
Sexuální násilníci dětského věku - diagnostika, léčba a další intervence

Bínová Š.

Psychiatrická léčebna Bohnice, Praha,
ředitel MUDr. M. Holly

SOUHRN

Problematika sexuální agresivity v dětském a adolescentním věku není vzácná. Sexuální delikvenci páchají nejčastěji jedinci bez sexuálně deviantní motivace. Důležité je však včas diagnostikovat jedince, kde je pravděpodobný sexuálně deviantní vývoj. Zaléčit je, dispenzarizovat a pokusit se tak zamezit recidivě. Podávám zde stručný přehled 10 sexuálních deliktů u chlapců dětského a dorostového věku, jejich rozbor, navrženou terapii a další možné intervence. Dále jsou v textu zdůrazněny rizikové faktory sexuální delikvence obecně. Článek je doplněn názory našich i zahraničních odborníků zajímajících se o tento problém. V řešení této problematiky by mělo být zapojeno více medicínských oborů a rezortů.

Klíčová slova: sexuální delikvence, sexuální deviace, agresivita, terapie, intervence.

SUMMARY

Bínová Š.: Sexual Juvenile Offenders – Assessment, Treatment and other Intervention

Juvenile sexual offenders are not so rear offenders. Sexual delinquencies commit less often individuals with sexual deviant development. It is extremely important to early assess, treat and follow up these juvenile deviants. I am presenting here short description of 10 acts of sexual violence. I am also focusing on the treatment and other interventions. The risk factors of sexual delinquency are also summarized in the article. Moreover, views of Czech sexologists and sexologists from other countries are also in the introduction of this presentation.

Key words: sexual delinquency, sexual deviant, aggression, treatment, other intervention.

Čes. a slov. Psychiat., 104, 2008, No. 7, pp. 365–371.

ÚVOD

V poslední dekádě 20. století byla v USA a i v některých zemích Evropy otázka sexuální delikvence u dětí a mladistvých velmi populární, protože byl zaznamenán velký nárůst sexuální agrese v této věkové populaci. Na toto téma byly v zahraničí prováděny studie a vypracovány diagnostické a podrobné terapeutické postupy, byla měněna legislativa. I u nás pozorujeme nárůst sexuálního násilí u dětí, ale problematika je zatím v českých odborných časopisech málo dokumentována.

Obecně mezi sexuální delikty u mladistvých patří: znásilnění, pohlavní zneužívání, soulož mezi příbuznými. Dále sexuální delikt může být stíhán jako výtržnictví /expozice genitálu na veřejnosti/, omezování osobní svobody, vydírání, ublížení na zdraví, vražda. Je uváděno, že většinu sexuálních delik-

tů páchají lidé, kteří nejsou postiženi poruchou sexuální preference.

Z literatury vybíráme charakteristiky dospělých jedinců, u nichž se předpokládá, že se sexuálně deviantně vyvíjeli již od dětství:

Podle *Huntera* [2] a podle *Burtona a spol.* [1] existují i jedinci, u nichž nacházíme atypické či problémové sexuální projevy již před šestým rokem věku. Právě u nich se pak v adolescenci a v dospělosti setkáváme s nejzávažnějšími formami sexuální delikvence a s nejvyššími počty obětí.

Podle *Weise a Zimanové* [6] lze u sexuálně deviantních jedinců často pozorovat odchylky v jejich heterosexuálních vztazích. V komunikaci s vrstevnicemi jsou buď nesmělí nebo přehnaně agresivní. Bývá u nich absence platonických lásek, nebo jejich nápadně pozdní nástup. Dále je u těchto jedinců velká snaha po konformitě. Chtějí „zapadnout“ mezi vrstevníky a snaží se proto působit co nejnorněji. Tyto projevy jsou dle autorů spíše důsled-

Předneseno ve zkrácené podobě na Opařanských dnech v DPL Opařany v září 2007.

Předneseno na Bohnických sexuologických dnech v únoru 2008.

kem deviantního vývoje než jeho příčinou. První deviantní aktivity nebo fantazie mohou vyvolávat pocit viny a odlišnosti a následně poruchy sebezpřijetí.

Podle autorů *Kolářského a Brichcína* [4] přehlížení biologického základu sexuálních variací může vést k tomu, že devianti jsou popisováni jako jedinci sociálně neobratní, neempatičtí. Dle jejich mínění je deviant naopak velmi sociálně obratný a empatický ke svému specifickému objektu /pedofil k dětem/.

Revitch a Schlesinger [5] uvádějí, že u mnoha sexuálních deviantních vrahů lze v anamnéze už od dětského a dorostového věku detekovat delikty typu loupeže. Devianti se vloupávají do bytů, často už při tomto průniku pocíťují sexuální vzrušení, někdy dokonce ejakulují. V bytě se kromě krádeží dopouštějí vandalství, někdy v něm močí a defekují. Jejich chování postupně nabývá na nebezpečnosti, pokud se v bytě setkávají se ženami a dopouštějí se na nich sexuálních agresí, které mohou vyústit až v usmrcení ženy. Věk ženy nehraje roli, nezřídka se oběťmi stávají i ženy vyššího a vysokého věku.

Charakteristika mladistvých sexuálních delikventů dle Huntera [3]

Hunter uvádí 2 typy všech mladistvých sexuálních delikventů:

1. Sexuální delikventi páchající sexuální delikt na vrstevnicích či dospělých ženách. Tito mají v anamnéze často i jiné kriminální aktivity, poruchy chování a jinou delikvenci, časté agresivní potyčky s vrstevníky. Sexuální násilí páchají na cizích, ale i známých ženách a dívkách. Častěji také při násilných činech užívají zbraně a svým obětem působí zranění.

2. Sexuální delikventi páchající sexuální delikt na dětech /oběti jsou nejméně o 5 let mladší/. Ve 40 % jejich obětí jsou sourozenci nebo příbuzní, častější jsou oběti ženského pohlaví. Násilník dítěti vyhrožuje násilím a ztrátou milovaných osob pokud čin vyzradí. Tito delikventi často mají problémy se sebezpřijetím a také bývají sociálně méně obratní. Neumí si udržet zdravé uspokojivé mezilidské vztahy. Často trpí emočními poruchami. Někdy je v jejich činech vysoká míra agresivity. Údajně může být tento typ násilníků častěji postižen sexuální deviací a může inklinovat k pedofilii .

CHARAKTERISTIKA SOUBORU

Mé sdělení by mělo popsat závažnější násilné sexuální delikty u dětí mladších 15 let a posoudit míru zastoupení jedinců se sexuálně deviantním vývojem. Chtěla bych na základě rozboru sexuálních deliktů a kazuistik 10 chlapců přispět i k bližšímu popisu tohoto problému.

1. Lukáš W. - chlapec, který do 11 let byl v péči matky, která měla lesbický dlouholetý vztah a chlapce hrubě zanedbávala. Ve 12 letech se dostal do péče otce, který byl násilné povahy, pracoval jako sanitář v nemocnici. Chlapec opakovaně sexuálně zneužíval svou 11letou nevlastní sestru, pokusil se o její znásilnění, nutil ji k felaci. Gynekologickým vyšetřením byla u dívky zjištěna deflorace.
2. Jan Sch. - pochází z úplně velmi dysfunkční rodiny, otec agresivní ke členům rodiny, ale i mimo ni. Chlapec pod vlivem alkoholu v 13 letech s kamarádem a vlastní sestrou odtáhli mírně opilou 9letou dívku na autobusovou zastávku, proti její vůli ji svlékli a snažili se jí vyprstít. Jan se obnažil a nutil jí k felaci.
3. Tomáš B. - pochází ze 7 sourozenců, většinou nevlastních. V 15 letech byl stíhán pro znásilnění a opakované sexuální zneužívání nevlastního 8letého bratra, nutil ho k felaci a pokoušel se o anální styk. Prý to zkoušel i na ostatních nevlastních sourozencích, ale ti se ubránili. Matka nekriticky chlapce bránila a mladšího bratra /oběť/ se snažila z rodiny odsunout.
4. Robin P. - ve 13 letech pobodal, pak vyprstil a do potoka hodil 13letou spolužačku, kde zemřela. Matka v mládí velmi problémová, snad se krátce živila prostitucí, otec neznámý, snad řidič kamionu, turecké národnosti. Matka syna vychovává sama. Tento chlapec byl pouze vyšetřen na dětském oddělení.
5. Petr P. - ve 13 letech odvedl 6letou dívku na opuštěné místo, svlékl jí kalhotky a osahával ji, když se bránila, tak ji surově zbil, pak se lekl, omluvil a utekl. Otec hospitalizován v PLB s ochrannou léčbou. Z rozvedené rodiny.
6. Lukáš M. – opakovaně se ve 13 letech agresivně choval k spolužačkám, škrtil je, surově sešvihl 2 dívky pomlázkou a babičku uhodil kýblem do hlavy. Jedná se o lehce mentálně retardovaného hochy, žáka zvláštní školy. Impulz sexuologickému vyšetření dal i ředitel školy. Pocházel z úplně rodiny, otec agresivní k matce i dětem. Matka lehce mentálně retardována, vychována v dětském domově.
7. Pepa P. - ve 13 letech agresivní k dětem v dětském domově, pěstí bije dívky a nadměrně sexualizovaně se chová k vlastní sestře-dvojčeti /líbá ji po těle, lehá si na ni/. Jeho otec je ve výkonu trestu pro znásilnění a vraždu mladé ženy, tento čin spáchal s nevlastním bratrem Pepy. Matka o dvojčata nikdy nejevila zájem, otec také ne.
8. Josef K. - ve 13 letech opakovaně osahával a pokusil se znásilnit své dvě vlastní sestry ve věku 11,5 let a později i nevlastní sestru ve věku batolete. Byl obviněn z trestného činu pohlavního zneužití. Romský chlapec, který pocházel z rozpadlé rodiny, matka od dětí brzy odešla, vychovávaný krátce i v dětském domově. Sexuálního deliktu se dopustil v nové rodině otce.

9. Jiří Š. - ve 13 letech opakovaně ve večerních hodinách na veřejném prostranství přiběhl k cizí mladé ženě a ze zadu jí sáhl mezi nohy a utekl. Tvrdil, že viděl v TV dokument s podobným scénářem sexuální agresivity. Další násilí nepoužil. Přeložen na naše oddělení k sexuologickému posouzení. Matka velmi ochranná, chování syna bagatelizuje.

10. Michal H. - ve 14 letech opakovaně projevuje agresivní chování k dětem, osahává ve škole děvčata, přede všemi předvádí kopulační pohyby. Na propustce masturboval před nevlastní sestrou. Vyšetřen na žádost otce. Do 13 let v péči matky, která ho hrubě zanedbávala, poslední rok v péči otce, který měl novou rodinu.

Nejčastějšími oběťmi, které si naši násilníci vybírali, byli sourozenci, častěji nevlastní. Dále početnou skupinu tvořily i chlapcům známé dívky a jeden chlapec si za oběti vybíral pouze dospělé,

jemu neznámé mladé ženy. Na základě zkušeností z mé vlastní klinické praxe a i z dostupných pramenů je známo, že pohlavní zneužívání mezi sourozenci je mnohem častější, pouze se tyto delikty téměř nehlásí na policii ani na sociální odbor péče o dítě. Rodiče sami tuto skutečnost mimo rodinu neventilují a často tento problém popírají (graf 1, graf 2).

OBĚTI SEXUÁLNÍCH DELIKTŮ

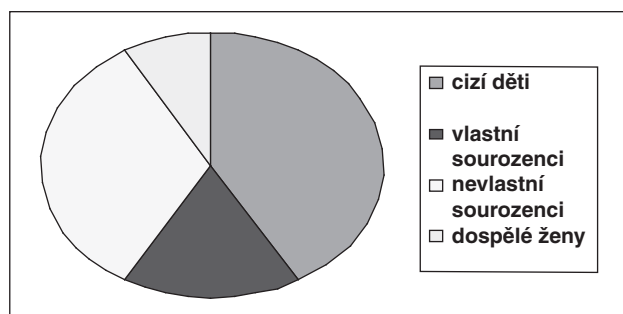
Z uvedeného vyplývá, že ve všech případech se jednalo o sociálně slabé rodiny s nižším vzděláním, s velkou mírou násilí v rodině i mimo ni. Agresivita je rys, který se dědil z otce na syna v 60-70 %.

Fyzické týrání a zanedbávání v rodině se vyskytlo u 80 % chlapců, u zbylých toto ovšem nelze vyloučit.

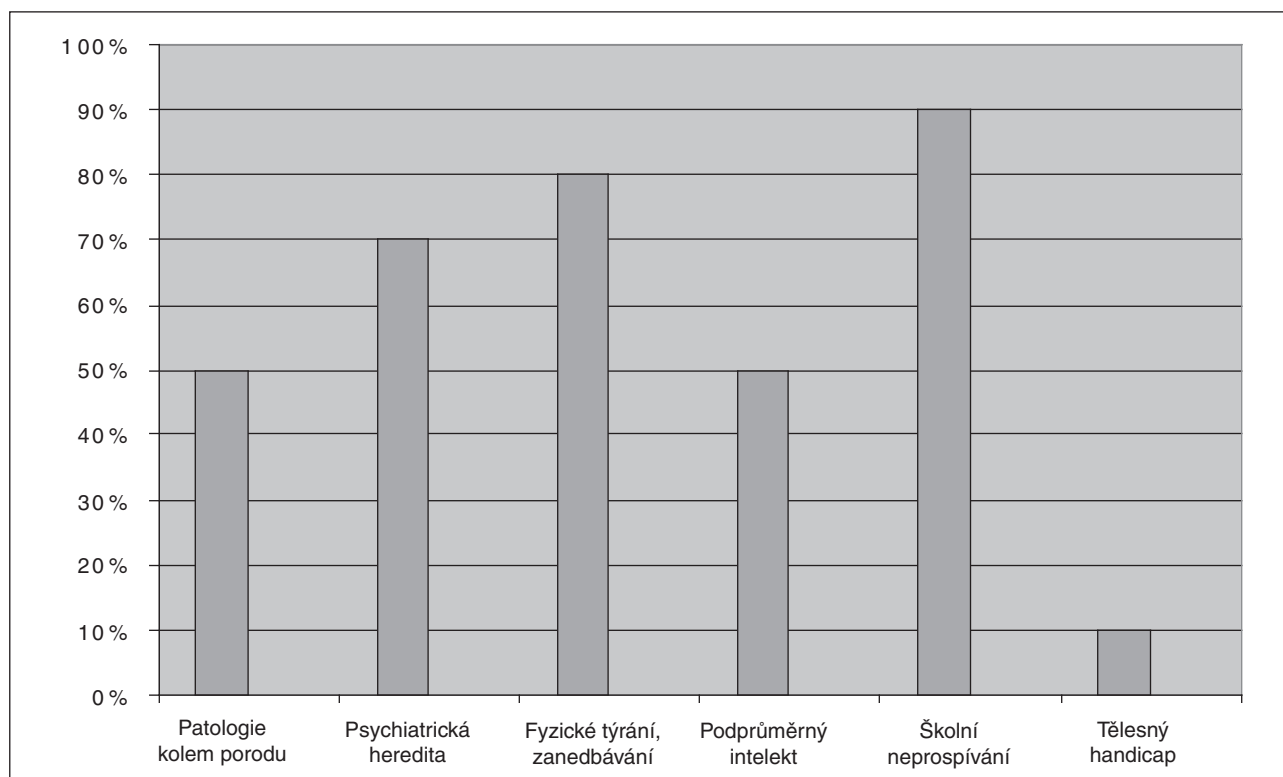
Sexuální zneužívání se nám nepodařilo zjistit. V zahraniční literatuře se toto popisuje jako velmi častý rizikový faktor pro rozvoj sexuální delikvence.

Intelektová úroveň se u 50 % vyšetřovaných v psychologických testech zjistila v pásmu slabší průměr, ve 40 % v pásmu podprůměru a v 10 % úroveň lehké mentální retardace.

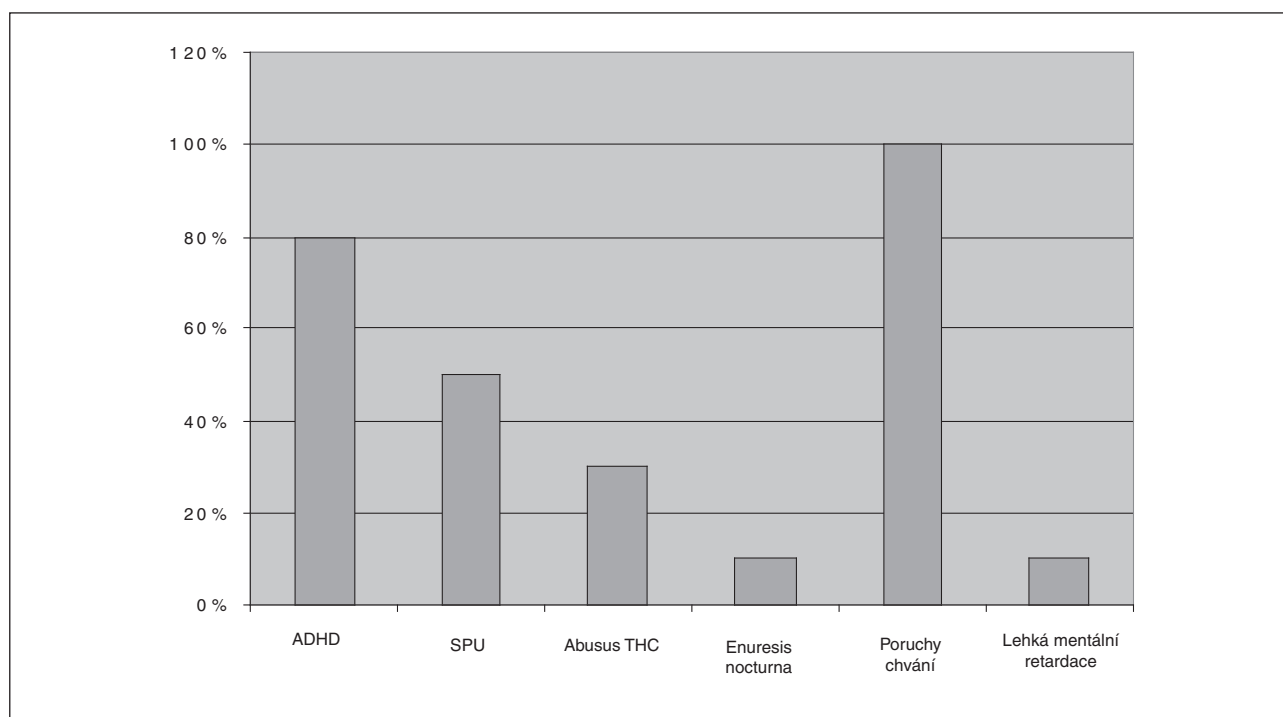
Školní neprospívání se vyskytlo u 90 % chlapců. Tito chlapci, pokud nechodili do zvláštních škol, tak opakovali alespoň 1krát některý ročník základní školy.



Graf 1. Oběti sexuálních deliktů.



Graf 2. Rizikové faktory pro rozvoj sexuální delikvence.



Graf 3. Psychiatrická nemocnost.

Závažný tělesný nedostatek nebo somatické onemocnění se vyskytlo v 10 %.

Za zmínku také stojí, že několik chlapců v mém souboru před násilným činem pravidelně sledovalo pornografii a přitom masturbovalo.

Psychiatrická nemocnost

ADHD /porucha aktivity a pozornosti/ byla přítomna v 80 %, tento údaj byl zjištěn z odebrané anamnézy nebo ještě z přetrvávajících projevů. Specifické poruchy učení byly v 50 % zjištěny z dostupných psychologických zpráv nebo z dosud přetrvávajících obtíží (graf 3).

Enuresis nocturna, trvající do 10 let, se vyskytla u jednoho chlapce (10 %). Abusus marihuany byl zjištěn z anamnestických dat a i z průkazu kanabinoidů v moči u 30 % chlapců, občasné požití alkoholu bylo pouze ve fázi experimentování u 80 % chlapců. Poruchy chování se vyskytly v menší či větší míře u všech (100 %) chlapců, a to ve smyslu záškoláctví, opozičního chování, agresivity k druhým, lhaní, krádeže. V pravidelné péči pedopsychiatra jich bylo pouze 10 % (1 chlapec z DD), u 80 % se jednalo o první záchyt na dětské psychiatrii.

Diagnostický proces k vyloučení sexuální deviace

1. Podrobné pedopsychiatrické vyšetření.
2. Sexodiagnostické vyšetření.
3. Psychologické vyšetření.
4. EEG vyšetření.

1. Pedopsychiatrické vyšetření.

Toto vyšetření bylo provedeno s podrobnou anamnézou odebranou od rodičů a dále byl rozebrán pečlivě zaznamenaný popis sexuálního deliktu. Vyšetření bylo počátkem diagnostického procesu, který směřoval k časnému záchytu případného sexuálně deviantního vývoje u dotyčného dítěte nebo adolescenta.

2. Sexodiagnostické vyšetření.

Po předběžném sexuologickém pohovoru, kdy byl shledán důvod k další podrobnější sexodiagnostice, jsme po obdržení souhlasu rodičů i samotných chlapců hochy poslali k falopletyzmografickému vyšetření. Pečlivě provedená sexodiagnostika je pro stanovení diagnózy sexuální anomálie u dítěte zásadní. Je nutné ovšem mít na zřeteli, že jednorázové falometrické vyšetření nemůže přinést definitivní závěr o povaze poruchy sexuální motivace.

Vyšetření sexuálních reakcí s použitím falometrie.

Podle Kolářského při vyšetřování sexuální orientace kohokoliv, a zvláště sexuálního delikventa, stojí vždy otázka: Jaká neviditelná motivační podstata řídila jeho chování, jeho sexuální delikt? Falopletyzmografické vyšetření je vyšetření mužských sexuálních reakcí. Jeho zakladatelem je pražský psychiatr a sexuolog Kurt Freund.

Falogramy sledovaných chlapců byly tyto:

1. Lukáš W. - vyšetřen 2krát s odstupem 2 let, v sexualitě nejsou vyvinuty normální pojistky proti agresivnímu jednání, nelze vyloučit sadis-

- mus třeba ve smyslu preference ovládnání propektivní koitální partnerky. Uzavíráno jako počínající sexuálně deviantní vývoj. Doporučeny antiandrogeny.
2. Jan Sch. - nebyl získán obraz neporušené sexuální orientace, doporučeno zopakování po roce. Vyjádřena suspekce na sexuálně deviantní vývoj.
 3. Tomáš B. - sexuální deviace neprokázána.
 4. Robin P. - preference heterosexuálních objektů 8-16 let, zvláště odevzdaných, podrobených žen. Reakce na sadomasochistický obraz byla 5krát vyšší než na roztouženou blondýnu. Po krvavém obrázku „Zemkovy sekyry“ zesílila penilní reakce, stejně jako po obrázcích svázaných žen. Největší zastížení erekce následovalo po vyprávění o drastickém násilí na ženě. Nedospělé dívky navozovaly ihned tumescence, dospělé nikoliv (nedospělý vzhled je v.p. pouze signálem snadné podrobitelnosti, evokující sadistickou proceptivitu snáze než svobodně se projevující dospělá žena). Uzavíráno jako sadismus postihující všechny fáze sexuálního chování. Doporučeny antiandrogeny.
 5. Petr P. - falogram ukázal na možnost průniku agresivity do chování vůči eroticky působivé osobě, příklon k názoru, že jde o trvalou sexuální anomálii, sexuální agresivitu. Avšak i v případě přechodné psychosexuální nezralosti je pacient nyní nebezpečný kombinací své sexuality s celkovou pohotovostí k agresivním projevům. Uzavíráno jako sexuálně deviantní vývoj. Doporučeny antiandrogeny.
 6. Lukáš M. - trvalá nevyvinutost úvodních sblížovacích komponent sexuality. Dále pudová anomálie v řízení samotného agresivního chování. Kombinace obou anomálií ho činí nebezpečným i v sexuální doméně. Nelze po jediné exploraci ztráct ze zřetele možnost sadismu. Uzavíráno jako deviantní sexuální vývoj. Doporučeny antiandrogeny.
 7. Pepa P. - pudová anomálie zasahující sebeprosazování i sexualitu. Vystupňovaná potřeba ovládacího chování. Nebezpečná porucha sebeprosazování se může projevit vedle agresivity i pyromanicky či např. šířením poplašných zpráv. Uzavíráno jako deviantní psychosexuální vývoj. Doporučeny antiandrogeny.
 8. Josef K. - sexualita pacienta si žádá bezbrannost a nehybnost erotického protějšku. Projevy zapadají do obrazu sexuální deviace disponující k agresivnímu chování. Uzavíráno jako sexuálně deviantní vývoj. Doporučeny také antiandrogeny.
 9. Jiří Š. - zjištěna sexuální anomálie, projevující se iniciováním intimních dotyků vůči ženě posuzovanému neznámé. Pro nízký věk nelze zatím rozhodnout, je-li násilný kontext těchto dotyků preferován nebo jen tolerován. Ve falogramu i v anamnéze je podpora pro obě tyto možnosti. V případě pouhé tolerance by mohlo jít o neúplný vývin sexuálně motivačního systému. Nelze také

vyloučit těžší sexuální agresivitu. Uzavíráno jako suspekce na psychosexuálně deviantní vývoj.

10. Michal H. - falometrické vyšetření neprovedeno pro výraznou úzkostnou reakci v úvodu. Psychosexuálně deviantní vývoj vyloučen.

Z odebraných dat a z falogramů můžeme na sexuálně deviantní vývoj usuzovat v 60 %, v dalších 20 % je sexuální deviantní vývoj pravděpodobný a v 20 % nebyl zjištěn.

Sexuologické vyšetření bylo pro posouzení sexuálního deliktu velmi důležité. Z výše zmíněných chlapců bylo po sexuologickém vyšetření doporučeno k antiandrogenní léčbě 60 %. Před započetím terapie antiandrogeny všichni chlapci podstoupili podrobné endokrinologické vyšetření, včetně vyšetření kostního zrání. Ani u jednoho z nich nebylo kontraindikováno nasazení antiandrogenů.

3. Psychologické vyšetření.

Psychologické testy jsou pro diagnózu sexuální poruchy nespecifické. Nejčastěji se v osobnostních charakteristikách objevovala vysoká míra neuroticismu, impulzivita, nezdrženlivost a agresivita, dále pak nedostatečně vyvinutá empatie a narcismus.

4. EEG vyšetření.

Pouze v 50 % se zjistila mírná patologie nevyžadující další morfologické vyšetření.

Jak se projevovало během hospitalizace našich 10 sexuálních delikventů?

U všech chlapců bylo registrováno opakované porušování režimu oddělení (kouření, útěky, fyzické potyčky mezi vrstevníky a u některých se vyskytly i krádeže). Tím se tyto jedinci nelišili od chlapců s běžnými poruchami chování.

Asi u dvou chlapců se vyskytlo psaní obscénních dopisů. Tito chlapci se projevovali vůči dívkám spíše netečně, v běžném kontaktu spíše plaše nebo bez zájmu. Někdy těmito odvážnými až vulgárními dopisy obeslali většinu dívek na oddělení. U těchto delikventů byly sexodiagnostikou prokázány známky, svědčící pro sexuálně deviantní vývoj.

U 30 % chlapců z mého souboru se vyskytly známky sexuálně agresivního chování vůči dospělým ženám (obscénní dopisy nebo dopisy vyhrožující agresí, ponižující, nadávky, pozorování ženského personálu na WC, sexuální dvojznačné poznámky) a ze závěrů sexodiagnostických vyšetření u nich bylo možno usuzovat na sexuálně deviantní vývoj.

LÉČEBNÁ OPATŘENÍ

1. Biologická sexuologická léčba

Týkala se pouze jedinců s dg. sexuálně deviantní vývoj. Hladina volného a vázaného testosteronu v krvi byla jedním z indikátorů nasazení antiandrogenů. Titrovala se taková dávka antiandrogenů, která způsobila pokles testosteronu a zároveň snížení agresivity a sexuálního napětí.

Začínalo se většinou nasazením Androcuru /cyp-roteronacefát/ p.o. 25-50 mg obden nebo denně, nedošlo-li k požadovanému snížení testosteronu v krvi, dávka se zvýšila nebo se přistoupilo k injekčnímu depotnímu preparátu /depotní forma Androcuru /300 mg /i.m./.

Dále byl jeden chlapec léčen preparátem Provera. Provera /medroxyprogesteronacetát/ se nasazuje v dávce 50-100 mg p.o., nebo existuje jeho depotní forma, která se podává 1krát za 14 dnů nebo 1krát za 10 dnů i.m. v dávce 150 mg.

Další sexuální násilník byl léčen preparátem Dekapeptyl /triptorelinacetát/, což je agonista gonadoliberinu. Lék se doporučuje aplikovat 1krát za 4 týdny v dávce 1,875-2,500 mg i.m.

Antipsychotika jsme indikovali tehdy, pokud se u chlapců vyskytovaly závažnější poruchy chování. Poruchy chování se vyskytly u všech chlapců v souboru.

2. Psychoterapie

Psychoterapeutické intervence jsou založeny na tom, že děti a mladiství se snadno učí a stále jsou v procesu vývoje, je proto snazší modifikovat jejich představy a názory. Program je založen na kognitivně behaviorálním modelu a skládá se např. z nácviku sociálních dovedností, které učí delikventa získat kontrolu nad svým chováním a nad svými sexuálními a agresivními impulzy. Učí ho asertivně a schopnostem řešit konflikty. Dále je součástí podobných terapeutických programů i nácvik empatie /k oběti/ a nácvik schopnosti sebeúcty. Program obsahuje i sexuální výchovu a učí novému systému hodnot a odmítání násilí.

Rodinná terapie je zvláště důležitá tam, kde delikvent zneužíval sourozence. Rodiče většinou popřou problém. Považuje se za důležité vést rodiče k tomu, že nejsou zodpovědní za násilný čin jejich potomka, ale za jeho výchovu. Nutno je motivovat ke spolupráci a k zájmu o dítě, které je obětí. Matky mají často tendenci násilníka se zastávat. U jedinců, kde je možno usuzovat na sexuální deviantní vývoj, se provádí na odborných pracovištích sexagogika, která má zprostředkovat náhled na odlišnost vlastních sexuálních motivací.

3. Další intervence

Soud může nařídit různá výchovná nebo ochranná opatření :

Ochranná výchova

V dětském věku se nařizuje ochranná výchova v případech, že spáchá závažný trestný čin, za který trestní zákon dovoluje ve zvláštní části uložení výjimečného trestu osoba, která dovršila 12 let a je mladší než 15 let. K zajištění řádné výchovy může být uložena ochranná výchova též dítěti mladšímu 15 let, které spáchalo takový čin, který by byl jinak trestným činem. Ochranná výchova potrvá, dokud to vyžaduje její účel, nejdéle však do 19 let. Ochranná výchova může být přeměněna v ústavní výchovu.

Soudní dohled nebo ústavní výchova

U méně závažných činů se ukládají opatření jako soudní dohled, zařazení do psychologicko-pedagogického programu ve středisku výchovné péče nebo se nařídí ústavní výchova v dětském domově nebo ve výchovném ústavu.

Jaká ochranná nebo výchovná opatření dostali chlapci z našeho souboru, došlo u nich k recidivě?

1. Lukáš W. - chlapec je v dětském domově a učí se na SOU truhlář. Bez recidivy sexuálně agresivního chování. Užívá antiandrogeny.
2. Jan Sch. - chlapec měl ústavní výchovu, opakovaně utíkal z diagnostického ústavu. Nyní je ve výkonu trestu za loupežné přepadení. Není mi z dostupných pramenů známo, zda se dopustil recidivy sexuálně agresivního chování.
3. Tomáš B. - chlapec byl údajně bez ochranných opatření, pouze ambulantně navštěvoval Středisko výchovné péče Krok. Z dostupných pramenů není známa recidiva sexuálního zneužívání sourozenců.
4. Robin P. - chlapci zemřela matka na somatické onemocnění. Má nařízenou ochrannou výchovu, kterou dosud vykonával v dětském výchovném ústavu v Boleticích. Užíval antiandrogeny, později Dekapeptyl. Pak byl krátce na dospělém oddělení v PL Bohnice pro výkon ochranné sexuologické léčby. Bez recidivy sexuální agresivity. Poté byl přeložen do Diagnostického ústavu pro mladistvé, kde se zvažovalo, které zařízení se zvýšeným dozorem mu umožní další vzdělávání. Pro jedince s extrémní poruchou chování, kteří ukončili základní vzdělání a mají nařízenou ochrannou výchovu, neexistuje zařízení umožňující středoškolské odborné vzdělání a zároveň léčebný dohled.
5. Petr P. - chlapec nemá žádné ochranné ani výchovné opatření. Studuje střední školu řemesel, obor umělecký truhlář. Je dispenzarizován nadále v sexuologické ambulanci. Podle dostupných údajů je bez recidivy sexuálně agresivního chování.
6. Lukáš M. - chlapec je aktuálně opět hospitalizován v dětské psychiatrické léčebně. Nemá nařízenou ústavní výchovu, má pouze soudní dohled. Užívá antiandrogeny a dochází do sexuologické ambulance.
7. Pepa P. - chlapec má nadále ústavní výchovu v dětském domově rodinného typu. Je neagresivní, bez recidivy sexuální agresivity. Je dispenzarizován v sexuologické ambulanci a pravidelně užívá antiandrogeny.
8. Josef K. - chlapec má ochrannou ústavní výchovu, kterou vykonává v dětském výchovném ústavu v Boleticích. Je pravidelně dispenzarizován v sexuologické ambulanci, užívá antiandrogeny. Bez recidivy sexuální agresivity.
9. Jiří Š. - chlapec nemá žádné výchovné ani

ochranné opatření. Je dispenzarizován v sexuologické ambulanci. Antiandrogeny nemusí užívat. Podle dostupných informací je bez recidivy sexuální agresivity.

10. Michal H. - je v rodině, bez výchovného opatření.

SHRNUTÍ

Průměrný věk sexuálního delikventa byl 13,5 let. U jedinců se sexuálně deviantním vývojem dokonce jen 13 let. V 60 % sexuálních delikventů bylo možno podle získaných dat usuzovat na sexuálně deviantní vývoj a u 20 % bylo vyjádřeno podezření. Z rizikových faktorů sexuálně delikventního jednáni daného souboru chlapců se zdá být nejdůležitější dysfunkční rodinné prostředí a agresivita u otce, podprůměrný intelekt sexuálního násilníka. U všech zmíněných chlapců byla nějaká, většinou neléčená psychiatrická porucha.

80 % chlapců nebylo před spácháním násilného činu léčeno dětským psychiatrem. Všichni chlapci, u kterých byl prokázán sexuálně deviantní vývoj, byli léčeni biologickou sexuologickou léčbou a jsou dispenzarizováni v sexuologické ambulanci. Zatím u nás neexistuje zařízení zabývající se komplexní léčbou a zároveň detencí dětí se sexuálně deviantním vývojem.

ZÁVĚR

Rozpoznání sexuální deviace v takto mladém věku není snadné. Je výhodná spolupráce odborníků jak z oboru dětské psychiatrie a psychologie, tak ze sexuologie a endokrinologie. Avšak pečlivě provedená sexodiagnostika je pro stanovení diagnózy sexuální anomálie u dítěte zásadní. Je nutné ovšem mít na zřeteli, že jednorázové falometrické vyšetření nemůže přinést definitivní závěr o povaze poruchy sexuální motivace. Protože však sexuální napětí je největší v mládí a víme, že závažným sexuálním deliktům ze sexuálně deviantní motivace předcházely méně závažné delikty, nemůžeme tyto závěry podceňovat.

Čím nižší věk, kdy je spáchán sexuální násilný delikt, tím větší je pravděpodobnost, že jde o příznak sexuálně deviantního vývoje. Dysfunkční rodina a nějaká psychiatrická porucha se zdají být pro sexuálně delikventní vývoj významné, ale u sexuálních deliktů ze sexuálně deviantní motivace je přesto rozhodující vrozená odlišnost sexuálně motivačního systému a zevní faktory tuto anomálii potencují.

Většina pachatelů sexuálních deliktů nejedná ze sexuálně deviantní motivace [7]. Tento faktor se ale v mém souboru vlastně nepotvrdil. Může to souviset i s tím, že nepříznivé rodinné zázemí vedlo k realitě, že se anomálie projevila dříve a také že mnou předložený vzorek chlapců byl příliš malý.

Dalšímu sexuálně delikventnímu jednání může zabránit včasná pedopsychiatrická péče. V litera-

tuře se uvádí, že sexuální delikventi /deviantní i nedevariantní/ skutečně vykazují poruchy chování /často i ve formě naznačené sexuální agresivity/ už v dětství a v období adolescence.

Pokud pediatři nebo psychologové zjistí u chlapce poruchy chování, poruchu aktivity a pozornosti, specifické poruchy učení a zejména pokud chlapec pochází z dysfunkčního rodinného prostředí /např. násilí v rodině /, měli by dotyčného odeslat do pedopsychiatrické ambulance k vyšetření.

Čím dříve sexuálně agresivní chlapec podstoupí toto vyšetření a zároveň psychoterapeutickou péči, tím větší má šanci na zabránění recidivy. Dále je nutné, aby jedinci, u nichž sexuálně deviantní vývoj byl potvrzen nebo vyjádřena suspekce, byli dispenzarizováni v sexuologické ambulanci a rodina byla pod dohledem sociálních pracovníků.

Zatím u nás neexistuje zařízení, které by se komplexní léčbou a zároveň detencí těchto dětí se sexuálně deviantním vývojem zabývalo. Dále je otázkou, kde umožnit další středoškolské vzdělávání adolescentům, kteří již nejsou žáky základních škol a mají nařízenou ochrannou výchovu pro sexuální delikt ať již ze sexuálně deviantní motivace či nikoliv.

Poděkování

Mé poděkování patří pracovišti sexuologie PL Bohnice /zejména MUDr. Břichcínovi, PhDr. Kolářskému / za mnohaletou spolupráci v péči o sexuální delikventní adolescenty.

LITERATURA

1. **Burton, D., Nesmith, A., Badten, L.** :Clinician's views of sexually aggressive children. *Child Abuse Negl.*, 21, 1997, pp. 157-170.
2. **Hunter, J.**: Etiology of adolescent sexual offending. Paper presented at the 13 th Annual Research and Treatment Conference of ATSA, San Francisco, 1994.
3. **Hunter, J. A., Becker, J. V.**: Motivators of adolescent sex offenders and treatment perspectives. In: J. Shaw /ed/: *Sexual aggression*. Washington, DC, American Psychiatric Press, Inc., 1998.
4. **Kolářský, A., Břichcín, S.**: Za poznáním sexuálních variací disponujících k pohlavnímu zneužívání dětí. In: Weiss, P. /ed/: *Sexuální zneužívání – pachatelé a oběti*. Grada, Praha, 2000 b.
5. **Revitch, E., Schlesinger, L. E.**: Clinical reflections on sexual aggression. In: Prentky, R. A., Quinsey, V. L. P. /eds./: *Human sexual aggression: Current perspectives*. *Annals of the New York Academy of Science*, 1988, No. 528.
6. **Weiss, P., Zimanová, J.**: Partner relations of sex offenders. *Rev. Sexuolog.*, 1, 1995 b, pp. 7-10.
7. **Zvěřina, J.**: *Sexuologie /nejen/ pro lékaře*. Akademické nakladatelství Cerm, Brno, 2003, 156 s.

MUDr. Šárka Bínová
Dětské a dorostové psychiatrické oddělení
Psychiatrická léčebna Bohnice
Ústavní 91
181 02 Praha 8
e-mail sarka.binova@plbohnice.cz
e-mail: binova@wo.cz