

Sexuální násilí a parafilie, existuje patologická sexuální agresivita či nikoliv?

MUDr. Marek Páv, Ph.D., MBA^{1,2}, MUDr. Slavoj Brichcín¹

¹Psychiatrická nemocnice Bohnice

²Psychiatrická klinika, 1. lékařská fakulta Univerzita Karlova a Všeobecná fakultní nemocnice v Praze

Většina sexuálního násilí se odehrává mezi osobami blízkými či příbuznými. Pouze menšina pachatelů sexuálních násilných činů má diagnostikovatelnou parafilii. Riziko spáchání násilného jednání je spojeno s diagnózou sadismu, pedofilie (v případě činů vůči dětem). Značné procento činů je páčáno osobami, u nichž od 60. let 20. století existuje snaha diagnostikovat je jako skupinu parafilních pachatelů, odlišitelných od pachatelů sadistických a osob neparafilních. V české tradici je tato porucha klasifikována jako patologická sexuální agresivita. Jejich sexuálně agresivní chování (někdy nazývané jako predatční chování), je charakterizované přeskočením fází partnerské interakce, oběťmi jsou obvykle neznámé, nekooperující ženy. Zatímco autoři DSM-5 tuto poruchu do klasifikace zahrnují jako položku výzkumnou, v MKN-11 bude možné tyto nemocné klasifikovat jako parafilní poruchu zahrnující nesouhlasící osoby (Other Paraphilic Disorder Involving Non-Consenting Individuals). Pro diagnostiku tohoto atypického sexuálního vzrušení, projevujícího se sexuálními myšlenkami, fantaziemi a touhami vůči osobám neochotným/neschopným souhlasu, je nutný dlouhodobý profil těchto fantazií či jednání a vyloučení dalších parafilních poruch.

Klíčová slova: parafilie, sexuální násilí, patologická sexuální agresivita, MKN-11, porucha zahrnující nesouhlasící osoby

Sexual violence and paraphilia, does pathological sexual aggression exists or not?

Only a minority of perpetrators of violent sexual violence acts has a diagnosed paraphilia. The risk of committing violent behavior is associated with the diagnosis of sadism and pedophilia (in the case of acts against children). A significant percentage of acts are committed by persons who since the 1960s have been diagnosed as a group of paraphilic offenders, distinguishable from sadistic perpetrators and nonparaphilic offenders. In Czech tradition, this disorder is classified as pathological sexual aggression. Their sexually aggressive behavior (sometimes referred to as predatory behavior) is characterized by skipping the stages of partner interaction; the victims are usually unknown, non-cooperating women. While DSM-5 authors include this disorder as a research item, in ICD-11, these patients can be classified as Paraphilic Disorder Involving Non-Consenting Individuals. To diagnose this atypical sexual arousal manifested by sexual thoughts, fantasies, and desires for a non-consenting person, the long-term profile of these fantasies or actions is needed, in exclusion of other paraphilic and mental disorders.

Key words: paraphilia, sexual aggression, pathologic sexual aggression, MKN-11, non-consenting person

Sexuální násilí

Pouze menšina pachatelů sexuálně násilného jednání má diagnostikovatelnou parafilii. Je zjištěno, že většinu sexuálních agresí spáchají muži bez deviace, s běžným, většinovým sexuálně motivačním systémem (SMS). Bývají to osoby psychosexuálně infantilní, lidé s poruchou osobnosti, situační delikventi (alkohol, drogy, deprivace...), mentálně retardovaní, encefalopatičtí, dementní, výjimečně i jedinci hypersexuální (1). Vědci zkoumali také oběti (viktimy) sexuální trestné činnosti, jejich chování, strukturu a dynamiku osobnosti, vzájemný vztah s pachatelem, průběh napadení. Studie obětí násilí prokazují, že odpor poškozené osoby někdy zvyšuje brutalitu pachatele. Oběti jsou významně častěji pohlaví

ženského. Čeští kriminologové dokládají statisticky na středně velkém souboru dospělých viktím (n = 475), že četnost těchto deliktů bývá nejvyšší v sobotu, v létě a večer (2). Sexuální násilí z hlediska hloubky prožitého traumatu oběti lze rozdělit na vztahové a nevztahové, jednorázové a opakované, spáchané jednotlivcem a spáchané skupinou. Pro poškozené je nebezpečnější znásilnění neznámým pachatelem. Chybí tu fáze svádění a pachatel užívá brutálnějšího násilí. Socializovaným znásilněním se nazývá incident, kdy došlo ke dvoření pachatele, ale tato fáze SMS nebyla příští oběti opětována. Na straně oběti mohou později nastoupit úvahy, zda její některé signály nemohly případně vyprovokovat násilníkům deviantní scénář. Poměrně častým následkem prožitého znásilně-

ní bývá u obětí rozvoj posttraumatické stresové poruchy. U trestných činů sexuálního nátlaku a znásilnění existuje vysoká latentní kriminalita. Oběti neoznamují své trauma ze vztahu k pachateli, ve strachu z útočnicka, v obavách z další stigmatizace trestním řízením. Rozhodně není správné tvrdit, že každá žena by se mohla při dostatečném odporu útočnicku ubránit. Nejčastěji jsou napadány chodkyně. První kontakt oběti s pachatelem často proběhne ve veřejně přístupných místnostech, v dopravním prostředku, na nádraží, na ulici, vlastní násilí pak útočníci páchají v bytech, autech, restauracích, v parcích, ale i ve výtahu, na schodišti apod. Ohroženy jsou servírky, zdravotní sestry, listonošky i jiné pracovnice služeb. Někdy byly oběti samy pod vlivem návykové látky.

Sexuální násilí a parafilie

Spojení parafilie a páchaní sexuálního násilí je sice často předpokládáno, nicméně pro průkaz existují překvapivě relativně omezená data. Populační studie dvojčat (n = 5990) ukazuje střední až silnou asociaci mezi exhibicionismem, masochismem, sadismem a voyeurismem a sexuálně násilným jednáním (3). U pachatelů znásilnění existuje dobře podložený vztah mezi diagnostikovaným sadismem a rizikem spáchání znásilnění (4). U násilí páchaného na dětech je výskyt pedofilů ve skupině pachatelů významně vyšší a silně koreluje s rizikem recidivy parafilního jednání (5). Samotná přítomnost parafilie je tedy určitým rizikem pro spáchání sexuálního násilí, vyšší riziko je spojeno se sadismem a pedofilií, nižší s poruchami, jako jsou fetišismus, voyeurismus či fetišistický transvestitismus). Pravděpodobnost manifestace zvláště závažné nonkonsenzuální sexuální aktivity u osob s parafilii se zvyšuje přítomností poruchy osobnosti, závislosti na návykových látkách, případně dalšího duševního onemocnění (6). Tato další porucha (zvláště porucha osobnosti) je rizikovým faktorem sama o sobě. Toto odpovídá i jiným nálezům, kdy parafilních pachatelů sexuálního násilí na dospělé ženě je v různých souborech zjišťována zhruba čtvrtina (2). Typičtí sadisté jsou mezi sexuálními agresory menšinou, riziko sexuálně násilného jednání se u nich zvyšuje přítomností poruchy osobnosti (7). Početnější skupinou mezi deviantními násilníky jsou agresori zjevně nesadističtí, jimž znalci v ČR – někdy bez bližšího zdůvodnění – připisují mnohdy diagnózu patologická sexuální agresivita. Tito delikventi tvoří skupinu dosti nesourodou, diagnostikovanou na základě definice: „Tato porucha je charakterizována sexuálně agresivním chováním (někdy nazývané jako predační chování), přeskočením fází dvoření (tedy jednotlivých fází komunikace mezi partnery, která vede k sexuálnímu aktu) a jejím objektem bývá obvykle neznámá, eroticky nevytlačená žena, která je napadena s cílem dosáhnout sexuálního uspokojení ze strany útočníka“. Ani prokázaná parafilie nevyklučuje ovšem u agresora současnou přítomnost poruchy osobnosti, případně komorbiditu s duševní nemocí či s jinou

BOX 1. Sexuální motivační systém

SMS (sexuálně motivační systém) Párové sexuální chování je komunikační proces složený z dílčích kroků řízených vrozenými mechanismy. Erotická komunikace posunuje jednotlivce z jedné dílčí motivace do druhé výhradně po kladné odpovědi partnera. Následující partnerův podnět je zdravou sexualitou předem očekávan. První fází sblížení je vábení osob preferovaného pohlaví signály svého mužství nebo ženství – mimoslovní atraktivita. Ve druhé fázi je zvolený přitažlivý partner lákán pohledy, mimikou, gesty i slovy, tj. před-dotykovým dvořením – pro posouzení normy zcela zásadní proceptivita. Třetí fází je zpřístupnění těla k dotykové stimulaci erotogenních zón – tedy už akceptivita. Následuje vlastní genitální spojení – mužská penetrace a ženská receptivita. Víme, že u většinové sexuality atraktivita je prioritní vůči fází před-dotykové, proceptivita vůči dotykové.

duševní poruchou. Nálezy ukazují, že např. poranění mozku jsou asociována s výskytem parafilii a sexuálně násilného chování (8). Tato asociace je posílena přítomností další poruchy, např. osoby, jež byly usvědčeny ze sexuálně násilného chování a diagnostikovány s bipolární afektivní poruchou (BAP), mají ve své anamnéze častěji trauma CNS než kontrolní skupina nemocných s BAP či pachatelé sexuálního násilí bez BAP (9). Data získaná ze studie dvojčat (3) ukazují, že vložka pro parafilní jednání není vázána geneticky ani na společné výchovné vlivy. Diagnóza parafilie pak disponuje danou osobu k zvýšenému riziku recidivy daného jednání (5).

Historie konceptu patologické sexuální agresivity

Zatímco americká kriminologie na pomezí 50. a 60. let razila pojem „sexuální psychopat“ a posílala pachatele z věznic k neúspěšné psychiatrické léčbě, usilovali naši odborníci bádající na tomto poli o prohloubenou diagnostiku. Chtěli porozumět esenci u jednotlivých deviací. Už na konci 60. let zdejší tzv. druhá sexuologická generace (10, 11) odlišila od sadistů agresory jinak deviantní. Tito autoři u početných nesadistických delikventů zdůraznili lovecké stereotypy, chybění předdotykové interakce s obětí, osahávání, sražení k zemi, pokusy o penetraci nebo přímo znehybnění. Takové náhlé útoky se pranic nepodobají sadistickému prodloužovanému týrání poškozených osob. U nás Zvěřina s Pondělíčkovou (12) nacházeli v souborech agresorů vysoce repetitivní znásilňovače, ale i útočníky nesměřující ke koitu. Pro nesadistické sexuální agrese byl v Česku zvolen pleonastický výraz „patologická sexuální agresivita“, ač víme, že žádná normální sexuální agresivita v lidské erotice neexistuje. Neujal se tu ovšem ani termín „atypická agre-

sivita“ pro repetitivní násilné osahávače prsů a genitálu, kteří nesměřují ke koitu (13). Na Západě až do 80. let přetrvávala mylná představa o impulzivním rázu heterosexuálního násilí. Dnes ale víme, že fantazie o útoku a plánování příštího přepadení mohou incidentu dlouhodobě předcházet. Feministé chápali sexuální útok jako výraz celospolečenských postojů k ženám. Feministické modely předpokládají, že znásilňovači prožívají vůči ženám hostilitu. – Jiný pohled na repetitivní sexuální násilníky nabídl ve sborníku Handbook of Sexual Assault J. L. Herman (14), který je označil je za *kompulzivní delikventy*. Srovnává je se závislými na alkoholu či jiné návykové látce. Jejich subjektivní pocity se podobají tomu, co prožívají závislí. Nebudou nikdy vyléčení, jen se v terapii stanou osobami, které se už nedopouštějí sexuálních deliktů. A. Knight a R. A. Prentky rozlišili clusterovou analýzou mezi rapisty čtyři typy delikventů, a to a) otevřeně sadistické, b) latentně sadistické, c) nesadistické sexuální agresory a d) mstivé typy (15). Naši patologickou sexuální agresivitu nejlépe vystihuje třetí typ. Bývají to osoby s nižší agresivitou interpersonální v neerotickém kontextu, bez synergických vztahů mezi sexem a agresivitou. Vyznačují se též vleklými sexuálními fantaziemi. Někteří při setkání s viktimou kladoucí odpor mohou spíše uprchnout než v útoku pokračovat. Jeví nejrozumnější kognitivní distorze ohledně sexuality. Kurt Freund zařadil v téže době v Kanadě nesadistické znásilňovače mezi poruchy dvoření pod název *preferential rape pattern* (16), Ron Langevin tyto deviantní násilníky shrnul pod pojem *erotic violence syndrom* s dětskou ambivalentní identifikací a hormonální dysbalancí (17). G. G. Abel postřehl, že někteří rapisté (znásilňovači) jsou stejně parafilní jako pedofilové a nazval jejich poruchu *paraphilic coercive disorder* (4).

Repetitivní a kompulzivní puzení k sexuálnímu násilí probíhá cyklicky. Parafilik se někdy aktualizaci vytoženého jednání ubrání, ale poté podlehne a naléhavost popudů pro ofenzi mívá dočasně utlumenou (18). John Money (1990) deformaci normálního genitálního spojení bez prekoitálních aktivit popsal jako *biastophilii* (19). Tato porucha je spojena s touhou po sexuálních aktivitách s nesvolujícím partnerem, trvá od puberty do vyššího věku. Bývá někdy doprovázena úzkostí, depresiemi, poruchou příjmu potravy, závislostí na alkoholu a jiných návykových látkách. Ztráta sebeovládání přináší osobám postiženým biastofilií stres s následným sebeobviňováním. Zvláštní podskupinu sexuálních agresorů tvoří tzv. „útoční sadisté“, osoby, jež se dopouštějí těch nejzávažnějších činů, kdy své oběti brutálně napadají, někdy ze zálohy, svou oběť trýzní, znehybňují a dále s ní často manipulují za účelem dosažení sexuálního uspokojení (1). Existence této malé podskupiny agresorů není zpochybňována a diagnostika také obvykle nečiní výraznější obtíže. Kolářský a Brichcín popisují též „agresory směřující k rychlému znehybňování, nikoli k sadistickému mučení oběti. Penetrace takového znehybňovače je spojena s chováním k oběti jako kořisti, s prožívanou averzí k jakékoli její erotické součinnosti a vůbec k projevům jejího života“ (20).

Coercive sadistic disorder v klasifikacích MKN-11 a DSM 5

V současné dekádě byla vedena diskuze o zařazení položky Paraphilic Coercive Disorder (PCD) do klasifikace DSM-5 k upřesnění stávající diagnózy Neurčené parafilie (21). Navrhovaná obecná diagnostická kritéria byla analogická jiným parafilii, tedy šest měsíců trvající, opakované sexuální fantazie a intenzivní puzení k sexuálnímu násilí. U PCD pak daná osoba je těmito fantaziemi stresována, případně si vynutí sexuální stimulaci či násilný sex s alespoň třemi nesouhlasícími partnery (22). Klinická zkušenost s repetitivními pachateli násilných deliktů vede řadu autorů k návrhu zařazení této podskupiny agresorů, lišících se od typických sadistů, do této samostatné diagnostické

BOX 2. Jiná parafilní porucha zahrnující nesouhlasící osoby (Other Paraphilic Disorder Involving Non-Consenting Individuals)

Trvalý, zaměřený a intenzivní vzorec atypického sexuálního vzrušení – projevující se sexuálními myšlenkami, fantaziemi a touhami a/nebo jednáním - u něhož vzorec vzrušení zahrnují jiné osoby, jejichž věk či stav je činí neochotnými nebo neschopnými souhlasu. Jejich vzorec vzrušení není specifikován v žádné jiné z vyjmenovaných parafilních poruch (např. vzorec vzrušení mrtvolami nebo živočichy). Tato Jiná parafilní porucha zahrnující nesouhlasící osoby specificky vylučuje sexuální chování uskutečněné za souhlasu osob, pokud jsou svým věkem a stavem schopny takový souhlas poskytnout. Jedinec na tyto myšlenky, fantazie či touhy musí reagovat nebo být jimi výrazně stresován. Popis poruchy neodpovídá diagnostickým požadavkům kladeným na Vynucovací sexuální sadistickou poruchu, Pedofilní, Voyeurskou, Exhibicionistickou ani na Frotérskou poruchu. Jestliže sexuální chování neodráží trvalý a intenzivní vzorec parafilního vzrušení, je nutno vzít v úvahu přítomnost jiné duševní poruchy, jako je manická porucha, demence či intoxikace. Mnohé sexuální delikty s nesouhlasícími jedinci bývají přechodné, objevují se nahodile a impulzivně.

BOX 3. Vynucovací porucha sexuálního sadismu (Coercive Sexual Sadism Disorder)

Trvalý, zaměřený a intenzivní vzorec sexuálního vzrušení – projevující se neodbytnými sexuálními myšlenkami, fantaziemi, touhami nebo chováním, který zahrnuje působení fyzického nebo psychického utrpení nesouhlasící osobě. Jedinec na tyto myšlenky, fantazie nebo naléhavé puzení musí reagovat nebo je jimi výrazně stresován. Vynucovací porucha sexuálního sadismu specificky vylučuje konsensuální sexuální sadismus a masochismus. Pokud by násilné sexuální chování neodráželo trvalý, soustředěný a intenzivní vzorec donucovacího sadistického vzrušení, je třeba zvážit další příčiny takového chování. Jde například o příležitostně se vyskytující sexuální chování zahrnující působení fyzického nebo psychického utrpení osobám bez jejich souhlasu, které se může objevit v souvislosti s manickou epizodou, nebo když je jedinec pod vlivem látek, zejména stimulancií. Podobně disociální porucha osobnosti charakterizovaná všudypřítomným vzorcem nerespektování a porušování práv ostatních může vést k donucování či sadistickému jednání. Není však podložena přetrvávajícím sexuálním vzrušením. V případech, kdy jsou splněny diagnostické požadavky na Vynucovací sexuální sadistickou poruchu i na Disociální poruchu osobnosti, mají být stanoveny obě diagnózy.

kategorie (21–23). Jiná skupina autorů však argumentuje neexistencí dostatečných důkazů, které by potvrdily stabilitu tohoto diagnostického konstruktů a dostatečně robustních dat pro její zavedení (24, 25). Diskuze k tématu byla vedena poměrně ideologicky, provázena obavou, že samotné spáchání opakovaného znásilnění by mohlo být dostačujícím kritériem k medicinalizaci těchto pachatelů, s vážnými společenskými a právními důsledky (26). Jednotka do DSM klasifikace po této diskuzi zařazena nebyla, zůstává však v DSM-5 mezi kategoriemi jednotkami vyžadujícími další zkoumání a získání dodatečných dat (27). Někteří autoři proto usilují o vymezení nové podkategorie nemocných se sadistickou poruchou. Sadisté jsou zaměřeni na ponižování a dominanci nad obětí, působení bolesti a utrpení, někdy působí zranění či smrt. Sadistické spektrum je však poměrně široké, celkově v současné době jako diagnostická jednotka trpí slabou konzistencí, proto je navrhována dimenzionální klasifikace sadismu s dimenzemi omezení, ponižování, krutosti, mučení nebo intruzivity (28). Knight navrhuje vnímat sexuální sadismus jako agonistické kontinuum (spektrum), které sahá od pouhých fantasií (ideatorního sadismu), přes souhlasné sadistické (či

komplementární sado-masochistické) aktivity přes sexuálně násilné chování po zřetelně a jasně vyjádřené sexuální sadistické chování (odpovídající tzv. útočnému sadismu) (25).

WHO vydala 11. revizi MKN 18. 6. 2018, aby umožnila překlad do národních jazyků. Předložil ji ke schválení Světovému zdravotnickému shromáždění 2019 a členské státy ji budou užívat pro účely statistiky od roku 2022. Očekávaný návrh MKN-11 kategorii F65 – Poruchy sexuální preference přejmenované na Parafilní poruchy tyto omezuje pouze na jedince vykazující vzorce sexuálního vzrušení zaměřené na nesouhlasící osoby nebo spojené se závažným stresem, s rizikem zranění či smrti. Parafilik je silně stresován povahou svého sexuálního vzrušení, nejen obavou z odmítnutí druhými. Pracovní skupina pro klasifikaci sexuálních poruch a sexuální zdraví při WHO (WGSDSH) přihlédla k potřebám veřejného zdraví, zdravotních služeb i k právní tradici členských zemí (jmenovitě v Brazílii, Indii, Jihoafrické republice, Libanonu, Mexiku, Německu) a vyzvala další odborníky ke kritické diskusi (29). Zavádí do MKN-11 jako dostatečně podložené a v soudní sexuologii velmi potřebné nové diagnózy: jednak Coercive Sexual Sadism Disorder, tedy

Sadistickou vynucovací poruchu, jednoducho Other Paraphilic Disorder Involving Non-Consenting Individuals čili Jinou parafilní poruchu zahrnující nesvolné jedince. Navržené jednotky (BOX 2 a 3) ve svém jádru identifikují sexuální vzrušení působící fyzické nebo psychické škody subjektům neochotným nebo neschopným souhlasit. Důvodem zařazení nových diagnóz je specifická forenzní použitelnost, protože tento trvalý vzorec sexuálního vzrušení byl nalezen jako důležitý faktor např. mezi jedinci léčenými ve forenzních institucích (29, 30). MKN-11 postuluje na rozdíl od DSM 5 trvalost parafilního puzení, nikoli pouze 6 měsíců trvající projevy.

Sexuální násilí v klinické a znalecké praxi

Znalecká činnost v psychiatrické sexuologii má u mnoha provinilých osob významný vliv na další přístup k provinilým násilníkům. Zásadním úkolem sexuologické expertízy u násilí spáchaného na ženě je rozlišení, zda čin spáchala osoba s parafilíí nebo útočník z řad sexuální většiny. Pokud toto rozlišení není ve znalecké expertíze náležitě provedeno, může to působit návazné problémy v další klinické praxi, kdy se do sexuologického léčení dostávají i osoby, které nemají parafilii oprávněně diagnostikovanou. Menší diagnostické rozpaky působí muži, kteří se dopouštějí sexuální násilných deliktů jako recidivisté. Je však faktem, že falešně pozitivní diagnózu parafílie lze napravit a zrušit po nástupu do ochranného léčení. Naopak nerozpoznáním parafílie lze ohrozit i zničit lidské životy. Z odborných kruhů zaznívají hlasy, kritizující diagnostiku „patologické sexuální agresivity“ (31). Do ochranného léčení se skutečně občas dostávají osoby s falešným rozpoznáním této diagnózy hned u prvního násilného deliktu, aniž byl pachatelé prokázán stereotypní ráz útoků, nezájem o navázání kontaktu s obětí ani specifický parafilní podtext v páchání daného jednání. Možným výsledkem této někdy nedostatečné diagnostiky je poté zpochybňování parafilního základu tzv. patologické sexuální agresivity vůbec. To vede ke zjednodušení, že tuto kategorii sexuálního násilí lze zcela ztotožnit s právním pojmem

znásilnění. Je navrhováno nahradit lékařskou péči o pachatele jejich edukací ve věznicích, jako je tomu v některých zemích. Tento přístup se jeví zjednodušující, pomíjející fakt, že při splnění obecných kritérií pro parafílie, po zohlednění specifických znaků daného jednání a po náležité analýze přeskoků v motivačním systému pachatele je tato podskupina násilníků klinicky vcelku dobře odlišitelná a klasifikovatelná již dnes. Pro rozpoznání dané poruchy je podstatným zdrojem informací kromě spisového materiálu samotná sexuologická anamnéza, kdy často atypické projevy v dětství, urychlení sexuálního vývoje, obtížné udržení partnerských vztahů či přítomnost fantazií násilného zacházení s obětí mohou poukazovat na anomálii v sexualitě posuzovaného. Vyplatí se také zjišťovat charakteristické znaky přístupu k oběti, oslovení/neoslovení, způsob překonávání odporu i chování pachatele po spáchání vyšetřovaného deliktu. Po vstupu 11. revize MKN v platnost bude již možné kódovat samostatně nesadistické parafilní násilí jako diagnózu sui generis – a to jako Jinou parafilní poruchu zahrnující jedince nesvolující se sexuální aktivitou. Tuto podskupinu agresorů je třeba odlišovat od podskupiny násilníků s poruchou typu vynucujících sexuálních sadistů, a samozřejmě i od osob nedevariantních, páchajících sexuální násilí v intoxikaci, vlivem své osobnostní dispozice nebo jiné duševní poruchy – tj. bez přítomnosti parafílie. Významný zdroj informací poskytuje falopletysmografické vyšetření, registrující reaktivitu na konvenční či atypické podněty typu násilných scén (32). PPG bývá průkazná při odlišení podskupiny sadistických poruch, u nichž se na fMRI při pozorování scén zobrazujících působení bolesti druhým specificky aktivují jak oblasti odpovědné za sexuální vzrušení (amygdala, hypotalamus, ventrální striatum), tak za zpracování bolesti (přední cingulum a inzula) (33).

Závěr

Nelze pominout skutečnost, že sexuální patologie heterosexuálních (i homosexuálních) agresorů zůstane nadlouho ožehavým tématem pro sexuologický výzkum i klinickou praxi. Popírat

deviantní ráz sexuální motivace u některých pachatelů násilných sexuálních deliktů však vskutku nelze. Nové nálezy ukazují, že některé parafílie a sexuální násilí jsou kauzálně svázány a někteří agresori jsou zařaditelní jako specifická podskupina sexuálních sadistů, kdežto jiní jako podskupina parafilníků nesadistických. Pro soudní sexuologii i klinickou praxi je vítanou skutečností, že 11. revize Mezinárodní klasifikace nemocí umožní samostatnou diagnostiku této podskupiny pachatelů sexuálního násilí, kteří u nás byli dosud popisováni jako patologičtí sexuální agresori.

Literatura

- Weiss P. Sexuologie. Prague: GRADA Publishing; 2010. 724 p.
- Blatníková Š, Faridová P, Zeman P. Násilná sexuální kriminalita. Institut pro kriminologii a sociální prevenci Nám. 14. října 12, Praha 5; 2014.
- Baur E, Forsman M, Santilla P, Johansson A, Sandnabba K, Långström N. Paraphilic Sexual Interests and Sexually Coercive Behavior: A Population-Based Twin Study. Arch Sex Behav [Internet]. 2016 Jul 11 [cited 2018 Jul 8]; 45(5): 1163–1172. Available from: <http://link.springer.com/10.1007/s10508-015-0674-2>
- Abel GG, Becker J V, Cunningham-Rathner J, Mittelman M, Rouleau JL. Multiple paraphilic diagnoses among sex offenders. Bull Am Acad Psychiatry Law. 1988; 16(2): 153–168.
- Hanson R. K., & Morton-Bourgon K. The characteristics of persistent sexual offenders: A meta-analysis of recidivism studies. J Consult Clin Psychol. 2005; 73(6): 1154–1163.
- Langevin R, Lang RA. Substance abuse among sex offenders. Ann Sex Res. 1990;
- Woodworth M, Freimuth T, Hutton EL, Carpenter T, Agar AD LM. High-risk sexual offenders: an examination of sexual fantasy, sexual paraphilia, psychopathy, and offence characteristics. Int J Law Psychiatry. 2013; 36(2): 144–156.
- Langevin R. Sexual offenses and traumatic brain injury. Brain Cogn [Internet]. 2006; 60(2): 206–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez>
- Delbello MP, Soutullo CA, Zimmerman ME, Sax KW, Williams JR, McElroy SL, et al. Traumatic brain injury in individuals convicted of sexual offenses with and without bipolar disorder. Psychiatry Res. 1999; 89(3): 281–286.
- Mellan J., Nedoma K. P.J. Forensic evaluation of sex offenders. Ces Psychiatr. 1972; 68(4): 218–222.
- Kolářská A, Madlafousek J, Novotná V. Stimuli eliciting sexual arousal in males who offend adult women: An experimental study. Arch Sex Behav. 1978; 7(2): 79–87.
- Zvěřina J. P.J. Psychopathological findings in sexual aggressors. Ces Psychiatr. 1984; 80(5): 298–302.
- Brichčín S. [Atypical sexual aggressiveness of 3 young deviants]. Ces Psychiatr [Internet]. 1969 Dec [cited 2018 Aug 28]; 65(6): 401–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/5362979>

Kompletný zoznam literatúry nájdete na www.psychiatriapreprax.sk

Článok je prevzatý z:

Psychiatr. praxi 2019; 20(1): 17–20

MUDr. Marek Páv, Ph.D., MBA

Psychiatrická nemocnica Bohnice
Ústavná 91, 181 02 Praha 1
marek.pav@bohnic.cz