rámci výzkumu projektu Parafilik, a to z důvodu pacientovy kapacity pro porozumění výzkumným otázkám a schopnosti bazální sebereflexe. Zdrojem informací o pacientově celkovém IQ skóre byla dokumentace, která byla poskytnuta odbornými pracovníky daného zařízení – poté, co byl pacientem k tomuto úkonu podepsán informovaný souhlas. Komorbidity ve smyslu poruch osobnosti nebyly vyhodnoceny jako kritérium pro nezařazení do výzkumu, neboť mezi pachateli sexuálně motivované trestné činnosti je zastoupeno vyšší procento jedinců s poruchou osobnosti v porovnání s pachateli jiné násilné trestné činnosti (Arbanas, 2022). Některé studie také našly významný vztah mezi antisociálností (např. antisociální porucha osobnosti, poruchy chování) a parafilními zájmy a chováním, zejména pak u kriminální populace (DeLisi et al, 2018; Lee et al., 2020). Shrnutí základních údajů o výzkumném souboru poskytuje Tabulka 10.

#### 7.4 Postup analýzy dat

Před přistoupením k samotné analýze byla data z diktafonem nahraných rozhovorů přepsána do textového dokumentu Microsoft Word. Přepis probíhal ručně a podílela se na něm pouze autorka, a to převážně z důvodu zachování anonymity pacientů. Dalším důvodem byla snaha o zajištění co největší autentičnosti textového přepisu. Během přepisu rozhovorů do textové podoby byl kladen důraz na co nejpresnější zachycení originálního sdělení.

První krok analýzy, seznámí se s daty, tedy proběhl již díky přepisu do textové podoby. Takto přepsané texty byly následně vytištěny a opakovaně pročítány.

Druhý krok, generování počátečních kódů, proběhl po prvotním čtení celého souboru dat. Při opakovaném čtení vytištěných rozhovorů byly podtrhány a zvýrazněny stěžejní a zajímavé prvky v datech. Byly hledány významy a došlo k prvotnímu kódování těchto významů.

Třetí krok analýzy, hledání témat, probíhal prostřednictvím seskupování již vytvořených kódů do podkategorií. Posléze byly tyto podkategorie přiřazovány do kategorií a zastřešujících témat. Těmito stanovenými tématy byly: období vnitřního coming outu, období vnějšího coming outu, bariéry páchaní sexuálně motivovaného trestného činu a spouštěče sexuálně motivovaného trestného činu. Všechny kódy vztahující se k procesu coming outu a tím pádem i době latence byly označovány v datech žlutou barvou. Kódy vztahující se k bariérám trestné činnosti byly označovány zelenou barvou a kódy spjaté se spouštěči barvou růžovou. Celý proces probíhal ručně. Ukázka procesu kódování jednoho z přepsaných rozhovorů je uvedena jako příloha č. 5.

Ke čtvrtému kroku, revizi témat, bylo přistoupeno s týdenním odstupem. Témata vyplývající z analýzy byla znovu posuzována a hodnocena z hlediska výpovědní hodnoty o získaných datech. O zhodnocení názvů kategorií byli požádáni také dva kolegové z výzkumného týmu projektu Parafilik.

Pátý krok, definování a pojmenování témat, se skládal z hledání vhodných názvů témat tak, aby co nejlépe reflektovala aspekty zachycené v rozhovorech. Dalším důležitým kritériem bylo, aby názvy témat byly čtenáři srozumitelné.

Šestý krok představoval reportování výstupů analýzy. V rámci sepisování výstupů z provedené analýzy byla výsledná témata seřazena podle míry výskytu a byly k nim přiřazeny odpovídající výňatky z rozhovorů s pacienty.

Průběh analýzy dat, vytváření kódů a jejich seskupování do kategorií je ilustrován příloženou Tabulkou 7.



Tabulka 7: Ukázka postupu kódování dat z polostrukturovaných rozhovorů

Výňatek z rozhovoru	Kód	Téma	Kategorie	
<p>P1: <i>A ona, jak se přede mnou předváděla a ukazovala se mi v prádle, tak se mi spustila ta sexualita, ta touha...</i></p> <p>P6: <i>A ty holky na těch kolejích, i když jsem tam byl jako zaměstnanec, tak tam chodily ve spodním prádle a já je tam prostě očumoval a okukoval.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- dcera před otcem chodila v prádle</li> <li>- nahota dcery vyvolala sex. touhu</li> <li>- zaměstnání v místě s přístupem k obětem</li> <li>- dívky se před pacientem objevovaly v prádle</li> <li>- aktivní sledování dívek</li> </ul>	<p>Prezence polonahých (potenciálních) obětí</p>	<p>Oběti v sexualizovaném kontextu</p>	<p>Spouštěč (vnější)</p>
<p>P6: <i>Stejně ta touha byla silnější než tyhle kecy.</i></p> <p>P2: <i>Protože já jsem to potřeboval. Já neměl dlouhou dobu sex.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- sexuální touha silnější než logické argumenty</li> <li>- potřeba sexu</li> <li>- subjektivně dlouhá absence sexu</li> </ul>	<p>Silný sexuální pud</p> <p>Absence sexuálního kontaktu</p>	<p>Silné sexuální puzení</p>	<p>Spouštěč (vnitřní)</p>

<p>P1: <i>Že jsem s přítelkyní a že mám děti. Já tam nechtěl ztratit ty vlastní děcka...kvůli nějaké holce.</i></p> <p>P6: <i>A ona (oběť) pak volala mému bráchovi. A brácha je o 3 roky starší, z toho jsem měl vždycky respekt. Dokonce jsem ho bral za vzor. Tak to mi v tom trochu bránilo.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- partnerský vztah</li> <li>- vlastní děti</li> <li>- oběť hledala pomoc u pacientova bratra</li> <li>- respektující vztah ke staršímu bratrovi jako bariéra</li> </ul>	<p>Odpovědnosti vůči vlastní rodině</p> <p>Vliv staršího sourozence</p>	<p>Působení rodiny</p>	<p>Bariéra (vnější)</p>
<p>P3: <i>Tam nehrál roli vůbec přístup k oběti, fakt to byla role výčitek a morálky.</i></p> <p>P8: <i>Asi nepřehnat to, aby to neublížovalo. Taky jsem nechtěl, aby mě viděli někteří. Především ne děti.</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- přístup k oběti není stěžejním faktorem</li> <li>- vnitřní morální zábrany</li> <li>- přání neublížit druhým</li> <li>- nevystavit se dětem</li> </ul>	<p>Neranit druhé osoby</p>	<p>Morální zábrany</p>	<p>Bariéra (vnitřní)</p>
<p>P4: <i>To probíhalo tak, že už tehdy se mi líbili kluci, kteří vypadali mnohem mladší než já.</i></p>			<p>-</p>	<p>Vnitřní coming out</p>

<p>P9: <i>V tu dobu jsme bydleli na vesnici... Takže tam se to rozeslo dost rychle... Takže já jsem jim to ani nestihl říct.</i></p>	<p>-</p>	<p>Vnější coming out</p>
--	----------	--------------------------

## 7.5 Etika výzkumu

Výzkumný projekt Parafilik, v jehož rámci probíhal i výzkum této diplomové práce, schválila Etická komise Národního ústavu duševního zdraví. Vzhledem k tomu, že se jedná o téma lidské sexuality, které je pro většinu osob velmi choulostivé, bylo důležité klást důraz na etickou stránku výzkumu. Součástí etické stránky výzkumu byla anonymizace dat, dobrovolnost účasti na výzkumu a v neposlední řadě podepsání informovaných souhlasů.

### Anonymizace dat

Přestože účastníky studie byli pacienti v ochranném léčení či zabezpečovací detenci a jejich jména byla výzkumníkům poskytnuta pracovníky těchto institucí, obdrželi vždy při vstupu do výzkumného projektu Parafilik třímístný PIN kód. Pod tímto kódem jsou poté pacienti vedeni po celou dobu trvání projektu. Výzkumní pracovníci nemají dále přístup k žádným osobním datům. Zároveň publikovaná data nelze spojit s konkrétními účastníky projektu.

V rámci diplomové práce byla také anonymizována všechna data. Z tohoto důvodu nebudou v přílohách uvedeny přesné přepisy polostrukturovaných rozhovorů s pacienty v ochranném léčení či zabezpečovací detenci, neboť na základě některých informací by bylo možné pacienty identifikovat. Dále je v práci upuštěno od používání PIN kódu a pacienti jsou uváděni pouze pod pořadovými čísly.

### Informovaný souhlas projektu Parafilik

Předtím, než je s pacientem veden jakýkoliv rozhovor, je nutností podepsat informované souhlasy. Až po jejich podpisu pacient vstupuje do projektu Parafilik a lze přistoupit k dalším krokům.

Nejprve je s pacientem podepsán informovaný „Souhlas se zpracováním osobních údajů“. V první části tohoto souhlasu pacient svým podpisem stvrzuje, že je srozuměn se zpracováním osobních údajů a s jejich dalším nakládáním za účelem provedení studie.

Ve druhé části s názvem „Informace pro účastníky studie“ je pacientovi přiblížen cíl projektu Parafilik a účel sběru dat. Hlavním cílem projektu je zjistit dopad kontaktní psychoterapeutické intervence a dalších služeb na parafilní jedince, kteří se ještě nedopustili

sexuálně motivovaného trestného činu nebo jsou ve zvýšeném riziku jeho spáchání. Pacienti v ochranném léčení či zabezpečovací detenci figurují jako kontrolní skupina ke klientům projektu Parafilik, kteří služby projektu konzumují. V závěru této části informovaného souhlasu uděluje pacient také svolení s rozhovorem, s vyplněním baterií dotazníků o sexuální preferenci a taktéž souhlas s nahlédnutím do jeho trestního spisu.

Třetí a zároveň velmi důležitou součástí informovaného souhlasu je upozornění pacienta na tzv. oznamovací povinnost vyplývající z trestního zákona. Výzkumný tým je povinen určité trestné činy nahlásit na Policii České republiky. Jedná se o institut překažení plánovaného či probíhajícího trestného činu (např. znásilnění, pohlavní zneužití, zneužití dítěte k výrobě pornografie) a oznámení již spáchaného trestného činu (např. vraždy, ublížení na zdraví, mučení či zneužití dítěte k výrobě pornografie).

Pro zapojení do projektu (a zároveň i do výzkumu k diplomové práci) je nezbytné, aby pacient podepsal, a tím odsouhlasil všechny tyto části informovaného souhlasu. Celé znění souhlasu je uvedeno v příloze č.1.

### **Informovaný souhlas s audiozáznamem**

Vedle obecného informovaného souhlasu projektu Parafilik musel každý účastník výzkumu k diplomové práci (pacient) podepsat ještě souhlas s audiozáznamem. Pacient byl poučen, za jakým účelem a jakým způsobem je audiozáznam pořizován. Také bylo specifikováno, jak bude s daty nakládáno. Informovaný souhlas s audiozáznamem je přiložen k práci jako příloha č. 2.

## **8. Výsledky**

Osmá kapitola shrnuje výsledky provedené tematické analýzy. Zjištění jsou zde prezentována v závislosti na předem stanovených výzkumných otázkách. Podkapitoly jsou rozděleny na zjištění vztahující se ke specifikům doby latence u oslovených pacientů, spouštěčům a bariérám delikventního chování a rizikovostí dle nástroje STABLE-2007. V závěru kapitoly jsou uvedena další zajímavá zjištění vyplývající z rozhovorů, která se nevztahovala výlučně ke stanoveným výzkumným otázkám.

### **8.1 Délka doby latence u oslovených pacientů**

V rámci zkoumání specifik doby latence bylo nejprve nutné zaměřit se na období coming outu. Délka doby latence je ohraničena z jedné strany uvědoměním si parafilní preference (vnitřním coming outem) a z druhé strany spácháním sexuálního deliktu. Proto byli v úvodu polostrukturovaného rozhovoru pacienti vyzváni, aby se zamysleli, kdy a za jakých okolností si začali uvědomovat, že je jejich sexualita jiná než u ostatních.

#### **8.1.1 Coming out vnitřní**

Vnitřní coming out představoval pro pacienty období, kdy sami v sobě zaznamenali jinakost v oblasti sexuality. Docházelo k uvědomění si sexuální přitažlivosti určitých objektů či určitých aktivit. V případě objektů se jednalo o prepubertální dívky (n=2), pubertální chlapce (n=1) a pubertální dívky (n=1). V případě parafilních aktivit pak byly zastoupeny odhalování se na veřejnosti (n=2) a nekonsensuální pohlavní styk a/nebo překonání odporu sexuální partnerky (n=3).

Prvním velmi patrným vzorcem v datech byl fakt, že všichni oslovení pacienti s diagnózou pedofilie (n = 4) si uvědomili, že jsou sexuálně přitahováni dětmi předtím, než se dopustili prvního deliktu nebo prvního problematického chování. Tři pacienti si prošli coming outem ještě před 18. rokem života a jeden pacient (pacient č. 1) ve svých 32 letech. Vůbec nejranějším obdobím coming outu si prošel pacient č. 3, který si dle svých slov uvědomil sexuální jinakost již v 11 letech.

V kontrastu k pedofilním pacientům si všichni tři oslovení pacienti s diagnózou patologické sexuální agresivity či sadismu prošli vnitřním coming outem až během ochranného léčení.

Pokud jde o dva pacienty s diagnózou exhibicionismu, tak pacient č. 9 si prošel vnitřním coming outem v pubertálním věku (15 let), podobně jako tomu bylo u pedofilních pacientů. Na druhou stranu pacient č. 8 s touž diagnózou si v pubertálním věku uvědomil pouze svou neobratnost ve vztazích a psychický blok při seznamování se s děvčaty. Diagnózu

exhibicionismu pacient č. 8 přijímá doposud pouze částečně a označuje ji za kompenzační chování k nemožnosti uspokojit se cestou pohlavního styku.

V rámci procesu vnitřního coming outu si dva pacienti sice uvědomovali, že jejich sexualita je odlišná od norem společnosti, ale chybělo jim pojmenování tohoto pocitu odlišnosti – tedy konkrétní diagnóza. Tito pacienti ke zvnitřnění si své preference uvedli například:

*„Mě to prostě nějakým způsobem uspokojovalo, vzrušovalo mě to, ale že by to mohla být nějaká diagnóza nebo něco, to mě nenapadlo“ (pacient č. 9, exhibicionismus)*

*„To já jsem věděl už dřív, že jsem takový...ale jsem nerozuměl dřív tomu, co to je.“ (pacient č. 1, hebefilie)*

Výpovědi některých pacientů (n=4) však upozorňují na skutečnost, že ani po vnitřním coming outu si nemusí jedinec uvědomit nebo připustit škodlivost svého jednání vůči případným obětem. Níže jsou uvedeny výpovědi pacientů k tomuto tématu:

*„Že je to špatně, to jsem si neuvědomoval, to až v tom případě té dcery.“ (pacient č. 1, hebefilie)*

*„No to nevím přesně, já si neuvědomoval, že je to špatně. Já měl vztah s tou holčínou (nevlastní dcera ve věku 9 let, pozn.). Ona byla na ten věk velmi vyspělá.“ (pacient č. 2, heterosex. pedofilie)*

*„Ale furt jsem to dělal, protože prostě jak jsem již říkal, tak jsem si plně neuvědomoval dopady svého jednání. Natož, co přesně dělám špatně. Můj otec byl lékař, a ani on nepoznal, že se semnou něco děje.“ (pacient č. 4, patologická sexuální agresivita s prvky sadismu)*

Co se průběhu coming outu týče, vyšlo najevo, že se jedná o různě dlouhý proces, který neprobíhá vždy hladce. Pacienti se s odlišnou sexuální preferencí po nějaký čas vyrovnávají a nejsou schopni označit určitý zlomový okamžik, kdy k vnitřnímu coming outu došlo.

### **8.1.2 Coming out vnější**

V případě vnějšího coming outu všech 9 oslovených pacientů spojovalo, že došlo k outingu místo vědomého coming outu z jejich vlastní iniciativy. Sociální okolí pacientů se o jejich diagnóze dozvědělo až po odhalení spáchaného sexuálního deliktu. Pacienti se buď nestihli svěřit svým blízkým (rodině, přátelům) o své parafilní preferenci nebo se svěřit ani nezamýšleli. Takto se k vnějšímu coming outu vyjádřili sami pacienti:

*„Já jsem to nikomu neřekl. Já jsem to v sobě dusil.“ (pacient č.1, hebefilie)*

*„No oni se to pak stejně dozvěděli (rodiče pacienta, pozn.), protože to bylo medializované. Tátu to svým způsobem zabilo psychicky.“ (pacient č.2, heterosex. pedofilie)*

*„Já jsem tohle nikdy s nikým neřešil. Ono se o tom strašně těžko mluví.“ (pacient č. 3, heterosex. pedofilie)*

*„Ne, ne, nikomu jsem to tehdy neřekl.“ (Pacient č. 4, patologická sex. agresivita)*

*„Ne nikomu jsem se nesvěřil. Já jsem měl strach se na to někoho zeptat, víte. Protože to bylo takové nenormální.“ (pacient č. 5, homosex. pedofilie)*

*„Bral jsem to jako svoji věc. Dělam to já a nikomu do toho nic není.“ (pacient č. 6, agresivní sadismus)*

*„Tak já si myslím, že si každý nechá něco takového pro sebe v tu chvíli. Nevím, přišlo mi to takové, že by to nikdo neměl vědět.“ (pacient č. 7, patologická sex. agresivita)*

*„Ne, nesvěřil. Až teď v současnosti svým kamarádkám. Tehdy ne.“ (pacient č. 8, exhibicionismus)*

*„V tu dobu jsme bydleli na vesnici... Takže tam se to rozneslo dost rychle... Takže já jsem jim (matce a sestře pozn.) to ani nestihl říct.“ (pacient č. 9, exhibicionismus)*

Jako subjektivní překážky pro svěřeni se svým blízkým pacientů uvedli například: strach z odsouzení, strach z nepochopení, neuvědomění si závažnosti svého chování, strach z reakce rodiny, sebestigmatizaci či tabuizaci tématu ve společnosti.

*„Asi to nepochopení. Je to přeci jenom citlivé téma. Co se týče náklonnosti k dětem všeobecně, tak to si myslím, že je v té společnosti strašně velké tabu.“ (pacient č. 3)*

*„Asi nějaký strach, stud. Možná jsem i věděl, že je to nějak špatně, ale neřekl jsem to. Ono se to těžko říká“ (pacient č. 4)*

*„Měl jsem určitě obavu, že se mi budou smát moji vrstevníci. Že mě budou odstrkovat od sebe.“ (pacient č. 5).*

Pacienti si také okolnosti outingu spojovali s negativním prožíváním a pocity studu.

### **8.1.3 Délka doby latence u jednotlivých pacientů**

Určení přibližné doby vnitřního coming outu a období spáchání prvního sexuálního deliktu umožnilo zkoumání případné délky doby latence. Doba oddalování nutkání podlehnout parafilní preferenci, byla u každého z pacientů jinak dlouhá.

U pacienta č. 1 byla délka doby latence 5 let. Ve svých 32 letech si uvědomil, že jej kromě dospělých žen přitahují i pubertální dívky kolem 14 let. Pohlavního zneužití vlastní čtrnáctileté dcery s lehkou mentální retardací se pak dopustil ve svých 37 letech.

Pacient č. 2 si byl své pedofilie vědom již v pubertálním věku. Za přibližnou dobu coming outu označil věk 15 let. Pohlavního zneužití devítileté nevlastní dcery se dopustil ve svých 40 letech. U tohoto pacienta trvala doba latence celých 25 let. Pacient sám si takto dlouhou dobu vysvětluje převážně tím, že do té doby měl vždy uspokojivé sexuální kontakty s dospělými ženami, které však vypadaly vzhledově mladší.

Třetí pacient si vnitřním coming outem prošel již v 11 letech. První problematické chování vyplývající z jeho pedofilní preference se objevilo v jeho 20 letech. Jednalo se o nekontaktní sexuální delikt, a to konzumaci a ukládání dětské pornografie. Toto jednání však nebylo odhaleno až do pacientových 30 let, kdy se opakovaně dopustil pohlavního zneužití tříleté nevlastní dcery. U pacienta č. 3 by délka doby latence činila 19 let v případě prvního odhaleného sexuálního deliktu. Kdybychom vzali v úvahu již ukládání dětské pornografie, byla by délka latence 9 let.

Pacient č. 4 si před odsouzením k trestu odnětí svobody nejen že plně neuvědomoval dopady svého jednání na oběti, ale neuvědomoval si ani, že je jeho sexualita nějakým způsobem odlišná od normy. Dle svých slov si coming outem prošel až během ochranného léčení. V jeho případě byla tedy délka doby latence nulová.

U pacienta č. 5 byla zjištěna doba latence v délce trvání 3 roky. Pacient si v 15 letech uvědomil svou homosexuální pedofilii a v 18 letech se dopustil prvního kontaktního sexuálního deliktu – pohlavního zneužití. Tohoto trestného činu a zároveň výroby dětské pornografie se dopouštěl kontinuálně až do 21 let, kdy došlo k nahlášení trestných činů a zatčení pacienta.

U pacienta č. 6 s diagnózou agresivního sadismu byla shledána nulová délka doby latence. Podobně jako tomu bylo u pacienta č. 4, tak i v tomto případě si oslovený pacient uvědomil a přijal svou diagnózu až v průběhu ústavního ochranného léčení. Dokonce k tomuto procesu přijetí došlo až poté, co recidivoval pouhé 3 měsíce po propuštění z věznice.

Pacient č. 7 byl dalším pacientem, který vykazoval nulovou délku doby latence. Diagnózu a odlišnost svých sexuálních preferencí od normy si uvědomil až díky skupinovým terapiím v rámci ústavního ochranného léčení. Během výkonu trestu odnětí svobody ani před spácháním sexuálních deliktů (znásilnění 3 žen) nad svou sexualitou nepřemýšlel.

Pacient č. 8 byl posledním v řadě těch, u nichž byla zjištěna nulová doba latence. Ani tento pacient nad možnou diagnózu (v tomto případě exhibicionismu) nebo problematičností svého sexuálního chování nepřemýšlel. Až během docházení na ambulantní ochranné léčení sexuologické si začal uvědomovat dopady svého jednání a že takové jednání naplňuje znaky



diagnózy exhibicionismu. Přestože k uvědomění došlo během prvního ambulantního léčení, když bylo pacientovi 54 let, pacient 2 roky poté recidivoval. Nyní tedy absolvuje ambulantní léčbu podruhé.

Poslední oslovený, pacient č. 9, reportoval délku doby latence trvající přibližně 3 týdny. Ve svých 15 letech již prošel vnitřním coming outem a od tohoto momentu bojoval 3 týdny s nápadem jít se odhalit na veřejně přístupné místo. Po první epizodě exhibicionismu nastoupil dvouleté ambulantní ochranné léčení. Recidivy se dopustil ve věku 23 let. Od 17 do 23 let tak vznikla časová mezera, kdy pacient zvládal odolat silné touze opět exhibovat na veřejnosti. Oba pacienti s diagnózou exhibicionismu se tedy dopustili recidivy s tím, že pacient č. 9 odolával o 4 roky delší dobu než pacient č. 8.

Celkově se ve výzkumném souboru délka doby latence pohybovala od 0 do 25 let. Na délce doby latence se však podílely do různé míry faktory, které buď spáchání sexuálního deliktu vyvolávaly (spouštěče), nebo jej oddalovaly (bariéry). Těmto faktorům jsou věnovány samostatné podkapitoly 8.3 a 8.4.

Přehled délky doby latence u jednotlivých pacientů je prezentován v Tabulce 10. V tabulce jsou kromě doby latence také zaznamenány věk pacienta, zařízení výkonu ochranného léčení, vnitřní a vnější coming out a risk skóre získané administrací nástroje STABLE-2007. Pokud bychom se pokusili zprůměrovat doby latence všech pacientů, byla by dostali bychom se k číslu 5,7 let.

## **8.2 Specifika doby latence ve vztahu k parafilní diagnóze**

Jak již bylo zmíněno, výzkumu se zúčastnili pacienti s diagnózou pedofilie, patologické sexuální agresivity, sadismu a exhibicionismu. Co se týče možné souvislosti mezi stanovenou diagnózou a délkou doby latence, kopírovala jistým způsobem výsledky analýzy zjištění o době coming outu.

Délka doby latence se u všech čtyř oslovených pacientů s pedofilií pohybovala v rozmezí od 3 do 25 let. Na druhou stranu u žádného pacientů, které přitahují nekonsensuální sexuální praktiky (diagnóza patologické sexuální agresivity a sadismu), se nevyskytla žádná doba latence. Doba latence u této skupiny pacientů byla nulová, neboť k vnitřnímu coming outu došlo až v ochranném léčení. Například u pacienta č. 6 proběhl vnitřní coming out až po recidivě. U dvou pacientů s diagnózou exhibicionismu byla zjištěna velmi krátká doba latence. U pacienta č. 8 byla nulová a u pacienta č. 9 činila 3 týdny.

Kdybychom porovnali délky doby latence u pacientů s parafilii v předmětu (v tomto souboru pedofilie, hebefilie a efebofilie) s dobou latence u pacientů s parafilii v aktivitě (exhibicionismus, patologická sexuální agresivita a sadismus), bylo by opět patrné, že doba latence byla výrazně delší u pacientů s pedofilii. Velikost výzkumného vzorku ovšem nebyla nedostatečná k tomu, aby bylo možné formulovat obecné závěry o délce doby latence u konkrétních diagnóz. Získaná data však poskytují základní výchozí bod pro další zkoumání.

### **8.3 Spouštěče delikventního chování**

Třetí výzkumná otázka se zabývala spouštěči delikventního chování u osob s parafilii. Na základě důkladnější analýzy ze získaných dat vyplynulo, že jisté spouštěče vycházejí z vnějších okolností a sociálních vlivů působících na pacienta, a jiné naopak vycházejí z pacientova vnitřního světa (emoce, morálka, sebekontrola). Na základě tohoto zjištění byly spouštěče rozděleny do dvou podkategorií – vnitřní a vnější.

#### **8.3.1 Vnější spouštěče**

Jako vnější byly identifikovány následující spouštěče: oběť v sexuálním kontextu, absence partnerského vztahu, pracovní vyčerpání, nefunkční rodinné zázemí a působení návykové látky.

#### **Oběť v sexuálním kontextu**

Téma oběti v sexualizovaném kontextu se vyskytlo v různých podobách ve výpovědích 6 pacientů. Jednalo se tedy o nejčastěji jmenovaný spouštěč. Byla zmiňována nahota oběti v domácnosti (pacient č. 1), fyzický kontakt s obětí jako např. objímání či hlazení (pacienti č. 1 a 4), komunikace s obětí o sexu (pacient č. 2), sexuální přitažlivost oběti pro pacienta (pacient č. 5 a 9) či pohled na potenciální oběti ve spodním prádle (pacient č. 6).

*„Ale potom se mi ona předváděla v podprsence, ptala se mě, jestli jí to sluší. A oblékala si na sebe šaty a různé věci. Chodila za mnou a ptala se, jak v tom vypadá. Pak se to ve mně aktivovalo. Hlavně když byla někdy nahá potom. Ona v tom ale neviděla, že mě sexuálně vzrušovala. Ona se chtěla pochlubit, jak jí to sluší.“ (pacient č. 1)*

V tomto úryvku z rozhovoru pacient popisuje, jak se před ním jeho 14letá dcera s lehkou mentální retardací pohybovala po bytě velmi spoře oblečená a někdy dokonce nahá. Dívka sama ale dle pacienta neměla v úmyslu provokovat nebo na sebe upozorňovat v sexuálním kontextu. Pohled na její nahé tělo však uvedl tento pacient jako nejsilnější vnější spouštěč.

*„Já jsem na těch kolejkách pracoval už několik týdnů a všiml jsem si toho. Propustili mě akorát z basy za to znásilňování. A ty holky na kolejkách, i když jsem tam byl jako cizí chlap a*

*zaměstnanec, tak tam chodily jen ve spodním prádle. Já je tam okukoval. Tak mě napadlo, že by nebylo špatné s některou z nich mít sex, když tam takhle chodily v prádle.“ (pacient č. 6).*

Tento pacient vysvětluje, jak pouhý pohled na polonahé mladé studentky opět probudil jeho touhu dopustit se znásilnění. Bohužel v jeho případě byl těmto pohledům v rámci práce vrátného na kolejích vystaven denně a jednoho dne té silné touze podlehl. Přibližně po 3 měsících od nástupu do práce se pokusil jednu ze studentek znásilnit ve společných sprchách.

### **Absence partnerského vztahu**

Dalším identifikovaným spouštěčem byla absence partnerského vztahu. Jako spouštěč ji uvedli 4 z oslovených pacientů. Absence partnera/partnerky se projevila na úrovni potřeby fyzického kontaktu s partnerkou, ale také na úrovni emoční podpory, doteků, pohlazení. Pacienti popisovali negativní emoce spojené se subjektivně dlouhou dobou samoty, touhu být v partnerském vztahu nebo situaci spojenou s rozchodem.

Pacienti jmenovali i takové kvality partnerského vztahu, které nezahrnovaly pouze pohlavní styk. Proto byla nakonec zavedena zvlášť kategorie „absence partnerského vztahu“ a kategorie „silné sexuální puzení“. Právě onu nepřítomnost intimity a dotyků popsal například pacient č. 1:

*„Ono to vlastně začalo už tím, že jsem dlouhou dobu neměl ženu a chyběl mi vlastně i jen ten dotek, pohlazení.“*

K rozchodu se vyjádřil pacient č. 7:

*„Bylo to pro mě velmi náročné. Já jsem to asi vlastně udělal z toho důvodu, protože jsem míval tehdy holku. Ta mě nechala. Taky jsem byl našťvaný z toho, že se se mnou rozešla.“*

### **Pracovní vytížení**

Téma pracovního vytížení jako jeden ze spouštěčů delikventního chování uvedli 3 pacienti. Na základě analýzy se ukázalo, že pro každého z těchto pacientů se pracovní vytížení projevilo jiným způsobem. Pro pacienta č. 1 velký pracovní zářah působil jako překážka pro hledání si partnerky. Pacient č. 3 vnímal velké pracovní vytížení jako stresor, který vyústil v sexuální kontakt s dostupnou obětí. Pro pacienta č. 6 pak náhlé pracovní zařazení po dlouhém výkonu trestu odnětí svobody představovalo velký zásah do denního režimu a tento stav v něm vyvolával úzkosti.

*„Já jsem neměl tou dobou šanci nikoho najít na sex nebo jako přítelkyni. Byl jsem hodně pracovně vytížený. Pracoval jsem v restauraci a nebyl čas na to někde lítat a hledat si*

*někoho. Tak to začalo tím, že se přede mnou svlékala a tím se to spustilo. Té práce bylo prostě moc.“ (pacient č. 1)*

### **Nefunkční rodinné zázemí**

Dva pacienti považovali za jeden z možných spouštěčů i nefunkční rodinné zázemí. Za nefunkční zázemí bylo považováno takové rodinné prostředí, které pacient subjektivně nevnímal jako podporující a emočně či hmotně v něm strádal.

Pacienta č. 5 znepokojoval nezájem vlastních rodičů o to, co podniká ve volném čase nebo s jakými lidmi se stýká. Tři roky si do svého pokoje v domě rodičů vodil nezletilé chlapce a rodiče na to nikdy nereagovali. Tento pacient byl dokonce sám v dětství obětí pohlavního zneužití, kterého se na něm dopustil otcův kamarád. Pacientovi tou dobou bylo 12 let a měl velký strach to rodičům sdělit, neboť se bál, že uvěří spíše otcovu kamarádovi.

*„Ale já myslím, že rodiče něco tušili. Já jsem si ty kluky vodil domů. Máme rodinný barák. Rodiče bydlí dole a já mám nahoře svůj pokoj. Takže procházely přízemím ty moje návštěvy, co jsem si vodil. Ale rodiče se neptali, proč si je tam vodím.“*

Druhým pacientem, který vnímal své rodinné podmínky jako nevyhovující a připisoval jim podíl na spáchání svého deliktu, byl pacient č. 9. Tento pacient byl společně se sestrou ještě jako batole adoptován. Adoptivní rodiče se však v jeho 6 letech rozvedli a poté jej spolu se sestrou vychovávala pouze matka, která propadla alkoholismu. Kvůli alkoholismu matka oba sourozence zanedbávala po emoční i hmotné stránce zabezpečení.

*„Nakonec asi ta chuť a potřeba. Už toho ve mně bylo hodně. Už jsem neměl ty zábrany to udělat. A já si myslím, že hodně i to zázemí doma. I ten stres z toho, že máma pila.“*

### **Návykové látky**

Dva pacienti jsou toho názoru, že podíl na tom, proč se deliktu dopustili zrovna v onen moment, nesl také alkohol. Právě požití alkoholu mohlo dle těchto pacientů uvolnit určité vnitřní zábrany.

Pacient č. 4 vzpomínal, že při prvním pokusu o znásilnění nejprve konzumoval s obětí alkohol. Ten pak uvolnil zbytky morálních zábran a bylo snazší čin spáchat. Paradoxně však tentýž pacient uvedl vliv marihuany jako tlumící faktor, který na něj působil jako bariéra proti páchání trestných činů. Zároveň to byla také jediná bariéra, kterou byl schopen identifikovat.

Pacient č. 6 pak uvedl, že v momentě, kdy poprvé znásilnil svou bývalou přítelkyni, byl velmi našťvaný a oba měli už v krvi větší množství alkoholu. Největší vliv na spáchání deliktu však připisuje obrovskému hněvu.

Konzumaci alkoholu a THC zmínil v rozhovoru i pacient č. 7, který se třikrát dopustil znásilnění – první z těchto činů zůstal ve stadiu pokusu. Tento pacient se však napil alkoholického nápoje s cílem „posilnit se na kuráž“. Alkohol v tomto případě nefiguroval jako spouštěč, ale spíše jakýsi facilitátor. Navíc při prvním pokusu o znásilnění alkohol nepožil vůbec.

### **8.3.2 Vnitřní spouštěče**

Na základě tematické analýzy byly identifikovány následující vnitřní spouštěče: neobratnost ve vztazích, silné sexuální puzení a negativní prožívání.

#### **Neobratnost ve vztazích**

Tento spouštěč byl zmíněn v různých obměnách ve výpovědích u 4 pacientů, přičemž u 3 byla diagnostikována parafilie v aktivitě. Projevovala jako selhávání v navazování kontaktů s potenciálními partnery či partnerkami, jako subjektivně dlouhé období samoty či nedostatek odvahy k seznamování se. Tento spouštěč dávali pacienti do souvislosti s absencí partnerského vztahu a se silným sexuálním puzením, o kterém bude pojednáno dále. Celkově se pacienti neobratní ve vztazích cítili nejistě při navazování vztahů nebo neměli dostatek odvahy komunikovat s opačným pohlavím. Pacient č. 2 se k tomuto tématu vyjádřil následovně:

*„Jestli to mám říct narovinu, já jsem byl dlouho sám a nešlo mi se seznamovat. S tím jsem měl vlastně vždycky problémy. Když jsem se seznámil se ženou, tak to bylo přes někoho nebo tak, protože sám jsem se neuměl seznámit.“*

Velkým tématem byla neobratnost ve vztazích obzvláště pro pacienta č. 8. Neschopnost oslovit ženy a navázat s nimi vztah si u sebe uvědomoval již od 14 let. Během života navázal pouze jeden partnerský vztah, když mu bylo 17 let. Tento vztah trval 6 let, a poté byl až do svých 58 let bez partnerky. Tento nedostatek ve vztazích pak dle jeho slov vyústil v exhibicionismus, který jako by nahrazoval pohlavní styk se ženou.

*„Já jsem se na rozdíl od svých spolužáků pak děvčatům i vyhýbal. Nerozumíte tomu, nevíte proč. Nevím, jestli jsem se snažil si to tehdy nějak vysvětlit. Chyběla mi tam nějaká zkušenost relevantní, abych si to dokázal nějak vysvětlit. Když jsem měl vlastně tu přítelkyni, tak už jsem si tehdy řekl, že když ji ztratím, tak už nikoho nebudu mít. Což se stalo.“*

#### **Silné sexuální puzení**

Vůbec nejčastěji bylo jako spouštěč jmenováno silné sexuální puzení. Toto téma zaznělo v rozhovorech se všemi 9 pacienty. Pacienti popisovali toto silné sexuální puzení převážně jako nahromadění velké sexuální touhy, která se nedala dále ovládat. Sexuální touha

se u pacientů projevovала jako sexuální hyperaktivita; chuť konečně vyzkoušet, co pacient viděl v pornografických materiálech, nebo neodkladná touha realizovat své parafilní fantazie.

Jako velmi nutkavou tendenci popsali sexuální puzení oba pacienti s diagnózou exhibicionismu:

*„Pro mě je to taková natlakovaná nádoba, která je pod určitým tlakem a někdy to prostě prasklo. Někde se to muselo uvolnit. Ten sexuální tlak. A vlastně proto říkám, že je to náhražka. Vy si prostě jenom nahrazujete něco, co si nemůžete splnit běžnou cestou.“ (pacient č. 8)*

*„Nakonec vyhrála ta chuť, ta potřeba, ta touha. Už to ve mně bylo hodně... prostě už jsem neměl ty zábrany to udělat. (...) Ale spíš ta touha o sobě samotná. V hlavě už jsem ten nápad měl, ale tím, že se to ve mně kupilo, hromadilo, tak to potom už prostě šlo ven.“ (pacient č. 9)*

### **Negativní prožívání**

Poměrně široké téma představuje poslední kategorie vnitřních spouštěčů. Negativní prožívání v různých podobách zaznělo opět u většiny oslovených pacientů. Osm pacientů uvedlo mnoho rozmanitých spouštěčů, které by bylo možno zařadit pod toto téma. Tyto rozmanité spouštěče zahrnovaly velký příliv hněvu (pacienti č. 6, 7 a 8), hádky s partnerkou (pacienti č. 3 a 6), stres spojený s prací (pacienti č. 1 a 3), stres v domácnosti (pacienti č. 3 a 9), touhu pomstít se (pacienti 6, 7 a 8) či dokonce pocity nudy (pacient č. 7).

Tyto jmenované spouštěče působily na pacienty ve většině případů spíše jako doplňkové k nějakému jinému většímu spouštěči (převážně silnému sexuálnímu puzení). Avšak u pacienta č. 6 byl hněv hlavním spouštěčem při prvním incidentu znásilnění a později i hnacím motorem při pokračování v této trestné činnosti.

*„Už tam nebyla ta zamilovanost, ale šlo spíš o nějakou pomstu z mé strany. Chtěl jsem jí prostě ublížit. Takže žádné city už tam nebyly. Mně bylo jedno, jestli jí tím ubližuji. (...) Většinou se to dělo z té naštvanosti, z té hádky ve většině případů. Ale pak v těch ostatních, to už jsem pak za ní jezdil. Čekal jsem, až půjde prostě ráno do práce a prostě ji zatáhl někam do křoví nebo tak.“ (pacient č. 6)*

Přehled identifikovaných spouštěčů delikventního chování je prezentován v Tabulce 8.

Tabulka 8: Spouštěče delikventního chování identifikované tematickou analýzou.

SPOUŠTĚČE							
VNĚJŠÍ					VNITŘNÍ		
Oběť v sexuální kontextu	Absence partnerského vztahu	Pracovní vytížení	Nefunkční rodinné zázemí	Návykové látky	Neobratnost ve vztazích	Silné sexuální puzení	Negativní prožívání
nahota oběti	chyběla partnerka 2x	příliš mnoho práce jako překážka ke hledání partnerky	nezájem rodičů o život pacienta	pod vlivem alkoholu	Neobratnost v seznamování 2x	sexualita silnější než logika	stres v práci
fyzický kontakt s obětí 2x	chybě fyzický kontakt (dotyky, pohlázení)	nebyl čas shánět partnerku kvůli práci	alkoholismus a rozvod matky	konzumace alkoholu	byl jsem dlouho sám a nešlo mi se seznamovat	potřeba sexuálního styku	nepohoda v domácnosti
kommunikace o sexu s obětí	subjektivně dlouhá doba bez vztahu	náhlé pracovní vytížení			překážky v hledání si partnerky	sexuální hyperaktivita	vztek
sexuální přitažlivost obětí 2x	absence sexu				neschopnost navázat kontakt se ženami	touha zkusit praktiku z porna (nekonsenzuální styk)	hádky s partnerkou
dívky ve spodním prádle	rozchod s přítelkyní					touha zkusit sex s preferovanou sex. Skupinou	vztek
						velmi mě to už lákalo	touha po pomstě
						vzrušení	rozchod s partnerkou
						sex touha silnější než vůle	pocity nudy
						parafilní chování jako kompenzace sexuální touhy	nasranost
						nahrímaděná sex tenze	stres v práci
						silná touha realizovat parafilní fantazie	stres doma

## 8.4 Bariéry delikventního chování

Na pacienty během doby latence nebo před učiněním rozhodnutí spáchat trestný čin nepůsobí pouze spouštěče. Svou roli hrají i takové faktory, které pacienty od spáchání trestného činu odrazují. Tyto pozitivní faktory představují bariéry. Je však důležité podotknout, že bariéry se pacientům hledaly mnohem hůře než spouštěče. Trvalo jim delší dobu, než dokázali alespoň nějakou identifikovat, a i jejich popisu věnovali mnohem méně prostoru než popisu spouštěčů. Pacient č. 2 dokonce nedokázal jmenovat ani jednu bariéru, která by mu byla ve zneužívání nevlastní dcery zabránila.

Obdobně jako tomu bylo u spouštěčů delikventního chování, tak i u bariér nakonec z rozhovorů vyvstala možnost jejich rozlišení na vnitřní a vnější. Nyní bude následovat podrobnější rozbor obou těchto kategorií bariér.

### 8.4.1 Vnější bariéry

Jedním z rozporuplných faktorů bylo pracovní vytížení. Tři z oslovených pacientů jej uvedli jako spouštěč a tři naopak jako bariéru. Ti, kdo práci označili jako bariéru, vysvětlovali svou volbu převážně tím, že práce jim zaměstnávala mysl a vyplňovala čas. Neměli tedy dostatek času na plánování nebo přemýšlení o spáchání deliktu.

### Rodinné vztahy

První z identifikovaných vnějších bariér byly rodinné vztahy. Tři pacienti připustili, že při zvažování realizace parafilní preference, brali v potaz dopady na své rodinné příslušníky. U každého z těchto pacientů ale nabývalo toto téma jiné podoby.

Například předtím než se pacient č. 1 dopustil pohlavního zneužití dcery, bojoval se strachem z odebrání všech svých 3 dětí z péče.

*„Že jsem s přítelkyní a že mám děti. Já tam nechtěl ztratit ty vlastní děcka...kvůli nějaké holce.“*

Pacient č. 3 zvažoval před spácháním sexuálního deliktu potenciální zásah pro celou jeho rodinu. Nejvíce se obával odloučení od svých dvou vlastních synů.

*„Je to zásah i pro tu širší rodinu, i pro ty dva moje syny. Ti přišli v podstatě o tátu. Poškodilo to nějakým způsobem rodinu finančně i v lidský rovině.“*

Pro pacienta č. 6 byl jednou z bariér zájem jeho staršího bratra, kterého velmi obdivoval a respektoval. Zároveň z něj měl i strach. Vliv bratra však nebyl ve srovnání s působením vzteku a sexuální touhy dostatečně silný.

*„Ona vlastně tenkrát (jméno oběti) volala mému bráchovi. Takže mu něco řekla. Brácha je o 3 roky starší, z toho jsem měl vždycky respekt. Dokonce jsem ho bral za vzor. Tak*



*ten brácha mi tenkrát řekl, že jestli s tím nepřestanu, že mi rozbije držku. Tak to mi v tom taky trošku bránilo. Ale ne moc. Stejně ta touha byla silnější než tyhle řeči.“*

### **Pracovní vytížení**

Druhou z identifikovaných bariér bylo pracovní vytížení. Přestože toto téma zaznělo již v kapitole o spouštěčích, 3 pacienti (č. 5, 8 a 9) jej naopak zařadili mezi bariéry. Pracovní vytížení se u pacientů č. 8 a 9 projevovalo ve snížené sexuální apetenci. U pacienta č. 5 hrála roli finanční stránka. Když poté o práci přišel, začal si vydělávat výrobou a distribucí dětské pornografie.

### **Strach z trestu**

Dva pacienti jako velmi důležitý faktor oddalování spáchání deliktu uvedli strach z trestu odnětí svobody a s tím spojeného pobytu ve vězení. Konkrétně se k těmto obavám pacient č. 8 vyjádřil takto:

*„Dobrá otázka. Protože by mě zavřeli jinak. To jsem nechtěl.“*

### **Funkční partnerský vztah**

Dva pacienti jsou přesvědčeni, že by se byli dopustili deliktu mnohem dříve, pokud by tou dobou neměli funkční partnerský vztah.

Například pacient č. 3 žil několik let ve spokojeném manželství. Během této doby dokázal své touhy potlačit a ovládat. Až poté, co začal být vztah s touto ženou plný hádek a vymizela z něj intimita a pohlavní styk, začal pacient uvažovat o realizaci svých pedofilních preferencí.

*„Měl jsem nějaký vztah, kde jsem byl spokojený a trval několik let. Nebyl důvod. Ne že by to zmizelo, bylo to tam pořád, ale tou dobou jako by to zaniklo, zapadlo. A vlastně to vyplavalo napovrch až mnohem později.“*

Pacient č. 9 pak považoval dvouletý partnerský vztah za hlavní bariéru před recidivou.

*„K tomu zopakování došlo až po mnohem delší době. To jsem už ani k tomu doktorovi nechodil. Začal jsem chodit s tou slečnou a byli jsme pak spolu 2 roky. Ta touha byla tehdy velmi malá, protože jsem měl ji. Tak to tam tolik nebylo.“*

### **Návykové látky**

Pouze pacient č. 4 uvedl jako bariéru konzumaci marihuany. Vzhledem k tomu, že se jednalo o jedinou bariéru, kterou byl schopen identifikovat, byla uvedena i zde. Marihuana na tohoto pacienta působila tlumivým účinkem, a tak nepocíťoval nutkání realizovat své fantazie o znásilnění.

*„Tak to ne, já jsem měl jen tu marihuanu. Pak jsem si našel chvíli přítelkyni, té to vadilo, a tak jsem hulit přestal. A pak se to stalo (delikt). Jinak mě toho asi moc neovlivnilo.“*

#### **8.4.2 Vnitřní bariéry**

Tematická analýza odhalila dvě hlavní témata vztahující se k vnitřním bariérám – morální zábrany, sebekontrolu. Tyto vnitřní bariéry měl pod kontrolou sám pacient, avšak mohly být posilovány či oslabovány vnějšími vlivy. Pouze 3 pacienti v průběhu rozhovoru jmenovali nějaké vnitřní bariéry.

#### **Morální zábrany**

Jistý vliv morálních zábran reflektovali tři pacienti. U pacienta č. 1 tato morální zábrana spočívala ve vědomí, že se jedná o jeho vlastní dceru.

*„Říkal jsem si, že je to má dcera, že nesmím.“*

Morální zábrany figurovaly i v délce doby latence u pacienta 3. Tento pacient nejen že reflektoval nejsilnější vliv morálky, ale zároveň jako jediný uvedl více než jednu vnitřní bariéru.

*„To ty výčitky svědomí a prostě, že nad tím člověk přemýšlí. Protože vlastně je člověku v podstatě špatně ze sebe sama“*

Posledním pacientem, který oddaloval realizaci své parafilní fantazie (exhibicionismus) na základě morálních zábran, byl pacient č. 8. V jeho případě se jednalo o obavu, aby se neodhalil před dětmi nebo neublížil svým jednáním některým osobám.

*„No asi nepřehnat to, aby to neublížovalo. (...) Taký jsem nechtěl, aby mě viděli někteří. Především děti.“*

#### **Faktory rizikové a protektivní Sebekontrola a sebestigmatizace**

Tato dvě témata okrajově zmínil pouze pacient č. 3 a úzce souvisela s výše jmenovanými morálními zábranami. Tento pacient po dobu několik měsíců oddaloval touhu dopustit se pohlavního zneužití na nevlastní dceři své manželky. Během té doby se potýkal s následujícími úvahami:

*„Zase prostě nějaká morálka, morální zábrany a sebekontrola. Ale to se zase dostáváme k nějakým pudům. Čili ty pudy pak nějak převážily. Když s tím nějakým způsobem neumíte pracovat, nevíte, o co jde, a ještě jste v nějaké komplikované životní situaci, která lidově řečeno stojí za houby. Jako co s tím chcete dělat, kam máte jít. (...) Málokdo v té situaci někde půjde a bude to řešit. Protože abych se s nějakým doktorem bavil na úrovni úvah a hypotéz, tak to by asi bylo zvláštní. Ale zjednodušeně nějaké vnitřní morální zábrany.“*

Shrnutí všech témat spadajících pod vnější a vnitřní bariéry delikventního chování je uvedeno v Tabulce 9.

Tabulka 9: Bariéry delikventního chování identifikované tematickou analýzou.

BARIÉRY						
VNĚJŠÍ				VNITŘNÍ		
Rodinné vztahy	Pracovní vytížení	Strach z trestu	Návykové látky	Funkční partnerský vztah	Morální zábrany	Sebekontrola
strach ze ztráty rodiny	dostatek financí plynoucí z práce	Strach z trestu odnětí svobody (2x)	marihuana	partnerka s níž si pacient rozuměl	vědomí, že jde o vlastní dceru	sebekontrola
zásah pro širší rodinu	velké množství pracovních úkolů			dlouhodobý vztah	role morálky	
strach ze zavržení bratrem	dlouhé a časté směny v práci				nevystavit se dětem	
					nepřehnat to	

### 8.5 Rizikovitost sexuální recidivy dle nástroje STABLE-2007

Na základě tematické analýzy nebyl ve shromážděných datech nalezen žádný vzorec poukazující na možnou souvislost mezi dobou latence a rizikovostí pacienta dle nástroje STABLE-2007. U tří pacientů s nejvyšším risk skóre (12 bodů) délka doby latence nabývala hodnot 0 let, 3 roky a 25 let. Pacienty nespojovala ani diagnóza, neboť u nich byla zjištěna heterosexuální pedofilie (pacient č. 2), patologická sexuální agresivita s prvky sadismu (pacient č. 4) a homosexuální pedofilie (pacient č. 5). Pacientům č. 4 a 5 však bylo společné, že jim bylo ochranné léčení přeměněno na zabezpečovací detenci. Pacientovi č. 2 pak byla prodloužena doba ochranného léčení o další 2 roky. Všichni tři tito pacienti jsou identifikováni jako více rizikovní i personálem zařízení, ve kterém momentálně pobývají.

Jako zajímavé se jeví zjištění, že pacienti, kteří získali nejvyšší risk skóre uvedli buď jen jednu bariéru delikventního chování (pacienti č. 4 a 5), či dokonce nebyli schopni identifikovat žádnou bariéru (pacient č. 2). Oba pacienti, kteří uvedli jednu bariéru také dodali, že tato bariéra působila velmi slabě na výsledné rozhodnutí dopustit se deliktu.

Na druhou stranu pacienti s nejnižšími skóry dle STABLE-2007 se oba chystali na propuštění z ústavního ochranného léčení během roku 2024. Konkrétně se jednalo o pacienta

č. 3 z PN Havlíčkův Brod se skórem 6 bodů a pacienta č. 6 z PN Bohnice se skórem 5 bodů. Ani tyto dva pacienty nepojila stejná diagnóza. Pacientovi č. 3 byla diagnostikována heterosexuální pedofilie a pacientovi č. 6 agresivní sadismus.

### **8.6 Další zjištění vyplývající z provedených rozhovorů**

Kromě odpovědí na stanovené výzkumné otázky byly v rámci tematické analýzy sledovány i další proměnné. Byly jimi vyrovnání se s diagnózou a vyhledání odborné pomoci.

#### **Vyrovnávání se s diagnózou**

V průběhu procesu analýzy dat bylo rozpoznáno také téma vyrovnávání se s diagnózou. Kromě tří pacientů s pedofilií totiž zbývající pacienti nevěděli, že pro jejich chování existuje určité odborné pojmenování – diagnóza. Přestože si někteří pacienti dokonce byli vědomi, že jejich sexualita je odlišná od norem společnosti, nedokázali pro svou odlišnost nalézt nějaký termín. Tak tomu bylo u pacienta č. 1 s hebefilií a pacienta č. 9 s exhibicionismem. Oba věděli, že je jejich sexuální preference považována za ve společnosti neakceptovatelnou, ale dozvědět se o diagnóze pro ně bylo překvapivé. Zbývající 4 pacienti si ani neuvědomovali či nepřipouštěli, že by jejich sexualita mohla být odlišná od norem ve společnosti.

Všem osloveným pacientům kromě pacienta č. 9 byla diagnóza stanovena až v rámci znaleckého zkoumání pro účely soudního řízení. Jedinému pacientu č. 9 stanovil diagnózu sexuolog v průběhu ambulantní ochranné léčby, kterou nastoupil dobrovolně po jeho prvním problematickém chování. Vyslechnout si diagnózu bylo nicméně pro pacienty překvapivé a spojovali si jej s nepříjemnými emocemi. Níže uvedené úryvky zachycují reakce pacientů na okamžik sdělení diagnózy.

*„Jako zní to strašně...nevím, jestli mě to úplně hodně překvapilo, ale brutální to bylo. Jako zní to strašně...“ (pacient č.7)*

*„(...) ale byl to pro mě šok. Člověk no...nechce si to připustit, že něco takového má. Není hezké to slyšet.“ (pacient č. 9)*

Specifický případ představovala úprava diagnózy u pacienta č.1. Tomu byla nejprve určena tzv. thygatrofilie (zaměření na vlastní dceru). V průběhu ochranného léčení mu však byla tato diagnóza změněna na hebefilii, neboť vyšlo najevo jeho předchozí problematické chování vůči jiným pubertálním dívkám. Takto se k tomu vyjádřil sám pacient:

*„Tady je paní (jméno sexuoložky) jako sexuolog. Ta mi dělala vlastně tu diagnózu. Napsala, že jsem thygatrofil a že jsem zaměřený na vlastní dceru. Ale nedávno, když jsem měl*

*s ní rozhovor, tak mi řekla, že se spletla. Jsem prý hebefil a vyhledávám i jiné dívky z okolí. Nevím proč to tak stanovili. Celý rok mi tvrdili, že jsem takový a pak to změnili najednou. Já tomu nerozumím. (...) To vlastně přišlo až teď při podání žádosti o propuštění asi 2 týdny zpátky. Protože oni řekli, že to zjistila tak, že když dcera byla malinká, tak se mnou nevyrostala. Oddělil jsem se, měl jsem jinou partnerku. Tahle diagnóza už je ale pravdivá.“*

Od rozporování původní diagnózy tohoto pacienta odrazil pocit, že jeho nesouhlas by byl personálem psychiatrické nemocnice posouzen jako nespolupráce v léčení.

### **Vyhledání odborné pomoci**

Pacienti byli v rámci polostrukturovaného rozhovoru dotazováni, zda někdy uvažovali o vyhledání pomoci odborníka ještě předtím, než se dopustili sexuálně motivovaného trestného činu. Pomocí odborníka byla míněna pomoc psychologa, psychiatra, praktického lékaře či sexuologa. Z výpovědí pacientů vyplynulo, že ani jeden z oslovených pacientů pomoc odborníka nevyhledal. Na problematiku sexualitu zaměřené léčení tak zahájili až v soudně nařízené ústavní léčbě. Pacienti si buď potřebu vyhledat odborníka nepřipouštěli (ukázka z rozhovoru s pacientem č.3), o možnosti odborné pomoci nevěděli (ukázka pacienta č. 5) nebo nad ní začali uvažovat až když se dopustili prvního deliktu (ukázka z rozhovoru s pacientem č.1). V tomto druhém případě se již ale obávali možného trestního řízení.

*„Jasně, ale to by byla taková cesta do neznáma. A v podstatě tenkrát mě nic nenutilo se touhle cestou vydat. Proč bych to měl vlastně dělat, když se tehdy nic nedělo? Nic mě k tomu netlačilo.“ (pacient č. 3)*

*„Já jsem o tom neměl ani tušení. Jako, že se tím může někdo zabývat. Já jsem o tom vlastně vůbec nikomu neřekl.“ (pacient č. 5)*

*„Já myslím, že kdybych to někomu pak řekl, tak by se něco stalo. Tedy ne něco ale určitě. Oni by mi je (děti pozn.) pak už odebrali.“ (pacient č. 1)*

S tématem vyhledání odborné pomoci souvisel i postoj pacientů k době zahájení ochranného léčení sexuologického. Všech 7 pacientů, kteří si před ochranným léčením prošli výkonem trestu odnětí svobody, postrádalo možnost řešit svou parafilii již během výkonu trestu odnětí svobody. Byli by preferovali zahájení ochranné léčby sexuologické souběžně s výkonem trestu. Vyjádřili se k tomu například takto:

*„To už v tom vězení, že by bylo dobrý, abych to řešil. Že se chci svěřit už někomu. Mně to trápilo v tom vězení. Chtěl jsem se vypovídat a otevřít se. Neměl jsem s kým.“ (pacient č.1)*

*„Ve vezení nikdo na to nebyl. To jsem říkal, že jsem tam žádal o něco takového a že nic takového tam není. Takže celých 10 let jsem nemohl tyhle věci probírat, tu sexualitu. Kvůli tomu jsem pak 3 měsících po propuštění udělal skoro to samé. Protože se mi nikdo nevěnoval.“ (pacient č. 6)*

Pacient č. 6 dokonce absenci včasné odborné péče připisoval vliv na jeho recidivě. Dle jeho výpovědi se mu nedostalo psychologické konzultace, přestože o ni opakovaně žádal.

Tabulka 10: Shrnutí základních údajů o pacientech.

Číslo pacienta	Věk (k datu rozhovoru)	Diagnóza dle MKN-10	Ochranné opatření	Historie VTOS	Sexuálně motivovaná trestná činnost	Věk coming-outu (vnitřní/vnější)	Věk spáchání trestného činu	Věk prvního problematického chování	Délka doby latence	Úroveň rizika dle Stable-2007
1	42 let	F65.4 Pedofilie heterosex. (hebefilie)	ÚOL PN Havlíčkův Brod; 1,5 roku	2,5 roku	§187 Pohlavní zneužití (vlastní dcera)	32/38 let	37 let	32	5 let	8b, střední
2	51 let	F65.4 Pedofilie heterosex.	ÚOL PN Havlíčkův Brod; 2,5 roku	7,5 let	§187 Pohlavní zneužití (nevlastní dcera)	15 let/40 let	40 let	37 let	25 let	12, vysoké
3	38 let	F65.4 Pedofilie heterosex.	ÚOL PN Havlíčkův Brod; 1 rok	4 roky	§187 Pohlavní zneužití (nevlastní dcera)	11/30 let	30 let	20 let	19 let	6, střední
4	31 let	F65.8 Patologická sexuální agresivita s prvky sadismu	ÚOL Havl. Brod, ÚOL Kosmonosy, ZD ÚPVZD Opava, 2 roky	6 let	§185 Znásilnění (8 skutků na 4 obětech) + §187 Pohlavní zneužití (1 skutek)	26/19 let	16 let	16 let	0	12, vysoké
5	46 let	F65.4 Pedofilie homosex. (efebofilie)	ÚOL Horní Beřkovice (8 let), ZD ÚPVZD Brno (8 let), ÚPVZD Opava, 1.5 roku	2 roky	§187 Pohlavní zneužití, §192 Výroba a jiné nakládání s dětskou pornografií	15 let/22 let	18 let	12 let	3 roky	12, vysoké
6	42 let	F65.5 Agresivní sadismus	ÚOL PN Bohnice, 4 roky	I. 10 let; II. 2,5 roku	§185 Znásilnění	38/38 let	26 let	26 let	0	5, střední
7	33 let	F65.8 Patologická sexuální agresivita	PN Bohnice, 1,5 roku	7 let	§ 185 Znásilnění	32/32 let	24 let	24 let	0	6, střední
8	59 let	MKN: F65.2 Exhibicionismus	Ambulantní OL, 3 roky	-	§358 Výtržnictví	54/54 let	54 let	54 let	0	7, střední
9	28 let	MKN: F65.2 Exhibicionismus	ÚOL PNB (3 roky), nyní Ambulantní OL, 2 roky	-	§358 Výtržnictví	15 let/17 let	15 let	15 let	3 týdny	7, střední

## 9. Diskuse

Hlavním výzkumným cílem práce bylo zjistit, jaké bariéry a spouštěče formují výslednou délku doby latence od uvědomění si vlastní parafilní preference po dobu spáchání prvního sexuálního deliktu u pacientů v ochranném léčení sexuologickém.

První výzkumná otázka zněla „Jaká je délka doby latence u jednotlivých oslovených pacientů s parafilii?“. K zodpovězení této otázky bylo nejprve nutné zmapovat období vnitřního coming outu a období, kdy došlo ke spáchání sexuálního deliktu. Vnitřní coming out, pokud vůbec nastal před nástupem do ochranného léčení, proběhl u pacientů většinou v období puberty. Konkrétně se jednalo o rozmezí 11 až 15 let. Toto zjištění odpovídá datům dosavadního výzkumu (Bancroft, 1989; Burton et al., 1997), kdy studie opakovaně reportují období coming outu právě v pubertě. Nicméně ve studii Piché a jejích kolegů (2018) si vzorek parafilních pachatelů procházel vnitřním coming outem spíše v období rané dospělosti.

Část pacientů v ochranném léčení si sice prošla vnitřním coming outem, ale nepřipouštěla si škodlivost svého delikventního chování a jeho dopady na oběti. Zde mohly hrát roli obranné mechanismy či kognitivní distorze. Právě na roli kognitivní distorze u pachatelů sexuálních deliktů upozornila již řada autorů. Někteří z nich upozorňovali na to, že se kognitivní distorze mohou objevovat po spáchání deliktu, aby ušetřily pachatele pocitů viny nebo zachovaly jeho vlastní sebeobraz (Abel et al., 1984; Maruna & Mann, 2006). Jiní autoři na druhou stranu uvádí, že kognitivní distorze se mohou formovat již před spácháním deliktu. V tomto případě mohou být distorze utvářeny již v dětství jako stabilní implicitní teorie o sobě a fungování světa a později pomáhají pachatelům překonat bariéry delikventního chování, a tím usnadňují spáchání sexuálního deliktu (Finkelhor, 1984; Ward & Casey, 2010). V českém prostředí se vlivu kognitivní distorze u této populace pachatelů věnovala například Gerlová s kolegy (2008). Ve svém výzkumu upozornili na fakt, že díky správně cílené kognitivně behaviorální intervenci lze tyto kognitivní distorze modifikovat. Mohlo ovšem jít také o projev kognitivního nastavení podporujícího delikventní chování, na které se zaměřili například Belsky (2012) a Szumski s kolegy (2018). Velký vliv kognitivní distorze se v rámci výzkumu diplomové práce projevil u pacienta č. 2. Tento pacient, který se opakovaně dopustil pohlavního zneužití šestileté nevlastní dcery, se domníval, že jsou spolu v partnerském vztahu a že nevlastní dcera je dostatečně mentálně vyspělá pro sexuální aktivity.

Na základě výsledků tematické analýzy vyšlo najevo, že délka doby latence se skutečně různila pacient od pacienta. Pohybovala se v rozmezí od 0 do 25 let. Toto zjištění koresponduje s výzkumem Piché a jejích kolegů (2018). Na jejich vzorku 100 delikventních



osob s parafilii odhalili dobu latence pohybující se v průměru kolem 9 let, přičemž u 17 % participantů činila tato doba více než 20 let. Zároveň přibližně polovina z těchto 100 pachatelů si uvědomila svou parafilní preferenci předtím, než se dopustila sexuálního deliktu. I v poměrně malém vzorku této diplomové práce si svou parafilní preferenci uvědomila přibližně polovina oslovených pacientů (5 z 9 pacientů). Také se ve vzorku vyskytl pacient, který svým parafilním fantaziím odolával 25 let (pacient č. 2). Průměr doby latence vzorku diplomové práce činil 5,7 let, což odpovídá spíše zjištěním výzkumu Natashy Knack a jejích kolegů (2019), kteří uváděli dobu latence pohybující se mezi 5 a 10 lety.

Druhá výzkumná otázka „Existují specifika pro délku doby latence v závislosti na diagnóze určité parafilie?“ se soustředila na případnou souvislost délky doby latence a jednotlivých parafilních diagnóz. Na tomto konkrétním vzorku devíti pacientů se projevila tendence osob s parafilii v aktivitě (exhibicionismus, patologická sexuální agresivita a sadismus) k nulové době latence. Tato skupina tvořená čtyřmi pacienty si před podstoupením ochranné léčby neuvědomovala odlišnost své sexuální preference od normy. Neuvědomovala si ani škodlivost svých činů vůči obětem. Výjimkou byl jeden pacient s diagnózou exhibicionismu, u kterého se vyskytla doba latence 3 týdny. U čtyř pacientů s parafilii v objektu (pedofilie, hebefilie a efebofilie) se délka doby latence pohybovala od 3 do 25 let.

Třetí výzkumná otázka zněla „Jaké spouštěče delikventního chování přispívají ke zkrácení doby latence?“. Jejím účelem bylo explarovat možné faktory, které spustily delikventní chování pacientů, a tím zkrátily dobu latence. Prostřednictvím tematické analýzy byly identifikovány dvě velké skupiny spouštěčů – vnitřní a vnější. Vnějšími spouštěči zjištěnými u výzkumného vzorku byly: oběť v sexuálním kontextu, absence partnerského vztahu, pracovní vytížení, nefunkční rodinné zázemí a návykové látky (alkohol). Jako vnitřní spouštěče byli zjištěni: neobratnost ve vztazích, silné sexuální puzení a negativní prožívání (vztek, stres, touha po pomstě).

Čtvrtá výzkumná otázka zněla „Jaké bariéry delikventního chování prodlužují dobu latence?“. I v tomto případě byly zaznamenány bariéry vnější a vnitřní. Jako vnější bariéry pacienti reportovali rodinné vztahy, pracovní vytížení, strach z trestu a jeden pacient jako svou jedinou bariéru uvedl tlumivý vliv marihuany. Jako vnitřní bariéry byla rozpoznána pouze dvě témata, a to morální zábrany a sebekontrola.

Zajímavým zjištěním byla role pracovního vytížení. Počet participantů, kteří uvedli pracovní vytížení jako bariéru, byl roven počtu participantů, kteří jej uvedli jako spouštěč.

Tento jev však může do jisté míry souviset s copingovými strategiemi používanými pacientem v období stresu. Někteří jedinci mohou pod stresem inklinovat ke zvýšené sexuální apetenci a jiní mohou naopak pociťovat sexuální útlum. Na základě výzkumu Piché a jejích kolegů (2018) až 51 % parafilních respondentů používalo sexuální aktivity k řešení svých problémů nebo nepříjemných emocí. Sex jako coping představuje také samostatnou položku v nástroji STABLE-2007 (Fernandez et al.).

Pokud bychom se zaměřili na kvantitu reportovaných témat vztahujících se k faktorům formujícím dobu latence, mnohem snáze pacienti identifikovali spouštěče než bariéry. Pacient č. 2 neuvedl žádnou bariéru a dva pacienti (č. 4 a 5) uvedli pouze jedinou. Byla tedy zaznamenána mnohem vyšší četnost odpovědí vztahujících se ke spouštěčům delikventního chování než k bariérám.

Co se týká páté dílčí výzkumné otázky „Jaká je souvislost mezi rizikovostí pacienta dle STABLE-2007 a délkou doby latence?“, nebyla shledána žádná taková souvislost na základě dostupných dat. Byla však zaznamenána korespondence vyššího skóre STABLE-2007 s omezenou schopností identifikovat bariéry delikventního chování. Tři pacienti, kteří dosáhli nejvyššího skóre 12, buď neuvedli žádnou bariéru (pacient č. 2) nebo po delší rozvaze uvedli pouze jednu velmi slabou bariéru (pacienti č. 4 a 5).

Z výsledků analýzy dále vyplynulo, že všichni oslovení pacienti by uvítali, kdyby svou sexualitu mohli rozebírat již během výkonu trestu ve věznici. Tím pádem by pacienti preferovali, pokud by jejich léčba probíhala současně s trestem odnětí svobody. Tento požadavek by bylo ovšem zatím velmi komplikované uvést do praxe, neboť jedinou věznicí poskytující ochranné léčení sexuologické je Kuřim (Andrejová, 2017).

Dále z analýzy vyplynulo, že žádný z pacientů nevyhledal odbornou péči před spácháním sexuálního deliktu. To odpovídá dřívějším zjištěním, že v České republice vyhledá pomoc odborníka pouze 3,3-12,5 % osob s parafilii (Nováková, 2021; Bártová et al., 2021). Pacienty ve výzkumném vzorku této diplomové práce buď vyhledat pomoc odborníka vůbec nenapadlo (nevěděli o existenci služby v oblasti parafilie), nebo se od této možnosti cítili odrazeni obavami ze stigmatizace a potrestání. Signifikantní bariéry vyhledání odborníka byly reportovány i v rámci šetření v pedofilní svépomocné komunitě v České republice. Zde však jako hlavní důvody nevyhledání odborníka byly reportovány obavy z toho, že by odborníci vynucovali změnu preference dotazovaných osob nebo by neposkytovali dostatečně bezpečné prostředí pro řešení jejich psychických potíží (Klapilová, 2019).

## **Limity výzkumu**

Jeden z limitů výzkumu představuje diverzita výzkumného souboru. Vzhledem k tomu, že se jednalo o soubor z klinické populace, bylo velmi náročné získat pro výzkum dostatečný počet participantů. To se poté odrazilo i na nerovnoměrném zastoupení diagnóz. Vzhledem k tomu, že se jedná o velmi citlivé téma a pacienti měli poskytnout údaje o svém sexuálním zaměření a životních okolnostech, bylo velmi náročné získat dostatečný počet participantů tak, aby bylo zastoupeno co nejvíce různých diagnóz. Bohužel někteří pacienti, kteří nejprve projevíli o výzkum zájem, nakonec účast ve výzkumu odřekli. Další komplikací při získávání dostatečně rozmanitého výzkumného souboru byl fakt, že drtivou většinu pacientů v oslovených institucích tvořily osoby s diagnózou pedofilie a patologické sexuální agresivity, což odpovídá i recentním průzkumům v českém prostředí (Páv et al., 2024). V neposlední řadě komplikovala nábor pacientů do výzkumu velká vyčerpání personálu v oslovených zařízeních. Právě pro tuto vyčerpání trval sběr dat téměř jeden kalendářní rok.

Dalším limitem výzkumu spjatým s výzkumným souborem je věrohodnost výpovědi jednotlivých pacientů. Je na pováženu, jakou roli při výpovědi pacientů hrál jejich náhled na diagnózu nebo případná kognitivní distorze. Vliv mohla mít i délka pobytu v ochranné léčbě. V ochranném léčení je s pacienty postupně pracováno na náhledu a přijetí vlastní diagnózy. Zároveň každé pracoviště postupuje v léčbě jiným způsobem. Určitou roli mohly hrát též paměťové procesy. Několik pacientů se odvolávalo na fakt, že se sexuálního deliktu dopustili před řádkou let a nedokážou si již přesně vybavit věk a okolnosti spáchání předmětného deliktu.

Jistý limit na straně výzkumného souboru mohla představovat i medikace na útlum sexuální apetence. Medikace se mohla podepsat na skóre některých položek nástroje STABLE-2007, a tím i na nižším výsledném risk skóre. Další vliv na výsledné skóre ale mohly mít i aktuální rozpoložení a životní situace pacienta.

Pokud jde o administraci STABLE-2007, nabízí se jako další možný limit záznam jeho průběhu. Při administraci nástroje autorce práce asistovali 3 různí zapisovatelé. I tento faktor se mohl promítnout na celkovém skóre rizikovosti pacienta. Každý ze zapisovatelů měl jiný styl a postup při zapisování. Mohlo tedy dojít k nepřesnému záznamu slov pacienta.

Na druhou stranu byla zjištěna konzistentnost v rámci sběru dat. Autorka práce vedla všechny rozhovory a účastnila se všech skórování dle nástroje STABLE-2007. Dále všechny provedené polostrukturované rozhovory byly zaznamenány na diktafon a přepsány v úplném

znění samotnou autorkou. Další jednotnost byla zajištěna tím, že všichni oslovení pacienti měli dle záznamů poskytnutých pracovníky zařízení IQ pohybující se kolem 90 bodů. Tím lze alespoň do jisté míry vyloučit vliv inteligence na výsledky analýzy.

### **Implikace pro praxi budoucí výzkum**

Vzhledem ke zjištění, že u některých osob se vyskytuje poměrně dlouhá délka doby latence, je možné zaměřit se v budoucnu na to, jak co nejlépe minimalizovat konečné rozhodnutí těchto osob ke spáchání sexuálního deliktu. Také lze vzít v úvahu, jak co nejlépe nastavit systém léčby pro pachatele s parafilií s přihlédnutím k vyjádření výzkumného souboru této diplomové práce. Všech devět pacientů toužilo po zahájení léčby a věnování se otázce vlastní sexuality již během trestu odnětí svobody.

Jistě by bylo vhodné dále důkladněji zkoumat i bariéry vyhledání odborné péče během doby latence. Všichni dotázaní pacienti jmenovali právě svěřením se někomu blízkému a včasnou léčbu jako faktor, který by jim tehdy mohl pomoci.

Zároveň výsledky tematické analýzy upozorňují na fakt, že někteří jedinci s parafilií bojují dlouhá léta se svou sexuální preferencí, než se dopustí sexuálního deliktu. To poskytuje (v některých případech až 20 let) prostor pro působení preventivních iniciativ. V neposlední řadě diplomová práce poskytla autentický náhled do prožívání a potřeb osob s parafilií. Právě nahlédnutí do individuálních potřeb jednotlivců může posloužit jako zdroj informací pro lepší nastavení systémové péče o osoby s parafilií, které se již dopustily sexuálního deliktu, a tak přispět i ke snížení recidivy u této populace.

## ZÁVĚR

Diplomová práce se zabývala tématem doby latence od vnitřního coming outu po první spáchaný sexuální delikt u osob s parafilii, které si procházejí ochranným léčením. Hlavním cílem práce byla kvalitativní explorace spouštěčů a bariér pro výskyt prvního delikventního chování u osob s parafilii v ochranném léčení sexuologickém.

Teoretická část práce se věnovala současnému pojetí parafilii, vybraným diagnózám spojovaným se zvýšeným rizikem pro spáchání sexuálního deliktu, dosavadnímu výzkumu týkajícího se coming outu a doby latence u osob s parafilii, rizikovým a protektivním faktorům či vybraným standardizovaným nástrojům pro hodnocení rizika recidivy u sexuálních delikventů. V neposlední řadě též práce uvedla možnosti intervencí u osob s parafilii v České republice. Z teoretické části vyplynulo, že doposud není dostatečně zmapována doba latence u delikventní populace osob s parafilii a faktory, které délku této doby ovlivňují.

Empirická část práce prezentovala kvalitativní výzkumné šetření zaměřené na mapování délky doby latence a faktory (spouštěče a bariéry), které formují u pacientů v ochranném léčení sexuologickém délku této doby. Metodou tematické analýzy bylo dosaženo následujících zjištění. Délka doby latence pro první výskyt delikventního chování u oslovených pacientů se pohybovala v rozmezí od 0 do 25 let. Doba latence se odvíjela od vnitřního coming outu, který ne vždy u pacientů proběhl před spácháním sexuálního deliktu. U pacientů s parafilii v aktivitě byla zjištěna nulová doba latence, neboť si vnitřním coming outem prošli až během ochranného léčení. Jako hlavní vnější spouštěče pacienti reportovali oběť v sexuálním kontextu, absenci partnerského vztahu, pracovní vyčerpání, nefunkční rodinné zázemí a návykové látky. Za vnitřní spouštěče pak označili neobratnost ve vztazích, silné sexuální puzení a negativní prožívání. Na druhé straně analýza dospěla k následujícím vnějším bariérám: rodinné vztahy, pracovní vyčerpání, strach z trestu a návykové látky. Jako vnitřní bariéry byly u pacientů rozpoznány pouze morální zábrany a sebekontrola. Výsledky analýzy nepoukázaly na možnou souvislost mezi mírou rizikovitosti dle STABLE-2007 a určitou diagnózou parafilie. Také bylo zjištěno, že žádný z oslovených pacientů nevyhledal odbornou pomoc předtím, než se dopustil delikventního chování v souladu s parafilní preferencí.

V závěrečné diskusi byly shrnuty výsledky práce v kontextu s dosavadní publikovanou literaturou, možné limity výzkumu a implikace pro další výzkum či praxi.

Provedený výzkum může představovat další krok k lepšímu porozumění faktorům působícím na osoby s diagnózou parafilie, které se ocitají ve zvýšeném riziku spáchání sexuálního deliktu. Skrze autentické zkušenosti pacientů v ochranném léčení sexuologickém zároveň výzkum přináší možnou nabídku faktorů, na které lze v českém prostředí soustředit pozornost v rámci preventivních intervencí. Výstupy této práce tedy mohou podnítit další výzkum věnující se problematice parafilii v českém prostředí. V širším kontextu může také lepší porozumění pachatelům sexuálních s parafilii vést i k lepší ochraně případných obětí.

## REFERENCE

- Abbey, A., Zawacki, T., Buck, P. O., Clinton, A. M., & McAuslan, P. (2001). Sexual assault and alcohol consumption: What do we know about their relationship and what types of research are still needed? *Aggression and Violent Behavior, 6*(5), 509-530.
- Abel, G. G., Becker, J. V., & Cunningham-Rathner, J. (1984). Complications, consent, and cognitions in sex between children and adults. *International Journal of Law and Psychiatry, 7*(1), 89–103. [https://doi.org/10.1016/0160-2527\(84\)90008-6](https://doi.org/10.1016/0160-2527(84)90008-6)
- Abel, G. G., Becker, J. V., Cunningham-Rathner, J., Mittelman, M., & Rouleau, J. L. (1988). Multiple paraphilic diagnoses among sex offenders. *The Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law, 16*(2), 153–168.
- Aggrawal, A. (2009). *Forensic and medico-legal aspects of sexual crimes and unusual sexual practices*. Boca Raton, FL: CRC Press.
- Ahmed, S., Lee, S. C., & Helmus, L. M. (2023). Predictive accuracy of Static-99r across different racial/ethnic groups: A meta-analysis. *Law and Human Behavior, 47*(1), 275–291. <https://doi.org/10.1037/lhb0000517>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Andrejová, G. (2017). *Sexuologické ochranné léčení uložené dospělému pachateli*. [Rigorózní práce, Západočeská univerzita v Plzni]. Digitální knihovna Západočeské univerzity v Plzni. <http://hdl.handle.net/11025/27722>
- Andrews, D. A., Bonta, J., & Wormith, J. S. (2011). The risk-need-responsivity (RNR) model. *Criminal Justice and Behavior, 38*(7), 735–755. <https://doi.org/10.1177/0093854811406356>
- Arbanas, G. (2022). Personality disorders in sex offenders, compared to offenders of other crimes. *The Journal of Sexual Medicine, 19*(11). <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2022.08.022>
- Baazeem, A. (2016). Challenges to practicing sexual medicine in the Middle East. *Sexual Medicine Reviews, 4*(3), 221–228. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2016.04.001>
- Babchishin, K. M., Hanson, R. K., & Helmus, L. (2012). Even highly correlated measures can add incrementally to actuarial risk prediction. *Assessment, 19*, 442-461. [doi:10.1177/1073191112458312](https://doi.org/10.1177/1073191112458312)
- Bailey, J. M., Bernhard, P. A., & Hsu, K. J. (2016). An Internet study of men sexually attracted to children: Correlates of sexual offending against children. *Journal of Abnormal Psychology, 125*(7), 989–1000. <https://doi.org/10.1037/abn0000213>
- Balon, R. (2016). *Practical guide to paraphilia and Paraphilic Disorders*. Springer International Publishing.

- Bancroft, J. D. (1989). *Human sexuality and its problems* (2nd ed). Churchill Livingstone.
- Bártová, K., Androvičová, R., Krejčová, L., Weiss, P., & Klapilová, K. (2020). The prevalence of paraphilic interests in the Czech population: Preference, arousal, the use of pornography, fantasy, and behavior. *The Journal of Sex Research*, 58(1), 86–96. <https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1707468>
- Baumeister, R. F., Catanese, K. R., & Vohs, K. D. (2001). Is there a gender difference in sex drive? Theoretical views, conceptual distinctions, and a review of relevant evidence. *Personality and Social Psychology Review*, 5, 242–273. doi:10.1207/S15327957PSPR0503\_5
- Beier, K. M., Oezdemir, U. C., Schlinzig, E., Groll, A., Hupp, E., & Hellenschmidt, T. (2016). “Just dreaming of them”: The Berlin Project for Primary Prevention of Child Sexual Abuse by Juveniles (PPJ). *Child Abuse and Neglect*, 52, 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.12.009>
- Beier K. M., Ahlers C. J., Goecker D., Neutze J., Mundt I. A., Hupp E., Schaefer G. A. (2009). Can pedophiles be reached for primary prevention of child sexual abuse? First results of the Berlin Prevention Project Dunkelfeld (PPD). *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 20, 851-867.
- Belsky, J. (2012). The development of human reproductive strategies: Progress and prospects. *Current Directions in Psychological Science*, 21(5), 310–316. <https://doi.org/10.1177/0963721412453588>
- Blatníková, Š., & Zeman, P. (2019). *Evidence dat o ochranném léčení a Zabezpečovací Detenci v ČR: (nedostatky a možná řešení)*. Institut pro kriminologii a sociální prevenci.
- Bonta, J., & Andrews, D. A. (2017). *The Psychology of Criminal Conduct* (Sixth edition). Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315677187>
- Bonta, J., & Andrews, D. A. (2007). Risk-need-responsivity model for offender assessment and rehabilitation. *Rehabilitation*, 6(1), 1-22. Dostupné z <https://www.securitepublique.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/rsk-nd-rspnsvty/rsk-nd-rspnsvty-eng.pdf>
- Boyatzis, R. E. (2009). *Transforming qualitative information: Thematic Analysis and Code Development*. Sage Publications.
- Bourgon G., Mugford R., Hanson R. K., Coligado M. (2018). Offender risk assessment practices vary across Canada. *Canadian Journal of Criminology and Criminal Justice*, 60, 167-205.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brankley, A. E., Babchishin, K. M., & Hanson, R. K. (2021). STABLE-2007 Demonstrates Predictive and Incremental Validity in Assessing Risk-Relevant Propensities for Sexual



- Offending: A Meta-Analysis. *Sexual Abuse*, 33(1), 34-62.  
<https://doi.org/10.1177/1079063219871572>
- Briken, P., & Krueger, R. B. (2018). From atypical sexual interests to paraphilic disorders: The planned ICD revisions related to paraphilic disorder. *The Journal of Sexual Medicine*, 15(6), 807–808. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.02.001>
- Briken, P., Bourget, D., & Dufour, M. (2014). Sexual sadism in sexual offenders and sexually motivated homicide. *The Psychiatric clinics of North America*, 37(2), 215–230.  
<https://doi.org/10.1016/j.psc.2014.03.003>
- Brouillette-Alarie, S., & Proulx, J. (2019). The etiology of risk in sexual offenders: A preliminary model. *Sexual Abuse*, 31(4), 431–455.  
<https://doi.org/10.1177/1079063218759325>
- Burton, D. L., Nesmith, A. A., & Badten, L. (1997). Clinician’s views on sexually aggressive children and their families: A theoretical exploration. *Child Abuse & Neglect*, 21(2), 157–170. [https://doi.org/10.1016/s0145-2134\(96\)00141-x](https://doi.org/10.1016/s0145-2134(96)00141-x)
- Cantor, J. M. (2012). Is homosexuality a paraphilia? The evidence for and against. *Archives of Sexual Behavior*, 41, 237–247. doi:10.1007/s10508-012-9900-3
- Cantor, J. M. (2018). Can Pedophiles Change? *Current Sexual Health Reports*, 10(4), 203–206.  
<https://doi.org/10.1007/s11930-018-0165-2>
- Cantor, J. M., & Fedoroff, J. P. (2018). Can pedophiles change? response to opening arguments and conclusions. *Current Sexual Health Reports*, 10(4), 213–220.  
<https://doi.org/10.1007/s11930-018-0167-0>
- Cortoni, F. & Nunes, K. L. (2007). Assessing the effectiveness of the National Sexual Offender program. Research Report R-183. Ottawa, ON: Correctional Service of Canada. Dostupné z <http://www.csc-scc.gc.ca/text/rsrch/reports>
- Cunliffe, J., & Sheperd, A. (2007). *Re-offending of adults: Results from the 2004 cohort* (Home Office Statistical Bulletin). Dostupné z [www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs07/hosb0607.pdf](http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs07/hosb0607.pdf).
- Dawson, S. J., Levaque, E., Wan, C., & Lalumière, M. L. (2021). Sex drive as a possible mediator of the gender difference in the prevalence of paraphilic interests in a nonclinical sample. *Archives of Sexual Behavior*, 51(2), 867–877.  
<https://doi.org/10.1007/s10508-021-02074-w>
- Dawson, S. J., Bannerman, B. A., & Lalumière, M. L. (2016). Paraphilic Interests: An Examination of Sex Differences in a Nonclinical Sample. *Sexual Abuse*, 28(1), 20–45.  
<https://doi.org/10.1177/1079063214525645>
- DeLisi, M., Drury, A., Caropreso, D., Heinrichs, T., Tahja, K. N., & Elbert, M. J. (2018). Antisocial personality disorder with or without antecedent conduct disorder: The differences are psychiatric and paraphilic. *Criminal Justice and Behavior*, 45(6), 902–917. <https://doi.org/10.1177/0093854818765593>

- de Vogel, V., de Vries Robbé, M., de Ruiter, C., & Bouman, Y. H. A. (2011). Assessing protective factors in forensic psychiatric practice: Introducing the SAPROF. *International Journal of Forensic Mental Health, 10*(3), 171–177. <https://doi.org/10.1080/14999013.2011.600230>
- Dombert, B., Schmidt, A. F., Banse, R., Briken, P., Hoyer, J., Neutze, J., & Osterheider, M. (2016). How Common is Men's Self-Reported Sexual Interest in Prepubescent Children? *The Journal of Sex Research, 53*(2), 214–223.
- Douglas, K. S., Hart S.D., Webster C.D., Belfrage H, Guy L.S., Wilson C.M. (2014). Version 3 of the Historical-Clinical-Risk Management-20 (HCR-20v3): Relevance to violence risk assessment and management in forensic conditional release contexts. *Behavioral Sciences & the Law, 32*(5), 557–576. <https://doi.org/10.1002/bsl.2134>
- Dunsieth, N. W., Nelson, E. B., Brusman-Lovins, L. A., Holcomb, J. L., Beckman, D. A., Welge, J. A., Roby, D., Taylor, P., Soutullo, C. A., & McElroy, S. L. (2004). Psychiatric and legal features of 113 men convicted of sexual offenses. *The Journal of Clinical Psychiatry, 65*(3), 293–300. <https://doi.org/10.4088/jcp.v65n0302>
- Dworkin, E.R., Menon, S.V., Bystrynski, J., & Allen, N.E. (2017). Sexual assault victimization and psychopathology: A review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 56*, 65–81. doi:10.1016/j.cpr.2017.06.002
- Fedoroff, J. P. (2008). Sadism, sadomasochism, sex, and violence. *The Canadian Journal of Psychiatry, 53*(10), 637–646. <https://doi.org/10.1177/070674370805301003>
- Fernandez, Y., Gotch, K., Hanson, R. K., & Harris, A. J. R. (2014). *STABLE-2007 coding manual, Revised 2015*. Unpublished report. Ottawa, ON: Public Safety Canada.
- Fernandez, Y., Gotch, K., Hanson, R. K., & Harris, A. J. R. (2015). *ACUTE-2007 coding manual, Revised 2015*. Unpublished report. Ottawa, ON: Public Safety Canada.
- Finkelhor, D., & Araji, S. (1986). Explanations of Pedophilia: Review of Empirical Research. *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law, 14*(1), 55-69.
- Finkelhor, D. (1984). *Child Sex Abuse: New Theory and Research*. The Free Press.
- Freund, K., & Watson, R. (1990). Mapping the boundaries of courtship disorder. *Journal of Sex Research, 27*(4), 589–606. <https://doi.org/10.1080/00224499009551581>
- Garant, E., & Ouellet, F. (2022, November). *What ends sexual offending? A scoping review on psychological and interpersonal protective factors*. ResearchGate. Retrieved March 23, 2023, from [https://www.researchgate.net/publication/365592058\\_What\\_ends\\_sexual\\_offending\\_A\\_scoping\\_review\\_on\\_psychological\\_and\\_interpersonal\\_protective\\_factors](https://www.researchgate.net/publication/365592058_What_ends_sexual_offending_A_scoping_review_on_psychological_and_interpersonal_protective_factors)
- Gerlová, E., Weiss, P., & Ptáček, R. (2008). Implicitní teorie a kognitivní distorze u pachatelů sexuálních deliktů. *Československá psychologie, 52*(5), 493-499.

- Gordon, A. & Wong, S. (2015) The use of a structured guide to assess proxies of offending behaviours and change in custodial settings. *The Journal of Forensic Practice*, Vol. 17 Issue: 2, pp.83-100, <https://doi.org/10.1108/JFP-10-2013-0048>
- Gross, M. (2014). Paraphilia or perversion? *Current Biology*, 24(17). <https://doi.org/10.1016/j.cub.2014.07.047>
- Hanson, R. K., & Bussière, M. T. (1998). Predicting relapse: A Meta-Analysis of Sexual Offender Recidivism Studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(2), 348–362. <https://doi.org/10.1037/0022-006x.66.2.348>
- Hanson, R. K., & Thornton, D. (1999). *Static 99: Improving actuarial risk assessments for sex offenders (Vol. 2)*. Ottawa, Ontario: Solicitor General Canada.
- Hanson, R. K., & Harris, A. J. R. (2000). Where should we intervene? Dynamic predictors of sexual offense recidivism. *Criminal Justice and Behavior*, 27(1), 6-35. doi: 10.1177/0093854800027001002
- Hanson, R. K., & Harris, A. J. R. (2001). A structured approach to evaluating change among sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 13(2), 105-122.
- Hanson, R. K., & Morton-Bourgon, K. (2004). *Predictors of sexual recidivism: An updated meta-analysis*. Ottawa, ON: Public Works and Government Services Canada.
- Hanson R. K., Morton-Bourgon K. E. (2009). The accuracy of recidivism risk assessments for sexual offenders: A meta-analysis of 118 prediction studies. *Psychological Assessment*, 21, 1-21.
- Hanson, R. K., Helmus, L. M., & Harris, A. J. R. (2015). Assessing the risk and needs of supervised sexual offenders: A prospective study using STABLE-2007, Static-99R, and Static-2002R. *Criminal Justice and Behavior*, 42(12), 1205-1224. doi: 10.1177/0093854815602094
- Hanson R. K., Thornton D. (2000). Improving risk assessments for sex offenders: A comparison of three actuarial scales. *Law and Human Behavior*, 24, 119-136.
- Hanson R. K., Harris A. J. R., Scott T.-L., Helmus L.-M. (2007). *Assessing the risk of sexual offenders on community supervision: The Dynamic Supervision Project* (User Report, Corrections Research). Ottawa, Ontario: Public Safety Canada. Dostupné z <https://vawnet.org/material/assessing-risk-sexual-offenders-community-supervision-dynamic-supervision-project>
- Hanson R. K., Babchishin K. M., Helmus L.-M., Thornton D., Phenix A. (2017). Communicating the results of criterion referenced prediction measures: Risk categories for the Static-99R and Static-2002R sexual offender risk assessment tools. *Psychological Assessment*, 29, 582-597.
- Helmus, L., Thornton, D., Hanson, R. K., & Babchishin, K. M. (2012). Improving the Predictive Accuracy of Static-99 and Static-2002 With Older Sex Offenders: Revised

- Age Weights. *Sexual Abuse*, 24(1), 64–101. <https://doi-org.ezproxy.is.cuni.cz/10.1177/1079063211409951>
- Harada, T., Nomura, K., Shimada, H., & Kawakami, N. (2023). Development of a risk assessment tool for Japanese sex offenders: The Japanese static-99. *Neuropsychopharmacology Reports*. <https://doi.org/10.1002/npr2.12330>
- Harris, A. & Hanson, R. K. (2007). STABLE-2007 & ACUTE-2007: Improving the assesment of dynamic risk potential. In *The Forum* (Vol. 19, No. 4, pp. 4-7).
- Harris, G. T., Rice, M. E., & Quinsey, V. L. (1993). Violent recidivism of mentally disordered offenders: The development of a statistical prediction instrument. *Criminal Justice and Behavior*, 20, 315–335. <http://dx.doi.org/10.1177/0093854893020004001>
- Heffernan, R., & Ward, T. (2018). Dynamic risk factors, protective factors and value-laden practices. *Psychiatry, Psychology and Law*, 26(2), 312–328. <https://doi.org/10.1080/13218719.2018.1506721>
- Helmus, L. M., Kelley, S. M., Frazier, A., Fernandez, Y. M., Lee, S. C., Rettenberger, M., & Boccaccini, M. T. (2022). Static-99R: Strengths, limitations, predictive accuracy meta-analysis, and legal admissibility review. *Psychology, Public Policy, and Law*, 28(3), 307–331. <https://doi.org/10.1037/law0000351>
- Helmus, L. M., Hanson, R. K., Murrie, D. C., & Zaborauckas, C. L. (2021). Field validity of Static-99R and STABLE-2007 with 4,433 men serving sentences for sexual offences in British Columbia: New findings and meta-analysis. *Psychological Assessment*, 33(7), 581.
- Helmus, L., Thornton, D., Hanson, R. K., & Babchishin, K. M. (2012). Improving the predictive accuracy of Static-99 and Static-2002 with older sex offenders. *Sexual Abuse*, 24(1), 64–101. <https://doi.org/10.1177/1079063211409951>
- Hempel, I., Buck, N., Cima, M., & van Marle, H. (2011). Review of Risk Assessment Instruments for Juvenile Sex Offenders. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 57(2), 208–228. <https://doi.org/10.1177/0306624x11428315>
- Ho, C. C., Singam, P., Hong, G. E., & Zainuddin, Z. M. (2011). Male sexual dysfunction in Asia. *Asian Journal of Andrology*, 13(4), 537–542. <https://doi.org/10.1038/aja.2010.135>
- Chan, H. C. (2021). Paraphilic interests: The role of psychosocial factors in a sample of young adults in Hong Kong. *Sexuality Research and Social Policy*, 19(1), 159–178. <https://doi.org/10.1007/s13178-020-00532-z>
- Jeglic, E. L., & Calkins, C. (2016). Sexual violence: Evidence based policy and prevention. *Sexual Violence: Evidence Based Policy and Prevention*, 1–336. <https://doi.org/10.1007/978-3-319-44504-5>

- Joyal, C. C., & Carpentier, J. (2017). The prevalence of paraphilic interests and behaviors in the general population: A provincial survey. *The Journal of Sex Research*, 54(2), 161–171. <https://doi.org/10.1080/00224499.2016.1139034>
- Joyal, C. C., & Carpentier, J. (2022). Concordance and discordance between paraphilic interests and behaviors: A follow-up study. *The Journal of Sex Research*, 59(3), 385–390.
- Jung, S. (2016). Sexual violence risk prediction in a police context. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 107906321668156. <https://doi.org/10.1177/1079063216681563>
- Kafka, M. (2012). Axis I psychiatric disorders, paraphilic sexual offending and implications for pharmacological treatment. *Israel Journal of Psychiatry*, 49(4), 255.
- Kanters, T., Hornsveld, R. H., Nunes, K. L., Zwets, A. J., Muris, P., & van Marle, H. J. (2017). The sexual violence risk-20: Factor structure and Psychometric Properties. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 28(3), 368–387. <https://doi.org/10.1080/14789949.2017.1284887>
- Klapilová, K. (2019). *Unpublished raw data in Czech and Slovak Pedophile Community ČEPEK*. National Institute of Mental Health.
- Klapilová, K., Bártová, K., (2017). *Sexual Pathology*. In Encyclopedia of Evolutionary Psychological Science. Meteor, Springer, US. DOI 10.1007/978-3-319-16999-6\_3382-1
- Konrad, N., Welke, J. & Opitz-Welke, A. (2015). Paraphilias. *Current Opinion in Psychiatry*, 28 (6), 440-444. doi: 10.1097/YCO.0000000000000202.
- Knack, N., Holmes, D., Trunzo, M., & Fedoroff, P. (2017, February). *Motivations to offend: Hands-on vs. hands-off sex offenders*. Paper presented at the 69th annual meeting of the American Academy of Forensic Sciences, New Orleans, LA.
- Knack, N., Winder, B., Murphy, L., & Fedoroff, J. P. (2019). Primary and secondary prevention of child sexual abuse. *International Review of Psychiatry*, 31(2), 181–194. <https://doi.org/10.1080/09540261.2018.1541872>
- Knight, R. A., Sims-Knight, J., & Guay, J.-P. (2013). Is a separate diagnostic category defensible for paraphilic coercion? *Journal of Criminal Justice*, 41(2), 90–99. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2012.11.002>
- Krejčová, L., Marečková, A., Potyszová, K., Plášilová, L., Šinkner, F., Nováková, M. L., & Klapilová, K. (2023). *Parafílik jako cíl intervencí v oblasti duševního zdraví A Prevence sexuální delikvence: Situační Analýza Stavů v ČR: Výzkumná zpráva Projektu Parafílik*. Klecany: Národní ústav duševního zdraví, Centrum pro sexuální zdraví a intervence.
- Krueger, R. B., Reed, G. M., First, M. B., Marais, A., Kismodi, E., & Briken, P. (2017). Proposals for paraphilic disorders in the International Classification of diseases and

- Related Health Problems, eleventh revision (ICD-11). *Archives of Sexual Behavior*, 46(5), 1529–1545. <https://doi.org/10.1007/s10508-017-0944-2>
- Langevin, R., Lang, R.A. Substance abuse among sex offenders. *Annals of Sex Research* 3, 397–424 (1990). <https://doi.org/10.1007/BF00850442>
- Långström, N., & Seto, M. C. (2006). Exhibitionistic and voyeuristic behavior in a Swedish national population survey. *Archives of Sexual Behavior*, 35(4), 427–435. doi:10.1007/s10508-006-9042-6
- Langton, C. M., Barbaree, H. E., Seto, M. C., Peacock, E. J., Harkins, L., & Hansen, K. T. (2007). Actuarial assessment of risk for reoffense among adult sex offenders: Evaluating the predictive accuracy of the Static-2002 and five other instruments. *Criminal Justice and Behavior*, 34, 37-59. doi:10.1177/0093854806291157
- Lee, S. C., Hanson, R. K., Calkins, C., & Jeglic, E. (2020). Paraphilia and antisociality: Motivations for sexual offending may differ for American Whites and Blacks. *Sexual Abuse: A Journal for Research and Treatment*, 32(3), 335–365. <https://doi.org/10.1177/1079063219828779>
- Levenson, J. S., Willis, G. M., & Vicencio, C. P. (2017). Obstacles to Help-Seeking for Sexual Offenders: Implications for Prevention of Sexual Abuse., *Journal of child sexual abuse*, 26(2), 99–120. <https://doi.org/10.1080/10538712.2016.1276116>
- Lösel, F., & Schmucker, M. (2005). The effectiveness of treatment for sexual offenders: A comprehensive meta-analysis. *Journal of Experimental Criminology*, 1, 117-146.
- Malti-Douglas, F. (2008). *Encyclopedia of sex and gender*. Macmillan. November 27, 2023, [http://ndl.ethernet.edu.et/bitstream/123456789/41889/1/2%20Fedwa%20Malti-Douglas%5BFedwa\\_Malti-Douglas%5D\\_Encyclopedia\\_of\\_Sex\\_and\\_Gend%28BookFi%29.pdf](http://ndl.ethernet.edu.et/bitstream/123456789/41889/1/2%20Fedwa%20Malti-Douglas%5BFedwa_Malti-Douglas%5D_Encyclopedia_of_Sex_and_Gend%28BookFi%29.pdf)
- Mann, R. E., Hanson, R. K., & Thornton, D. (2010). Assessing risk for sexual recidivism: Some proposals on the nature of psychologically meaningful risk factors. *Sexual Abuse*, 22(2), 191–217. <https://doi.org/10.1177/1079063210366039>
- Manuel, A. (2019). Exhibitionism. In H. L. Armstrong (Ed.), *Encyclopedia of Sex and Sexuality: Understanding Biology, Psychology, and Culture*, (s. 211-212). Greenwood.
- Marsh, P. J., Thomas, N., Davis, A. A., Buchanan, S. N., Meyer, C. S., & Grant, J. E. (2010). Paraphilias in adult psychiatric inpatients. *Annals of Clinical Psychiatry*, 22, 129–134.
- Marshall, W. L. (2007). Diagnostic issues, multiple paraphilias, and comorbid disorders in sexual offenders: Their incidence and treatment. *Aggression and Violent Behavior*, 12(1), 16–35. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2006.03.001>
- Marshall, W. L., & Barbaree, H. E. (1990). An Integrated Theory of the Etiology of Sexual Offending. In W. L. Marshall, D. R. Laws, & H. E. Barbaree (Eds.), *Handbook of*

- Sexual Assault* (pp. 257–275). Springer US. [https://doi.org/10.1007/978-1-4899-0915-2\\_15](https://doi.org/10.1007/978-1-4899-0915-2_15)
- Maruna, S., & Mann, R. E. (2006). A fundamental attribution error? Rethinking cognitive distortions. *Legal and Criminological Psychology*, 11(2), 155–177. <https://doi.org/10.1348/135532506X114608>
- McCartan, K. F., Merdian, H. L., Perkins, D. E., & Kettleborough, D. (2018). Ethics and issues of secondary prevention efforts in child sexual abuse. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 62, 2548–2566. doi:10.1177/0306624X17723951.
- McGrath, R. J., Cumming, G. F., Burchard, B. L., Zeoli, S., & Ellerby, L. (2010). *Current practices and emerging trends in sexual abuser management: The Safer Society 2009 North American Survey*. Brandon, VT: Safer Society Press.
- Ministerstvo vnitra České republiky. (2022). *Strategie prevence kriminality v České republice v letech 2022-2027*. Dostupné z <https://www.mvcr.cz/clanek/strategie-prevence-kriminality-v-ceske-republice-na-leta-2022-az-2027.aspx>
- Nicholaichuk, T.P., Olver, M., Gu, D., & Wong, S.C. (2014). Age, actuarial risk, and longterm recidivism in a national sample of sex offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 26(5), 406–423. doi:10.1177/1079063213492340
- Nitsche, K., Etzler, S., Balas, J., Eher, R., & Rettenberger, M. (2022). A field study of ACUTE dynamic risk assessment in individuals convicted of sexual offenses. *Psychological Assessment*, 34(6), 583–594. <https://doi.org/10.1037/pas0001123>
- Nováková, L. (2021). *První průběžná evaluační zpráva projektu Parafilik*. Klecany: Národní ústav duševního zdraví, Centrum pro sexuální zdraví a intervence.
- Pettigrew, M. (2019). Biastophilia, raptophilia, and somnophilia: the blurred distinction and comorbidity of sexual paraphilias in a homicidal offender. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 30(3), 401–408. <https://doi-org.ezproxy.is.cuni.cz/10.1080/14789949.2018.1560490>
- Páv, M., & Bricheín, S. (2019). Sexuální násilí a parafilie, existuje patologická sexuální agresivita či nikoliv? *Psychiatrie pro Praxi*, 20(1), 17–20. <https://doi.org/10.36290/psy.2019.004>
- Páv M., Skřivánková, P., Vňuková, M., Ptáček, R. & Vevera, J. (2020). Hodnocení rizika násilného jednání. *Česká a slovenská psychiatrie*, 116(2): 66–73.
- Páv, M., & Švarc, J. (2018, srpen). *Stávající Stav a doporučení K Dalšímu Rozvoji Síť ochranného léčení*. Ministerstvo zdravotnictví České republiky. [https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18368/40103/11\\_Priloha%2011\\_stav%20a%20ozvoj%20site%2000L.pdf](https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18368/40103/11_Priloha%2011_stav%20a%20ozvoj%20site%2000L.pdf)

- Páv, M., Krejčová, L., & Klapilová, K. (2024). People with paraphilia as targets of sexual offence prevention strategies in Czechia. *Innovative Treatment Approaches in Forensic and Correctional Settings*, 226–238. <https://doi.org/10.4324/9781003360926-19>
- Peter, J., & Valkenburg, P. M. (2006). Adolescents' exposure to sexually explicit online material and recreational attitudes toward sex. *Journal of Communication*, 56(4), 639–660. doi: 10.1111/jcom.2006.56.issue-4
- Phenix, Amy & Fernandez, Yolanda & Harris, Andrew & Helmus, Leslie Maaiké & Hanson, R. & Thornton, David. (2017). *Static-99R Coding Rules, Revised 2016*. Dostupné z: <https://www.publicsafety.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/sttc-2016/index-en.aspx>
- Piché, L., Mathesius, J., Lussier, P., & Schweighofer, A. (2018). Preventative services for sexual offenders. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 30, 63–81. doi:10.1177/1079063216630749.
- Požarskis, A., & Požarska, R. (2023). Socially dangerous sexual paraphilias: Description of the problem. *Proceedings of the Latvian Academy of Sciences. Section B. Natural, Exact, and Applied Sciences.*, 77(5–6), 217–225. <https://doi.org/10.2478/prolas-2023-0031>
- Powls, J., & Davies, J. (2012). A descriptive review of research relating to sadomasochism: Considerations for clinical practice. *Deviant Behavior*, 33, 223–234. doi:10.1080/01639625.2011.573391
- Projekt PARAFILIK. (n.d.). *Projekt PARAFILIK* [website]. Dostupné z <https://parafilik.cz/>
- Quintana, G. R., Conall, E. M. C., & Pfaus, J. G. (2022). Behavioral, Neural, and Molecular Mechanisms of Conditioned Mate Preference: The Role of Opioids and First Experiences of Sexual Reward. *International Journal of Molecular Sciences*, 23(16), 8928. <https://doi.org/10.3390/ijms23168928> - ČLÁNEK O POTENCIÁLNÍM VZNIKU PARAFILÍÍ
- Quinsey, V. L., Harris, G. T., Rice, M. E., & Cormier, C. A. (2006). *Violent offenders: Appraising and managing risk (2nd ed)*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Raymond, B. C., McEwan, T. E., Davis, M. R., Reeves, S. G., & Ogloff, J. R. (2020). Investigating the predictive validity of Static-99/99R scores in a sample of older sexual offenders. *Psychiatry, Psychology and Law*, 28(1), 120–134. <https://doi.org/10.1080/13218719.2020.1767714>
- Raymond, N. C., Coleman, E., Ohlerking, F., Christenson, G. A., & Miner, M. (1999). Psychiatric comorbidity in pedophilic sex offenders. *American Journal of Psychiatry*, 156(5), 786–788. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.5.786>
- Richters, J., De Visser, R. O., Rissel, C. E., Grulich, A. E., & Smith, A. (2008). Demographic and psychosocial features of participants in bondage and discipline, “sadomasochism,”



- or dominance and submission (BDSM): Data from a national survey. *Journal of Sexual Medicine*, 5 (7), 1660–1668. doi:10.1111/j.1743-6109.2008.00795.x
- Rooth, G. (1973). Exhibitionism, sexual violence and paedophilia. *British Journal of Psychiatry*, 122(571), 705–710. <https://doi.org/10.1192/bjp.122.6.705>
- Roulston, K. (2001). Data Analysis and ‘theorizing as ideology.’ *Qualitative Research*, 1(3), 279–302. <https://doi.org/10.1177/146879410100100302>
- Savastano, M., Calderaro, M., & Maestoso, G. (2017). Criminological and investigative analysis of sexual vicious behaviour. *Journal of Forensic Psychopathology, Legal Medicine, Criminology*, 22(1), 7–21.
- Seto, M. C. (2008). *Pedophilia and Sexual Offending Against Children: Theory, Assessment, and Intervention*. American Psychological Association.
- Seto, M. C., Lalumière, M. L., Harris, G. T., & Chivers, M. L. (2012). The sexual responses of sexual sadists. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(3), 739–753. <https://doi.org/10.1037/a0028714>
- Seto, M. C. (2017). The puzzle of male chronophilias. *Archives of Sexual Behavior*, 46(1), 3–22.
- Seto, M. C., Curry, S., Dawson, S. J., Bradford, J. M. W., & Chivers, M. L. (2021). Concordance of Paraphilic Interests and Behaviors. *The Journal of Sex Research*, 58(4), 424–437. <https://doi.org/10.1080/00224499.2020.1830018>
- Stockdale, K. (2019). Exhibitionism. In Robert D. Morgan (Ed.), *The SAGE Encyclopedia of Criminal Psychology* (s.433-436). SAGE Publications.
- Solla, P., Bortolato, M., Cannas, A., Mulas, C. S., & Marrosu, F. (2015). Paraphilias and paraphilic disorders in parkinson's disease: A systematic review of the literature. *Movement Disorders*, 30(5), 604–613. <https://doi.org/10.1002/mds.26157>
- Souček, J. (2023, November 24). FMT Bohnice. Psychiatrická nemocnice Bohnice. Dostupné z <https://bohnice.cz/o-nemocnici/dotacni-programy/fmt-bohnice/>
- Szumski, F., Bartels, R. M., Beech, A. R., & Fisher, D. (2018). Distorted cognition related to male sexual offending: The multi-mechanism theory of cognitive distortions (MMT-CD). *Aggression and Violent Behavior*, 39, 139–151. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2018.02.001>
- Šámal, P., Bohuslav, L., Dvořák, M., Gřivna, T., Herczeg, J., Kratochvíl V., ...MarieVanduchová, M. (2023). *Trestní zákoník II: Zvláštní část*. Praha: C. H. Beck.
- Thibaut, F., Cosyns, P., Fedoroff, J. P., Briken, P., Goethals, K., Bradford, J. M., & WFSBP Task Force on Paraphilias. (2020). The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) 2020 guidelines for the pharmacological treatment of paraphilic disorders. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 21(6), 412-490.

- Turner, D., Schöttle, D., Bradford, J., & Briken, P. (2014). Assessment methods and management of hypersexuality and paraphilic disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 27(6), 413–422. <https://doi.org/10.1097/ycp.0000000000000099>
- Van Der Walt, H. (2014). *Practitioner psychologists' understandings of bondage/discipline, dominance/ submission, sadomasochism (BDSM): Shared or separate from those who practise it (Doctoral dissertation)*. Canterbury, UK: Canterbury Christ Church University.
- ÚZIS ČR. (2018). *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů ve znění 10. decenální revize – Tabeleární část*. Retrieved October 16, 2022, from <https://mkn10.uzis.cz/>
- ÚZIS ČR. (Ed.). (n.d.). *11. Revize Mezinárodní Klasifikace Nemocí (MKN-11)*. 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí (MKN-11) - ÚZIS ČR. Retrieved March 29, 2023, from <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci-mkn-11#o-klasifikaci>
- Ward, T., & Siegert, R. J. (2002). Toward a comprehensive theory of child sexual abuse: A theory knitting perspective. *Psychology, Crime & Law*, 8(4), 319–351. <https://doi.org/10.1080/10683160208401823>
- Ward, T., & Beech, A. (2006). An integrated theory of sexual offending. *Aggression and violent behavior*, 11(1), 44-63.
- Ward, T., & Casey, A. (2010). Extending the mind into the world: A new theory of cognitive distortions in sex offenders. *Aggression and Violent Behavior*, 15(1), 49–58. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2009.08.002>
- Seto, M. C. (2019). The motivation-facilitation model of sexual offending. *Sexual Abuse*, 31(1), 3-24.
- Weiss, P. (2017). *Poruchy sexuální preference*. Galén.
- Weiss, P. (2010). *Sexuologie*. Grada.
- Weiss, P., Zvěřina, J. (2009). *Sexuální chování v ČR: Situace a trendy IV*. DEMA, Praha.
- Weiss, P. (2002). *Sexuální deviace*. Portál.
- Wollert, R. (2011). Paraphilic coercive disorder does not belong in DSM-5 for statistical, historical, conceptual, and practical reasons. *Archives of Sexual Behavior*, 40(6), 1097–1098. <https://doi.org/10.1007/s10508-011-9814-5>
- World Health Organization. (2022). *ICD-11: International classification of diseases (11th revision)*. Dostupné z <https://icd.who.int/>
- Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákon (2009). <https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2009-40>

*Zákon č. 251/2016 Sb., o některých přestupcích (2016).*

<https://www.zakonyprolidi.cz/cs/2016-251#p1>

Zvěřina, J. & Weiss, P. (2013). *Doporučené postupy v terapii parafilních sexuálních delikventů*. Získáno 28. března 2023, z webu Ministerstva zdravotnictví ČR:

[http://www.mzcr.cz/dokumenty/doporucene-postupy-v-terapii-parafilenich-sexualnich-delikventu\\_12999\\_3216\\_1.html](http://www.mzcr.cz/dokumenty/doporucene-postupy-v-terapii-parafilenich-sexualnich-delikventu_12999_3216_1.html)

## SEZNAM TABULEK

Tabulka 1: Rozdíly v klasifikaci parafilii dle MKN-10 a MKN-11.....	16
Tabulka 2: Prevalence parafilii (v procentech) na populačním vzorku 5023 mužů a 5021 žen v ČR v procentech (Bártová et al., 2021).....	19
Tabulka 3: Prevalence parafilii vyjádřena přepočtem na obyvatelstvo ČR dle Bártová et al. (2021).....	19
Tabulka 4: Definice parafilii dle MKN-10 (ÚZIS, 2018).....	23
Tabulka 5: Přehled nabízených služeb projektu Parafilik.....	49
Tabulka 6: Fáze tematické analýzy (Braun & Clarke, 2006).....	52
Tabulka 7: Ukázka postupu kódování dat z polostrukturovaných rozhovorů.....	57
Tabulka 8: Spouštěče delikventního chování identifikované tematickou analýzou.....	71
Tabulka 9: Bariéry delikventního chování identifikované tematickou analýzou.....	75
Tabulka 10: Shrnutí základních údajů o pacientech.....	79


## **SEZNAM OBRÁZKŮ**

Obrázek 1: Schéma možného dělení faktorů sexuálního násilí.....	36
Obrázek 2: Logo projektu Parafilik. Centrum pro sexuální zdraví a intervence (NUDZ). Dostupné z <a href="https://parafilik.cz/">https://parafilik.cz/</a> .....	48

## **SEZNAM PŘÍLOH**

Příloha č. 1 - Informovaný souhlas projektu PARAFILIK.....	I
Příloha č. 2 – Informovaný souhlas s audiozáznamem.....	VI
Příloha č. 3 – Polostrukturovaný rozhovor.....	VIII
Příloha č. 4 – Záznamový arch STABLE-2007.....	X
Příloha č. 5 – Ukázka procesu kódování dat.....	XI

## Příloha č. 1 - Informovaný souhlas projektu PARAFILIK

	<b>FORMULÁŘ</b>	<b>F – NUDZ – V011</b>
	Národní ústav duševního zdraví Topolová 748, 250 67 Klecany	verze 01/2018

### Souhlas se zpracováním osobních údajů

**Pracoviště NUDZ:** C5 – Centrum pro sexuální zdraví a intervenci

Já, níže podepsaná/ý: .....

**souhlasím (uděluji tímto výslovný souhlas),**

aby **NÁRODNÍ ÚSTAV DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ**, příspěvková organizace, IČ: 00023752, se sídlem Topolová 748, 250 67 Klecany (dále jen „správce“) zpracovával (zpracováním se rozumí: shromáždění, zaznamenání, uspořádání, strukturování, uložení, přizpůsobení nebo pozměnění, vyhledání, nahlédnutí, použití, zpřístupnění přenosem, šíření nebo jakékoli jiné zpřístupnění, seřazení či zkombinování, omezení, výmaz, zničení) tyto mé osobní údaje:


- Jméno a příjmení
- Pohlaví
- Kontaktní údaje (e-mail, mobilní telefon)
- Povolání
- Zdravotní stav (anamnéza, medikace)
- Trestní minulost
- Životní situace

za účelem:

- provedení studie v rámci projektu PARAFILIK, o jehož cíli jsem byl/a podrobně informován/a v „Informaci pro účastníky studie“, jejíž je tento souhlas přílohou. Po dobu, která je nezbytná k ukládání údajů pro účely realizace projektů z Operačního programu Zaměstnanost, tedy po dobu 10 let od ukončení projektu dle pravidel OPZ.

Beru na vědomí, že:

- správcem osobních údajů je: **NÁRODNÍ ÚSTAV DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ**, příspěvková organizace, IČ: 00023752, se sídlem Topolová 748, 250 67 Klecany, [www.nudz.cz](http://www.nudz.cz),
- pověřencem pro ochranu osobních údajů je: Mgr. et Ing. Zdeněk Truhlář, Dr.h.c.; [GDPR@nudz.cz](mailto:GDPR@nudz.cz)
- účely zpracování, pro které jsou mé osobní údaje určeny, jsou uvedeny výše
- právním základem pro zpracování mých osobních údajů je tento souhlas
- mé osobní údaje bude správce předávat těm příjemcům osobních údajů, ke kterým má správce zákonnou povinnost. Tito příjemci rovněž poskytují dostatečné a věrohodné záruky o technickém a organizačním zabezpečení ochrany mých osobních údajů.
- správce nemá v úmyslu předat mé osobní údaje do třetí země nebo mezinárodní organizaci
- mé osobní údaje mohou být za zákonných podmínek zpřístupněny orgánům veřejné moci (policie, soudy, atd.)
- mé osobní údaje budou uloženy po dobu, jež určuje zadávací dokumentace poskytovatele dotace
- mám právo požadovat od správce přístup k mým osobním údajům dle článku 15 nařízení Evropského parlamentu a Rady (EU) 2016/679 ze dne 27. dubna 2016, o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (obecné nařízení o ochraně osobních údajů) (dále jen „GDPR“) – získat od správce potvrzení, zda mé osobní údaje jsou či nejsou zpracovávány, a pokud zpracovávány jsou, mám dále právo získat přístup k těmto osobním údajům a k těmto informacím: účely zpracování, kategorie dotčených osobních údajů, příjemci mých osobních údajů, plánovaná doba, po kterou budou mé osobní údaje uloženy, nebo není-li ji možné určit,

	<b>FORMULÁŘ</b>	<b>F – NUDZ – V011</b>
	<b>Národní ústav duševního zdraví</b> <b>Topolová 748, 250 67 Klecany</b>	verze 01/2018

kritéria použitá ke stanovení této doby, existence práva požadovat od správce opravu nebo výmaz nebo omezení jejich zpracování nebo vznést námitku proti tomuto zpracování, právo podat stížnost u dozorového úřadu, veškeré dostupné informace o zdroji osobních údajů, budou-li, skutečnost, že dochází k automatizovanému rozhodování včetně profilování a přinejmenším v těchto případech smysluplné informace týkající se použitého postupu, jakož i významu a předpokládaných důsledků takového zpracování pro moji osobu.


- mám právo požadovat od správce opravu mých osobních údajů v případě nepřesností v souladu s článkem 16 GDPR
- mám právo na výmaz mých osobních údajů za podmínek uvedených v článku 17 GDPR
- mám právo na omezení zpracování mých osobních údajů dle článku 18 GDPR
- bližší informace o výkonu mých shora uvedených práv jsou uvedeny na <http://www.nudz.cz/files/pdf/gdpr-info13.pdf>
- v případě jakýchkoli dotazů, podnětů nebo nejasností se zpracováním osobních údajů se lze obrátit na pověřence pro ochranu osobních údajů
- v případě pochybností o dodržování povinností souvisejících se zpracováním osobních údajů mám právo podat stížnost u Úřadu pro ochranu osobních údajů, se sídlem Pplk. Sochora 27, 170 00 Praha 7.
- poskytování mých osobních údajů není zákonným požadavkem, ani smluvním požadavkem, ani požadavkem, který je nutno uvést do smlouvy. Mé osobní údaje nejsem povinen poskytnout. Poskytnutí osobních údajů, stejně tak jako poskytnutí tohoto souhlasu je zcela dobrovolné. Pokud bych se rozhodl/a své osobní údaje nebo tento souhlas neposkytnout, nebudu moci být zařazen do dobrovolného vědeckého výzkumu shora popsaného
- mé osobní údaje nebudou použity k rozhodování čistě na bázi automatizovaného zpracování, ani profilování.

Tímto jsem informován/a a beru na vědomí, že správce zpracovává mé osobní údaje na základě tohoto souhlasu, který mohu kdykoli odvolat. Odvolání tohoto souhlasu není dotčena zákonnost zpracování mých osobních údajů založená na tomto souhlasu před jeho odvoláním. Odvolat tento souhlas mohu kdykoli, a to zasláním dopisu na kontaktní adresu správce / zasláním emailu na adresu: [GDPR@nudz.cz](mailto:GDPR@nudz.cz) / osobně na kontaktní adrese správce.

V ..... dne .....

Podpis: .....



	<b>FORMULÁŘ</b>	<b>F – NUDZ – V011</b>
	<b>Národní ústav duševního zdraví</b> <b>Topolová 748, 250 67 Klecany</b>	verze 01/2018

## Informace pro účastníky studie

### Informace o projektu

**Název projektu: PARAFILIK**

#### Co je cílem projektu?

Cílem projektu je otestovat dopad kontaktní terapeutické intervence na parafilní jedince, kteří se nacházejí ve zvýšeném riziku spáchání sexuálního deliktu (a jejich blízké) a to skrze poskytnutí edukačních a poradensko-terapeutických anonymních a bezplatných služeb, které v České republice dosud neexistují. Získaná data o efektivitě intervencí přispějí ke zkvalitnění péče o tuto cílovou skupinu.

#### Proč projekt děláme?

Obdobné programy primární intervence ze zahraničí naznačují, že včasné poskytnutí podpory jedincům s parafilní preferencí má pozitivní vliv na celkové fungování a snižuje riziko spáchání trestné činnosti. Cílem projektu je podpořit osoby s parafilní preferencí.

V rámci projektu provádíme studii, která má za cíl ověřit, nakolik včasné poskytnutí podpory skutečně pomáhá a na kolik se liší od běžně dostupné systémové péče v ČR. Součástí projektu je tedy 1. sběr dat od osob, které osloví tento projekt a budou čerpat podporu týmu, a 2. sběr dat od osob, kteří čerpají podporu v rámci ochranné léčby sexuologické, a 3. sběr dat od osob, kteří nečerpají žádnou terapeutickou podporu. Výstupy ze studie budou podkladem pro další rozvoj služeb pro osoby s parafilní preferencí.

Zadavatelem studie je Národní ústav duševního zdraví (NUDZ).

#### Co se očekává od Vás?

V případě, že budete s účastí v projektu souhlasit, bude s Vámi proveden rozhovor mapující Vaši životní situaci a Váš zdravotní stav; a vyplníte sadu standardizovaných dotazníkových baterií týkající se Vaší sexuální preference. Pro vyplnění několika dalších standardizovaných nástrojů jsou potřebné informace z Vaší zdravotnické dokumentace, které má k dispozici Váš ošetřující lékař.


#### Co se bude dít se sbíranými daty?

Výzkumná data získaná od Vás budou použita pro zhodnocení účinnosti poskytované podpory. Budou také podkladem pro odborné publikace. Všechna data budou zveřejněna v souhrnné podobě, tedy tak, aby z nich nebylo možné identifikovat údaje o jednotlivcích.

#### Informovaný souhlas

Souhlas s Vaší účastí v aktivitách projektu obnáší následující body:

- Rozumím tomu, že moje účast v projektu je dobrovolná.

	<b>FORMULÁŘ</b>	<b>F – NUDZ – V011</b>
	<b>Národní ústav duševního zdraví</b> <b>Topolová 748, 250 67 Klecany</b>	verze 01/2018

- Rozumím tomu, že mě nebude možné identifikovat na základě žádného veřejně publikovaného materiálu. V rámci studie budu vystupovat pod kódovým označením, které mi bude přiděleno.
- Rozumím tomu, že informace, které pro účely výzkumu poskytnu, budou statisticky zpracovány a zahrnuty do rešerše systémové péče, do článků v odborných recenzovaných časopisech, v prezentacích na konferencích a seminářích, v metodických materiálech, v průběžných evaluačních zprávách a závěrečné evaluační zprávě. Vždy však bude dodržena zásada, že publikované výsledky nebude možné spojit s konkrétním účastníkem studie.
- Rozumím tomu, že pokud se kdykoli v průběhu spolupráce rozhodnu, že si již nadále nepřeji svoji účast v projektu, mohu na to upozornit členy výzkumného týmu a okamžitě svoji účast bez udání důvodu odvolat. Dále rozumím tomu, že do dvou měsíců od sběru příslušných dat mohu požádat o nezařazení těchto dat do projektu.
- Rozumím tomu, že má účast v projektu může být kdykoliv ukončena ze strany NUDZ.
- Rozumím tomu, jaké trestné činy (minulé či připravované) musí být pracovníky projektu PARAFILIK nahlášeny státnímu zástupci nebo policejnímu orgánu.
- Souhlasím se zpracováním svých osobních údajů, a to podpisem Souhlasu se zpracováním údajů, který představuje přílohu č. 1 tohoto dokumentu.

#### **Webové stránky projektu**

<http://projektparafilik.cz>

#### **Další informace a kontakty**


Máte-li jakýkoliv dotaz k obsahu tohoto dokumentu, obraťte se prosím na pracovníka týmu projektu. Pokud budete mít zájem o podrobnější informace o projektu a zpracování dat, obraťte se prosím na Mgr. Kateřinu Klapilovou, Ph.D. z Národního ústavu duševního zdraví. Emailová adresa: [katerina.klapilova@nudz.cz](mailto:katerina.klapilova@nudz.cz), korespondenční adresa: Národní ústav duševního zdraví, Topolová 748, 250 67 Klecany.

Výzkumný projekt schválila Etická komise Národního ústavu duševního zdraví, na kterou se můžete obrátit v případě dotazů ohledně etických aspektů výzkumu. Emailová adresa: [ek@nudz.cz](mailto:ek@nudz.cz), korespondenční adresa: Národní ústav duševního zdraví, Etická komise, Topolová 748, 250 67 Klecany.

#### **Prohlášení účastníka studie:**

Svým podpisem stvrzuji souhlas s výše uvedenými body:

1. Přečetl jsem Informace o projektu a projekt mi byl vysvětlen tak, že rozumím tomu, co účast v projektu obnáší, a souhlasím se svou účastí. Všechny mé dotazy a připomínky byly zodpovězeny k mé spokojenosti. Jsem si vědom, že účast ve výzkumném projektu je zcela dobrovolná a že svoji účast ve výzkumném projektu mohu kdykoliv stáhnout bez udání důvodu.
2. Obdržel jsem vlastní výtisk Informovaného souhlasu.

	<b>FORMULÁŘ</b>	<b>F – NUDZ – V011</b>
	<b>Národní ústav duševního zdraví</b> <b>Topolová 748, 250 67 Klecany</b>	verze 01/2018

Na základě poskytnutých informací a po vlastním zvážení uděluji svobodně a dobrovolně svůj souhlas či nesouhlas zakroužkováním příslušných částí:

- 1) Souhlas s provedením rozhovoru, který mapuje moji aktuální životní situaci a můj zdravotní stav

ANO            NE

- 2) Souhlas s vyplněním dotazníků, které mapují moji sexuální preferenci

ANO            NE

- 3) Souhlas na nahlížení do mé zdravotnické dokumentace

ANO            NE

- 4) Souhlas na nahlížení do mého trestního spisu

ANO            NE

Podpis:


Datum:

**Prohlášení pracovníka týmu:**

Potvrzuji, že jsem účastníkovi pečlivě vysvětlil charakter projektu a požadavky spojené s jeho účastí.

Podpis:

Datum:

	<b>FORMULÁŘ</b>	<b>F – NUDZ – V011</b>
	<b>Národní ústav duševního zdraví</b> <b>Topolová 748, 250 67 Klecany</b>	verze 01/2018

## Informace pro účastníky studie

**Název projektu: PARAFILIK**

**Pro pracovníky projektu Parafilik platí níže uvedená oznamovací povinnost:**

- a) jsou povinni překazit připravovaný anebo již páchaný trestný čin, uvedený v ustanovení § 367 tr. zák., přičemž formou překažení může být i včasné oznámení státnímu zástupci nebo policejnímu orgánu. Tento postup se týká připravovaných či páchaných trestných činů jako je kupříkladu znásilnění, pohlavní zneužití, zneužití dítěte k výrobě pornografie, a další;
- b) nejsou podle § 368 trestního zákoníku povinni oznamovat státnímu zástupci nebo policejnímu orgánu informace o v minulosti spáchaných trestných činech jako je znásilnění, pohlavní zneužití či držení dětské pornografie.

Jsou však povinni oznámit spáchání trestných činů uvedených v tomto ustanovení, jako kupříkladu trestných činů vraždy, ublížení na zdraví, mučení či zneužití dítěte k výrobě pornografie a další. Na spáchaný trestný čin pohlavního zneužití se oznamovací povinnost nevztahuje.

**Prohlášení účastníka studie:**

Svým podpisem stvrzuji souhlas s výše uvedenými body:

1. Přečetl jsem Poučení o oznamovací povinnosti a/nebo mi bylo vysvětleno tak, že rozumím tomu, které trestné činy musí být pracovníky projektu Parafilik nahlášeny a na které činy se oznamovací povinnost nevztahuje.

2. Obdržel jsem vlastní výtisk tohoto Poučení.

PIN Kód:

Datum:

**Prohlášení pracovníka týmu:**


Potvrzuji, že jsem účastníkovi pečlivě vysvětlil oznamovací povinnost vztahující se na minulé či plánované trestné činy.

Jméno a příjmení:

Podpis:

Datum:

## Příloha č. 2 – Informovaný souhlas s audiozáznamem

	<b>FORMULÁŘ</b>	<b>F – NUDZ – V011</b>
	Národní ústav duševního zdraví Topolová 748, 250 67 Klecany	2023/24

### Souhlas s audiozáznamem

**Pracoviště NUDZ:** C5 – Centrum pro sexuální zdraví a intervenci

Já, níže podepsaná/ý (kód):

.....

**souhlasím (uděluji tímto výslovný souhlas),**

s pořízením zvukového záznamu, které je realizováno za účelem kvalitativního výzkumu k diplomové práci Mgr. Terezy Kuncové, studentky Filozofické fakulty Univerzity Karlovy a pracovnice projektu Parafilik. Diplomová práce s názvem *Doba latence pro první výskyt delikventního chování u pacientů v ochranném léčení sexuologickém v závislosti na diagnóze a míře rizikovitosti* vzniká pod záštitou projektu Parafilik. Vzniklý audiozáznam bude využíván pouze pro potřeby analýzy dat a následně bude smazán. Po dobu analýzy bude audiozáznam skladován pouze na interním úložišti projektu Parafilik s chráněným přístupem. Audio materiál nebude veřejně šířen, nebude poskytnut třetím osobám, ani zneužit pro komerční účely. Získaná data přispějí k lepšímu porozumění potřebám osob s parafilii, a tím i zkvalitnění péče o tuto cílovou skupinu, včetně celkového fungování a snížení potenciálního rizika spáchání trestné činnosti.

V rámci pravidel GDPR bude postupováno, jak bylo uvedeno v již podepsaném informovaném souhlasu s názvem „Souhlas se zpracováním osobních údajů“. Vždy však bude dodržena zásada, že publikované výsledky nebude možné spojit s konkrétním účastníkem studie.

V případě následných dotazů, připomínek nebo zájmu o výstupy z proběhlé studie, se lze obrátit na Mgr. Terezu Kuncovou na této e-mailové adrese: [tereza.kuncova@nudz.cz](mailto:tereza.kuncova@nudz.cz).

Tímto jsem informován/a a beru na vědomí, že správce zpracovává mé osobní údaje na základě tohoto souhlasu, který mohu kdykoli odvolat.

V ..... dne .....

Podpis: .....

## Příloha č. 3 – Polostrukturovaný rozhovor

# Polostrukturovaný rozhovor

- VÝZKUM DOBY LATENCE

**Dobrý den, děkuji za ochotu se mnou mluvit a zúčastnit se výzkumného rozhovoru.**

### ÚVOD ROZHOVORU

Představení sebe a projektu Parafilik.

#### ➤ Představení cílů

Jsem tady proto, protože se snažím lépe porozumět, s čím se mohou potýkat osoby, které spáchaly nějaký sexuální delikt, nebo mají neobvyklé preference. Cílem výzkumu je získat informace a poklady pro nové postupy v péči o tyto osoby.

#### ➤ Důraz na vlastní názory, vypovídejte sami za sebe

Ráda bych porozuměla tomu, jaké jsou konkrétně Vaše životní zkušenosti, co byste uvítal a co byste potřeboval, abyste se svou sexualitou lépe vypořádával. Kdyby Vám některé otázky byly nepříjemné, odpovídat nemusíte, ale budu ráda, když budete odpovídat pravdivě, to nám pomůže nejlépe. Neexistují dobré nebo špatné odpovědi, všechny Vaše názory a zkušenosti mě zajímají. Z toho, co řeknete, pro Vás nevyplývají žádné sankce a vše zůstane jen v rámci výzkumu k analýze. S výjimkou ohlašovací povinnosti podle trestního zákona.

Samozřejmě máte právo zeptat se na cokoli, pokud něco není jasné, srozumitelné a právo neodpovídat na otázku, pokud je pro Vás nepříjemná nebo zraňující.

#### ➤ Garance anonymity

V našem výzkumu a zprávě nebudete veden pod žádným jménem, rozhovor je pro naše podklady a je zcela anonymní. Rozhovory nahrávám na diktafon, abych vás dokázala plně vnímat a soustředit se na to, co říkáte. Nechci psát každé slovo a z důvodu anonymity a naprosté diskretnosti, ale zároveň výstížitosti vašeho pohledu a zkušenosti, potřebuji pro následný přepis, který budu dělat, záznam. Pokud budete v některou chvíli chtít, abych vypla diktafon, učiním tak. → **Dát podepsat informovaný souhlas s nahráváním na diktafon**

### JÁDRO ROZHOVORU:

(Otázky ke coming outu)

1. **Prosím, povězte mi, kdy, za jakých okolností a jak jste si uvědomil, že je něco s vámi jinak?** (Spontánně, doptat na kdy, jak, za jakých okolností? Jaký byl vývoj případně?)
  - a. **V kolika asi letech jste si přiznal,** že to máte jinak než ostatní? Jak jste si **uvědomil vaši sexuální preference?** Jak to probíhalo? Jak vypadal ten proces? Co jste to prožíval? Kde jste hledal informace? Co se vám honilo hlavou, co ještě?
2. **V kolika letech,** pokud vůbec, jste to řekl **svému okolí** (kamarádi/rodina/partner)? Svěřil jste se někomu?
3. **Jak byste mi vysvětlil své sexuální preference,** jak byste mi je popsal? Tady máte takové diagnózy (uvést), odpovídá to? Jste s diagnózami v souladu? Chybí něco, přebývá?
4. **Svěřil jste se tehdy** po uvědomění si odlišnosti sex. preference nějakému **odborníkovi?** Proč ano proč ne?

(Otázky na delikt)

Následující část může být pro někoho obtížná, přesto vás prosím o velkou upřímnost... CÍLEM JE VÁM POROZUMĚT, CO BY VÁM BÝVALO POMOHLA V MINULOSTI

5. **Zmínil jste, že v XX letech jste si uvědomil, že máte odlišnou sexuální preferenci. Mohl byste mi říci, v kolika letech jste se dopustil 1. sexuálního deliktu?**
  - a. **Kdy jste začal o deliktu přemýšlet?** kdy se vám něco, co by mohlo být blízko deliktu, začalo hodit hlavou? CO to bylo? Co to spouštělo? Jak jste s tím nakládal?
  - b. Jak dlouho trvalo, **než jste se pustil do prvního deliktu/problematického chování** – bylo to kratší dobu než rok? Kolik měsíců?
  - c. Co vás v tom podporovalo nebo utvrzovalo?
  - d. Co vám v tom naopak bránilo? Jaké bariéry?
  - e. Pokud jste o tom neuvažoval, Co vás k tomu vedlo, jaký spouštěč? (doptat se na okolnosti, náladu, období, čas...)
6. **Pokud to nebyl ten, za který jste v OL, kdy jste se dopustil 1. neodhaleného deliktu, popřípadě prvního „problematického“ chování – tedy chování v souladu s Vaší odlišnou preferencí?**
  - a. Stalo se něco ilegálního či problematického ještě před tím deliktem, za který jste v OL? Něco překračujícího hranice? V jakém věku se to stalo?
  - b. **mapovat to samé jako u 1. odhaleného deliktu**
  - c. Kdy jste začal jednat v souladu s vaší preferencí?
7. **Mohl byste mi popsat delikt? (Spontánně, pokud je jich víc, tak ten, který je pro ně nejvýznamnější)**

**Doptat: Jak k tomu došlo, že se to stalo? (situace, pocity) Kdo u toho byl? Jak to probíhalo, co se dělo předtím a co potom? Co vám běželo hlavou? Po, během, před? V čem to bylo jiné od jiných případných deliktů?**
8. **Co by Vás, myslíte, tehdy zastavilo?** CO ještě? Jaké okolnosti, rozpoložení, počasí, nálada – může to být cokoliv... je to strašně důležité..... Vyhledal jste odborníka před spácháním činu, jestli ne – proč? Snažil jste se to řešit nějak? Proč ano - proč ne?
9. Zkuste se přenést do doby **před (prvním) deliktem**, napadá Vás něco, **co by Vám mohlo pomoci** z hlediska odborné péče něco takového zastavit? Myslím reálně...

→ Zajímat se o všechny body časové osy klientova života, DOPTÁVAT SE NA VYZNAČENÉ BODY a individuální souvislosti

## Příloha č. 4 – Skórovací arch STABLE-2007

### STABLE-2007 – TALLY SHEET

Subject Name:

Place of Scoring:

Date of Scoring:

Name of Assessor:

Scoring Item	Notes	Section Total
Significant Social Influences		
Capacity for Relationship Stability		
Emotional ID with Children	(Only score this item for child molesters)	
Hostility toward women		
General Social Rejection		
Lack of concern for others		
Impulsive		
Poor Problem Solving Skills		
Negative Emotionality		
Sex Drive		
Sex Preoccupation		
Sex as Coping		
Deviant Sexual Preference		
Co-operation with Supervision		
Sum for Final Total (Out of 24 for those without a child victim, see Tab 8, page 36 for definition of a "child")		<u>26</u>
<p><b>Deviant Sexual Interests in Possible Remission</b></p> <p>1) Is the offender in an age appropriate, consensual, sexual relationship of at least one years duration while "at risk" in the community? <span style="float: right;">Yes/No</span></p> <p>2) Is there an absence of behavioural indicators of Deviant Sexual Interest for 2 years? <span style="float: right;">Yes/No</span></p> <p>If both questions have been answered "Yes" award a "-1" in this box and reduce the total score by one point as long as the Deviant Sexual Interest score is greater than zero.</p> <p>Note: The "over-ride" has not been validated and does not count in the total score entered above. The adjusted score can be recorded for future empirical validation. However, the original unadjusted score should be reported and should be used when combining the STABLE-2007 score with STATIC-99.</p>		
<b>Revised Total taking "Deviant Sexual Interests in Possible Remission" into Account</b>		

Interpretive Ranges: 0 – 3 = Low, 4 – 11 = Moderate, 12+ = High



## Příloha č. 5 – Ukázka procesu kódování dat

**To byl tedy ten spouštěč?**

Ano.

**Takže, jak už jste zmiňoval, vy jste o tom nijak nepřemýšlel dopředu, že se něčeho takového dopustíte.**

Ne, vůbec by mě nenapadlo, že bych s ní mohl mít pohlavní styk..Vůbec. → nepřemýšlel / neplánoval dopředu

**Takže to bylo neplánované a tím hlavním spouštěčem byla její nahota, pokud jsem tomu správně porozuměla?**

Ano, tak to bylo. → nahota oběh

**Bylo tam ještě něco dalšího, co ten skutek usnadnilo nebo spustilo?**

Ona se pak dokonce ještě tulila...víc a víc. → intimní dotýky, sex kontext

**Jak jste s tím nakládal zprvu? S tímto spouštěčem.**

Když se tulila, tak zatím nic nestalo, ležela mi na rameni, já jí hladil po vlasech, pak... → mohl ztratit zábr

**Mně se to jeví tak, jakoby tam do té doby působilo něco, že jste s tím spouštěčem dokázal bojovat po nějakou dobu. Co vám bránilo to udělat? Co to mohlo být – nějaká ta bariéra?**

Říkal jsem si, že je to dcera...že nesmím. Já jsem o tom nepřemýšlel, že bych ji mohl zneužít..to vůbec v tu chvíli. A byla tam ta bariéra no – že je to dcera, že nesmím. → přitvornost jako bariéra  
→ uvědomení si, že je to „špatně“

**Dobře, děkuji za upřímnost. V ten moment (snažím se tomu lépe porozumět), kdy jste tu bariéru překročil, jaké byly dané okolnosti?**

No..tam nebyly žádné překážky vůbec. Tam to šlo. → absence vnějších překážek

**Co byste býval potřeboval za překážku?**

Nevím...já jsem tam měl ještě jednu dceru malou...tak ona třeba kdyby byla vzhůru a nespala, tak to bych viděl jako překážku, že bych si nic nedovolil. Jenže ona byla malinká a chodila dřív spinkat...  
→ přítomnost další osoby

**A něco jako ve vás, co byste potřeboval v sobě si stanovit, aby se to nestalo?**

Asi jsem měl být přísnější už když se přede mnou svlékala..jenže já, když jsem zvýšil hlas, tak se rozbrečela a já jsem musel jít a utěšit ji. Tak jsem jí pomazlil a utěšil, že se to stává, že může zapomenout. No a vždycky když se toto stalo, tak jsem na ni zvedl hlas – jenže tam bylo to, že jsem jí pak litoval, že brečí – tak jsem šel k ní, obejmul a pohladil. → fyzický kontakt

**Takže tohle byl ten delikt, kterého jste se dopustil a za který jste si odpykával trest a následně ochranné léčení zde.**

To bylo před těmi 4 roky ano.

**A když se zeptám, vy jste tu diagnózu hebefilie dostal i kvůli tomu, že jste navazoval kontakt nějaký problematický už předtím s nějakými slečnami?**

Ono to nebylo tak problémové. Já jsem měl taneční skupinu. My jsme tancovali break dance. Byli jsme sdružení, kam chodila mládež a já jsem je tam učil, tenhle tanec. No a byly tam dívky a kluci. Vybíral jsem si z nich, komu to jde, abychom sestavili partu, se kterou pak budem vystupovat a tak. No a byla tam jedna dívka, které bylo 14 let a se kterou nám to šlo...tak jsme se nějak dotýkali tady to..neeroticky a nesexuálně..prostě dotyky tam byly.  
→ fyzický kontakt, doteky

**A kdy k tomu docházelo?**

To už je dlouho..to je tak 10 let? → předchozí problematické kontakty s pref. skupinou

**Dokázal byste mi říct, kolik vám bylo let?**