

Universita Karlova v Praze
Fakulta: Filozofická
Katedra: Psychologie
Obor: Klinická psychologie

DISERTAČNÍ PRÁCE



Srovnání přesnosti a spolehlivosti sexodiagnostického vyšetření metodami penilní pletysmografie a měřením vizuálního reakčního času

Autor: MUDr. Ondřej Trojan

Školitel: Prof. PhDr. Petr Weiss, Ph.D., D.Sc.

2017

Prohlašuji, že jsem tuto doktorskou disertační práci vypracoval samostatně a pouze s použitím uvedené odborné literatury. Všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány.

V Praze dne 27. března 2017

podpis _____

Poděkování

Rád bych zde poděkoval těm, kdo přispěli k výsledné podobě této práce.

Především svému školiteli profesoru Petru Weissovi za cenné rady a upozornění během získávání dat i tvorby disertační práce. Dále pak doktorce Kateřině Klapilové a doktoru Timothy Wellsovi z Národního centra duševního zdraví Klecany za cennou pomoc se statistickým zpracováním výsledků. Rovněž pak mužům s pedofilním zaměřením za ochotu spolupracovat ve výzkumu a těm mužům, kteří souhlasili s anonymním zařazením do srovnávací skupiny.

OBSAH

ANOTACE	6
ABSTRACT	7
VOLBA ZAMĚŘENÍ PRÁCE	9
1. TEORETICKÁ ČÁST	9
1.1 Význam sexodiagnostiky:	10
1.2 Pedofilie jako referenční parafilie, definice, otázky normality	11
1.2.1 Definice dítěte	14
1.2.2 Možnosti stanovení diagnózy:	16
1.3 Penilní pletysmografie.....	16
1.3.1 Způsoby měření penilních odpovědí	17
Obrázek 4:.....	19
1.3.2 Podnětové sady	19
1.3.3 Hodnocení záznamu	20
1.3.4 Spolehlivost vyšetření.....	20
1.3.5 Hodnocení shrnujících (statisticky zpracovaných) výsledků penilních reakcí.....	21
1.3.6 Sofistikovanější přístroje umožňují registraci dalších parametrů kromě změn prokrvení penisu: 22	
1.3.7 Problémy při hodnocení výsledků vyšetření.....	22
1.3.8 PPG-vyšetření u některých parafilí	24
1.4 Vizuální reakční čas	26
1.4.1 AASI jako diagnostický systém s využitím vizuálního reakčního času.....	29
1.4.2 Affinity – systém pro měření VRT	30
1.4.3 Systém hodnocení VRT	30
1.5 Další sexodiagnostické metody založené na fyziologických reakcích	31
1.5.1 Termometrie genitálu.....	31
1.5.2 Pupilometrie	31
1.5.3 Elektroencefalografie, funkční MRI	31

1.6	Sexodiagnostika a její využití v terapii parafilních mužů	32
1.6.1	Model léčby klienta na svobodě	32
1.6.2	Ochranné léčení (ústavní i ambulantní)	33
1.7	Úskalí sexodiagnostiky	34
1.7.1	Klientův odpor	35
1.7.2	Organický psychosyndrom	35
1.7.3	Zneužívání návykových látek	36
1.8	Sexodiagnostické přístupy u speciální klientely	36
1.8.1	Klient, který přišel o své vůli	36
1.8.2	Mladistvý klient	37
1.8.3	Klient „omylem poslaný“	37
1.8.4	Klient poslaný rodinou	38
1.9	Sexodiagnostika v adaptačním procesu	38
1.9.1	Adaptace na netrestnou sexualitu	38
1.9.2	Adaptace na autoerotiku	39
1.9.3	Adaptace na asexuální chování	39
1.9.4	Resocializace	39
2.	EMPIRICKÁ ČÁST	39
2.1	Význam studie	39
2.2	Hypotézy	40
2.3	Soubor	42
2.3.1	Obecné charakteristiky souborů	42
2.3.2	Kritéria k zařazení:	44
2.3.3	Kritéria k vyřazení	44
2.3.4	Organizace studie a ochrana osobnosti	45
2.4	Metodika studie:	46
2.4.1	Sběr dat	46
2.4.2	Dotazník:	46
2.4.3	Vlastní klinická zkoumání	47

2.4.4	Hodnocení, statistické zpracování	49
2.4.5	Vyhodnocení dotazníkové studie	50
2.5	Výsledky.....	51
2.5.1	Výsledky dotazníkového šetření (pouze základní soubor).....	51
2.5.2	Výsledky měření PPG a VRT.....	57
2.6	Diskuse.....	71
2.6.1	Volba základního a srovnávacího souboru	71
2.6.2	Výsledky dotazníkového šetření.....	72
2.6.3	Výsledky měření, hypotézy.....	77
2.6.4	Metodologie PPG,VRT a subjektivního hodnocení	82
2.6.5	Shrnutí výsledků studie	88
2.7	Závěr	89
2.8	Literatura	91
PŘÍLOHY	I

Anotace

Sexodiagnostika je součástí forensně psychiatrického procesu. Určení přesné diagnózy je důležitým prvkem pro indikaci vhodnosti léčení, počtažmo návrhu uložení ochranného léčení v procesu soudním. Penilní pletysmografie je již více než půl století součástí tohoto procesu.

Cílem studie bylo otestovat vizuální stimuly používané autorem a zhotovené v 90. letech minulého století – později digitalizované, určit diskriminační potenciál uvedené sady, porovnat přesnost falometrického vyšetření s diagnostikou pomocí vizuálního reakčního času spojeného s vlastním hodnocením. Vedlejším cílem bylo rozšíření vzhledu do problematiky pedofilie z hlediska možných determinant rozvoje této parafilie, tedy zjištění postojů a anamnestických dat, najmě pak vlastních zkušeností s prožitkem sexuálního zneužití v dětství.

Výsledky ukázaly řadu rozdílů ve výsledcích měření vzrušivosti u skupiny egosyntonních pedofilů a u srovnávací skupiny mužů, kteří byli stíháni pro sexuální delikt z oblasti pedo / hebefilie, leč tento popírali.

Korelační analýza ukázala signifikantní pozitivní vztah mezi sexuální reaktivitou a subjektivně vyjádřenou věkovou preferencí. Jako nej přesnější forma hodnocení falometrie pak se jevílo jednak maximum penilních tumescencí během expozice stimulu, jednak autorem nově zaváděný parametr delta (Δ), což je rozdíl mezi minimem a maximumem během celého expozičního času (expozice stimulu i čas po expozici)

Klíčová slova:

pedofilie, hebefilie, vizuální reakční čas, čas sledování, penilní pletysmografie

Abstract

The diagnosis of pedophilia denotes (according to ICL 10) the erotic preference for prepubescent or early pubescent children. Penile plethysmography (PPG) measures the reaction of these men in response to either visual stimuli or to erotic narrative stories including child objects. Penile plethysmography is quite an intrusive assessment method, so viewing time (VT) might be a good alternative if it is shown to be comparatively accurate. Several studies in the past have shown inconsistent data, therefore more research is needed to confirm its validity in distinguishing responses to the preferred age category of pedophilic men.

Method: Participants were 30 self-referred admitting paedophiles aged between 18 and 55 in the experimental group and 30 heterosexual gynephile men in the comparison group. A set of photographs depicting naked adults in addition to male and female children across 6 age categories ranging from young infants to adolescents was used; the same set of 38 stimuli were used to measure PPG (first) and VT(after). PPG apparatus was used to measure penile reactions. VT was measured with use of a special software. Participants were instructed to rate all stimuli on the scale 1-6, with 1 being low attractiveness. Besides the participants in the experimental group were asked to fill in a 31— items questionnaire stating their preferred age and sex category of the child object and also facts from their history (experience of sexual abuse or rape, preferred sexual activities etc.)

Results: Data obtained from PPG and VT were analysed using separate repeated measures ANOVAs for patients and control group in order to test the difference between preferred, non-preferred and neutral stimulus categories using maximum PPG recorded during stimulus presentations and VT. For paedophiles, maximum ppg was significantly different between the three categories, with greatest response during preferred stimuli. For the control group, preferred stimuli was only found to significantly differ compared to neutral stimuli. In the patients group longer VT was recorded for preferred stimuli than to non-preferred and

neutral stimuli. No significant difference however, was found between the VT of the control group in relation to the three stimulus categories.

Conclusions: PPG max measurement of sexual arousal in reaction to nude photographs appears to show a discriminant arousal in response to preferred age category of admitting paedophiles . Viewing time was also able to distinguish between the preferred age categories for patients and could be used as a less intrusive alternative for diagnostic purposes.

Key Words: Penile plethysmography; Viewing time Paedophilia; Hebephilia, Sexual Arousal; Paraphilia

Volba zaměření práce

K tématu mne přivedla dlouholetá zkušenost s prací s parafilními muži. Jednak je tato práce z nezanedbatelné části náplní mé klinické praxe, jednak se jí věnuji v rámci soudně znaleckých expertíz. Sexodiagnostika je důležitá jak v preterapeutickém období (stanovení diagnózy), tak v období terapeutickém (zpětná vazba pro pacienta i terapeuta, upřesnění diagnózy, plnění adaptačních cílů), tak v době ukončení léčby (zhodnocení rizika recidivy).

Penilní plethysmografie (PPG) vznikla v Československu před více než 50 lety a stále je ve světě metodou uznávanou, byť byla zhusta kritizována. Kritika byla z menší části vedena na odborném poli (zmiňuji níže), častěji však na poli politickém např. lidsko-právními aktivisty. Dosud však nebylo publikováno mnoho seriózních studií, které by daly nové impulzy k zpřesnění této diagnostické metody.

Od 90. let minulého století rozšířila možnosti sexodiagnostiky aplikace měření vizuálního reakčního času. Dle některých autorů se přesností výsledků blíží exaktnosti PPG, ale několik málo dostupných srovnávacích prací na toto téma nepřineslo jednoznačnou shodu v hodnocení obou metod. Výsledky mé práce si kladou za cíl rozšířit poznání právě na tomto poli.

1. Teoretická část

Přesnost při stanovení diagnózy u pachatelů sexuálních deliktů je základním úkolem sexuologů, zvláště pak soudních znalců.

Přístup, ale i prognóza, se budou lišit, půjde-li o klienta:

- a. jehož vyšetření nařídily orgány činné v trestním řízení
- b. který o vyšetření požádal v souvislosti s trestním stíháním či tak učinil zmocněný advokát
- c. který po výkonu trestu (nebo místo něj) absolvoval ochrannou léčbu na specializovaném sexuologickém oddělení obvykle s psychoterapeutickou komunitou, režimovým uspořádáním a racionální psychoterapií
- d. jenž do ambulance přichází přímo z výkonu trestu

- e. který absolvoval ochrannou „sexuologickou“ léčbu na nespecializovaném psychiatrickém oddělení
- f. který přichází z vlastní vůle a jehož často přivádějí obavy z vlastního sexuálního chování

Motivace k diagnostickému procesu je u každého z výše uvedených typů pacientů odlišná a tento fakt nezbytně tuto proceduru ovlivní a taktéž může mít vliv na průběh léčby. Především bude mít tento fakt vliv na psychoterapeutickou složku terapeutického působení. Proto je stanovení diagnózy tak důležité.

1.1 VÝZNAM SEXODIAGNOSTIKY:

Dobrá diagnostika umožní v řadě především forezních případů terapii, kterou by parafilní člověk nejspíše vůbec nenastoupil. Diagnosa parafilie umožní soudu uložit mu kratší trest spolu s následným léčením, případně uložit trest podmíněný nebo od potrestání zcela upustit a uložit léčení.

Dobrá sexodiagnostika je následně hlavním pilířem léčby a přispívá k jejím hlavním cílům, jimiž je zejména:

- získání informací a náhledu
- změnu postojů a chování
- posílení vědomé kontroly
- sexuální adaptace
- sociální reintegrace a minimalizace rizik recidivy

Informace o struktuře parafilie jsou podmínkou získání náhledu na ni. A jen dobrý náhled může vést k změnám postojů a chování. Vědomí rizik pak zvýší účinnost sebekontroly a znalost struktury vlastní sexuality umožní účelnou adaptaci na takovou aktivitu, která je dlouhodobě schůdná. Teprve zvládnutí těchto terapeutických cílů pak umožní sociální reintegraci.

U těch sexuálních deviantů, jejichž deviace je již diagnostikována, hrálo falometrické vyšetřování roli při ověřování teorií parafillie, při hledání správného zaměření terapie, v hodnocení efektu terapie a taktéž v prognózách týkajících se možnosti recidivy. Každá procedura, která může

příspěť k zásadnímu rozhodování ohledně uvěznění resp. léčení parafilních pachatelů sexuálních trestných činů, je pochopitelně cenná. Z tohoto hlediska je faloplethysmografie velice závažným nástrojem v rukou terapeuta nebo soudního experta. Právě vzhledem k této závažnosti a nutnosti vzít (alespoň do jisté míry) v úvahu práva parafilních osob, stejně jako práva případných obětí. Je nezbytné uvědomit si nejen přínos tohoto sexodiagnostického vyšetření, ale také výpovědní omezení metody.

Nutno konstatovat, že nejpřesnějších a nejvalidnějších výsledků dosahuje metoda právě při vyšetřování klientů s poruchou volby objektu. Při použití kvalitní sady vizuálních objektů v neutrální situaci, tj. stoj „en face“, obvykle nahé, s dostatečným počtem variant osob každé vývojové úrovně dle Tannera, může u motivovaného a kooperujícího klienta přinést velice cenné informace, týkající se především struktury jeho sexuality.

Pro níže uvedené limitace by se výsledky vyšetření poté, co je prostuduje terapeut, měly stát tématem několika psychoterapeutických sezení s cílem osvětlit klientovi jeho vlastní sexualitu a vybudovat či upevnit jeho náhled.

V průběhu terapie je vhodné PPG vyšetření s odstupem cca 6-18 měsíců zopakovat. Srovnáním obou výsledků získáme určitý přehled o vývoji preferenčních schémat, což může být jedním z ukazatelů efektivity léčby.

1.2 PEDOFILIE JAKO REFERENČNÍ PARAFILIE, DEFINICE, OTÁZKY NORMALITY

Pedofilie je definována jako trvalá nebo dlouhodobá emocionální a / nebo erotická náklonnost či reaktivita s erotickým rozměrem převážně nebo výlučně vůči nedospělým osobám, chlapcům nebo dívkám či vůči oběmu pohlaví. Jako pedofil bývá označován člověk, u něhož je taková vloha rozeznána. Dle pojetí české sexuologie je možno diagnostikovat pedofilii bez ohledu na to, zda dotyčná osoba uskutečnila erotické kontakty s dítětem či nikoliv.

Fyziologické testy, zejména pak penilní pletysmografie, mají nejlepší diskriminační schopnost, jde-li o rozlišení věkových a pohlavních preferencí, což prokázaly výzkumy K. Freunda již v 80. letech minulého století ([Freund, 1980](#)). To je jedním z důvodů, proč jsem zvolil právě nositele této parafilie za předmět výzkumného zájmu. Ale není to důvod jediný.

Lidé s pedofilní „mapou lásky“ totiž patří k těm, jejichž potencionální nebezpečí je objektivně poměrně vysoké a jejichž společenský status je velice problematický. Pedofilie má povahu celoživotního zaměření, sexuální preference, která se začíná typicky projevovat v pubertě a přetrvává do konce života. Její projevy se s věkem mohou a nemusí měnit. Se svými pedofilními tendencemi se subjekt vyrovnává různě. Mohou být zcela popřeny a potlačeny. V takových případech někdy dochází k sublimaci pedofilních tendencí. Třeba i do špičkových děl uměleckých, nebo do vynikajících výkonů v oblasti práce s dětmi a pedagogiky.

Jinde se pedofilnímu jedinci nepodaří potlačit deviantní tendenci a pokusí se je realizovat. Někteří projevují silný zájem o pedofilní objekty již v adolescenci. Jiní tak činí až v pozdějším věku, někdy až ve stáří. Jakoby s poklesem sexuální aktivity bylo pro ně stále obtížnější realizovat se s dospělým objektem. Pokud pedofilní jedinec poruší zákon a je dopaden, bývá odsouzen a ve vězení se stává terčem útoků a šikany, jsa na nejnižším žebříčku v hierarchii trestaných.

Povědomí veřejnosti o problematice parafilií obecně a pedofilie zvláště je mizivé. Taktéž je problematické vnímání normy a normality laickou veřejností a měřítko jsou značně individuální.

Ze striktně biologického hlediska sexuální aktivity a zejména soulož s dítětem nespĺňuje měřítko normy, neboť touto je zachování rodu. Z pohledu dospělého, tedy z právního hlediska „pachatele sexuálního deliktu“ je soulož s dítětem rovněž mimo normu, neboť taktéž nemůže vést k reprodukci genomu. Pokud bychom se však řídili pouze takto definovanou normou, každá soulož s použitím kontracepce stejně jako s postmenopauzální ženou by byla obdobně „nenormální“. Tedy samo biologické hledisko zde můžeme aplikovat pouze omezeně. Přesto se většina kultur sexualizaci dětí brání. Relevantní důvody nacházíme

zejména na dnešní úrovni poznání ve vědomostech z oblasti medicíny a psychologie.

Celosvětově bez ohledu na společenský řád v té které společnosti převládá názor, že dětskou sexualitu je třeba důsledně od dospělé izolovat. Je prokázáno, že psychosexuální důsledky takového jednání pro dítě mohou být traumatizující. Většinou se přitom uvádí například anatomický nepoměr genitálu dospělého a dítěte. Tento jistě hraje roli při souloži dospělý muž / děvče, méně ale při interakci dospělá žena / chlapec, přičemž odhlížím od homosexuálních variant. Fyziologicky je prokázáno jediné, a to že vagina preadolescentních dívek je při souloži více ohrožena infekcemi – nejvíce pak infekcí papilomaviru, pomineme-li zmíněnou otázku anatomického nepoměru dospělého penisu a dětské pochvy. Závažnější poškození však, jak známo, mohou nastat v oblasti psychické.

Nicméně pedofilní sexuální akt nemusí vždy zahrnovat soulož a nemusí být vůbec penetrativní, přesto je trestný. Je obtížné představit si, jak by musely být definovány „povolené a nepovolené dotyky“, kdybychom se chtěli vyhnout simplifikaci při definici pedofilního jednání, proto je v naší právní terminologii (*trestní kodex*) definován relativně vágně:

„(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....“

Jednání, které lze označit za pedofilní, a tedy z řady aspektů nenormální, zahrnuje ovšem celou škálu projevů, které mohou být fyzicky a / nebo psychicky traumatizující nebo taky ne. Nezahrnuje však obvykle projevy tzv. platonické lásky, té, která například asi vedla Lewise Carolla k napsání Alenky v říši divů a H. Ch. Andersena k psaní pohádek. Sensu lato tato literární díla můžeme z hlediska odborného označit jako symptomy zmiňované parafily a přesto asi literární tvorbu pro děti nikdo

soudný neoznačí za něco nenormálního, nemravného či protizákonného.

Nicméně i u nás, v relativně liberální společnosti, se zhusta po medializaci nějakého sexuálně motivovaného trestného činu objevuje volání po „tvrdších opatřeních“ včetně registrů parafilních osob apod. Zkušenosti ze světa však přesvědčivě dokládají, že nikoli represe, ale léčba je to, co přináší vyšší bezpečí dětem. Léčba propracovaná, důsledná, dlouhodobá a opírající se o výše uvedené pilíře. A předpokladem úspěšné léčby je kvalitní diagnostika.

1.2.1 Definice dítěte

Jakkoliv se tato otázka může jevit jako redundantní, není tomu tak. V běžném životě se setkáváme nejméně se třemi definicemi:

Definice praktická, obecně vžitá v našich krajích

Dle pojetí praktického je za dítě považován jedinec do 15 let věku. Tato praxe vychází především z těchto atributů“

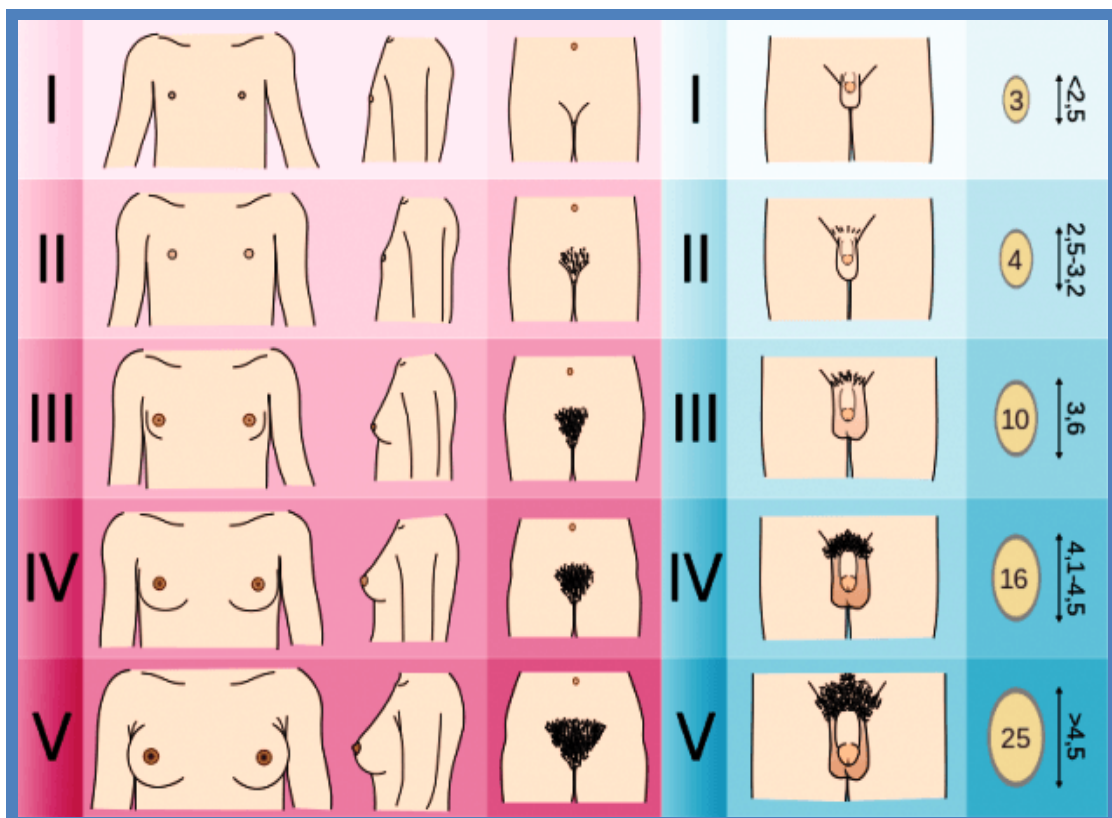
- Ukončení povinné školní docházky
- Počátek trestní odpovědnosti
- legalizace sexuálních aktivit
- fakt, že u většiny dívek i chlapců již jsou v této době do určité míry rozvinuty druhotné sexuální znaky vč. menarche (♀12-13 let) a produkce spermatu (♂13-14 let)

Definice právní

Zákon v některých aspektech pohlíží na jedince jako na dítě až do dosažení plnoprávné dospělosti, tedy do věku 18 let. To pak vede k mnohdy komickým – či spíše tragikomickým konsekvencím. Například pár dospívajících ve věku 16 let jistě může spolu provozovat legálně libovolné souhlasné sexuální aktivity, ale pokud z nich zhotoví obrazový záznam (foto, video), může být každý s nich stíhán pro výrobu a držení dětské pornografie, jelikož zde je hranice 18 let.

Definice medicinská

Sensu stricto je za dítě možno považovat toliko jedince, který ještě nedisponuje druhotnými sexuálními znaky. Jestliže již jejich rozvoj nastává, jde o pubescenci a posléze o adolescenci. Nejlépe vývojové stupně ilustruje **Tannerova škála**. V ní pak jsou dětské objekty na úrovni I, ostatní pak ukazují pubescentní, adolescentní a dospělé fáze vývoje. Tato škála je stupnicí tělesného vývoje u dětí, mladistvých a dospělých. Stupnici definuje tělesné měření vývoje založené na vnějších primárních a sekundárních pohlavních znacích. Těmi jsou zejména velikost prsů, genitálií a růst pubického ochlupení. Vzhledem k přirozené odchylce může část jedinců, v závislosti na době nástupu puberty, procházet jednotlivými stádii různě rychle a proto jsou právě v údobí dospívání daleko přesnější údaje o rozvoji ty založené na Tannerově škále než toliko na věku.



Obrázek 1: Vývoj v dětství a dospívání dle Tannerova

V sexuologii je hranice puberty velmi důležitá. Úzká definice pedofilie totiž vnímá právě dítě jako objekt zájmu co podmínku stanovení diagnózy. Jde zde mnohdy o matení pojmů a zhusta dostane „nálepkou“ pedofila osoba, kterou přitahují velmi mladé objekty, tedy ty, které

nedosahují zákonem stanovené hranice pro sexuální aktivitu – 15 let, ale vykazují již znaky dospívání. Pak ovšem hovoříme o hebefilii, jsou-li objektem zájmu dívky a efebofilii, jsou-li jimi jinoši. A aby toho nebylo málo, termínem hebefilie se ve světové literatuře obvykle označuje afinita k adolescentním jedincům obého pohlaví. Ovšem alternativní označení „adolescentofilie“ se nevžil a tedy pro jednoduchost se v této práci přikláním k pojetí hebefilie ve smyslu severoamerickém ([Blanchard et al., 2009](#)) neboli sexuální preferenci dospívajících bez ohledu na pohlaví.

1.2.2 Možnosti stanovení diagnózy:

Základní postup sestává z anamnézy, ve které terapeut věnuje pozornost atypickým zkušenostem z dětství a puberty (například existenci sexuálního zneužití či obtěžování) vývoji sexuálních kontaktů od puberty (schopnost navazovat známosti s věkově přiměřenými partnerkami či partnery) a dalšímu psychosexuálnímu vývoji v kontextu celé osobnosti. Hledá atypické markery (včetně např. prožitku sexuálního zneužití v klientově dětství apod.). Zabývá se erotickými fantaziemi i sny. Přiměřenou pozornost věnuje v případě trestního stíhání též popisu trestného činu, jehož se měl explorand dopustit a jeho rozboru. Nicméně tato část vyšetření poskytuje především velmi subjektivní data a jejich zpracování diagnostikem je taktéž subjektivní. Proto byly vyvinuty biofyzilogické přístupy, ověření jejichž validity je předmětem mé práce.

1.3 PENILNÍ PLETYSMOGRAFIE

Fyziologické aspekty lidských sexuálních odpovědí jsou předmětem výzkumu od průkopnických 60. let minulého století (Masters, Johnsonová 1966) až po dnešek. Zahrnují oblasti tzv. sexuální normality, tak deviacemi nebo dysfunkcemi. Přístrojová vyšetření jsou cenným diagnostickým a užitečným terapeutickým nástrojem, nicméně jejich použití má jisté limitace a ty je třeba mít na zřeteli.

Faloplethysmografické vyšetření (PPG) je laboratorní postup, který zjišťuje sexuální preference na podkladě měření penilních tumescencí.

Používá se k s různou přesností k vyšetřování mnohých variací sexuální aktivity.

Zakladatelem metody byl Kurt Freund, který ji poprvé demonstroval v roce 1957 v Praze a posléze publikoval své výsledky ([Freund, 1963](#)) Vyvinul systém, který měřil objemové změny penisu v odpovědi na různé sexuální a nesexuální podněty. Tehdy bylo zakázkou odlišit homosexuály od mužů, kteří tuto orientaci pouze předstírali, aby se tak vyhnuli vojenské službě. Volumetrický měřicí válec posléze představil vědecké veřejnosti ([Freund, Sedláček, Knob 1965](#))

Kurt Freund se po svém odchodu do Kanady v roce 1968 věnoval deviantologii a ve svých později publikovaných článcích upozorňoval na limitace vlastní diagnostické metody.

1.3.1 Způsoby měření penilních odpovědí

Přístroje pro penilní faloplethysmografii se dělí dle způsobu měření fyziologických odpovědí

■ Přístroje snímající objemové změny penisu (volumetrické)

Tyto přístroje registrují velice citlivě změny objemu. Jejich velkou nevýhodou je konstrukce objemných snímačů. Jsou schopny registrovat velmi drobné objemové změny penisu, tedy i změny v úvodní fázi, kdy se orgán prodlužuje.

■ Přístroje snímající obvodové změny (cirkumferenční)



Obrázek 2: Penilní snímač Barlowův

Tyto přístroje, jsou-li spojeny s elektronikou, mohou poskytovat dostatečně přesné výsledky, aniž by vcelku nepatrný snímač ovlivnil pacientovu reaktivitu. Volumetrický systém měření je pro vyšetřovaného muže značně obtěžující (válec nasazený na penis působí dyskomfort), a to vedlo [Bancrofta, Jonese a Pullana \(1966\)](#) a [Barlowa, Beckera, Leitenberga a Agrase \(1970\)](#) k tomu, že

vyvinuli jednodušší alternativy, které měří pouze obvodové změny.

Samozřejmě volumetrické měření je citlivější, jelikož bere v úvahu veškeré rozměrové změny v penisu. [Earls a Marshall \(1982\)](#) demonstrovali, že se důležité informace při použití cirkumferenční metody měření mohou ztratit. [Wheeler a Rubin \(1987\)](#) konstatují na svém souboru šesti mužů simultánně vyšetřovaných oběma metodami, že to, v čem se oba způsoby liší, je hlavně větší prezenze artefaktů daných pohyby těla při volumetrickém vyšetření. Rovněž [McAnulty a Adams \(1992\)](#) a [Kuban, Barbaree et al. \(1999\)](#) publikují obsáhlá srovnání, v němž konstatují více podobností než rozdílů v obou metodách a jejich výsledcích, druzí však stanovují minimální reaktivitu pro cirkumferenční snímače na 10%.

Jednodušší snímače jsou tvořeny pryžovou hadičkou ve tvaru smyčky



Obrázek 3: Penilní snímač InGa (BEHAVIORAL TECHNOLOGY Inc., USA)

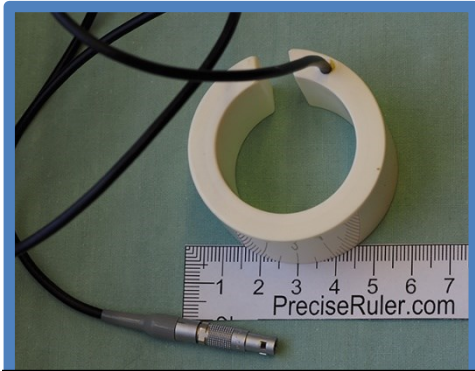
s náplní rtuti, moderněji s náplní směsi india a galia. Taková směs především není toxická, zároveň nehrozí přerušení celistvosti při náhodném natažení pryžové trubičky a tím znehodnocení celého snímače a rovněž odpadají teplotní změny objemu pro rtuť typické, leč falometrické výsledky zkreslující. Při tumescenci se smyčka navlečená na

penis roztahuje a zvyšuje se elektrický odpor rtuti či směsi In-Ga a tato veličina se registruje.

Barlowův snímač pak představuje variantu registrace, kde se roztáhnutím nerezových pružných branží navlečených na penisu mění tlak, jímž tyto dvě součásti na sebe působí. V místě dotyku obou mechanických dílů je tlakový snímač, který tyto reakce opět převádí na ohmický odpor a ten je registrován

■ Přístroje kombinované

Snímač je u těchto přístrojů tvořen válcovou cívkou a obvykle je měření založeno na změnách indukce. Slučuje poněkud nevýhody obou výše zmíněných způsobů. Vyšetření není příliš komfortní, ani přesné. Příkladem je standardní výbava českého výrobce PPG, plastový **snímač kapacitní**.



Obrázek 4: Penilní snímač kapacitní (GETA sro., ČR)

Pochopitelně vzhledem k jednoduchosti použití a menší nákladnosti dnes v praktickém použití naprosto převažují aparáty cirkumferenční a s využitím výpočetní techniky je možno dnešní měření považovat za velmi spolehlivá.

1.3.2 Podnětové sady

Podnětové sady jsou velice rozdílné. Opakovaná volání po standardizaci v 90. letech ([Barker & Howell, 1992](#)) zatím nevedla k jakémukoliv výsledku, ale snahy pokračují, jak nedávno referovali kanadští autoři ([Murphy et al. 2015](#)). Někteří výrobci PPG aparátů nabízejí relativně slušné podnětové sady, ale spíše jde o výjimku.

■ Sady vizuální statické

Největší obliby - pro snadnou administraci i hodnocení - doznávají vizuální podnětové sady. Nejčastěji jde o sady diapozitivů nebo sady datové vhodné pro prezentaci z počítače. Přes veškerou snahu nebylo v době psaní této kapitoly dosaženo základního konsenzu týkajícího se kompozice a případné unifikace podnětových sad. Tím je způsobeno, že data jsou mezi jednotlivými pracovišti nepřenositelná a jen těžko porovnatelná. Nedostatek konsenzu je v měřítku nejen národním, ale i mezinárodním. Situace je navíc komplikována různými právními aspekty. Například v USA řada terapeutů raději rezignovala na používání diapozitivů s nahými osobami, aby se vyhnuli případným obviněním z šíření pornografie a zneužívání klientů. U nás se s přijetím zákona o trestnosti držení dětské pornografie (§ 205 z roku 2007) i terapeut či pracoviště, které by chtělo užívat vizualizované podněty zobrazující sexuální aktivity s dítětem, dostával do právně složité situace a teprve

v r. 2016 byl udělen jakýsi „generální pardon“, vyjímající z trestnosti držení dětské pornografie specializovaná pracoviště.

■ **Podněty dynamické (videosekvence)**

Soubor videosekvencí je velice účinnou podnětovou metodou. Ačkoliv [Blanchard & Abel \(1981\)](#) zjistili, že video produkuje největší odezvy vzrušení, je na druhé straně takové silné vzrušení obtížně diskriminovatelné. Jinými slovy méně informací je mnohdy více, odpovědi sestávající z mnoha plných erekcí nám nepomohou tolik porozumět klientově sexualitě jako reakce rozličných úrovní a trvání.

■ **Podněty auditivní**

Řada pracovišť preferuje předem nahrané auditivní podněty. Svůj význam mají zejména při vyšetřování žen, jelikož pro ně jsou sluchové stimuly více vzrušující.

1.3.3 Hodnocení záznamu

Falometrické výsledky mohou být prezentovány formou „syrových dat“ (jejichž obsahu rozumí v nejlepší případě jen diagnostik) nebo v procentech z plné erekce, Z-skórech, poměrem odpovědí na deviantní stimuly, nebo v jiných podobách v závislosti na vybavení toho kterého pracoviště. Již dlouho se vleče debata o výhodách a nevýhodách jednotlivých metod. Ze statistických metod se jeví Z-skór jako metoda rozlišující úrovně reakcí v jednotlivých kategoriích a zároveň abstrahuje od nutnosti znát velikost plně erigovaného penisu a tedy lze ji nejsnáze demonstrovat a srovnávat mezi jednotlivými pracovišti.

1.3.4 Spolehlivost vyšetření

Vnitřní validita vyšetření je především ohrožena instabilitou, jak již upozornil Annon [\(1988\)](#). Sexuální vzrušení měřené pletysmograficky může více odrážet aktuální stav sexuálního napětí než stabilní tendenci vzrušivosti na určité skupiny podnětů. Toto je závažným argumentem nikoliv pro vyloučení pletysmografie z diagnostického procesu, nemáme-li možnost vyšetření opakovat, ale pro kritický přístup k výsledkům.

Spolehlivost takto získaných dat publikovaná v literatuře se pohybuje mezi 38-98 %, rozptýl je tedy značný ([Blanchard et al. 2001](#), [Fedoroff et al., 2009](#)). Důvody lze hledat v rozdílných kritériích a testovacích podmínkách (rozdílné stimulační materiály, přístrojové vybavení, udělené pokyny pro vyšetření apod.). Blanchard se spolupracovníky pak krom jiného ve výše citované práci uvádějí, že čím více má pedofilní muž erotických zkušeností s dospělými ženami, tím méně specifické výsledky falometrie přinese, tudíž že při hodnocení by měl být brán v potaz počet jeho souhlasných dospělých partnerek.

Opakovaná vyšetření mohou dle některých studií vést k efektu habituace, dle jiných nikoliv. Retestování také zvyšuje nebezpečí vědomého zkreslování výsledků. Sečteno a podtrženo: validitu vyšetření je třeba vždy brát „cun grano salis“ a neopírat své diagnostické závěry pouze o ně.

1.3.5 Hodnocení shrnujících (statisticky zpracovaných) výsledků penilních reakcí

Sofistikovanější přístroje umožňují automatické vyhodnocení vyšetření a získání velice cenných statisticky zpracovaných výsledků. Zmíněný přístroj (resp. jeho počítačový program) umožňuje vyhodnocení následujících dat, a to vždy v době expozice stimulu a po něm.

Můžeme sledovat zejména tyto charakteristiky:

- maxima, minima a střední reakce
- plochu pod křivkou
- standardní odchylky
- strmost nástupu tumescence
- Z-skór
- dobu nutnou pro detumescenci.

Parametr delta / Δ

Před časem jsem začal v klinické praxi testovat a pro tuto práci vybral k vyhodnocení parametr Δ . Pojmenoval jsem tak rozdíl mezi maximem a minimem v celé expoziční sekvenci, tedy od první vteřiny expozice

stimulu po konec prokládacího snímku v době po expozici podnětu. Někdy je tedy delta vypočtena z úseku při měření, jindy po expozici a zhusta právě z obou časových úseků. Myšlenka stojící za tímto parametrem se opírá o klinickou zkušenost, kdy muži reagují nepravidelně a často s latencí a delta zohlední absolutní rozsah tumescence, jakýsi celkový tumescenční potenciál.

1.3.6 Sofistikovanější přístroje umožňují registraci dalších parametrů kromě změn prokrvení penisu:

- Měření galvanického kožního odporu (GSR). Tento parametr není specifický a fyziologicky se u člověka mění při orientačním reflexu (např. na počátku expozice nového obrázku), ale i při stresu a diskomfortu. Vždy pak jeví tendenci k spontánnímu návratu k výchozí hodnotě. Je cenným pomocníkem při zhodnocení věrohodnosti spolupráce klienta.
- Měření dechové frekvence. Parametr, který doplní údaje o penilních reakcích nepřímým průkazem sympatikotonické aktivace. Může rovněž vypovídat o pocitech ohrožení či strachu při expozici určitých podnětů
- Vědomé hodnocení podnětů. Klient je vyzván k hodnocení erotičnosti jednotlivých podnětů po jejich shlédnutí (může být prováděno třeba páčkou spřaženou s diodovou světelnou stupnicí). Výsledky slouží k porovnání uvědomovaných a neuvědomovaných reakcí. Z jejich diskordance či konkordance lze usuzovat na míru náhledu a sebezpřijetí u klienta. Tento aspekt je velmi důležitý v soustavné psychoterapii ([Trojan, 2005](#)).

1.3.7 Problémy při hodnocení výsledků vyšetření

Nízká reaktivita

Při hodnocení statisticky zpracovaných údajů je nutno tyto nahlížet v jejich komplexnosti. Je tedy nutné porovnat výsledky v jednotlivých pohledech a teprve poté akceptovat určité závěry, rovněž s přihlédnutím k celkové reaktivitě. Platí obecně, že čím menší je celková reaktivita, tím

menší je validita výsledků. Jistě je pochopitelné, že vyšetření klienta, jehož penilní reakce se během celého vyšetření pohybují v rozsahu 10-30 % plné tumescence, bude méně přínosné než obdobné vyšetření muže reagujícího v rozpětí od nuly do plné erekce.

Problémem zůstává nutnost rozhodnout se jaká je dostatečná velikost odpovědi, abychom ji mohli prohlásit za větší, než je náhodná fluktuace náplně kavernózních těles. Co dělat s těmi, kteří reagují nedostatečně a jak přiměřeně interpretovat falometrická data - to jsou dva okruhy otázek, při jejichž zodpovězení zatím není univerzální konsenzus.

Ze samotné podstaty měření je zde několik fyziologických problémů, především pak spojených se stavem kardiovaskulárního systému. Erektce či penilní tumescence totiž úzce souvisí s kapacitou krevního oběhu. [Kolla et al. \(2006\)](#) zmiňují vhodnost potenciace penilních odpovědí u mužů jinak obtížně měřitelných pro erektilní dysfunkci medikamenty na léčení této poruchy, např. Sildenafilem.

Dissimulace

Možná největším problémem falometrického vyšetření je ten fakt, že schopnost zkreslit výsledky byla demonstrována jak u sexuálních agresorů, tak i u mužů normálních.

Podobně četné studie ukázaly, že jak pachatelé sexuální agrese, tak i pachatelé zneužití dětí jsou schopni potlačovat vzrušení vázané na preferovaný objekt, ale i generovat vzrušení na nepreferovaný – i když toto již je časově náročnější a snáze tedy poznatelné ([Quinsey, Chaplin, 1988](#)).

Jestliže subjekt, který při vyšetření předstírá, užívá kognitivně behaviorální techniky známé jen jemu samému, je prakticky nemožné zabránit dissimulaci nebo ji odhalit. Proto zkreslování vždy bude určitým ohrožením validity výsledků PPG. Snaha po větší objektivitě vedla například k sledování pohybu očních bulbů, jak popsala [Trottier et al. 2014](#).

Freund a jeho spolupracovníci opakovaně publikovali nálezy ukazující, že usvědčení pachatelé pedofilních deliktů, kteří popírají svůj zájem o děti, typicky reagují „normálně“. Řada normálních mužů má přitom

určitý zájem o deviantní sexuální praktiky, aniž by sami byli parafilními. Není proto jednoduché definovat skupinu „normálních“ probandů pro účely vytvoření kontrolní skupiny pro rozličné studie.

1.3.8 PPG-vyšetření u některých parafilí

Pedofilie

[Freund \(1967\)](#) prvně referoval již v roce o rozdílech mezi PPG-reaktivitou pachatelů pohlavního zneužití děvčat (větší reakce na dětské objekty) oproti kontrolní skupině (reakce vyšší na dospělé, resp. sexuálně vyvinuté objekty). Tyto studie tentýž autor replikoval a extrapoloval na pachatele zneužití dětí mužského pohlaví v 70. letech. Teprve mnohem později, v roce 1991, však přiznal, že vybíral ty probandy, kteří zneužití dítěte přiznali, a to opakovaně.

Nicméně podobné zkušenosti referovala i řada dalších autorů. V 80. letech se vyděluje sexodiagnostická skupina hebefilních / efebofilních subjektů, kteří reagují zásadně odlišně oproti pedofilním a vykazují spíše znaky typické pro sexuální agresory.

Většina sexodiagnostiků rovněž zaznamenala nepřítomnost odlišujících znaků ve výsledcích PPG u pachatelů incestních zneužití ve srovnání s nedevariantní kontrolní skupinou.

Celkově však sexodiagnostika u pedofilních diagnostických okruhů vykazuje nejspolehlivější výsledky. Pro konstrukci sad je třeba zahrnout rovnoměrně snímky obou pohlaví a všech vývojových stupňů. Podle některých autorů je spolehlivost vyšetření až 95 %.

Sady pro vyšetření by měly obsahovat dostatečné množství snímků dětí obou pohlaví v různých vývojových fázích. Přinejmenším by neměla být vynechána tato údobí:

- předškolní věk
- mladší školní prepubertální období,
- puberta - mladší adolescence,
- starší adolescence,
- dospělost.

Patologická sexuální agresivita

U znásilnění agresor prožívá současně s agresivním chováním i sexuální vzrušení. Falometrické hodnocení sexuálních agresorů-pachatelů znásilnění může zobrazovat agresivní chování v sexuálním kontextu, nicméně nemusí vyvolat penilní odpověď u testovaného subjektu ([Proulx, Aubut, 1994](#)). [Blader a Marshall \(1989\)](#) tvrdí, že esence znásilnění je současná evokace agresivního a sexuálního stavu u muže. To nemusí platit u tzv. normálních mužů.

Samozřejmě víme, že mnoho sexuálních agresorů je v době páchání znásilnění v částečně změněných stavech mysli (agrese, vzrušení, intoxikace) a tento stav není přítomen v době vyšetření.

Posledně zmínění autoři vyvolali u normálních probandů vztek na ženu a tito muži pak reagovali zvýšenou tumescencí na obrázky znásilnění. Při intoxikaci alkoholem byl vzorec posunu od běžné sexuality k násilné podobný.

Tyto studie naznačují, že pokud by PPG mělo skutečně mít výpovědní hodnotu pro diagnostickou skupinu sexuální agresivity, mělo by replikovat podmínky, za kterých byl čin páchán. Nicméně intoxikace nebo naštvání pacienta před vyšetřením se pochopitelně nezdá být v běžné klinické praxi schůdné.

Každopádně vizuální podnětové materiály nenalezneme v běžné pornografii, kde se spíše zobrazuje partnerský sadomasochismus. Buď je třeba zapátrat ve speciální produkci na hranici zákonnosti, nebo užívat inscenované snímky (autor využívá druhou praxi).

Exhibicionismus

[Kolářský a Madlafousek \(1983\)](#) publikovali zjištění, že exhibicionisté reagovali více než normální populace na filmové sekvence žen při domácích pracích. Důvody vysvětluje první z autorů dílčími motivačními stavy, kdy apetence exhibicionistů je vybuzena právě ženou v neerotické situaci, jakou jsou jistě domácí práce, ale například i chůze v parku. Autoři rovněž zjistili, že normální muži silně reagovali na ženu nabízející genitál pouze tehdy, pokud předtím spatřili záběry této plně oblečené ženy naznačující erotické chování. Exhibicionisté tento úvod nepotřebují.

Celkově není znám přesný vzorec reaktivity, který by jednoznačně tuto diagnózu potvrdil. PPG vyšetření spíše slouží k vymezení negativní diagnózy, tedy například toho, zda u klienta nejde o patologickou sexuální agresivitu, jež se rovněž může projevit nabízením genitálií (ovšem bez pro čistý exhibicionismus typického odstupu od objektu).

Pyrofilie

U některých pedofilních mužů vyvolávají tematicky zaměřené snímky (ohně, požáry) pozitivní reakci, nicméně zde je třeba důkladného diagnostického rozboru k odlišení od nesexuální pyromanie, již lze spíše řadit ke kompulzivním poruchám psychiatrickým.

Další parafilie

U ostatních diagnostických okruhů není zatím jasné interpretační vodítko pro hodnocení PPG a je tedy na zvážení, jaký přínos vyšetření je možno očekávat. Především vizuální podnětové sady těžko mohou obsahovat všechny variace sexuality, se kterými se diagnostik může v praxi potkat. Příkladem budiž fetišismus, který se může prezentovat jako parcialismus, i jako například fetišismus prádla. Podnětové sady, které by měly obsahovat vše, by musely být neúměrně rozsáhlé. Zde je teoreticky možno vytvořit sadu ad hoc, ale obvykle to neumožní čas. Použití pletysmografie lze spíše doporučit v kombinaci s auditivními podněty, a to nejspíše k ověření diagnózy, tedy ne přímo k jejímu stanovení.

1.4 VIZUÁLNÍ REAKČNÍ ČAS

Metodika prvně popsaná [Rosenzweigem \(1942\)](#) může být provedena relativně rychle, nenáročně na čas a s celkem jednoduchým vybavením. Klient sleduje jednotlivé stimuly podobně jako při vyšetření PPG. Nicméně odpadá jakýkoliv snímač na jeho těle, pouze obdrží instrukci, která se nevztahuje přímo k samotnému reakčnímu času (například aby ohodnotil, jak moc mu daný obrázek připadá erotický). Veličina, která je však skutečně hodnocena, je reakční čas, který se mění podle toho, jak je daný podnět podvědomě hodnocen, jak vzrušivý pro diagnostikovaného jedince je.

Metoda je nesporně časově i technicky jednodušší, ekonomicky méně náročná. Bez problémů je aplikovatelná u obou pohlaví. Podmínkou ovšem je, aby subjekt neměl před vyšetřením informaci o tom, co se ve skutečnosti měří, jinak by procedura byla ovlivněna ať už vědomou či nevědomou snahou po ovlivnění výsledku (předstírání či potlačování reakcí).

Výhody oproti PPG jsou v několika rovinách. Jde o vyšetření, které nezahrnuje manipulaci s genitálem, které může zejména u dobrovolníků vést ke zkreslení. Lidé, kteří se hlásí do studií zahrnujících genitální manipulaci nebývají zcela typičtí, obecně jsou sexuálně zkušenější a též „erotofilní“ ([Strassberg & Lowe, 1995](#); [Wolchick, Braver, & Jensen, 1985](#); [Wolchick, Spencer, & Iris, 19883](#))

Existuje patrně několik mechanismů, které ospravedlňují užití „pozorovacího času“ jako měřítka sexuálního zájmu ([Laws, O'Donohue, 2016](#))

- Jedním z nich je ten, že jedinec se **bude déle dívat na obrázky, které mu připadají sexuálně atraktivní** a že ve výsledku se to projeví na celkovém skóre. Výzkumy v 50. letech minulého století ([Zamanski, 1956](#)) zjistily, že heterosexuální muži věnují více času snímkům žen než mužů a naopak.
- Druhý možný mechanismus je **zpoždění vlivem sexuálního obsahu** – v originále sexual content-induced delay; SCID ([Greer & Bellard, 1996](#)). SCID se projeví, když je sexuální obsah převeden v kognitivní úkol. SCID může mít vliv pro delší pozorovací čas pro preferované objekty, když je prezentace spojena s úkolem probanda. Tím může být typicky hodnocení prezentovaných stimulů (užité autorem) či tzv. Choice-Reaction Time / CRT (*volbou podmíněný reakční čas*) využívaný ve studiích Mokrose ([2010, 2012](#)).
- Dalším možným vysvětlením je to, že faktor zapříčiňující delší latence je **vnitřně hodnotící proces** ([Imhoff, Schmidt, Wei, Young, & Banse, 2012](#)). Tedy popření sexuální atraktivity je rychlý proces, zatímco její připuštění vyžaduje komplexnější vyhodnocení stimulů (např. ryze heterosexuální muž okamžitě

odmítne mužský stimulus, ale též některé ženy shledá málo atraktivní či zcela neatraktivní v závislosti na jeho vnitřních preferencích, tedy může odmítat hubené, preferuje-li korpulentní, ale takové vyhodnocení zabere více času).

Který faktor bude hrát při měření největší roli se odvine od uspořádání vyšetření. Některé postupy zahrnují dvojí expozici stimulů; při první se má testovaná osoba seznámit celkově se snímky a tyto posléze hodnotit. Od prvních snah zavést metodu VRT do sexodiagnostické praxe bylo publikováno několik prací, které tuto metodu hodnotí a v některých případech provedly též srovnání s PPG. [Krueger et al. \(1998\)](#) například vytýkají Abelovo konceptu VRT / AASI, že tato metoda měří spíše zájem, zatímco PPG se koncentruje na vzrušení, neboli že každá metoda může měřit jinou veličinu. [Glasgow et al. \(2003\)](#) zase upozorňují na možné bias ze strany nerovnoměrných schopností zadávání hodnocení při vyšetření (např. pomocí klávesnice či myši) do počítače zejména u probandů s nižší inteligencí a méně rozvinutou psychomotorikou.

První srovnávací studie byla publikována [Harrisem et al. \(1996\)](#). Použita byla sada 70 snímků, a to jak pro PPG, tak pro VRT vyšetření. Čas sledování byl měřen 2x, jedenkrát s instrukcí, aby na klávesnici proband ohodnotil atraktivitu subjektu. Pozoruhodné je, že ve skupině pachatelů shledal daleko slabší korelaci mezi výsledky PPG, subjektivního hodnocení a času sledování. Tento nepřilíš povzbudivý závěr a taktéž to, že jsem zde metodologii vyhodnotil jako velmi plausibilní, mě motivovalo k částečnému zopakování.

O 2 roky později následovala studie [Abelova \(1998\)](#). Porovnával výsledky 56 mužů, kteří byli v situaci obviněných ze sexuálních trestných činů a zároveň toto nepopírali. V obou metodách srovnával vizuální podněty, nicméně tyto byly pro PPG seskupeny po 4 snímcích v 11 kategoriích a pro VRT po 6 snímcích v 7 kategoriích. Z popisu podnětů i jejich počtů vyplývá (ač explicitně neuvedeno), že šlo o rozličné podnětové sady. Kromě toho šlo o práci spojenou přímo s uvedením AASI (viz níže) na trh a není považováno za úplně nestranné.

Další významnou prací v tomto ohledu je studie [Letourneové \(2002\)](#). Její vzorek čítal 57 dobrovolníků z celkem 275 vězňů vojenského vězení,

kterí spáchali sexuálně motivovaný zločin (jak známo, v USA nerozlišují příliš mezi pachateli parafiliky a ostatními). Autorka volila pro PPG vyšetření auditivní podněty (standardizované nahrávky) a pro VRT snímky osob v plavkách (22 kategorií po 7 snímcích). Postup měření VRT kopíroval Abelovo schéma, tj. iniciální seznámení se všemi snímky a teprve ve druhém kole hodnocení. Výsledky studie svědčily pro to, že obě metody byly průkazné pro homosexuálně pedofilní pachatele, VRT na rozdíl od PPG identifikovalo lépe hebefilní pachatele, žádná z metod neidentifikovala pachatele sexuálně agresivních činů vůči dospělým ženám, VRT neidentifikovalo dostatečně pachatele heterosexuálně pedofilních činů a výsledky PPG dokonce udávaly dokonce nižší zájem o dětské dívčí objekty u heterosexuálních pedofilů.

Domnívám se, že uvedené výsledky odrážejí především ten fakt, že zkoumaný vzorek vězeňské populace byl velice heterogenní a výsledky byly korelovány s trestným činem uvězněných než s hledáním jejich skutečných sexuálních preferencí.

Velice zajímavou práci publikoval posléze [Tong \(2007\)](#), kdy testoval PPG, Abelovu metodu VRT, Abelův dotazník pro muže a MSI-II (Multiphasic Sex Inventory—II / Molinder). Hypotézy měl stanoveny negativně, tedy že ten muž, jenž nebude reagovat v jedné metodě, nebude reagovat ani v dalších.

U posledních jmenovaných studií nepovažuji za zcela šťastné srovnávání naprosto odlišných podnětů působících na různé čivy při různých diagnostických postupech. I proto jsem volil jednotný přístup aplikovaný ve studii Harrisově.

1.4.1 AASI jako diagnostický systém s využitím vizuálního reakčního času

VRT jakožto součást metodiky vyšetření doznal rozvoje zejména v posledních 20 letech v USA, kdy hlavním „hybatelem“ byl zprvu *Gene Abel*. Tento lékař vytvořil komplexní diagnostický postup „The Abel Assessment for sexual interest™ (AASI)“, který označuje jako povšechný nástroj k hodnocení, díky němuž je možno získat základní data a z nich odvodit osnovu pro terapii a dále pak hodnotit naplnění cílů

terapie ([Abel et al. 1994](#)). Jde o první ucelený systém Celkové uspořádání (na které údajně má být v současnosti navázáno kolem 1500 klinických pracovišť) představuje získání dat na místě vyšetření a jejich zaslání v elektronické podobě k vyhodnocení na pracoviště tvůrce (na komerční bázi je nabízena služba každý den 24 hod.). Kritikové jako Krueger et al. ([1998](#)) však namítají, že postup stanovení diagnózy je nejasný a výsledky jsou tedy závislé pouze na hodnotiteli, tedy mohou být zkreslené.

1.4.2 Affinity – systém pro měření VRT

Tento diagnostický systém vznikl komerčně v r. 2007 a prvně jej zevrubně popsal Glasgow ([2009](#)), nicméně tento autor již dříve problematiku studoval a publikoval a položil základ diagnostického nástroje ([Glasgow 2003](#)).

Tento přístup obsahuje složku měřeného času sledování a subjektivní hodnocení stimulů. Originální program sestává z 56 stimulů, 7 v každé ze 4 vývojových stupňů a obou pohlaví. Ovšem v původním reportu nebyla zjištěna velká přesnost. Uváděna byla 50% citlivost na pedofilní zaměření a 13% falešně pozitivních výsledků.

Vzhledem k relativní schůdnosti vyšetřování jsem se rozhodl před časem tento model adaptovat pro potřeby své laboratoře a na něm je postavena i současná studie. Na tuto práci lze tedy pohlížet i částečně jako na replikační k pozdější studii ([Mokros, 2012](#)), pokud jde o srovnání mezi subjektivním hodnocením a VRT. Další cíle (hypotézy) mé práce však přesahují rámec systému Affinity.

1.4.3 Systém hodnocení VRT

Obecně vzato může zaznamenaný reakční čas být využit přímo, jednotky milisekund vycházejí ze systému SI a jako takové jsou adekvátně definovány. Následně pak mohou být k evaluaci použita přímo tato časová data či např. Z skor, průměr a další statistické veličiny podobně, jako je tomu u PPG.

1.5 DALŠÍ SEXODIAGNOSTICKÉ METODY ZALOŽENÉ NA FYZIOLOGICKÝCH REAKCÍCH

Tyto metody jsou zmíněny jen pro úplnost, přesahují rámec tématu, ale pomohou k orientaci v problému.

1.5.1 *Termometrie genitálu*

Nepřímým ukazatelem prokrvení nemusí být jenom měření objemových změn, ale též měření teploty. Nejvýhodnější je využití termokamery s dostatečnou přesností (0,05 °C). Nevýhodou termokamer je však relativně vysoká cena, výhodou vyšší přesnost.

1.5.2 *Pupilometrie*

Vyšetření prvně popsáno [Hessem r. 1960](#). Vycházelo z poznatku, že při sledování preferovaného objektu dochází k relativní miose ve srovnání s nepreferovanými. Později však byl postup zpochybněn poukazy na bias způsobené jasem při promítání diapositivů.

1.5.3 *Elektroencefalografie, funkční MRI*

Ke starší metodě publikoval [Howard et al. v r. 1994](#) dvě studie porovnáující heterosexuální a homosexuální muže i ženy i 34 dětských sexuálních delikventů. Reakce významně koreluje s jejich udanou preferencí. „Non-offenders“ ukázali větší preference dospělých podnětů, zatímco pachatelé deliktů neprokázala žádný významný rozdíl mezi dětskými a dospělými podněty. Nicméně posléze se právě EEG neukázalo dostatečně citlivou metodou.

Naproti tomu funkční MRI se jeví do budoucna slibnou technikou a neurofyziologické koreláty evokovaných potenciálů v mozku jsou v posledních letech tématem řady výzkumů ([Moulier et al., 2006](#)) V současnosti probíhá v NUDZ Klecany nejméně jedna studie zaměřená na fMRI u pedofilních jedinců. Sdělení [Parada, Mayte et al. \(2015\)](#) ukazuje velice slibné výsledky, ovšem pro účely běžné diagnostiky ještě toto vyšetření není připraveno.

1.6 SEXODIAGNOSTIKA A JEJÍ VYUŽITÍ V TERAPII PARAFILNÍCH MUŽŮ

Je užitečné poskytnout klientovi s odstupem času po prvním vyšetření možnost toto zopakovat a výsledky srovnat. Užitečnost není pochopitelně omezena na klienta, terapeutovi dává jednu ze zpětných vazeb o úspěšnosti jeho léčby. Recentně publikované výzkumy, z nichž vyjímám zejména článek [Müller et al. \(2014\)](#) ukazují, že v adaptačním procesu je zhruba 50% mužů s diagnosou pedofilie schopno snížit svůj erotický zájem o dětské a zvýšit o dospělé objekty.

Nelze stanovit, kdy by se změny na PPG měly projevit, tedy po jaké době po zahájení léčby. Jistě jsou i klienti, u kterých k žádné změně nedojde. Je na terapeutově citu, aby kontrolní PPG indikoval v pravý čas, tedy tehdy, kdy jeho výsledky mohou být přínosem pro léčbu - zejména v oblasti klientovy vnitřní motivace, přesto jsou jistá pravidla, která má smysl dodržet.

1.6.1 Model léčby klienta na svobodě

V současnosti jeden z nejpropracovanějších modelů terapie funguje v Oslo (prof. Langfeldt). Jde o skupinovou psychoterapii v malých (asi šestičlenných) skupinách vedených dvěma terapeuty.

Léčba podle tohoto modelu vede zejména k:

- rozšíření znalostí o problému,
- vzniku a rozvoji empatie k oběti,
- převzetí odpovědnosti za vlastní sexuální chování (nikoli za jeho vznik!)
- ujasnění technik, pomáhajících v prevenci neakceptovatelného chování
- rozvoji dovedností k dosažení téhož
- vyhnutí se externalizaci problému (jeho deviance nevznikla proto, že vzal drogu nebo se opil!)

Skupinová psychoterapie a především – je-li možná – přítomnost dvou terapeutů (muže a ženy) přináší ve srovnání s individuální nesporné výhody:

V počátku terapie (ať individuální nebo skupinové) je vhodné nezaměřovat se na negativní klientovo chování, ale daleko více na jeho zranitelnost a pocity bezmoci, traumata (nejen sexuální) v dětství. Velice důležité je vyjasnit klientův vztah s rodiči, a to od raného dětství po současnost. Terapeut by v průběhu léčby měl hovořit o svých terapeutických pocitech, čímž může přispět k redukci úzkosti ve skupině. Velice negativním terapeutickým působením přímo pacienta poškozujícím, zvyšujícím možnost recidivy a anulujícím léčebné působení jsou situace, kdy se terapeut (obvykle z důvodů skrytých v hlubinách jeho vlastní osobnosti, někdy však i jako následek nezvládnutého protipřenosu) nedokáže vyvarovat projevů své moci vůči klientovi. Takové chování nelze nazvat jinak než jako terapeutické selhání. Je třeba důsledně oddělovat složku represivní (policii, soudy, justici, výkon trestu) a terapeutickou. Jasně formulovat, že terapeutův úkol je klientovi pomoci, nikoli ho odhalovat a denuncovat. Zde tkví hlavní problém léčby ve výkonu trestu, tedy přímo ve věznici. Takové oddělení rolí je tam těžko možné a úspěch léčby sporný.

V rámci léčby prováděné na svobodě je vhodné provádět sexodiagnostické vyšetření zhruba 1x za 9-12 měsíců a tím sledovat dosahování adaptačních cílů a u mladších pacientů též případný vývoj struktury sexuality.

1.6.2 Ochranné léčení (ústavní i ambulantní)

Jde o zatím u nás nejčastější model léčby. Obvykle klient přichází poté, co porušil zákon, byl souzen a usnesením či rozsudkem soudu, obvykle při aplikaci § 32 tr. zák., mu byla stanovena povinnost léčit se a tato povinnost byla stanovena i příslušnému zdravotnickému zařízení. Část z nich prošla nějakou formou ústavní léčby, část z nich výkonem trestu, většina je alespoň podmíněně odsouzených. Ať tak či onak, přicházejí k pro ně cizímu terapeutovi, kterého si (obvykle) nevybrali a tento vztah platí obousměrně.

Terapeut by měl v úvodu tuto situaci vysvětlit a snažit se ji racionálně s klientem zpracovat. Vysvětlit, že základním cílem terapie je prevence

recidivy takového chování, jež by v budoucnu mohlo mít za následek viktimizaci dalších dětí a pro klienta velmi pravděpodobně nové trestní stíhání.

Jako výchozí podmínku je třeba stanovit dostatečně pravidelnou frekvenci konzultací, kde na jedné straně stojí snaha o účelnost terapie a na straně druhé klientovy možnosti (jistě na počátku léčby nebude vhodná frekvence jedenkrát za šest měsíců, nicméně konzultace příliš časté mohou narážet na klientovy pracovní povinnosti).

Na počátku léčby by měl stát důkladný terapeutický plán složený (jako puzzle, kdy jednotlivé dílky mají různý tvar a umístění) z jednotlivých informací získaných v průběhu terapeutického procesu. Proto neexistuje jednotný návod, jak v léčbě postupovat. Zralost a zkušenost terapeuta zde hrají zásadní roli. Netrpělivost může hned na počátku narušit či znesnadnit terapeutický vztah a postarat se o neúspěch další léčby.

Je třeba mít na mysli, že řada klientů má za sebou závažná traumata. Těmi mohlo být těžké reálné vystavení násilí, sexuálnímu zneužití, kruté opouštění v dětství nebo reálná nespolehlivost, prolhanost, zrada a skutečná intrusivita či odtažitost rodičů. Tyto události vedou k nepřátelství vůči autoritě, rebelii a vzdorovité neposlušnosti. Také způsobují pochybnosti o vlastní hodnotě. To vše je často kombinováno s hlubokými pocity viny. Úkolem terapeuta je pak prokázat vůči klientovi schopnost empatie. Sexodiagnostické vyšetření je doporučováno min. 1x za rok, optimálně 1x za 6 měsíců při ústavní formě a před podáním návrhu na ukončení resp. změnu ústavního léčení. Při ambulantní léčbě obvykle postačuje vyšetření 1x ročně. Analýzou výsledků sexodiagnostiky – najmě pak falometrického vyšetření - lze objektivizovat dosahování adaptačních cílů, které si klient v rámci terapie zvolí či mu jsou navrženy.

1.7 ÚSKALÍ SEXODIAGNOSTIKY

Je dobré znát hlavní okolnosti, které mohou snížit validitu sexodiagnostiky, ať již jde o využití PPG či VT.

1.7.1 Klientův odpor

S nějakou formou odporu se terapeut setká téměř u každého klienta, jenž nemá dostatečně vybudovaný náhled. Systém racionalizací ho ujišťuje, že léčbu dostal uloženu neprávem a že jde o další (pokud předcházel výrok o vině) křivdu páchanou na jeho osobě.

Necitlivé zpracování odporu vede k jeho prohloubení, je třeba citlivě hledat drobné střípky reality, kterých je možno se v racionální terapii přidršet. Je vhodné systematicky demonstrovat terapeutův postoj: „Nejsem tu, abych posuzoval vaši vinu či nevinu. Chci vám pomoci, aby se podobný problém neopakoval. Je to především ve vašem zájmu.“ Pozvolna pak je možno srovnávat objektivní dokumentaci s klientovými subjektivními postoji, mírně zdůrazňovat kontradikce a pseudologismy. Jakmile se podaří vybudovat základní úroveň náhledu, lze očekávat, že i sexodiagnostická vyšetření budou přesnější.

1.7.2 Organický psychosyndrom

U starších klientů může být deviantní chování do značné míry způsobeno nebo facilitováno organickými změnami CNS. Racionální přístup může být zde velmi svízelný a málo účinný, zřídka dojde k vytvoření skutečně upřímného náhledu, často se setkáváme s perseveracemi o nevině a verbální psychoterapie stéká jako kapky po skle.

Vhodné je pracovat s rodinnými příslušníky (partnerkou) a podporovat klientovu nedevariantní sexualitu ať partnerskou nebo masturbační. Mnohdy právě omezení erotického kontaktu v rámci manželství či partnerství bylo spouštěcím momentem abuzivního chování, jež je zhusta intrafamiální. Taktéž sexodiagnostika je obtížnější, a to zejména faloplethysmografie. Organický psychosyndrom je často provázen organickými změnami kardiovaskulárního aparátu, které vedou k erektilní dysfunkci a nižší reaktivitě penisu na příslušné podněty. V takové situaci je vyšetření málo přínosné. Jistého zlepšení na tomto poli lze dosáhnout medikací (PDE5 inhibitory podané perorálně před vyšetřením) .

1.7.3 Zneužívání návykových látek

Abúzus či závislost na psychotropních látkách je nesmírně komplikujícím faktorem terapie. Zde je nezbytná spolupráce se specialisty na léčbu drogových závislostí a terapii opírat o pokroky v řešení pro tuto situaci základní otázky — tj. právě závislosti. Závislý klient není schopen koncentrovat svou pozornost, úsilí a vůli na řešení problému spjatého se svou parafilíí.

Zjistí-li terapeut, že jde o klienta bezpochyby závislého, měl by terapii omezit do doby, než se drogová či alkoholová závislost dostane pod kontrolu. Jiný přístup se jeví jako výrazně neefektivní. Důležité však je neztrácet ani v této době terapeutický kontakt, neboť vznik závislosti může mít kořeny právě v deviantní sexualitě a pro klienta je důležité, aby mu bylo umožněno získat na tyto souvislosti náhled.

Sexodiagnostické vyšetření bývá u osob závislých na psychoaktivních látkách někdy komplikované, penilní reaktivita může být utlumena podobně jako je tomu u starších pacientů následkem organického postižení cév. I zde lze využít zlepšené reaktivity po podání PDE5 inhibitorů.

1.8 SEXODIAGNOSTICKÉ PŘÍSTUPY U SPECIÁLNÍ KLIENTELY

1.8.1 Klient, který přišel o své vůli

Takový klient zaslouží na počátku terapie vysoce kladné zhodnocení jeho rozhodnutí svěřit se s problémem. Ve skupinové terapii je pro tuto cenným přínosem, má však velkou šanci uspět i v individuální psychoterapii. Rozhodnutí přijít svědčí o značném stupni náhledu a přinejmenším částečné empatii vůči oběti. Terapeutický proces může tedy být rychlejší a hladší.

Zde jsou podmínky pro faloplethysmografické vyšetření obvykle nejlepší. Jde o jedince motivovaného poznat svoji sexualitu, a tedy lze očekávat menší snahu o dissimulaci. Faloplethysmografie může přinést velmi přesné výsledky.

1.8.2 Mladistvý klient

Značná část nedospělých klientů poslaných soudem se provinila sexuálním vztahem s osobou pod věkovou hranicí právně povolenou. Zde je hlavním adaptačním cílem vybudování předpokladů pro klientovu obezřetnost, tedy aby se přesvědčil o věku partnerky či partnera a se sexem to má málo společného.

Na druhé straně se do sexuologovy ordinace mohou dostat pachatelé závažných sexuálních deliktů, kteří ještě ani nedosáhli věku právní odpovědnosti. Takovým klientům je třeba věnovat soustředěnou a empatií prodchnutou pozornost ([Saunders, Awad 1988](#)). Jde o klienty, kteří mají vzhledem k věku velikou šanci na úspěšnou a trvalou adaptaci. Jejich sexuálně deviantní chování nemusí vždy souviset s deviací, ale právě s výše zmíněnými pocity bezmoci, hluboké frustrace, s problémy rozličných závislostí atd. Je dobré na tomto místě poznamenat, že na rozdíl od mravnostních trestných činů spáchaných dospělými pachateli, kde je trend od roku 1990 spíše klesající, je výrazný vzrůstající trend těchto činů páchaných dětmi a vzrůstá i počet těch, jejichž pachateli jsou mladiství.

Sexodiagnostika je problematická především u klientů mladších 15 let. ([Hunter, Lexier, 1998](#)). Je zde třeba zvážit individuální vyspělost a vhodnost expozice sexuálně explicitních materiálů. S vyšetřením pak musí souhlasit jak klient, tak jeho rodič či jiná pověřená dospělá osoba.

1.8.3 Klient „omylem poslaný“

Někdy i v dnešní době nastane situace, kdy výrok soudu není přiměřený realitě a ochranná léčba je uložena evidentně nedevariantnímu klientovi (například v případě jejího uložení muži, který souložil se čtrnáctiletou dobře vyvinutou dívkou). Zde je na místě, aby terapeut vyjádřil své přesvědčení o neexistenci deviace a jasně specifikoval klientův problém jako „pouhé“ porušení zákona. Není na místě protizákonné chování bagatelizovat (viz poznámku výše o nebezpečí identifikace), nicméně zjevná nesmyslnost uložení ochranné léčby v takovém případě by měla vést k rychlému podání návrhu na její ukončení.

Sexodiagnostika je v tomto případě zásadním stavebním kamenem práce s klientem, je třeba ujistit sebe v roli terapeuta a potvrdit výpověď klienta samého. Faloplethysmografie je rovněž optimálním nástrojem v tomto procesu.

1.8.4 Klient poslaný rodinou

Pachatelé jsou většinou svých obětí v případě pedofilních deliktů známi. Ti, kdo jsou hlášeni, jsou obvykle muži. Většina chlapců totiž nepovažuje své prepubertální či raně pubertální sexuální zkušenosti s ženami za abuzivní ([Conaghy, 1998](#)). Půjde tedy většinou o mužského klienta v poněkud delikátní situaci. Rodina ho více či méně „drží v šachu“, na obzoru je hrozba trestního stíhání. Terapeut je v této situaci vnímán přirozeně jako prodloužená ruka rodiny a překonat tento stav vyžaduje nesmírné úsilí a trpělivost. Adaptace je však při správně vedené terapii možná a citlivý přístup se vyplácí. **Sexodiagnostické vyšetření může vést k zpřesnění diagnózy a lepší kooperaci klienta i k akceptaci příbuznými.**

1.9 SEXODIAGNOSTIKA V ADAPTAČNÍM PROCESU

Adaptační cíle u pedofilních klientů jsou v podstatě omezeny na následující možnosti:

1.9.1 Adaptace na netrestnou sexualitu

Zde je na prvním místě snaha terapeuta o rozvoj klientovy schopnosti navázat funkční vztah s partnerem / partnerkou ve věku nad patnáct let. Je třeba nesmírné trpělivosti a pomocí může být například nácvik tělesného sblížení. Problém z hlediska katamnestického je, že partner(ka) během času vyspívá, stárne a stává se – zejména pro klienta pedosexuálně orientovaného – méně atraktivní. Nedaří-li se rozvíjet nedevidantní sexualitu jako druhou kolej, po níž může, třeba s jistými omezeními, vlak emočních a erotických vztahů uhánět, je nezbytné klienta jasně seznámit s realitou jeho možností. Že totiž s velkou mírou pravděpodobnosti nedokáže navázat vztah trvalý a dlouhodobý,

nicméně že i tak může dojít vnitřní rovnováhy, uspokojení i štěstí. Kontrola sexuální reaktivity falometrickým vyšetřením je zde nezbytností hodnocení úspěšnosti nastoupené cesty.

1.9.2 *Adaptace na autoerotiku*

Selže-li snaha o adaptaci na partnerskou sexualitu, je vhodné orientovat klienta na bezpečnou autoerotiku. I v ní je však třeba klást důraz na snahu po rozvoji fantazií s objekty přinejmenším adolescentními. V tomto směru napomáhá zpětná vazba na základě PPG vyšetření, kdy klient pod terapeutovým vedením sám hodnotí své pokroky.

1.9.3 *Adaptace na asexuální chování*

V tomto případě jde obvykle ruku v ruce s farmakologickým či chirurgickým postupem k deaktivaci testosteronu jako fyziologického katalyzátoru mužské sexuality. Faloplethysmografie může být prostředkem, jak objektivně zhodnotit funkční výsledek této terapeutické snahy. Laboratorně pak se o tomtéž lze přesvědčit vyšetřením hladiny testosteronu a luteinizačního hormonu.

1.9.4 *Resocializace*

Adaptace s resocializací velmi úzce souvisí. Sociální zázemí je dalším stabilizujícím prvkem. Zde je vhodné spolupracovat s dostupnými sociálními službami (kurátoři, úřady práce apod.) Zhusta není takový úkol snadný, u trestaných zejména před tím, než je možno dosáti případného výmazu z rejstříku trestů. Toto téma však již přesahuje rámec předkládané práce.

2. Empirická část

2.1 VÝZNAM STUDIE

Vzhledem k relativnímu nedostatku informací o specifitě a vzájemné korelaci výsledků mezi dvěma zmiňovanými sexodiagnostickými metodami jsem se jednak pokusil o zlepšení povědomí v této oblasti, jednak o příspěvek k vyššímu stupni standardizace vyšetření penilním

pletysmografem. Kdyby byla metoda VRT je co do dosažené přesnosti obdobně přínosná jako PPG, bylo by to impulzem pro její zavedení do praxe především jako nástroje pro klinické psychology, do jejichž instrumentária obvykle semiinvazivní metody (jako PPG) nepatří. Navíc vyšetření VRT je ekonomičtější co do nutného vybavení (příslušný software je velmi nenáročný) i pokud jde o časovou náročnost (PPG min. cca 75 min., VRT 5-10 min.).

Záměrem předkládané studie je prokázat diagnostický přínos obou srovnávaných metod a do jaké míry je specifický v diagnostické diskriminační schopnosti. Dále pak vyhodnotit diskriminační schopnost co do tělesného rozvoje každé metody zvlášť.

Dalším cílem je nalezení nejvhodnějšího parametru / nejvhodnějších parametrů měřených při PPG, tedy parametru, který bude nejvíce korelovat s údajem o subjektivní preferenci věrohodných probandů.

Vedlejší cíle:

Data z dotazníku přinášejí zajímavé informace o sexuálním chování vzorku pedofilních mužů a jejich anamnéze.

2.2 HYPOTÉZY

Hypotéza 1

Falometrické měření v hodnocení **maximálních výsledků** během expozice stimulu rozlišuje mezi preferovanou a nepreferovanou věkovou a pohlavní kategorií uvedenou v dotazníku (nebo anticipovanou u srovnávacího souboru gynefilních heterosexuálů) a rovněž mezi neutrálními stimuly a oběma kategoriemi.

Hypotéza 2

Falometrické měření v hodnocení maximálních výsledků po expozici stimulu rozlišuje mezi preferovanou a nepreferovanou věkovou a pohlavní kategorií uvedenou v dotazníku (nebo anticipovanou u srovnávacího souboru gynefilních heterosexuálů) a rovněž mezi neutrálními stimuly a oběma kategoriemi.

Hypotéza 3

Falometrické měření v hodnocení parametru DELTA měřeného během expozice stimulu i po expozici rozlišuje mezi preferovanou a nepreferovanou věkovou a pohlavní kategorií uvedenou v dotazníku (nebo anticipovanou u srovnávacího souboru gynefilních heterosexuálů) a rovněž mezi neutrálními stimuly a oběma kategoriemi.

Hypotéza 4:

Subjektivní hodnocení vzrušení během expozice stimulů rozlišuje mezi preferovanou a nepreferovanou věkovou a pohlavní kategorií uvedenou v dotazníku (nebo anticipovanou u srovnávacího souboru gynefilních heterosexuálů) a rovněž mezi neutrálními stimuly a oběma kategoriemi.

Hypotéza 5:

Výsledky vizuálního reakčního času rozlišují mezi preferovanou věkovou a pohlavní kategorií uvedenou v dotazníku (nebo anticipovanou u srovnávacího souboru gynefilních heterosexuálů) a rovněž mezi neutrálními stimuly a oběma kategoriemi

Hypotéza 6:

Výsledky vizuálního reakčního času pozitivně korelují s výsledky měření PPG (maximálních výsledků během expozice stimulu a delta)

Hypotéza 7:

Subjektivní hodnocení stimulů pozitivně koreluje s výsledky měření PPG (maximálních výsledků během expozice stimulu a PPG delta)

Hypotéza 8:

Výsledky vizuálního reakčního času pozitivně korelují se subjektivními hodnoceními stimulů

Hypotéza 9:

V experimentální skupině pedofilních mužů je vyšší incidence prožitku sexuálního zneužití v dětství, než je zjištěno v běžné populaci.

2.3 SOUBOR

2.3.1 *Obecné charakteristiky souborů*

Základní soubor, pedofilní a hebefilní muži,

testovaná skupina parafilních mužů u kterých byla diagnostikována pedofilie (hebefilie) nebo sami sebe hodnotí jako pedofily, kteří tuto svoji parafilii akceptují a jsou ochotni podstoupit vyšetření (N=30 mužů).

Dobrovolníci. N = 30, věkové rozpětí 18-60 let, průměrný věk 34,4 r., medián 35,5 r., modus 38 r., STDEV 10,8;

11 mužů přišlo prostřednictvím náboru přes internet a neměli žádnou léčebnou anamnesu, 19 využilo nabídku zprostředkovanou ošetřujícím lékařem a prodělávalo tedy buď ústavní nebo ambulantní léčbu.

Srovnávací soubor:

Srovnávací soubor se rekrutoval z heterosexuálních gynefilních mužů vyšetřovaných v rámci soudně znaleckého zkoumání v souvislosti s trestnými činy vůči dětem. Byli do něho zařazeni jen ti muži, u nichž po sexodiagnostické stránce nenastaly pochybnosti o jejich sexuální orientaci a kteří tuto sami nezpochybňovali.

Soubor má dostatečně podobné charakteristiky jako soubor základní. N=30, věkové rozpětí 20-55 let, průměrný věk 37,5 r., medián 38 r., modus 20 r., STDEV 10,7

Při srovnání udaných počtů sexuálních partnerů nebo partnerek nad 15 r. věku jsou již mezi jednotlivými soubory patrné zásadní rozdíly. V experimentální skupině je průměrný jejich počet 4,9 při nejčastěji udaném počtu 0. Ve skupině srovnávací je to 11,7 a nejčastěji pak 4 partnerky.

Počty sexuálních partnerů/partnerek byly analyzovány v rozpětí 0-30, ve 2 případech (1x v experimentální a 1x ve srovnávací skupině) korigovány na velká čísla a udané počty sníženy na 30.

Tabulka 1: věkové a zkušenostní charakteristiky souborů

	SROV.SKUP.		EXP.SKUP.	
	věk	SPT>15	věk	SPT>15
	20	4	37	1
	35	12	35	2
	38	6	38	2
	44	4	47	0
	25	5	18	0
	27	25	38	4
	43	3	47	0
	40	4	39	0
	55	2	54	5
	38	2	36	15
	33	5	34	20
	19	6	19	0
	25	30	25	5
	48	30	60	30
	51	15	19	1
	52	30	47	30
	55	24	41	1
	44	20	26	0
	33	25	28	6
	39	8	38	0
	35	6	33	2
	29	6	28	0
	24	4	23	0
	29	2	28	0
	20	2	18	1
	41	10	41	10
	37	12	37	4
	49	3	26	0
	50	11	49	0
	48	15	23	9
průměr	37,5	11,7	34,4	4,9
medián	38	6	35,5	1
modus	20	4	38	0
stdev	10,66	11,19	10,83	8,19

Nábor probandů

Pro získání dostatečně početného **základního (experimentálního) souboru** parafilních jedinců byl proveden nábor mezi muži ze svépomocné skupiny pedofilů, která provozuje vlastní internetové stránky www.pedofilie-info.cz a dále pak mezi pacienty vykonávajícími ochranné léčení, zejména pak ambulantní formou. Oslovena byla pracoviště v psychiatrických nemocnicích Praha-Bohnice, Horní Beřkovice, Brno-Černovice a Havlíčkův Brod a Kosmonosy. Zareagovala

oddělení v PN Bohnice, Havlíčkově Brodě a v Kosmonosích. Lékaři byli požádáni, aby zajistili alespoň 3týdenní „okénko“ bez případné medikace antitestosteronovými preparáty, pokud by to nepředstavovalo neúnosné riziko pro pacienta).

Motivací mužů samotných bylo upřesnění jejich diagnosy, větší sebezpoznání i ověření si reality co do adaptačních cílů. Navíc obdrželi úhradu cestovních nákladů a odměnu 150 Kč / sezení.

Srovnávací skupina se rekrutovala z mužů zaslanych na vyšetření orgány činnými v trestním řízení.

Celkově se přihlásilo 34 pedo/hebefilních mužů, 4 byli odmítnuti před zařazením, neb nespĺňovali některá kritéria, žádný nebyl vyřazen v průběhu vyšetření, ale u 2 (1 z každého skupiny) nebyla použitelná získaná falometrická data pro slabší než prahovou reaktivitu 5%.

2.3.2 Kritéria k zařazení:

Věk

Věkové rozpětí probandů bylo 18-55 let. Horní hranice zvolena s ohledem na častější výskyt erektilních dysfunkcí ve vyšším věku. Porucha erekce může negativně ovlivnit výsledky PPG vyšetření.

Zdraví

Proband nesměl referovat žádné akutní či chronické onemocnění především psychiatrického charakteru či závažnější oběhové problémy.

2.3.3 Kritéria k vyřazení

V náborové fázi

- Těžší kardiovaskulární porucha

Anamnesticky zjištěná či aktuálně přítomná závažná porucha srdce a krevního oběhu (především ICHS-ischemická choroba srdeční) byla vyřazovacím kritériem

- Těžší porucha erekce

Poruchy erekce se skorem pod 18 na škále IIEF (pětipoložkový dotazník „International Index of Erectile Function“) byla vyřazovacím kritériem

- Duševní onemocnění

Akutní depresivní fáze hlubšího charakteru nebo psychotické onemocnění z oblasti schizofrenie byly vyřazovacími kritérii.

Ve výzkumné fázi

- Reaktivita

Základním exkluzním kritériem je reaktivita do 5 %. Pokud reakce probanda nepřesahly tuto hodnotu, nesplnil kritérium pro relevantnost PPG vyšetření. Dle [Lykinové a Blancharda \(2009\)](#) je minimum stanoveno sice na 10% u cirkumferenční metody snímání falometrických údajů (u volumetrických je jeho kritérium nižší; 4%), ale dle mé klinické zkušenosti lze hodnotit již reakce poloviční. Proto zvolen limit 5%.

- Inkompletní data

Přirozeným důvodem k vyřazení dále bylo nedokončení vyšetření či jeho odmítnutí, případně odmítnutí části vyšetření (PPG nebo VRT). Nicméně pro vyhodnocení dotazníkové části není absence hodnotitelných výsledků měření PPG či VRT překážkou.

2.3.4 Organizace studie a ochrana osobnosti

Studie byla prováděna anonymně, každý zúčastněný figuruje pouze pod kódovým označením, se kterým je spojen údaj o věku a skupině, do které je zařazen.

U parafilních subjektů ze základní skupiny byla hodnocena přesnost výsledku každé metody ve vztahu k dříve stanovené diagnóze a dle údajů, které uvedl ve specifickém dotazníku.

U neparafilních dobrovolníků byla hodnocena vzájemná podobnost či odlišnost výsledků obou metod. Proto není nezbytné, aby obě skupiny měly stejné charakteristiky co do věku probandů, neboť data nejsou vzájemně mezi oběma skupinami srovnávána.

Poučený souhlas

Účast ve studii byla podmíněna podpisem „Poučeného souhlasu s anonymním zpracováním dat“ jak u skupiny pedofilních probandů (kde

uveden pouze alfanumerický kód a datum narození), tak u dobrovolníků, kteří měli vyšetření nařízeno policií nebo soudem (uvedeno jméno a datum narození).

Všichni muži zařazení do studie poučený souhlas (viz příloha č.1) s podepsali.

2.4 METODIKA STUDIE:

2.4.1 *Sběr dat*

Sběr dat začal v lednu 2012 a pokračoval do května 2016. Byl mnohem obtížnější, než jsem zprvu předpokládal. Některá zdravotnická zařízení byla při žádosti o kooperaci více, jiná méně vstřícná a velkou pomocí byla spolupráce s anonymními laickými internetovými stránkami věnovanými problematice pedofilie. I tak však nábor dobrovolníků trval plné 3 roky.

Jednodušší bylo vytvoření srovnávací skupiny. Byli do ní zařazeni muži, kteří přicházeli na forensní vyšetření a projevíli se zařazením informovaný podepsaný souhlas.

2.4.2 *Dotazník:*

Pro účely této studie byl adaptován dotazník Weisse a Zvěřiny (2013), který byl použit v rámci reprezentativního výzkumu sexuálního chování obyvatelstva ČR (viz příloha č. 2), a který byl zkrácen o otázky s menší relevancí ke studii a naopak rozšířen o preferenční dotazy (takové, které upřesňují věkové a pohlavní preference).

Dotazník se dále zabývá dalšími okolnostmi života subjektů, jako např. schopnosti navázat trvalý vztah s dospělou osobou, existenci prožitku sexuálního zneužití v dětství apod. Tato data přinesla další informace, které se jeví být velmi zajímavé.

Distribuce dotazníku, sběr dat

Dotazník byl vytvořen jak v klasické, papírové tak i v elektronické podobě, kde vyplňující většinou vybíral z odpovědí pouhým zaškrtnutím jedné z možností, někdy dopisuje hodnotu (např. věk uvědomění si

vlastní sexuální orientace apod.). Některé dotazy umožnily více odpovědí.

Dotazník byl konzultován i s několika probandy z řad pedofilní komunity. Právě na jejich popud byla zařazena např. otázka po alternativě v sexuální preferenci, tedy zástupné atraktivitě dospělých (či dospělejších) objektů. Jde o prospěšný mechanismus adaptace na společensky akceptovatelnou formu sexuálního chování. A i tato „adaptivní preference“ se projevila v diagnostických výsledcích.

Po zkušenostech s obtížným dohledáváním „on-line“ vyplňovaných dotazníků jsem posléze volil raději papírovou formu, kterou každý proband vyplnil po sexodiagnostickém vyšetření.

2.4.3 Vlastní klinická zkoumání

V úvodním rozhovoru získal proband informace o cílech výzkumu, o metodice (pochopitelně s vynecháním informace o měření času při testování VRT), je předběžně somaticky vyšetřen a podepíše souhlas s explorací.

PPG

Technika měření

Byl použit moderní přístroj pro počítačovou penilní pletysmografii **GETA GEM 4S, typ SP 2** (viz příloha č. 5). Výsledky nabízejí data v bezrozměrných poměrných jednotkách vycházející z el. odporu (snímače In-Ga) nebo stupeň rozvážení tenzometrického odporového můstku. (snímače Barlow), maximální i průměrné reakce, Z-skór maximálních i průměrných reakcí a dále procenta odhadu plné tumescence (je-li senzor před měřením kalibrován).

Všechny uvedené veličiny se zobrazují jak pro jednotlivé podněty, tak pro celé kategorie. Penilní reakce jsou měřeny při exposici podnětů i po ní a taktéž hodnocena doba pro detumescenci.

Získaná data jsou analyzována pomocí software výrobce přístroje a exportována k analýze do tabulkového procesoru.

Každý proband byl vyšetřen v ordinaci autora. První krok představovalo jeho seznámení s technikou a popis průběhu vyšetření, vysvětlen princip

i smysl vyšetření. Použita byla digitalizovaná objektová podnětová sada 40 obrázků (viz příloha č. 3) exponovaných po dobu 30 sekund, následovaných časem pro detumescenci, který je standardně min. 15 s., ale adaptivně se prodlužuje, pokud v tomto období nenastane detumescence k hodnotě nižší než 20% odhadované plné tumescence.

Snímače penilních reakcí

Pro měření byly užity dva základní typy cirkumferenčních snímačů

- Kovový Barlowův snímač

Jde o tenké ocelové branže ohnuté do kruhu (asi 1 / 3 kruhu každá branže). V místě spojení je tensometr a údaje z něho jsou vedeny vodiči ke zpracování dat.

- Pryžový hadičkový snímač In-Ga

Vylepšená verze původně rtuťového snímače, který byl problémový jednak z hlediska možné toxicity, jednak kvůli tepelné reaktivitě rtuti a taktéž pro fragilitu - tendenci k mechanickému „roztržení“ rtuťového vodiče. Proto se dnes jako náplň využívá směs india a galia.

Základní pro vyšetření, tedy prvá volba je kovový snímač, pryžové (typ strain gauge) mají výhodu především u obesních, kde tuk podbřišku vytlačuje masivnější Barlowův instrument. Totéž platí v případě, že je penis ve flacidním stavu velmi krátký.

Stanovení maximální reakce a procentuální tumescence

Před vyšetřením byl proband podroben měření obvodu penisu ve střední části membra. Tím obdržena informace o obvodu flacidního penisu (d_0). Přičtením 30 mm obdržen údaj o kalkulovaném obvodu při plné erekci (d_{max}). Tyto dva údaje poté byly zaneseny jako kalibrační meze pro měření.

Rozdíl 30 mm obvodu mezi flacidním a plně erigovaným penisem vychází z velké studie na více než 700 mužích ([Howes, 2003](#)) a byla potvrzena v mé praxi.

Podnětová sada

Použita byla podnětová sada autorem vytvořená původně jako diapositivy, nyní digitalizovaná. Vychází z adaptované Tannerovy

vývojové škály a zobrazené objekty dělí do 6 mužských a 6 ženských kategorií F₁₋₆ resp. M₁₋₆ a dále kategorii NEUTRAL (snímky přírody) a MFORAL (snímky felace a cunnilinctu mezi mladými dospělými - mužem a ženou).

Pro účely diagnostiky se slučují kategorie s označením 1 a 2, neb představují nejmenší děti, kategorie 3 pak zobrazuje děti prepubertální, školního věku, 4. kategorie raně pubertální a 5. kategorie pozdně adolescentní objekty. 6. kategorie zobrazuje dospělé jedince.

VRT

V úvodu vyšetření, jež následuje bezprostředně po PPG, je proband vyzván k tomu, aby shlédnuté snímky ohodnotil na šestistupňové škále od „vůbec nelíbí, není erotické“- stupeň 1 až po „velmi vzrušující, erotické“ stupeň 6. Vysvětlení je dvoufázové, jednak poučen auditivní instrukcí od lékaře, jednak ještě vidí instrukci na úvodním snímku před zahájením vyšetření (viz příloha č. 3)

Hodnocení zadává pomocí zjednodušené číselné klávesnice, která obsahuje právě oněch 6 číselných kláves (příloha č. 4). Použita je stejná digitalizovaná objektová podnětová sada 40 obrázků. K vyhodnocení času je používán software „PhotoRate“, jenž byl vyvinut firmou Anafra na zakázku autora.

Čas je registrován v ms. (rozpětí získaných údajů 800 ms.-5300 ms.), subjektivní hodnocení v rozpětí 1-6, po uložení je výsledek exportován rovněž do tabulky k další analýze.

2.4.4 Hodnocení, statistické zpracování

Data, která jsou výsledkem vyšetření, jsem podrobil zevrubné prestatistické analýze. Dospěl jsem k závěru, že hledání korelace mezi jednotlivými podněty (snímky) není dobrou cestou. Je tomu tak proto, že i v rámci dané kategorie jsou jednotlivé fyziologické odpovědi velice variabilní. Nelze tudíž očekávat vysokou úroveň vnitřní konzistence získaných dat. Mnohem větší výpovědní schopnost má srovnávání průměrných hodnot v jednotlivých kategoriích, jak je tomu ostatně při klinicko-diagnostickém procesu. *Příklad: proband zhusta reaguje nejvíce*

penilní odezvou na snímek č. 1 z preferované kategorie, ale vizuální čas je nejdelší u snímku 3 z téže kategorie. Nicméně obě metody zaznamenávají vyšší průměrný skór ve zmíněné kategorii podnětů.

V každé skupině byl vyřazen 1 muž, jehož reaktivita byla neměřitelná či minimální (<5%), takže obě skupiny, které byly analyzovány co do výsledků VRT, PPG a subjektivního hodnocení byly o počtu **29 probandů**.

Základem statistické analýzy byl výpočet korelačních koeficientů mezi proměnnými (průměry kategorií) z obou metod. Tato korelační analýza byla doplněna multifaktoriální regresní analýzou, abychom získali informaci o tom, které proměnné z PPG vyšetření je schopna metoda VRT postihnout.

Výsledky testovaného souboru parafilních mužů jsou dále korelovány se subjektivním údajem o sexuálních preferencích dle věku a pohlaví získaných dotazníkovou metodou. Tedy ve vyšetřované skupině jsou korelovány 3 proměnné, ve srovnávací skupině pouze biometrické metody.

Pro analýzu dat byl využit program SPSS verze 20,0 / r-statistics . K čištění dat byl využíván program Microsoft Excel 2016. ANOVA s opakovanými měřeními (repeated-measures) byla použita ke zjištění interakcí mezi hodnocením jednotlivých kategorií stimulů nebo poststimulů (3 kategorie: preferované / nepreferované / neutrální; vnitrosubjektový faktor). Konkrétní rozdíly v hodnocení nahrávek a sexuální reaktivitě mezi srovnávací a pedofilní skupinou byly zjišťovány post hoc pomocí t-testů. Jako závislé proměnné bylo v separátních modelech využito subjektivní hodnocení, PPG maximum, Delta, PPG maximum v rámci poststimulu, VRT. Přítomnost stimulu v kategorii preferovaná a nepreferovaná kategorie byla určeno na základě výpovědí o preferované věkové skupině (a pohlaví) v administrovaném dotazníku. Vztah mezi subjektivním hodnocením nahrávek, PPG měřeními a VRT byl zjišťován pomocí Pearsonovy korelace.

2.4.5 *Vyhodnocení dotazníkové studie*

Dotazníky vyplnili všichni dobrovolníci, tedy 30 mužů ve věku 18 – 60 let. U jednoho z nich však vyšetření sexodiagnostická (zejména

faloplethysmografická) nepřineslo hodnotitelné výsledky a byl tedy z výsledků měření vyřazen.

Dotazník:

Použit byl 31 položkový dotazník upravený pro účely studie z původního užívaného na Sexuologickém ústavu (prof. Weiss). Dotazník je otištěn v příloze č. 2.

2.5 VÝSLEDKY

2.5.1 Výsledky dotazníkového šetření (pouze základní soubor)

Věk uvědomění atypické sexuální orientace

Pedofilové z testovaného souboru udali věk, kdy si uvědomili svou preferenci v rozpětí 11-35 roků, průměrný věk 16 let, modus + medián 15 let. To odpovídá klinickým zkušenostem, kdy nejčastější uvědomění sexuální orientace a preferencí či parafilie bývá v střední adolescenci, tedy kolem 15 let věku; 20 osob (66%) udalo tento věk před 16. rokem, naopak po 19. roce věku připouští dobu uvědomění 7 probandů (23%).

Tabulka 2: Věk uvědomění atypických sexuálních preferencí

Věk uvědomění si atypické preference (r.)	Četnost
<=12	4
13	5
14	5
15	6
16	0
17	3
18	0
19	0
20	2
>20	5

Tabulka 3: Srovnání věku uvědomění atypických sexuálních preferencí a preferovaného středního věku objektů

Věk uvědomění	Pref. věk Ž. objektů střed	Pref. věk M objektů střed
11		9
12		10
12	8	8
12	13,5	
13	5	
13		10
13		10
13	10,5	
13	7	7
14		13
14	7	
14	12	
14	7,5	
14		11
15		14
15		9,5
15	10,5	
15		15,5
15		6
15		9
17	6	
17		13,5
17	12,5	
20	13,5	
20		12
21		8,5
22	14,5	14,5
26	10	10
30	10,5	
35	14	

Průměrný věk preferovaných objektů stejného či opačného pohlaví se prakticky neliší, ale rozložení preferencí je spíše ve prospěch o něco starších děvčat. 12 mužů preferovalo výlučně dívky, 14 mužů chlapce a 4 dotázaní uvedli atraktivitu dětí obou pohlaví. Sekundární atraktivitu dospělých udalo 19 (63%) mužů, přičemž z této množiny u 12 (63%.) šlo o ženy, u 5 (26%) o muže a dva respondenti (11%) uvedli dospělé obou pohlaví.

Tabulka 4: Preferovaný věk objektů

	Dívky		Chlapci	
	od	do	od	do
Věk pref. objektů (rozpětí-roky)	1	16	3	18
průměr	7,8	12,4	8,0	13,2
modus	9	12	7,5	13
median	9	15	6	13

Zkušenost se sexuálním zneužitím a se znásilněním

Pozitivní zkušenost referuje 9 mužů (30% souboru)

Zkušenost se sexuálním zneužitím dospělou osobou

Tuto zkušenost referovalo 7 probandů (23,3 %), z toho 3 (10%) opakovaně. Pachatel byl 4x příbuzný muž (ne otec), 1x vlastní otec, a 1x cizí muž a 1x žena-učitelka.

Zkušenost se sexuálním zneužitím dospívající osobou (mezi 15-18 lety)

Tuto zkušenost referovali 2 probandi (6,6 %), 1 opakovaně (v tom případě jen 1 pachatel byl dospívající, druhým byl příbuzný dospělý muž), u druhého probanda šlo o dospívajícího příbuzného muže.

Zkušenost se znásilněním

Positivní zkušenost s přinucením k souloži udalo 5 mužů (17% souboru). 4 z nich zároveň referovali i zkušenost se zneužitím. Pachatelem znásilnění byl vždy muž a u 4 probandů šlo o opakovaný akt. Všichni muži referovali následky na svůj sexuální život, ve 3 případech (10% souboru) trvající dodnes.

Tabulka 5: Zkušenost se sexuálním zneužitím (do 15 let) a znásilněním (po 15. roce věku)

N=30	abs. počet	%
Zneužit dospělým	7	23%
Zneužit dospívajícím	2	7%
Znásilněn/přinucen k sexuální praktice	5	17%

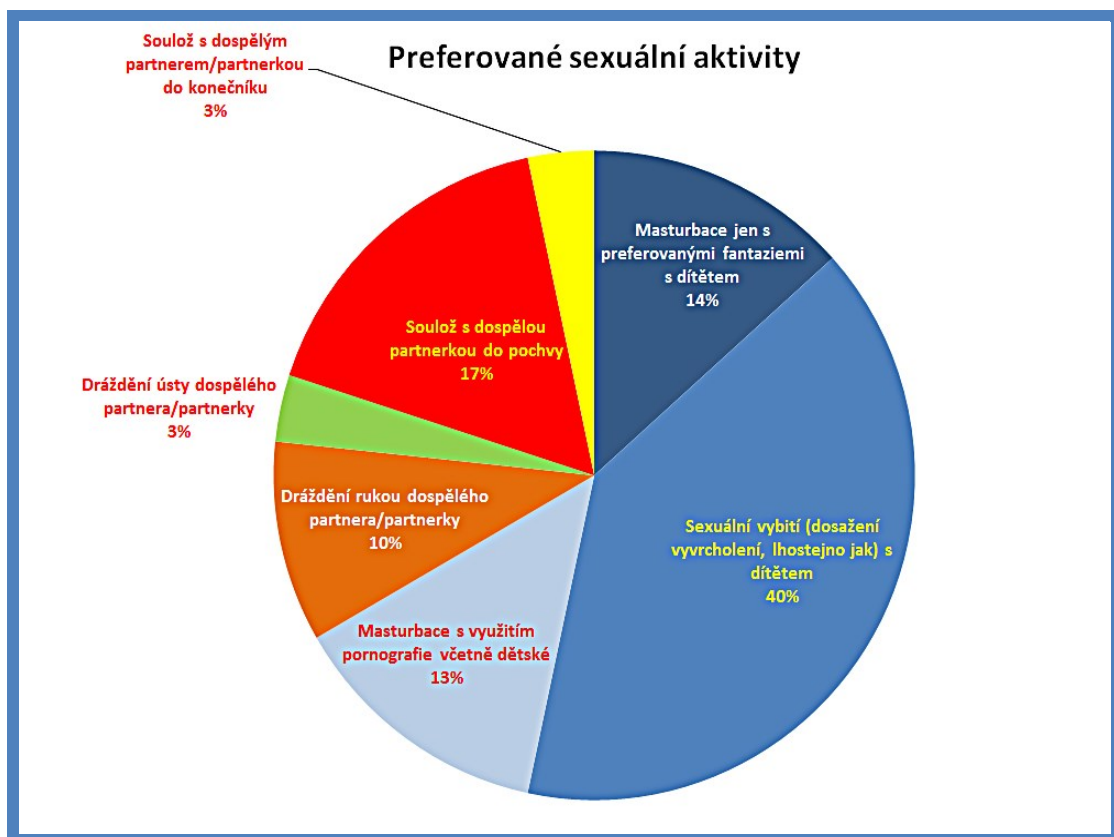
Sexuální zkušenost s dítětem

Otázka byla položena jen v obecné rovině: „Máte reálnou zkušenost se sexem s preferovaným objektem? To znamená, jestli jste s dítětem došel k vyvrcholení jakýmkoliv způsobem (souloží, masturbací apod.)“

16 probandů (53% souboru) přiznalo vlastní sexuální zkušenost s dítětem.

Preference sexuálních aktivit

Probandi byli tázáni na osobní ideatorní preference jak s dospělými, tak s dětmi: „Pokud by záleželo jenom na Vás a vše bylo legální, pro dosažení orgasmu byste dal přednost“



Graf 1: Preferované sexuální aktivity

Tabulka 6: *Preferované sexuální aktivity (dle četnosti)*

Dráždění ústy dospělého partnera / partnerky	1
Soulož s dospělým partnerem / partnerkou do konečníku	1
Dráždění rukou dospělého partnera / partnerky	3
Masturbace jen s preferovanými fantaziemi s dítětem	4
Masturbace s využitím pornografie včetně dětské	4
Soulož s dospělou partnerkou do pochvy	5
Sexuální vybití (dosažení vyvrcholení, lhostejno jak) s dítětem	12

Dvě třetiny probandů preferují hypotetické aktivity zahrnující dítě, ať již reálně či ideatorně, což není překvapující. Spíše překvapí relativně vysoká četnost zbylých aktivit, tedy těch s dospělými osobami

Vztah k pornografii (obecně)

Tohoto tématu se přímo týkaly 2 dotazy uvedené v popisu tabulek:

Tabulka 7: Jaký máte názor na pornografii?

A	je třeba ji zakázat	3	10%
B	považuji ji za škodlivou, umožnil bych prodej jen ve speciálních obchodech	4	13%
C	nemám k ní výhrady, umožnil bych však prodej jen ve speciálních obchodech	9	30%
D	nemám k ní výhrady a její prodej bych neomezoval	14	47%

Zde nepřekvapuje vyšší četnost permissivních odpovědí na pornografii obecně

Tabulka 8: Používáte při masturbaci pornografii z internetu?

A	Ano, často	16	53%
B	Ano, někdy	7	23%
C	Ne, nikdy	7	23%

$\frac{3}{4}$ dotázaných využívá podnětů z internetu k masturbaci a nadpoloviční většina tak činí často

Ideatorní preferované aktivity s dítětem

Dotaz „Co vás v představách o sexu s dětmi nejvíce vzrušuje?“ přinesl zajímavé výsledky, kdy preference ukazuje následující tabulka:

Vzhledem k tomu, že jde o kohortu pedofilní, nepřekvapí, že nalezena vysoká četnost hlazení - a to neerotického (kat. A). Nejpreferovanější sexuální aktivity pak jsou masturbační – ať vlastní masturbace před dítětem, masturbace mutuální s dítětem nebo vzájemná (kat. B,J,K). Orální sex, felace a cunnilinctus pak jsou na dalších relativně čtených postech. Zajímavá je však i poměrně častá preference sadomasochistických aktivit (kat. M). Vaginální či anální soulož či annilinctus patří k řídce preferovaným aktivitám.

Tabulka 9: Preference ideatorních aktivit s dítětem (dle četnosti)

Kód	Aktivita	Četnost
A	Hlazení a mazlení (mimo pohlavní orgány) a / nebo líbání se s dítětem	17
J	Váš penis do ruky dítěte nebo penis dítěte do vaší ruky nebo vzájemná	15
K	Vaše masturbace před dítětem, dítěte před vámi nebo společná	15
B	Váš penis do úst dítěte	14
G	Vaše ústa na pochvu dítěte	11
D	Penis dítěte do vašich úst	10
I	Vaše ejakulace do úst dítěte	10
M	Jakékoliv aktivity spojené s bolestí, svazováním, dominancí apod.	7
L	Váš penis do pochvy dítěte	6
C	Váš penis do konečníku dítěte	4
H	Vaše ústa na konečník dítěte	3
E	Penis dítěte do vašeho konečníku	1
F	Penis dítěte jinam nebo váš penis jinam	1

2.5.2 Výsledky měření PPG a VRT

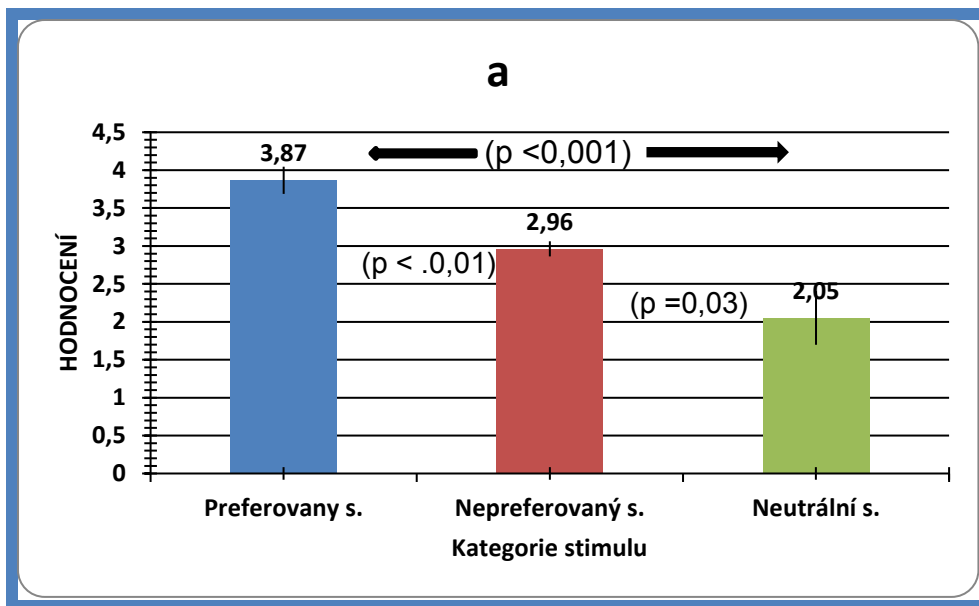
Subjektivní hodnocení a schopnost rozlišení mezi preferovanými a nepreferovanými kategoriemi určenými podle dotazníku

Proměnná „subjektivní hodnocení“ měří na škále od 1 (zcela nevzrušující až odporivé) – 6 (velmi vzrušující) to, jak subjekt po expozici stimulu hodnotil (vědomě) jeho vzrušivost.

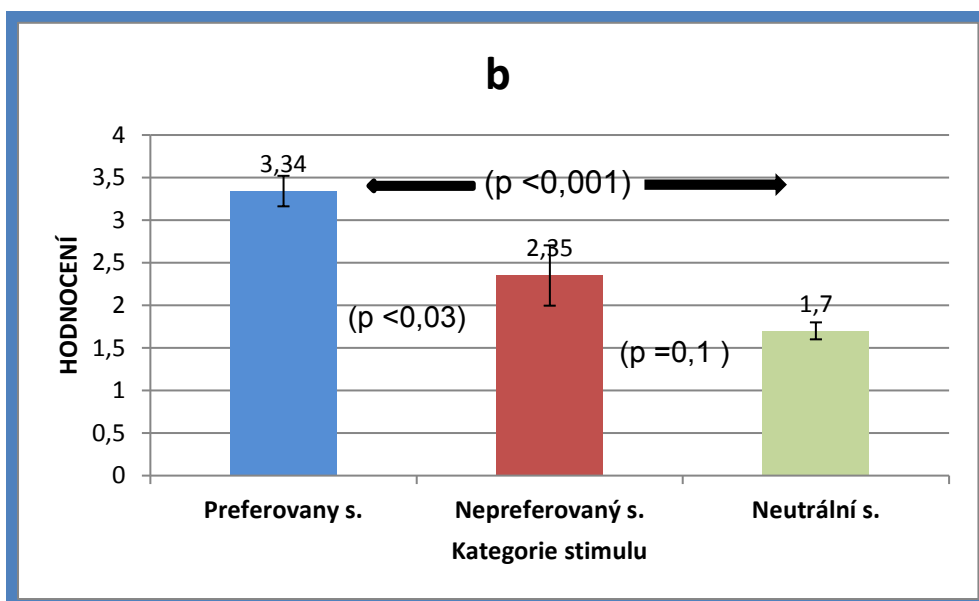
Byly použity analýzy rozptylu ANOVA s opakovanými měřeními, separátně pro experimentální a kontrolní vzorek (závislá proměnná v modelech: subjektivní hodnocení; vnitrosubjektový faktor: 3 kategorie stimulů – preferované / nepreferované / neutrální). Mauchlyho testem sféricity bylo zjištěno porušení předpokladu sféricity, proto byla použita Greenhouse-Geisserova korekce stupňů volnosti.

V rámci experimentálního modelu byl nalezen signifikantní efekt kategorie stimulů ($F_{1,3, 35,7} = 12,64$, $MS = 37,41$, $p < 0,001$); post hoc srovnání výsledků mezi jednotlivými kategoriemi ukázalo, že subjektivní hodnocení odpovědi na preferovaný stimulus ($\bar{x} = 3,87$, $SD = 1,23$) je signifikantně vyšší než odpověď na nepreferovaný stimulus ($\bar{x} = 2,96$, $SD = 1,02$; $t_{28} = 4,69$, $p < 0,001$). Subjektivní hodnocení nepreferovaného stimulu bylo zároveň signifikantně vyšší než subjektivní hodnocení neutrálního stimulu ($\bar{x} = 2,05$, $SD = 1,65$; $t_{28} = 2,35$, $p = 0,03$).

V rámci modelu na kontrolních subjektech byl nalezen signifikantní efekt kategorie stimulů ($F_{1,1, 32,4} = 11,71$, $MS = 36,75$, $p = 0,001$); post hoc srovnání výsledků mezi jednotlivými kategoriemi ukázalo, že subjektivní hodnocení odpovědi na preferovaný stimulus ($\bar{x} = 3,34$, $SD = 0,98$) je signifikantně vyšší než odpověď na nepreferovaný stimulus ($\bar{x} = 2,35$, $SD = 1,94$; $t_{29} = 2,28$, $p = 0,03$). Subjektivní hodnocení nepreferovaného stimulu však nebylo signifikantně vyšší než subjektivní hodnocení neutrálního stimulu ($\bar{x} = 1,7$, $SD = 0,55$; $t_{29} = -1,71$, $p = 0,1$).



Graf 2: rozdíly mezi subjektivním hodnocením u pedofilních probandů (a) pro preferované, nepreferované a neutrální kategorie stimulu.



Graf 3.: rozdíly mezi subjektivním hodnocením ve srovnávací skupině (b) pro preferované, nepreferované a neutrální kategorie stimulu.

Penilní reakce a schopnost rozlišení mezi preferovanými a nepreferovanými kategoriemi určenými podle dotazníku

Pro testování rozdílů v PPG odpovědi na jednotlivé kategorie stimulu (3 kategorie: preferované / nepreferované / neutrální) v rámci srovnávací i pedofilní skupiny byly opět použity separátní modely ANOVA s opakovanými měřeními. Byly vytvořeny samostatné modely pro všechna

měření PPG odpovědi – pro maximální PPG odpověď na stimulus, pro hodnotu delta (rozptyl v hodnocení za stimulus a odpovídající poststimulus) a pro maximální hodnotu PPG v rámci expozice poststimulu.

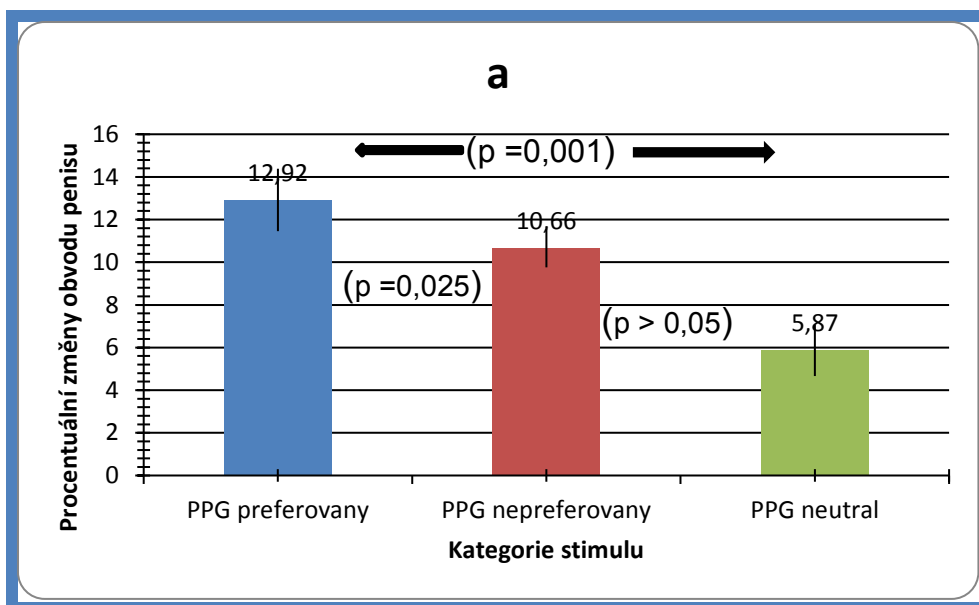
PPG maximum

Proměnná PPG maximum měří maximální penilní reakci v dané periodě v rámci expozice stimulu.

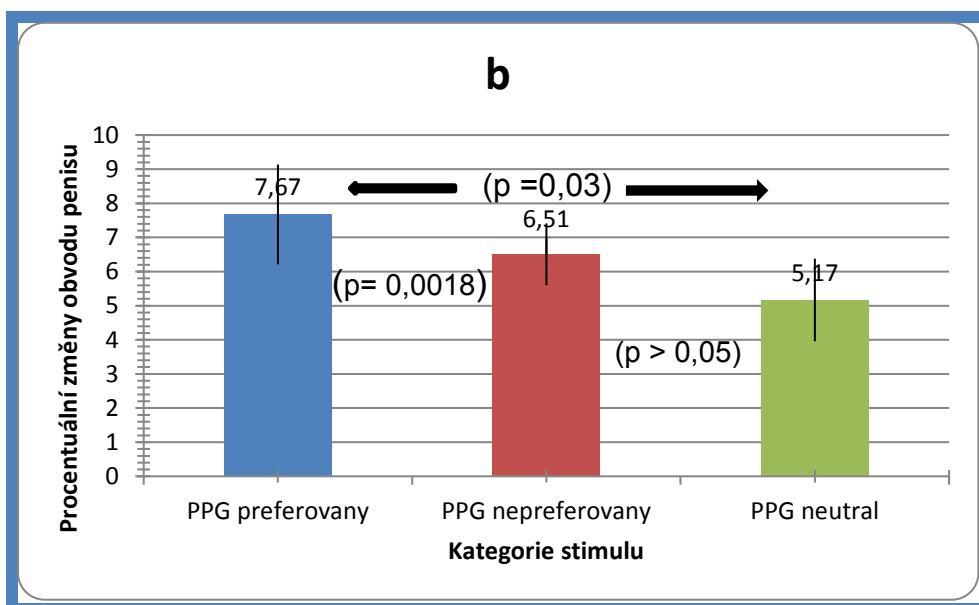
Byly použity analýzy rozptylu ANOVA s opakovanými měřeními, separátně pro patientský a kontrolní vzorek (závislá proměnná v modelech: PPG maximum; vnitrosbjektivý faktor: 3 kategorie stimulů - preferované / nepreferované / neutrální). Mauchlyho testem sféricity bylo zjištěno porušení předpokladu sféricity, proto byla použita Greenhouse-Geisserova korekce stupňů volnosti.

V rámci experimentálního modelu byl nalezen signifikantní efekt kategorie stimulů ($F_{1,3, 35,9} = 10,44$, $MS = 586,02$, $p = 0,001$; post hoc srovnání výsledků mezi jednotlivými kategoriemi ukázalo, že PPG maximální odpověď na preferovaný stimulus (12,92, $SD = 13,3$) je signifikantně vyšší než odpověď na nepreferovaný stimulus ($\bar{x} = 10,66$, $SD = 10,58$; $t_{28} = 2,06$, $p = 0,025$). PPG maximální odpověď na nepreferovaný stimulus byla zároveň signifikantně vyšší než PPG maximální odpověď na neutrální stimulus ($\bar{x} = 5,87$, $SD = 8,38$; $t_{28} = 3,42$, $p = 0,002$).

V rámci modelu na kontrolních subjektech byl nalezen signifikantní efekt kategorie stimulů $F_{2, 58} = 3,72$, $MS = 47,18$, $p = 0,03$; post hoc srovnání výsledků mezi jednotlivými kategoriemi ukázalo, že PPG maximální odpověď na preferovaný stimulus ($\bar{x} = 7,67$, $SD = 8,02$) je signifikantně vyšší než odpověď na neutrální stimulus ($\bar{x} = 5,17$, $SD = 6,62$; $t_{29} = 2,52$, $p = 0,018$). PPG maximální odpověď na nepreferovaný stimulus ($\bar{x} = 6,51$, $SD = 4,96$) však nebyla signifikantně vyšší než PPG maximální odpověď na neutrální stimulus ($p > 0,05$).



Graf 4: rozdíl procentuálních změn obvodu penisu v PPG záznamu u pedofilních probandů (a)



Graf 5: rozdíl procentuálních změn obvodu penisu v PPG ve srovnávací skupině (b).

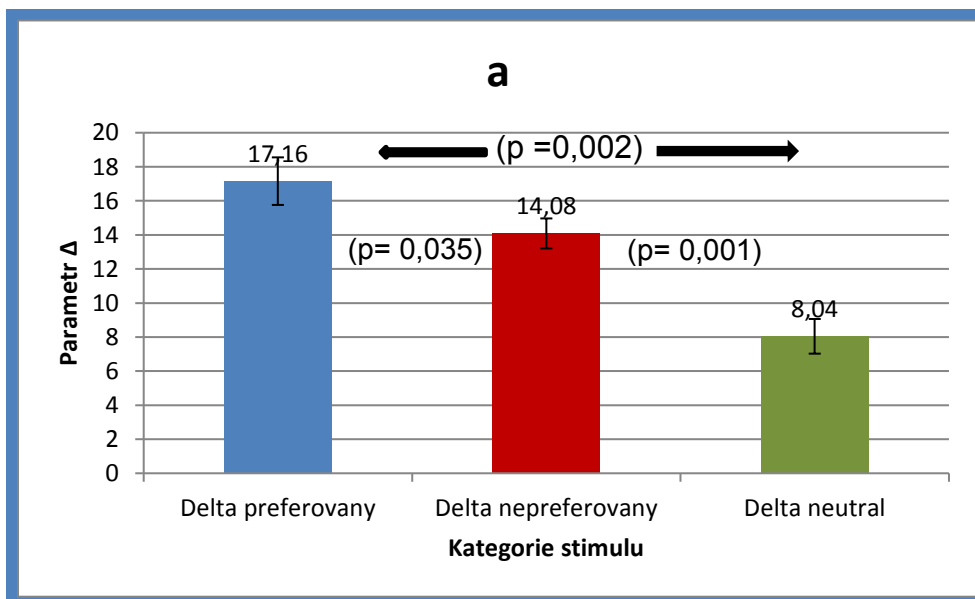
PPG delta

Proměnná PPG delta měří rozdíl v minimální a maximální penilní odpovědi v reakci na stimulus a následný poststimulus.

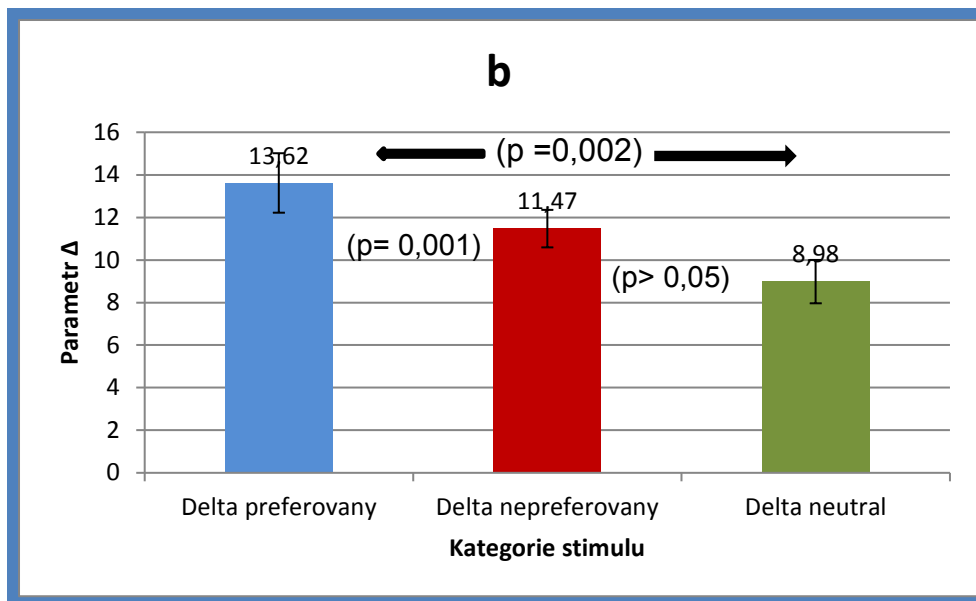
Byly použity analýzy rozptylu ANOVA s opakovanými měřeními, separátně pro experimentální a kontrolní vzorek (závislá proměnná v modelech: PPG delta; vnitrosubjektový faktor: 3 kategorie stimulů -

preferované / nepreferované / neutrální). Mauchlyho testem sféricity bylo zjištěno porušení předpokladu sféricity, proto byla použita Greenhouse-Geisserova korekce stupňů volnosti.

V rámci experimentálního modelu byl nalezen signifikantní efekt kategorie stimulů $F_{1,3, 36} = 9,71$, $MS = 968,2$, $p = 0,002$; post hoc srovnání výsledků mezi jednotlivými kategoriemi ukázalo že PPG delta odpověď na preferovaný stimulus ($\bar{x} = 17,16$, $SD = 12,89$) je signifikantně vyšší než odpověď na nepreferovaný stimulus ($\bar{x} = 14,09$, $SD = 10,3$; $t_{28} = 1,86$, $p = 0,035$). PPG delta odpověď na nepreferovaný stimulus byla zároveň signifikantně vyšší než PPG delta odpověď na neutrální stimulus ($\bar{x} = 8,04$, $SD = 8,8$; $t_{28} = 3,54$, $p = 0,001$). V rámci modelu na kontrolních subjektech byl nalezen signifikantní efekt kategorie stimulů $F_{2, 58} = 6,7$, $MS = 161,23$, $p = 0,002$; post hoc srovnání výsledků mezi jednotlivými kategoriemi ukázalo, že PPG delta odpověď na preferovaný stimulus ($\bar{x} = 13,62$, $SD = 7,65$) je signifikantně vyšší než PPG delta odpověď na neutrální stimulus ($\bar{x} = 8,99$, $SD = 5,78$; $t_{29} = 3,37$, $p < 0,001$). PPG delta odpověď na nepreferovaný stimulus ($\bar{x} = 11,47$, $SD = 4,83$) však nebyla signifikantně vyšší než PPG delta odpověď na neutrální stimulus ($p > 0,05$).



Graf 6: rozdíl v PPG měření parametru delta u pedofilních probandů (a)



Graf 7: rozdíl v PPG měření parametru delta ve srovnávací skupině (b).

..

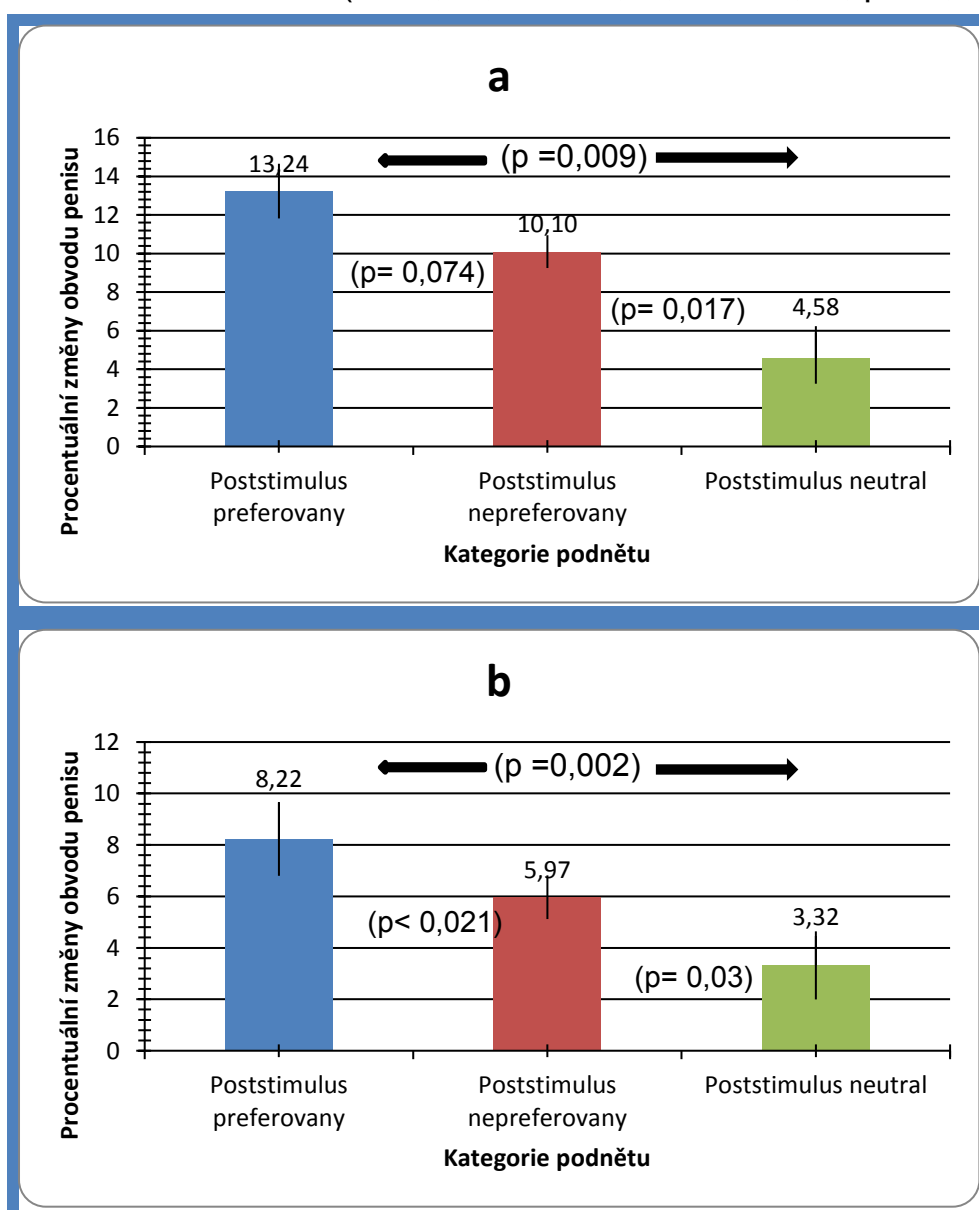
PPG reakce v době po stimulu

Proměnná **PPG poststimulus** měří maximální penilní odpověď v průběhu doby po expozici stimulu.

Byly použity analýzy rozptylu ANOVA s opakovanými měřeními, separát-ně pro experimentální a kontrolní vzorek (závislá proměnná v modelech: PPG poststimulus; vnitrosubjektový faktor: 3 kategorie stimulů - preferované / nepreferované / neutrální). Mauchlyho testem sféricity bylo zjištěno porušení předpokladu sféricity, proto byla použita Greenhouse-Geisserova korekce stupňů volnosti.

V rámci experimentálního modelu byl nalezen signifikantní efekt kategorie stimulů $F_{1,3, 36,7} = 6,62$, $MS = 851,15$, $p = 0,009$; post hoc srovnání výsledků mezi jednotlivými kategoriemi ukázalo, že maximální PPG odpověď v rámci poststimulu následujícího preferovaný stimulus ($\bar{x} = 13,24$, $SD = 15,95$) byla vyšší než maximální PPG odpověď v rámci poststimulu následujícího nepreferovaný stimulus ($\bar{x} = 10,1$, $SD = 12,85$), tento rozdíl byl však nesignifikantní ($t_{28} = 1,87$, $p = 0,074$). Maximální PPG odpověď v rámci poststimulu následujícího nepreferovaný stimulus byla však signifikantně vyšší než maximální PPG odpověď v rámci poststimulu následujícího neutrální stimulus ($\bar{x} = 4,58$, $SD = 12,09$; $t_{28} = 2,54$, $p = 0,017$).

V rámci modelu na srovnávacích subjektech byl nalezen signifikantní efekt kategorie stimulů $F_{2, 58} = 6,82$, $MS = 180,53$, $p = 0,002$; post hoc srovnání výsledků mezi jednotlivými kategoriemi ukázalo, že maximální PPG odpověď v rámci poststimulu následujícího preferovaný stimulus ($\bar{x} = 8,22$, $SD = 7,76$) je signifikantně vyšší než maximální PPG odpověď v rámci poststimulu následujícího nepreferovaný stimulus ($\bar{x} = 8,97$, $SD = 4,65$; $t_{29} = 2,13$, $p < 0,021$). maximální PPG odpověď v rámci poststimulu následujícího nepreferovaný stimulus byla signifikantně vyšší než maximální PPG odpověď v rámci poststimulu následujícího za neutrálním stimulem ($\bar{x} = 3,32$, $SD = 7,25$; $t_{29} = 1,95$, $p = 0,03$).

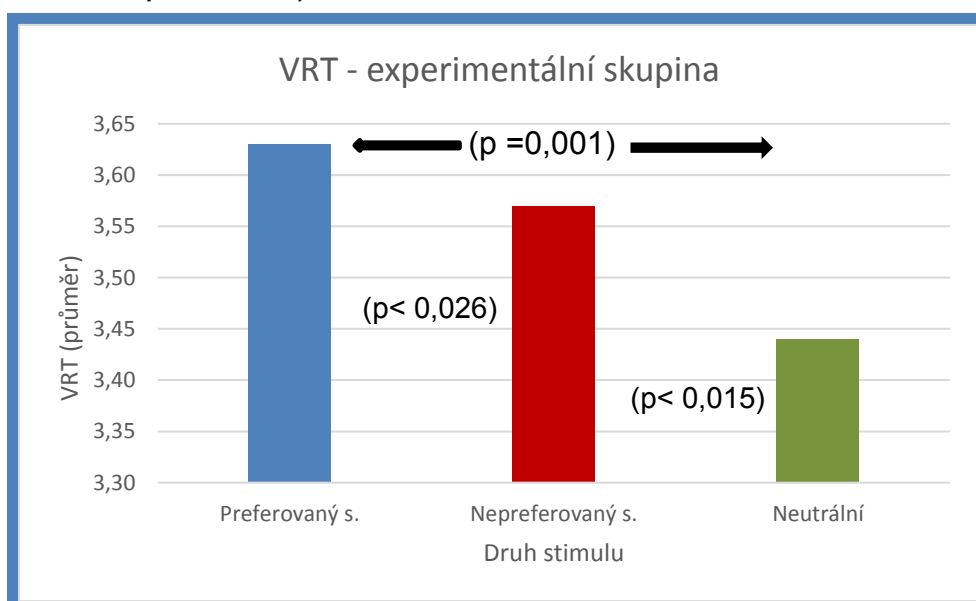


Graf 8: ukazující rozdíl v měření PPG v době po expozici stimulu u pedofilních probandů (a) a ve srovnávací skupině (b).

Vizuální reakční čas (VRT) a schopnost rozlišení mezi preferovanými a nepreferovanými kategoriemi určenými podle dotazníku

Pro testování rozdílů v VRT na jednotlivé kategorie stimulů byly opět použity analýzy rozptylu ANOVA s opakovanými měřeními, separátně pro experimentální a kontrolní vzorek (závislá proměnná v modelech: VRT; vnitrosubjektový faktor: 3 kategorie stimulů - preferované / nepreferované / neutrální). Mauchlyho testem sféricity bylo zjištěno porušení předpokladu sféricity, proto byla použita Greenhouse-Geisserova korekce stupňů volnosti. VRT nesplňovaly předpoklad jak šikmosti (> 3) tak špičatosti (> 3) a proto byla data před analýzou dekadicky logaritmována.

V rámci experimentálního modelu byl nalezen signifikantní efekt kategorie stimulů $F_{1,3, 36,9} = 9,97$, $MS = 0419$, $p = 0,001$; post hoc srovnání výsledků mezi jednotlivými kategoriemi ukázalo, že VRT na preferovaný stimulus ($\bar{x} = 3,63$, $SD = 0,25$) bylo vyšší než na nepreferovaný stimulus ($\bar{x} = 3,57$, $SD = 0,28$), tento rozdíl byl signifikantní ($t_{28} = 2,36$, $p = 0,026$). VRT na nepreferovaný stimulus byla signifikantně vyšší než VRT na neutrální stimulus ($\bar{x} = 3,44$, $SD = 0,23$; $t_{28} = 2,6$, $p = 0,015$).



Graf 9: ukazující rozdíl v měření průměrných časů sledování u pedofilních probandů.

Pro kontrolní vzorek však nebyl nalezen signifikantní efekt kategorie stimulů ($F_{1,5, 40,9} = 2,34$, $MS = 01$, $p = 0,12.$), VRT se tedy u kontrolní skupiny nelišilo v rámci expozice preferovaným / nepreferovaným / neutrálním stimulům.

Korelační analýzy

Zvláště pro experimentální a pro srovnávací skupinu byla provedena řada korelací mezi jednotlivými měřeními vzrušení na stimuly (Subjektivní hodnocení, VRT, PPG maximum, PPG delta, PPG poststimulus). Pro provedení korelační analýzy byly vždy použity střední hodnoty dané proměnné při reakci na stimuly.

Ukázalo se, že hodnoty pro všechny tyto proměnné nesplnily předpoklady jak na šikmost (> 3), tak na špičatost (> 3) a proto byla data před analýzou dekadicky logaritmována.

Korelace subjektivního hodnocení a PPG měření

Tabulka 10: Pearsonova korelace - EXPERIMENTÁLNÍ SKUPINA (Log10 hodnot)

		průměr PPG maximum	průměr PPG delta
průměr subjektivní hodnocení	r	0,12	0,174
	Sig.	0,535	0,368
	N	29	29

Tabulka 11: Pearsonova korelace - SROVNÁVACÍ SKUPINA (Log10 hodnot)

		průměr PPG maximum	průměr PPG delta
průměr subjektivní hodnocení	r	-0,34	-0,188
	Sig.	0,071	0,328
	N	29	29

Neexistoval jakýkoliv významný vztah mezi maximálními PPG a subjektivním hodnocením jak pro experimentální skupinu ($r_{27} = 0,12$, $p = 0,53$, 95 % CI: -0,26, 0,47), tak pro srovnávací skupinu ($r_{28} = -0,34$, $p = 0,06$, 95 % CI: -0,63, 0,01). Stejně tak vztah mezi PPG delta a subjektivním hodnocením jak pro experimentální skupinu ($r_{27} = 0,17$, $p =$

037, 95% CI: -0,21, 0,51), tak pro srovnávací skupinu ($r_{28} = -0,19$, $p = 0,31$, 95% CI: -0,52, 0,18) nebyl nalezen. Nesignifikantní byly i korelace subjektivního hodnocení a reakce na poststimulus, taková hypotéza ostatně nebyla stanovena.

Korelace VRT a PPG měření

Tabulka 12: Pearsonova korelace - EXPERIMENTÁLNÍ SKUPINA (Log10 hodnot)

		průměr PPG maximum	průměr PPG delta
průměr reakční čas	r.	0,419*	0,430*
	Sig.	0,024	0,02
	N	29	29

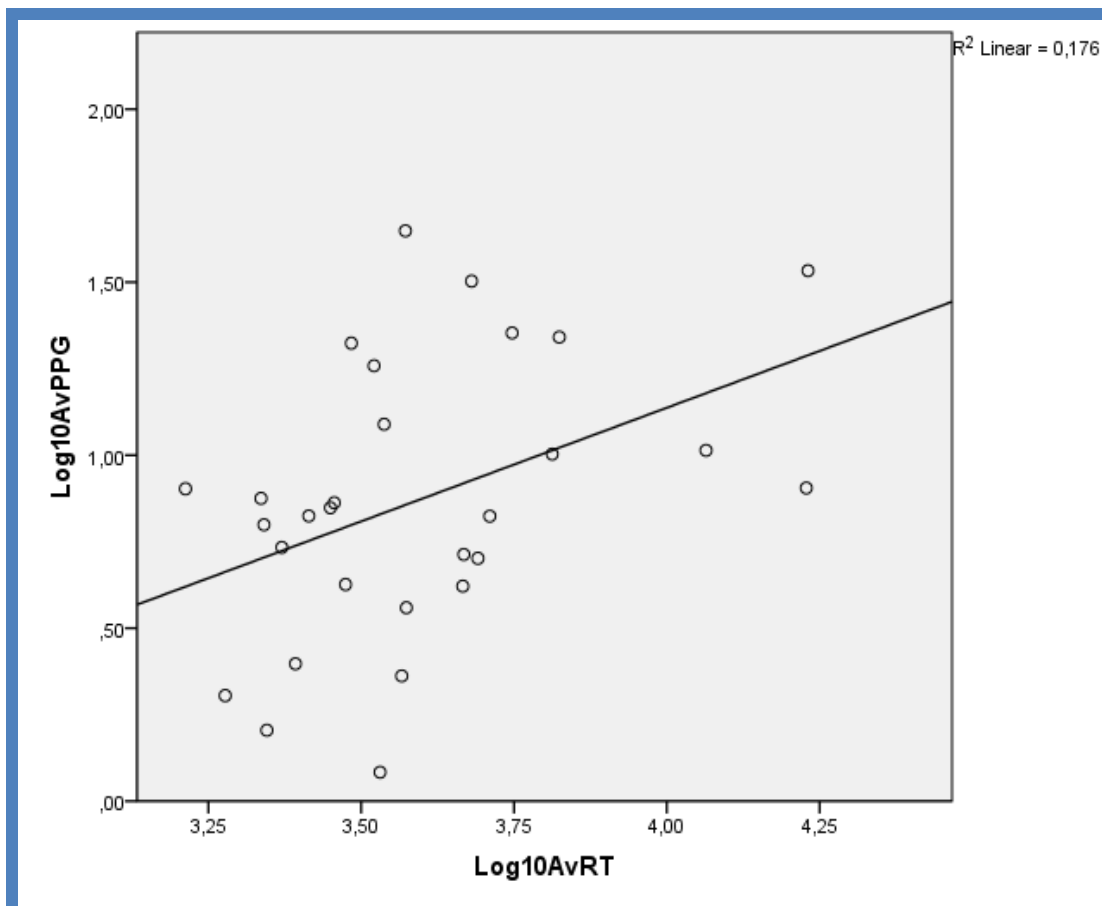
*. Korelace je signifikantní na 0,05 hladině významnosti

**. Korelace je signifikantní na 0,01 hladině významnosti

Tabulka 13: Pearsonova korelace - SROVNÁVACÍ SKUPINA (Log10 hodnot)

		průměr PPG maximum	průměr PPG delta
průměr reakční čas	r.	-0,326	-0,192
	Sig.	0,084	0,319
	N	29	29

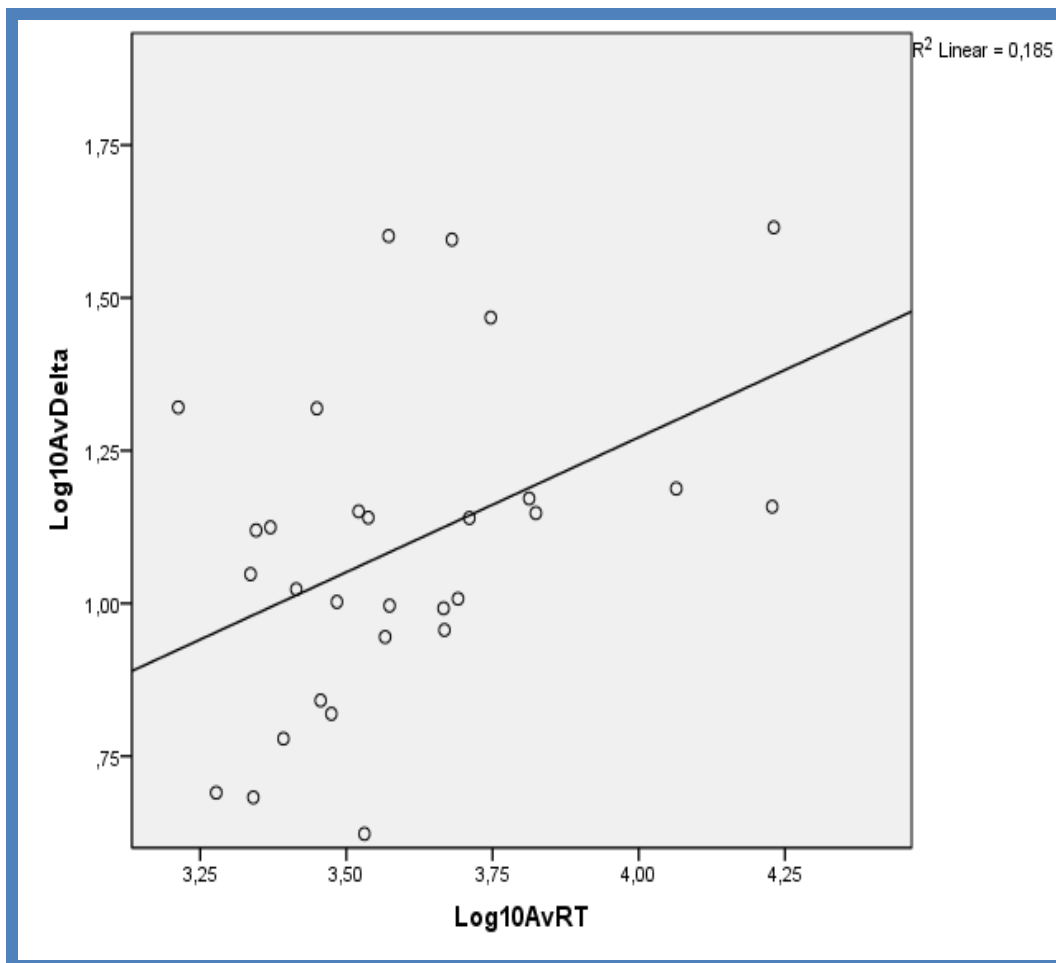
Existoval slabý pozitivní vztah mezi reakční dobou a maximální hodnotou při expozici stimulu PPG v experimentální skupině ($r_{27} = 0,41$, $p = 0,02$, 95 % CI: 0,06, 0,68). Neexistoval ale jakýkoliv významný vztah mezi reakční dobou a maximální hodnotou při expozici stimulu v PPG zaznamenanou pro srovnávací skupinu ($r_{28} = -0,32$, $p = 0,08$, 95 % CI: -0,61, 0,04).



Graf 10: Korelace mezi reakční dobou (AvRT) a PPG max (AvPPG) v experimentálním souboru

Stejně tak existoval slabý pozitivní vztah mezi reakční dobou a PPG delta pro pedofilní probandy ($r_{27} = 0,43$, $p = 0,002$, 95% CI: ,08, ,69). Nicméně neexistoval jakýkoliv významný vztah mezi reakční dobou a PPG delta zaznamenanou pro srovnávací skupinu ($r_{28} = -,19$, $p = 0,31$, 95% CI: -0,51, 0,18).

Předběžně se tedy ukázalo, že delší reakční časy jsou ve vztahu k zaznamenaným větším hodnotám PPG, i když to platí pouze pro probandy pedofilní.



Graf 11: Korelace mezi reakční dobou (AvRT) a PPG max (AvPPG) ve srovnávacím souboru

Korelace mezi subjektivním hodnocením a reakčním časem

Tabulka 14: Pearsonova korelace - EXPERIMENTÁLNÍ SKUPINA (Log10 hodnot)

		průměr subjektivní hodnocení
průměr reakční čas	r.	0,208
	Sig.	0,279
	N	29

Tabulka 15: *Pearsonova korelace - SROVNÁVACÍ SKUPINA (Log10 hodnot)*

		průměr subjektivní hodnocení
průměr reakční čas	r.	0,063
	Sig.	0,745
	N	29

Nebyla potvrzena pozitivní korelace mezi subjektivním hodnocením a reakčním časem, a to v rámci patientského ani srovnávacího vzorku.

Celkově pro přehlednost zobrazují výsledky korelací následující tabulky:

Tabulka 16: *Souhrnná tabulka korelací mezi proměnnými v experimentálním vzorku.*

		Log10 průměr subjektivní hodnocení	Log10 průměr reakční čas	Log10průměr PPG maximum	Log10 průměr PPG poststimulus	Log10 průměr PPG delta
Log10 průměr subjektivní hodnocení	r		0,208	0,120	0,140	0,174
	Sig.		0,279	0,535	0,469	0,368
	N		29	29	29	29
Log10 průměr reakční čas	r.	0,208		0,419*	0,488**	0,430*
	Sig.	0,279		0,024	0,007	0,020
	N	29		29	29	29
Log10průměr PPG maximum	r	0,120	0,419*		0,759**	0,772**
	Sig	0,535	0,024		0,000	0,000
	N	29	29		29	29
Log10 průměr PPG poststimulus	r	0,140	0,488**	0,759**		0,491**
	Sig.	0,469	0,007	0,000		0,007
	N	29	29	29		29
Log10 průměr PPG delta	r	0,174	0,430*	0,772**	0,491**	
	Sig.	0,368	0,020	0,000	0,007	
	N	29	29	29	29	

*. Korelace je signifikantní na 0,05 hladině významnosti

** . Korelace je signifikantní na 0,01 hladině významnosti

Signifikantní korelace jsou zvýrazněny; jde o pozitivní korelace reakčního času s PPG max., PPG delta a taktéž PPG poststimulus; Dále

pozitivně korelují PPGmax s PPG poststimulus a parametr delta a rovněž nalezena pozitivní korelace PPG poststimulus a parametr delta. Signifikance vyznačena.

Tabulka 17: Souhrnná tabulka korelací mezi proměnnými ve srovnávacím vzorku.

		Log10 průměr subjektivní hodnocení	Log10 průměr reakční čas	Log10průměr PPG maximum	Log10 průměr PPG poststimulus	Log10 průměr PPG delta
Log10 průměr subjektivní hodnocení	r Sig. N		0,063 0,745 29	-0,340 0,071 29	-0,188 0,328 29	-0,188 0,328 29
Log10 průměr reakční čas	r. Sig. N	0,063 0,745 29		-0,326 0,084 29	-0,192 0,319 29	-0,192 0,319 29
Log10průměr PPG maximum	r Sig N	-0,340 0,071 29	-0,326 0,084 29		0,675** 0,000 29	0,675** 0,000 29
Log10 průměr PPG poststimulus	r Sig. N	-0,188 0,328 29	-0,192 0,319 29	0,675** 0,000 29		1,000** 0,000 29
Log10 průměr PPG delta	r Sig. N	-0,188 0,328 29	-0,192 0,319 29	0,675** 0,000 29	1,000** 0,000 29	

** . Korelace je signifikantní na 0,01 hladině významnosti

Signifikantní korelace jsou opět zvýrazněny; jde o pozitivní korelace PPG max. s PPG delta a s PPG poststimulus; Dále pozitivně korelují PPG delta s PPG poststimulus. Signifikance vyznačena.

2.6 DISKUSE

2.6.1 *Volba základního a srovnávacího souboru*

Výběr vzorků osob pro výzkum je samozřejmě zásadním parametrem jak pro vnitřní validitu, neboli výsledky jsou maximálně ovlivněny zkoumanými soubory.

Základní soubor egosyntonních pedofilů byl jednak omezen jejich zájmem, jednak u části stimulován aktuálním léčením (ochranná léčba), kterou prodělávali. Již samotný zájem je jistým bias, které samozřejmě je třeba vzít v úvahu. Na toto upozorňují již [Wolchik et al. \(1985\)](#). Nicméně nepodařilo se mi identifikovat jiný způsob rekrutování mužů pro výzkum, aniž by byla narušena etika lékařské praxe.

Nešlo o skupinu homogenní, sestávala z pacientů ambulantních i lůžkových pracovišť i z volentérů přihlášených se v reakci na internetový nábor a bez nutnosti terapie. Někteří byli farmakologicky tlumeni (nicméně s ošetřujícím lékařem domluveno alespoň 3týdenní okénko bez medikace) a jeden prodělal terapeutickou kastraci.

Z hlediska diagnostického převažují pedofilové (homo, hetero i bisexuální), menšina pak hebefilové (homo i heterosexuální). Z toho hlediska je zajímavý údaj o počtu dospělých sexuálních partnerů nad 15 let věku (tab. 1), kdy modus odpovědí je sice 0, ale průměr téměř 5. Tento fakt vyplývá z odpovědi 5 probandů z experimentální skupiny, kteří udali počet takových partnerů nad 10.

Tato diverzita souboru není optimální, nicméně nepodařilo se mi sestavit vhodnější, a jak ukazují výsledky, nemělo to zásadní vliv na validitu výsledků.

Pokud jde o **srovnávací skupinu** zkomponovanou z mužů zaslanych na vyšetření v rámci znaleckého zkoumání, jistě ani tato nespĺňuje nároky reprezentativnosti, nicméně vzhledem k tomu, že nejde o srovnávání výsledků mezi jednotlivými skupinami – tak nebyl projekt koncipován – nepovažuji to a zásadní překážku. Zkoumaný srovnávací soubor, jenž byl svými charakteristikami experimentálnímu podobný co do věkových

parametrů, byl vybírán s ohledem na subjektivně udávanou heterosexuální / gynefilii, která se dle vyšetření jevila nezpochybněnou, a dále udali přinejmenším 2 sexuální partnerky za život. Celkově tedy byl homogennější co do sexuálních preferencí i absence působení farmak. Na druhé straně sic nešlo o dobrovolníky (odpadá dobrovolnické bias), nicméně vyšetření byli na základě pokynu orgánů činných v trestním řízení – k využití svých dat pro výzkum dali souhlas již před explorací. Na tomto místě však je třeba podotknout, že převážná většina (25 testovaných mužů) byla stíhána v rámci (post)divorciálních pří na základě udání (ex)manželky, že měli před různě dlouhou dobou zneužít jejich dítě.

Pro futuro stojí za to uvážit jinou srovnávací skupinu – nejlépe pak rekrutovanou z mladých dobrovolníků. Pomineme-li výše zmíněné bias, pak bychom získali dobře penilně reagující a kooperující vzorek, kde by výsledky srovnání diagnostických metod mohl být možná taktéž zajímavý. Absencí jistého stresu pramenícího z okolností nařízeného vyšetření v rámci trestního stíhání by patrně i povšechná reaktivita byla vyšší a tolik by se nelišila od reaktivity v experimentální skupině. To vše může další výzkum potvrdit.

Rovněž by optimem byla skupina experimentální složená pouze z diagnosticky čistých pedofilů, kteří dosud nebyli hormonálně tlumeni a zároveň jsou egosyntonní a s bazálním náhledem své parafilie. Ovšem za 4 roky sběru dat se mi bohužel nepodařilo takovou skupinu sestavit.

2.6.2 Výsledky dotazníkového šetření

S ohledem na to, že primární zaměření mé práce bylo na zkoumání diagnostických metod, nepoužil jsem veškerá získaná dotazníková data, ale pouze jejich část, kterou považuji za nejzajímavější. Další práce s dotazníkem může přinést doplnění dílčích informací, ale přesahuje rámec této studie.

Zpětně hodnoceno by jistě mohlo být přínosné zavzít do dotazníku pro experimentální skupinu více dotazů na vzdělání a kriminální či personální data a srovnat je s publikovanými daty ([např. Barbaree et al.](#),

[1989](#)), nicméně v daném kontextu studie by to nepřineslo významnější efekt.

Věk uvědomění si sexuálních preferencí

Věk, kdy si probandi z experimentální skupiny již uvědomovali pedofilní či hebefilní zaměření se jeví obdobná, jako je i u neparifilních adolescentů běžné ([Frankowski, 2004](#)). Takřka 2/3 kladou věkovou hranici pod 16 let věku. Je třeba zvážit, do jaké míry je pravděpodobné, že takové poznání bylo zřejmé čtvrtině dotázaných již na hranici dětství a puberty ve věku 11-13 let. Většina dotázaných uvedla preferovaný věk objektů nižší než věk uvědomění, zde však může hrát roli i to, že preferovaný věk objektů je údaj recentní, zatímco věk uvědomění anamnestický. Problém taktéž může být v tom, že v dotazníku uvedená formulace otázky na preferovaný subjekt je zaměřena na věk, pravděpodobně by přesnější bylo nechávat vybrat z obrázků načrtnutých dle Tannerovy škály. Věk totiž není jednoznačnou definiční oblastí pro hodnocení tělesného rozvoje. Na druhé straně probandi měli své reálné či ideatorní zkušenosti s dětmi určitého věku, tedy odpovědi nebyly tolik nepřesné. Každopádně by si tato podskupina zasloužila bližší explorační s přesnějším vyjádřením vývojového stadia preferovaných dětských objektů.

Zaujme také druhý pól, téměř ¼ probandů totiž uvedla věk 20 let a výše. Zde je třeba vzít v úvahu, že v rozvoji parafilní mapy lásky může hrát roli více vlivů než je tomu v běžné populaci. Jistě jedním z brzdících elementů může být strach z odmítnutí blízkými i společností a taktéž celková nejistota v ranější fázi adolescence, kdy vlastně sám subjekt je ještě dítětem.

V této souvislosti je však jisté a jednoznačně z výsledků šetření vyplývá, že by bylo na nejvyšší míru potřebné, aby dospívající obou pohlaví měli dostatek informací nejen o většinové, ale i o menšinové (gay/lesbické) a parafilní sexualitě, a to již na základní škole – nejpozději na 2. stupni. Z toho vyplývá přiměřenost a potřebnost kvalifikované, otevřené a srozumitelné školní sexuální výchovy. Informovaností lze předejít komplikacím, které mohou nastat vlivem zmatku, nejistoty a tápání u

dospívajících osob s parafilní strukturou „mapy lásky“. Časné řešení problému může předejít psychickým poruchám a někdy jistě i suicidálnímu jednání.

Zkušenosti se sexuálním zneužitím a znásilněním

Na konci minulého století a počátkem století 21. se v literatuře objevila řada článků, které zjišťovaly podíl vlastní zkušenosti se sexuálním zneužitím u pachatelů pedofilních deliktů v dospělosti. Většina závěrů svědčila pro vyšší procento zneužitých v takových souborech, než by odpovídalo běžné četnosti zneužití v kontrolních souborech v dané společnosti.

Nepřekvapí, že pachateli byli většinou dospělí muži bez příbuzenského poměru, menšinou adolescentní jinoši a jednou dospělá žena. 17% mužů z experimentální skupiny referuje o tom, že byli k sexu někdy v životě přinuceni. V klasické práci [Freunda a Kubana \(1994\)](#) je uveden podíl těch pedofilů, kteří byli zneužití (obtěžováni) před 12. rokem věku 33% a před 16 rokem věku 49%, zatímco u gynefilních dobrovolníků zjistili zneužití pouze u 13 % do 12 let věku, nicméně do 16 let už se údaje vyrovnávají (48%). Zde je pravděpodobně zásadní problém v definici zneužití a zvolené formě dotazování. Pokud bychom u nás vycházeli z longitudinálních studií [Weisse a Zvěřiny \(2014\)](#) a pojmenovali např. veškeré erotické kontakty dotázaných mezi 15.-17. rokem věku s osobami nad 18 let věku zneužitím, pravděpodobně bychom obdrželi obdobná data, nicméně v reprezentativním vzorku české populace byla incidence prožitku sexuálního zneužití definovaného v naší zemi obvyklým způsobem v poslední citované studii 8%.

Použitý dotazník stanovil (arbitrárně, s ohledem na zákonnou normu) hranici zneužití 15 let, kdy z dotazu vysvítalo, že „pachatel“ musel být starší a respondent mladší. Výsledný podíl pak byl 30%. Je tedy zhruba srovnatelný s procentem uvedených ve Freundově práci.

Studie [Dolanova \(1996\)](#) referuje 25% zkušenost se zneužitím u mladých abuserů. [Manocha & Mezey \(1998\)](#) referují 29% a [Taylor \(2003\)](#) 32%. Další studie z USA pak ukazují podíl mezi 40-65% ([Becker et al., 1986](#);

[Davis & Leitenberg, 1987](#)). Taková variabilita byla způsobena řadou faktorů, zejména definicí sexuálního zneužití, metodikou získávání dat nebo malou velikostí vzorku.

Recentní britská studie ([Hackett et al., 2013](#)) provedená na 700 mladých pachatelů sexuálních deliktů vůči dětem uvádí prokázanou viktimizaci u 31% mužů s tím, že u dalších 19% bylo podezření na takový zážitek, ale nebylo prokázáno. Dá se tedy říci, že nález frekvence zneužití kolem 30% je nejčastějším výsledkem podobných studií a předkládaná data tedy nevybočují z rámce podobných prací.

Pozoruhodným zjištěním, které je originální a v citovaných pracích nebylo zachyceno, je nález 17% četnosti prožitku **znásilnění** v anamnése členů experimentální skupiny. Jistě je tedy vhodné explarovat i tuto okolnost, zejména proto, že jak zneužití, tak znásilnění uvádějí dotázaní jako trauma, které negativně ovlivnilo jejich další život. Viktimizace v dětství i v dospělosti může hrát roli při formování parafilní vlohy do konkrétní podoby. Z mnoha hypotéz o souvislosti pachatelů pedofilních deliktů s jejich předchozím prožitkem zneužití byly zacíleny do třech okruhů: (a) věk viktimizace pachatele se obráží v pozdějším věku jeho obětí (b) sexuálně zneužití muži mají tendenci opakovat způsob, jímž byli zneužiti (c) muži, kteří byli v dětství zneužiti, zneužívají objekty *stejného* – tedy mužského – pohlaví. [Fedoroff a Pinkus \(1996\)](#) podrobili tyto teorie analýze a nepotvrdili je /s výjimkou statisticky nevýznamného trendu v bodě (b)/. Tedy i na tomto poli se naskýtají možnosti dalšího výzkumu.

Sexuální zkušenost s dítětem

Reálná zkušenost byla přiznána polovinou probandů, což odpovídá složení experimentálního vzorku, kdy zhruba polovina dobrovolníků přišla během výkonu ochranného léčení uloženého pro sexuální aktivitu s dětským objektem.

Preference sexuálních aktivit

30% dotázaných uvedlo jako preferovanou nějakou aktivitu s dospělou osobou. Na první pohled tato relativně vysoká četnost překvapí, nicméně pravděpodobně se zde projevuje kladný efekt léčby ve smyslu

adaptačního cíle zacíleného na netrestnou sexualitu. Nicméně právě tvorba a rozvoj sekundární sexuální preference by se měla stát předmětem dalšího zkoumání. Fedoroffova skupina ([Müller et al., 2014](#)) zastává názor, že u poloviny pedofilních mužů lze vhodnými terapeutickými postupy vytvořit alternativní apetence starších (společensky akceptovaných) subjektů.

Z vlastní klinické praxe vím, že snaha o adaptaci na párovou sexualitu s dospělou (nebo alespoň z hlediska právního neproblematickou) osobou je u pedofilních pacientů někdy možná, zdaleka však nikoliv u všech. Ozřejmení této terapeutické možnosti ovšem by mělo patřit do základního instrumentária terapeutického procesu a jeho úspěšnost či překážky pak mohou být další oblastí pro další zkoumání.

Oproti tomu nejčtenější **ideatorní preferované aktivity s dítětem** zahrnují negenitální mazlení, mutuální masturbaci či masturbaci před dítětem, dále pak variace orogenitálních aktivit. Méně preferované jsou aktivity z oblasti BDSM. Mezi málo čtené patří penetrativní (vaginální či anální) koitální aktivity.

Tento nálezný plně odpovídá charakteru vzorku, kdy podstatou pedofilie je schopnost navázat vztah erotický i emocionální. Empiricky též se např. ve forensní sexuologii setkáváme s nekoitálními aktivitami s dítětem, je-li pachatelem pedofilní muž. Nicméně platnost takové korelace by rovněž stála za výzkumné zpracování.

Vztah k pornografii

77% mužů vyjádřilo k pornografii permissivní postoj a stejný je i podíl těch, kdo připustili, že k masturbaci využívají pornografii z internetu – 53% často. Toto zjištění podpoří argumentaci odborníků, pokud jde o experty kritizovanou trestnost samotného držení dětské pornografie. Takovým zákonným opatřením je značně ztížena adaptace na ideatorní sexualitu. Při současném rozmachu internetu pak takové právní ustanovení pochopitelně zhoršuje u některých pedofilních jedinců vyhlídku na dobrou adaptaci. Přitom právě adaptace na jinou formu sexuality je jedním ze základních cílů léčení.

Hypotéza 9:

Bylo prokázáno, že v experimentální skupině pedofilních mužů je vyšší incidence prožitku sexuálního zneužití v dětství, než je zjištěno v běžné populaci.

2.6.3 Výsledky měření, hypotézy

Celkově měření ukázalo poněkud vyšší penilní reaktivitu u experimentální skupiny. Výsledky v obou skupinách však byly dostatečně validní a proto přijaty do analýzy.

Hypotéza 1 / PPG Maximum při stimulu

Falometrické měření v hodnocení **maximálních výsledků** během expozice stimulu rozlišuje mezi preferovanou a nepreferovanou věkovou a pohlavní kategorií uvedenou v dotazníku (nebo anticipovanou u srovnávacího souboru gynefilních heterosexuálů) a rovněž mezi neutrálními stimuly a oběma kategoriemi. Ve srovnávací skupině je signifikantní rozdíl pouze mezi neutrálními a preferovanými skupinami, zatímco u experimentální skupiny je signifikantní rozdíl mezi preferovanými a nepreferovanými podněty a dále mezi nepreferovanými podněty a neutrálními.

Zhodnocení: Tento výsledek znamená, že maximální PPG odpověď odpovídá preferencím uvedeným v dotazníku – jak srovnávací tak experimentální skupina vždy nejvíce reaguje na stimulus preferované věkové kategorie a to buď dle zařazení (srovnávací skupina heterosexuálních gynefilních mužů) nebo dle toho, co uvedl v dotazníku. Odpovědi na erotické stimuly ostatních věkových kategorií (resp. nepreferovaného pohlaví) vyvolávají signifikantně nižší penilní reakci. Tato reakce je pak u experimentální skupiny stále signifikantně vyšší než reakce na neutrální stimulus, kdežto u kontrolní skupiny není rozdíl mezi nepreferovaným a neutrálním stimulem. Hypotéza č. 1 se jeví být potvrzenou v plném rozsahu.



Je tedy patrné, že proměnná „PPG maximum“ je vhodná a dostatečně sensitivní pro rozlišení věkové preference subjektů, a to jak u

srovnávacího vzorku (heterosexuální muži neparafilní) tak u testované skupiny (muži s pedofilní preferencí). U pedofilních mužů vzbuzují stimuly ve věkových kategoriích / pohlaví uváděných v dotazníku jako preferované signifikantně větší penilní reakce než stimuly dětí v jiných věkových kategoriích / jiného pohlaví a než dospělé stimuly. Tedy měření maxim se jeví být velmi spolehlivým falometrickým parametrem, který je schopen diskriminovat nejen hlavní, ale i vedlejší preference u vyšetřovaných osob jak pedofilních, tak gynefilních.

Hypotéza 2 / PPG Maximum po stimulu

Falometrické měření v hodnocení maximálních výsledků po expozici stimulu rozlišuje mezi preferovanou a nepreferovanou věkovou a pohlavní kategorií uvedenou v dotazníku (nebo anticipovanou u srovnávacího souboru gynefilních heterosexuálů) a rovněž mezi neutrálními stimuly a oběma kategoriemi. V experimentální skupině je signifikantní rozdíl pouze mezi neutrálními a preferovanými skupinami, zatímco u srovnávací skupiny je signifikantní rozdíl mezi preferovanými a nepreferovanými podněty a dále mezi nepreferovanými podněty a podněty neutrálními.

Zhodnocení: proměnná „PPG maximum po stimulu“ je vhodná a dostatečně sensitivní pro rozlišení věkové preference subjektů, především u srovnávacího vzorku (normální heterosexuální muži). U experimentální skupiny (muži s pedofilní preferencí) rozlišuje mezi preferovanou a nepreferovanou věkovou a pohlavní kategorií uvedenou v dotazníku méně. Hypotéza č. 2 se jeví být potvrzenou pouze částečně, a to pro skupinu srovnávací.



Je zřejmé, že proměnná „*PPG maximum po stimulu*“ je méně vhodná i méně sensitivní pro rozlišení věkové preference u pedofilních mužů. V této skupině vzbuzují stimuly zřejmě reakci více ohraničenou na dobu expozice. Je též možné, že vlivem adaptačních mechanismů dochází k jistému setření ostrého rozlišení mezi preferovanými a nepreferovanými subjekty, což se více projeví právě až v době po expozici stimulu.

Tudíž parametr *maximální reakce po stimulu* se jeví býti méně spolehlivým parametrem co do přímé diagnostické schopnosti, ale v případě shody „normálních“ reakcí v době expozice stimulů a po ní může být jedním z vodítek k vyloučení parafilie z oblasti pedofilní.

Hypotéza 3 / parametr DELTA

Falometrické měření v hodnocení **parametru DELTA** během expozice stimulu a/nebo po ní rozlišuje mezi preferovanou a nepreferovanou věkovou a pohlavní kategorií uvedenou v dotazníku (nebo anticipovanou u srovnávacího souboru gynefilních heterosexuálů) a rovněž mezi neutrálními stimuly a oběma kategoriemi. Ve srovnávací skupině je signifikantní rozdíl pouze mezi neutrálními a preferovanými skupinami, zatímco u experimentální skupiny je signifikantní rozdíl mezi preferovanými a nepreferovanými podněty a dále mezi nepreferovanými podněty a neutrálními.

Zhodnocení: parametr DELTA je vhodný a dostatečně sensitivní pro rozlišení věkové preference subjektů, a to jak u srovnávacího vzorku (normální heterosexuální muži) tak u experimentální skupiny. U pedofilních mužů vzbuzují stimuly ve věkových kategoriích / pohlaví uváděných v dotazníku jako preferované signifikantně větší penilní reakce než stimuly dětí v jiných věkových kategoriích / jiného pohlaví anež dospělé stimuly. Hypotéza č. 3 se jeví být potvrzenou s výjimkou rozlišovací schopnosti mezi preferovanými a nepreferovanými objekty u neparafilních probandů.



Z výsledků vyplývá, že proměnná „*PPG delta*“ vykazovala opačnou specifičnost než parametr maxima po stimulu. Je to vcelku překvapivé zjištění, neb právě tento parametr jsem vytvořil v očekávání přinejmenším stejné diagnostické schopnosti jako je maximum v době expozice stimulu. Nicméně je o něco méně vhodná i méně sensitivní pro rozlišení věkové preference u gynefilních mužů bez parafilní vlohy. Tudíž parametr delta se jeví býti méně spolehlivým parametrem co do přímé diagnostické schopnosti pro „normalitu“, ale v případě shody „pedofilních“ reakcí v době expozice stimulů a po ní může být jedním z dobrých

vodítek k potvrzení suspektní parafilie z oblasti pedofilní. Bude však třeba dalšího studia tohoto parametru na větším vzorku běžné populace, aby bylo možno jeho potenciál objektivněji zhodnotit. Možné vysvětlení je, že především tam, kde je tato proměnná stanovena na základě minima při expozici a maxima v době po expozici stimulu, je výsledkem snížení věkové (vývojové) specificity

Hypotéza 4 / subjektivní hodnocení podnětů:

Parametr subjektivního hodnocení vzrušení během expozice stimulů vykazuje u experimentální skupiny signifikantní rozdíl mezi nepreferovaným a neutrálním stimulem a rozlišuje mezi preferovanou a nepreferovanou věkovou a pohlavní kategorií uvedenou v dotazníku a rovněž mezi neutrálními stimuly a oběma kategoriemi.

Zhodnocení: Subjektivní hodnocení podnětů vykazuje sensitivitu vzhledem k preferovanému objektu. Pouze u experimentální skupiny však tento parametr dostatečně odlišuje nepreferované objekty oproti neutrálním. Hypotéza 4 potvrzena jen částečně.



Výsledek naznačuje, že v subjektivním hodnocení ze strany pedofilních probandů patrně dochází k podvědomému psychologickému ovlivnění touhou po vzbuzení lepšího obrazu, proto se jejich hodnocení dospělých nedostatečně odlišuje od hodnocení dětských podnětů. V tomto bodě jsou gynefilní muži specifitější a lépe či přesněji své preference vyjadřují. Ovšem jistou roli zde může hrát i to, že právě tito muži byli vyšetřováni v situaci obvinění z pedofilního deliktu a mohli tedy svá hodnocení nepreferovaných, tj. dětských objektů ostřeji odlišit od tzv. normálních. Celková výpovědní a diagnostická schopnost ostatně ani v literatuře není považována za vysokou ([Drieschner & Lange, 1999](#); [Stermac, Segal, & Gillis, 1990](#)), neb testované osoby jsou motivovány přizpůsobit své hodnocení běžné (neparafilní) sexualitě.

Hypotéza 5 / vizuální reakční čas – čas sledování:

Při hodnocení času sledování byly nalezeny statisticky významné rozdíly u experimentální skupiny. Nejdelší časy naměřeny v reakcích na stimulus preferované věkové kategorie dle dotazníku. Odpovědi na erotické stimuly ostatních věkových kategorií (resp. nepreferovaného pohlaví) vyvolávají signifikantně nižší penilní reakci. Tato reakce je pak u experimentální skupiny stále signifikantně vyšší než reakce na neutrální stimulus.

U kontrolní skupiny není signifikantní rozdíl mezi preferovaným, nepreferovaným a neutrálním stimulem.

Zhodnocení: Výsledky měření času sledování dobře rozlišují mezi preferovanou věkovou a pohlavní kategorií a mezi neutrálními stimuly a oběma kategoriemi u pedofilních mužů, pro srovnávací skupinu se sensitivita tohoto parametru neprokázala být dostatečnou. Hypotéza 5 potvrzena jen částečně.



Vizuální reakční čas tedy jednoznačně zaostává v přesnosti za faloplethysmografickým měřením maxim a lze jej srovnat se specifičností výsledků srovnání maximálních reakcí po stimulu. Je tedy citlivější u pedofilních probandů a může pomoci podpořit pozitivní diagnosu, nikoliv však vyloučit negativní. Možné příčiny jsou uvedeny v dalším textu.

Hypotéza 6 / korelace VRT a PPGmax a DELTA:

U experimentální skupiny byla nalezená statisticky významná pozitivní korelace mezi maximy penilní reakce během expozice stimulu a časem sledování. Taktéž zjištěna, byť slabší pozitivní korelace mezi parametrem delta a časem sledování. Taková korelace však nebyla zjištěna u srovnávací skupiny.

Zhodnocení: Měření času sledování pozitivně koreluje s výsledky měření PPG (maximálních výsledků během expozice stimulu a delta) jen u experimentální skupiny. U parametru delta tato korelace není vysoká. Hypotéza 6 potvrzena jen částečně.



Vizuální reakční čas koreluje s pozitivně faloplethysmografickým měřením maxim pouze u pedofilních mužů, tedy platí rovněž, že lze tuto korelaci využít k pozitivní diagnostice a nikoliv k vyloučení normy. Možné příčiny jsou uvedeny v dalším textu.

Hypotéza 7 / korelace subjektivního hodnocení a PPG:

Korelace mezi těmito parametry nebyla zjištěna ani v jedné skupině.

Zhodnocení: Výsledky subjektivního hodnocení stimulů nekorelují s výsledky PPG. Pozitivní korelace nenalezena ani u skupiny experimentální, ani u skupiny srovnávací. Hypotéza 7 nepotvrzena.



Subjektivní hodnocení není vhodným parametrem pro určení diagnózy, nejspíše může dát nanejvýše představu o tom, jak se proband vnímá či jak se chce prezentovat. Tato diskrepance mezi objektivním nálezem a subjektivním hodnocením může ovšem být cenným nástrojem při adaptačním procesu a budování náhledu na vlastní problematiku. Tedy tento parametr má svoji hodnotu především v terapeutickém působení, v diagnostice je jeho význam zanedbatelný a stojí za úvahu, zda jej využívat v instrukci pro měření času sledování. Podrobnosti uvedeny v dalším textu.

Hypotéza 8 / korelace subjektivního hodnocení a VRT:

Korelace mezi těmito parametry nebyla zjištěna ani v jedné skupině.

Zhodnocení: Výsledky vizuálního reakčního času nekorelují se subjektivními hodnoceními stimulů. Korelace nenalezena ani u skupiny experimentální, ani u skupiny srovnávací. Hypotéza 8 nepotvrzena.



I zde se projevilo, že subjektivní hodnocení není vhodným parametrem pro diagnostiku, důvody a jeho možné využití popsáno výše.

2.6.4 Metodologie PPG, VRT a subjektivního hodnocení

V posledních 30 letech lze v odborné literatuře zaznamenat rozličné postoje k falometrii, a to od velmi skeptických ([Hall, 1988](#)), který

v závěrech své práce uvádí, že deviantní sexuální vzrušení mezi pachateli sexuálních zločinů často pouze odráží celkovou vzrušivost než deviantní sexuální chování, přičemž využíval auditivních stimulů.

Tento článek rozpoutal odbornou diskusi, nejdůležitější byla reakce [Lawsova \(1989\)](#), který mu vytýká metodické chyby, především nízkou reaktivitu a absenci relativního hodnocení v kategoriích podnětů a nevyužití neutrálních stimulů. Jako jisté shrnutí lze označit dnes již klasický Simonův příspěvek [\(1991\)](#), který jasně a přehledně definuje teoretické a konceptuální pozadí problematiky, například problematizuje předpoklad, že tumescenční odezva přímo a bezprostředně odráží sexuální chování jedince.

Pokud jde o měření samo, již tehdy, počátkem 90. let uvažuje o tom, že vyšší přesnost měření umožní lepší využití i slabé penilní odezvy. Lze říci, že v moderních generacích falometrických aparátů lze tento stav zaznamenat, měření jsou díky napojení na počítač přibližně o řád přesnější a citlivější, než tomu bylo koncem minulého století. Podněty z této diskuse mě vedly k vývoji vlastní metodiky faloplethysmografického měření. Nejde přitom o techniku vytvořenou ad hoc pro tuto studii, ale vyvinutou na základě zhruba 30 let klinické praxe.

Další oblastí sporů je samo vyšetření PPG a jeho etika, zde se ozývají mnohdy konfrontační hlasy ze stran právníků či lidskoprávních aktivistů. Lze jen doporučit držet se v klinické práci zavedených guidelines ([např. Fuller, 1995](#)) nebo později publikovaných ([Dean, 2008](#)) v bulletinu British Psychological Society a dobře komentovaných [Richardsovou \(2008\)](#). V této souvislosti lze zalitovat, že podobný metodický text nebyl vydán i v ČR, leč i to beru jako výzvu k své další aktivitě.

Set stimulů

40 statických snímků bylo rozděleno do 5 kategorií, snímků en face před neutrálním pozadím, snímky tvořily kategorie dle pohlaví a fyzického rozvoje od kojence po dospělé při respektování Tannerovy škály (36 snímků); kromě toho sada obsahuje 2 záběry neutrální a 2 snímky orogenitálních aktivit mezi dospělými.

V posledních letech sledujeme na severoamerickém kontinentě příklon k auditivním podnětům, nicméně to je vynuceno striktními právními předpisy (zejména v USA) spíše než racionálním zdůvodněním, proto jsem zůstal původní Freundově metodice věren, byť šlo o snímky digitálně upravené a ne již obsolentní diapozitivy. Vizualní aspekt je především pro muže při navozování vzrušení důležitější než auditivní. Každý podnět byl exponován 30 sekund s instrukcí, aby si proband s danou osobou představil sexuální aktivitu (od taktilní až po koitální, dobrovolnou či ne). Taková volnost asociace a imaginace je (a zde se opět opírám o empirická data z vlastní praxe) velice vhodná k navození penilní reakce - při použití auditivních stimulů jde o velmi strukturovaný obsah, který dá mnohem méně prostoru k vlastní fantazii.

Délce expozice se věnuje řada autorů, např. [Simon & Schouten \(1991\)](#) a shodují se na tom, že delší expoziční čas dává více prostoru k reakcím i pro pomaleji reagující probandy, ale taktéž pro případné ovlivnění výsledků (předstírání, dissimulaci). Čas expozice 30 s. stanoven opět na základě empirie a považuji ho za vhodný kompromis, zejména při sledování obličeje (očí) prostřednictvím kamery, které využívám ve forensní diagnostice - s vědomím klienta.

Pořadí snímků v setu bylo zprvu seřazeno náhodně, takto uspořádaná sada pak byla demonstrována každému probandovi (neboli všichni viděli snímky ve stejném pořadí). Po falometrickém vyšetření, kdy se každý muž do jisté míry seznámil s podněty, byla stejná sada promítnuta pro měření času sledování (VRT), pořadí nezměněno.

Setkal jsem se s námitkou, že by měly být podněty vždy a u každého probanda originálně promítané v náhodném pořadí. Nejsem si jist, zda jde o okolnost, která by mohla významnou měrou výsledky ovlivnit, nicméně tato alternativa stojí za úvahu při dalším výzkumu.

Drobný problém, kterého jsem si vědom, spočívá v nestejně četnosti podnětů v jednotlivých kategoriích. Tedy kategorie neutrálních snímků a orogenitálních dospělých sestává ze 2 snímků, jednotlivé vývojové skupiny pak obsahují 3-4 snímky osob mužského či ženského pohlaví. Empiricky jsem měl ozkoušenu její dostatečnou výpovědní a diskriminační hodnotu. Patrně by bylo vhodné, aby skupiny byly stejně četné,

nicméně takovou sadu jsem neměl k dispozici, mohl jsem ovšem učinit všechny kategorie obsahující toliko 2 snímky jako tomu bylo v originální práci [Harrise et al. \(1996\)](#), leč z klinické zkušenosti vím, že početnější kategorie vykazuje přesnější výsledky patrně tím, že je větší šance, že některý objekt zapůsobí eroticky.

Jak patrně z přílohy 3, některé snímky zobrazují celou postavu (od prstů na nohou po temeno hlavy), jinde jde o tzv. „americký detail“, od kolen po temeno hlavy. To souvisí se dvěma obdobími, v nichž jsem před 20 lety podněty tvořil. Empiricky mám zjištěno, že tato dvojakost nepředstavuje rozdíl z oblasti odezvy, nicméně i zde by se slušelo pro futuro sjednocení.

Do budoucna však plánuji úpravu sad s ohledem na toto kritérium. Výsledky studie ale prokázaly diagnostický potenciál stávající sady, což je rovněž důležité zjištění. Jistě by bylo zajímavé získat a testovat sadu Not Real People /NRP/, která se používá v USA ([Laws & Gress, 2004](#))

Preferované kategorie (i sekundární preference, udali-li takovou) byly přiřazeny probandům z experimentální skupiny dle dotazníku, ve skupině srovnávací pak přiřazeny kategorie orogenitálních dospělých aktivit M/F, dále snímky žen dospělých a pozdně dospívajících adolescentek (F5+F6). Atraktivitu adolescentních dívek pro gynefilní muže ostatně našli již [Barbaree s Marshalllem \(1989\)](#); tento fakt poněkud relativizuje diagnosu hebefilie jakožto parafilie, ale diskuse na takové téma přesahuje rámec této práce.

Technika měření a kalibrace faloplethysmografu

Snímač: Většinou byl použit Barlowův senzor, v některých případech snímač strain gauge s náplní směsi india a galia. Sensitivita obou snímačů je zhruba stejná. Kalibrace prováděna na kalibračním válci po změření obvodu flacidního penisu – viz kap. 2.4.3; tím bylo možno užívat pro výsledky procentuální rozsah, kdy 100% představovalo hodnotu plné erekce. [Earls et al. \(1987\)](#) ve svém srovnání výsledků měření „raw“ skoru, procent a Z-skoru doporučují právě procentní vyjádření jako nejobektivnější – přičemž Z-skor považují za nejlépe diskriminující. Sám se s tímto názorem stran Z-skoru neztotožňuji, tento údaj může být

cenný, ale nivelizuje do značné míry jednotlivé reakce, zatímco procentuální vyjádření tyto zachovává. Proto jsem pro statistiku použil procentní výsledky.

[Lykinsová a Blanchard \(2009\)](#) ve stati o diagnostice pedo/hebefilie a DSM V a posléze [Lykinsová et al. \(2010\)](#) v práci porovávající diagnosu pedofilie a maximální tumescence příklání k minimu hodnocení při cirkumferenčním snímání 2,5 mm. nárůstu obvodu, což je zhruba 8% (v originále uvedených 10% nerespektuje jinde citovanou práci, [\(Howes, 2003\)](#) kde obvodový nárůst v plné erekci vůči flacidnímu stavu je 30-32 mm). Přesto jsem pro svoji studii použil hranici minimální reaktivity 5%; z empirických nálezů ve své praxi jsem již dříve dospěl k závěru, že při použití současné techniky zpracování dat je takový práh dostatečný k odlišení fyziologických fluktuací krevní náplně flacidního penisu, pokud je proband v klidu a nejde o artefakty (například zakašlání krátkodobě zvýší nitrobřišní tlak a může vést k přechodnému zvýšení krevní náplně v corpora cavernosa; takový artefakt je však snadno odlišitelný).

Měření času sledování – VRT a subjektivní hodnocení, obdobné publikované studie

Každý proband poté, co absolvoval měření, měl za úkol vyhodnotit erotickou přitažlivost každého stimulu, s nímž byl již dříve seznámen při projekci PPG vyšetření. Použita byla nekompletní („kastrovaná“) numerická klávesnice. Zvolil jsem škálu od 1 do 6 proto, že umožnila využít právě pouze dvou řad čísel klávesnice (viz příloha č. 4) a to jsem považoval za optimální z hlediska jednoduchosti a dostatečné přesnosti. Jistě zaslouží další výzkum to, zda by další zjednodušení (např. do 3 číselných hodnot 1-nelíbí, není erotické, spíše odpuzuje, 2-neutrální, neodpuzuje ani nevzrušuje, 3-je vzrušivé, eroticky přitažlivé) či dokonce do 2 tlačítek s jednoduchou instrukcí líbí/nelíbí přispělo k zpřesnění diagnosy – resp. diskriminační schopnosti testu. Pro diagnostiku je totiž (jak patrně z výsledků) subjektivní hodnocení beztak nepřínosné a mohlo by se více využívat v terapii.

Zajímavou modifikaci popisují švýcarští autoři [\(Mokros et al., 2010\)](#). Každý z 80 promítnutých stimulů měl v jednom rohu nebo v centru umístěn oranžový bod a úkolem probandů bylo co nejrychleji zareagovat

stiskem příslušné klávesy na číselné klávesnici (rohy: 1-3-9-7, střed-5). Tuto metodu autoři nazývají CRT (Choice-Reaction Time) a taktéž se při ní – vzhledem k úkolu reagovat na umístění bodu - využívá kognitivních procesů analýzy stimulu, leč zadání je poněkud více přímočaré než úkol hodnotit.

Ostatně ze své klinické praxe vím, že v ojedinělých případech není vyšetřovaný s to pochopit úkol, jak ohodnotit snímek a je možné, že Mokrosovo zadání by bylo více pochopitelné.

V citované studii rovněž srovnávali pachatele sexuálních trestných činů vůči dětem a neofenzivní muže. Pozoruhodná je zde rozdílnost výsledků ve srovnání s předkládanou studií – Mokros udává vyšší specifitu vzhledem k stupni tělesného rozvoje objektů u *nepedofilních* probandů, zatímco u mých měření je tomu přesně naopak. Zda je tomu tak kvůli velikosti souboru (N=21 v citované studii) či díky počtu exponovaných stimulů a opakovanému testování (4x100 obrázků) si vyžádá další bádání. Nicméně jeví se pravděpodobným, že větší počet náhodně seřazených (i opakujících se) stimulů může vyšetření upřesnit, na druhé straně příliš velký počet snímků logicky vyšetření prodlouží a může tak odpadnout jeho hlavní výhoda oproti penilní plethysmografii – čas.

[Harris et al. \(1996\)](#) studoval vzorky menší, 15 mužů (obviněných) s prokázanými pedofilními delikty a 15 heterosexuálních dobrovolníků. Skupina tzv. pedofilů byla zvláštní i tím, že většina z probandů spáchala trestné činy intrafamiliárně, i když jen 2 vůči přímým potomkům. Není uvedeno, zda v jakém procentu šlo o děti vlastní či nevlastní. Vyšetřoval falometricky a dvakrát měřil čas sledování, jednou s instrukcí prohlédnout si pozorně každý snímek, neb na ně budou později dotázáni a podruhé snímek ohodnotit na škále 1-10. Počet vizuálních stimulů byl vždy 70.

Falometrické výsledky autoři hodnotili jako typické pro tu kterou skupinu, nicméně srovnatelné výsledky VRT uvedli pouze u pachatelů deliktů vůči prepubertálním dívkám. Výsledky u obou skupin se lišily, nicméně diskriminační potenciál nebyl ve srovnání s PPG dostatečný.

2.6.5 Shrnutí výsledků studie

V první části práce jsem uvedl, že jistým vzorem a inspirací pro návrh vyšetřovací metody VRT mi byl diagnostický nástroj Affinity [*Pacific Psychological Assessment Corporation, Victoria, BC, Kanada / <http://www.pacific-assmt.com>*], u jehož zrodu stáli především Laws, Gressová a zejména pak Glasgow (např. [Glasgow, 2009](#)). Nicméně přesnější popis okolností zrodu systému PhotoRate, který v laboratoři užívám od r. 2010, je ten, že metodiku jsem navrhl ve spolupráci s vývojáři softwaru firmy Anafra nezávisle, a teprve později konfrontoval s popsáním kanadským přístupem.

Stejně jako Affinity prodělává vývoj (nyní se připravuje verze 3.0), je třeba i PhotoRate dále vyvíjet a tato práce pro to poskytla řadu impulzů. Výsledky měření potvrdily vysokou diagnostickou přesnost využití faloplethysmografického testování především pro diagnosu pedofilie resp. hebefilie nebo pro jejich vyloučení. Z parametrů měření se jako nejlepší z testovaných profilovalo procentní maximum nárůstu obvodu penisu při expozici stimulu, který má dostatečnou citlivost a diskriminační schopnost jak u pedofilních tak gynefilních probandů a velmi spolehlivě rozlišuje mezi kategoriemi preferované – nepreferované - neutrální.

Menší diskriminační schopnost ukázaly parametry maximum po stimulu (které může ovšem přispět k potvrzení negativní diagnosy, k vyloučení parafilie) a podobně parametr delta, jenž naopak je užitečný k potvrzení, stanovení pozitivivity diagnosy pedofilie.

VRT/čas sledování je relativně dobře diagnosticky diskriminujícím nástrojem u pedofilních probandů a může být cenným přínosem pro stanovení této diagnosy, nezdá se však být dostatečně citlivým jako samostatný nástroj k jejímu vyloučení. V experimentální skupině pedofilních jedinců taktéž shledána pozitivní korelace mezi časem sledování a PPG maximem (resp. delta), což tuto diagnostickou přínosnost potvrzuje a v tomto se shoduje s některými dříve publikovanými studiemi. Poměrně značná diskrepance mezi výsledky v jednotlivých studiích je asi poplatná velikostem souborů (v tomto ohledu lze tuto v mé studii označit jako spíše větší, ač objektivně vzato tomu tak není).

Rozdílná je i použitá metodika měření. Další vývoj tohoto diagnostického nástroje směrem k jeho zpřesnění a standardizaci bude prospěšný.

Subjektivní hodnocení neprokázalo dostatečný diagnostický potenciál a tento parametr je vhodný k užití v terapeutickém procesu, kdy poskytne cennou zpětnou vazbu jak pacientovi, tak terapeutovi. Tento parametr nekoreloval ani s výsledky VRT ani s výsledky PPG. I tento fakt potvrzuje dříve publikované výsledky.

Četnost prožitku sexuálního zneužití v mém souboru pedofilů byla obdobná jako ve většině dříve publikovaných prací. Studie nicméně nepřispěla k vysvětlení kauzality tohoto jevu.

2.7 ZÁVĚR

Práce byla zaměřena na vyhodnocení diagnostického potenciálu z hlediska věkové (vývojové) specifity při použití několika diagnostických nástrojů: penilní plethysmografii, měření času sledování / vizuálního reakčního času a subjektivního hodnocení. Rovněž hledala pozitivní korelace výsledků těmito nástroji obdrženy.

Zadání směrem k vývojové specifičnosti reflektuje nutnost kvalitního stanovení diagnózy u osob s pedofilní, případně hebefilní strukturou sexuality, neb správně stanovená diagnosa má zásadní význam pro úspěšnost následné léčby a pro adaptační proces s ní spojený.

Výsledky potvrdily velký diagnostický potenciál moderních faloplethysmografů spojených s výpočetní technikou a upřesnilo nejvhodnější parametry k hodnocení.

Ukázaly také oblasti, kde je již dnes možno využít druhé diagnostické metody, měření vizuálního reakčního času. Tuto metodu je však třeba nadále zpřesňovat, standardizovat a hledat optimální metodiku, což si vyžádá dalšího zkoumání. Nicméně pro svojí relativní jednoduchost a časovou nenáročnost nepochybně za toto úsilí stojí. Vzhledem k malému počtu studií, které se dosud zabývaly objektivní a hodnotitelnou korelací diagnostického přínosu obou srovnávaných metod lze doufat, že je studie drobným příspěvkem v mozaice hledání optimálních přístupů v diagnostice parafilí.

Do jisté míry vedlejším produktem byla analýza některých dat z dotazníkového šetření. Upřesnila mj. povědomí o preferovaných sexuálních aktivitách pedofilních jedinců, o jejich schopnosti adaptace na netrestnou párovou sexualitu třeba zvýšením subjektivní atraktivity dospělých jedinců. Potvrdilo dříve referovanou ve srovnání s běžnou populací vysokou míru sexuálního zneužití v dětství.

Přes jistou limitaci velikostí souborů a také charakterem srovnávací skupiny se výsledky jeví zajímavými a podnětnými pro další výzkum na tomto poli. Nepochybně však budou přibývat další diagnostické metody založené např. na funkční magnetické rezonanci nebo pozitronové emisní tomografii. Ve srovnání s nimi jsou však jak PPG, tak VRT nástroji výrazně levnějšími a jednoduššími.

Lze tedy předpokládat, že si své místo udrží ještě relativně dlouhou dobu.

2.8 LITERATURA

Literatura:

1. Abel, G., Blanchard E. B., Barlow, D. H., Measurement of sexual arousal in several paraphilias: the effects of stimulus modality, instructional set and stimulus content on the objective, *Behav. Res. Ther.* 1981, roč. 19, č. 1, 25–33
2. Abel, G., Huffman, J., Warberg, B., Holland, C. L., Visual reaction time and plethysmography as measures of sexual interest in child molesters. *Sex. Abuse: J. of Res. Treat.* 1998, roč. 10, 81–95
3. Annon, J. S., Reliability and validity of penile plethysmography in rape and child molestation cases. *Am. J. For. Psych.* 6, 1988, 11–26
4. Bancroft, J. H. J., Jones, H. G., Pullen, B. R., A simple transducer for measuring penile erection with comments on its use in the treatment of sexual disorder. *Behav. Res. Ther.* 4, 1966, 239–241
5. Barbaree, H. E., Marshall, W. L., Erectile responses among heterosexual child molesters, father-daughter incest offenders, and matched non-offenders: Five distinct age preference profiles. *Can. J. Beh. Sci.* 21, 1989, 70–82
6. Barker, J. G., Howell, R. J., The plethysmograph: A review of recent literature. *Bull. Am. Acad. Psych. & Law.* 20, 1992, 13–25
7. Barlow, D. H., Becker, R., Leitenberg, H., Agras, W. S., A mechanical strain gauge for recording penile circumference change. *J. Appl. Behav. Analy.* 3, 1970, 73–76
8. Becker JV, Cunnigham-Rathner J, Kaplan MS.. Adolescent sexual offenders: demographics, criminal and sexual histories. *J. Interpers. Viol.* 1, 1986, 431–445
9. Blader, J. C., Marshall, W. L., Is assessment of sexual arousal in rapists worthwhile? A critique of current methods and the development of a response compatibility approach. *Clin. Psych. Rev.* 9, 1989, 569–587
10. Blanchard, R., Klassen, P., Sensitivity and Specificity of the Phallometric Test for Pedophilia in Nonadmitting Sex Offenders. *Psych. Assess.*, 13, 2001, 118–126
11. Blanchard, R., Kuban, M. E., Blak, T., Cantor, J. M., Klassen, P. E., Dickey, R., Absolute Versus Relative Ascertainment of Pedophilia in Men. *Sex. Abuse: J. Res. Treatment.* 21, 2009, 431–441
12. Blanchard, R., Lykins, A.D., Wherrett, D. et al., Pedophilia, Hebephilia, and the DSM-V. *Arch. Sex. Behav.* 38, 2009, 335–350

13. Coric, V., Feuerstein, S., Fortunati, F., Southwick, S., Temporini, H., Morgan, C. A. Assessing sex offenders. *Psychiatry*. 2, 2005, 26–29
14. Davis GE, Leitenberg H.. Adolescent sex offenders. *Psych. Bull.* 101, 1987, 417–427
15. Dean, Ch. et al., *Penile Pletysmography: Guidance for Psycholigists*. The British Psychological Society, 2008
16. Dolan M, Holloway J, Bailey S, Kroll L. The psychosocial characteristics of juvenile sexual offenders referred to an adolescent forensic service in the UK. *Med. Sci. Law.* 36, 1996, 342–352
17. Drieschner, K., Lange, A. A review of cognitive factors in the etiology of rape: Theories, empirical studies, and implications. *Clin. Psych. Rev.*, 19, 1999, 57–77.
18. Earls, C. M., Marshall, W. L., The simultaneous and independent measurement of penile circumference and length. *Beh. Res. Meth. Instrum.* 14, 1982, 447–450
19. Earls, C. M., Some Issues in the Assessment of Sexual Deviance. *Int. J. Law. Psych.* 6, 1983, 431–441
20. Erectile responses among heterosexual child molesters, father-daughter incest offenders, and matched non-offenders: Five distinct age preference profiles.
21. Fedoroff, JP; Pinkus, S. The Genesis of Pedophilia. *J. Offen. Rehab.* 23, 1996, 85-101
22. Frankowski, B.L., Sexual Orientation and Adolescents, *Pediatrics*. 113, 2004, 1827-1832
23. Freund K., Psychophysiological assessment of change in erotic preferences. *Behav. Res. Ther.* 15, 1977, 297-301
24. Freund, K., A laboratory method for diagnosing predominance of homo- or heteroerotic interest in the male. *Behav. Res. Ther.* 1, 1963, 85–93
25. Freund, K., Assessment of pedophilia, In: *Adult Sexual Interest in Children*. USA, New York. Academic Press I, 1980, ISBN 9780121872502 139–179,
26. Freund, K., Blanchard, R., Phallometric diagnosis of pedophilia. *J. Cons. Clin. Psych.* 57, 1989, 100–105
27. Freund, K., Erotic preference in pedophilia. *Beh. Res. Ther.* 5, 1967, 339–348
28. Freund, K., Kuban, M., The basis of the abused abuser theory of pedophilia: A further elaboration on an earlier study. *Arch. Sex. Behav.* 23, 1994, 553–563
29. Freund, K., Sedlacek, F., Knob, K., A simple transducer for mechanical plethysmography of the male genital. *J. Exp. Anal. Behav.* 8, 1965, č. 3, 169–170

30. Fuller, J., Guidelines for penile plethysmography (PPG) usage. *B.J. Psych. Bull.* 21, 1995, 511-512
31. Gazan, F., Penile Plethysmography Before the European Court of Human Rights. *Sex. Abuse* 14, 2002, 89–93
32. Glasgow, D. V. (2009). Affinity: The development of a self-report assessment of paedophile sexual interest incorporating a viewing time validity measure. In D. Thornton & D. R. Laws (Eds.), *Cognitive approaches to the assessment of sexual interest in sexual offenders*. 2009, 59-84. Chichester, UK: Wiley, ISBN: 978-0-470-05781-0.
33. Glasgow, D. V., Osborne, A., & Croxen, J. (2003). An assessment tool for investigating paedophile sexual interest using viewing time: An application of single case methodology. *Brit. J. Learn. Disab.*, 31, 96-102.
34. Glasgow, D. V., Osborne, A., Croxen, J., An assessment tool for investigating paedophile sexual interest using viewing time: An application of single case methodology. *British Journal of Learning Disabilities* 31, 2003, 96–102
35. Glasser, M., Kolvin, I., Campbell, D., Glasser, A., Leitch, I., Farrelly, S., Cycle of child sexual abuse: links between being a victim and becoming a perpetrator. *Brit. J. Psychi.* 179, 2001, 482–494
36. Greer, J. H., Bellard, H. S., Sexual content induced delays in unprimed lexical decisions: Gender and context effects. *Arch. Sex. Behav.* 25, 1996, 379–395
37. Gress, C. L. Z., Viewing time measures and sexual interest: another piece of the puzzle. *J. Sex. Agg.* 11, 2005, 117–125
38. Grossman, L. S., Cavanaugh, J. L. , Haywood, T. W., Deviant sexual responsiveness on penile plethysmography using visual stimuli: Alleged child molesters vs. normal control subjects. *J. Nerv. Ment. Dis.* 180, 1992, 207–208.
39. Hackett, S., Phillips, J., Masson, H. and Balfe, M., Individual, Family and Abuse Characteristics of 700 British Child and Adolescent Sexual Abusers. *Child Abuse Rev.*, 22, . 2013: 232–245
40. Hall, Gordon C. Nagayama; Proctor, William C.; Nelson, George M, J. Consult. *Clin. Psychol.* 56, 1988, 118-122.
41. Harris, G. T., Rice, M. E., Quinsey, V. L., Chaplin, T. C., Viewing time as a measure of sexual interest among child molesters and normal heterosexual men. *Behav Res Ther.* 34, 1996, 389–394

42. Haywood, T. W., Grossman, L. S., Cavanaugh, J.L., Subjective versus objective measurements of deviant sexual arousal in clinical evaluations of alleged child molesters. *Psych. Assess.* 2, 1990, 269–275
43. Hess, E. H., Polt, J. M., Pupil size as related to the interest value of visual stimuli. *Science.* 132, 1960, 349–350
44. Howard, R. C., Longmore, F. J., Mason, P. A., Martin, J. L., Contingent negative variation (CNV) and erotic preference in self-declared homosexuals and in child sex offenders. *Biol. Psychol.* 38, 1994, 169–181
45. Howes, R. J., Circumferential Change Scores in Phallometric Assessment: Normative Data. *Sex. Abuse.* 15, 2003, 365–375
46. Hunter, J. A., Lexier, L. J., Ethical and legal issues in the assessment and treatment of juvenile sex offenders. *Child Maltr.*, 3, 1998, 339–348
47. Imhoff, R., Schmidt, A., Nordsiek, U., Luzar, C., Young, A. ad Banse, R., Viewing Time Effects Revisited: Prolonged Response Latencies for Sexually Attractive Targets Under Restricted Task Conditions. *Arch. Sex. Behav.* 39, 2010, 1275–1288
48. Kalmus, E., Beech, A. R., Forensic assessment of sexual interest: A review. *Aggression and Violent Behavior* 10, 2005, 193–217.
49. Kolářský, A., Madlafousek, J., The inverse role of preparatory erotic stimulation in exhibitionists: Phallometric studies. *Arch. Sex. Behav.* 12, 1983, 123–148
50. Kolla, N., Blanchard, R., Klassen, P., Kuban, M., Blak, T., Effect of Sildenafil on Penile Plethysmography Responding: A Pilot Investigation. *Arch, Sex, Behav.* 39, 2010, 1449–1452
51. Krueger, R. B., John, M., Bradford, J., Glancy, G. D., Report from the Committee on Sex Offenders: The Abel Assessment for Sexual Interest. *J. Am. Acad. Psychi. Law.* 26, 1998, 277–280
52. Kuban, M., Barbaree, H. E., Blanchard, R., A Comparison of Volume and Circumference Phallometry: Response Magnitude and Method Agreement. *Arch. Sex. Behav.* 28, 1999, 345–359
53. LAWS, D. R., GRESS, C. L. Z., Seeing things differently: The viewing time alternative to penile plethysmography. *Legal and Criminological Psychology* 9, 2004, 183–196.
54. Laws, D. R., O'Donohue, W., *Treatment of Sex Offenders*, Springer International Publishing, USA, ISBN: 978-3-319-25866-9, 348 s.

55. Laws, D. Richard. "Penile plethysmography: Will we ever get it right." *Sexual deviance: Issues and controversies*. 2003, 82-102
56. Laws, D., Gress, C. Seeing things differently: The viewing time alternative to penile plethysmography. *Leg. Crimin. Psych.* 9, 2004, 183-196.
57. Letourneau, E. J., A Comparison of Objective Measures of Sexual Arousal and Interest: Visual Reaction Time and Penile Plethysmography. *Sex. Abuse* 14, 2002, 207–223
58. Lykins, A. D., James M. C., Kuban, M. E., Blak, T., Dickey, R., Klassen, P. E., Blanchard, R., The Relation Between Peak Response Magnitudes and Agreement in Diagnoses Obtained From Two Different Phallometric Tests for Pedophilia. *Sex. Abuse* 22, 2010, 42–57
59. Malcolm, P. B., Andrews, D. A., Quinsey, V. L., Discriminant and predictive validity of phallometrically measured sexual age and gender preference. *Journal of Interpersonal Violence* 8, 1993, 486–501
60. Manocha KF, Mezey G. British adolescents who sexually abuse: a descriptive study. *J. Forens. Psych.* 9, 1998, 588–608.
61. Marsh, R. L., Walsh, A., Physiological and psychosocial assessment and treatment of sex offenders: a comprehensive victim-oriented program. *Journal of Offender Rehabilitation* 22, 1995, 77–97
62. Marshall W. A., Tanner J. M., Variations in the pattern of pubertal changes in boys. *Arch. Dis. Child.* 45, 1969, 13–23
63. Marshall, W. L., Grenzen der Phallometrie. *Recht & Psych.* 23, 2005, 11–25
64. Masters, W. H.; Johnson, V. E., *Human Sexual Response*. USA: Little, Brown & Co., ISBN: 978-0923891213, 1966, 366 str.
65. McAnulty, R. D., Adams, H. E., Validity and ethics of penile circumference measures of sexual arousal: A reply to McConaghy. *Arch. Sex. Behav.* 21, 1992, 177–186
66. McAnulty, R. F., Henry, E. A., Voluntary control of penile tumescence: Effects of an incentive and a signal detection task. *J. Sex Res.* 28, 1991, 557–578
67. Mokros, A., Dombert, B., Osterheider, M., Zappala, A., Santtila, P., Assessment of pedophilic sexual interest with an attentional choice reaction time task. *Arch. Sex. Behav.* 39, 2010, 1081–1090
68. Mokros, A., Dombert, B., Osterheider, M., Zappalà, A., Santtila, P., Assessment of pedophilic sexual interest with an attentional choice reaction time task. *Arch. Sex. Behav.* 39, 2010, 1081–1090

69. Mokros, A., Gebhard, M., Heinz, V., Marschall, R. W., Nitschke, J., Glasgow, D. V., Gress, C. L. Z., Laws D. R., Computerized assessment of pedophilic sexual interest through self-report and viewing time: Reliability, Validity, and Classification Accuracy of the Affinity Program. *Sex. Abuse.* 25, 2013, 230–258
70. Moulrier, V., Mouras, H., Péligrini-Issac, M., Glutron, D., Rouxel, R., Grandjean, B., Bittoun, J., Stoléru, S., Neuroanatomical correlates of penile erection evoked by photographic stimuli in human males. *Neuroimage.* 33, 2006, 689–699
71. Mouras, H., Neuroimaging techniques as a new tool to study the neural correlates involved in human male sexual arousal. *Curr. Med. Imag. Rev.* 2, 2006, 71–77
72. Müller, K., Curry, C, Ranger, R., Fedoroff., J.P. Changes in sexual arousal as measured by penile plethysmography in men with pedophilic sexual interest. *J. Sex. Med.* 11, 2014, 1221-1229
73. Murphy, L., Ranger, R., Fedoroff, J., Stewart, H., Dwyer, R., Burke, W., Standardization of penile plethysmography testing in assessment of problematic sexual interests. *J. Sex. Med.* 12, 2015, 1853-1861
74. Ó Ciardha, C., A theoretical framework for understanding deviant sexual interest and cognitive distortions as overlapping constructs contributing to sexual offending against children. *Aggress.Violent Behav.* 16, 2011, 493–502
75. O'Donohue, W. T., Letourneau, E., The psychometric properties of the penile tumescence assessment of child molesters. *J. Psychop. Behav. Assess.* 14, 1992, 123–174
76. Osborn, C., Abel, G. G., Warberg, B. W., The Abel assessment: Its comparison with plethysmography and resistance to falsification. Paper presented at the Annual Conference of ATSA, New Orleans 1995
77. Parada, M. et al., Neural representation of subjective sexual arousal in men and women. *J. Sex. Med.* 13, 2015, 1508–1522
78. Proulx, J., Aubut, J., McKibben, A., Côté, M., Penile responses of rapists and nonrapists to rape stimuli involving physical violence. *Arch. Sex. Behav.* 23, 1994, 295–310
79. Quinsey, V. L., Chaplin, T. C., Preventing faking in phallometric assessments of sexual preference. *Ann. NY Acad. Sci.*, 1988, 49–58
80. Richards, C., On plethysmography and being 'kinky'. *Psychologist.* 21, 2008, 992–993

81. Richards, J. C., Kalucy, R. S., Wood, M. M., Marshall, V. R., Linearity of the electromechanical penile plethysmograph's output at large expansions. *J. Sex Res.* 27, 1990, 283–287
82. Robinson, M. C., Rouleau, J. L., Madrigano, G., Validation de la pléthysmographie pénienne comme mesure psychophysiologique des intérêts sexuels des agresseurs adolescents. *Rev. Québécoise Psych.* 18, 1997, 111–124
83. Rosenzweig, S., The photoscope as an objective device for evaluating sexual interest. *Psychosom. Med.* 4, 1942, 150–158
84. Saleh, F. M., Grudzinskas A. J., Bradford J. M., Brodsky D. J. (Ed.), *Sex offenders: identification, risk assessment, treatment, and legal issues*. New York: Oxford University Press, 2009. ISBN 2899618, 480 str.
85. Saunders, E. B, Awad, G. A., Assessment, management and treatment planning for male adolescent sexual offenders. *Am. J. Orthopsych.* 58, 1988, 571 –579
86. Simon, W. T., Schouten, P. G., Plethysmography in the assessment and treatment of sexual deviance: An overview. *Arch. Sex. Behav.* 20, 1991, 75–91
87. Stermac, L. E., Segal, Z. V., & Gillis, R. (1990). Social and cultural factors in sexual assault. In W. L. Marshall, D. R. Laws, Barbaree H. E. (Eds.), *Handbook of sexual assault: Issues, theories, and treatment of the offender*. 1990, 143–159. New York: Plenum Press, ISBN 978-1-4899-0915-2
88. Strassberg, D. S., Lowe, K., Volunteer bias in sexuality research. *Arch. Sex. Behav.* 24, 1995, 369–382
89. Tanner, J. M., *Growth at adolescence; with a general consideration of the effects of hereditary and environmental factors upon growth and maturation from birth to maturity*. UK, Oxford: Blackwell Science, 1962, ISBN 0632039302 344 s.
90. Taylor JF. 2003. Children and young people accused of child sexual abuse: a study within a community. *J. Sex. Aggress.* 9, 2003, 57–70
91. Tong, D., The Penile Plethysmograph, Abel Assessment for Sexual Interest, and MSI-II: Are They Speaking the Same Language? *Amn. J. Fam. Ther.* 35, 2007, 187–202
92. Trojan, O., Ambulantní léčba klientů s problémem z okruhu pedofilního chování. In: Weiss, P. a kol. *Sexuální zneužívání dětí*. Praha: Grada Publishing, 2005, ISBN 80 – 247 – 0929 – 5, 229-248
93. Trottier, D., Rouleau, J., Renaud, P., Goyette, M., Using eye tracking to identify faking attempts during penile plethysmography assessment. *J. Sex. Res.* 51, 2014, 946–955

94. Weiss,P., Zvěřina,J.: Sexuální chování obyvatel ČR V. Cegedim, Praha 2014
95. Wheeler, D., Rubin, H. B., A comparison of volumetric and circumferential measures of penile erection. Arch. Sex. Behav. 16, 1992, 289–299
96. Williams, K. M., Two techniques for assessment of sexual interest: A discussion of the clinical utility of penile plethysmography and visual reaction time. The Forensic Examiner 12, 2003, 35–38
97. Wolchik, S. A., Braver, S. L., Jensen, K., Volunteer bias in erotica research: Effects of intrusiveness of measure and sexual background. Arch. Sex. Behav. 14, 1985, 93–104
98. Zamanski, H., A technique for measuring homosexual tendencies. J. Pers., 24, 1956, 436–448

Přílohy

Příloha č. 1: Poučený souhlas s vyšetřením

Poučený souhlas

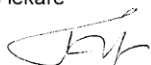
Kód probanda _____ LA_115_2015 _____

Datum narození: _____ 28.3.1987 _____

Dnes jsem byl poučen o podstatě falopletysmografického (PPG) vyšetření, které podstoupím. . Souhlasím s anonymním využitím dat ze záznamaného vyšetření pro vědecké a výzkumné účely.

Datum: _____ 09.09.2015 _____

Podpis lékaře



Podpis probanda



Dotazník k výzkumu validity PPG

Realizátor: MUDr. Ondřej Trojan, TH klinika, Praha + Katedra psychologie FF UK

Autoři dotazníku: Prof. PhDr. Petr Weiss, Ph.D., D.Sc, MUDr. Ondřej Trojan

Dotazník je určen pro muže, kteří jsou si vědomi své pedofilní vlohy.

Je plně anonymní a maximálně diskrétní.

Kód _____

Datum vyšetření _____

Věk v den vyšetření _____

Věk uvědomění si vlastní orientace _____ (rok nebo věk. rozpětí)

1. Byl jste někdy zamilován? (možno i více kladných odpovědí, tedy b-e)

a/ nebyl	<input type="checkbox"/>	
b/ byl	<input type="checkbox"/>	do muže nad 15 let věku
c/ byl	<input type="checkbox"/>	do ženy nad 15 let věku
d/ byl	<input type="checkbox"/>	do chlapce pod 15 let věku
e/ byl	<input type="checkbox"/>	do dívky pod 15 let věku

2. Jste schopen vztahu s osobou nad 15 let věku? (To je, že jste schopen se do takové osoby zamilovat, udržovat známost delší než např. 3 měs., pečovat o ni atd.)

a/ ano	<input type="checkbox"/>
b/ ne	<input type="checkbox"/>
c/ nevím nebo nemám zkušenost	<input type="checkbox"/>

3. Napište celkový počet sex. partnerů / partnerek (mužů či žen, s nimiž jste měl vyvrcholení lhostejno jak) nad 15 let jejich věku, jež jste měl za život:

4. Máte v současné době stálý partnerský vztah s mužem nebo ženou ve věku nad 15 let?

a/ nemám	<input type="checkbox"/>	
b/ mám	<input type="checkbox"/>	a to v trvání (počet měs.)

5. Jaké používáte praktiky při sexu se ženami?

pokud sex s ženami neprovzujete, vynechte	a/ vždy	b/ v polovině a více	c/ méně než v polovině	d/ nikdy
a/ penis do pochvy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b/ penis do úst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c/ ejakulace do úst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d/ penis do konečníku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e/ penis do ruky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f/ penis jinam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g/ ústa na pochvu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h/ ústa na konečník	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Jaké používáte praktiky při sexu s muži?

pokud sex s muži neprovzujete, vynechte	a/ vždy	b/ v polovině a více	c/ méně než v polovině	d/ nikdy
a/ penis do úst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b/ ejakulace do úst	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c/ penis do konečníku	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d/ penis do ruky	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e/ penis jinam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f/ ústa na konečník	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. V současné době byste potřeboval/preferoval sexuální vybití z jakéhokoliv zdroje (soulož, onanie, mazlení atd.):

a/ nepotřeboval vůbec	<input type="checkbox"/>	
b/ potřeboval	<input type="checkbox"/>	a to měsíčně kolikrát? <input type="text"/>

8. V současné době máte pohlavní vybití (z jakéhokoliv zdroje, tedy soulož, onanie atd.):

a/ nemám žádné	<input type="checkbox"/>	
b/ mám	<input type="checkbox"/>	a to měsíčně kolikrát? <input type="text"/>

9. V posledních 4 týdnech, jak jste byl spokojen celkově se svým sexuálním životem?

a/ Velmi spokojený	<input type="checkbox"/>
b/ Poměrně spokojený	<input type="checkbox"/>
c/ Ani spokojený a ani nespokojený	<input type="checkbox"/>
d/ Poměrně nespokojený	<input type="checkbox"/>
e/ Velmi nespokojený	<input type="checkbox"/>

10. Považujete se za homosexuála?

a/ ne	<input type="checkbox"/>
b/ nejsem si jist	<input type="checkbox"/>
c/ ano	<input type="checkbox"/>

11. Považujete se za bisexuála?

a/ ne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b/ ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Byl jste někdy ve svém dětství (do 15 let) sexuálně zneužit dospělou osobou (nad 18 let)?

a/ nikdy nebyl	<input type="checkbox"/>	
b/ byl, a to jednou	<input type="checkbox"/>	ve věku (počet let):
c/ byl opakovaně	<input type="checkbox"/>	od kolika let věku?

13. Byl jste někdy ve svém dětství (do 15 let) sexuálně zneužit osobou ve věku 15-18 let?

a/ nikdy nebyl	<input type="checkbox"/>	
b/ byl, a to jednou	<input type="checkbox"/>	ve věku (počet let):
c/ byl opakovaně	<input type="checkbox"/>	od kolika let věku?

Pokud jste na ot. 12 a 13 odpověděl „a/ nikdy nebyl“, můžete přejít rovnou k ot. č. 20

14. Pokud jste byl sexuálně zneužit, pak pachatelem byl(a) / Ize i více odpovědí:

a/ muž starší 15 let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b/ žena starší 15 let	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15. Pokud jste byl v dětství sexuálně zneužit, pak pachatelem byl / Ize i více odpovědí:

a/ příbuzný	<input type="checkbox"/>
b/ osoba vám známá (učitel, trenérka apod.)	<input type="checkbox"/>
c/ osoba cizí	<input type="checkbox"/>

16. Pokud jste byl pohlavně zneužit, pak / Ize i více odpovědí:

a/ pachatel(ka) vás osahával(a) po těle	<input type="checkbox"/>
b/ pachatel(ka) vás onanoval(a) rukou	<input type="checkbox"/>
c/ pachatel(ka) vám dráždil(a) ústy penis	<input type="checkbox"/>
d/ pachatel(ka) vyžadoval(a), abyste ho/ji dráždil na přirození rukou	<input type="checkbox"/>
e/ pachatel(ka) vyžadoval(a), abyste ho/ji dráždil na přirození ústy	<input type="checkbox"/>
f/ pachatel(ka) vyžadoval(a) soulož do konečníku	<input type="checkbox"/>
g/ pachatelka vyžadovala soulož do pochvy	<input type="checkbox"/>

17. Pokud jste byl pohlavně zneužit (Ize zatrhnout více odpovědí):

a/ nikomu jste to neoznámil	<input type="checkbox"/>
b/ řekl jste to pouze rodičům	<input type="checkbox"/>
c/ řekl jste to kamarádům	<input type="checkbox"/>
d/ řekl jste to ve škole učitelům	<input type="checkbox"/>
e/ bylo to oznámeno policii	<input type="checkbox"/>

18. Mělo sexuální zneužití, které jste prožil, nějaký vliv na váš další život?

a/ ne, nemělo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b/ ano, mělo negativní a to: (vyberte v tabulce, lze i více možností)		
1/ strach z mužů/žěn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2/ sexuální poruchy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3/ úzkosti, deprese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4/ nedostatek sebevědomí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5/ musel jsem se na následky zneužití psychiatricky či psychologicky léčit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6/ partnerské či jiné neuvedené problémy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c/ ano, mělo pozitivní a to: (vyberte v tabulce, lze i více možností)		
1/ lepší sexuální prožívání v dospělosti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2/ zvýšení zájmu o sex	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3/ zvýšení sebevědomí	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4/ získání zkušeností a dovedností apod.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

19. Pokud mělo zneužití u vás nějaké následky, přetrvávají tyto následky dodnes (jsou trvalého charakteru)?

a/ ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b/ ne, byly jen dočasné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

20. Byl jste někdy vy sám přinucen násilím nebo hrozbami k pohlavnímu styku?

a/ ne, nikdy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b/ ano, jednou	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c/ ano, opakovaně	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

21. Pokud jste byl přinucen k pohlavnímu styku, pachatelem byl(a):

a/ muž	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b/ žena	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

22. Pokud jste byl násilím přinucen ke styku, mělo to vliv na váš další život?

a/ ne, nemělo žádný	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b/ ano, mělo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Přetrvávají tyto následky dodnes (jsou trvalého charakteru)?

a/ ano	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b/ ne, byly jen dočasné	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

24. Jaký máte názor na pornografii?

a/ je třeba ji zakázat	<input type="checkbox"/>
b/ považuji ji za škodlivou, umožnil bych prodej jen ve speciálních obchodech	<input type="checkbox"/>
c/ nemám k ní výhrady, umožnil bych však prodej jen ve speciálních obchodech	<input type="checkbox"/>
d/ nemám k ní výhrady a její prodej bych neomezoval	<input type="checkbox"/>

25. Používáte při masturbaci pornografii z internetu?

a/ Ano, často			
b/ Ano, někdy			
c/ Ne, nikdy			

26. Jaké jsou Vaše sexuální preference ? (Ize zatrhnout i obě možnosti)

a/ chlapci			
b/ dívky			

27. Jaký je přibližný preferovaný věk objektů Vašeho sex. zájmu (resp. věkové rozpětí)?

od kolika let		do kolika let	
---------------	--	---------------	--

28. Co vás v představách o sexu s dětmi nejvíce vzrušuje? (můžete zatrhnout více možností)

a/ hlazení a mazlení (mimo pohlavní orgány) a/nebo líbání se s dítětem	<input type="checkbox"/>
b/ váš penis do úst dítěte	<input type="checkbox"/>
c/ váš penis do konečníku dítěte	<input type="checkbox"/>
d/ penis dítěte do vašich úst	<input type="checkbox"/>
e/ penis dítěte do vašeho konečníku	<input type="checkbox"/>
f/ penis dítěte jinam nebo váš penis jinam	<input type="checkbox"/>
g/ vaše ústa na pochvu dítěte	<input type="checkbox"/>
h/ vaše ústa na konečník dítěte	<input type="checkbox"/>
i/ vaše ejakulace do úst dítěte	<input type="checkbox"/>
j/ váš penis do ruky dítěte nebo penis dítěte do vaší ruky nebo vzájemná	<input type="checkbox"/>
k/ vaše masturbace před dítětem, dítěte před vámi nebo společná	<input type="checkbox"/>
l/ váš penis do pochvy dítěte	<input type="checkbox"/>
m/ jakékoliv aktivity spojené s bolestí, svazováním, dominancí apod.	<input type="checkbox"/>

29. Máte reálnou zkušenost se sexem s preferovaným objektem? To znamená, jestli jste s dítětem došel k vyvrcholení jakýmkoliv způsobem (souloží, masturbací apod.)

a/ ano			
b/ ne			

30. Přitahují vás i dospělí? Pokud ano, kdo?

a/ nepřitahují			
a/ ano, přitahují mne také muži			
b/ ano, přitahují mne také ženy			

31. Pokud by záleželo jenom na Vás a vše bylo legální, pro dosažení orgasmu byste dal přednost (označte jen jednu možnost) :

a/ Masturbaci jen s preferovanými fantaziemi s dítětem	<input type="checkbox"/>
b/ Sexuálnímu vybití (dosažení vyvrcholení, lhostejno jak) s dítětem	<input type="checkbox"/>
b/ Masturbaci s využitím pornografie včetně dětské	<input type="checkbox"/>
c/ Dráždění rukou dospělého partnera/partnerky	<input type="checkbox"/>
d/ Dráždění ústy dospělého partnera/partnerky	<input type="checkbox"/>
e/ Souloži s dospělou partnerkou do pochvy	<input type="checkbox"/>
f/ Souloži s dospělým partnerem/partnerkou do konečníku	<input type="checkbox"/>

Děkuji za Váš čas. Vyplněný dotazník, prosím, zašlete mailem na adresu:
trojan@thklinika.cz

MUDr. Ondřej Trojan

Příloha č. 3: Ukázky fotografií z podnětové sady



**Objekty dětské,
kat. F/M 2**



**Objekty
adolescentní
kat. F/M 4**



**Objekty
dospělé,
kat. F/M 6**

**Objekty
orogenitální téma,
kat. ORHT**



Neutrální snímky

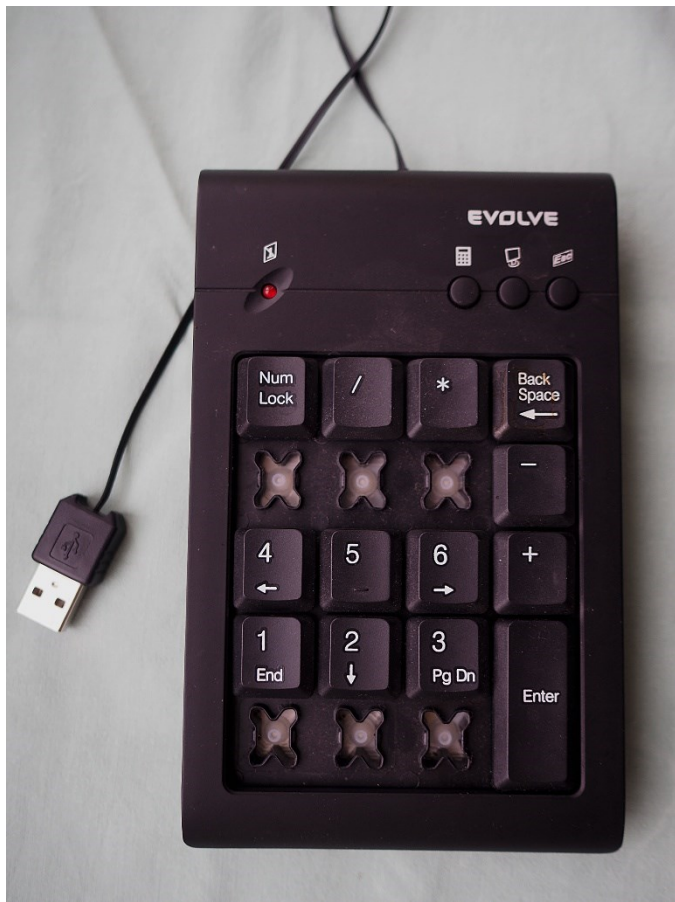
**Úvodní
instrukce
VRT**

Dobrý den,

prosím, posad'te se klidně, uvolněte se, položte si na klín číselnou klávesnici a připravte se na hodnocení snímků. Ty následují jeden za druhým bez pauzy, další naskočí vždy, když ohodnotíte předešlý. Nehodnotíte kvalitu fotografií ani „krásu“ objektů, ale pouze jejich erotickou a sexuální přitažlivost. Nejpřitažlivější hodnot'te jako č. 6, nejméně přitažlivý je „1“.

Až budete připraven,
stiskněte libovolnou číslici!

Příloha č. 4: Numerická klávesnice pro VRT



Příloha č. 5: Příklad pro penilní plethysmografii GETA

