

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

SEXUÁLNÍ DEVIACE
V NÁVAZNOSTI NA MRAVNOSTNÍ
TRESTNOU ČINNOST

THE SEXUAL DEVIANCE IN CONNECTION WITH MORAL
CRIMES



Bakalářská diplomová práce

Autor: **stržm. Bc. Anna Nyplová**

Vedoucí práce: **PhDr. Marek Kolařík, Ph.D.**

Olomouc

2020

Poděkování

Poděkování patří PhDr. Markovi Kolaříkovi, Ph.D., za jeho odborné vedení. Je třeba ovšem poděkovat těm, bez kterých by nebylo možné uskutečnit výzkumnou část této práce, a to: celé etické komisi Bohnic, která souhlasila s vedením interview, MUDr. Zuzaně Řeřichové, vedoucí lékařce 5. oddělení, která byla hlavním článkem mezi mnou a pacienty 5. oddělení, představila mne komunitě, pomohla mi s ní navázat vztahy, poskytla mi prostory pro interview a zejména mi umožnila moji ideu celou zrealizovat. Hlavní poděkování ale patří 8 pacientům 5. oddělení, kteří se účastnili na výzkumné části a nebáli se mi svěřit s velmi osobní a intimní problematikou.

Prohlášení

Místopřísežně prohlašuji, že jsem bakalářskou diplomovou práci na téma: „Sexuální deviace v návaznosti na mravnostní trestné činy“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Chomutově dne 26.3.2020

Podpis

OBSAH

Číslo	Kapitola	Strana
OBSAH		3
ÚVOD		5
TEORETICKÁ ČÁST		6
1 Úvod do normality a deviací		7
1.1 Normalita.....		7
1.2 Deviace		8
2 Sexuální norma a sexuální deviace		9
3 Dělení sexuálních deviací		11
3.1 Deviace v aktivitě		12
3.1.1 Exhibilicionismus		12
3.1.2 Patologická sexuální agresivita		13
3.1.3 Další sexuální deviace v aktivitě		14
3.2 Deviace v objektu		14
3.2.1 Pedofilie.....		14
3.2.2 Další sexuální deviace v objektu		15
4 Kritické faktory při vývoji sexuálních deviací		17
4.1 Prostředí.....		17
4.2 Neuropsychologie		19
4.3 Další možné kritické faktory		21
5 Sexuální deviace z pohledu zákona		22
6 Léčení osob se sexuální deviací		26
VÝZKUMNÁ ČÁST		29
7 Výzkumný problém		30
8 Typ výzkumu a použité metody		31
8.1 Zvolený typ výzkumu.....		31
8.2 Metody získávání dat.....		31
9 Sběr dat a výzkumný soubor		33
9.1 Etické hledisko a ochrana soukromí.....		33
9.2 Představení participantů		34
10 Analýza rozhovorů		42
10.1 Výsledky analýzy rozhovorů		43

11	Diskuze	53
12	Závěr.....	59
13	Souhrn	60
	LITERATURA.....	63
	PŘÍLOHY.....	67

ÚVOD

Bakalářská práce na téma „sexuální deviace v návaznosti na mravnostní trestné činy“ se zabývá sexuálními deviacemi, mravnostní kriminalitou a některými aspekty trestního práva, které se zaměřují na kriminalitu v sexuální oblasti. Cílem práce je teoretická rešerše poznatků v oblasti sexuálních deviací, zejména v oblasti činitelů majících vliv na vývoj deviací a zároveň zjištění těchto informací přímo od osob se sexuální deviací. Bakalářská práce je rozdělena na dva základní celky, a to na část teoretickou a výzkumnou. V teoretické části je definován pojem normality, deviací a sexuálních deviací a popsány jsou jednotlivé typy sexuálních deviací. Dále je tato část zaměřena na možné kritické faktory ve vývoji sexuálních deviací a s tím spojené kritické faktory pro páchání mravnostní kriminality. Na konci práce je krátký exkurz do trestního práva, konkrétně do zvláštní části trestního zákoníku, kde lze nalézt trestné činy proti důstojnosti v sexuální oblasti. Teoretická část je zakončena kapitolou o léčbě sexuálních deviací, která volně navazuje na část výzkumnou.

Výzkumná část vědomostně kopíruje část teoretickou. Uskutečněna byla pomocí kvalitativní metody, konkrétně pomocí polostrukturovaného interview s osobami s deviantní poruchou. Interview kladlo důraz na zjištění možných kritických faktorů ve vývoji deviace (na základě názorů participantů). Zjišťováno bylo také, jaké faktory hrály roli při páchání trestné činnosti aj. Výzkumná část práce je zaměřena na příběh pacienta. Cílem výzkumné části práce je získat informace o možných kritických faktorech, které by mohly mít vliv na vývoj sexuálních deviací.

V práci byla užita metoda interpretativní fenomenologické analýzy, dále teoretická rešerše, analýza, syntéza a komparace.

TEORETICKÁ ČÁST

1 ÚVOD DO NORMALITY A DEVIACÍ

K tomu, aby bylo možné definovat sexuální deviace, je třeba popsat nejprve význam samotného slova deviace. Vzhledem k tomu, že je deviace obecně popisována jako odchylka od normality, bude definována i ta.

1.1 Normalita

Existují odlišná pojetí, která se snaží definovat jednotlivé úseky normality a norem. Normalita bývá popisována jako síť obecně uznávaných norem (Munková, 2001). Jednotlivé normy pak lze definovat z různých úhlů. Statistické pojetí říká, že normální je to, co je průměrné či typické (Sobotková, 2007). Pokud počet osob se schizofrenií naroste do takového měřítka, že bude větší než počet osob bez této poruchy, pak by schizofrenie podle tohoto pravidla byla normou. Normalita je také posuzována podle pojetí sociokulturního, tedy podle toho, co je běžné v dané společnosti a kultuře (Fischer & Škoda, 2014). V kultuře některých afrických kmenů může být normální brát si a sexuálně žít s dívkami, které jsou sekundárně pohlavně vyspělé, tzn. mají menstruaci a jiné sekundární pohlavní znaky. Takovým dívkám může být i pouhých deset let. V české (právní) kultuře by takové jednání spadalo pod paragrafy trestního zákoníku a bylo by označeno nejen za deviantní, ale i za trestné. Funkční norma označuje za normální to, co splňuje účel. Jako příklad funkční normy může být zmíněna heterosexuality. Účelem soužití muže a ženy je plození dětí, což homosexualita neumožňuje a z hlediska tohoto pojetí normy by byla označena za deviaci. V dnešní době se homosexualita za deviaci nepovažuje. Dále může být vymezena norma skupiny, která se dá popsat obdobně jako norma sociokulturní. Co je normální bývá odlišné podle různého pohledu členů dané skupiny. Například subkultura vězňů a jejich normy (Vágnerová, 2003).

Normalita bývá posuzována odlišně také v různých časových obdobích. Hodnocení normality variuje i na základě odlišné dosažené (rozumové) úrovně osoby, která hodnotí. Jinak na normu nahlízejí děti, jinak adolescenti (Fischer & Škoda, 2014). Uvedené pojetí norem je pouze demonstrativní. Na poli sexuálních deviací, tj. odchylek od sexuální normy, je možné uplatňovat všechna uvedená pojetí norem.

1.2 Deviace

Deviace jsou odchylky. Odchylky od normy, od společnosti, od kultury. Deviace se vyskytují v různých podobách, v různých odvětvích lidského života, ale nejenom tam. Deviace je možno spatřit také v přírodě, mezi zvířaty. Jako specifikum pro oblast lidského života vzniká obor sociální patologie, který se zabývá abnormálními a nežádoucími společenskými jevy (Fischer & Škoda, 2014).

Ne všechno deviantní chování je apriori špatné. Urban (2017) rozděluje deviace pozitivní a deviace negativní. Pozitivní deviací může být vyšší IQ, než je průměr. Negativní deviace je například porušování norem či zákonů. Negativní deviace Urban (2017) dále dělí na konvenční deviace a opoziční. Konvenční směřují k uspokojování vlastních potřeb bez tendence revolty vůči společenským a jiným normám. Opoziční deviace jsou specifické právě revoltou vůči normám. A i opoziční deviace se dále dělí na deviace reformní a deviace nihilistické. Zde je odlišnost v tom, že reformní deviace nezpochybňují smysl norem, ale jejich kvantitu. Nihilistické vyjadřují odpor k jakékoliv regulaci.

Podle toho, v jaké oblasti dochází k odchylce, mohou být deviace také rozděleny na sociální a sexuální. Sociální deviace je odchylka od společenské normy. Na rozdíl od obecného pojetí deviací je sociální deviace nejen pejorativně vnímaná, ale opravdu je její důsledek negativní (Urban, 2017). Do sociálních deviací mohou být řazeny všechny druhy závislosti, návykové a impulzivní poruchy, poruchy příjmu potravy aj.

Dalším velmi rozsáhlým typem deviací jsou zmíněné odchylky v oblasti sexuální. Vzhledem k tomu, že jsou stěžejní pro bakalářskou práci, budou podrobněji rozepsány níže. Dělení deviací bývá v každé literatuře popisováno odlišně. Nemusí tedy panovat obecná shoda nad výše uvedeným.

2 SEXUÁLNÍ NORMA A SEXUÁLNÍ DEVIACE

Výše bylo zmíněno, jak je možné vnímat obecné pojetí normality a norem. Co je ovšem normální v oblasti sexuality? Normální sexuální motivace je popisována jako:

1. pevná sexuální identifikace spojená s osvojenou sexuální rolí,
2. sexuální zralost apetovaného objektu,
3. kooperace partnera,
4. vzájemnost (vytvoření páru) a
5. aktuálně společensky akceptovatelná technika sexuální interakce (Raboch & Pavlovský, 2013).

Podle takto popsané motivace lze analogicky vyvodit, že normální sexuální aktivita je taková, která probíhá jako společensky akceptovatelná souhlasná interakce mezi dvěma sexuálně zralými partnery s osvojenou sexuální rolí. Weiss (2002) pak navíc dodává, že normální sexuální aktivita probíhá s pokrevně v přímé linii nespřízněnými partnery, kdy tato aktivita nesmí vést k psychickému nebo fyzickému poškození žádné osoby.

Definice sexuálních deviací je proměnlivá v čase (Beech, Miner & Thornton, 2016), například původní definice deviací Americké psychiatrické asociace (1952) spojovala sexuální deviace se sociopatickou poruchou osobnosti (McAnulty & Burnette, 2006). Dnes jsou sexuální deviace podle Mezinárodní klasifikace nemocí (dále jen „MKN-10“) charakterizovány jako sexuální impulzy, fantazie nebo praktiky, které jsou neobvyklé, deviantní nebo bizarní (Weiss et al., 2010). MKN-10 dále stanovuje obecná diagnostická kritéria, mezi která patří:

- jedinec opakovaně prožívá intenzivní sexuální touhy či fantazie,
- jedinec buď těmto touhám vyhoví, nebo je jimi nadměrně obtěžován,
- preference má dobu trvání nad 6 měsíců.

Kromě pojmu sexuálních deviací je možné setkat se také s označením „parafilie“. Parafilie bývají užívány jako synonymum pro sexuální deviace. V práci bude pracováno výhradně s pojmem sexuálních deviací.

Je třeba také zmínit pojem psychosexuální nezralosti neboli infantilismu. Psychosexuální nezralost není poruchou sexuální preference. Pojem „nevyhraněnost“

se ale někdy objevuje v diagnózách pacientů se sexuální deviací. Typicky tomu tak je u patologické sexuální agresivity. Infantilismus se projevuje nevyhraněností v sexuální orientaci i aktivitě. Jedná se o jedince, kteří se z důvodu nedostatečného zvnitřnění společenských norem, neschopnosti se adekvátně seznamovat a obdobných důvodů, dopouštějí různých deliktů v sexuální oblasti (Blatníková, Faridová & Zeman, 2014). Zdali je zdrojem jejich deliktů skutečně deviace nebo určitá forma nevyzrálosti, se zpravidla ukáže až časem.

3 DĚLENÍ SEXUÁLNÍCH DEVIACÍ

Sexuální deviace jsou rozděleny do různých kategorií. V MKN-10 je možné je nalézt v poruchách osobnosti a chování u dospělých (F60-F69), konkrétně v poruchách sexuální preference (F65), které jsou v MKN-10 nazvány jako parafilie. MKN-10 mezi sexuální deviace řadí:

- fetišismus,
- fetišistický transvestitismus,
- exhibicionismus,
- voyerismus,
- pedofilii,
- sadomasochismus,
- mnohočetné poruchy sexuální preference,
- jiné poruchy sexuální preference a
- poruchy sexuální preference NS.

Popsané sexuální deviace se nemusí vyskytovat pouze v „čisté formě“. Jestliže dochází ke kombinaci několika deviantních preferencí, hovoří se o kombinovaných sexuálních deviacích (Weiss, 2002). Pokud se vyskytují deviace v mnohotvárné podobě, pak se hovoří o deviacích polymorfních (Weiss, 2002).

Sexuální deviace bývají rozdělovány na deviace v aktivitě a deviace v objektu. V následujících kapitolách budou charakterizovány oba typy sexuálních deviací a popsány konkrétní deviace, které do nich spadají. Vzhledem k omezenému rozsahu práce budou podrobněji popsány jen ty sexuální deviace, které jsou relevantní pro výzkumnou část a v této části se tedy objeví. Ostatní sexuální deviace budou zmíněny jen okrajově.

3.1 Deviace v aktivitě

Deviace v aktivitě jsou poruchy ve způsobu dosahování sexuálního vzrušení (Weiss et al., 2010). Osobu, která má tento typ deviace, sexuálně nevzrušuje samotný objekt, ale aktivita, která pro jiného nemusí mít ani sexuální podtext. K pochopení deviací v aktivitě může přispět teorie o tzv. poruchách dvoření, která popisuje dvoření ve čtyřech fázích:

- zpozorování a ohodnocení vhodného partnera,
- pretaktilní interakce (pohledy, úsměvy),
- taktilní interakce a
- genitální spojení (Pavlovský, Malá, Procházka & Šrutová, 2012).

Tato teorie předpokládá, že u deviací v aktivitě dochází k narušení posloupnosti jednotlivých fází nebo jsou některé fáze zvýrazněné, resp. deformované (Pavlovský et al., 2012).

Do sexuálních deviací v aktivitě se řadí exhibicionismus, patologická sexuální agresivita, agresivní sadismus, sadomasochismus, voyeurismus, frotérismus, tušerství aj. (Weiss et al., 2010). Tyto deviace lze dále rozřadit na formy kontaktní (např. frotérismus, tušerství) a nekontaktní (např. voyerismus, exhibicionismus) (Kukla et al., 2016).

3.1.1 Exhibicionismus

Mezi jednu z nejrozšířenějších deviací se řadí exhibicionismus. Vyskytuje se pouze u heterosexuálně orientovaných mužů (Raboch & Pavlovský, 2013). Exhibicionista se eroticky vzruší tím, že před jinou osobou (ženou) prezentuje svůj genitál. Zkušenost s exhibicionistou mají nejčastěji právě ženy do věku 25 let (Hosák, Hrdlička & Libiger, 2015). Dá se tedy usuzovat, že oběti exhibicionistů jsou preferovány, mimo jiné, na základě věku.

Tato sexuální deviace se nevyznačuje agresivními popudy a potřebou atakovat dětské objekty. Od exhibicionismu je třeba odlišit atypické expozéry a ty, kteří mají tendence sexuálně agresivní (Hosák et al., 2015). Zmíněné kombinace již mohou projevovat agresivní či pedofilní zájmy. Exhibicionisté zpravidla neinklinují k dotýkání se své oběti. Také nemají zájem o jakékoliv sblížení se nebo verbální kontaktování. Obdobné jednání už může značit vývojové stadium jiné sexuální deviace, například patologické sexuální agresivity (Raboch & Pavlovský, 2013).

Exhibicionismus může mít i nesexuální motivaci, a to třeba v situaci, kdy genitál odhaluje mentálně retardovaný jedinec jako neadekvátní snahu o sblížení se. Svůj podíl na činech exhibicionistů mohou mít také omamné látky.

3.1.2 Patologická sexuální agresivita

Weiss (2012) popisuje patologickou sexuální agresivitu jako útok na neznámou ženu s loveckým přiblížením, který zahrnuje buď hrubé osahávání bez směřování ke koitu, nebo sražení k zemi s pokusy o penetraci, někdy o znehybnění oběti.

Hosák et al. (2015) popisuje patologické sexuální agresory jako abnormální osoby s lehkým mentálním defektem, jejichž partnerský vztah, pokud nějaký mají, bývá špatně funkční a konfliktní.

V praxi může docházet k záměně pojmů patologické sexuální agresivity a agresivního sadismu. Podle Matouškové (2013) agresivní sadista napadá své oběti velmi brutálním způsobem. Své oběti ponižuje, bije, škrtí, ohrožuje nožem, znehybňuje je. Raboch a Pavlovský (2013) udávají, že agresivní sadista brutálně napadá ženy, kdy koitus je pro něj vedlejší. Žádoucí jsou pro něj negativní reakce oběti. Jedná trýznivě a brutálně. Někdy se také během takového rituálu různými způsoby ukojí. U agresivního sadisty je možné v anamnéze vidět dřívější odlišné typy sexuální agrese. Postupně dochází ke stupňování útoků.

Oproti sadistovi se patologický sexuální agresor nesnaží své oběti trýznit. Jde mu pouze o uspokojení sexuálních potřeb (Matoušková, 2013), samoúčelné trýznění a ponižování oběti tak není přítomné (Raboch & Pavlovský, 2013). Jedná se o stěžejní rozdíl mezi těmito sexuálními deviacemi.

Patologická sexuální agresivita není v MKN-10 uvedena přímo. Švarc (2017) pohlíží na definici patologické sexuální agresivity jako na synonymum pro definici znásilnění. Upozorňuje na to, že v praxi není patologická sexuální agresivita sexuální deviací, osoby často páchají pod vlivem omamných látek, ale pravidelné sexuálně-agresivní tendence či fantazie u nich chybí.

3.1.3 Další sexuální deviace v aktivitě

Předchozí odstavec již v krátkosti uvedl agresivní sadismus. Dále je třeba připomenout sadomasochismus. Jak už z názvu vyplývá, při této deviaci není osoba uspokojována jen utrpením druhých, ale také utrpením svým.

Frotérismus je deviace, při které k uspokojení osobě stačí, pokud se o druhé osoby tře. Často tomu bývá v přeplněných prostorech, jako je MHD. Pro tušerství je typické, že vzrušení je dosahováno prostřednictvím nevyžádaného dotýkání se intimních míst ženských anonymních objektů (Weiss, 2000). V neposlední řadě pak zbývá ještě voyerismus, při kterém je osoba sexuálně uspokojován sledováním druhých osob.

Již méně známá je erotografomanie, při které je vzrušení dosahováno prostřednictvím psaní dopisů (SMS, emailů), kdy tyto zprávy mají často až sadistický charakter a obsahují obscénnosti (Zvěřina & Weiss, 2016). Obdobný typ sexuální deviace je pak telefonní skatofilie, která má charakter obscénního anonymního telefonování, což opět činí telefonujícímu erotické vzrušení (Zvěřina & Weiss, 2016).

3.2 Deviace v objektu

Osoba mající deviaci v objektu preferuje sexuálně nepřiměřené objekty (Kukla et al., 2016). Mezi deviace v objektu lze zařadit pedofilii, fetišismus, fetišistický transvestitismus, nekrofilii, zoofilii, pyrofilii, urofilii, koprofilii aj.

3.2.1 Pedofilie

Jedince mající tuto sexuální deviaci v objektu sexuálně vzrušuje psychosomaticky nevyspělá osoba, dítě. Pedofilie může být fixovaná nebo regredovaná. Fixovaný pedofil, respektive jádrový pedofil, není schopen normálního (zejména sexuálního) vztahu s osobou adekvátního věku a nikdy za svůj život nebyl. Regredovaný pedofil byl (a je) schopen sexuální vzrušivosti s adekvátně vyspělou osobou (Weiss et al., 2005). V důsledku stresové či jinak náročné situace se uchýlil k sexuálnímu zneužívání.

Typologii pedofile rozšířili Burgesová, Groth a Holmstorm (1996) na jednotlivé subtypy: situační typ a preferenční typ pachatele. Situační typ pachatele rozdělují na *regredovaný subtyp* (na děti útočí vlivem zátěžové situace), *morálně nevybíravý typ* (zneužívá osobu, která se naskytne), *sexuálně nevybíravý typ* (experimentuje se sexem, není

primárně zaměřený na děti) a *inadekvátní* či *naivní typ* (sociálně problémový typ, může se vyskytovat nižší intelekt, nemusí si být vědom, že jedná neadekvátně).

Pravý (fixovaný, jádrový, preferenční) pedofil má děti skutečně rád, rád se pohybuje v dětském světě. Je rád, když může dětem pomáhat, hrát si s nimi a vzdělávat je. Není výjimkou, že se osoby s touto deviací uplatňují jako pedagogové ve školách, nebo vychovatelé na táborech. Důležitým diagnostickým vodítkem pro pedofilii je tzv. pedagogicko-estetický komplex – celá pedofilova osobnost je strukturována podobně jako osobnost dítěte (Weiss et al., 2005).

Domnívat se, že každý pedofil ubližuje dětem je chybné. Stejně tak je chybná myšlenka, že pohlavní zneužívání páchají pouze osoby s touto deviací. Pokud se pedofil uchýlí k sexuálnímu zneužití dítěte, zpravidla to bývá formou „hry“, jedná se o nekontaktní formy zneužití¹. Ke svému uspokojení pedofilové dospějí často masturbací, případně před dětmi exponují svůj genitál (Raboch & Pavlovský, 2013). Forma „hrou“ ovšem není nikterak polehčující.

Teorie kromě pedofilie rozlišuje také hebefilii a efebofilii. U jedinců, kteří jsou zaměřeni na dospívající dívky se hovoří o hebefilii, u těch, kteří jsou zaměřeni na dospívající chlapce, se hovoří o efebofilii (Weiss, et al., 2005). Pedofil preferuje děti, které ještě nemají sekundární pohlavní znaky. Vzrušuje jej dětská nevinnost. Zde se medicinské a právní pojetí pedofilie mírně odlišuje. Podle právního hlediska je jako pedofil brána osoba, která útočí proti dítěti (Blatníková, 2009). Dítě je podle trestního zákoníku osoba mladší 18 let, pokud v jednotlivých skutkových podstatách není uvedeno jinak. Například u pohlavního zneužívání se za dítě považuje osoba mladší 15 let. Podle zákonného pojetí je tak jako sexuální deviant s pedofilií brán i hebefil či efebofil.

3.2.2 Další sexuální deviace v objektu

Další deviací v objektu je fetišismus, při kterém se využívá tzv. fetiše, což je předmět sloužící jako podnět pro sexuální vzrušení (Raboch & Pavlovský, 2013). I takto vcelku nevinná deviace může mít trestně právní následky. Fetišismus se vyznačuje nutkavým jednáním (Raboch & Pavlovský, 2013), při kterém může docházet například ke krádežím. Zpravidla ale fetišisté neohrožují další osoby.

¹ Sexuální zneužití se dělí a kontaktní (doteky, samotný koitus, aj.) a nekontaktní formy (masturbace před dítětem, sledování jej při intimních, aj.).

Fetišistický transvestitismus je opět vcelku nebezpečná deviace, která se vyznačuje tím, že se osoba převléká zejména do ženských šatů, spodního prádla a šperků, kdy jí toto činí sexuální vzrušení (Fifková et al., 2008). Tím se liší od transvestitismu, který je v MKN-10 zařazen pod poruchy pohlavní identity, při kterém se osoba převléká také do dámských šatů, ale s absencí sexuálního vzrušení.

Mezi další deviace v objektu se řadí například nekrofilie či zoofilie. Nekrofilie se vyznačuje erotickou láskou k mrtvolám. Zoofilie zase erotickou láskou směrem ke zvířatům. U těchto deviací je větší pravděpodobnost porušení zájmu chráněného zákonem než u zmíněných dvou předchozích. Málo se vyskytující porucha preference je také pyrofilie, která je spojena se zakládáním požárů. Weiss et al. (2010) zmiňuje, že pyrofilie musí splňovat diagnostická kritéria, jimiž jsou: založení požáru do 21. roku života, sexuální vzrušení se objevuje již při prvním zakládání ohně či opakování v relativně krátkých úsecích. Osoby s touto sexuální deviací se mohou uplatňovat i jako příslušníci hasičského záchranného sboru či jako dobrovolní hasiči. Dalšími možnými sexuálními deviacemi jsou pak urofilie či koprofilie, kdy je sexuální vzrušení dosahováno kontaktem s močí či výkaly aj. (Weiss et al., 2010).

4 KRITICKÉ FAKTORY PŘI VÝVOJI SEXUÁLNÍCH DEVIACÍ

V současnosti se na činitele ovlivňující lidské jednání nahlíží jako na komplexní soubor faktorů, mezi které mimo jiné patří prostředí a genetické vlivy. V oblasti sexuálních deviací je tomu tak obdobně. Zjišťování příčin sexuálních deviací bylo předmětem několika výzkumů. Výzkumy se zaměřovaly na různé faktory, které by mohly, ale nemusely mít vliv na vývoj sexuálních deviací. Je tak vhodnější tyto činitele nazvat jako kritické faktory. Kritické faktory mohou přispívat k rozvoji sexuálních deviací, nemusí je přímo zapříčinit.

Kapitoly budou rozčleněny do tří základních celků, kdy první popíše vlivy prostředí, druhý se zaměří na neuropsychologii a třetí na situační vlivy.

4.1 Prostředí

Některé studie se zabývají vlivem rodiny jakožto možným důležitým prvkem ve vývoji sexuálních deviací. V prostředí rodiny může docházet k různorodým situacím, které se podílejí na rozvoji traumatu. To pak může sehrát roli ve vývoji sexuální deviace. Marshall a Marshall (2000) v této souvislosti zmiňují problematiku špatné ranné vazby s matkou. Nejistá vazba v dětství je významně propojena s vynucujícím sexuálním chováním v dospělosti. Sexuální násilníci často zažívali problematické vztahy s jejich rodiči. Špatná vazba dítěte způsobuje jeho zranitelnost, která nejen, že zvyšuje risk sexuálního zneužívání samotného dítěte, ale naučí ho taktéž využívat sex jako copingovou strategii.

Další kritické faktory zkoumal výzkum, který distribuoval dotazníkové šetření celkem 105 participantům. Zjišťoval sílu 16 kritických faktorů. Nejvýše skórovalo sexuální zneužití v dětství, potlačování sexuality dítěte, strach z opačného pohlaví a striktní/dominantní rodiče (Furnham & Haraldsen, 1998). I tento výzkum potvrdil, že právě pohlavní zneužívání v dětství může vést k naučení se obdobným sexualizovaným vzorcům chování. Škodlivé pak mohou být i takové aktivity jako je expozice pornografických materiálů dítěti (Wurtele, Simons & Parker, 2018). Jedná se o problematiku týkající se zejména pedofilně zaměřených sexuálních deviantů.

Obdobné kritické faktory zjišťovala také studie z roku 2016, již se účastnilo 681 participantů, kteří se léčili se sexuální deviací v některých z léčebných programů v USA. Participantům byl předložen inventář ACE (Adverse Childhood Experiences) a 10 škálový dichotomický inventář, který zjišťoval, zdali měli participanté zkušenost, která by zahrnovala zneužívání, týrání, dysfunkční rodinu a mnohé další. 52 % všech participantů měli zkušenost s verbálním týráním, 42 % z nich s fyzickým týráním a 38 % z nich také s pohlavním zneužíváním. Dále účastníci výzkumu uváděli emocionální zanedbávání (37 %), fyzické zanedbávání (16 %) či nesezdané rodiče (54 %), opakované týrání v domově (46 %), ale i mentální nemoci v rodině (26 %) (Levenson & Grady, 2016).

Podobné prožitky a prožitky jako je sociální vyloučení, osobní neúspěch či ostrakismus ve škole mohou vést k nízkému sebehodnocení osoby a podceňování se (Arrigo & Purcell, 2001). Tím může být zahájen cyklus sexuálně obtěžujícího chování, kdy nízké sebevědomí pachatele, vede k útěku do fantazií (Harrison, McCartan & Manning, 2010), které nahrazují sociální vztahy (Arrigo & Purcell, 2001). Takové fantazie pak mohou vyústit v sexuální obtěžování (Harrison et al., 2010).

Na základě výše uvedeného lze pozorovat, že se autoři ani výzkumy zcela neshodují na kritických faktorech ve vývoji sexuálních deviací. Některé vlivy je možné shrnout do několika bodů:

- špatná ranná vazba s matkou,
- zkušenost sexuálního zneužití v dětství,
- verbální týrání,
- fyzické týrání,
- psychické týrání,
- potlačování sexuality, případně strach z opačného pohlaví,
- sociální vyloučení aj.

Někteří autoři vliv rodiny, respektive prostředí, v oblasti sexuálních deviací téměř nepřipouštějí. Podle Pavlovského et al. (2012) nelze poruchy sexuální motivace chápat jako naučené, mají povahu setrvalých rysů. Výchovné vlivy působí jen v omezené míře, neovlivňují vlastní poruchu motivace. Ovlivňují ale to, jakým způsobem bude daný člověk se svou poruchou žít a zdali se dostane do rozporu s právními normami.

4.2 Neuropsychologie

Další autoři uvažovali nad vztahem mezi nízkým intelektem a sexuálními deviacemi. Ukázalo se, že agrese, ani ta sexuální, není normou skupiny jedinců s nízkým intelektem (Faupel, 2015). Tyto jedinci mohou mít obtíže se svým sexuálním chováním, zpravidla to ale nejsou obtíže rázu sexuálních deviací. Například exponování svého genitálu mentálně retardovaným jedincem nemusí znamenat jistou sexuální deviaci.

Zkoumalo se také, zdali sexuální deviace nemohly zapříčinit různé hormonální dysbalance. Studie se zaměřovaly na konkrétní hormony jako je testosteron, luteinizační hormon (dále jen „LH“), folikuly stimulující hormon (dále jen „FSH“) aj. Ve studii parafilí Rady et al. (1983) nebyl nalezen signifikantní rozdíl v hladině androgenů sexuálních násilníků v porovnání s dětskými zneužívatelem a kontrolní skupinou. Také Gaffney a Berlin (1984) zkoumali rozdíly v hladině testosteronu, LH a FSH ve třech skupinách složených ze 7 pedofilů, 5 nepedofilních parafilí a 5 jedinců v kontrolní skupině. Rozdíl vykazovala skupina pedofilů, kteří se od ostatních výrazně lišili zvýšenou hladinou LH. Skutečně i ostatní výzkumy zaměřující se tímto směrem neukazují výrazné difference v hormonální rovině, právě až na pedofilní parafiliky. Ti vykazují nejenom zvýšenou hladinu LH, ale také FSH, a naopak sníženou hladinu testosteronu. Tak naznačuje i další výzkum – rozbor krve 27 pedofilních pachatelů, v porovnání s kontrolní skupinou 16 nesexuálních, nenásilných pachatelů (Bain, Landevin, Hucker, Dickey, Wright & Schonberg, 1988). Je třeba upozornit na to, že hormonální difference u pedofilních sexuálních deviantů se nevyskytuje ve všech případech.

Zajímavé jsou také studie zkoumající abnormality v mozkových strukturách. Tyto abnormality nemusí být pouze vrozené, mohou také vznikat následkem úrazu nebo různých onemocnění. Někteří autoři popsali poškození určitých mozkových struktur, které mohou vést k hypersexuálnímu či sexuálně deviantnímu jednání. Případové studie chování pak ukázaly, že pedofilní a sexuálně deviantní jednání je spojené převážně s dysfunkcí ve frontálním a/nebo v temporálním laloku (Jordan, Fromberger, Stolpmann & Müller, 2011). I další výzkumy se zaměřují právě na tyto dvě oblasti (poruchy v oblasti temporálního laloku, či frontálního laloku), nebo na jejich kombinaci.

Teorie „frontálního laloku“ odkazují na odlišnosti v orbitofrontálním, levém a pravém dorsolaterálním prefrontálním kortexu (Tenbergen et al., 2015). Mozkové poruchy v této oblasti mohou spustit predispozice k sexuální přitažlivosti vůči dětem (Jordan et al., 2011).

Orbitofrontální kortex je zodpovědný za kontrolu chování, v tomto případě zejména za potlačování sexuálního chování (Tenbergen et al., 2015). Jeho poškození pak může vést ke zmenšení zábran. Teorie „temporálního laloku“ zahrnuje amygdalu a hypokampus (Tenbergen et al., 2015). Podle Jordana et al. (2011) se může porucha v této oblasti projevit jako sexuální zaujatost. Podle Joyala (2007) se změny v oblasti temporálního laloku také vyskytují u sexuálních deviací rázu fetišismu a exhibicionismu.

Briken, Habermann, Berner a Hill (2006) zkoumali celkem 166 mužů, kteří spáchali sexuálně motivované vraždy. Tito muži byli zkoumáni 3 zkušenými forezními psychiatry. EEG participantů z 31 % (50/166) vykazovalo mozkové abnormality. Z těchto 50 osob bylo 25 % pachatelů s diagnózou sadismu, 16 % s transvestitickým fetišismem aj. Ostatní participanti, kteří nevykazovali žádné mozkové abnormality, zahrnovali diagnózy typu sadismus (36 %), pedofilie (14 %) a masochismus (5,2 %).

Z výše uvedeného tak lze vyvodit, že mozkové abnormality se mohou uplatňovat na poli sexuálních deviací, nicméně tomu tak není ve všech případech.

Častou otázkou také bývá, zdali je možné sexuální deviaci zdědit. Genetika není na poli sexuálních deviací dopodrobna prozkoumanou oblastí. Je zřejmé, že některé tendence k chování je možné získat dědičně, je ale obtížné je oddělit od jiných faktorů. Například prostředí a genetiku od sebe nelze v tomto případě zcela izolovat, zejména kvůli tomu, že ti, po kterých by osoby s deviantním zaměřením mohli deviaci zdědit, jsou zpravidla jejich vychovateli. Pokud je otcem patologický sexuální agresor, bude jeho syn také agresorem, protože určité prvky chování zdědí, nebo protože se určité vzorce chování naučí? Často tak nelze stoprocentně definovat, který z těchto vlivů se v takovém případě uplatňuje více.

Některé studie se ovšem genetickými aspekty zabývaly. Například Briken et al. (2006) zjistili, že míra abnormality chromozomů XYY je ve srovnání s běžnou populací vyšší u mužů, kteří spáchali sexuálně motivovanou vraždu. Signifikantní rozdíl v aberantnějším sexuálním chování u osob s chromozomy XYY popisuje také Schiavi (1988) v porovnání s osobami s chromozomy XXY a kontrolní skupinou. Zároveň bylo u XYY pachatelů diagnostikováno sexuálně sadistické jednání (Briken et al., 2006).

Obdobně jako v předchozí kapitole je vhodné shrnout výše zmíněné kritické faktory mající vliv na vývoj deviace do několika bodů:

- hormonální dysbalance,

- dysfunkce ve frontálním laloku,
- dysfunkce v temporálním laloku, případně
- genetické predispozice – chromozomální odchylky.

4.3 Další možné kritické faktory

Mezi další možné kritické faktory, které se uplatňují při páchání mravnostní kriminality spojené se sexuálními deviacemi, dozajista patří také situační činitelé, kam lze zařadit vlivy psychiatrických komorbidit, závislostí a stresu.

Nebývá výjimkou, že se osoby se sexuální deviací potýkají s další psychiatrickou poruchou. Sexuální deviace jsou spojovány s vyšší mírou psychiatrických komorbidit, zahrnující afektivní poruchy, úzkosti, impulsivní poruchy, poruchy osobnosti aj. (Labelle, Bourget, Bradford, Alda, & Tessier, 2012). Jako rizikové faktory sexualizovaného chování jsou uváděny také PTSP, ADHD či poruchy chování (Spilková, 2013).

Abusus alkoholu a drog nejsou příčinou vzniku sexuálních deviací. Mohou se ale podílet na odbourání sexuálních zábran. V ochranném léčení pak zpravidla sexuální devianti léčí nejenom svou deviací, ale i závislost na některých návykových látkách. Závislost na alkoholu se často vyskytuje u sexuálních agresorů, pachatelů incestu či pachatelů pohlavního zneužívání (Matoušková, 2013).

V literatuře se popisuje role stresových situací (i psychiatrických nemocí) ve vztahu k sexuálním deliktům, nikoliv ve vztahu k sexuálním deviacím (Hoyer, Kunst, & Schmindt, 2001). Stres se může také objevovat u již zmíněného subtypu pedofilního sexuální devianta, konkrétně u regredovaného pedofila.

5 SEXUÁLNÍ DEVIACE Z POHLEDU ZÁKONA

Osoba trpící sexuální deviací není synonymum pro osobu pachatele. Žádná z deviací nemusí být sama o sobě v rozporu se zákonem. Pokud se například na násilí jako na sexuální praktice domluví dva či více psychosomaticky, rozumově a právně vyspělých jedinců, pak, pokud nedojde ke zranění, není v takovém jednání právní problém. Pokud by ale došlo k usmrcení jedné z osob, jednalo by se o trestný čin usmrcení z nedbalosti².

Namítnout by se ani nedalo, že poškozená osoba s takovým jednáním souhlasila. Svolení poškozeného³ se totiž nevztahuje na případy, kdy se zasahuje do zdraví a života osoby poškozené.

Dochází ovšem k případům, kdy osoba se sexuální deviací překročí hranice, které již jsou regulované zákonem. Trestní zákoník (zákon č. 40/2009 sb., ve znění pozdějších předpisů; dále jen „trestní zákoník“), reguluje trestné činy proti lidské důstojnosti v sexuální oblasti v hlavě III. Trestní zákoník (2009) obsahuje celkem 11 hlav, seřazení těchto hlav je podle závažnosti trestných činů obsažených. Mezi trestné činy proti lidské důstojnosti v sexuální oblasti jsou zařazeny §185 - §193b. Jsou jimi: *znásilnění, sexuální nátlak, pohlavní zneužití, soulož mezi příbuznými, kuplířství, prostituce ohrožující mravní vývoj dětí, šíření pornografie, výroba a jiné nakládání s dětskou pornografií, zneužití dítěte k výrobě pornografie, účast na pornografickém představení a navazování nedovolených kontaktů s dítětem*. Ve kvalifikovaných skutkových podstatách⁴ těchto trestných činů je zpravidla obsaženo ublížení na zdraví, případně způsobení smrti. Takový následek je doprovázen vyšší trestní sazbou. Kromě trestných činů obsažených v hlavě třetí je možné také zmínit trestné činy v hlavě IV. – trestné činy proti rodině a dětem, konkrétně § 201 – *Ohrožování výchovy dětí* a v hlavě X. – trestné činy proti pořádku ve věcech veřejných, konkrétně § 358 – *Výtržnictví*, který může být univerzálním trestným činem pro jiné společensky škodlivé, nejen sexuální, aktivity. Spousta dalších obdobných aktivit může také končit v rovině přestupku.

² Rozdíl mezi usmrcením z nedbalosti a vraždou je ten, že u usmrcení schází úmysl – pachatel neměl v úmyslu vzít druhé osobě život, ale přesto se tak stalo.

³ Svolení poškozeného je obdobně jako nutná obrana či krajní nouze okolnost vylučující protiprávnost.

⁴ Kvalifikovaná skutková podstata obsahuje okolnost přitěžující, tedy okolnost podmiňující použití vyšší trestní sazby.

Pro konkrétní deviace je možné charakterizovat pravděpodobné trestné činy, kterými jsou:

- exhibicionismus – výtržnictví,
- patologická sexuální agresivita – znásilnění, vražda, nebezpečné pronásledování⁵,
- pedofilie – zpravidla pohlavní zneužití, případně znásilnění, také možná výroba a jiné nakládání s dětskou pornografií, zneužití dítěte k výrobě pornografie či ohrožování výchovy dítěte,
- voyerismus – nebezpečné pronásledování,
- jiné poruchy sexuální preference – variabilita podle přesné poruchy, například nekrofilie – hanobení ostatků lidského těla, zoofilie – týrání zvířat, pyrofilie – obecné ohrožení aj.

Výše zmíněné byly pouze trestné činy, kterých je možné se dopustit, jejich výčet není taxativní. Každý z trestných činů je možné spáchat v různých stádiích, ať už se jedná o přípravu, či pokus (například příprava vraždy, pokus znásilnění).

Kriminalisticky a trestně relevantní je dále zjištění motivace těchto trestných činů. Motivy jednání pachatele se odráží na následném posouzení trestné činnosti. Motivaci a případně přítomnost samotné sexuální deviace posuzují soudní znalci. V případě posouzení přítomnosti sexuální deviace se jedná o soudní znalce v oboru psychiatrie a sexuologie. Znalci v oboru psychiatrie se také uplatňují při posuzování nepřičetnosti. Rozhodnutí toho, zdali byla osoba nepřičetná či zmenšeně přičetná je ale v kompetenci soudu. Nepřičetnost je definována v § 26 trestního zákoníku. Zmíněný paragraf říká, že osoba, která pro duševní poruchu nemohla rozpoznat protiprávnost svého jednání nebo nebyla sto jej ovládat, nebude odpovědná. Znalci tedy posuzují pouze schopnost rozpoznat a ovládat protiprávní jednání. Duševní poruchou se pak rozumí medicínsky uznaná a prokázaná porucha. Subjekt trestného činu sice nebude trestně odpovědný, nicméně bude léčen. Typicky se může jednat o schizofrenii. Mimo nepřičetnost se může objevovat zmenšená přičetnost. § 27 trestního zákoníku říká, že ten, kdo pro duševní poruchu v době spáchání činu měl podstatně sníženou schopnost rozpoznat nebo ovládat své protiprávní jednání, je zmenšeně přičetný. Znalecké posouzení ve zmíněných oblastech je důležité

⁵ Nebezpečné pronásledování je v široké veřejnosti známé pod názvem stalking.

pro ukládání ochranného léčení. I zde ale konečné slovo ohledně sexuální deviace a uložení ochranného léčení nenáleží znalci, ale soudu (Švarc, Hollý, Páv & Šupina, 2015).

Osobě, která byla pravomocně odsouzena za sexuální delikt, hrozí trest podle trestní sazby uvedené v zákoně. Sankce v trestním zákoně se dělí (pro fyzické osoby starší osmnácti let) na trestní a ochranná opatření. Mezi trestní opatření se mimo trest odnětí svobody řadí také domácí vězení, peněžitý trest nebo například zákaz vstupu na kulturní, sportovní a jiné akce. Mezi ochranná opatření spadá nejen zabezpečovací detence a ochranné léčení. Zabezpečovací detence se používá jako krajní prostředek, kdy nelze účelu trestního řízení dosáhnout jinak, a to v případech, kdy je osoba nebezpečná nejen sobě, ale zejména svému okolí. Ochranné léčení se pak využívá právě (a nejen) u osob trpících sexuální deviací. Podmínky jeho ukládání budou podrobněji popsány v následující kapitole.

Na poli sexuálních deviací nebývá neobvyklá recidiva, respektive mnohost trestných činů. Pojmem mnohosti trestných činů se nerozumí jen recidiva, ale také souběh trestných činů. Základní rozdíl mezi těmito pojmy je ten, že souběh označuje případ, kdy pachatel spáchá dva a více skutků, než je pro kterýkoliv z nich odsouzen. Oproti tomu recidiva označuje stav, kdy pachatel spáchá další trestný čin poté, co je pravomocně odsouzen, tj. rozsudek nabyl právní moci. Pokud spáchá trestný čin v době, kdy byl odsuzující rozsudek vyhlášen, ale ještě nenabyl právní moci, jedná se o recidivu nepravou.

Zvěřina (2003) popisuje riziko recidivy u sexuálních delikventů podle přítomnosti několika kritérií:

- přítomnost sexuální deviace,
- věk do 35 let,
- chybějící nebo špatně fungující vztah,
- jeden nebo více sexuálních deliktů v anamnéze,
- mentální defekt,
- psychopatická struktura osobnosti či
- abusus návykových látek.

Jestliže sexuální delikvent vykazuje dvě a více zmíněných kritérií, pak je riziko recidivy vysoké (Zvěřina & Weiss, 2016.). Naopak na snižování rizika recidivy se mohou uplatňovat faktory jako schopnost daného jedince dosahovat nedelegantního sexuálního vzrušení, úzkost či pocit viny spojené s deviantním chováním, dobrá sociální adaptace, vyšší úroveň vzdělání, případně schopnost identifikovat rizikové situace (Sejbalová & Reguli, 2007).

Recidiva je považována za okolnost přitěžující, tedy se jako taková uplatňuje při zvyšování trestní sazby.

6 LÉČENÍ OSOB SE SEXUÁLNÍ DEVIACÍ

Léčení osob se sexuální deviací se liší na základě toho, zdali spáchaly či nespáchaly protizákonný skutek. Jestliže osoba spáchá skutek v souvislosti s její sexuální deviací, je zpravidla povinna podstoupit léčení.

§ 99 trestního zákoníku definuje pojem a podmínky ukládání ochranného léčení. Ochranné léčení soud ukládá ve čtyřech alternativních případech:

- jestliže pachatel spáchal trestný čin ve stavu zmenšené přičetnosti,
- jestliže pachatel činu jinak trestného není pro nepřičetnost trestně odpovědný a jeho pobyt na svobodě je nebezpečný,
- jestliže pachatel trestný čin spáchal ve stavu vyvolaném duševní poruchou a jeho pobyt na svobodě je nebezpečný, nebo
- jestliže pachatel zneužívající návykovou látku spáchal trestný čin pod jejím vlivem nebo v souvislosti s jejím zneužíváním.

Ochranné léčení může být uloženo vedle trestu, ale také současně s trestem. Podle povahy nemoci je uloženo ústavní, nebo ambulantní ochranné léčení. Ústavní léčení probíhá kontinuálně v konkrétním ústavu, při uložení ambulantního léčení osoba dochází na léčení ze svého domova. Obojí ale může být také uloženo současně s trestem odnětí svobody. Léčení se pak zpravidla vykonává po nástupu do vězení, a to během výkonu trestu, nebo po ukončení výkonu. To vše je stanoveno trestním zákoníkem (2009).

V rámci ochranného léčení podstupují osoby se sexuální deviací různé formy léčeb. Modality, které jsou v léčbě zahrnuty, mohou být popsány jako biologická léčba (aplikace perorálních a injekčních antiandrogenů), psychoterapie (zaměřená na sexuální anamnézu pacienta) a pracovní terapie (k získání a obnovení pracovních návyků) (Marková, Venglářová & Babiaková, 2006). Často je sexuologická léčba spojena také s protialkoholní léčbou či protidrogovou léčbou. Ochranná léčba je ukončena rozhodnutím soudu, v případě, že zdravotnický tým dojde k závěru, že pacient může přejít do ambulantní péče (Marková et al., 2006), také v případě, kdy ochrannou léčbou již nelze dosáhnout účelu.

Zákon č. 373/2011 Sb., o specifických zdravotnických službách, ve znění pozdějších předpisů (dále jen „zákon o specifických zdravotnických službách“) také pamatuje

na terapeutickou kastraci a testikulární pulpektomii (dále jen „kastrace“) sexuálně deviantní osoby, která spáchala trestný čin v souvislosti se svou deviací. Může se jednat o jednu z dalších, ne zcela běžných, forem léčby sexuálně deviantních osob. Ta je ale podmíněna několika základními podmínkami, mezi které patří věk pacienta. Ten by měl být starší 21 let a je třeba, aby:

- mu odborné lékařské vyšetření prokázalo specifickou parafilní poruchu,
- se tato parafilie projevila sexuálně motivovaným trestným činem (tato podmínka není nutná, kastraci lze provést také, pokud má parafilie negativní dopad na pacienta, který trestný čin nespáchal),
- odborné lékařské vyšetření prokázalo vysokou míru pravděpodobnosti, že v budoucnosti spáchá další mravnostní trestný čin a
- jiné léčebné metody nebyly úspěšné nebo ze zdravotních důvodů jich nešlo využít (zákon o specifických zdravotnických službách).

Nezbytnou podmínkou zůstává smysluplnost kastrace – předpoklad, že po samotném aktu kastrace již nebude docházet k deviantním sklonům a páčání mravnostní trestné činnosti.

K tomu, aby byla provedena kastrace je třeba písemná žádost pacienta a kladné stanovisko odborné komise.

Mezi členy zdravotnické komise jsou zákonem o specifických zdravotnických službách zařazeni: zdravotnický pracovník, který je zaměstnancem státu zařazeným na ministerstvo, lékař z oboru sexuologie, lékař z oboru psychiatrie, klinický psycholog, lékař z oboru urologie a právník se znalostmi v oblasti zdravotnického práva.

Až na výjimky nelze kastraci provést v ochranném léčení nebo ve výkonu zabezpečovací detence, nelze ji provádět ve zdravotnických zařízeních Vězeňské služby, ve výkonu vazby a rovněž ji nelze provést osobě s omezenou svéprávností (Zákon o specifických zdravotnických službách).

Ochranné léčení či kastraci podstupuje osoba v souvislosti s určitou trestnou činností. Pokud si osoba svoji deviaci uvědomuje, chce ji řešit a žádný skutek nespáchala, je možné sexuální deviaci řešit prostřednictvím psychoterapie a psychofarmak.

Specializovaná psychoterapie v léčbě osob se sexuální deviací může být skupinová i individuální. V rámci této terapie mohou být využívány různé techniky, například odborné přednášky a individuální studium, muzikoterapie aj. (Zvěřina & Weiss, 2016) Terapie může také obsahovat různé formy nácviku – nácvik asertivity, sexuálního chování apod.

Jako psychofarmaka jsou v léčbě sexuálních deviantů užívána sedativa, neuroleptika, antidepressiva či thymoprofylaktika (Zvěřina & Weiss, 2016). Psychofarmaka jsou indikována, jestliže pacient projevuje depresivitu, afektivní labilitu či agresi. SSRI, užívaná antidepressiva nejen na poli sexuálních deviací, se uplatňují zejména u snižování sexuálního „apetitu“ (Bradford, 2001). K útlumu projevů sexuálních deviací je běžné užití již zmíněné biologické léčby – antiandrogenů.

VÝZKUMNÁ ČÁST

7 VÝZKUMNÝ PROBLÉM

Cílem výzkumné části je popsat fenomén sexuálních deviací z pohledu samotných sexuálních deviantů. Výzkumná část se snaží poodhalit možné kritické faktory mající vliv na vývoj těchto sexuálních deviací a páchaní mravnostní kriminality, a to subjektivně z pohledu pacientů ochranného léčení. Je třeba konkrétně vymezit výzkumnou otázku a výzkumný problém.

Výzkumná otázka: Jaké kritické faktory se objevovaly v životě pacientů ochranné léčby v psychiatrické léčebně v Bohnicích?

Výzkumný problém, na které se interview zaměřilo, lze definovat jako „kritické faktory při vývoji sexuálních deviací a páchaní mravnostních trestných činů sexuálními devianty“.

8 TYP VÝZKUMU A POUŽITÉ METODY

8.1 Zvolený typ výzkumu

Data do výzkumné části byla sbírána pomocí kvalitativní metodologie. Užita byla jedna z metod kvalitativního výzkumu – interpretativní fenomenologická analýza (dále jen „IPA“). IPA se zaměřuje na zkušenost jedince a jeho porozumění této zkušenosti (Řiháček, 2013). IPA by měla čtenáři pomoci v porozumění určitého fenoménu. Součástí tohoto výzkumného procesu je práce s hermeneutickým kruhem a tzv. dvojí hermeneutika, která zahrnuje porozumění respondenta dané zkušenosti a následně porozumění výzkumníka, jakým způsobem respondent došel k onomu porozumění (Řiháček, 2013). IPA se také užívá při práci s určitými specifickými skupinami. Byla vybrána z toho důvodu, že se zaměřuje na daný příběh osoby (sexuálního devianta) a na jeho zkušenosti s určitou problematikou (sexuální deviace).

8.2 Metody získávání dat

Metodou sběru dat bylo tzv. polostrukturované interview. Výzkumník měl předem připravenou osnovu informací, které bylo žádoucí se od participantů dozvědět. Interview se však nechávalo volný průběh tak, aby byla zachována plynulost vyprávění participantů. V rámci interview vyplynuly také některé původně nezamýšlené otázky.

Interview se uskutečnilo v psychiatrické léčebně v Bohnicích s osobami, které se zde léčí se svou sexuální deviací. Interview probíhalo celkem ve třech dnech, aby nedocházelo k narušení zejména odpoledního programu pacientů (vycházky, nákupy aj.). Ještě před samotným započítím interview byla na místě návštěva ranní komunity pacientů 5. oddělení, aby bylo zjištěno, zdali vůbec tito pacienti budou mít zájem o spolupráci.

Vzhledem k tomu, že se jedná o vysoce intimní problematiku, bylo na místě navázání přátelské atmosféry. To spočívalo nejen v účasti výzkumníka na ranní komunitě pacientů, ale také bylo na počátku rozhovorů všem pacientům, kteří měli zájem o interview, nabídnuta možnost tykání. Interview se konalo s každým pacientem individuálně v poskytnutých prostorách od MUDr. Zuzany Řeřichové.

Po podepsání informovaného souhlasu byli pacienti dotázáni na svůj příběh, do kterého nebylo zasahováno, aby byla udržena plynulost příběhu. Na konci jejich

monologu proběhl dialog, tedy doptávání se na zbylé informace, které v monologu nezazněly. Některé informace byly zapisovány do předem připravené struktury, nicméně toto probíhalo minimálně, aby se necítily pacienti při rozhovoru (zejména monologu) rušení. Zbytek informací byl dopsán po ukončení interview. Tato struktura poté sloužila výzkumníkovi pro lepší orientaci.

9 SBĚR DAT A VÝZKUMNÝ SOUBOR

V rámci IPA se preferuje práce s menším a homogenním celkem. Závěry nelze generalizovat na celou populaci, ale slouží k popsání určitého fenoménu v rámci skupiny. Výběr lze popsat jako dostupný. Pro výzkumnou část byla totiž vybrána skupina pacientů bohnické psychiatrické léčebny, kteří se léčí se sexuální deviací a s účastí na výzkumu souhlasili. Mezi pacienty, kteří s výzkumem souhlasili, byly 4 osoby s pedofilií, 3 s patologickou sexuální agresivitou (z toho jeden s patologickou sexuální agresivitou s nevyhraněností) a 1 s exhibicionismem. Výzkumu se tedy zúčastnilo 8 participantů.

Podle Švarce (2017) bylo k 1.1.2017 v ČR 178 pachatelů sexuálních deliktů léčeno v ústavním ochranném léčení. Tento počet je velmi stabilní, nezměnil se ani vlivem politických změn po roce 1989. Švarc je právě psychiatrem v bohnické psychiatrické léčebně, kde v roce 2017 bylo celkem 23 pachatelů sexuálních deliktů. Zhruba polovina pacientů v ochranném léčení má podle něj diagnózu pedofilie, druhou velkou část tvoří patologičtí sexuální agresoři. Exhibicionismus se vyskytuje jen zřídka.

9.1 Etické hledisko a ochrana soukromí

Sexualita je obecně velmi citlivé téma. Jakékoliv výzkumy v této oblasti tak mohou být velmi problematické. O mnohem citlivější téma se může jednat, jestliže má osoba se sexualitou nějaký problém, nebo se odchyluje od běžné normy. Další etický zádrhel nastává, jestliže výzkumné šetření probíhá na půdě léčebny a participantí mají být její pacienti. Participantí v takovém postavení mohou být velmi zranitelní a je třeba zaručit to, aby účast byla opravdu dobrovolná a nejednalo se například o nařízený program dne jejich lékařem.

Poté, co se šetřením souhlasila vedoucí lékařka 5. oddělení, byl získán souhlas etické komise, která byla seznámena s cíli a zadáním bakalářské práce výzkumníka. Po získání souhlasu nejen od etické komise, ale i ředitele bohnické léčebny, bylo na místě navštívit komunitu 5. oddělení a zjistit, zdali bude vůbec někdo z pacientů ochotný spolupracovat na výzkumném šetření. Na komunitě byli pacienti stručně seznámeni s důvodem výzkumu a cíli šetření, zároveň byl domluven termín dalšího setkání a možného uskutečnění interview.

Interview probíhalo s každým pacientem v soukromí. Kvůli intimní problematice byla snaha výzkumníka navázat důvěrnější atmosféru, zejména nabídkou tykání, kterou nikdo z participantů neodmítl, naopak ji uvítali. Před začátkem každého interview byla vysvětlena opět podstata výzkumu, participant byl seznámen podrobně s informovaným souhlasem, zároveň byl dotázán na možnost nahrávání si interview. Informovaný souhlas byl podán jako vzájemná dohoda mezi výzkumníkem a pacientem, vysvětleny byly jednotlivé části souhlasu a po ujištění, že participant všemu porozuměl a chce i nadále spolupracovat, následovalo podepsání dvou kopií souhlasu, kdy jedna připadla pacientovi a jedna výzkumníkovi. Pacienti byli ujištěni o anonymitě výzkumu, užití rozhovoru jen pro výzkumné účely a možnosti kdykoliv od výzkumu odstoupit. K tomu byla dána možnost výzkumníka kontaktovat.

Na konci interview byl zjišťován akutní psychický stav participantů, zdali jsou po poskytnutí interview v takto intimní problematice psychicky v pořádku. Každý participant byl také znovu dotázán, zdali souhlasí s užitím jeho výpovědi v bakalářské práci.

U jediného pacienta byla navrhována (ze strany výzkumníka) možnost výzkum zastavit a vrátit se k němu případně jindy (participant č.3). Vzhledem k další jeho diagnóze – schizofrenii, mu nebylo, jak říkal, zrovna dobře, a tak mu byla dána možnost výzkum ukončit. Tuto možnost odmítl na začátku, i během interview a chtěl nadále pokračovat. Se schizofrenií se léčí, jako problém udával „motání hlavy“.

Etika výzkumu je dále zajištěna anonymitou participantů. Anonymizována byla nejenom jména participantů, ale také místa či jména jejich blízkých osob, která se vyskytují v prepisech interview.

Vyhotovená bakalářská práce byla před odevzdáním zaslána hlavní lékařce 5. oddělení se žádostí, aby umožnila pacientům, kteří se na interview účastnili, do práce nahlédnout. Cílem bylo získat zpětnou vazbu od participantů, zdali popsané informace nebyly nějakým způsobem desinterpretovány a zdali stále souhlasí se svou účastí na výzkumu.

9.2 Představení participantů

Pro lepší přehled v následující analýze výzkumné části je vhodné, aby byly v krátkosti představeni jednotliví pacienti a sumarizován jejich příběh.

Participant č. 1

Tab. 1: Participant č. 1.

Diagnóza	Homosexuální pedofilie
Trestný čin	Pohlavní zneužití
Vliv alkoholu	Ne
Rodinné vztahy	Dobré
Partnerské vztahy	Schopný navazovat
Recidiva	Ano
Léky	Androcur
Komorbidity	Žádná

Participant č. 1 je homosexuální pedofil, preferovaný věk dětí má 13-15 let. Svou homosexualitu začal pociťovat kolem 17. roku. Po 4 letech vztahu s přítelkyní si „našel“ třináctiletého chlapce, kterého „dostával“ na svou stranu, aby mu chlapec důvěřoval. Poté, co chlapce opil, jej asi po půl roce jejich „vztahu“ poprvé osahával. Dále výměnou za určité výhody v podobě wellness apod. s chlapcem prováděl orální styk, nechával ho sáhnout na sebe a sahal na chlapce.

Participant č. 1 sám udává, že nemá problém žít s dospělým partnerem. Také nemá problém respektovat určitou domluvu a zákaz – jeho další dospělý partner měl jedenáctiletého bratra. Mezi partnery panovala dohoda, že na bratra participant č. 1 „nesáhne“. Dohodu participant plnil.

Poslední delikt, který spáchal a za který se nyní léčí v psychiatrické léčebně byl ten, že osahával u bazénu čtyři chlapce, po nichž chtěl sex. Dvěma chlapcům pak nabízel sex přes internet. První měl 15 let, druhý, dvanáctiletý, participantovi č. 1 zaslal fotografie svého přirození.

Participant č.1 se dopustil trestného činu pohlavního zneužití. Nikdy nepáchal pod vlivem alkoholu. Vztah v rodině udává jako harmonický, nikdy neměl s rodiči problém.

Participant č. 2

Tab. 2: Participant č. 2.

Diagnóza	Heterosexuální pedofilie
Trestný čin	Pohlavní zneužití
Vliv alkoholu	Ne
Rodinné vztahy	Dobré
Jiné vztahy	Neschopný navazovat
Recidiva	Ano
Léky	Androcur
Komorbidity	Žádná

Participant č. 2 je heterosexuální jádrový pedofil. Problémy začal pociťovat kolem 20. roku života, kdy se více věnoval kamarádčině mladší sestře. Kupoval ji sladkosti, držival jí kolem ramen, což ho v té době, jak sám popsal, vnitřně uspokojovalo.

První skutek spáchal na 8letém děvčeti, které v té době hlídal rodinným známým. Když dívka spala, tak k ní participant č. 2 přilehl, osahával ji na prsou, bradavkách a hýždích, přičemž si myslel, že dívka spí. Doma se dívka svěřila rodičům. Participant č. 2 dostal podmíněný trest a nařízenou ambulantní léčbu, na kterou přestal po osmi letech docházet.

Následně zneužil své neteře. U starší neteře nevnímal své počínání jako zneužívání. Poté, co si osmiletá neteř po koupeli postěžovala, že ji pálí v intimních partiích, participant č. 2 jí tyto intimní partie namazal indulonou, přičemž ji vědomě „vzrušoval“. Mladší, sedmiletou, neteř si bral na klín a pod skrytými hrami ji osahával po těle.

Žádný skutek nespáchal pod vlivem alkoholu. Neudává žádný problém v rodině.

Participant č. 3

Tab. 3: Participant č. 3.

Diagnóza	Patologický sexuální agresor
Trestný čin	Znásilnění; pokus vraždy
Vliv alkoholu	Ne
Rodinné vztahy	Týrání v dětství

Jiné vztahy	Schopný navazovat
Recidiva	Ano
Léky	Androcur
Komorbidity	Schizofrenie

Participant č. 3 je patologický sexuální agresor. Preferuje ženy ve věku 35-40 let, na ženách mu imponují dlouhé vlasy a velká prsa. Poté, co se s rodinou v jeho 17 letech přestěhovali na sídliště, začal skrze kukátka sledovat ženy. Po útoku, kdy napadl ženu, povalil ji na zem a utekl, byl půl roku v psychiatrické léčebně na pozorování.

Při jeho trestné činnosti vždy zazvonil na ženy, které dříve sledoval. Pod fiktivní záminkou se dostal k nim do bytu, kde je znásilnil. U poslední oběti se dostal pomocí šroubováku do bytu, zatímco se žena sprchovala. Vyčkával na ni v chodbě a když oběť vyšla ze sprchy, povalil ji na zem, dusil a znásilnil. Spáchal tak trestný čin znásilnění a vraždy ve stadiu pokusu.

Žádný ze skutků nespáchal pod vlivem alkoholu. Svého otce nikdy nepoznal, vždy měl otce nevlastního, který jej „mlátil“. Participant se také léčí se schizofrenií, která neměla vliv na páčání skutků. Objevila se až jako následek, pravděpodobně ze stresu z týrání ve vězení.

Participant č. 4

Tab. 4: Participant č. 4.

Diagnóza	Patologický sexuální agresor s nevyhraněností
Trestný čin	Pohlavní zneužití
Vliv alkoholu	Ne
Rodinné vztahy	Nezájem matky, bez peněz, vyrůstal v azylovém domě
Jiné vztahy	Nebyl schopný navazovat (stydlivost)
Recidiva	Ano

Léky	Není třeba
Komorbidity	Žádná

Participant č. 4 je patologický sexuální agresor s nevyhraněností. Spáchal tři delikty na nezletilých dívkách, kdy jedné bylo 14, druhé 4 a třetí 3 roky. Dvě z toho byly jeho sestry. Tyto dívky osahával a do dvou mladších zasouval prsty. Spáchal tak trestný čin pohlavního zneužití. První delikt se odehrál v jeho 16 letech v azylovém domě, kde byl se svou matkou a sestrami. Druhý delikt spáchal v rodinném domě v pronájmu, kdy měl hlídat svou mladší sestru.

Na jeho činnosti ho uspokojovalo to, že má nad oběťmi určitou moc. Žádný delikt nespáchal pod vlivem alkoholu. Měl problémy se seznamováním, vztah s matkou popisuje jako nestabilní, špatný.

Participant č. 5

Tab. 5: Participant č. 5.

Diagnóza	Heterosexuální pedofílie
Trestný čin	Ohrožování výchovy dítěte
Vliv alkoholu	Ne
Rodinné vztahy	Dobré
Jiné vztahy	Schopný navazovat
Recidiva	Ano
Léky	Není třeba
Komorbidity	Není

Participant č. 5 je heterosexuální pedofil. Preferovaný věk zájmových objektů je 6-9 let. Spáchal celkem dva skutky. Při prvním, během hry, ukázal děvčeti své přirození. Při druhém ukazoval nezletilé kondom. Zmiňuje, že si s děvčetem chtěl „užít“, ale přišla babička dívky. Na otázku, zdali by byl schopný děvče znásilnit nebo pokračovat ve své činnosti tímto směrem dál, pokud by babička nepřišla, odpovídá negativně.

Je schopen vztahu s dospělou ženou. Udává, že druhý skutek spáchal pod vlivem stresu, poté, co se s ním rozešla přítelkyně. Spáchal trestný čin ohrožování výchovy dítěte. Žádný skutek nespáchal pod vlivem alkoholu, problémy v rodině neudává.

Participant č. 6

Tab. 6: Participant č. 6.

Diagnóza	Heterosexuální pedofilie
Trestný čin	Pohlavní zneužití, výroba a jiné nakládání s dětskou pornografií, ohrožování výchovy dětí
Vliv alkoholu	Ne
Rodinné vztahy	Domácí násilí, otec i matka umírají v jeho mladém věku
Jiné vztahy	Schopný navazovat
Recidiva	Ano
Léky	Androcur
Komorbidita	LMD (ADHD)

Participant č. 6 je heterosexuální pedofil. Narodil se starší rodičce, její těhotenství označil za rizikové, v mládí mu byla diagnostikována lehká mozková dysfunkce (dále jen „LMD“), byl šikanován a přeřazen do „zvláštní“ třídy. Stal se svědkem domácího násilí mezi rodiči, v mladém věku mu umírá otec i matka.

Sám sebe popisuje jako žárlivou, narcistickou a manipulativní osobu. Poté co si vzal svou druhou ženu, která měla dceru (8 let), tuto dceru „zmanipuloval“ tak, aby se na něj upnula a participant č.6 ji začal fotit a zneužívat. Toto trvalo po dobu dvou let. Naplnil tím skutkovou podstatu trestného činu pohlavního zneužití, ohrožování výchovy dětí a výrobu a jiné nakládání s dětskou pornografií. Poté, co vykonal trest a nastoupil do ochranného léčení, kde je nyní, celkem čtyřikrát zrecidivoval užíváním dětské pornografie na mobilním telefonu.

Žádný skutek nespáchal pod vlivem alkoholu. Udává, že po dětské pornografii sáhl pod vlivem stresu z rozchodu se svou přítelkyní.

Participant č. 7

Tab. 7: Participant č. 7.

Diagnóza	Exhibicionismus
Trestný čin	Intoxikace pervitinem
Vliv alkoholu	Ano
Rodinné vztahy	Týrání
Jiné vztahy	Schopný navazovat
Recidiva	Ano
Léky	Antidepresiva
Komorbidity	Závislost na pervitinu a alkoholu

Participant č. 7 je exhibicionista. Vyrůstal v rodině, kde otec byl alkoholik, který participanta č. 7 týral. Po rozvodu rodičů začal participant (ve 14 letech) užívat omamné látky. Také měl problém se sebepoškozováním a agresí vůči ostatním.

Pod vlivem omamných látek masturboval na veřejnosti, a to celkem dvakrát. Svě dva trestné činy týkající se sexuální deviace spáchal intoxikován. Z činů si pamatuje pouze ústřížky. Také spáchal jiný trestný čin související s drogami – loupežné přepadení.

V pauzách, kdy nebral drogy, měl celkem 4, dle jeho slov, normální vztahy. Na pervitin má nyní averzi – zlobí se sám na sebe, že jej užíval.

Participant č. 8

Tab. 8: Participant č. 8.

Diagnóza	Patologická sexuální agrese
Trestný čin	Pokus znásilnění
Vliv alkoholu	Ano

Rodinné vztahy	Vychováván nevlastním otcem, vztah s matkou dobrý
Jiné vztahy	Schopný navazovat
Recidiva	Ano (jiný skutek)
Léky	Androcur
Komorbidity	Závislost na alkoholu

Participant č. 8 je patologický sexuální agresor. Vyhlédl si mladou ženu, kterou pronásledoval a osahal ji na prsou a na hýždích. V tu chvíli byl povzbuzen alkoholem, se kterým měl obecně problém. Poté, co žena začala křičet, se zalekl a utekl. Podle jeho slov si nebyl vědom, že páchá tak závažnou trestnou činnost. Když svůj skutek zaznamenal v internetových zprávách, šel se sám nahlásit na policii. Spáchal trestný čin znásilnění ve stadiu pokusu. Na samotném skutku jej vzrušovalo to, že je ten, kdo „vládne“.

S rodiči nyní vychází dobře, žil s matkou a druhým nevlastním otcem. První nevlastní otec jej „vychovával“ poněkud přísně. Při prohlídkách u obvodního lékaře na těle participanta č. 7 nacházel lékař „šlice“, tímto pojal podezření na domácí násilí. Sám participant ale vnímá jednání nevlastního otce jako výchovný prostředek, toto jednání s nepamatuje, ví o něm z doslechu od prarodičů.

V minulosti spáchal jiný skutek nesouvisející s mravnostní kriminalitou – výtržnictví, také v opilosti. Sám udává, že má problém s autoritami a že sexuálně zaměřený skutek, který spáchal, je zapříčiněn jeho životním stylem.

10 ANALÝZA ROZHovorŮ

Jak již bylo zmíněno, rozhovory byly nahrávány na médium (diktafon). V následujících dnech po proběhnutí rozhovorů probíhala transkripce interview do psané podoby. Postup analýzy kopíroval doporučený postup pro IPA. V rámci analýzy bylo žádoucí nacházení témat, která zachycují jádro daného fenoménu. Každý příběh participanta byl posuzován zvlášť a témata byla nacházena bez závislosti na předchozích participantech. Analýza rozhovoru probíhala dle doporučení Řiháčka (2013) v následujících krocích:

- opakované čtení, případně opakované poslouchání nahrávky,
- počáteční poznámky a komentáře,
- rozvíjení vznikajících témat (redukce objemu dat),
- hledání souvislostí napříč tématy.

Již během samotné transkripce a poslechu interview se začala vynořovat různá témata. Zapsány byly nejdříve prvotní komentáře, například u participanta č. 1 „homosexuální pedofil“, „s rodinou vycházel dobře“, „pohlavní zneužití“ aj. Tyto komentáře byly sepsány u každého dalšího participanta. Následně došlo k rozvíjení témat, v tomto případě se jednalo o „diagnóza“, „rodinné vztahy“, „trestný čin“. V poslední řadě pak došlo k hledání souvislostí napříč tématy, spojování témat do skupin a nacházení podtémat. Témata byla pro lepší přehled zapisována do tabulky. Poté došlo k popisu všech témat a podtémat a citování výroků pacientů, které přibližují čtenáře k porozumění tomuto fenoménu. Pro analýzu dat byla užita technika „tužka, papír“. Rozhovory byly vytištěny na papír se širšími okraji, kam byly zapisovány a zvýrazňovány potřebné komentáře a témata. Vzhledem k tomu, že bylo rozhovorů 8, výzkumník si každý příběh dobře pamatoval, jak z osobního sekání, tak z transkripce a čtení rozhovorů, byla orientace v příbězích dobrá. Pokud by bylo rozhovorů více, již by byla zapotřebí modernější technologie, například typu Atlas.

10.1 Výsledky analýzy rozhovorů

Výsledky z analýzy rozhovorů jsou uvedeny v tabulce č. 9, která slouží k lepší orientaci. U každého podtématu je také uveden participant a diagnóza, kterého se tento konkrétní faktor týká. Témata budou následně rozepsána podrobněji, společně s některými úryvky ze samotných rozhovorů, pro lepší pochopení daných témat, podtémat a jejich vztahů.

Tab. 9: Tematické okruhy.

TÉMATICKÉ OKRUHY	HLAVNÍ TÉMATA	PODTÉMATA	PARTICIPANT ⁶
Kritické faktory	Rodinné zázemí	Žádný problém	1 (PED), 2 (PED), 5 (PED)
		Týrání	3 (PSA), 7 (PSA)
		Zanedbávání	4 (PSAN)
		Nestabilní vztah rodičů	4 (PSAN), 6 (PED), 8 (PSA)
	Jiné vztahy	Strach ze seznamování	4 (PSAN), 8 (PSA)
		Rizikovní kamarádi	8 (PSA)
		Neschopnost navazovat vztahy	2 (PED)
	Situační faktory	Návykové látky	7 (EXH), 8 (PSA)
		Stres	5 (PED), 6 (PED)
	Komorbidity	Schizofrenie	3 (PSA)
		LMD	6 (PED)
		Závislosti	7 (EXH), 8 (PSA)
	Nahromadění	Více kr. faktorů	6 (PED), 7 (EXH)
	Subjektivní náhled	„půl na půl“	3 (PSA), 4 (PSAN)
		Stres	5 (PED)

⁶ Z důvodů úspory místa v tabulce je každý participant označen číslem a diagnózou, která je: PED (pedofilie), PSA (patologický sexuální agresor), PSAN (Patologická sexuální agresivita s nevyhraněností), EXH (exhibicionismus).

		Šikana, pozdní těhotenství	6 (PED)
		Problém s autoritami	8 (PSA)
Způsob páčání	Modus operandi	Perseverance	2 (PED), 3 (PED), 4 (PSAN), 5 (PED), 6 (PED), 7 (EXH)
		Stupňování	1 (PED)
		Jiný druh TČ	8 (PSA)
	Preference obětí	Na základě věku	1 (PED), 2 (PED), 5 (PED)
		Na základě vzhledu	6 (PED), 8 (PSA)
		Vzhled + věk	3 (PSA)
		Známa z dřívějších dob	1 (PED), 2 (PED), 3 (PSA), 4 (PSAN), 6 (PED)
		Neznámá oběť	5 (PED), 7 (EXH), 8 (PSA)
	Zdroj vzrušení	Mít nad ženou moc	3 (PSA)
		„že je to tak nějak bolí“	4 (PSAN)
		„jsem ten, kdo vládne“	8 (PSA)
		Dětská nevinnost	6 (PED)
Vývoj deviace	První zjištění	Před prvním deliktem	1 (PED), 2 (PED),
		Prvním deliktem	3 (PSA), 4 (PSAN), 5 (PED), 6 (PED), 7 (EXH), 8 (PSA)
	Recidiva	Systémová chyba	2 (PED), 3 (PSA), 4 (PSAN)
		Stres	5 (PED), 6 (PED)
	Náhled	Zdravý náhled do budoucná	1 (PED), 2 (PED), 3 (PED), 4 (PSAN), 5 (PED), 6 (PED), 7 (EXH), 8 (PSA)

1. Kritické faktory

Téma „kritické faktory“ zahrnuje rodinné zázemí, širší interpersonální okolí pacientů a situační faktory, nahromadění těchto kritických faktorů a také subjektivní náhled pacientů nad příčinami jejich sexuální deviace.

a. Rodinné zázemí

Někteří z pacientů uváděli, že v jejich rodině **nebyl žádný problém** a dětství popisovali jako šťastné. Tak tomu bylo například u participanta č. 1 (homosexuální pedofilie). Dobré rodinné zázemí popisují i participant č. 2 (heterosexuální pedofilie), participant č. 5 (heterosexuální pedofilie) a participant č.8 (patologický sexuální agresor, dále jen „PSA“), ačkoliv u něho se vyskytovaly přísnější fyzické tresty, které nazývá jako výchovné (podrobněji níže).

Ne všichni pacienti měli štěstí na rodinné zázemí. U některých se v anamnéze objevuje **týrání v dětství**. Mezi týrání byly zařazeny takové aktivity, které pacienti subjektivně nepovažovali za běžné výchovné prostředky. Pacient č.3 (PSA) svého vlastního otce nepoznal, vždy měl otce nevlastního. Když byl malý, tak ho podle jeho slov tento nevlastní otec „mlátil“. Obdobnou zkušenost udával i participant č. 7 (exhibicionismus). Participant č. 8 (PSA) sice zmiňoval, že v rodině žádné větší problémy nebyly, ale zároveň uvedl, že na něj jeho otec užíval takové „výchovné prostředky“, že si modřiny od opasků všiml i obvodní lékař.

U některých participantů by se dalo hovořit spíše o **zanedbání fyzických či psychických potřeb** v dětství. Participant č. 4 (PAS) pobýval se svou matkou a dvěma sestrami v azylových domech, protože matka neplatila nájem, vyhazovali ji z bytu apod. Toto zanedbávání a špatná vazba s matkou se pravděpodobně projevilo v úplnou neschopnost navazovat adekvátní vztahy. Velmi často se také objevuje **nestabilní vztah rodičů**. Tento nestabilní vztah byl popsán buď jako násilí mezi otcem a matkou (participant č. 6 – heterosexuální pedofilie), nebo střídání partnerů matkou pacienta (participant č. 8 - PSA).

b. Jiné interpersonální vztahy

Další faktory, které mohou mít vliv při vývoji sexuální deviace nebo při páchání trestných činů jsou „jiné interpersonální vztahy“. Tyto faktory se neuplatňovaly u všech pacientů. U některých ale měly natolik výrazný vliv, že je třeba je zde, alespoň okrajově, zmínit.

Významným faktorem byl **strach z opačného pohlaví**. Takový faktor bylo možné zaznamenat u participanta č. 4 (PSA s nevyhraněností). Ten sdělil, že nikdy v předchozí době neměl žádný vztah s přibližně stejně starou osobou – bál se dívky v jeho věku oslovit. Se seznamováním měl potíže i participant č. 8 (PSA). Participant č. 8 měl ale zkušenost vztahu se dvěma dívkami. Tento participant navíc udává, že se stýkal s **rizikovými kamarády**. Oba participanti říkají, že seznamovat se se stejně vyspělými osobami naučili až v léčebně.

Dalším významným faktorem může být úplná **neschopnost navázat partnerský vztah s dospělou osobou**, který se může objevovat u osob s pedofilií. V rámci výzkumu se jednalo pouze o participanta č. 2 (heterosexuální pedofilie).

Další patologický sexuální agresor (participant č.3 - PSA) dokázal vést jinak bezproblémové partnerské i sexuální vztahy. Během těchto vztahů neměl potřebu nad touto osobou užívat moci ani násilí. Obdobně tomu bylo i u zbytku participantů.

Participant č. 6 (heterosexuální pedofilie) se během svého dětství ve škole potýkal se šikanou, která by podle něj mohla mít vliv na budoucí vývoj deviace. Problém se šikanou měl následně i na vojně, což bral jako součást vojenského výcviku.

c. Situační faktory

Do situačních faktorů lze zařadit závislosti a působení stresu. V některých případech pacienti uznávali, že páchali situačně **pod vlivem stresu**. Pod vlivem stresu ale páchali až opakovanou trestnou činnost, proto je tento faktor uvedený podrobněji v tématu o recidivě.

Celkem dva participanty byli **závislí na omamných látkách** a také páchali mravnostní trestné činy pod vlivem těchto látek. U participanta č. 7 (exhibicionismus) to byl zejména pervitin a alkohol. Participant č. 8 (PSA) holdoval „pouze“ alkoholu.

d. Komorbidity

Do kritických faktorů lze zahrnout i komorbidity. Ty se opět mohou, ale nemusí podílet na vzniku sexuálních deviací nebo na páchání trestné činnosti. Mezi komorbidity lze zařadit **schizofrenii** (participant č.3 – PSA), která se u něj projevila až po pobytu ve vězení. Dále se u participantů vyskytuje **lehká mozková dysfunkce** (participant č. 6 – heterosexuální pedofilie) a **závislosti** ve formě závislosti na pervitinu a alkoholu (participant č. 7 – exhibicionismus a participant č. 8 – PSA).

e. Nahromadění kritických faktorů

U některých pacientů docházelo k **nahromadění kritických faktorů** v anamnéze. Participant č. 7 (exhibicionismus), který spáchal skutky pod vlivem alkoholu a drog udával, že jeho otec byl alkoholik, který jej „mlátil“ a poté, co se jeho matka s otcem rozvedla, začal sám „fetovat a chlstat“. Participant č. 6 (heterosexuální pedofilie) se narodil 43leté rodičce, kdy toto těhotenství bylo silně rizikové. V dětství mu byla diagnostikována lehká mozková dysfunkce. Stal se svědkem napadení matky otcem, v mladém věku mu zemřel jak otec, následně i matka, a navíc byl obětí šikany na základní škole, ale i na vojenském výcviku. Recidivy pak páchal pod vlivem stresu.

f. Subjektivní náhled nad příčinami pacientů

Středem zájmu interview bylo také to, jakým způsobem nahlízejí participanté na možné příčiny. Tento subjektivní náhled byl ale velmi ovlivněn tím, že o příčinách sexuálních deviací na sezeních v rámci léčení hovoří, někteří se na příčiny sami aktivně svých lékařů ptali. Participanté se tak vesměs všichni shodovali na tom, že je to pravděpodobně „**půl na půl**“ – částečně vrozené, částečně získané možnými problémy a traumaty z dětství, u těch, kteří problémy v dětství měli. Takový názor měl například participant č. 3 (PSA).

Participant č. 5 (heterosexuální pedofilie) myslí, že jeho spáchání trestného činu ovlivňoval **stres**, ten se ale vyskytoval až u druhého skutku. Podobný názor na příčiny recidiv má participant č. 6 (heterosexuální pedofilie), ten ale uvažuje o příčinách v širších souvislostech a hovoří také o možném **vlivu šikany** a pozdního rizikového těhotenství jeho matky. Participant č. 8 (PSA) myslí, že sexuální deviace, respektive spáchaný trestný čin, je důsledkem jeho životního stylu a netolerancí autorit.

Participanté, kteří měli dobré vztahy v rodině, jako je participant č. 1 (homosexuální pedofilie) a participant č. 2 (heterosexuální pedofilie), o příčinách své deviace sice přemýšleli, ale nedokáží popsat, jak by u nich mohla vzniknout, právě díky těmto dobrým vztahům.

2. Způsob páchaní trestných činů

Dále byl zjišťován způsob páchaní trestných činů. Důraz byl kladen na to, zdali recidivující pachatelé setrvávají u stejného způsobu páchaní, nebo zdali se jejich způsob mění, případně za jakých podmínek dochází k těmto změnám. Toto téma bude nazváno jako *modus operandi*, kterým se v kriminalistice rozumí perseverance na stejném způsobu páchaní.

Do tématu o způsobu páčání trestných činů je také zahrnuto, jaký typ oběti pachatelé preferovali, případně zdali tuto oběť znali, či nikoliv.

a. Modus operandi

Jak již bylo zmíněno, v rámci „modus operandi“ je zkoumána perseverance, stupňování trestného činu nebo zdali dochází k páčání zcela jiného trestné činnosti. **Perseveranci** lze pozorovat zejména u participanta č. 3 (PSA), který má za sebou několik recidiv v oblasti znásilnění. Svě oběti před samotným činem dlouhou dobu sledoval.

„A vždycky to bylo v bytě, že jsem zazvonil, vymyslel jsem si nákej příběh, pak jsem jí dal ruku přes pusu a odtáh jsem jí do ložnice, a nebo na, nebo v tom nebo v předsíni...po sedmi a půl letech jsem zrecidivoval, to jsem šel po schodech, nejel výtah, tak jsem šel do druhého vchodu a slyšel jsme sprchu, tak jsem se podíval do kukátka a vtevrěl jsem si šroubovákem dveře a vyčkával jsem v předsíni, pak jsem předpad tu ženu, povalil jsem jí na zem v předsíni a a pak jsem jí odtáh pak jsem ji odtáh do, do ložnice.“

Participant č. 5 (heterosexuální pedofilie) si ve svých činech vystačil s manifestací. V prvním případě nezletilé ukazoval přirození, v druhém preservativ. Participant č.6 (homosexuální pedofilie) využil dceru své druhé ženy k výrobě pornografie. Dále recidivoval právě užíváním této pornografie. Participant č. 7 (exhibicionismus) za stejných podmínek (pod vlivem návykových látek) celkem dvakrát masturboval na veřejnosti.

U jednoho participanta výzkumu docházelo ke **stupňování** sexuálních „útoků“. V rámci stupňování není myšleno jen narůstání násilí. Jedná se také o rozšiřování mezí, které pacienti překračovali. U participanta č.1 (homosexuální pedofilie) u prvního deliktu trvalo celkem půl roku, než na oběť poprvé sáhnul, po dalších čtyřech měsících už docházelo i k orálnímu styku. Další chlapce osahával u bazénu a chtěl po nich sex. Dále nabízel chlapcům sex na internetu. Stupňování překračování zákonných mezí u něj ale není nikterak výrazné. U participantů se neobjevoval významně vyšší nárůst užívání násilí během trestné činnosti

Jiní pacienti páčali zcela **jiný druh trestné činnosti**. Například participant č. 8 (PSA) se v minulosti dopustil výtržnictví a v léčení je na základě pokusu o znásilnění. Participant č. 7 (exhibicionismus) pod vlivem návykových látek spáchal dva mravnostní delikty, ale také trestný čin loupeže.

b. Preference obětí

Některé oběti byly preferovány **na základě věku**, například participant č. 1 preferoval chlapce ve věku 13-15 let, participant č. 2 zneužíval dívky ve věku 7-8 let. Jiné byly preferovány **na základě vzhledu**. Participantovi č. 6 (heterosexuální pedofilie) imponovalo vzhledově mládí a nevinnost. I participant č. 8 (PSA) si vybral oběť na základě vzhledu, tomu imponovala spíše postava a intimní partie oběti, zejména ňadra, která jsou pro něj preferovanou částí těla u žen. U některých pacientů docházelo k **propojování**. Participant č.3 (PAS) preferoval ženy ve věku 35-40 let, ale i vzhled byl pro něj důležitý. Oběti si vybíral na základě velkého poprsí, dlouhých vlasů a celkově hezké vzhledu.

Další kategorií, kterou je možné rozlišovat u výběru oběti, je ta, zdali byla oběť známá či neznámá. Některé oběti byly vybírány na základě dostupnosti, což souvisí s tím, zdali danou oběť participant znali, či nikoliv. Někteří pachatelé své oběti **znali již z dřívějších dob**. Mohlo se jednat buď o dlouhodobější sledování této oběti (participant č.3 - PSA), zneužívání v rámci rodiny nebo o jinak „dostupné“ oběti. Například participant č. 4 (PSA s nevyhraněností) pohlavně zneužíval dívky, z nichž dvě byly jeho sestry a třetí dívka s ním bydlela v azylovém domě. U participanta č. 2 (heterosexuální pedofilie) došlo k pohlavnímu zneužití známé dívky a také k pohlavnímu zneužití v rámci rodiny. Participant č. 6 (heterosexuální pedofilie) zneužil dceru své druhé ženy. Nebylo výjimkou také navazování přátelských vztahů se sexuálním podtextem. Participant č. 1 (homosexuální pedofilie) nejdříve navazoval přátelské vztahy s chlapcem, které zprvu neměly sexuální charakter.

Participant č. 3 (PSA) své oběti dlouhodobě sledoval. Jeho napadávání nebylo impulzivní, oběti znal. Oběti ale nemusely znát jeho.

Méně obvyklé se pak jeví útok na oběti, které pacienti **nikdy předtím neviděli**. V těchto případech se jednalo o impulzivní činy, které byly spáchány pod vlivem návykových látek. Participant č. 7 (exhibicionismus) masturboval na veřejnosti a ze svého činu si pamatuje pouze ústřížky. Dá se ale předpokládat, že osoby, které jej při jeho počínání viděly, nebyly vybrány na základě známosti. Participant č. 8 (PSA) zaútočil na neznámou oběť u metra, která se mu v tu chvíli líbila.

c. Zdroj vzrušení

Faktor, který má zcela jistě vliv na páčání činnosti je vzrušení, které pacientovi činil jeho skutek. To může být natolik silné, že jej nedokáže dosáhnout v běžném životě a může jej pudit k páčání trestné činnosti.

Zdroj vzrušení bývá odlišný pro různé typy deviací. Například patologické sexuální agresory zpravidla vzrušuje **moc nad obětí**. Participanta č.3 (PSA) nevzrušovalo jen to, že má nad obětí moc, ale také, že ji může sledovat. Participanta č. 4 (PSA) s nevyhraněností vzrušovala spíše **bolest obětí**. Participantovi č. 8 (PSA) šlo o **kontrolu** nad obětí: „...že jsem si šáhnul, a to že jsem byl já ten kterej jakoby, když to řeknu blbě, vládne. Ten, kdo má navíc. Určuje situaci.“ Zajímavé ovšem je, že tento samý participant trestný čin ukončil ve chvíli, kdy začala žena křičet. Dle jeho slov se tohoto křiku zalekl a utekl. To, že se žena tímto způsobem bránila mu nebylo příjemné. Sám přiznával, že obecně nemá rád, když na něho někdo křičí.

U osob s pedofilními sklony se vyskytuje spíše dětská **nevinnost a mládí** jakožto přitažlivý faktor, tak to popisoval například participant č. 6 (heterosexuální pedofilie).

3. Vývoj deviace

V interview bylo také zjišťováno, jakým způsobem se o své deviaci pacienti dozvěděli, kolik z nich a z jakých důvodů recidivovali a jaký mají náhled do budoucna, ať už ohledně dalšího páčání, či ohledně další doby léčby.

a. První zjištění

Zjištění toho, že s pacienty není „něco v pořádku“, ve smyslu sexuální stránky, ve většině případů přicházelo zejména v adolescentním věku. Někteří pacienti zjistili svou sexuální odchylku **až s prvním skutkem**. Tak tomu bylo například u participanta č. 3 (PSA), který se v 17 letech přestěhoval s rodiči na sídliště a začal pozorovat ženy skrze kukátka. Participant č. 4 (PSA s nevyhraněností) spáchal první delikt v 16 letech, do té doby také žádné odlišnosti nepociťoval. Participant č.8 (PSA) již před spácháním skutku míval sexuální představy ohledně některých žen, které potkal na ulici. V těchto představách se ovšem ona žena také chtěla sexuálně sblížit. V sexuálních představách neměl potřebu moci. Udával ale, že při prvním mravnostním deliktu se pak snažil tyto představy v opilosti zrealizovat. Obdobnou zkušenost udávali i participant č. 5 (heterosexuální pedofilie),

participant č. 6 (heterosexuální pedofilie) a participant č. 7 (exhibicionismus), který páchal vždy pod vlivem pervitinu, do té doby o své odlišnosti nevěděl.

Jiní si byli této deviace **vědomi již před pácháním**. Například Participant č. 1 (homosexuální pedofilie) si svou homosexualitu i deviaci uvědomil ve svých 23 letech. Uvědomění přišlo po 4letém vztahu s tehdejší přítelkyní, kde začal pociťovat, že mu sexuální sžití se ženou nevyhovuje a v této době si „našel“ třináctiletého chlapce.

Participant č. 2 (heterosexuální pedofilie) svoji odlišnost také pociťoval již před prvním skutkem:

„...v dětství jsem problémy s tím neměl, začlo to okolo 20. roku, kdy teda jsme jako parta chodívali ven, žejo a tam byla kamarádka, která měla mladší sestru, kdy já jsem, já jsem jí tenkrát nezneužil, ale uvědomuju si to, že jsem se jí věnoval víc, než jsem měl, že jsem jí třeba kupoval sladkosti, jo, když jsme šli si něco koupit a nebo jsem jí třeba hladil po hlavě, nebo držel kolem ramen, jo, já jsem jí dělal jakoby vtipně, jo, aby to tak někdo nevnímal, ale mně to stačilo k tomu, aby mě to už, v té době vnitřně uspokojilo, ba i vzrušilo, no.“

b. Recidiva

Recidiva u sexuálních deviací není neobvyklá. Z celkového počtu osmi participantů spáchali všichni z nich nějaký trestný čin opakovaně. Mravnostní trestný čin opakovalo celkem 7 z nich.

Podtéma, které vyvstalo až v průběhu rozhovorů je „**systémová chyba**“. V rámci některých interview bylo totiž zjištěno, že u recidivujících pacientů, bylo pravděpodobně možné některým dalším trestným činům zabránit. Tak se ovšem nestalo, protože došlo k pochybení systému. Participant č. 2 (heterosexuální pedofilie) již v minulosti spáchal skutek pohlavního zneužití, za který byl odsouzen podmíněně a následovala ambulantní léčba. Po osmi letech přestal na ambulantní léčbu docházet. Jednání tohoto pacienta by nyní naplňovalo skutkovou podstatu maření soudního rozhodnutí. Nicméně nedocházení na léčbu se nijak neřešilo a o několik let později došlo k recidivě.

Pacient č. 3 (PSA) byl po svém prvním skutku, který spáchal v 17 letech, na pozorování v psychiatrické léčebně a propuštěn bez léčení. I tento následně spáchal několik dalších skutků.

Participant č. 4 (PSA s nevyhraněností) sdělil, že spáchal první skutek v azylovém domě. V tomto azylovém domě se dopustil pohlavního zneužití svých dvou mladších sester.

Čin se nijak neřešil, ačkoliv o něm sociální pracovnice věděly. Čin se řešil pouze dohodou mezi sociálními pracovníci a participantem. Následně došlo k recidivě, kdy se participant dopustil dalšího skutku pohlavního zneužití.

Již výše bylo zmíněné, že někteří pacienti páchali pod vlivem situačních faktorů. Dva z participantů páchali **pod vlivem stresu**. Tento situační faktor se uplatňoval pouze až u dalších trestných činností, nikoliv u té první. V obou případech byl stres způsobený rozchodem s přítelkyní. Jednalo se o participanta č. 5 (heterosexuální pedofilie), který nezletilé ukázal přirození a o participanta č. 6 (heterosexuální pedofilie), který pod vlivem stresu sklouzával k dětské pornografii, a to hned po rozchodu s tehdejší přítelkyní.

c. Náhled do budoucna

Náhled ohledně ukončení léčby se u pacientů odvíjí od toho, jakým způsobem si vedou ve zpracovávání témat této léčby. Co se týká náhledu nad dalším pácháním, léčba jim vesměs pomohla v tom, že ví, kam se mohou obrátit, pokud u nich nastanou obdobné problémy. Někteří z nich také začali empatictěji uvažovat o svých obětech a o následcích, které si s sebou tyto oběti mohou nést dále do života. Participant č. 1 (homosexuální pedofilie) se zmínil, že je se svou homosexualitou smířený, ale vadí mu pedofilie:

„A s tou vím, že budu bojovat do konce života. Já vlastně tady tyhle delikty, já prostě jsem byl před léčbou a neměl jsem náhled, jako ty jejich pocity, co z toho oni můžou cítit, to jsem měl totálně na háku. Já jsem prostě šel za svou touhou a bylo mně jedno jak ti kluci se budou cítit, nebo jaký budou mít do budoucna následky. Tady jsem všechno teďka zjistil, jak se mohli cítit a všechno a prostě vím to do budoucna, že kdybych něco takovýho už chtěl udělat, tak zapřemýšlím a radši fakt pudu a hlavně, pudu někam prostě se uklidit a hlavně teď vím, že vždycky můžu sem přijít dobrovolně, můžu sem.“

Další participant – participant č. 2 (heterosexuální pedofilie) má léčbu splněnou, nadále v ní ale setrvává. Nechce se mu totiž domů. Říká, že léčba mu dala zejména to, že ví, jak dneska zabránit tomu, kdyby šlo podle jeho slov „do tuhýho“. U dalšího pacienta (participant č.3 – PSA) jeho léčbu komplikuje schizofrenie. Zpracovává ale poslední téma a myslí, že již dokáže kontrolovat své chování ve vztahu k trestným činům.

Vesměs všichni pacienti mají **zdravý náhled do budoucna**, náhled nad tím, co spáchali a jak si vedou v rámci léčby.

11 DISKUZE

Cílem výzkumu a celé bakalářské práce bylo zjistit, zdali existuje na poli sexuálních deviací nějaký faktor, který by mohl tyto deviace zapříčinit, nebo by se mohl podílet na puzení k páchání mravnostní trestné činnosti. Na toto téma byly publikovány četné studie, které se zaměřují na různé druhy faktorů, ale žádný z těchto faktorů není totožný u všech osob se sexuální deviací. Stejně tak tomu bylo v praktické části, kdy životní linie každé osoby se sexuální deviací byla značně rozdílné a setkávaly se v určitých bodech jen málokdy. Některé body, faktory, které by mohly mít vliv na deviaci u některých pacientů byly podobné, nebylo tomu tak ale u všech případů.

Výzkumné části se účastnilo celkem 8 pacientů, z toho 4 pedofilové, 3 patologičtí sexuální agresori a jeden exhibicionista. To odpovídá celkovému rozložení pacientů podle Švarce (2017), který říká, že ochranné léčení zpravidla tvoří cca polovina pacientů s diagnózu pedofilie, menší část s patologickou sexuální agresivitou a exhibicionismus se objevuje jen málo.

Faktory, které mohly mít vliv na vývoj deviace byly nazvány jako kritické faktory. Ve výzkumné části pak byly rozděleny na jednotlivé okruhy, a to na rodinné zázemí, jiné interpersonální vztahy, situační faktory aj.

U některých participantů se objevovalo v anamnéze **týrání v dětství**. Tomu odpovídá i studie sexuálních násilníků (n=682), kdy 42 % z nich v dětství zažilo fyzické týrání a 52 % mělo zkušenost s týráním verbálním (Levenson & Grady, 2016). O týrání hovořili konkrétně participant č. 3 (PSA) a participant č.7 (exhibicionismus). Participant č.8, který měl diagnózu patologické sexuální agresivity udával, že měl jeho nevlastní otec, na kterého si již nepamatuje, poněkud přísnější „výchovné“ prostředky. Participant jednání svého nevlastního otce nepovažoval za týrání, ačkoliv měl po těle takové modřiny, že si jich všiml i obvodní lékař. Vzhledem k tomu, že byly pod kritický faktor „týrání“ zahrnuty jen takové aktivity, kteří pacienti osobně považovali za týrání, nebyl pod tento kritický faktor pacient č. 8 podřazen. Jednání jeho otce lze ovšem přinejmenším označit za striktní. **I striktní či dominantní jednání rodičů** může být ale kritickým faktorem pro vývoj sexuální deviace (Furnham & Haraldsen, 1998).

Sexuální devianti, kteří zažívali v dětství **problematické vztahy s rodiči**, zejména nejistou vazbu s matkou, mohou v pozdějším věku využívat sex jako copingovou strategii

a případně mít vynucující sexuální chování (Marshall & Marshall, 2000). To byl případ participanta č. 4, u kterého se projevilo sexuálně vynucující chování na třech děvčatech a který měl nejistou vazbu s matkou. Pravděpodobně v kontextu s touto nejistou vazbou se u něj projevila obtíž navazovat vztahy s opačným (preferovaným) pohlavím. Nejistou vazbu s matkou lze také popsat jako formu **emocionálního zanedbávání**, které je také silným faktorem na poli příčin sexuálních deviací (Levenson & Grady, 2016). Obtíže se seznamováním měl i participant č. 8. Oba pacienti mají diagnózu patologické sexuální agresivity. Obtíže se seznamováním vznikaly zejména na základě **strachu z opačného pohlaví**, které popsali Furnham a Haraldsen (1998) jako jeden z nejsilnějších 16 kritických faktorů pro budoucí sexuální násilí. Velmi problematická je úplná **neschopnost navazovat vztahy** u fixovaných pedofilních deviantů (Weiss et al., 2005). Ze všech pedofilních participantů se s tímto ve výzkumu potýkal pouze jeden (participant č. 2 – heterosexuální pedofilie).

Hosák et al. (2015) popisuje vztahy patologických sexuálních agresorů, pokud nějaké jsou, jako špatně funkční a konfliktní. Uvedený názor koresponduje z výše zmíněným problémem dvou patologických sexuálních agresorů navazovat vztahy. Tomuto názoru neodpovídá výpověď participanta č. 3, který během sedmiletého vztahu se svojí přítelkyní nejen, že nepáchal trestnou činnost, ale neměl žádný problém s vyžadováním násilí v rámci sexuálních aktivit. Lze tedy říci, že partnerské aktivity sexuálních patologických agresorů se liší. Zároveň je třeba zmínit, že u participanta č. 4 hrála také roli nevyhraněnost, kterou má v diagnóze. Jedinec s nevyhraněností je popisován jako osoba, která se z takových důvodů, jako je neschopnost se adekvátně seznamovat, může dopouštět různých sexuálních deliktů (Blatníková et al., 2014).

Participant č. 6 dále zažíval **sociální vyloučení a šikanu**, která jej provázela jak ve škole, tak na vojně. Sociální vyloučení a ostrakismus ve škole se může uplatňovat jako další kritický faktor, protože vede k nízkému sebehodnocení a sebedoceňování (Arrigo & Purcell, 2001), které se může odrazit v uzavření se do vlastních fantazií. Tyto fantazie mohou vyústit v sexuálně obtěžující chování (Harrison et al., 2010).

Na druhou stranu se v teoretické části objevují kritické faktory, které nezmínil žádný z pacientů. Překvapivé bylo například, že žádný z nich neměl v dětství zkušenost se sexuálním zneužíváním (nebo ji nezmínil). Sexuální zneužívání je často popisováno jako jeden z nejsilnějších faktorů mající své místo v etiologii deviací (Levenson & Grady, 2016;

Furnham & Haraldsen, 1998). Stejně tak se u participantů nevyskytovala přítomnost deviace v rodině, respektive o ni nemluvili.

Někteří z pacientů ve svém životě nepopisují **žádný kritický faktor v rodině**. Raboch (2014) zastává názor, že výchovné vlivy v rámci sexuálních deviací působí pouze v omezené míře a neovlivňují vlastní poruchu motivace. Tento názor potvrzuje zejména participant č. 1, který popisuje své vztahy v rodině jako harmonické, nemá problém navazovat jiné společenské vztahy, neudával žádné dětské trauma aj. Obdobně na tom byl participant č.2 a participant č. 5. Všichni tři participanté mají diagnózu pedofilie.

Svoji roli v rámci páčání měly také **situační vlivy**. V případě dvou participantů se jednalo o stres a u dalších dvou o požití návykových látek. Oba participanté (participant č. 5 a 6), kteří páchali (pouze recidivu) pod vlivem stresu byli heterosexuální pedofilové. Ani jeden z nich nebyl fixovaný, tzn. oba byli tzv. situační pedofilové. Právě Burgesová, Grith a Holmstorm (1996) ve své typologii situačních pedofilů vymezují tzv. regredovaný subtyp, který útočí na děti pod vlivem zátěžové situace. Jako zátěžovou situaci oba participanté zmiňovali rozchod se svojí přítelkyní. Role stresu u sexuálních deviantů bývá podceňována. Někteří autoři popisují stres jako možný faktor pro páčání sexuálních deliktů, ale pouze u nedevariantních pachatelů (Hoyer et al., 2001).

Labelle et al. (2012) tvrdí, že jsou sexuální deviace spojovány s vyšší mírou psychiatrických komorbidit. V rámci výzkumu tomu tak bylo u participanta č. 3 (PSA), který trpí schizofrenií, ta se rozpoutala ale pravděpodobně jako důsledek stresu z týrání ve vězení. Dále u participanta č. 6 (heterosexuální pedofilie), kterému byla v dětství diagnostikována lehká mozková dysfunkce. Ta je v dnešní době již nazývána jako ADHD, které popisuje i Spilková (2013) jako častou možnou psychiatrickou komorbiditu. Také se u participantů vyskytovaly zmíněné závislosti, a to u participanta č. 7 (exhibicionismus) a u participanta č. 8 (PSA).

Důležité dále je, jakým způsobem nahlížejí sami participanté na možné kritické faktory ve svém životě. Jak bylo zmíněno ve výzkumné části, participanté se o této problematice již s lékaři bavili a ví, že přesná etiologie sexuálních deviací nebyla zjištěna. Ti, kteří měli nějaké problémy v dětství udávali, že je to podle nich „půl na půl“, tedy možná dáno biologicky, možná zmíněnými problémy v dětství. Participant č. 5 (heterosexuální pedofilie) předpokládá, že svou roli sehrál stres, který měl při druhém deliktu. Participant č. 6 (heterosexuální pedofilie) vidí problém zejména v šikaně, kterou prožíval primárně

ve škole, ale také v tom, že se narodil starší rodiče, jejíž těhotenství bylo rizikové. Taktéž přikládá váhu stresu, který působil při dalších deliktech. Participant č. 8 (PSA) myslí, že je sexuální deviace a spáchaný trestný čin důsledkem jeho životního stylu (závislost na alkoholu) a nerespektování autorit. Zbytek participantů nemá na příčiny, respektive kritické faktory, jasný náhled.

Ačkoliv se výzkum zaměřoval zejména na kritické faktory, zjišťovány byly i další informace, zejména způsob páchaní trestných činů a samotný vývoj deviace. Zjišťováno bylo, jakým způsobem byly páchány trestné činy, co působilo pacientům vzrušení na daném skutku a jaké preferovali oběti.

Předmětem zájmu bylo také to, zdali své oběti participanti znali, na základě čeho si je vybrali, zdali ulpívali na stejném způsobu páchaní aj. (Ne)známost obětí byla naprosto vyrovnaná. Čtyři pacienti (participant č. 1, 2, 4, 6) své oběti znali. Jednalo se buď o rodinné známé nebo příbuzné. Participant č. 1 (homosexuální pedofilie) s obětí navazoval dlouhodobější přátelské vztahy ještě před pohlavním zneužitím. Zbytek participantů své oběti neznal, respektive oběti neznaly je. Například participant č.3 (PSA) své oběti dlouhodoběji sledoval.

Velmi častá byla recidiva pacientů. Všichni pacienti již měli více zkušeností s porušením zákonných limitů. Podle kritérií dle Zvěřiny (2003) je rizikovým faktorem už přítomnost samotné sexuální deviace. Rizikové je i to, že trestnou činnost participantů opakovali. Dalším významným faktorem je chybějící nebo špatně fungující vztah. To odpovídá i faktu, že dva pacienti páchali recidivu pod vlivem stresu z rozchodu s přítelkyní. Naopak už jen schopnost dosahovat nedelegantního sexuálního vzrušení je pozitivní faktor pro snižování rizika recidivy (Sejbalová & Reguli, 2007). Neschopnost dosahovat nedelegantního sexuálního vzrušení se vyskytovala pouze u participanta č. 2 (heterosexuální pedofilie). V rámci recidivy bylo zjištěno, že u třech participantů lze hovořit o pochybení systému, bez kterého by k recidivě dojít nemuselo. Participant č. 2 (heterosexuální pedofilie) přestal v roce 1989 chodit na ambulantní léčbu, což se nijak neřešilo, participant č. 3 (PSA) byl po prvních deliktech v léčbě na pozorování a propuštěn bez léčení a participant č. 4 (PSA s nevyhraněností) spáchal první dva delikty v azylovém domě, což se také nijak neřešilo.

Ani u jednoho z patologických sexuálních agresorů se nevyskytovaly fantazie, ve kterých by užívali moci nebo násilí. To odpovídá názoru Švarce (2017), který hovoří

o problematice zařazování patologické sexuální agresivity pod sexuální deviace, vzhledem k tomu, že pravidelné fantazie, které by měly být diagnostickým vodítkem deviací, u patologických sexuálních deviantů zpravidla chybí. Skutečně se v teorii patologických sexuálních agresorů objevuje často diskurz, a to například při samotném vymezení rozdílů mezi patologickými sexuálními agresory a sexuálními sadisty.

V neposlední řadě je třeba zmínit také limity práce. IPA, ale i kvalitativní metodologie obecně, má své limity zejména v nemožnosti aplikovat zjištěné informace na větší vzorek. Tak tomu je i ve výzkumu této bakalářské práce. Přestože osm participantů je pro fenomenologickou analýzu dostačující, výsledky výzkumu lze generalizovat jen těžko.

Prvek, který je téměř neovlivnitelný, je možná (ne)upřímnost participantů. Bylo pouze na nich, které informace výzkumníkovi prozradí a nakolik tyto informace budou pravdivé. Je zcela normální, že se v interview, ale i v jiných oblastech lidského života, snaží osoby vypadat v lepším světle, než tomu tak je. Je možné, že tomu tak bylo i u participantů tohoto výzkumu. Zároveň je pochopitelné, že se participantů nemuseli chtít svěřovat se všemi intimními kritickými faktory, jako je případné pohlavní zneužití v dětství. Tento limit výzkumu by se dal odstranit následnou konzultací výpovědi pacientů s jejich vedoucí lékařkou, nicméně to by bylo vůči participantům nedůstojné a hraničící s etikou výzkumu. Přijatelné by bylo docházení výzkumníka před samotným výzkumem častěji na komunity pacientů, kde by mohla být získána větší důvěra ze strany participantů. Určitá míra pozitivního zkreslení je ovšem běžná a nelze ji zcela eliminovat.

Pouze z interview nelze zcela vyvodit, jaké všechny faktory mohly vést osoby k sexuálním deviacím. Rozebrány mohly být pouze příčiny v rodině, jiných vztazích či situační vlivy, a to pouze z pohledu samotných sexuálních deviantů. Pro komplexnější rozbor etiologie by bylo třeba užití specializovanějších technik, například zobrazovacích struktur mozku, sledování míry hladiny některých hormonů aj.

Jako limit výzkumu lze označit i nezkušenost výzkumníka s vedením rozhovorů. To se odrazilo na pokládání doplňujících otázek, kdy až při transkripci rozhovorů, přicházely další nápady, na co bylo možné se dále zeptat. Nezkušenost se samotnou interpretativní fenomenologickou analýzou se následně odrazila v těžkosti vyvozování témat z interview.

Teoretická část práce by se dala také rozšířit o další možné kapitoly týkající se vývoje sexuálních deviací, způsobů páčání u jednotlivých sexuálních deviací aj. Do budoucna

by byla také zajímavá studie sexuálních deviací u žen a porovnání etiologie a kritických faktorů mezi pohlavími.

Práce přináší pohled na sexuální deviace z jiného úhlu, a to z úhlu samotných osob se sexuální deviací. Bakalářská práce porovnávala různé zdroje, studie a výzkumy, týkající se nejen etiologie sexuálních deviací, s tím, jak na problematiku nahlíží samotné osoby, které mají k této problematice nejbližší. Interview s účastníky tak může napomoci k lepšímu pochopení toho, co je vedlo ke spáchání tak závažného deliktu.

12 ZÁVĚR

Práce si kladla za úkol přiblížit problematiku sexuálních deviací. Výzkumná otázka, která byla položena na začátku výzkumu, se zaměřovala na to, jaké kritické faktory se objevovaly v životech pacientů se sexuální deviací. Závěrem je třeba na tuto otázku odpovědět.

V životech pacientů se vyskytovaly různé kritické faktory, které nebyly totožné u všech participantů. Mezi kritické faktory lze zařadit různé činitele v rodině, jako je například fyzické týrání, nestálá vazba s matkou, emocionální zanedbávání či striktní výchova. Dále interpersonální vztahy, tj. neschopnost navazovat vztahy s adekvátně vyspělou osobou či stydlivost při navazování vztahů. U participantů se také objevovaly komorbidity typu lehké mozkové dysfunkce, schizofrenie a závislosti na pervitinu či alkoholu. Dva participantů spáchali skutek, když byli intoxikováni. Dva participantů páchali recidivu pod vlivem stresu z rozchodu s přítelkyní. V rámci kritických faktorů nebylo možné prozkoumat neuropsychologické faktory.

Cílem práce bylo popsat kritické faktory ve vývoji sexuálních deviací a tento byl naplněn.

13 SOUHRN

Bakalářská práce na téma „sexuální deviace v návaznosti na mravnostní trestnou činnost“ se zabývá teoretickou rešerší informací o sexuálních deviacích. Dochází v ní k propojování sexuálních deviací s mravnostní kriminalitou a trestnými činy.

V první části jsou definovány samotné pojmy deviace a normality, pro které existuje více možných pojetí (statistická norma, sociokulturní norma aj.). Následně jsou charakterizovány samotné sexuální deviace. Ty je možné podle uvedených pojetí normality popsat jako odchylky od sexuální normy, kdy sexuální norma je to, co je v sexualitě statisticky běžné, co je funkční, co je normální v kultuře atp. Sexuální deviace jsou nadále rozděleny do dvou celků – sexuální deviace v objektu (pedofilie, zoofilie, nekrofilie aj.) a sexuální deviace v aktivitě (patologická sexuální agresivita, exhibicionismus, voyerismus aj.).

Následující tři kapitoly hlouběji souvisí s výzkumnou částí. Jedná se o kapitolu zabývající se kritickými faktory při vývoji sexuálních deviací, sexuální deviace z pohledu zákona a léčení osob se sexuální deviací. Příčiny sexuálních deviací jsou nejasné a různé studie, různí autoři nahlíží na tyto příčiny odlišně. Sexuální deviace mohou být způsobené traumatickými zážitky z dětství (Furnham & Haraldsen, 1998; Levenson & Grady, 2016), stejně tak jako změnami v mozkových strukturách (Jordan et al., 2011; Tenbergen et al., 2015; Joyal et al., 2007), případně i určitými hormonálními dysbalancemi, jako je vyšší hladina LH u pedofilních sexuálních deviantů (Bain et al., 1988; Gaffney & Berlin, 1984). Při odstraňování zábran při páčání trestných činů mají roli i situační faktory ve formě stresu či omamných látek. Vyskytují se také psychiatrické komorbidity, jako je ADHD,

Kapitola „sexuální deviace z pohledu zákona“ seznamuje čtenáře se základy zejména trestního práva, popisuje trestné činy, které jsou typické (nejen) pro sexuální deviace. Mezi takové trestné činy lze zařadit například znásilnění, pohlavní zneužívání, ohrožování výchovy dětí aj. Mimo to se kapitola zabývá jinými aspekty deviací, které jsou také upraveny zákonem, a to například recidivou, nebo tím, kdo vůbec rozhoduje o diagnóze sexuální deviace (soud).

Následuje kapitola o léčení sexuálních deviací. Vzhledem k tomu, že jsou pro práci stěžejní ty osoby, které spáchaly trestný čin, zabývá se tato kapitola zejména ochranným léčením a zákonnými podmínkami jeho ukládání. Pro ukládání ochranného léčení je třeba

splnit čtyři alternativní podmínky, mezi kterými je nepřičetnost, respektive zmenšená přičetnost osoby, která spáchala daný trestný čin, vliv duševní poruchy na čin pachatele, či spáchání činu pod vlivem alkoholu a zároveň nebezpečnost pachatelova pobytu na svobodě. Zmíněna je také testikulární pulpektomie a jiné možnosti léčby, jako je psychoterapie a případně farmakoterapie, která spočívá primárně v podávání antidepresiv či antiandrogenů.

Kapitola o možnostech léčby sexuálních deviací pak přechází ve výzkumnou část. Cílem výzkumné části bylo zjistit, jakým způsobem tito pacienti nahlíží na svou deviaci a možné příčiny, respektive kritické faktory, které svému jednání přikládají. Výzkumná část byla uskutečněna formou polostrukturovaných interview s 8 pacienty psychiatrické léčebny. Mezi pacienty byli 4 pedofilové, 3 patologičtí sexuální agresoři (jeden s nevyhraněností) a jeden exhibicionista. Získaná data byla analyzována pomocí fenomenologické interpretativní analýzy.

Zjištěno bylo několik kritických faktorů, které se týkaly rodiny (násilí v rodině, zanedbávání, týrání, nestabilní vztahy rodičů), jiných interpersonálních vztahů (neschopnost navazovat vztahy s adekvátně vyspělou osobou, stydlivost se seznamovat) či situačních činitelů (alkohol, stres). U sexuálních deviací také nejsou neobvyklé komorbidity, kdy u pacientů byla diagnostikována lehká mozková dysfunkce, schizofrenie a jiní měli problém se závislostí na pervitinu či alkoholu. U dvou participantů pak došlo k nahromadění několika kritických faktorů. U participanta s diagnózou pedofilie to bylo pozdní těhotenství matky, násilí mezi rodiči, diagnostikování lehké mozkové dysfunkce, šikana na škole i na vojně a následný vliv stresu u dalších jím spáchaných trestných činů. U pacienta s diagnózou exhibicionismu se vyskytovalo týrání v rodině a jako důsledek týrání užívání pervitinu a alkoholu.

Žádný z faktorů se ovšem nevyskytoval u všech pacientů dohromady. Výzkumná část tak odpovídá tomu, co bylo zjištěno v rámci teoretické části bakalářské práce. Nápadné podobnosti se vyskytovaly u osob se stejnou deviací, nicméně nebylo tomu tak ve všech případech. Například dva ze tří sexuálních agresorů měli problém s navazováním vztahů (styděli se). Třetí patologický sexuální agresor měl ovšem sedmiletý vztah, během kterého nepáchal trestnou činnost. Problémy v rodině neměli zejména pedofilní pacienti (kromě jednoho) aj.

Co se týká způsobu páchaní trestných činů, u pacientů, dle jejich výpovědi, nedocházelo ke stupňování agrese a násilí během páchaní dalších trestných činů. V naprosté většině participanti ulpívali na stejném způsobu páchaní, kromě jednoho (homosexuální pedofilie), u kterého by mohlo být popsáno určité odbourávání zábran při páchaní – při prvním deliktu dostával oběť na svou stranu po dobu půl roku prostřednictvím určitých výhod, až poté na ni nějakým způsobem sáhnul. Při dalších deliktech již osahával chlapce v bazéně nebo navazoval nepovolené kontakty s chlapci na internetu. Ani u něj ovšem nebylo stupňování nikterak výrazné, spíše se zkracovala doba navazování nedovolených kontaktů s chlapci.

Pacienti psychiatrické nemocnice byli také dotazováni, co je na samotném činu vzrušovalo. Patologické sexuální agresory vesměs přitahovala na činu moc, respektive nadvláda nad obětí a bolest, kterou oběti způsobují. Participanta s pedofilií přitahovala dětská nevinnost.

Někteří participanti útočili na známé oběti, ať již se jednalo o rodinné známé nebo přímo o rodinné příslušníky. Pouze dva participanti útočili na zcela náhodnou oběť – patologický sexuální agresor a exhibicionista.

Pacienti byli také dotazováni na vývoj jejich sexuální deviace, zejména na to, kdy začali v rámci své sexuality pociťovat odlišnosti. Někteří pacienti zjišťovali difference ještě před spácháním prvního skutku, někteří naopak až spácháním daného skutku. Druhá forma zjištění sexuální deviace, tj. prvním deliktem, se vyskytovala u naprosté většiny participantů. Před prvním deliktem o své odlišnosti uvažovali pouze dva participanti, v obou případech s diagnózou pedofilie.

Zajímavé zjištění bylo, že všichni pacienti již měli z minulosti zkušenost s páchaním trestné činnosti, ať již se jednalo o mravnostní kriminalitu (7 pacientů) nebo o zcela jiný druh kriminality. Dva participanti, oba s diagnózou pedofilie, páchali recidivu pod vlivem stresu z rozchodu s přítelkyní. U třech participantů mohlo být pravděpodobně recidivě zabráněno, nicméně došlo k určitému systémovému pochybení. V rámci léčby nyní získávají náhled nad jednáním, které spáchali, potížemi, které obětem způsobili, ale také nad tím, jak se zachovat, pokud se u nich opět projeví parafilní tendence.

Nakonec je třeba poukázat na neočekávaně dobrou míru spolupráce ze strany pacientů psychiatrické léčebny v Bohnicích a také na jejich nápomocnost při vedení interview.

LITERATURA

- Arrigo, B. A., & Purcell, C. E. (2001). Explaining paraphilias and lust murder: Toward an integrated model. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 45(1), 6-31. <https://doi.org/10.1177/0306624X01451002>
- Bain, J., Langevin, R., Hucker, S., Dickey, R., Wright, P., & Schonberg, C. (1988). Sex Hormones in Pedophiles: I Baseline Values of Six Hormones in the Gonadotropin Releasing Hormone Test. *Annals of Sex Research*, 1(3), 443-454. <https://doi.org/10.1177/107906328800100306>
- Beech, A. R., Miner, M. H., & Thornton, D. (2016). Paraphilias in the DSM-5. *Annual review of clinical psychology*, 12, 383-406. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093330>
- Blatníková, Š. (2009). *Pachatelé komerčního sexuálního zneužívání dětí*. Získáno z: <http://www.ok.cz/iksp/docs/366.pdf>
- Blatníková, Š., Faridová, P., & Zeman, P. (2014). *Násilná sexuální kriminalita – téma pro experty i veřejnost* Získáno z: <http://www.ok.cz/iksp/docs/418.pdf>
- Bradford, J. M. (2001). The neurobiology, neuropharmacology, and pharmacological treatment of the paraphilias and compulsive sexual behaviour. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 46(1), 26-34. <https://doi.org/10.1177/070674370104600104>
- Briken, P., Habermann, N., Berner, W., & Hill, A. (2006). XYY chromosome abnormality in sexual homicide perpetrators. *American Journal of Medical Genetics Part B: Neuropsychiatric Genetics*, 141(2), 198-200. <https://doi.org/10.1002/ajmg.b.30279>
- Gaffney, G. R., & Berlin, F. S. (1984). Is there Hypothalamic-Pituitary-Gonadal Dysfunction in Paedophilia?: A Pilot Study. *The British journal of psychiatry*, 145(6), 657-660. <https://doi.org/10.1192/bjp.145.6.657>
- Faupel, S. (2015). Etiology of adult sexual offending. *Sex Offender Management Assessment and Planning Initiative Research Brief*. Získáno 10. února 2020 z: <https://www.smart.gov/pdfs/EtiologyofAdultSexualOffending.pdf>
- Fifková, H., Weiss, P., Procházka, I., Peggy, T., Pfäfflin, F., Jarolím, L., ... Weiss, V. (2008). *Transsexualita a jiné poruchy pohlavní identity*. Praha: Grada.

- Fischer, S., & Škoda, J. (2014). *Sociální patologie*. Praha: Grada.
- Furnham, A., & Haraldsen, E. (1998). Lay theories of etiology and “cure” for four types of paraphilia: Fetishism; pedophilia; sexual sadism; and voyeurism. *Journal of Clinical Psychology*, 54(5), 689-700. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1097-4679\(199808\)54:5<689::AID-JCLP15>3.0.CO;2-9](https://doi.org/10.1002/(SICI)1097-4679(199808)54:5<689::AID-JCLP15>3.0.CO;2-9)
- Harrison, K., McCartan, K., & Manning, R. (2010). Managing High Risk Sex Offenders in the Community. Získáno 5. ledna 2020 z: https://wccsj.ac.uk/images/docs/paedophilia_definitions_and_aetiology.pdf
- Hosák, L., Hrdlička, M., & Libiger, J. (2015). *Psychiatrie a pedopsychiatrie*. Praha: Karolinum.
- Jordan, K., Fromberger, P., Stolpmann, G., & Müller, J. L. (2011). The role of testosterone in sexuality and paraphilia - A neurobiological approach. Part II: Testosterone and paraphilia. *The journal of sexual medicine*, 8(11), 3008-3029. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2011.02393.x>
- Kukla, L., Průchová, D., Schneiberg, F., Struk, P., Struková, N., Velemínský, M., & Velemínský, M. (2016). *Sociální a preventivní pediatrie v současném pojetí*. Praha: Grada.
- Labelle, A., Bourget, D., Bradford, J. M., Alda, M., & Tessier, P. (2012). Familial paraphilia: A pilot study with the construction of genograms. *ISRN psychiatry*. <https://doi.org/10.5402/2012/692813>
- Levenson, J. S., & Grady, M. D. (2016). The influence of childhood trauma on sexual violence and sexual deviance in adulthood. *Traumatology*, 22(2), 94–103. <https://doi.org/10.1037/trm0000067>
- Marková, E., Venglářová, M., & Babiaková, M. (2006). *Psychiatrická ošetrovatelská péče*. Praha: Grada.
- Marshall, W. L., & Marshall, L. E. (2000). The Origins of Sexual Offending. *Trauma, Violence, & Abuse*, 1(3), 250–263. <https://doi.org/10.1177/1524838000001003003>
- Matoušková, I. (2013). *Aplikovaná forenzní psychologie*. Praha: Grada.
- McAnulty, R.D., & M.M. Burnette. (2006). *Sex and sexuality: sexual deviation and sexual offenses*. Praeger perspectives: London.
- Munková, G. (2001), *Sociální deviace: přehled sociologických teorií*. Praha: Karolinum.

- Úřad zdravotnických informací a statistiky ČR. (2020) Mezinárodní klasifikace nemocí
Získáno z: <https://old.uzis.cz/cz/mkn/index.html>
- Pavlovský, P., Malá, P., Procházka, L., & Šrutová L. (2012). *Soudní psychiatrie a psychologie* (4. vyd.). Praha: Grada.
- Raboch, J., & Pavlovský, P. (2013). *Psychiatrie*. Praha: Karolinum.
- Rada, R.T., Laws, D.R., Kellner, R., Stivastava, L., & Peake, G.T. (1983). Plasma androgens in violent and nonviolent sex offenders. *The Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, (11)2, Získáno 18. února 2020 z WWW: <https://www.semanticscholar.org/paper/Plasma-androgens-in-violent-and-nonviolent-sex-Rada-Laws/aec90807f04c7b622712cf18a5476257734a6a2a>.
- Řiháček, T. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: Masarykova univerzita.
- Sejbalová, M. P., & Reguli, M. H. (2007). Naše zkušenosti s atypickými sexuálními projevy mladistvých. *Psychiatrie pro praxi*, 3. Získáno 19. února 2019 z: https://www.psychiatriepropraxi.cz/artkey/psy-200703-0009_Nase_zkusenosti_s_atypicky_mi_sexualnimi_projevy_mlادistvych.php?back=%2Fsearch.php%3Fquery%3Dna%25B9e%2Bzku%25B9enosti%2B%2Batypick%25FDmi%26sfrom%3D0%26spage%3D30
- Schiavi, R. C., Theilgaard, A., Owen, D. R., & White, D. (1988). Sex chromosome anomalies, hormones, and sexuality. *Archives of general psychiatry*, 45(1), 19-24. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1988.01800250023004>
- Sobotková, I. (2007). *Psychologie rodiny* (3.vyd.). Praha: Portál.
- Spilková, J. (2012). Sexuologické problémy u dětí. *Pediatr.praxi*, 14(2). Získáno 20. února 2020 z: <https://www.solen.cz/pdfs/ped/2013/02/02.pdf>
- Švarc, J. (2017). „Patologická sexuální agresivita“ v praxi. *Psychiatrie pro praxi*. 18(2). Získáno 28.9.2019 z <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2017/02/08.pdf>
- Švarc, J., Hollý, M., Páv, M., & Šupina, V. (2015). Ochranné léčení – aktuální problematika, vývoj. *Česká a slovenská psychiatrie 111* (5). Získáno 19. února 2020 z: <https://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=11&sid=afbce124-7a2f-4de4-9654-946e60c9a766%40sessionmgr101>
- Tenbergen, G., Wittfoth, M., Frieling, H., Ponseti, J., Walter, M., Walter, H., ... & Kruger, T. H. (2015). The neurobiology and psychology of pedophilia: recent advances and

challenges. *Frontiers in human neuroscience*, 9, 344. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2015.00344>

Urban, L. (2017). *Sociologie – Klíčová témata a pojmy*. Praha: Grada.

Vágnerová, M. (2003). *Psychopatologie pro pracovníky policie a vězeňské služby*. Liberec: TU.

Weiss, P. (2002). *Sexuální deviace: Klasifikace, diagnostika a léčba*. Praha: Portál.

Weiss, P., Brichcín, S., Čepická, B., Čepický, P., Fifková, H., Hanuš, M., ... Žourková, A. (2010). *Sexuologie*. Praha: Grada.

Weiss, P., Brichcín, S., Dunovský, J., Fifková, H., Kolářský, A., Mitlöchner, ... Želásko, P. (2005). *Sexuální zneužívání dětí*. Praha: Grada.

Weiss, P. (2000). Tušerství. Získáno 10. února z: <http://medicina.cz/clanky/2475/34/Tuserstvi/>

Wurtele, S. K., Simons, D. A., & Parker, L. J. (2018). Understanding men's self-reported sexual interest in children. *Archives of sexual behavior*, 47(8), 2255-2264. <https://doi.org/10.1007/s10508-018-1173-z>

Zákon č. 40/2009 Sb. Trestní zákoník, ve znění pozdějších předpisů.

Zákon o specifických zdravotních službách, zákon č. 373/2011 Sb., ve znění pozdějších předpisů.

Zvěřina, J. (2003). *Sexuologie (nejen) pro lékaře*. Brno: CERM.

Zvěřina, J. & Weiss, P. (2016). *Doporučené postupy v terapii parafilních sexuálních delikventů*. Získáno z: http://www.mzcr.cz/dokumenty/doporucene-postupy-v-terapii-parafilnich-sexualnich-delikventu_12999_3216_1.html

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

1. Abstrakt
2. Zadání diplomové práce
3. Stěžejní zmíněné skutkové podstaty
4. Povolení etické komise
5. Vzor informovaného souhlasu
6. Ukázka otázek v rozhovoru
7. Ukázka z rozhovoru

Příloha č.1: Abstrakt

ABSTRAKT DIPLOMOVÉ PRÁCE

Název práce: Sexuální deviace v návaznosti na mravnostní kriminalitu

Autor práce: stržm. Bc. Anna Nyplová

Vedoucí práce: PhDr. Marek Kolařík, PhD.

Počet stran a znaků: 79 str., 130 776 znaků s mezerami

Počet příloh: 7

Počet titulů použité literatury: 46

Abstrakt (800 – 1200 zn.): Bakalářská práce v teoretické části poskytuje základní informace o sexuálních deviacích, kritických faktorech při vývoji sexuálních deviací a páčání mravnostní kriminality, dále seznamuje čtenáře se zákonnými základy aspektů spojených se sexuálními deviacemi a s možnostmi léčby těchto deviací. Praktická část přináší informace ohledně možných kritických faktorů z pohledu samotných osob se sexuální deviací, které se léčí v psychiatrické nemocnici v Bohnicích. S výzkumem souhlasila etická komise psychiatrické léčebny v Bohnicích. Výzkumné části se účastnilo celkem 8 pacientů, z toho 4 s diagnózou patologické sexuální agresivity, 3 s pedofilií a 1 s exhibicionismem. Praktická část proběhla formou polostrukturovaných interview, kdy data byla zpracována prostřednictvím interpretativní fenomenologické analýzy.

Klíčová slova: Kritické faktory * mravnostní trestné činy * ochranná léčba * sexuální deviace

ABSTRACT OF THESIS

Title: The sexual deviance in connection with moral crimes

Author: stržm. Bc. Anna Nyplová

Supervisor: PhDr. Marek Kolařík, PhD.

Number of pages and characters: 79 str., 130 776

Number of appendices: 7

Number of references: 46

Abstract: The bachelor thesis in the theoretical part provides basic information about the sexual deviations, critical factors in development of sexual deviations and committing moral

crimes, as well as acquaint the reader with the basic of law in the field connected with sexual deviations and the treatment options of these deviations. The practical part brings information about possible critical factors from the point of view of persons with sexual deviation who are treated in psychiatric hospital in Bohnice. The ethics committee of the Bohnice psychiatric hospital agreed with this research. A total of 8 patients cooperated, 4 of whom were diagnosed with pathological sexual aggression, 3 with pedophilia and 1 with exhibitionism. The practical part was in the form of semi-structured interviews, the data were processed through interpretative phenomenological analysis.

Key words:

Critical factor * moral crimes * protective treatment * sexual deviations

Příloha č.2: Zadání diplomové práce

Příloha č.3: Stěžejní zmíněné skutkové podstaty

Zákon č. 40/2009 Sb., ve znění pozdějších předpisů:

§ 26 Nepříčetnost

Kdo pro duševní poruchu v době spáchání činu nemohl rozpoznat jeho protiprávnost nebo ovládat své jednání, není za tento čin trestně odpovědný.

§ 27 Zmenšená příčetnost

Kdo pro duševní poruchu v době spáchání činu měl podstatně sníženou schopnost rozpoznat jeho protiprávnost nebo ovládat své jednání, je zmenšeně příčetný.

§99 Ochranné léčení

(1) Soud uloží ochranné léčení v případě uvedeném v § 40 odst. 2 a § 47 odst. 1, nebo jestliže pachatel činu jinak trestného není pro nepříčetnost trestně odpovědný a jeho pobyt na svobodě je nebezpečný.

(2) Soud může uložit ochranné léčení i tehdy, jestliže

a) pachatel trestný čin spáchal ve stavu vyvolaném duševní poruchou a jeho pobyt na svobodě je nebezpečný, nebo

b) pachatel, který zneužívá návykovou látku, spáchal trestný čin pod jejím vlivem nebo v souvislosti s jejím zneužíváním; ochranné léčení však neuloží, je-li vzhledem k osobě pachatele zřejmé, že jeho účelu nelze dosáhnout.

(3) Ochranné léčení může soud uložit i vedle trestu anebo při upuštění od potrestání.

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

ochranného léčení, soud může rozhodnout o jeho pokračování v zdravotnickém zařízení poskytujícím ústavní nebo ambulantní péči.

(5) Ústavní léčení může soud změnit dodatečně na léčení ambulantní a naopak. Ústavní ochranné léčení může soud změnit za podmínek § 100 odst. 1 nebo 2 na zabezpečovací detenci. Bez podmínek § 100 odst. 1 nebo 2 může soud změnit ústavní ochranné léčení na zabezpečovací detenci, jestliže uložené a vykonávané ochranné léčení neplní svůj účel nebo nezajišťuje dostatečnou ochranu společnosti, zejména v případě, že pachatel utekl ze zdravotnického zařízení, užil násilí vůči zaměstnancům zdravotnického zařízení nebo jiným osobám ve výkonu ochranného léčení nebo opakovaně odmítl vyšetřovací nebo léčebné výkony či jinak projevil negativní postoj k ochrannému léčení.

(6) Ochranné léčení trvá, dokud to vyžaduje jeho účel. Ústavní ochranné léčení trvá nejdéle dvě léta; nebude-li v této době léčba ukončena, rozhodne soud před skončením této doby o jejím prodloužení, a to i opakovaně, vždy však nejdéle o další dvě léta; jinak rozhodne o propuštění z ochranného léčení nebo o změně ústavního léčení na léčení ambulantní, ledaže má pachatel vinu na tom, že soud v uvedené době nemohl rozhodnout; v takovém případě soud rozhodne bezodkladně po odpadnutí překážky bránící rozhodnutí. Trvání ochranného léčení uloženého podle odstavce 2 písm. b) může být ukončeno, jakmile se během jeho výkonu zjistí, že jeho účelu nelze dosáhnout; je-li nebezpečí, že odsouzený spáchá další trestný čin, soud v rozhodnutí o propuštění z ochranného léčení uloží odsouzenému dohled nad jeho chováním až na dobu pěti let; na výkon dohledu se užije obdobně ustanovení § 49 až 51. O propuštění z ochranného léčení rozhoduje soud.

(7) Od výkonu ochranného léčení soud upustí, pominou-li před jeho započítáním okolnosti, pro něž bylo uloženo.

§ 185 Znásilnění

(1) Kdo jiného násilím nebo pohrůzkou násilí nebo pohrůzkou jiné těžké újmy donutí k pohlavnímu styku, nebo

kdo k takovému činu zneužije jeho bezbrannosti,

bude potrestán odnětím svobody na šest měsíců až pět let.

(2) Odnětím svobody na dvě léta až deset let bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1

a) souloží nebo jiným pohlavním stykem provedeným způsobem srovnatelným se souloží,

b) na dítěti, nebo

c) se zbraní.

- (3) Odnětím svobody na pět až dvanáct let bude pachatel potrestán,
- a) spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 na dítěti mladším patnácti let,
 - b) spáchá-li takový čin na osobě ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody, ochranného léčení, zabezpečovací detence, ochranné nebo ústavní výchovy anebo v jiném místě, kde je omezována osobní svoboda, nebo
 - c) způsobí-li takovým činem těžkou újmu na zdraví.
- (4) Odnětím svobody na deset až osmnáct let bude pachatel potrestán, způsobí-li činem uvedeným v odstavci 1 smrt.
- (5) Příprava je trestná.

§ 187 Pohlavní zneužití

- (1) Kdo vykoná soulož s dítětem mladším patnácti let nebo kdo je jiným způsobem pohlavně zneužije, bude potrestán odnětím svobody na jeden rok až osm let.
- (2) Odnětím svobody na dvě léta až deset let bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 na dítěti mladším patnácti let svěřeném jeho doзору, zneužívaje jeho závislosti nebo svého postavení a z něho vyplývající důvěryhodnosti nebo vlivu.
- (3) Odnětím svobody na pět až dvanáct let bude pachatel potrestán, způsobí-li činem uvedeným v odstavci 1 těžkou újmu na zdraví.
- (4) Odnětím svobody na deset až osmnáct let bude pachatel potrestán, způsobí-li činem uvedeným v odstavci 1 smrt.
- (5) Příprava je trestná.

§ 192 Výroba a jiné nakládání s dětskou pornografií

- (1) Kdo přechovává fotografické, filmové, počítačové, elektronické nebo jiné pornografické dílo, které zobrazuje nebo jinak využívá dítě nebo osobu, jež se jeví být dítětem, bude potrestán odnětím svobody až na dva roky.
- (2) Stejně bude potrestán ten, kdo prostřednictvím informační nebo komunikační technologie získá přístup k dětské pornografii.
- (3) Kdo vyrobí, doveze, vyveze, proveze, nabídne, činí veřejně přístupným, zprostředkuje, uvede do oběhu, prodá nebo jinak jinému opatří fotografické, filmové, počítačové, elektronické nebo jiné pornografické dílo, které zobrazuje nebo jinak využívá dítě nebo osobu, jež se jeví být dítětem, anebo kdo kořistí z takového pornografického díla,

bude potrestán odnětím svobody na šest měsíců až tři léta, zákazem činnosti nebo propadnutím věci.

(4) Odnětím svobody na dvě léta až šest let nebo propadnutím majetku bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 3

a) jako člen organizované skupiny,

b) tiskem, filmem, rozhlasem, televizí, veřejně přístupnou počítačovou sítí nebo jiným obdobně účinným způsobem, nebo

c) v úmyslu získat pro sebe nebo pro jiného značný prospěch.

(5) Odnětím svobody na tři léta až osm let nebo propadnutím majetku bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 3

a) jako člen organizované skupiny působící ve více státech, nebo

b) v úmyslu získat pro sebe nebo pro jiného prospěch velkého rozsahu.

§ 201 Ohrožování výchovy dítěte

(1) Kdo, byť i z nedbalosti, ohrozí rozumový, citový nebo mravní vývoj dítěte tím, že

a) svádí ho k zahálčivému nebo nemravnému životu,

b) umožní mu vést zahálčivý nebo nemravný život,

c) umožní mu opatřovat pro sebe nebo pro jiného prostředky trestnou činností nebo jiným zavrženíhodným způsobem, nebo

d) závažným způsobem poruší svou povinnost o ně pečovat nebo jinou svou důležitou povinnost vyplývající z rodičovské zodpovědnosti,

bude potrestán odnětím svobody až na dvě léta.

(2) Kdo umožní, byť i z nedbalosti, dítěti hru na výherním hracím přístroji, který je vybaven technickým zařízením, které ovlivňuje výsledek hry a které poskytuje možnost peněžité výhry, bude potrestán odnětím svobody až na jeden rok, peněžitým trestem nebo zákazem činnosti.

(3) Odnětím svobody na šest měsíců až pět let bude pachatel potrestán,

a) spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 nebo 2 ze zavrženíhodné pohnutky,

b) pokračuje-li v páchání takového činu po delší dobu,

c) spáchá-li takový čin opětovně, nebo

d) získá-li takovým činem pro sebe nebo pro jiného značný prospěch.

Příloha č.4: Povolení etické komise



Etická komise
ekomise@bohnice.cz

Anna Nyplová
katedře psychologie Univerzity
Palackého v Olomouci,

Naše značka: Vyřizuje/linka: **284016141** V Praze dne **13.11. 2018**

Etická komise PN Bohnice vyslovila **souhlas** se sběrem **informací v rámci** Bakalářské práce "Sexuální deviace v návaznosti na mravnostní trestnou činnost", pod vedením PhDr. Marka Kolařík, a Ph.D., na katedře psychologie Univerzity Palackého v Olomouci,

MUDr. Richard Krombholz
Předseda etické komise PL Bohnice

Mgr. Jan Pomýkacz v.z.
tajemník etické komise

Psychiatrická nemocnice Bohnice
lékárna
Ústavní 91
181 02 Praha 8 - Bohnice

Psychiatrická nemocnice Bohnice_Ústavní 91_181 02 Praha 8
Tel.: +420 284 016 111 Fax: +420 284 016 595 www.bohnice.cz
Bankovní spojení: Komerční banka a.s. 16434081/0100_IČ: 00064220_DIČ: CZ00064220

Příloha č.5: Vzor informovaného souhlasu (zdroj: upol)

Informovaný souhlas

Název studie (projektu):

Jméno:

Datum narození:

Účastník byl do studie zařazen pod číslem:

1. Já, níže podepsaný(á) souhlasím s mou účastí ve studii. Je mi více než 18 let.
2. Byl(a) jsem podrobně informován(a) o cíli studie, o jejích postupech, a o tom, co se ode mě očekává. Beru na vědomí, že prováděná studie je výzkumnou činností. Pokud je studie randomizovaná, beru na vědomí pravděpodobnost náhodného zařazení do jednotlivých skupin lišících se léčbou.
3. Porozuměl(a) jsem tomu, že svou účast ve studii mohu kdykoliv přerušit či odstoupit. Moje účast ve studii je dobrovolná.
4. Při zařazení do studie budou moje osobní data uchována s plnou ochranou důvěrnosti dle platných zákonů ČR. Je zaručena ochrana důvěrnosti mých osobních dat. Při vlastním provádění studie mohou být osobní údaje poskytnuty jiným než výše uvedeným subjektům pouze bez identifikačních údajů, tzn. anonymní data pod číselným kódem. Rovněž pro výzkumné a vědecké účely mohou být moje osobní údaje poskytnuty pouze bez identifikačních údajů (anonymní data) nebo s mým výslovným souhlasem.
5. Porozuměl jsem tomu, že mé jméno se nebude nikdy vyskytovat v referátech o této studii. Já naopak nebudu proti použití výsledků z této studie.

Podpis účastníka:

Podpis výzkumníka:

Datum:

Datum:

Příloha č.6: Ukázka otázek v rozhovoru

- 1) Mohl bys mi přiblížit Tvůj příběh?
- 2) Co jsi přesně spáchal?
- 3) Jakou Ti dali diagnózu?
- 4) Jaké jsi měl rodinné zázemí v dětství?
- 5) A jak si rozumíš s rodinou nyní?
- 6) Kdy jsi začal pociťovat, že je v sexualitě něco jinak?
- 7) Co tě na daném činu vzrušovalo?
- 8) Máš nyní nějaký vztah?
- 9) Bereš nějaké léky?
- 10) Jak si tady vůbec vedeš?

Příloha č. 7: Ukázka z rozhovoru:

Participant č. 1 – homosexuální pedofil

Můžeš mi přiblížit tvůj příběh – kdy jsi začal pociťovat první problémy, jakou máš diagnózu, co jsi spáchal?

Tak vlastně já jsem začal pociťovat, jsem teda homosexuální pedofil, preferovanej věk dětí je 13, 15 a začal jsem to, spíš svou homosexualitu jsem začal pociťovat kolem toho sedmnáctýho roku věku, kdy jsem se vlastně vyspal se svým nejlepším kamarádem, od té doby vlastně nic, až do nějakých asi třiatvaceti let, kdy teda jsem byl asi 4 roky s partnerkou a tam jsem to začal asi pociťovat dost natvrdo, že vlastně ten sex s tou holkou mně nic nedává a v tu dobu jsem si našel kluka třináctiletýho, s kterým jsem byl, já nevím, třičtvrtě roku zhruba plus mínus, kdy teda jsem ho dostával na svou stranu, aby mi věřil, důvěřoval, všechno, takže tam toho prvního půl roku jsme spolu vlastně nic neměli, co se týče sexuality a pak se stalo to, že vlastně chtěl ochutnat alkohol, já jsem mu to umožnil, s tím že teda jsem ho teda opil, aby byl povolnější a vlastně tam jsem ho poprvé osahával pak asi čtyry měsíce jsme byli spolu, kdy vlastně za nějaký hory, za nějaký wellnessy mě nechával si sáhnout a nechával si provádět orál a v tu dobu vlastně já jsem pocítil, že mě láká víc ti mladí kluci, než i dospělý partner, ale nemám, nemám třeba problém být s dospělým partnerem, protože vlastně po tomhle vztahu, kdy jsem byl čtyry měsíce na vazbě, tak jsem si našel dospělýho partnera, se kterým jsem teda byl asi tři roky, rozešli jsme se skrz to, že vlastně odjel tady někam do Plzně, dělat, za práci, takže nejezdil už dom, takže jsme se rozešli v nák dobrým, jsme spolu v kontaktu pořád. A tam měl, tam měl jsem asi po roku toho, toho partnerství jsem zjistil, že má bráchu jedenáctiletýho. ale já jsem o něj začal trošku starat, o toho jedenáctiletýho kluka a ten můj partner vlastně věděl moje zaměření, že jsem na kluky, tak byla mezi náma trošku taková dohoda, že na něj nesáhnu. Ted' tady toho kluka v léčebně mam zakázanýho, takže se s nim nestýkám, ale do té doby než jsem šel do léčby, tak měl patnáct, tak jsem fakt na něj nesáh. Když jako, ta touha tam fakt byla jako strašná, ale přes tuhle dohodu a všechno jsem to udržel. No a za co tady jsem, ted' poslední, poslední delikt ty, čtyři kluci ze skateparku, ty sem osahával na bazéně, chtěl jsem po nich sex, jak orál, tak manuál a dva lidi, dvou lidem jsem vlastně nabízel přes internet sex. Jeden měl teda patnáct, druhý měl asi dvanáct let a ten mi poslal fotky. Svýho přirození.

Takže ten trestný čin zní jak? Zneužití?

Pohlavní zneužití, no.

A jak na to nahlíží rodina?

Jezdím za rodinou na Moravu, teďka za známým, za kamarádem a rodina, ze začátku jako, když jsem měl první delikt, kde byla nabídka nějakýho sexu, tam byla pouze nabídka, tak to jsme s tátou vlastně utajili, protože táta má strašně známý na kriminálce, takže ten se to dozvěděl, takže s tátou jsme to vlastně před mámou utajili, protože nechtěli jsme jí tímhle tím zatěžovat, tam jsem za to dostal podmínku vlastně a ambulantní léčbu, takže tohle se dalo před mámou ještě nák utajit, no ale za ten druhý delikt, za toho Adama vlastně když jsem šel na vazbu, tak už jsme museli s pravdou ven a máma to do teďka těžko skousává. Jako bere mě, snaží se, podporuje mě v léčbě, ale prostě nemůže to zkousnout, i to moje zaměření, to homosexuální, protože každá máma chce vnouče, nebo vnoučka. Táta, ten to zkoušel vcelku v pohodě, ten mě spíš podporuje, právníka mně sehnal, jeho známýho, takže takhle, ale ta máma to skousává hůř, no. Ale je v té rodině fakt ohromná podpora, protože jezdím i každý víkend dom i když chce máma něco doma, i když su doma teda chvíli na té propustce, protože půlku propustky vlastně strávím na cestách, takže mi to vychází nějakých pět, šest hodin doma za týden a snažím se i doma pomoci a s rodinou prostě vycházím v pohodě.

A jaké jsi měl dětství? Nebylo tam něco, co by mohlo zapříčinit, že jsi spáchal delikt, nebo tě k tomu mohlo naklonit?

Já si myslím, že je to vrozený, že jako, kdyby byl nějaký problém v rodině nebo něco, tak asi bych to přisuzoval tady tomu, ale já jsem vlastně celý život s mámou, tátou vycházel úplně supr, ta podpora našich byla úplně ohromná, já jsem od nějakých šesti let hrál házenou, jezdili, na každé zápas, co jsem hrál v Šumperku, tak jezdili a vlastně teď osmnáct let dělám u táty, ve firmě, kde mě to strašně baví. Takže to rodinný zázemí úplně supr. Starší brácha, ten má teďka vlastně manželku, osmiletou dceru, čtyřletýho kluka, takže to zázemí fakt doma, úplně v pohodě. Jako kdyby tam fakt byly nějaké problémy, že by mě třeba táta mlátil nebo něco, jo, jako dostali jsme na, jak se říká, dostali jsme, ale člověk fakt věděl za co. Že jsme udělali nějaký průser, tak prostě jsme dostali bití, ale nikdy jsme si nestěžovali, protože jsme věděli, že fakt je to oprávněný. Ale když by třeba táta přišel z hospody nebo něco a zmlátil nás, to ne.