

TERAPIE SEXUÁLNÍCH DELIKVENTŮ – MEZINÁRODNÍ STANDARDY

souborný článek

Jaroslav Zvěřina

Sexuologický ústav 1. LF UK a VFN
Praha

Kontaktní adresa:

doc. MUDr. Jaroslav Zvěřina, CSc.
Sexuologický ústav 1. LF a VFN
Praha
Apolinářská 4
120 00 Praha 2
e-mail: jaroslav.zverina@vfn.cz

SOUHRN

Zvěřina J. Terapie sexuálních delikventů – mezinárodní standardy

Analyzována jsou stanoviska dvou odborných mezinárodních společností (IATSO a WFSBP) k vyšetřování a léčení sexuálních delikventů. Je zřejmé, že v této oblasti zatím nemáme dostatek nesporných a vědecky podložených dat. Kromě intenzivní psychoterapie je u parafilních sexuálních delikventů často nezbytná také léčba biologická. O indikacích psychofarmak a antiandrogenů nepanují žádné rozpory nebo nejasnosti. Zatímco společnost IATSO se staví proti terapeutické kastraci sexuálních delikventů jako proti degradující a mutilující metodě, společnost WFSBP bere na vědomí, že tato metoda je v některých zemích přípustná podle zvláštních předpisů a na základě kvalifikovaného souhlasu pacientů. Nicméně ani WFSBP terapeutickou kastraci do svých standardů nezařadila.

Klíčová slova: sexuální delikventi, parafilie, psychoterapie, biologické terapie.

SUMMARY

Zvěřina J. International standards in the treatment of sexual offenders

An analysis of the published standards of the IATSO and WFSBP for a diagnostic and the treatment of sexual offenders is given. It is stated that in the field we still have not enough scientific facts, based on the controlled studies with really long catamnesis. By paraphiliac sex offenders is very often some biological treatment necessary as a supplement to psychotherapy. In the application of psychopharmacs and antiandrogens there are not substantial differences between WFSBP standards and our clinical praxis. The IATSO is strongly against therapeutic castration by sex offenders. The WFSBP consider as a fact that in some countries is therapeutic castration in this indication permitted under special conditions. The WFSBP did not include castration into its therapeutic standards for paraphiliacs.

Key words: sex offenders, paraphiliacs, psychotherapy, biological therapies.

ÚVOD

Parafilie s výraznější nebezpečností se do našich ordinací dostávají především v rámci péče o sexuální delikventy. Jde tedy o klientelu z valné části nedobrovolnou, často přímo delegovanou policejními či justičními orgá-

ny. Tento charakter zmíněné klientely vede k nesporným etickým i odborným rozporům a problémům. Někdy můžeme konstatovat i naši vnitřní nejasněnost toho, co považujeme za standardní biologické léčebné metody

v této oblasti. O mnoho složitější jsou pak debaty na úrovni mezinárodní. V posledních letech jsme si to v Česku uvědomili zejména intenzivně, když jsme byli podrobeni kritice Výboru proti mučení Rady Evropy pro údajně neetické a problematické provádění terapeutické kastrace u těžkých sexuálních zločinců. Za německé psychiatry ke kastraci zaujal negativní stanovisko kupříkladu Friedman Pfaefflin,¹ když terapeutickou kastraci považuje „v každém případě, byť byla dobrovolná“, za degradující. Organizace ATSA (Association for the Treatment of Sexual Abusers) rovněž považuje kastraci za překonanou metodu, protože podávání hormonálního útlu má být méně invazivní alternativou.²

Základním koncepčním problémem je skutečnost, že mezinárodní organizace zabývající se léčbou sexuálních delikventů (IATSO – International Association for Treatment of Sexual Offenders) se široce zabývá vyšetřováním a léčením „sex offendrů“ jako neselektované skupiny, tedy bez pečlivé selekce těch parafilních. Není pak divu, že v materiálech IATSO můžeme nalézt i zcela skeptické názory na smysl a účinnost léčby těchto „pacientů“.

Naše sexuologická veřejnost má v posledních letech jen velmi omezené možnosti kontaktu s mezinárodními institucemi, které se vyšetřování a léčbě sexuálních delikventů věnují. Není snadné získat na tento interdisciplinární problém nějaké významnější grantové podpory. Státní zakázku a státní program v této oblasti postrádáme desítky let. Je proto nepochybně zajímavé blíže se podívat na standardy, které ve směru k léčení sexuálních delikventů lze v mezinárodní literatuře nalézt.

IATSO má na svých webových stránkách text,³ jehož hlavní body znějí následovně (příklad a redukce textu autor):

Psychoterapie může být individuální, skupinová, různého zaměření, včetně socioterapie nebo rodinné terapie.

Biologické terapie: antiandrogeny, antidepressiva, různá psychofarmaka.

Zásadní teze

1. Lze mít za prokázané, že některé léčebné postupy snižují riziko recidivy sexuálního deliktu.
2. Parafilní delikventi nemívají pocit, že jejich sexuální delikty jsou výsledkem něčeho patologického. Terapie je proto především jejich volba (jde o „elektivní proces“).
3. Vyšetřování a léčení sexuálních delikventů vyžaduje speciální znalosti a dovednosti, které nebývají součástí běžných edukačních programů.
4. Terapie by měla snížit riziko recidivy a zvýšit kvalitu života pacienta.
5. Biologická terapie má být vždy doprovázena psychoterapeutickým působením.
6. Trpí-li pacient kromě parafilie též jinou psychopatologií, je třeba léčit oba stavy.
7. Možných léčebných postupů je celá řada a terapeut musí z nich volit ty nejadekvátnější.
8. Léčebný plán může zahrnovat podávání psychofarmak, která snižují sexuální aktivitu a naléhavost sexuálních motivů.
9. Odborníci, kteří tuto léčbu provádějí, musejí být speciálně připraveni pro práci v trestněprávní problematice.

10. Sexuální delikventi často vyžadují delší sledování po provedené léčbě. To by mělo být zabezpečeno.
11. Není etické zatěžovat pacienta takovými úkony, které nejsou pro jeho vyšetřování a léčení nezbytné.
12. Aby bylo možné odborníky, právníkou veřejnost i veřejné mínění přesvědčit o účelnosti léčby, mají se odborníci podílet na vědeckém vyhodnocování léčebných postupů.
13. Terapeuti musejí být připraveni vystupovat ve věci svých pacientů před soudy.
14. Sexuální delikventi mají stejná práva na ochranu soukromí jako ostatní pacienti, s výjimkou toho, kde zákon stanoví jinak (zprávy soudům, obsílky).
15. Sexuální delikventi nesmějí být diskriminováni na základě věku, pohlaví, rasy, přesvědčení, víry a podobně ...
16. Terapeut má k pacientovi přistupovat s důvěrou a respektem. Pokud není schopen cítit k pacientovi a jeho deliktům soucit, měl by to zřetelně vyjádřit ve zprávách o léčení.

Další mezinárodní organizací, která v poslední době formulovala své standardy léčby sexuálních delikventů, je WFSBP (World Federation of Societies of Biological Psychiatry). Z těchto publikovaných tezí⁴ vyjímáme následující.

WFSBP se zabývá zejména indikací a terapeutickými aplikacemi těchto medikamentů: antidepressiva SSRI, hormony (antiandrogeny, analoga GnRH). V aktuálních doporučeních se nevyskytují tricyklická antidepressiva, neuroleptika, anxiolytika ani lithium a jiná thymopropylaktika. Za farmaka první volby jsou považována antidepressiva SSRI, v dalších schématech pak antiandrogeny (cyproteronacetát, medroxyprogesteronacetát) a analoga LHRH. Není řešena otázka, jak postupovat u pacientů, kterým nelze medikamenty podávat pro zřejmé a ohrožující kontraindikace (jaterní léze, alergické reakce, tromboembolické komplikace a podobně). Postoj k terapeutické kastraci je odmítavý, patří pryč minulosti, je pryč eticky problematická. V rozporu se skutečností se uvádí, že kastrace v této indikaci je snad možná jen v Německu, což zcela jistě neodpovídá skutečnosti. Nejméně v šesti evropských zemích je kastrace na žádost pacienta v této indikaci možná, byť je využívána jen velmi zřídka. Text se okrajově zmiňuje o historické zkušenosti (ne vždy pozitivní) s „psychochirurgickými“ výkony u sexuálních offendrů.

Po roce 1940 se opakovaně v této indikaci zkoušela léčba estrogeny. Pro masivní vedlejší účinky byly estrogeny nahrazeny antiandrogeny (cyproteronacetát, medroxyprogesteronacetát). V posledních letech jsou dostupná analoga LHRH, aplikovaná v depotních injekcích. Příznivé reference jsou o podávání antidepressiv SSRI, ale také jiných psychofarmak (lithium, neuroleptika aj.). Nezbytný je psychoterapeutický kontext každé takové léčby.

Diskutovány jsou etické problémy: jde o hledání rovnovážných vztahů mezi léčbou, trestem a ochranou společnosti. Je třeba respektovat lidská práva delikventů. Podle Poradního výboru pro bioetiku je přípustná hormonální útlumová léčba jen za dodržení následujících podmínek:

- byla diagnostikována parafilie po důkladném psychiatrickém vyšetření;

- hormonální léčba je zaměřena proti konkrétním příznakům a přizpůsobena individuálnímu osobnímu stavu pacienta;
- stav osobnosti představuje významné riziko poškození jeho zdraví, nebo psychické či tělesné integrity jiných osob;
- není dostupná jiná, méně invazivní léčebná metoda;
- psychiatr poskytne pacientovi důkladnou informaci a získá jeho souhlas; je-li to třeba, spolupracuje s konzultujícím endokrinologem;
- hormonální léčba je součástí písemně formulovaného léčebného plánu, který je kontrolován v pravidelných intervalech a případně revidován.

Souhlas je u této klientely nicméně často dáván v situaci, kdy pacient je subjektem omezení a nátlaku. V případě pacientových námitek nebo pochybností o jeho dobrovolném souhlasu je třeba okolnosti léčby prověřit soudem či jinou kompetentní institucí.

Klinické problémy

Diagnostické manuály DSM IV. a ICD 10. definují parafilie jako stavy vyznačující se „opakovanými, intenzivními sexuálními vzrušujícími fantaziemi, tendencemi k sexuálním aktivitám ve směru k 1. nehumánním objektům, 2. utrpení vlastní nebo jiné osoby, 3. dětem či jiným objektům, neschopným dobrovolného souhlasu“ („nonconsenting“). Tyto tendence se mají vyskytovat v období minimálně šesti měsíců (kritérium A). Tyto stavy mají způsobovat klinicky signifikantní „distress“ anebo problémy sociální, profesní či jiné (kritérium B).

Uvádí se osm specifických diagnostických kategorií: exhibicionismus, fetišismus, sexuální masochismus, sexuální sadismus, voyeurismus a transvestický fetišismus. Pacienti s „exkluzivní formou parafilie“ nejsou sexuálně vzrušiví ničím jiným než svými parafilními představami či chováním. „Neexkluzivní parafilici“ jsou vzrušiví i jinými sexuálními obsahy, které s těmi parafilními kompetují. Většina parafilí jsou „chronické stavy“, někdy celoživotní. Jiné parafilie: telefonní skatologie, nekrofilie, parcialismus, zoofilie, koprofilie, klysmafilie, urofilie.

Parafilie jsou často přítomny v kombinované podobě. Tak třeba až třetina pedofilů jsou prý současně exhibicionisté.

Komorbidity: různé stavy, zejména poruchy osobnosti, závislosti na drogách, jen zřídka pak psychózy a bipolární poruchy.

Sexuální delikvence a parafilie

Přítomnost parafilie nemusí nutně vést k deliktům. Takoví pacienti někdy žádají o léčbu pro své vnitřní psychické problémy. Někteří parafilní delikventi atakují více objektů (sérioví parafilní vrazi, průměrný počet objektů, které atakuje pedofil, je kolem 20).

Prevalence parafilí

Jen velmi málo těchto lidí přichází k léčbě bez předchozího deliktu. Na druhé straně velká část sexuálních deliktů

není hlášena a vyšetřena. Podíl sexuálních delikventů tvoří v různých statistikách 10–22 % všech delikventů.

Recidivita

V této kapitole text nerozlišuje parafilní a neparafilní sexuální delikventy. Tak je tomu ostatně v naprosté většině dostupných literárních zpráv. Konstatuje se, že samo potrestání problém parafilie neřeší. Obecně se uvádí, že opakování sexuálního deliktu je pozorováno v 13 %. Nejméně u incestů (4 %), nejvíce u pachatelů vůči dětem (21 %). Jsou to data pro neléčené (a nedagnostikované!) delikventy po 5 letech po propuštění. Zcela ojediněle se vyskytuje zpráva s delším, 22letým sledováním, kde ovšem recidivita je 48 %. Neselektované soubory sexuálních delikventů vykazují specifickou recidivitu 2–3 % ročně; s tím, že v některých souborech jednoznačně převažuje recidivita nesexuálních deliktů, kterými je ostatně tato kategorie zločinců významně prostoupena.

TERAPIE

Bilaterální orchidektomie

Recidivita sexuálních delikventů po kastraci je uváděna hodnotami mezi 2,5 a 7,5 % po 20leté katamněze. Proti 60–84 % nekastrovaných 50 % po kastraci spokojených, 30 % cítí depresi a únavu, 35 % kastrovaných mužů udržuje sexuální aktivitu. Až polovina je schopna erekce v laboratorních podmínkách. Některé studie hovoří o extrémně nízké recidivě (Dánové na 900 kastrovaných uvádějí 1 % recidivy). V některých státech USA a některých evropských zemích je kastrace v této indikaci dosud přípustná. Autoři nepopírají efektivitu kastrace, ale uvádějí, že jsou dostupné účinné a méně invazivní alternativy. Ve většině evropských zemí je proto kastrace „opuštěna“. Současná hormonální terapie koneckonců ze zkušeností s kastrací vychází...

Psychoterapie a behaviorální terapie

Obvykle se kombinuje individuální a skupinová psychoterapie. Nejčastěji psychoanalytická, dynamická, nebo kognitivně-behaviorální psychoterapie. Ta poslední je vůbec nejčastější mezi publikovanými zprávami. Zaměřuje se na empatii, kontrolu sexuálních impulsů, prevenci recidivy a zpětnou vazbu. Kombinace s hormonální léčbou vykazuje lepší výsledky co do recidivity. Sama psychoterapie je standardem tam, kde se nejedná o nebezpečné parafilie. Různé studie uvádějí recidivitu 19 % proti 27 % u neléčených delikventů. Většina studií neuvádí kontrolní skupinu. Také je třeba počítat s někdy vysokými počty těch, kdo terapii nedokončí. Všechny pokusy o hlubší analýzu publikovaných prací svědčí o tom, že výsledky jsou velmi variabilní. Lze nalézt také údaje svědčící o tom, že samotná psychoterapie má sotva nějaký efekt! Lze říci, že literární údaje se vyznačují tím, že čím delší je katamněza hodnoceného souboru sexuálních delikventů, tím vyšší je jejich recidivismus. Většina studií přitom vůbec není provedena na těžkých sexuálních zločincích.

Psychofarmaka

Lithium karbonát, tricyklická antidepresiva, mirtazapin, neuroleptika, antiepileptika, naltrexon aj. Většinou jde v přehlédnuté literatuře o kazuistiky a malé soubory s relativně krátkou katamnézou.

SSRI: snížení hladin serotoninu zvyšuje sexuální aktivitu, jeho snížení naopak inhibuje sexuální motivaci. Úspěšné léčení OCD inspiruje aplikaci těchto léků ke snížení pudivosti parafiliků. Hlášeny jsou úspěchy u parafilii a také u hypersexuality neparafilních subjektů. Chybí kontrolované, randomizované studie. Nejčastější aplikace u pedofilii, exhibicionismu nebo kompulzivní masturbace.

Estrogeny: první zprávy o aplikaci estradiolu v této indikaci jsou z roku 1949. Mají známé a výrazné negativní vedlejší účinky, proto se u parafilii neaplikují.

Antiandrogeny a analoga GnRH: i v této modernější medikamentózní léčbě jsou kontrolované studie zcela ojedinělé. Výzkumy u těžkých delikventů jsou nemožné, protože tito jedinci jsou většinou ve vězení.

Medroxyprogesteronacetát (MPA): 50–100mg/d. p. o. 300–500 mg týdně i. m. Od roku 1968 v USA používán, celá řada kazuistik a studií.

Cyproteronacetát (CA): 100–400 mg/1–2 týdny i. m. depotní preparát, p. o. 50–200 mg denně. Tento preparát je používán v Evropě a Kanadě. K dispozici je celá řada prací, ale též jen zcela ojediněle kontrolované studie. Více kazuistik. Doba podávání většinou do jednoho roku, vzácně déle, třeba i 8 roků.

GnRH analoga: Triptorelin, Leuprorelin, Goserelin
Triptorelin 3,75 mg/měsíc i. m.

Leuprorelin 3,75–7,5 mg/měsíc i. m. Také režim 7,5–11,25 mg/3 měsíce.

Ani zde nejsou kontrolované randomizované studie. Nejdelší podávání 7 a 10 roků. Optimální prý je podávat to 3 roky, za takový interval lze získat dobrý vztah s pacientem a uspokojivou komunikaci. Analoga GnRH jsou nesporně rychleji nastupující a spolehlivější než antiandrogeny.

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

Text zmiňuje třináctibodovou škálu, navrženou kdysi Maletzky,⁵ která pomáhá hodnotit indikaci k nasazení antiandrogenů u sexuálních delikventů:

- více obětí..... 1
- více parafilii..... 1
- preference deviantního sexuálního chování..... 1
- deviantní sexuální zájem (PPG)..... 2
- oběti nejsou v partnerském vztahu s delikventem..... 1
- násilí při spáchaném deliktu..... 1
- oběť mužského pohlaví..... 2
- věk pod 30 roků po propuštění..... 1
- mozková dysfunkce..... 2
- psychopatologie v anamnéze..... 1
- delikt v ambulantní léčbě..... 1
- delikt v ústavní léčbě..... 1
- selhání předchozí léčby..... 2

Dosáhne-li skóre (při 17 bodech možných) hodnoty 7 a vyšší, lze to považovat za indikaci k útlumové hormonální terapii.

Obecné zásady

Parafilní delikvent může být k psychiatrické terapii delegován soudem v rámci rehabilitačního programu výkonu trestu. Způsob léčby má být ponechán na profesionálech. V případě farmakologické léčby je nutný kvalifikovaný a svobodně daný souhlas pacienta. Odmítnutí terapie může mít za následek trestní sankci. Není spolehlivých dat o tom, který způsob léčby je neefektivnější, jak postupovat u kterých delikventů a jakou léčbu vybrat. Nemáme žádnou terapii, která by dokázala změnit sexuální orientaci (preferenci) pacienta. Etické ohledy nedovolují zde provádět placebem kontrolované studie různých způsobů farmakoterapie. Nejsou také úplně spolehlivé metody k hodnocení a měření sexuální aktivity subjektu. Není úplně jednotná klasifikace a způsob popisu a hodnocení jednotlivých sexuálních deliktů. To nesporně ztěžuje porovnávání jednotlivých studií. Prakticky zcela chybí farmakologické studie u sexuálních vrahů. Málo dat je k dispozici o nedospělých sexuálních delikventech.

Terapie parafilii má tyto cíle:

1. Kontrola parafilních fantazií a chování s cílem snížit riziko recidivy
2. Kontrola sexuálního puzení
3. Snížení „distressu“ pacienta

Kromě psychoterapie je možné použít i farmakoterapii. Rozhodování o způsobu léčby vychází z těchto faktorů:

- pacientova anamnéza;
- výsledky vyšetření a pozorování pacienta;
- intenzita parafilních fantazií;
- riziko sexuálního násilí.

Léčit je samozřejmě třeba i případné komorbidity. Psychofarmaka jsou podávána jak k ovlivnění psychopatologie, tak ke snížení sexuální aktivity. Hormonální útlumová léčba specificky snižuje sexuální aktivitu, může však zhoršovat psychopatologické příznaky.

Z psychofarmak se text v oblasti navrhovaných standardů kupodivu omezuje na údaje o podávání serotoninergních antidepresiv. Mají být podávána zejména tam, kde parafilní motivace má zřejmou kompulzivní složku; zejména nejde-li o zvláště nebezpečné delikty, tedy v praxi zejména u exhibicionistů. Podobné stanovisko zastávají zcela nedávno Žourková se Sejblovou.⁶

Indikací k podávání hormonálního útlumu je spolehlivě zjištěná dg. parafie, také u sexuálních delikventů s mentální retardací či kognitivními poruchami.

Je třeba dbát kontraindikací těchto preparátů. Při vleklé léčbě a léčbě lidí starších 50 let je nutné pravidelně kontrolovat kostní denzitu. Antiandrogeny nesmějí být použity, pokud s touto léčbou pacient nesouhlasí, není dokončen jeho somatosexuální vývoj a růst (puberta).

Lékařské kontroly a hodnocení stavu

- sexuální aktivita, praxe, fantazie pravidelně hodnotit po 1–3 měsících;
- tělesné vyšetření (váha, TK, KO, jaterní testy) po 3–6 měsících;

- glykémie po 6 měsících;
- kostní denzita každé 2 roky;
- hladina T v případě pochybností o efektivitě terapie či podezření na utajenou androgenní suplementaci.

Obecně platí, že analoga GnRH jsou lépe snášena, jsou účinnější a mají podstatně méně vedlejších negativních účinků než klasické antiandrogeny. V některých zemích je jako alternativa dlouhodobé léčby analoga GnRH přípustná chirurgická kastrace. Text hovoří (v rozporu s logikou) o „reverzibilní chemické kastraci“. Mám za to, že o této léčbě by se mělo hovořit buď jako o „útlumové léčbě“, „androgenní blokádě“, nebo jako o „androgenní deprivaci terapii“. Použití termínu „kastrace“ je v této souvislosti naprosto nesmyslné.

U adolescentů nelze hormony použít a lékem první volby zde jsou SSRI a psychoterapie.

Standardy předkládají celkem šest úrovní farmakoterapie:

- Level 1: psychoterapie, přednost by měla mít „behaviorálně-kognitivní psychoterapie“, protože efektivitu jiných forem nepovažují za ověřenou.
- Level 2: psychoterapie doplněna léčbou SSRI v dávkách obvyklých u obsedantně kompulzivní poruchy – uvádějí fluoxetin a paroxetin.
- Level 3: k uvedenému se přidávají antiandrogeny v nízkých dávkách (CPA 50–100/d.).
- Level 4: podává se plná dávka antiandrogenů, tedy CPA 200–300 mg/d., 200–400 mg i. m. týdně či 2 týdně, respektive plná dávka MPA 50–300 mg/d., intramuskulární aplikace se neuvádí.
- Level 5: analoga GnRH, možno kombinovat s CPA (týden před zahájením a první měsíce podávání GnRH analoga k potlačení iničiálního aktivačního účinku).
- Level 6: kombinace antiandrogenů s analogy GnRH či také spolu s SSRI „katastrofických“ případů.

Trvání léčby

Jedná se o chronické stavy, žádána dostupná léčba nedokáže měnit sexuální orientaci pacientů. Různí autoři se vcelku shodují na minimální době léčby 3–5 roků u závažných případech. U méně závažných nejméně 2 roky trvající terapie. Cenná je prezentovaná literatura, která je aktuální a obsahuje také české autory.

ZÁVĚR

V uvedeném přehledu mezinárodních odborných stanovisek je zřejmé, že tato nijak zásadně neodporují tomu, co se u nás považuje za standard v péči o parafilní sexuální delikventy.^{7,8}

Se sexuálními delikty je spojena dosti rozšířená představa, že jejich pachatelé jsou vesměs lidé vyšinití a nenormální. To vede k úvaze o bezpodmínečném předání všech takových pachatelů lékařům, aby duševní poruchu rozpoznali, pojmenovali a pokud možno také odstranili. Mezi pachateli sexuálních deliktů nepochybně existuje podskupina motivovaná psychopatologicky nebo sexuálně deviantně. Tato podskupina je u různých deliktů různě

početná. Její existence ospravedlňuje lékařskou intervenci v zacházení s pachateli. Medicinalizace celé oblasti sexuální delikvence však není a nemůže být naším programem. Většina pachatelů sexuálních deliktů totiž nejedná ani z psychopatologické, ani ze sexuálně deviantní motivace.

Význam falopletyzmografického vyšetření (PPG) se v analyzovaných textech mnoho nediskutuje. V oblasti hodnocení sexuálních delikventů tuto psychofyzilogickou vyšetřovací metodu někteří zcela zatracují, jiní ji považují za zajímavou pomocnou metodu. Česká sexuologická škola zastává druhý zmíněný názor, a to ve shodě s naší specifickou tradicí. Vyšetření sexuálních reakcí jako sexuologickou diagnostickou metodu do klinické podoby dovedl Kurt Freund, byť za svého působení v kanadském exilu.

Léčení sexuálních delikventů bývá jen vzácně zahajováno na jejich vlastní žádost. Tito muži vyhledávají konzultaci sexuologa zpravidla pod tlakem okolí. Nejčastěji jde ovšem o nucenou ochrannou léčbu nařízenou soudem. Menší část této klientely je k vyšetření nucena rodinnými příslušníky nebo místními úřady, které se dozvěděly o jejich přestupcích.

Naše koncepce léčení sexuálních delikventů vychází z klasické představy „adaptační léčby“, formulované již v padesátých letech minulého století Karlem Nedomou. Cílem celého léčebného procesu je dosažení co nejlepší sexuální adaptace. Za předpokladu, že pacient trpí sexuální deviací a že nedokáže své sexuální impulsy dokonale své deviantní sexuální motivace. Dále je třeba zvážit, jakým způsobem se dokáže adaptovat tak, aby jeho sexuální chování nevedlo k porušení sociálních norem. Nejběžnějším a také nejspolehlivějším způsobem adaptace je navázání a konzumace hodnotného partnerského vztahu. Pokud jsou nedostatky v této oblasti větší, pak zůstává hodnotný partnerský vztah jen nedostižným cílem či ideálem. Jedinec je schopen jen příležitostných partnerských styků, nebo k nim nemá ani ty základní předpoklady. Pak je možné, aby k sexuální adaptaci sloužila autoerotika. K ní by měl být pacient systematicky veden. Masturbace je vůbec významný adaptační fenomén. Měla by překlenout i momentální vzestupy sexuálně deviantních tendencí.

Z uvedeného plyne, že základní význam náleží v našem léčebném schématu psychoterapii. Adaptační léčba je chápána jako syntéza psychoterapie, socioterapie a biologických léčebných metod.

Součástí psychoterapie je též poučení pacienta o sexualitě a základech sexuální morálky. Tím nejcennějším bývá, že se pacient při dobrém terapeutickém vztahu naučí o své sexualitě hovořit a že lépe pochopí své potřeby a problémy v této oblasti.

Biologická léčba sexuálních delikventů u nás: v prvním plánu je smysl biologické léčby jasný. Jde o snahu po snížení sexuální aktivity. Předpokládá se, že podaří-li se utlumit naléhavost sexuálních potřeb, je pak pro pacienta snadnější ubránit se realizaci sexuálně deviantních činů.

Všechna sedativně působící **psychofarmaka** lze podávat k určitému, avšak nespecifickému útlumu sexuální aktivity. Kromě běžných anxiolytik, neuroleptik nebo thymopropylaktik se dnes ve shodě s doporučeními WFSBP také u nás stále častěji používají antidepresiva s výrazně serotoninergrním účinkem (SSRI).

K útlumu sexuální aktivity muže lze použít především **antiandrogeny**. K nejčastěji užívaným patří medroxyprogesteronacetát (MPA) a cyproteronacetát (CPA). Oba tyto preparáty jsou k dispozici též v injekční depotní formě, která je pro léčení sexuálních delikventů zejména vhodná. Aplikace a dávky u nás obvyklé se nikterak podstatně neliší od doporučení WFSBP. Aktuální je v této oblasti aplikace **analog LHRH**. Tyto látky blokují produkci gonadotropinu a mohou snižovat sexuální aktivitu i svými centrální účinky.

Možnou, avšak výjimečnou biologickou léčebnou metodou u sexuálních delikventů zůstává terapeutická **kastrace**. Tento ireverzibilní chirurgický výkon je vhodný

jen u zvláště rezistentních a nebezpečných případů. Je ovšem nutné, aby výkon byl proveden na žádost pacienta, po jeho kvalifikovaném souhlasu a schválen odbornou komisí. Podle našich zkušeností jsou výsledky správně indikované kastrace vesměs velmi dobré. Snížení sexuální aktivity je naprosto spolehlivé a hlavně trvalé a nezávislé na pravidelné aplikaci antiandrogenů. Kastrace však nemůže změnit sexuální preferenci operovaného muže (ani antiandrogenní léčba to nedokáže). Je tedy zřejmé, že situace v léčení parafrilních sexuálních delikventů se v České republice od mezinárodních standardů nijak zásadně neodlišuje.

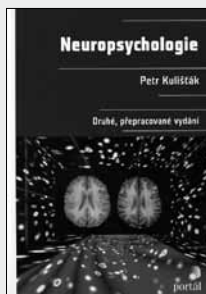
LITERATURA

1. Pfaefflin F. The surgical castration of detained sex offenders amounts to degrading treatment. IATSO E-journal 2, 2010; www.iatso.org.
2. Anti-Androgen Therapy and Surgical Castration. In: ATSA Public Policy Papers 1997; www.atsa.com.
3. Standards of Care for the Treatment of Adult Sex Offenders; www.iatso.org.
4. Thibaut F, de la Barra F, Gordon H, Cosyns P, Bradford JM; WFSBP Task Force on Sexual Disorders: The World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) guidelines for the biological treatment of paraphilias. World J Biol Psychiatry 2010; 11: 604–655; www.wfsbp.org.
5. Maletzky BM. Factors associated with success and failure in the behavioral and cognitive treatment of sexual offenders. Ann Sex Res 1993; 6: 241–258.
6. Žourková A, Sejbalová P. Serotonergní antidepresiva v léčbě parafrilií. Čes a slov Psychiat 2011; 107(4): 211–215.
7. Weiss P. Sexuální deviace, klasifikace, diagnostika, léčba. Praha: Grada; 2002.
8. Zvěřina J.: Sexuologie (nejen) pro lékaře. Brno: CERM; 2003.

Petr Kulišťák

NEUROPSYCHOLOGIE

Druhé, přepracované vydání



Neuropsychologie je poměrně mladým oborem, který studuje především vztah mezi mozkiem a chováním. Náš přední odborník stručně a s přijatelnou mírou odborné terminologie seznamuje se základními otázkami, které neuropsychologie zkoumá. Představuje současné metody studia nervového systému, nejnovější poznatky o neurobiologických

základech jednotlivých psychických funkcí (od vnímání přes paměť, jazyk, emoce až po vědomí). Pozornost je věnována rovněž poruchám těchto funkcí, neuropsy-

chologickým diagnostickým a rehabilitačním postupům i neuropsychoterapii. Závěr knihy podává přehled některých teorií o činnosti mozku a možnostech jejich aplikace v klinické praxi. Kniha je určena studentům psychologie, fyzioterapie, ergoterapie a dalších oborů, dále pak psychologům, lékařům všech odborností v pregraduálním i postgraduálním studiu, zejména neurologům a psychiatrům. Využijí ji i logopedi, rehabilitační pracovníci a všichni čtenáři se zájmem o nové poznatky týkající se vztahu mezi mozkiem a chováním.

649 Kč, Portál, druhé vydání, 380 s., černobíle + bar. příloha, 160 × 230 mm, vázané

Objednávky: Galén, Na Bělidle 34, 150 00 Praha 5, tel. 257 326 178, fax 257 326 170, e-mail: objednavky@galen.cz

Přímý prodej: Zdravotnická literatura, Lipová 6, 120 00 Praha 2, tel. 224 923 115