

**UNIVERZITA KARLOVA**  
**FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ**

**Bakalářská práce**

**2017**

**Kristýna Šulcová**

**UNIVERZITA KARLOVA**  
**FAKULTA HUMANITNÍCH STUDIÍ**



**Proces coming outu u pedofilních mužů**

Bakalářská práce

**Kristýna Šulcová**

**Vedoucí práce:** Mgr. Klára Bártová, Ph.D.

2017

### **Prohlášení**

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně. Všechny použité prameny a literatura byly řádně citovány. Práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 30. 6. 2017

.....

Podpis

## **Poděkování**

Na tomto místě bych ráda poděkovala své vedoucí Mgr. Kláře Bártové, Ph.D. za její rady, trpělivost a laskavý přístup, kterého si velmi cením. Dále bych ráda poděkovala vedoucí laboratoře Evoluční sexuologie a psychopatologie Národního ústavu duševního zdraví Mgr. Kateřině Klapilové, Ph.D., že mi umožnila přístup k datům, bez nichž by tato práce nemohla vzniknout a v neposlední řadě děkuji své mamce, všem ostatním členům rodiny a všem přátelům za podporu.

## OBSAH

ÚVOD .....	7
I. TEORETICKÁ ČÁST.....	8
1. PARAFILIE.....	9
1.1 Definice a klasifikace.....	9
1.2 Změny v pojetí parafilí .....	10
1.3 Parafilie a parafilní porucha.....	11
1.4 Kritika diagnostického manuálu .....	12
2. PEDOFILIE.....	13
2.1 Definice pedofilie.....	13
2.2 Hebefilie, efebofilie .....	15
2.3 Atraktivní atributy pro pedofily .....	15
2.4 Výskyt pedofilie ve společnosti .....	16
3. PEDOFILIE Z POHLEDU SEXUOLOGIE .....	18
3.1 Etiologie pedofilie.....	18
3.2 Psychosexuální vývoj pedofilů .....	19
3.3 Diagnostika pedofilie .....	20
3.4 Terapie pedofilů .....	23
3.4.1 Terapie a cíle .....	23
3.4.2 Terapeutické přístupy .....	23
3.4.3 Modely ambulantní terapie.....	25
3.4.4 Ukončení léčby .....	26
4. PEDOFILIE A SPOLEČNOST.....	27
4.1 Tabu nedotknutelnosti dítěte.....	27
4.2 Sexuální delikvence .....	28
4.2.1 Právní vymezení sexuálního zneužívání dětí .....	28
4.2.2 Sexuální zneužívání dětí.....	30
4.2.3 Prevence sexuálního zneužívání dětí.....	31
4.3 Pedofilní komunity v České republice .....	32
4.4 Kontakt pedofilů s dětmi a rizikové faktory .....	33
5. COMING OUT.....	36
5.1 Vnitřní a vnější coming out.....	36
5.2 Fáze coming outu .....	37

5.3 Přijetí pedofilních jedinců a předsudky ve společnosti.....	38
II. EMPIRICKÁ ČÁST.....	41
6. CÍLE VÝZKUMU.....	42
7. VÝZKUMNÉ OTÁZKY.....	43
8. METODOLOGICKÝ RÁMEC VÝZKUMU A METODY .....	44
8.1 Typ výzkumu .....	44
8.2 Získávání dat.....	44
8.3 Analýza dat .....	45
8.4 Etika a etické aspekty.....	45
9. VÝZKUMNÝ SOUBOR .....	47
9.1 Výběr výzkumného souboru .....	47
9.2 Charakteristika výzkumného souboru.....	47
9.3 Přehledové tabulky.....	49
9.3.1 Toxikologie a závislosti.....	49
9.3.2 Sexuální orientace .....	49
9.3.3 Primární a sekundární preference a věkový rozsah .....	50
9.3.4 Sexuální delikvence.....	52
9.3.5 Zkušenosti s terapií a léčbou .....	52
9.3.6 Vnitřní a vnější coming out .....	52
10. ANALÝZA DAT .....	55
10.1 Výzkumná otázka č. 1 .....	55
10.2 Výzkumná otázka č. 2 .....	57
10.3 Výzkumná otázka č. 3 .....	60
10.4 Výzkumná otázka č. 4 .....	61
10.5 Výzkumná otázka č. 5 .....	64
11. ZÁVĚRY VÝZKUMU A DISKUSE.....	68
POUŽITÁ LITERATURA A ZDROJE.....	72
PŘÍLOHY.....	76
Příloha č. 1: Náborový leták k výzkumu sexuálních preferencí mužů.....	77
Příloha č. 2: Vyjádření etické komise .....	78
Příloha č. 3: Informovaný souhlas se studií .....	80
Příloha č. 4: Otázky k polostrukturovanému anamnestickému pohovoru.....	83

## ÚVOD

Pedofilie je jednou z nejdiskutovanějších parafilii ve společnosti. Jedná se o parafilii, ke které se váže velmi mnoho předsudků, a která je často neprávem spojována především se sexuálním zneužíváním dětí. Všechny tyto předsudky vycházejí především z nízké informovanosti neodborné veřejnosti. Pojem „pedofilie“ zná téměř každý člověk, ovšem ne každý zná jeho skutečnou podstatu a definici. Ačkoliv se v posledních letech zvušuje snaha ukázat pedofilii v jiném světle (např. dokumentární film Danielův svět, pochod Prague Pride), stále se jedná o velice neprobádané téma.

V této práci jsem se rozhodla zaměřit na vnitřní a vnější coming out pedofilních mužů, což je období, kdy si jedinci nejdříve začínají svou pedofilní preferenci uvědomovat, tedy procházejí vnitřním coming outem a následně se někteří svěřují svému okolí, tedy procházejí vnějším coming outem. Coming out může pro pedofily být psychicky velmi náročným procesem. Někteří jedinci mohou mít problém se s parafilii sami smířit, někteří nenajdou pochopení u svých blízkých, někteří se se svou sexuální preferencí nikomu ani nesvěří. Všechny tyto problémy mohou být umocněny právě předsudky, které se k pedofilii vážou.

V této práci chci přiblížit proces, kterým si pedofilní jedinci procházejí v době coming outu, jak ho prožívají, a jak ho zpětně hodnotí. Domnívám se, že za svou sexualitu by nikdo neměl být předem souzen. Doufám, že tato práce přinese nové poznatky a přispěje k většímu porozumění a toleranci vůči pedofilním jedincům.

## **I. TEORETICKÁ ČÁST**



# 1. PARAFILIE

V této kapitole představím termín parafilie, jaká je jejich definice, jak se klasifikují, které diagnostické manuály je upravují, a jak se různí názory na definici parafilií a parafilních poruch.

## 1.1 Definice a klasifikace

Ze sexuologického hlediska můžeme za normální považovat takové konsenzuální (souhlasné) sexuální aktivity, které se odehrávají mezi psychosexuálně a somatosexuálně dostatečně zralými a pokrevně v přímé linii nespřízněnými partnery a které nevedou k jejich psychickému nebo tělesnému poškození (Weiss a kol., 2010).

Sexuální deviace neboli parafilie jsou kvalitativní odchylkou struktury sexuálního motivačního systému. Parafilii podstatně určují biologické faktory a je celoživotní a trvalou charakteristikou individua, sexuální preferenci nelze změnit léčbou, trestem ani jinými prostředky. Lze pouze modifikovat sexuální chování, tedy vnější projevy (Weiss a kol., 2010). Sexuální preference je způsob, kterým jedinec dosahuje sexuálního uspokojení, a jakým objektem je přitahován. Vývoj tohoto mechanismu není zatím plně objasněn (Weiss a kol., 2010). Podle Weisse (2002) neexistuje obecně přijatá a vyčerpávající definice sexuální parafilie.

Parafilie jsou začleněny v mezinárodně používané příručce vydané Americkou psychiatrickou společností, která se nazývá Diagnostický a statistický manuál duševních poruch, zkráceně DSM. V prvním vydání DSM-I z roku 1952 byly parafilie zařazeny mezi *Sociopatické poruchy osobnosti*. Další vydání z roku 1968 (DSM-II) uvádělo, že se jedná o sexuální deviaci v případě, že „*sexuální zájem individua zahrnuje jiné objekty než dospělé jedince opačného pohlaví*“. Sexuální deviace byly zařazeny mezi Poruchy osobnosti a nepsychotické duševní poruchy (Weiss, 2002, s. 31).

Sexuální deviace jsou podle Weisse (2002) dvojího druhu – deviace v aktivitě a deviace v objektu.

Deviace v aktivitě jsou poruchy ve způsobu, kterým jedinec dosahuje sexuálního vzrušení a uspokojení. Mezi deviace v aktivitě se řadí například voyeurismus<sup>1</sup> či

---

<sup>1</sup> Voyeurismus je podle Weisse a kol. (2010) parafilie, při níž je vzrušení dosahováno sledováním intimního počínání nic netušících anonymních objektů, většinou spojeného s masturbací.

exhibicionismus<sup>1</sup> (Weiss, 2002). Deviace v objektu jsou kvalitativní poruchy sexuální motivace charakterizované neadekvátním zaměřením erotické touhy. Mezi nejznámější deviaci v objektu patří právě pedofilie. Dále například fetišismus<sup>2</sup> a transvestitismus<sup>3</sup> (Weiss, 2002).

## 1.2 Změny v pojetí parafilí

Přístup k parafilíím se s postupem doby mění. Termín parafílie se poprvé objevil v roce 1980 ve třetím vydání DSM-III. Čtvrté vydání DSM-IV stanovilo pro diagnózu parafílie kritéria, která vyžadovala, aby se u jedince vyskytovaly opakované sexuální fantazie, sexuální potřeby nebo sexuální chování, které zahrnuje (Weiss, 2002):

- A) *Nehumánní objekty*
- B) *Utrpení nebo ponížení sebe nebo partnera*
- C) *Děti nebo jiné nesouhlasící osoby*

Aktuální vydání DSM-V z roku 2015<sup>4</sup> označuje termínem parafílie jakýkoliv jiný intenzivní a přetrvávající sexuální zájem než zájem o genitální stimulaci či přípravné mazlení s fenotypově normálními, fyzicky zralými, souhlasícími, lidskými partnery. Za některých okolností může být obtížné aplikovat kritérium „intenzivní a přetrvávající“, a to například při posuzování pacientů, jež jsou z klinického hlediska nemocní, a tedy nepocít'ují „intenzivní“, sexuální zájem žádného typu. Za těchto okolností je termín parafílie definován jako sexuální zájem větší či stejný jako normální sexuální zájem.

V České republice má oficiální platnost *Mezinárodní klasifikace nemocí* (MKN-10), publikovaná v roce 1999 WHO (Světovou zdravotnickou organizací). Podle ní jsou sexuální deviace zařazeny v kapitole *Duševní choroby a poruchy chování* do sekce *Poruchy osobnosti a*

---

<sup>1</sup> Exhibicionismus podle Weisse (2002) vyvolává vzrušení odhalováním genitálu před neznámými ženami či dívkami, expozice genitálu může probíhat před osamělou ženou nebo skupinou více dívek či žen. Někdy je toto odhalení spojeno s erekcí a s masturbací.

<sup>2</sup> Fetišismus je parafílie, u které je „erotické zaměřením na neživé předměty nebo na části těla, které zastupují normální sexuální objekt“ (Weiss a kol., 2010, s. 480).

<sup>3</sup> Transvestitismus je parafílie u níž je „vzrušení dosahováno převlékáním se do šatů opačného pohlaví a eventuálně i vystupováním v roli opačného pohlaví“ (Weiss a kol., 2010, s. 481).

<sup>4</sup> Anglický originál byl vydán již v roce 2013, v této práci jsem pracovala s českým vydáním, které vyšlo podle anglického originálu v roce 2015.

*chování u dospělých* pod kódem F65 jako *Poruchy sexuální preference, parafilie*. (Weiss, 2002, s. 31)

Podle této klasifikace jsou parafilie charakterizovány „sexuálními impulzy, fantaziemi nebo praktikami, které jsou neobvyklé, deviantní nebo bizarní“ (Weiss, 2002, s. 32).

Mezi diagnostická kritéria parafilií podle MKN-10 (1999) patří tyto podmínky:

- A) *Jedinec opakovaně* prožívá intenzivní sexuální touhy a fantazie týkající se neobvyklých objektů nebo aktivit.
- B) *Jedinec buď touhám vyhoví nebo je jimi citelně obtěžován*
- C) *Preference je přítomna nejméně šest měsíců.*

### **1.3 Parafilie a parafilní porucha**

DSM-V rozlišuje mezi parafilií a parafilní poruchou. Parafilie je sama o sobě nutnou, ale ne dostatečnou podmínkou pro diagnostikování parafilní poruchy, parafilie jako taková nutně nezdůvodňuje či nevyžaduje klinickou intervenci. Pokud však parafilie jedinci způsobuje nepohodu či narušení, anebo její uspokojení může způsobit osobní újmu či riziko zranění dalších osob, pak mluvíme o parafilní poruše (DSM-V, 2015).

V souboru diagnostických kritérií pro každou ze jmenovaných parafilních poruch platí dvě kritéria. Kritérium A specifikuje kvalitativní charakter parafilie; kritérium B specifikuje negativní dopady parafilie. Za účelem zachování rozdílu mezi parafilní poruchou a parafilií by měl být termín diagnóza určen výhradně pro jedince, kteří splňují kritérium A i B (tedy jedinci, jež trpí parafilní poruchou). Pokud jedinec splňuje kritérium A, nikoli však kritérium B pro konkrétní parafilii, tzn. parafilie nezpůsobuje žádné nežádoucí vnější projevy, poté tedy může být u tohoto jedince klasifikována parafilie, ne však parafilní porucha (DSM-V, 2015). Vnější projevy sexuálních parafilií zahrnují širokou škálu aktivit, může se jednat o neškodné, ale společensky nevhodné či obtížné chování (např. exhibice), ale může se jednat také nebezpečné trestné činy proti lidské důstojnosti, zdraví či životu obětí. Společensky nebezpečné parafilie se mohou navenek projevit jako sexuální delikt. (Weiss, 2002)

Není vzácností, že se u jedince objevují dvě i více parafilií. V některých případech spolu objekty parafilního zájmu úzce souvisí a spojení mezi parafilii je intuitivně pochopitelná (například fetišismus zaměřený na boty a nohy). V jiných případech není souvislost mezi parafilii zřejmá a přítomnost rozličných parafilií může být náhodná, anebo vztažená k jiné generalizované vulnerabilitě vůči anomáliím psychosexuálního vývoje. V každém případě je

komorbidní diagnóza jiných parafilních poruch oprávněná, pokud jedinci způsobuje utrpení anebo jiným lidem újmu více než jedna parafilie. (DSM-V, 2015)

#### **1.4 Kritika diagnostického manuálu**

Nové vydání Diagnostického a statistického manuálu vychází přibližně každých deset let, a ačkoliv se jedná o mezinárodně uznávaný manuál, některé změny v diagnostických kritériích jsou kritizovány. Fedoroff, Gioacchino a Murhpy (2013) poukazují na některé z nich, tvrdí, že systémy klasifikace se liší podle toho, co je klasifikováno a na jakém základě, to samé podle nich platí i u Mezinárodní klasifikace nemocí. Základní diagnostický systém, který APA vytvořila, je založen na příznacích. Podle Fedoroffa a kol., to však není pro parafilie dostačující. Podle nich mají parafilie v DSM-V příliš jednoduchou definici na základě které by se mnoho jedinců mohlo považovat za parafilní, ačkoli tomu tak není. Kritizují také diagnostiku na základě kulturních kritérií, neboť v průběhu času se mění pohled veřejnosti a s tím i diagnostika parafilie jako například u homosexuality, která byla do roku 1973 zařazena mezi duševními poruchami.

Ačkoliv se parafilní porucha týká sexuální touhy, není žádná souvislost mezi intenzitou sexuální touhy a parafilí. Jedinci s vyšší sexuální touhou nemají větší pravděpodobnost, že budou parafilní a naopak člověk s nízkou sexuální touhou, může být parafilní (Fedoroff a kol., 2013).

## 2. PEDOFILIE

V této kapitole se zaměřím na definici pedofilie a její zařazení do diagnostických manuálů duševních poruch. Dále se zaměřím na otázku atraktivních atributů pro pedofily a jaká je prevalence pedofilie ve společnosti.

### 2.1 Definice pedofilie

Pojem pedofilie není široké veřejnosti cizí, ne vždy je však užíván ve správném významu, a to jak v médiích, tak v běžné komunikaci. Název pedofilie pochází z řeckého *pais* (hoch) a z řeckého *philós* (milovník). Tento význam slova poukazuje na to, že pedofil není někdo, kdo dětem ubližuje, pedofil je v doslovném znění milovník dětí. Jak uvádí Weiss (2002, s. 74): „*Jedná se o erotické zaměření na objekty v prepubertálním věku, tedy na chlapce a dívky bez znaků dospívání.*“

MKN-10 (1999), tedy Mezinárodní klasifikace nemocí, zařazuje pedofilii mezi Poruchy sexuální preference, která, jak již bylo uvedeno, spadá mezi Poruchy osobnosti a chování u dospělých (F65). Pedofilii definuje jako „*sexuální preferenci dětí, buď chlapců nebo děvčat nebo obojího pohlaví, obvykle prepubertálního nebo časného pubertálního věku.*“

Podle nejnovějšího vydání DSM-V (2015) jsou diagnostická kritéria pedofilní poruchy následující:

- A) *Po dobu alespoň šesti měsíců opakované a intenzivní vzrušení způsobené fantaziemi, sexuálními nutkáním či chováním, jež zahrnují sexuální aktivitu s prepubertálním dítětem či dětmi (obecně ve věku 13 let či mladším).*
- B) *Jedinec jednal na základě těchto sexuálních potřeb anebo u tyto sexuální touhy či fantazie způsobují významnou nepohodu nebo interpersonální nesnáze.*
- C) *Jedinec dovršil minimálně věk 16 let a je nejméně o 5 let starší než dítě či děti uvedené v kritériu A.*

Poznámka: Toto kritérium nezahrnuje jedince v pozdní adolescenci, kteří aktuálně udržují sexuální vztah s dvanácti- či třináctiletým jedincem

**Tabulka 1: Poruchy sexuální preference, MKN-10**

<b>Kód</b>	<b>Parafilie</b>
F65.0	Fetišismus
F65.1	Fetišistický transvestitismus
F65.2	Exhibicionismus
F65.3	Voyeurismus
F65.4	Pedofilie
F65.5	Sadomasochismus
F65.6	Mnohočetné poruchy sexuální preference
F65.8	Jiné poruchy sexuální preference (Frotérství, Nekrofilie)
F65.9	Porucha sexuální preference NS

(MKN-10, 1999)

Jak již však bylo uvedeno, parafilie a parafilní porucha se liší a z obecných důvodů je z manuálů MKN-10 a DSM-V zřejmé, že výskyt příznaků jakékoli diagnózy se považuje za nemoc či poruchu pouze tehdy, působí-li potíže svému nositeli nebo jeho okolí. Kalina (2014) uvádí, že ačkoli je pedofilie uvedena v oficiálním seznamu nemocí, o tom, co je a co není nemoc, nerozhodují lékaři, ale člověk a jeho okolí, tedy rodina, přátelé, společnost, a podobně. Je-li někdo spokojen s tím, jaký je, a žije spokojeně v souladu s ostatními na svém místě ve světě, nemusí se to považovat za nemoc.

Podle DSM-V (2015) pokud jedincům jejich sexuální zájem o děti či jejich preference nezpůsobuje psychosociální obtíže a nepocítují pocity viny, hanby či úzkosti způsobené těmito impulzy, a pokud je tyto parafilní impulzy funkčně neomezují (což je doloženo jejich vlastním míněním, objektivním posouzením, či obojím), a pokud jejich osobní i právní záznamy dokazují, že nikdy nejednali na základě těchto potřeb, pak u nich lze konstatovat pedofilní preferenci, nikoli poruchu, čili se z tohoto hlediska nejedná o nemoc.

Fifková (1998, s. 58) uvádí, že „pedofilně orientovaný člověk pocítuje přesně to, co pocítuje nepedofilní většina při navazování vztahu erotického zamilování s dospělými partnery. Namísto k dospělé osobě však cítí lásku k dítěti.“ Je zřejmé, že pedofilie neznamená nutně sexuální zájem, ale i zájem emocionální.

## 2.2 Hebefilie a efebofilie

Pedofilní jedinec může být homosexuálně, heterosexuálně i bisexuálně orientován. DSM-V (2015) dále rozděluje typ *exkluzivní* – je přitahován pouze dětmi a nemá tedy žádnou sekundární sexuální preferenci<sup>1</sup> nebo typ *neexkluzivní* – není přitahován výhradně dětmi a má i sekundární sexuální preferenci.

Nejčastější je zaměření na děti ve věku, kdy se u nich ještě neprojevují známky dospívání (Weiss a kol., 2010). Erotické zaměření na pubescenty se označuje pojmy hebefilie a efebofilie. U hebefilie se jedná se o zaměření na pubertální dívky, efebofilie znamená zaměření na dospívající chlapce ve věku začínající puberty (Weiss a kol., 2010). Není však jasné, zda tyto kategorie zařadit mezi pedofily nebo zda se jedná o samostatnou parafilii. DSM-V kategorii hebefilie a efebofilie nerozlišuje, je možné ji však zařadit mezi „Ostatní parafilní poruchy“.

Blanchard a kol. (2008) se ve svém výzkumu zaměřil na rozlišení pedofilie a hebefilie (pojem hebefilie a efebofilie autoři nerozlišují). Výzkum čítal celkem 881 jedinců, kteří se již v minulosti dopustili deliktu, či se u nich projevovalo nějaké problematické sexuální chování. Sexuální reaktivita byla měřena penilním pletysmografem<sup>2</sup> a participanti byly rozděleni podle preferovaného věku sexuálního partnera na pedofily, hebefily a teleiofily. Podle Blancharda (2008) je teleiofil jedinec, který preferuje sexuálně vyspělé partnery. Rozdíly v měření vzrušivosti byly značné a prokázaly, že sexuální reaktivita souhlasila s udávaným preferovaným věkem. U pedofilů byla nejsilnější reakce na prepubescentní děti a u hebefilů byla reakce nejsilnější na pubescenty. Výsledky tak naznačují, že hebefilie může být považována za samostatnou kategorii parafilie.

## 2.3 Atraktivní atributy pro pedofily

Weiss (2002) uvádí, že pedofilové preferují jak fyzickou nezralost objektu, tedy nepřítomnost sekundárních pohlavních znaků tak i jeho dětské chování. Podle výzkumu Langa

---

<sup>1</sup> Sexuální preference je „způsob, kterým jedinec dosahuje sexuálního uspokojení, a to, jakým objektem je eroticky přitahován“ (Weiss a kol. 2010, s. 103). Sekundární sexuální preference se vyskytuje u jedinců v případě, že jsou eroticky přitahováni i jiným způsobem či objektem než který zahrnuje jejich primární preference.

<sup>2</sup> Metoda penilní pletysmografie je přístrojové vyšetření, při němž se klientovi za použití vizuálních objektů snímají objemové a obvodové změny penisu, čímž se zpřesňuje diagnóza a přináší tak velice cenné informace, týkající se především struktury sexuality klienta (Trojan, 2007).

(1995, citováno podle Weisse 2002) jsou konkrétními atributy, které jsou pro pedofily atraktivní poslušnost (85%), dostupnost (72%), zranitelnost (67%), sexuální zvědavost (65%), pasivita (47%), nevinost (41%).

Někteří autoři tvrdí, že pedofilové jsou sociosexuálně nezralí jedinci, a proto vnímají sex s partnerem stejné věkové kategorie jako ohrožení, jiní zase předpokládají příliš úzký kontakt s matkou, který znemožňuje navázání neohrožujícího vztahu s jinou dospělou ženou nebo v dětech hledají stejný typ partnerů, s nimiž měli v minulosti podobné aktivity (Genhard a spol., 1965 podle Weiss, 2002). Jiné teorie uvádějí, že pedofilové jsou s nezralým sexuálním objektem lépe schopni prožít maskulinní a dominantní roli než s dospělým partnerem (Storr, 1964).

## **2.4 Výskyt pedofilie ve společnosti**

Freund (1967) při svém výzkumu erotických preferencí u pedofilů za pomoci falometrického měření zjistil, že dospělí jedinci s preferencí na dospělé partnery reagovali na dospělé jedince silněji než na děti, ale zároveň reagovali více na děti preferovaného pohlaví než na jedince nepreferovaného pohlaví jakéhokoli věku. Freundův výzkum (1967) tak ukázal, že se může určitá sexuální reaktivita na děti objevit i u nepedofilních jedinců. Kolika lidem však blízký kontakt s dítětem či dětská nahota způsobuje pohlavní vzrušení, je otázkou. Rovněž je otázkou, jak vysoké procento pedofilů dokáže se svou touhou pracovat a obstát bez nezákonných aktivit (Brichcín, 2002). Značný počet pedofilů se může projevovat občansky nenápadně a vyrovnávat se svou parafilii sami a v ústraní. Svou náklonnost k dětem mohou formulovat skrze pedagogické činnosti a podobné profese či zájmy, aniž by porušili zákonné normy. Někteří se tělesně sblíží s osobami nedospělého vzhledu, s dětským chováním a prožíváním, ale ve věku nad zákonnou ochranou mládeže. Jejich parafilie je celoživotně utajena. (Brichcín, 2002). Pouze část parafilních osob je však celoživotně odkázána na výhradně parafilní způsob sexuálního uspokojení. Ostatní žijí ve více nebo méně uspokojivých manželstvích nebo partnerských vztazích (Weiss a Brichcín, 1990).

Prevalence pedofilní poruchy je v populaci poměrně neznámá. DSM-V (2015) udává jako nejvyšší možnou míru výskytu pedofilie v mužské populaci přibližně 3-5%. Výskyt pedofilie v ženské populaci je ještě více nejistý, ale je to pravděpodobně jen nepatrný zlomek výskytu pedofilní poruchy v populaci mužské.

Ahlers a kol. (2011) provedli výzkum na toto téma a ukázalo se, že ve vzorku 367 mužských respondentů bylo zjištěno, že 9,5% respondentů mělo erotickou představu o dětech.



3% respondentů uvedli sexuální zkušenost s dítětem. Vzorek však nebyl reprezentativní, neboť respondenti byli starší než 40 let, tudíž chyběl věk nejvyšší sexuální aktivity, a navíc většina respondentů žila ve stabilním partnerském vztahu, takže by se ani nejednalo o výhradní pedofily. Problémem výzkumů na téma výskytu pedofilie v populaci je, že vycházejí často ze vzorků delikventních jedinců, což ukazuje spíše sexuální zneužívání a nemusí se jednat o skutečné pedofily.

Briere a Runtz (1989) provedli výzkum, ve kterém vyšlo najevo, že ze vzorku 193 vysokoškoláků si 9% představovalo sex s malým dítětem a 5% masturbovalo nad představou dítěte. Ani tento vzorek však nebyl reprezentativní, neboť šlo pouze o vysokoškolské studenty.

Seto (2009) uvedl, že je výskyt pedofilie srovnatelný s výskytem homosexuality, uvádí nejvyšší míru 5%.

Podle Weisse je společnost k nekonformním sexuálním projevům žen obecně podstatně tolerantnější než k deviantnímu chování mužů. Dodnes u většiny lidí přežívá obraz femininity jako něčeho naprosto neslučitelného se sexuálním násilím a současně i obraz ženy jako pečující a milující matky, který je zcela v rozporu s představou sexuálního zneužívání dětí. Ženy jsou dodnes vnímány spíše jako oběti sexuální dominance a sexuálního násilí ze strany mužů (Weiss, 2002). Weiss dále uvádí, že v případech pedofilních deliktů páchaných ženami často nejde o pouhý jednorázový akt zneužití, ale o opakované pedofilní aktivity. Většina sexuálních deliktů žen má formu sexuálního zneužití dětí, a to zvláště v rámci příbuzenstva (Weiss, 2002). Podle Fafejty (2016) je přesvědčení, že pedofilní mohou být pouze muži, dalším mýtem, který se k pedofilii váže. Tento mýtus vychází ze sociálního konstruktů, podle něhož jsou muži vnímáni jako sexuálně aktivní a ženy jsou chápány jednak jako sexuálně pasivní a zároveň je ženství spojováno s mateřstvím. To, co může být u mužů považováno za sexuální touhu, je u žen považováno za projev mateřské lásky (Fafejta, 2016).

Ve výzkumu, který zkoumal mladé delikventy obou pohlaví bylo 61 mladých žen a 122 mladých mužů, kteří se již dopustili sexuálního zneužívání na dětech. Ukázalo se, že mezi muži a ženami jsou značné rozdíly. Ženy byly v době prvního zatčení výrazně mladší než muži, stejně tak se objevoval rozdíl ve věku obětí, ženy měly častěji mladší oběti. Pokud jde o pohlaví obětí, u žen byla obě pohlaví přibližně v rovnováze, zatímco muži se ve většině dopustili zneužití na dívkách a rovněž dostávali v průměru vyšší tresty (Vandiver, Raymond, 2006).

### 3. PEDOFILIE Z POHLEDU SEXUOLOGIE

V této kapitole představím odborný náhled na pedofilii z pohledu sexuologie a lékařů. Jaké jsou názory na vznik této sexuální preference, jaký je psychosexuální vývoj pedofilů a na základě kterých podnětů se pedofilie diagnostikuje. Dále se zaměřím na možnosti terapie a léčby pedofilie a jaké jsou názory na kontakt pedofilních jedinců s dětmi.

#### 3.1 Etiologie pedofilie

Sexuální vývoj jedince je komplexní a málo prozkoumaná oblast, a dosud není žádná všeobecně přijímaná koncepce vzniku a vývoje parafilí (Weiss a kol., 2010). Pedofilní preference jako taková se jeví jako celoživotní (DSM-V, 2015). Podle Brichtína (2002) sexuologové nedořešili, co je pravou podstatou jejich parafilního puzení či deviantních činů. Sexuálně motivační systém není dostatečně probádán. Pozornost badatelů je totiž upřena spíše k psychosexuálnímu vývoji a k pozorovatelnému konání parafilních osob než ke studiu vnitřního řízení jejich sexuálních popudů a emocí. Podle toho, co o poruše víme, můžeme léčit buď její skutečnou příčinu, nebo pouhý příznak či důsledek abnormálních pochodů (Brichtín, 2002).

I když u parafilí není známá přesná etiologie, je velmi pravděpodobné, že je hlavní příčinou vrozená dispozice. Zdá se, že pozdější okolnosti jako výchova, sexuální zkušenosti apod. hrají spíše jen formující roli. Existuje však mnoho směrů a teorií, které se snaží najít jasnou organickou příčinu parafilí podle toho, kterým faktorům přisuzují autoři rozhodující význam (Weiss a kol., 2010).

Z evolučního hlediska jsou pro heterosexuální muže u žen atraktivní fertilní znaky jako je poměr boků k pasu, obličej apod. U těchto fyzických znaků je z evolučního hlediska nejatraktivnější průměrnost, neboť ta značí minimum genetických anomálií (Quinsey a Lalumiere, 1995). U pedofilních jedinců tento detektor pro rozpoznávání fertilních znaků selhává, což má za následek, že je fertilní znaky u žen nepřitahují, což také vysvětluje, že je mezi pedofily výrazné zastoupení homosexuálních a bisexuálních jedinců. Pedofilní jedinci jsou zaměřeni na dětské rysy, jako je např. hladká kůže, lesklé vlasy, dětská chůze (Quinsey a Lalumiere, 1995).

Někteří badatelé zastávají teorie, že mnoho pachatelů pedofilních deliktů má podobně sexuálně traumatizující zážitek v anamnéze. Například výzkum Cohenové a kol. (2002) ukázal, že 60% pedofilních jedinců mělo sexuální zážitek v dětství, oproti tomu v kontrolní skupině měla podobnou zkušenost pouhá 4%. Čísla a statistiky z podobných výzkumů však nejsou

dostatečně spolehlivé. I za předpokladu, že by se tyto teorie prokázaly, neodpověděly by na dvě základní otázky:

Proč se sexuálních deliktů v dospělosti dopouští pouze část v dětství zneužitých jedinců? Proč se sexuálních deliktů dopouštějí muži, kteří sexuálně traumatizováni nebyli? (Weiss a kol., 2005)

Araji a Finkelhor (1985) porovnávali dostupné studie o pedofilech a na základě mnoha teorií rozdělili čtyři základní teorie, které se snaží vysvětlit příčinu pedofilie:

1. *Emocionální shoda* – Existuje mnoho teorií, které vysvětlují, proč jsou děti pro pedofily po emoční stránce žádanější dospělí, a proč má dospělý muž potřebu navazovat vztah právě s dětmi (například emoční nevyzrálost pedofilů, zpomalený vývoj atd.)
  2. *Sexuální vzrušení* – Teorie, které se zaměřují na sexuální vzrušení pedofilů a na příčiny pedofilie z hlediska sexuálního vzrušení (například sexuální zážitek z dětství pedofila)
  3. *Blokování* – Teorie, které se zaměřují na muže, kteří upřednostňují děti kvůli neschopnosti v navázání vztahu s dospělými ženami (například sexuální úzkost)
  4. *Dezinhibice* - Ztráta sebekontroly – Soubor teorií, které vysvětlují, proč někdy u dospělých mužů nefungují běžné zábrany pro sex s dětmi. Někdy se jedná o vlivy situační, někdy o kulturní či sociální (například užití alkoholu, mentální retardace atd.)
- V těchto výzkumech se však podle autorů vyskytují různé definice pedofilie.

### 3.2 Psychosexuální vývoj pedofilů

V oblasti lidského sexuálního chování i prožívání představuje pedofilie nejvýraznější odchýlení od obecně uznávaných norem, a proto jsou její důsledky na psychiku postiženého jedince ve srovnání s jinými sexuálními poruchami pravděpodobně i nejtěžší (Weiss, 2002). Psychosexuální vývoj deviantů se může v některých charakteristikách od vývoje příslušníků sexuální většiny lišit.

Jedinci s pedofilní poruchou dále prožívají subjektivní nepohodu (např. pocity viny či hanby, intenzivní sexuální frustrace či pocit izolace), nebo sklony se sexuálně projevat s dětmi, anebo obojí.

Dospělí muži trpící pedofilní poruchou uvádějí, že si poprvé uvědomili silný či preferenční sexuální zájem o děti okolo období puberty ve stejném období jako si muži, kteří preferují fyzicky vyspělé jedince, uvědomili svůj sexuální zájem o muže či ženy. Snaha diagnostikovat pedofilní poruchu ve věku, kdy se poprvé projeví, je problematická kvůli obtížím, které mohou nastat při odlišování pedofilní poruchy a věku adekvátního sexuálního

zájmu o vrstevníky v průběhu vývoje v adolescenci či sexuální zvědavosti. Proto je pro diagnózu vyžadován minimální věk 16 let (viz. kapitola Diagnostika pedofilie) (DSM-V, 2015).

Pedofilně orientovaní lidé často zažívají během dospívání pocity sexuální nedostačivosti a odlišnosti, které zpravidla vedou k poruchám sebehodnocení i mimo oblast sexuality. Mají často za následek narušení schopnosti navazovat adekvátní kontakt s věkově přiměřenými objekty. Pokusy o adaptaci na věkově přiměřené partnery jsou činěny, ale málokdy mají delší trvání. V době iniciace koitálních styků trpí pedofilové často nedostatečnou erekcí nebo jinou sexuální dysfunkcí, z toho důvodu mohou s dospělou partnerkou prožívat pocit ohrožení, zatímco svět dětí pro ně představuje útočiště a bezpečí. (Weiss a Bricicín, 1990)

### 3.3 Diagnostika pedofilie

Diagnostika pedofilie není jednoduchá, jak bylo uvedeno výše, pedofilii je obtížné diagnostikovat v době, kdy se poprvé objeví, proto je pro diagnózu vyžadován minimální věk 16 let (DSM-V, 2015) (viz kapitola Definice pedofilie).

Jak bylo již uvedeno, diagnostická kritéria manuálů DSM jsou opakovaně kritizována (Blanchard, 2009; Fedoroff a kol., 2013). Podle některých autorů například nejsou dostatečně definovány některé významy, např. co přesně je myšleno pojmem „opakované“ a „intenzivní“ (Blanchard, 2009; Fedoroff a kol., 2013).

DSM-V (2015) uvádí, že se objevuje mnoho jedinců, kteří zájem o děti popírají, ale v minulosti se dopustili sexuálního obtěžování dětí při různých příležitostech, popírají však jakékoliv touhy či fantazie o sexuálním chování zahrnujícím děti. Další jedinci mohou přiznávat sexuální chování zahrnující děti, ale popírají jakýkoliv význam či trvalý sexuální zájem o děti. Jelikož mohou tito jedinci popírat impulzy a fantazie zahrnující děti, mohou také popírat pocity subjektivní nepohody. Přesto u nich lze diagnostikovat pedofilii, a to na základě podkladů, jež dokazují opakované chování přetrvávající po dobu šesti měsíců (kritérium A), a dále těch, jež dokazují, že jedinec jednal na základě sexuálních potřeb či jako důsledek poruchy zažil interpersonální obtíže (kritérium B) (DSM-V, 2015).

Blanchard (2009) však upozorňuje, že pedofilní chování nemusí vždy znamenat, že je jedinec parafilní a není k diagnostice pedofilie dostačující (viz. kapitola Sexuální zneužívání dětí). Uvádí, že není z definice zřejmé, co přesně je myšleno pedofilním chováním, zda se jedná o chování kontaktní nebo i bezkontaktní, například když jedinec děti pozoruje nebo vyhledává kontakt s dětmi, který ho uspokojuje, aniž by se jich dotýkal (Blanchard, 2009). Podle Blancharda (2009) je rovněž otázkou je sledování pornografie. Podle DSM-V (2015) je

obecným pravidlem, že jedinci si vybírají typ pornografie, který koresponduje s jejich sexuálním zájmem a rozsáhlé užívání pornografie zobrazující prepubertální děti tudíž může být ukazatelem pedofilní poruchy.

K testování diagnózy parafilie existují různé způsoby testování, podle DSM-V (2015) jedinci během diagnostických interview či dotazníků často porovnávají, zda jsou jejich parafilní sexuální fantazie, nutkání či chování slabší, přibližně stejné nebo silnější než jejich normální sexuální zájmy a chování, což zjišťuje, zda je jejich parafilie v souladu s diagnostickým kritériem A DSM-V (2015), podle kterého se musí objevovat „intenzivní vzrušení“. Psychodiagnostické testy zaměřené speciálně na diagnostiku sexuálních parafilí však podle Weisse a Brichtcína (1992) neexistují.

Psychologické vyšetřování deviantních jedinců se většinou zaměřuje na zjištění jejich odlišností v jiných oblastech. Tak se zjišťují případné anomálie osobností, motivační či charakterové. Měří se především důsledky deviantního vývoje pacienta. Určení diagnózy parafilie pouze na základě psychodiagnostických metod běžně užívaných a standardizovaných na většinové populaci považují Weiss a Brichtcín (1992) za nemožné. Základním problémem užití klasických projektivních nebo dotazníkových psychologických testů pro diagnostiku sexuální deviace je to, že zjištěné znaky, ve kterých se eventuálně parafilici liší nejsou specifické, proto nelze jednoduše standardizovat psychodiagnostické metody na parafilní populaci. I to je důvodem, proč se psychodiagnostické metody nedočkaly širšího uplatnění (Weiss a kol., 2005).

Stejně tak zjišťují odlišnosti psychofyziologická testování sexuálního zaměření jako je penilní pletysmografie u mužů (DSM-V, 2015). Penilní pletysmografie (PPG nebo také falometrické měření) je nejdůkladněji prozkoumanou a nejdéle užívanou metodou. Metoda penilní pletysmografie je přístrojové vyšetření, při němž se klientovi za použití vizuálních objektů snímá změny průtoku krve do penisu, čímž se zpřesňuje diagnóza a přináší tak velice cenné informace, týkající se především struktury sexuality klienta (Trojan, 2007). Stejnou techniku použil ve svém výzkumu československý sexuolog Kurt Freund (1967). Technika spočívá v registraci změn objemu či obvodu penisu ze stavu bez sexuálního vzrušení ke stavu i plné erekce jako reakce na vizuální nebo auditivní podněty. Při správných postupech jsou informace získané falometricky velmi věrohodné (Weiss a Brichtcín, 1992). Psychofyziologické měření sexuálního zájmu může někdy být užitečné v případech, kdy jedincovy záznamy naznačují možnou přítomnost pedofilní poruchy, ale jedinec popírá silný či preferenční zájem o děti. (DSM-V, 2015)

I bez falometrické a teoretické průpravy lze však přispět k určení diagnózy parafílie. Psychodiagnostické vyšetření je důležitou součástí celkového diagnostického procesu i v sexuologii (Weiss a Brichcín, 1992). Jednou ze základních diagnostických metod je metoda anamnestické explorace. Zvláštnosti psychosexuálního vývoje parafiliků totiž mohou informovaného diagnostika i při tradičním psychologickém vyšetření vést ke specifikaci kvalitativní odchylky sexuální motivace. Jako základní znaky uvedl Kolářský (2008):

- Atypické zaměření a atypické chování v dětství
- Odlišná náplň masturbačních fantazií a polučních snů.
- Výskyt funkčních sexuálních poruch při zahájení heterosexuálních koitálních aktivit.
- Nápadný časový odstup mezi první heterosexuální koitální zkušeností a dalšími koitálními aktivitami.
- Slabá motivace k obvyklým sexuálním aktivitám.
- Nedostatek sexuální empatie.
- Parcialistické zaměření.
- Absence hlubších citových vztahů.

Nelze stanovit přesnou definici, která by jednoznačně rozdělovala pedofily a nepedofily. Jak již bylo uvedeno, existuje pedofilie exkluzivní a neexkluzivní, u pedofilních jedinců se může vyskytovat i sekundární preference. Pedofilní citění a vnímání nevyklučuje schopnost zamilovat se do ženy nebo muže, někteří mohou mít silné pedofilní citění i vzrušivost, ale zároveň může být schopen i plnohodnotného erotického vztahu s dospělou osobou. Každý z příznaků pedofilie se ve velké míře vyskytuje i mezi lidmi, kteří pedofilní preferenci nemají. Schopnost zamilovat se do dítěte projevil každý, kdo svou první lásku prožil se svou vrstevnicí nebo vrstevníkem ještě v dětství. Pedofilie je tedy vlastnost, která je ve větší či menší míře v psychice každého člověka. Pouze u některých lidí je však přítomna v takové míře, že se stane neopomenutelnou (Kalina, 2004).

Diagnostický závěr nelze založit pouze na subjektivních údajích pacienta. Stejně tak nelze vycházet pouze z jevové stránky sexuálního chování. Platí ovšem, že čím dříve je porucha zachycena, tím lepší perspektivu má pak terapie. I když parafilii nelze vyléčit, je možné jedinci pomoci se s jeho anomálií vyrovnat a najít takový způsob realizace sexuálních potřeb, který by byl pro něj i pro společnost přijatelný (Weiss a Brichcín, 1992).

## **3.4 Terapie pedofilů**

### **3.4.1 Terapie a cíle**

Možnosti terapie pedofilních osob cílem terapií není jen předejít možným sexuálními deliktům, ale i zvyšovat životní úroveň pacienta. Lékaři a kliničtí psychologové se však častěji setkávají se sexuálními delikventy než s osobami, které takto zdařile zvládají své společensky nežádoucí sklony. Není mnoho těch, kteří se přicházejí léčit dobrovolně. Největší množinu pacientů v psychiatrické sexuologii stále představují muži, kteří byli pro sexuálně motivovaný trestný čin už odsouzení. Soud jim nařídil povinnost vykonat takzvané ochranné léčení, jehož naléhavou potřebu si odsouzení mnohdy ani nepřipouštějí (Brichcín, 2002).

Terapii ovlivňuje mnoho faktorů. Jedním z důležitých faktorů je právě způsob, jakým se klient do ordinace dostane, což může být základním kritériem celé léčby, motivace k léčbě je u každého odlišná a ovlivní tak průběh celé léčby (Trojan, 2007).

Všechny terapeutické aktivity v rámci specializované léčby sexuálních delikventů jsou u nás i ve světě zaměřené jednak na pomoc pacientovi při řešení problémů, které mu jeho nekonformní sexuální chování přináší. Děje se to formou sociálního, psychologického poradenství i individuální specializované terapeutické péče. Léčebné programy obvykle zahrnují celou škálu psychoterapeutických a sociálních opatření, které jedinci umožňují žít v souladu se společností (Weiss a kol., 2010).

Weiss a kol. (2010) zmiňují několik cílů, které lze v terapii spatřovat. Jedná se o adaptaci sociálního chování pacienta do společenských norem, poskytnutí dostatečných informací o normální i deviantní sexualitě, náhled na vlastní parafilní motivaci a deviantní chování, posílení vědomé kontroly chování, vytvoření prosociálnějších postojů k sociálnímu okolí pacientů, sexuální adaptaci – adaptaci na sexuální aktivity s dospělou ženou nebo tlumení sexuální potřeby a sociální reintegraci, tedy posílení rodinného, partnerské a profesionálního zázemí pacientů.

### **3.4.2 Terapeutické přístupy**

Weiss a kol. (2010) rozlišují dva hlavní terapeutické přístupy – psychoterapii a biologickou léčbu, které se navzájem doplňují a vytvářejí syntézu, aby léčba byla komplexní a pomohla dosáhnout všech stanovených cílů.

*Psychoterapeutické* působení může představovat celé spektrum možných aktivit. Cílem je zvyšování osobní odpovědnosti a kompetentnosti pacienta. Za základní psychoterapeutické postupy u nás i ve světě Weiss a kol. (2010) považují:

- *Behaviorální metody* – Zaměřují se na změnu vzorců sexuálního chování, tedy aby byl pacient schopen ovládat svoje sexuální chování a vzrušivost.
- *Kognitivní a kognitivně behaviorální postupy* – Kladou důraz na vědomou činnost a zaměřují se na využívání racionální logické argumentace.
- *Psychodynamické a psychoanalytické postupy* – Ovlivňují postoje a zčásti i chování parafilních sexuálních delikventů, umožňuje vhléd na vlastní deviantní sexuální motivaci pacienta. Problémem je, že většina deviantů není pro psychoterapii dostatečně motivována, neboť se často jedná o soudní nařízení, i tak se ovšem jedná o významnou metodu terapie.

Pokud jde o *biologickou* léčbu, jejím cílem je potlačení sexuální apetyce pacienta. Nemůže změnit sexuální preferenci pacienta, snižuje však pravděpodobnost selhání a usnadňuje kontrolu sexuálního chování. Základními metodami u nás i ve světě jsou podle Weisse a kol. (2010):

- *Hormonální terapie* – Vede ke snížení produkce testosteronu a tím potlačení jeho biologického efektu. V České republice se běžně užívají dva přípravky, Provera a Androcur. Tlumí pohlavní vzrušivost i parafilní fantazii, bývá však vítán více terapeutem než pacientem, a to i z důvodu vedlejších účinků těchto prostředků, kterými může být například hypertenze, ospalost či nárůst hmotnosti. Monitorování hladiny testosteronu se osvědčuje jako jeden z ukazatelů, jimiž lze nutno náročné terapie zdůvodnit pacientům (Brichcín a Hollý, 1998).

Brichcín a Hollý (1998) sledovali účinek Androcuru na vzorku 20 mužů, kteří Andoruc užívali již druhým až třetím rokem, z toho polovina dostávala injekce Androcur a druhá polovina užívala léky Androcur. Nikdo z mužů během ambulantní léčby nerecidivoval, někteří z nich měli v době studie partnerky a byli schopni dosahovat orgasmu, žádný z pacientů si nestěžoval na vedlejší účinky.

- *Psychofarmaka* – Jedná se především o preparáty, které ovlivňují psychické funkce centrálního nervového systému. Psychofarmaka se většinou aplikují u jiných parafilii než u pedofilie.
- *Kastrace* – chirurgický zákrok, při kterém dojde k odstranění varlat. Stejným účinkem může být odstranění pouze hormonálně aktivní tkáně, v tom případě není operace



vizuálně tak patrná. Při plném odstranění varlat je možné voperovat silikonové protézy. Účinkem této operace je pokles testosteronu v krvi, čímž se sexuální apetence pacienta dostane na úroveň, kterou je schopen kontrolovat. Ani kastrovaný pacient však není zcela desexualizován. Sexuologové však považují doporučení kastrace dospělému muži vhodné pouze v případě, že není naděje na úspěšnou sexuální adaptaci, neboť tento zákrok je nevratný. Kastrace je výrazný zákrok do tělesné i duševní integrity pacienta.

### **3.4.3 Modely ambulantní terapie**

Trojan (2007) rozlišuje základní modely ambulantní terapie:

#### **Model léčby klienta na svobodě**

Podle Trojana (2007) v současnosti jeden z nejpropracovanějších modelů terapie funguje v Oslo. Jedná se o skupinovou psychoterapii v malých skupinách vedených dvěma terapeuty. Terapie podle tohoto modelu přináší ve srovnání s individuální léčbou spoustu výhod, například poskytuje zpětnou vazbu od podobně postižených klientů, což poskytuje jiný náhled než terapeutovo objasňování. Dvojice terapeutů také může snáze zvládat obtížné situace (např. v případě emočně vypjatých stavů). U tohoto modelu léčby je podle Trojana (2007) vyšší efektivita, také se snižuje riziko ignorace léčby ze strany klientů.

#### **Ochranná léčba**

Jde o zatím u nás nejčastější model léčby. Obvykle klient přichází poté, co porušil zákon, byl souzen a byla mu stanovena povinnost léčit se (Trojan, 2007). Sexuologické ochranné léčení v ambulantní formě chce především předejít u již odsouzeného deviantního pachatele kriminální recidivě. Soudy v České republice nařizují ambulantní způsob ochranného léčení osobám se zmenšenou přičetností buď v kombinaci s trestem – anebo místo trestu. Nespolupráci málo motivovaných klient lze v tomto případě předpokládat. Ochota deviantního pachatele převzít část odpovědnosti bývá spíše cílem léčby než jejím předpokladem (Brihcín a Hollý, 1998). Klienti přicházejí k pro ně cizímu terapeutovi, kterého si většinou nevybrali a tento vztah platí obousměrně (Trojan, 2007).

#### **Model léčby klienta ve výkonu trestu**

Tento model se v České republice dosud neujal a patří k výjimkám, klient je v tomto případě převážně na ambulantní terapii z výkonu trestu, je využíván například v Norsku a Dánsku. Trojan (2007) uvádí, že zajištění ambulantní terapie již během uvěznění je nesmírně účelné.

#### **3.4.4 Ukončení léčby**

Doba průběhu ochranného léčení není blíže specifikovaná a záleží především na terapeutově úvaze. Je-li přesvědčen, že účel ochranného léčení byl splněn a klient je dostatečně adaptován, může podat návrh na její ukončení. Toto právo má i klient sám, ale potřebuje k tomu podporu terapeuta. U dobrovolných klientů by se postup neměl příliš lišit (Trojan, 2007). Nedoma a Freund (1959) upozorňovali, že psychoterapie by se u sexuálních delikventů neměla podceňovat, ve svém článku již v roce 1959 uvedli, že terapie sexuálních deviací je naprosto neuspokojivá, neboť všechna léčebná opatření předpokládají aktivní snahu deviantů o nápravu vlastních odchylných tendencí. Kritizovali, že sexuální delikventy posuzují soudy, které k tomu nejsou kompatibilní a že je třeba znalecké posuzování, které si žádá speciální znalosti z psychiatrie i sexuologie. Terapie může mít dobré výsledky při aktivní spolupráci pacientů a jak ukazují i statistiky recidivity sexuálních deliktů, recidivita sexuálních deliktů je u delikventů, kteří byli podrobena nucené léčbě opravdu nižší než u delikventů, kteří jsou pouze trestáni (Weiss a kol., 2010).

## 4. PEDOFILIE A SPOLEČNOST

Tato kapitola se zaměřuje na pohled neodborné veřejnosti na pedofilii, jaké se objevují ve společnosti, kdy se ve společnosti začala prosazovat sexuální nedotknutelnost dítěte, jaké v České republice existují pedofilní komunity a jaké se ve společnosti vyskytují sexuální delikty, které bývají často mylně spojovány s pedofilií.

### 4.1 Tabu nedotknutelnosti dítěte

Z historického hlediska je prodloužení věku sexuální nedotknutelnosti dítěte dospělým poměrně nedávným jevem (Weiss, 2002). Jak bylo již zmíněno, Freund (1967) experimentálně prokázal, že při stimulaci obrázkem prepubertálního děvčátka s dětským genitálem lze falometricky sledovat sexuální vzrušení i u nedevariantních mužů. To podle Weisse (2002) dokazuje, že je kontrola těchto patrně přirozených reakcí vytvořena silnými obrannými mechanismy, které vytváří pevné tabu pro sexuální kontakt s dítětem.

Freund mimo jiné hodně přispěl k poznání dětské sexuality, teorie však byla přijata s nevolí, jak uvádí Schorsche (1980 cit. podle Weiss, 2002), je to nepřímý odraz tohoto tabu. Máloco podle něj vyvolalo takovou vlnu protestu proti psychoanalýze, jako její teze o dětské sexualitě. Snaha o zachování představy „dětské čistoty“ a snaha o ochranu dítěte šla rovněž ruku v ruce s ochranou dospělého před erotickou apetencí vůči dítěti. Porušení zmíněného tabu je dodnes spojeno s extrémním společenským zavržením pachatelů (Weiss a Brichcín, 1990).

Období antiky vyznávalo krásu mladého těla. Ve starém Řecku byl idolem krásy dokonce jinoch a tak homosexuální styk byl tehdejší kulturou uznáván jako prioritní. Antika byla vystřídána obdobím sexuální ortodoxnosti, často ztotožňována s církevní ortodoxností. Od 19. století sensitivita vůči násilí vzrůstá (Vaníčková a kol., 1997).

Nepříznivé zacházení s dítětem je vnímáno v různých společenstvích jinak, všude se objevují rozdílné aspekty transkulturální a dějinné, například vraždy novorozeňat či postižených dětí v antické Spartě, kdy se děti zabíjely svržením ze skály. Přístup k tělesným trestům se také různí v časovém sledu i od místa k místu (Dunovský a kol., 1995). Dnešní západní společnost je zaměřená na děti, dětství má v dnešní době velkou hodnotu. Blaho dítěte je společenským argumentem na úrovni osobní a rodinné i na úrovni mezinárodní a celosvětové (Dunovský a kol., 1995).

## 4.2 Sexuální delikvence

### 4.2.1 Právní vymezení sexuálního zneužívání dětí

Vzhledem k častému používání pojmu sexuální zneužívání v médiích, vzniká v laické veřejnosti dojem, že každý ví, o co se v případech sexuálního zneužívání dětí jedná, a že je tento čin zcela jasně vymezen. To s sebou však nese riziko, že skutečné případy sexuálního zneužívání nebudou rozpoznány, protože pozornost veřejnosti se ubírá k těm nejskandálnějším, často tragicky končícím případům. Opačným rizikem je, že se někdy za sexuální zneužívání označí něco, co není podloženo skutečnou znalostí problematiky (Vaníčková, Provazník, Hadj-Moussová, 1997).

Podle §126 trestního zákoníku České republiky se „dítětem rozumí osoba mladší osmnácti let, pokud trestní zákoník nestanoví jinak.“ Nejčastější chování kvalifikovatelné jako trestný čin proti lidské důstojnosti v sexuální oblasti je podle §185 tr. zákona znásilnění a podle §186 sexuální nátlak. Tyto dva paragrafy se vztahují na všechny oběti bez ohledu na věk. Věk oběti hraje roli ve vyměření výše trestu pachatele. Pohlavní zneužívání dětí upravuje paragraf §187 tr. zákoníku o pohlavním zneužití, který zní:

*1) Kdo vykoná soulož s dítětem mladším patnácti let nebo kdo je jiným způsobem pohlavně zneužije, bude potrestán odnětím svobody na jeden rok až osm let.*

*(2) Odnětím svobody na dvě léta až deset let bude pachatel potrestán, spáchá-li čin uvedený v odstavci 1 na dítěti mladším patnácti let svěřeném jeho doзору, zneužívaje jeho závislosti nebo svého postavení a z něho vyplývající důvěryhodnosti nebo vlivu.*

*(3) Odnětím svobody na pět až dvanáct let bude pachatel potrestán, způsobí-li činem uvedeným v odstavci 1 těžkou újmu na zdraví.*

*(4) Odnětím svobody na deset až osmnáct let bude pachatel potrestán, způsobí-li činem uvedeným v odstavci 1 smrt.*

*(5) Příprava je trestná.*

Pod pojmem pohlavního zneužívání chápeme většinou takové aktivity, které vedou k uspokojení sexuálních potřeb pachatele (Weiss a kol., 2005). U pohlavního zneužívání platí podle § 203 beztrestnost dítěte, to znamená, že „dítě není pro takový čin trestné, za žádných okolností, i kdyby sexuální aktivity samo žádalo nebo je dobrovolně přijalo.“ Podle §202 je

trestné také svádění k pohlavnímu styku, neboli nabízení výhod obětem za účelem pohlavního uspokojení.

Dále trestní zákoník ošetřuje dětskou pornografií, podle §191 je trestné šíření pornografie jakýmkoliv způsobem, a podle §192 výroba a jiné nakládání s dětskou pornografií. To kromě výroby zahrnuje i přechovávání dětské pornografie pro soukromé účely, a také vyhledávání a získávání přístupu k dětské pornografii. Ještě v 90. letech 20. století nebylo v České republice trestné vlastnictví takovýchto pornografických materiálů. Tento zákaz má mezi odborníky své zastánce i odpůrce (Fafejta, 2016).

Někteří autoři tvrdí, že by držení dětské pornografie nemělo být trestáno, pouze její výroba. Christensen (1990) tvrdí, že pedofilně orientovanému jedinci, může dětská pornografie sloužit jako náhražková sexuální podívaná a ve spojení s masturbační aktivitou pak může sloužit jako prevence skutečného deviantního chování. Weiss (2016) v rozhovoru na serveru MF Dnes uvedl, že zákaz držení dětské pornografie je absurdní. Kutchinsky (1985) uvedl, že v době, kdy v Dánsku bývalo držení dětské pornografie tolerováno se dramaticky snížil počet zneužitých dětí. Problémem je výroba dětské pornografie, neboť natáčení představuje sexuální zneužití a možný terapeutický prospěch v žádném případě nemůže omluvit tento trestný čin (Weiss a kol., 2005).

Podle Weisse a kol. (2005) neexistuje žádná jednoznačná definice pornografie. Armstrong a Mellor (2016) zmiňují, že rozšíření dětské pornografie přišlo s rozšířením internetu a rozlišují uživatele dětské pornografie do čtyř skupin:

- 1) Jedinci, kteří přistupují k dětské pornografii bez zvláštního sexuálního zájmu o děti.
- 2) Jedinci, kteří pomocí dětské pornografie uspokojují své sexuální fantazie, ale jinak se sexuálních deliktů nedopouštějí.
- 3) Jedinci, kteří využívají dětskou pornografii jako součást vzoru sexuálního trestného činu.
- 4) Jedinci, kterým se nejedná o sexuální důvody, ale např. o finanční zisk.

Pedofilní organizace se zaměřují na kreslenou pornografii, neboť takováto forma zobrazení nepoškozuje děti a její vlastnictví by tedy nemělo být ve jménu ochrany dětí kriminalizováno. Zastánci zákazu vycházejí z přesvědčení, že každá pornografie vede ke zvyšování sexuální touhy. Odpůrci zákazu argumentují, že pornografie obecně slouží spíše k vybití než k nabuzení sexuální touhy. Mnozí odborníci upozorňují, že vždy záleží na osobnosti pedofila. Ti, kteří mají psychopatické sklony, budou rizikováni za každých okolností (Fafejta, 2016).

#### 4.2.2 Sexuální zneužívání dětí

Jak bylo již uvedeno, v souvislosti s pedofily se mezi neodbornou veřejností objevuje velmi mnoho předsudků, především v souvislosti se sexuálním zneužíváním dětí. Ne každý pachatel sexuálního zneužití je však pedofil, tedy deviant v pravém slova smyslu. Pedofilní a nepedofilní pachatelé mají přitom odlišnou motivaci svého chování. Pedofilové jsou primárně motivováni svou sexuální preferencí dětí jako objektů zatímco nepedofilní delikventi mohou mít sex s dětmi například proto, že není dostupný dospělý sexuální partner (Weiss a kol., 2005).

Výzkumy svědčí o tom, že pachatelé sexuálních agresí vůči dětem či dospívajícím jsou většinou nedevariantní muži. Práví sexuální devianti jsou v těchto případech pravděpodobně pedofilní sexuální agresoři či pedofilní sadisté (tedy jedinci s kombinovanou parafilíí), kteří přímo preferují překonávání odporu či trýznění dětské oběti (Weiss a kol., 2005). U těchto pachatelů často dochází u neodborné veřejnosti ke zmatení pojmů, důvodem je i to, že média píšou o všech těchto delikventech jako o pedofilech (Brichcín, 2002). Jedná se o situační pachatele, což jsou jedinci, kteří zaměřili v nějaké situaci sexuální chování na dítě, ale jejich pohlavní zájem nesměřuje celoživotně k dětem. Pokud je delikvent, který preferuje dospělé, a přesto zneužije dítě, sexuologové hledají příčinu, která ho přiměla dopustit se deliktu na dítěti. Významnou roli často hraje alkohol a drogy. Situačním delikventům se specializované sexuologické léčení nenavrhuje. Znalci doporučují ovšem ochranné léčení také sadistům, orientovaným na dospělé, kteří ohrozili dítě. (Brichcín, 2002)

Pedofilové v zásadě pro tělesné zdraví či život dětských objektů obvykle příliš nebezpeční nejsou. Rizikovost jejich aktivit spočívá spíše v možnosti narušení psychosexuálního vývoje obětí. Sexuální zneužití spáchané pravými pedofily nemívá závažnější charakter, spočívá pravidla na nekoitálních formách vzájemného kontaktu s dítětem, často v kontextu hry apod. nejzávažnější formou tohoto typu zneužití je obvykle manuální či orální kontakt s genitálem objektu, eventuálně vyžadování masturbace či orálního dráždění (Weiss, 2002).

Ačkoliv se v posledních desetiletích věnuje problematice sexuálního zneužívání zvýšená pozornost, ke zvýšení počtu zneužití v České republice nedochází. Média mohou vzbuzovat dojem, že se počet zneužitých dětí zvyšuje, faktem je, že počet obětí v průběhu let jen mírně kolísá, jak je vidět v tabulce č. 2.

Tabulka č. 2: *Počet sexuálně zneužitých dětí v letech 2006 - 2015*

<b>Rok</b>	<b>Počet sexuálních zneužití v ČR</b>
2006	585
2007	670
2008	742
2009	828
2010	786
2011	777
2012	803
2013	883
2014	932
2015	745

(Zdroj: Ministerstvo práce a sociálních věcí České republiky)

#### **4.2.3 Prevence sexuálního zneužívání dětí**

Společnost se snaží co nejvíce eliminovat sexuální zneužívání dětí, k tomu je nutné uvažovat i o pachatelích. V primární prevenci musíme uvažovat o:

potenciálním pachatelích, tedy o člověku, který trestný čin sexuálního zneužívání ještě nikdy nespáchal a přitom je nositelem určitých uvědomovaných i neuvědomovaných potencií (dispoziční, sociální apod.) tento čin za určitých okolností spáchat (v primární prevenci lze takto teoreticky uvažovat o každém dospělém člověku)

pachatelích, který trestný čin sexuálního zneužívání již spáchal a:

- Je v evidenci, byl potrestán, léčen apod.
- Není v evidenci, je chápán jako potenciální pachatel.

Nebezpečné skupiny pachatelů jsou však také například skupiny s oslabenou kontrolou chování (např. demence, psychicky nemocní atd.), dále skupiny alkoholiků a toxikomanů (Weiss a kol., 2005). Za základní strategii u všech typů je třeba, aby delikventi uznali svoje deviantní chování, aby za svůj čin mohli převzít odpovědnost. Pro preventivní strategie musí parafilici brát sex s dítětem vážně a vědět, že na něj nemají právo. Weiss a kol. (2005) rozlišují pozitivní a negativní strategii primární prevence:

### **Pozitivní strategie primární prevence**

Do této strategie spadá například edukace, osvětové edukativní působení v podávání informací o protiprávnosti sexuálního zneužívání dětí. Dále nabídka pomoci odborných služeb. Potenciální pachatel je pedagogickou činností, různými médii nebo specializovanými odborníky je veden k uvědomění si své rizikovosti.

Důležitou součástí je vybudování ambulantních odborných pracovišť, která jsou koncipována jako zdroj osvěty a edukace a současně jako poradenská a terapeutická zařízení pro potenciální pachatele. Zde je možné provádět psychoterapeutické výcviky apod.

### **Negativní strategie primární prevence**

Jedná se o edukativní působení ve smyslu zastrahování. Média zveřejňují jména pachatelů, trest, který jim byl udělen, zveřejňují reakce apod. Potenciální pachatel se dostává pod tlak veřejného mínění a současně pod tlak nejbližšího okolí. Potenciální pachatel v obavě před trestem snižuje svoji tendenci k činu. Pachatel je eliminován od společnosti (vězení, ústavní léčení), je zbaven své ohrožující potence. Pedagogickým principem obou strategií je: Oběť, tedy dítě, nikdy nenesu vinu, vinu nese vždy pouze pachatel. Tento princip platí pro veškerou prevenci sexuálního zneužívání dětí (Weiss a kol., 2005).

Je třeba o tomto tématu mluvit, nejen ve smyslu ochrany dětí, ale i ve smyslu preventivní pomoci takto orientovaným jedincům. To může pomoci mladým mužům, kteří si právě procházejí vnitřním coming outem, aby se se svou preferencí svěřili dalším lidem nebo aby mohli navštívit odborníka.

### **4.3 Pedofilní komunity v České republice**

Dvě nejrozšířenější pedofilní komunity v České republice jsou Československá pedofilní komunita (zkráceně ČEPEK), která působí na internetových stránkách [pedofilie-info.cz](http://pedofilie-info.cz) a komunita Pedonia ([pedonia.com](http://pedonia.com)). Cílem těchto komunit je šířit povědomí o pedofilii, poskytnout informace, jak široké veřejnosti, tak dospívajícím či dospělým, kteří právě procházejí vnitřním coming outem, a pomoci jim tak smířit se svou sexuální odlišností. Na internetových stránkách působí jak pedofilové, kteří sdílejí své vlastní zkušenosti a příběhy, tak sexuologové, kterých se návštěvníci stránek mohou bezplatně a anonymně ptát. Cílem komunit je ukázat, že se s pedofií dá vést normální a spokojený život, a také, že pedofilie neznamena zneužívání dětí. Velký důraz je kladen na nebezpečí, která může pedofil způsobit sobě nebo



dítěti, pokud se dopustí nežádoucího či trestného chování, členové si navzájem pomáhají, aby těmto situacím předešli (Slovo úvodem, ČEPEK - Československá pedofilní komunita).

Komunita Pedonia se zaměřuje na heterosexuální pedofily, tzv. GirlLovers (milovníci holčiček). Na internetových stránkách jsou různá fóra, kde se mohou pedofilové svěřit či poradit.

Obě tyto komunity jsou legální a fungují v mezích zákona ČR. Usilují především o to, aby lidé, kteří se nebojí promluvit o své pedofilní touze, nebyli automaticky nahlíženi jako ti, kteří děti zneužívají. Být jako pedofil respektován, neznamená právo na pedofilní seberealizaci v reálném sexuálním vztahu s dítětem. Respekt se zde má pohybovat na rovině uznání pedofilie coby vrozené erotické náklonnosti k dětem, ze které automaticky neplyne touha zneužívat děti. (Fafejta, 2016)

V minulosti existovala také internetová stránka [boylover.net](http://boylover.net), která byla údajně největší online komunitou pedofilů, jak na svých stránkách uvádí komunita Čepek. Spuštěna byla v roce 2002 a počet členů stoupl během let až k 70 000. Jednalo se o stránku velmi podobnou jakou provozuje komunita Čepek. Boylover.net měl však navíc široké mezinárodní zastoupení. Zlom nastal v roce 2007, kdy pro ochranu dětí začaly spolupracovat s policiemi z různých zemí a vyhledávali potenciálně rizikové členy, o nichž zjišťovali osobní údaje.

Po třech letech vyšetřování, tedy v roce 2010, zjistili, že se někteří členové dopouštěli sexuálního zneužívání dětí nebo výroby dětské pornografie. Nicméně média i policie prezentovali síť jako organizaci kriminálních. Některá média uváděla, že se jedná největší případ sexuálního zneužívání dětí v historii. Ze všech těchto zpráv mohla neodborná veřejnost posuzovat celou síť jako nelegální a nebezpečnou, internetová stránka poté zanikla (Záhada zmizení boylover.net, ČEPEK – Československá pedofilní komunita, 2011).

#### **4.4 Kontakt pedofilů s dětmi a rizikové faktory**

Řada pedofilních jedinců se často pohybuje v dětském kolektivu a jsou v něm velmi dobře přijímáni, mnoho z nich v dětském kolektivu pracuje, aniž by se dopustili jakéhokoli nepřipustného chování. Mezi odborníky se objevují protichůdné názory na kontakt pedofilních jedinců s dětmi. Jedná se o komplikovanou otázku, neboť existují určité rizikové faktory, které jsou proti bezpečnosti dítěte, na druhou stranu, proč by člověk s pedofilní preferencí nemohl fungovat i v rámci dětského kolektivu, pokud deviantní tendence dokáže kontrolovat. Podle Weisse a kol. (2005) je tato možnost dostupná pouze části z nich. Zdůrazňují, že je velice důležité, aby byli pedofilně orientovaní lidé informováni o možném riziku. Pedofil by si měl

být věom své rizikovosti, protiprávnosti a tabuizace chování vedoucího k sexuálnímu zneužívání dětí (Weiss a kol., 2005).

Za rizikové považují takové projevy deviantních tendencí, které zvyšují četnost úzkých osobních kontaktů s dítětem. Pokud si je však deviant vědom a dokáže včas a správně odhadnout situace, v nichž hrozí přechod náklonnosti k dětem z platonické roviny do fyzického kontaktu, není nutné nepovolit mu práci s dětmi či mládeží. Pokud ovšem někdy došlo k selhání, je už odůvodněný celoživotní zákaz výkonu podobných zaměstnání. Velmi rizikovou skupinou pachatelů jsou například skupiny s oslabenou kontrolou chování (např. demence atd.), nebo skupiny alkoholiků a toxikomanů (Weiss a kol., 2005).

DSM-V (2015) rozlišuje tři druhy rizikových a prognostických faktorů:

- *Temperamentové* – objevuje se interakce mezi pedofilii a antisociální osobností – u mužů s oběma znaky je pravděpodobnější, že budou vykonávat sexuální aktivity s dětmi. Lze tedy konstatovat, že antisociální porucha osobnosti by měla být zvážena jako rizikový faktor pro pedofilní poruchu u mužů s pedofilními sklony.
- *Environmentální* – dospělí muži s pedofilii často uvádějí, že byli v dětství sexuálně zneužíváni. Je nejasné, zda tato korelace ukazuje na kauzální vztah sexuálního zneužívání v dětství a pedofilie v dospělosti. Například výše zmíněný výzkum Cohenové a kol. (2002) ukázal, že 60% pedofilních jedinců mělo sexuální zážitek v dětství, oproti tomu v kontrolní skupině měla podobnou zkušenost pouhá 4%.
- *Genetické a fyziologické* – jelikož je pedofilie nezbytnou podmínkou pro pedofilní poruchu, jakýkoli faktor, který zvyšuje pravděpodobnost pedofilních sklonů, zároveň zvyšuje riziko pedofilní poruchy. Existují důkazy o tom, že narušení neurovývoje v děloze zvyšuje pravděpodobnost vývinu pedofilní preference.

Pokud se u pedofilního jedince žádný rizikový faktor nevyskytuje, je minimální riziko, že něco provedou. Jak uvedl sexuolog Antonín Brzek pro server MF Dnes (2007) čistý pedofil nepůjde přes odpor dítěte, neboť mu nechce ublížit. Stejný názor uvádí i Kalina (2004), pedofil nejen že obvykle netouží dítěti ublížit, ale jeho největším štěstím je, může-li přispět ke štěstí dítěte, vycházet vstříc jeho přáním, prožívat jeho dětský svět a vzájemnou blízkost. Podobně jako normálně orientovaní lidé se však musí i pedofil učit vnímavé a nesobecké lásce. Je-li nezralý, nezkušený nebo dokonce bezohledný, může jeho láska více či méně obtěžovat nebo ubližovat, to samé však paltí pro všechny lidi v každém druhu vztahu. Pedofilní vztah však vyžaduje větší míru zralosti a citlivosti (Kalina, 2004).

Jak jsem již zmiňovala výše, pedofilní jedinci se v dětském kolektivu cítí dobře a bývají v něm i velmi dobře přijímáni. Ve společnosti se vyskytuje mnoho pedofilů, kteří se nikdy

žádného deliktu nedopustili, ani se nikdy se svou preferencí nikomu nesvěřili a tají ji, mohou pak pracovat s dětmi a nikdo jim v tom nebrání, přitom jsou potenciálně stejně riziková pachatelé jako přiznaní pedofilové, proto není na prvním místě zabránění v kontaktu s dětmi, ale především informovanost o rizikivosti.

## 5. COMING OUT

V rámci této kapitoly se budu zabývat coming outem, jeho fázemi, průběhem a jeho možnými následky.

Termín coming out se často používá v souvislosti s odlišnou sexuální orientací<sup>1</sup>, převážně u homosexuálů. Stejným nebo podobným procesem si však procházejí i jiné sexuální menšiny, včetně pedofilních jedinců. Coming out je proces sebezpřijetí a vyrovnávání se s odlišnou sexuální preferencí (Weiss a kol., 2010).

Solomon, McAbee, Åsberg a McGee (2015) definují coming out jako významný a občas složitý proces v životě sexuálních menšin, jehož prozrazení však vést ke zlepšení pocitu duševní pohody.

### 5.1 Vnitřní a vnější coming out

Podle Weisse je proces coming outu „*kognitivně-behaviorálním procesem, který zahrnuje rozpoznání, sebezpřijetí a schopnost širší integrace sexuální orientace do své osobnosti. Jeho délka a intenzita je také určována tím, jak jeho orientaci akceptují nejbližší lidé (zpravidla rodiče)*“ (Weiss a kol., 2010, s. 115).

Proces coming outu, kdy si člověk přiznává odlišnou orientaci sám sobě, se nazývá vnitřní coming out. Nejčastějším obdobím, kdy coming out začíná, je období puberty, v této době Weiss upozorňuje na riziko společenské diskriminace a psychopatologických jevů jako jsou deprese, sebevražednost, či náklonost k návykovým látkám. Podle výzkumu, který prováděl D'Augelli (2006) má 80% mladých lidí ze sexuálních menšin zkušenost se slovním napadáním a šikanou, 15% bylo dokonce fyzicky napadeno.

Během coming outu často nastane okamžik, kdy už jedinec nechce zůstat se svým tajemstvím sám. Hledá někoho, komu by se mohl svěřit. Kladná reakce na odhalení dodá sebedůvěru, zatímco odmítnutí vrátí vývoj o velký kus zpět. Jedna špatná zkušenost může potlačit i deset hezkých přijetí. (Procházka, 1994) Tato fáze se nazývá vnější coming out. Reakce rodiny bývá u vnějšího coming outu nejzásadnější, téměř každý příslušník sexuální menšiny však zažil nějaké negativní reakce ze strany rodinných příslušníků (Groves a kol., 2006).

---

<sup>1</sup> Sexuální orientace je „*celoživotní, neměnný a nositelem nezapříčiněný a nezvolený stav, výlučné nebo převládající erotické a citové preference osob daného pohlaví*“ (Weiss a kol., 2010, s. 107).

Schorsche (1980, in Weiss, 2002) rozlišil čtyři způsoby, jak se jedinec vnitřně vypořádává, pokud zjistí svou sexuální odlišnost:

- 1) Egosyntonní, souhlasný, představuje integraci parafilie do osobnosti. Jedinec se s parafilii smíří, má s její existencí nejméně konfliktů, většinou nevyhledává lékařskou pomoc (nejčastěji to jsou fetišisté, partnerští sadomasochisté).
- 2) Částečný souhlas a kanalizace – parafilie je „chyba“, s níž se musí jedinec naučit žít a nechává ji projevit se jen v určitých situacích (v rámci masturbačních fantazií, průvodních fantazií při koitu) nebo v určitém přesně vymezeném kontextu. Parafilie je zde pro sebe přiznána, ale striktně zatajována před okolím. U těchto jedinců není vyloučenou nebezpečí, že jejich nároky na deviantní uspokojení se budou zvyšovat a oni své chování přestanou zvládat.
- 3) Egodystonní, představuje odmítnutí parafilie. U některých jedinců jsou parafilní potřeby doprovázeny tak silným studem, strachem a pocitem viny, že se nemohou integrovat do osobnosti, výrazně ji neurotizují, nejsou akceptovány, jsou izolovány, prožívány jako zneklidňující a osobnosti cizí. Tito jedinci podle Schorsche (1980, in Weiss, 2002) potřebují lékařskou pomoc.
- 4) Čtvrtým způsobem vyrovnávání se s parafilii je její úplné popření. Jde o nejsilnější formu odmítnutí, o úplnou eliminaci deviantních pudových potřeb z vědomí (Weiss, 2002).

Pouze část parafiliků je schopná plné akceptace faktu své parafilní sexuality. Je to možné především v případě jedinců, kteří jsou schopni alespoň částečně realizovat své parafilní potřeby sociálně přijatelným způsobem (Weiss a Brichtín, 1992).

## 5.2 Fáze coming outu

Kromě vnějšího a vnitřního coming outu Weiss (2010) ve své knize rozlišuje pět fází coming outu:

*Precoming out* – jedinec si uvědomuje vlastní odlišnost ale ještě jí neumí přesně pojmenovat a vyjádřit. Vznikají poruchy sebehodnocení. Na rozdíl od jiných sexuálních preferencí se tato fáze u pedofilie objevuje většinou až v pubertě, někdy však i před ní.

*Vlastní coming out* – jedinec si uvědomuje, že má jinou sexuální preferenci než očekával a jaké od něj očekává okolí. Proto to odmítá, brání se připustit si jeho existenci. V dalších obdobích dochází k přiznání sobě samotnému a pak i jinému člověku. Nejobtížnější součástí je svěření

se se svou preferencí vlastním rodičům. Těsnější rodinné vztahy vedou k časnějšímu svěřeni a k příznivějšímu průběhu coming outu.

*Fáze explorace* – dochází k experimentování s novou uvědomovanou sexuální identitou<sup>1</sup>, navazování prvních sexuálních vztahů.

*Fáze partnerství* – jedinec navazuje partnerské vztahy

*Fáze integrace* – nalezení a dotvoření hodnotového systému včetně začlenění sexuální orientace do všech důležitých komponent života (Weiss a kol., 2010).

Tyto fáze však neplatí stejně pro každou sexuální odchylku, u pedofilie například nemůže být fáze explorace a fáze partnerství naplněna, neboť jedinec nemůže legálně navazovat partnerské a sexuální vztahy s dětmi. Ostatními fázemi si však pedofilní jedinec může projít a dojít až k fázi integrace, tedy k začlenění sexuální preference do života.

Další fáze popsal Troiden (1989), který určil čtyři fáze coming outu, které dává do souvislosti s homosexuály či bisexuály. První fázi popsal jako zvýšení citlivosti vůči atraktivním atributům u protějšků stejného pohlaví. Tato fáze obvykle přichází v dětství nebo v rané pubertě. Ve druhé fázi Troiden (1989) popisuje zmatení identity během období dospívání, kdy jedinci sexuálně experimentují s protějšky obou pohlaví. Ve třetí fázi si jedinci začínají svou sexuální identitu uvědomovat, což je obvykle během pozdní puberty nebo rané dospělosti. V poslední fázi jedinec svou sexuální identitu přijme, začne navazovat partnerské vztahy a začne se svěřovat ostatním lidem. U tohoto rozdělení rovněž platí, že pedofil nemůže zcela naplnit fázi sexuálních experimentů.

### **5.3 Přijetí pedofilních jedinců a předsudky ve společnosti**

Pokud se pedofilní jedinec rozhodně svěřit se svou odlišnou preferencí někomu jinému, reakce může velmi ovlivnit jeho vývoj. „Pedofilní deviant“ je výraz zatížený předsudkem, nálepkou, znevážením. Pedofilní delikvent stojí nejen ve veřejném mínění, ale dokonce mezi odsouzenými muži ve vězeňské hierarchii – opravdu nejniž. Je nejvíce šikanován a opovrhován (Brihcín, 2002). Všechny tyto předsudky ztěžují uvědomění a přijetí jejich vlastní sexuality, tedy vnitřní coming out a stejně tak coming out vnější.

Veřejnost si běžně utváří obraz o parafilním chování a prožívání na základě informací z médií. Média nám referují o selháních a deliktech jenom jistého zlomku osob postižených

---

<sup>1</sup> Weiss a kol. (2010) rozlišují sexuální identitu heterosexuální, homosexuální a bisexuální. K jejímu vytváření vede biologická podmíněnost sexuální orientace.

parafilii. Neplatí však, že „co deviant, to delikvent“. V médiích však bývá za pedofila označen každý, kdo sexuálně atakoval nezletilce (Brihcín, 2002).

Existuje mnoho pedofilních jedinců, kteří nespáchali žádný trestný čin, ale bývají prezentováni jako delikventi. I ten, kdo o sobě prohlásí, že je pedofil a chce bojovat za práva pedofilů proti jejich automatickému škatulkování coby „zneužívatelů dětí“, riskuje, že se dostane do neřešitelné rozepře s majoritními představami, podle kterých někdo tak nebezpečný nemá vůbec nárok mluvit o jakýchkoli svých právech a potřebách. Pokud člověk řekne, že pociťuje lásku k dítěti, je to automaticky spojováno se sexuálním zneužitím, přitom láska může mít mnoho podob (Fafejta, 2016).

Společnost vlastně od pedofilů předem očekává, že dítě zneužijí. Ne však ve smyslu, že by společnost po pedofilech skutečně chtěla, aby děti zneužívali, ale tím, že pedofilům zároveň nevěří, že by svou touhu dokázali překonat, je staví do sociálně velmi obtížné situace. Člověk přijetím nálepky naplňuje sociální očekávání. Společnost jedinci přisuzuje nálepku na základě svého přesvědčení, že jedincovo chování splňuje kritéria, na jejichž základě mu byla tato nálepka přisouzena. Podle Fafejty (2016) je lidská identita sociálně konstruovaná, to neznamená, že by jedincův charakter či touhy nebyly zároveň vrozené, roli hrají jak vlivy sociální, tak vlivy biologické/genetické, a právě vlivy sociální jsou podle Fafejty (2016) v některých případech mnohem silnější, než si sami uvědomujeme.

Sexuální zneužívání dětí je jevem, který se dostal do povědomí nejen odborné, ale i laické veřejnosti. Do značné míry je to ovlivněno působením médií. V laické veřejnosti pak vzniká dojem, že se situace v této oblasti prudce zhoršuje, že sexuálního zneužívání dětí přibývá. Sexuální zneužívání dětí je v naší civilizaci považováno za závažný jev bez ohledu na to, s jakou frekvencí se reálně vyskytuje (Vaníčková, Provazník, Hadj-Mousová, 1997).

Objevují se různé aktivity, jak pedofilii zbavit předsudků, které se k ní vážou a šířit osvětu mezi veřejností ať už ze strany samotných pedofilů, sexuologů, či dalších lidí. Velkou vlnu diskuzí vyvolala například účast české pedofilní komunity Čepek (viz. kapitola Pedofilní komunity v ČR) v roce 2013 na každoročním karnevalovém průvodu sexuálních menšin Prague Pride, jehož tématem byl Coming out. Komunita měla za cíl poukázat na to, že nejen homosexuálové si procházejí vnitřním coming outem. V roce 2014 se však organizátoři Prague Pridu vyjádřili, že nechtějí, aby byla pedofilie spojována s LGBT, za což sklidili kritiku například v deníku Referendum (2014), nicméně komunita Čepek se i přesto průvodu účastní každý rok, jak uvádějí na svých internetových stránkách, s cílem šířit relevantní informace o pedofilii (rubrika: Účast na Prague Pride, ČEPEK – Československá pedofilní komunita). V roce 2014 byli účastníci na průvodu zatčeni policií, jak uvedl Fafejta (2014) na svém

internetovém blogu. Policisté tvrdili, že letáčky, které aktivisté rozdávali, navádějí ke zneužívání dětí. Po telefonické konzultaci se sexuologem, který jim vysvětlil, že pedofilie neznamená zneužívání dětí, je propustili.

Podle Fafejty (2016) jsou na tom pedofilové v jistém smyslu obdobně jako před několika desetiletími gayové. Snaží se vysvětlit veřejnosti, že jim nejde jen o sexualitu, ale i o emocionální stránku. V tomto ohledu je situace pedofilů horší, neboť nemohou s dětmi navazovat partnerské vztahy, což ani není záměrem jejich hnutí. Otázkou je, jaké vztahy k dětem mohou být akceptovány (viz kapitola Kontakt pedofilů s dětmi a rizikové faktory).



## **II. EMPIRICKÁ ČÁST**

## 6. CÍLE VÝZKUMU

Tématem tohoto výzkumu je coming out u pedofilních mužů, a to jak coming out vnitřní tak vnější. Cílem je přiblížit životní situaci, kdy lidé s pedofilní preferencí procházejí coming outem, tedy kdy a jak si svou sexuální odlišnost začali uvědomovat, jak tento svůj vnitřní coming out prožívali, jaké pocity je při tom doprovázely, zda se se svou sexuální preferencí svěřili někomu ze svého okolí, a zda jim jejich sexuální preference způsobuje nepohodu nebo žijí v souladu s ní.

## **7. VÝZKUMNÉ OTÁZKY**

Na základě uvedeného cíle jsem sestavila pět těchto výzkumných otázek:

1. Které podněty vedly k počátkům vnitřního coming outu?
2. Jaké pocity měli respondenti v průběhu svého vnitřního coming outu?
3. Svěřili se respondenti se svou preferencí někomu dalšímu, případně komu?
4. Jaké byly reakce okolí na vnější coming out respondentů?
5. Způsobila respondentům jejich sexuální preference nějaké problémy?

## 8. METODOLOGICKÝ RÁMEC VÝZKUMU

### 8.1 Typ výzkumu

Pro tento výzkum byla zvolena kvalitativní strategie. Cílem je procesu coming outu porozumět. Stanovila jsem si širší otázky, které jsem v průběhu analyzování přizpůsobila získaným datům. Vycházela jsem z konkrétních příběhů jednotlivých respondentů, snažila jsem se zjistit, jak každý svůj coming out prožíval a zda se mezi respondenty objevují nějaké podobnosti a společné prvky.

### 8.2 Získávání dat

Jelikož se jedná o velmi intimní a choulostivé téma, a prozatím není mnoho pedofilních jedinců, kteří by byli ochotní o své odlišné sexuální preferenci otevřeně s kýmkoli mluvit, rozhodla jsem se pro sekundární analýzu dat, které vznikly primárně pro jiný výzkum. Nepřišla jsem tedy do přímého kontaktu s pedofily, jelikož by má nezkušenost mohla při osobních rozhovorech narušit důvěru ze strany pedofilů, kteří se podobných studií dobrovolně účastní.

Data byla získána v rámci Mezinárodního výzkumu pedofilních preferencí, který v České republice zaštiťuje Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy a Národní ústav duševního zdraví (NÚDZ) v Klecanech. Pro tento výzkum mi byla poskytnuta data ve formě polostrukturovaných přepsaných rozhovorů s lidmi s pedofilní preferencí a zároveň mi byly poskytnuty informace o původním výzkumu a o technikách sběru dat, které se při něm uplatňovaly. V případě nedostatečných informací bylo možné data doplnit původními badateli.

Původní výzkum probíhal v rámci laboratoře Evoluční sexuologie a psychopatologie (vedoucí laboratoře Mgr. Kateřina Klapilová, PhD.) v Národním ústavu duševního zdraví v Klecanech v roce 2016. Každý pedofilní respondent podstoupil anamnestické interview s proškoleným psychologem (viz příloha č. 4). Každé interview trvalo zhruba 60-90 minut. Po skončení interview se respondenti podrobili testování v magnetické rezonanci, kde jim na základě audionahrávek byla měřena penilní reakce. Audionahrávky obsahovaly neutrální stimuly, dospělé stimuly a dětské stimuly. Respondentům byla předem sdělena podoba, počet a přibližný obsah nahrávek. Respondenti byli instruováni jak zacházet se sondou cirkumferenčního penilního pletysmografu<sup>1</sup>, kterou si sám nasadil. Následně si nasadil sluchátka přes která poslouchal audionahrávky. Respondenti byli též vyzváni, aby hodnotili

---

<sup>1</sup> Cirkumferenční penilní pletysmografie spočívá v měření průtoku krve v penisu, snímají se tak obvodové reakce penisu (Trojan, 2007).

svojí míru vnímaného sexuálního vzrušení, k tomu sloužilo tlačítko, které měli respondenti v ruce. Tyto techniky jsou však pro můj výzkumný záměr vedlejší. Celá procedura u jednoho respondenta trvala přibližně 4 hodiny a každému testování přihlížel odborný personál.

### **8.3 Analýza dat**

Zvolenou metodou analýzy byla interpretativní fenomenologická analýza (interpretative phenomenological analysis, dále jen IPA), která umožňuje „... porozumění žité zkušenosti člověka. Pomáhá detailně prozkoumat, jak člověk utváří význam své zkušenosti, což nám umožňuje porozumět jednotlivé události nebo procesu – fenoménu“ (Smith, Flowers a Larkin, 2009, citováno podle Kostínková a Čermák, 2011, s. 9). Tento přístup vede k porozumění zkušenosti člověka s ohledem k tomu, jaký význam přisuzuje své zkušenosti určitý člověk v určitých podmínkách či situaci, což bylo cílem tohoto výzkumu.

Jako další důležitý prvek analýzy zdůrazňují Kostínková a Čermák (2011), že výzkumník poskytuje pomocí poznámek své kritické a konceptuální komentáře k tomu, jaký smysl respondent své zkušenosti přisuzuje, zkušenost je tak konstruována a zpracovávána výzkumníkem, cílem však zůstává porozumění participantovi žité zkušenosti.

Jak Kostínková a Čermák (2011) uvádějí, nejčastější metodou sběru dat jsou polostrukturovaná interview, což se shoduje s mým výzkumem. Jako další důležitý faktor zmiňují doslovnou transkripci rozhovorů. Ta byla provedena již během původního výzkumu.

„Cílem analýzy v IPA je formulování témat, která zachycují esenci fenoménu, jenž je předmětem výzkumu“ (Willig, 2001, citováno podle Kostínková a Čermák, 2011, s. 16).

Kroky, které byly během analýzy dat provedeny, jsou v souladu s kroky, které uvádějí Kostínková a Čermák (2011) u IPA. Prvním krokem bylo opakované čtení všech rozhovorů, které umožňuje výzkumníkovi vtáhnout se do případu. Dalším krokem byly poznámky a komentáře, z nichž postupně vznikala témata a poté, co byla témata zformulována do podoby kódů, bylo možné hledat souvislosti a podobnosti napříč tématy, pomocí kódů bylo možné se v nich dobře orientovat.

Mezi tématy byla určitá hierarchie, některá témata spadala pod jiná, některé kódy byly sloučeny, jelikož jednotlivá vyjádření respondentů směřovala ke stejnému tématu či jevu.

Ve výsledku jsem identifikovaná témata doplnila svými komentáři a přímými citacemi respondentů (Kostínková a Čermák, 2011).

### **8.4 Etika a etické aspekty výzkumu**

Jak již bylo řečeno, výzkum lidské sexuality je velmi intimní, proto rozhovory vedli

zkušením odborníci, a všechna data, která mi byla poskytnuta, byla již plně zanonymizována. Každému účastníkovi byl přidělen kód, všichni účastníci podepsali informovaný souhlas, ve kterém bylo uvedeno, že účast na výzkumu je dobrovolná, že účast lze kdykoliv přerušit bez udání důvodu, a že získaná data mohou být v anonymní podobě zprostředkovány pouze pro účely jiných výzkumů (viz příloha č. 3). Bylo dbáno na to, aby byl respondentům během celé procedury zajištěn maximální komfort. Výzkum byl schválen etickou komisí (viz příloha č. 2).

## 9. VÝZKUMNÝ SOUBOR

### 9.1 Výběr výzkumného souboru

Výzkumný soubor byl vybrán již v rámci původního výzkumu. Jedná se o vzorek 27 pedofilů orientovaných heterosexuálně, homosexuálně i bisexuálně. Respondenti byli osloveni skrze dvě webové stránky [pedonia.com](http://pedonia.com) a [pedofilie-info.cz](http://pedofilie-info.cz), kde byl po domluvě s administrátory webových stránek umístěn náborový leták pro Mezinárodní výzkum pedofilních preferencí (viz příloha č. 1). Skrze tyto webové stránky je možné s komunitou komunikovat a po uveřejnění inzerátu na webových stránkách, se někteří dobrovolníci přihlásili do výzkumu. Ve druhé řadě byli osloveni jedinci z psychiatrických léčeb zaměřených na ochrannou sexuologickou léčbu delikventních jedinců, konkrétně z Psychiatrické nemocnice Bohnice a z Psychiatrické nemocnice Havlíčkův Brod, cílem bylo rovněž získat jedince na dobrovolné bázi.

Jednalo se tedy o *účelový výběr*, neboť vzorek nezastupuje jednotlivce, ale vymezenou sociální skupinu a jsou předem dána kritéria, které musí účastníci splňovat. Základními podmínkami pro účast na výzkumu byla pedofilní, nebo i hebefilní či efebofilní sexuální preference. Jako kritérium stačilo, že si svou preferenci sami uvědomují, jak bylo v inzerátu uvedeno, k účasti nebyla třeba žádná psychiatrická diagnóza. Pro komunikaci s potenciálními zájemci o účast byla vytvořena emailová schránka Národního ústavu duševního zdraví, aby byli zájemci dostatečně chráněni anonymitou. Odměna za účast ve výzkumu byla 1000 Kč.

### 9.2 Charakteristika výzkumného souboru

Výzkumný soubor tvořilo 27 pedofilních mužů ve věku od 19 do 56 let. Věkový průměr byl 33,96 let. Tři respondenti uvedli, že jsou ženatí, dva rozvedení, pět uvádělo, že má v současné době partnerku či partnera, sedmnáct respondentů je svobodných bez partnera či partnerky. Šest respondentů má děti.

Podle dostupných dat je 12 respondentů je zaměstnaných, 3 nezaměstnaní, 3 jsou studenti vysoké školy a 9 bylo v době výzkumu hospitalizováno v ochranné ambulantní léčbě v psychiatrické nemocnici Bohnice, či Havlíčkův Brod.

**Tabulka 1: Charakteristika výzkumného souboru**

Věk	Zaměstnání	Partnerský stav	Počet dětí
38	Učitel v mateřské škole	Rozvedený	3
24	Hudební produkce	Svobodný	0
29	Nezaměstnaný - hospitalizace	Svobodný	0
43	Zámečnick	Ženatý	0
30	PC administrátor operačních systémů	Svobodný	0
41	Programátor	Ženatý	3
28	Call center	Partner	0
25	Student VŠ	Svobodný	0
33	Elektrikář	Partner	0
24	Student VŠ	svobodný	0
37	Ve službách	Svobodný	0
20	Student VŠ	Svobodný	0
29	Malíř, lakýrník	Svobodný	0
35	Nezaměstnaný	Svobodný	0
26	Nezaměstnaný - hospitalizace	Svobodný	0
21	Nezaměstnaný	Svobodný	0
48	Nezaměstnaný - hospitalizace	Ženatý	2
42	Nezaměstnaný - hospitalizace	Svobodný	0
56	Nezaměstnaný	Svobodný	0
45	Nezaměstnaný - hospitalizace	Svobodný	1
48	Nezaměstnaný - hospitalizace	Svobodný	0
19	Nezaměstnaný - hospitalizace	Partnerka	0
24	Číšník	Svobodný	0
35	Obchodník - podnikatel	Partnerka	0
42	Nezaměstnaný - hospitalizace	Svobodný	1
29	Nezaměstnaný - hospitalizace	Svobodný	0
46	Expedice	Rozvedený, má partnerku	2



## 9.3 Přehledové tabulky

### 9.3.1 Toxikologie a závislosti

Z rozhovorů vyplývá, že větší část respondentů jsou nekuřáci. Většina respondentů uvedla, že alkohol si dají spíše výjimečně, 9 respondentů od alkoholu naprosto abstinuje. 3 respondenti uvedli, že se v minulosti potýkali s problémy s alkoholem a 6 respondentů mělo v minulosti zkušenosti s drogami. V době výzkumu žádný respondent neuváděl potíže se závislostí.

**Tabulka 2: Toxikologie a závislosti**

	Vůbec	Příležitostně	Často
Cigarety	18	1	8
Alkohol	9	18	0
Drogy	27	0	0

### 9.3.2 Sexuální orientace a sexuální anamnéza

Ve výzkumném souboru je 15 respondentů orientovaných heterosexuálně, 7 homosexuálně a 5 bisexuálně. U bisexuálních respondentů se orientace liší u primární a sekundární preference (viz Tabulka 5).

**Tabulka 3: Sexuální orientace**

Heterosexuální	Homosexuální	Bisexuální
15	7	5

Sexuální zkušenost s dospělou ženou či mužem uvedlo 20 respondentů, pouze 7 jich žádnou sexuální zkušenost nemá. 14 respondentů uvedlo, že se během života zamilovali i do dospělého protějšku. Pouze jeden respondent má v anamnéze sexuální trauma, kdy ho sexuálně zneužívali vychovatelé a vychovatelky v dětském domově, kde vyrůstal.

### 9.3.3 Primární a sekundární preference a věkový rozsah

Všichni respondenti uvedli pedofilii či hebefilii nebo efebofilii jako primární preferenci, pouze u jednoho respondenta je pedofilie sekundární preferencí a nemůže být tudíž kategorizován jako pedofil. Sekundární preferenci uvedlo 20 respondentů, většinou uvedli, že je přitahují dospělé ženy či muži, kteří mají dětské rysy. U jednoho respondenta je pedofilie ve skutečnosti sekundární preference a primární jsou dospělé ženy nad 35 let, byl však zadržen za držení dětské pornografie a byla mu nařízena ambulantní ochranná léčba. 6 respondentů uvedlo, že nemá žádnou sekundární preferenci, nicméně 4 z nich měli v minulosti sexuální zkušenost s dospělou ženou.

Sexuální zkušenost s dospělou ženou či mužem uvedlo 20 respondentů, pouze 7 jich žádnou sexuální zkušenost nemá. 14 respondentů uvedlo, že se během života zamilovali i do dospělého protějšku. Pouze jeden respondent má v anamnéze sexuální trauma, kdy ho zneužívali vychovatelé a vychovatelky v dětském domově, kde vyrůstal.

**Tabulka 4: Exkluzivita sexuální preference**

Exkluzivní	Neexkluzivní
6	21

Věkový průměr nejnižší věkové hranice u preference heterosexuálních respondentů je 6,67 let. Průměr nejnižší věkové hranice u preference homosexuálních respondentů je 9,14 let, u bisexuálních respondentů 8,8 let. Nejvyšší věková hranice u pedofilní preference je v průměru u heterosexuálních jedinců 11,86 let, u homosexuálních 12,42 let a u bisexuálních 13,2 roky.

**Tabulka 5: Věkový rozsah sexuální preference**

<b>Sexuální orientace</b>	<b>Primární preference, věkový rozsah</b>	<b>Sekundární preference, věkový rozsah</b>
Heterosexuální	Dívky 1-9 let, převážně 3-6 let	Žádná
	Dívky 2,5-12 let	Dospělé ženy 20-45 let
	Dívky 3-11 let, převážně 5-9 let	Dospělé ženy 18-25 let
	Dívky 4-10 let	Dospělé ženy
	Dívky 4-10 let	Žádná
	Dívky 5-14 let	Dospělé ženy
	Dívky 7-8 let	Dospělé ženy
	Dívky 7-12 let	Dospělé ženy
	Dívky 8-10 let	Dospělé ženy
	Dívky 8-12 let	Dospělé ženy
	Dívky 9-12 let	Dospělé ženy
	Dívky 11-14 let	Občas ženy 18 let a výš
	Dívky 12-17 let	Dospělé ženy
	Dívky 12 – 17 let	Dospělé ženy
	Dospělé ženy nad 35 let	Dívky 9-14 let
Homosexuální	Chlapci 5-6 let	Žádná
	Chlapci 8-13 let	Dospělí muži
	Chlapci 9-13 let	Dospělí muži
	Chlapci 9-14 let	Žádná
	Chlapci 10-14 let	Žádná
	Chlapci 11-12 let	Dospělí muži
	Chlapci 12-15 let	Žádná
Bisexuální	Chlapci 8-11 let	Dospělé ženy
	Chlapci 8-11 let	Dospělé ženy
	Chlapci 8-14 let	Dospělé ženy
	Chlapci 10-12 let	Dospělé ženy
	Chlapci 10-18 let	Dívky 15-20, výjimečně dospělí muži

### 9.3.4 Sexuální delikvence

Z 27 respondentů se 15 respondentů v minulosti dopustilo deliktu, 12 respondentů se dopustilo sexuálního zneužití dítěte, 5 respondentů bylo usvědčeno z držení dětské pornografie, někteří byli usvědčeni z obojího. 12 respondentů se žádného deliktu nedopustilo. Výzkumný vzorek se z části skládal z jedinců, kteří byli v době výzkumu hospitalizováni v psychiatrické léčbě. 12 respondentů bylo usvědčeno ze sexuálního zneužívání (někteří v kombinaci s držením dětské pornografie) a byla jim nařízena ambulantní ochranná léčba. Jeden respondent byl odsouzen ke 3,5 roku ve vězení. Třem respondentům byla nařízena ochranná ambulantní léčba za přechovávání dětské pornografie. Z respondentů, kteří se deliktu nikdy nedopustily, žádný v ambulantní ochranné léčbě nebyl.

**Tabulka 7: Sexuální delikvence**

Držení dětské pornografie	Sexuální zneužívání	Žádný delikt
5	12	12

### 9.3.5 Zkušenosti s terapií a léčbou

23 z 27 respondentů navštívilo minimálně jednou sexuologa, téměř všichni tedy absolvovali klinický pohovor s odborníkem. Někteří respondenti navštívili respondenta z vlastní vůle, některým byla ambulantní ochranná léčba, v jejímž rámci se setkávali se sexuologem, nařízena, neboť se dopustili sexuálního deliktu. Jednalo se o 13 respondentů, jak je uvedeno v tabulce 8. Pouze 4 respondenti sexuologa nikdy nenavštívili. Respondenti, kteří byli v ambulantní ochranné léčbě, užívali po dobu léčby nebo i po jejím skončení prostředky ke snížení hladiny testosteronu buď ve formě léků, či injekcí. Jeden respondent podstoupil v rámci léčby chemickou kastraci.

**Tabulka 8: Způsob léčby respondentů**

Hormonální terapie	Ambulantní ochranná léčba	Kastrace
12	13	1

### 9.3.6 Vnitřní a vnější coming out

Většina respondentů si svou sexuální preferenci začala uvědomovat již v pubertě. 9 respondentů uvedlo, že u se u nich první signály začaly objevovat dříve než si svou sexuální

preferenci uvědomili. 9 respondentů si vybavuje dvě různé fáze vnitřního coming outu. V první fázi začali vnímat první signály, ale ještě si svou pedofilní preferenci neuvědomili, nepřiznali, nebo nevěděli co tyto signály znamenají. Ve druhé fázi si svou preferenci definitivně uvědomili a přiznali. Jedná se o dvě různé fáze, které Weiss a kol. (2010) nazvali *pre-coming out* a *vlastní coming out* (viz kapitola Fáze coming outu). Naopak 3 respondenti vypověděli, že už od raného věku s jistotou věděli, že jsou něčím odlišní. Někteří nedokázali určit přesnou dobu, kdy se začaly objevovat první signály, ale vědí, v kolika letech si svou preferenci uvědomili.

Další fázi, kdy se jedinci svěřují s preferencí ostatním (vnější coming out) si prošlo 19 z 27 respondentů. 8 respondentů si vnějším coming outem neprošlo, nebo to v rozhovorech neuvedli. Dva respondenti průběh svého coming outu během interview vůbec neuvedli, jeden respondent zmínil pouze svůj vnější coming out.

**Tabulka 6: Vnitřní a vnější coming out; časové zařazení počátků coming outu a konečného uvědomění**

<b>V kolika letech si respondent začal uvědomovat svou sexuální preferenci?</b>	<b>V kolika letech si respondent přiznal svou sexuální preferenci?</b>	<b>Prošel respondent vnějším coming outem?</b>
9	15-16	Ano
10	12	Ano
10-13	16-17	Ano
12	13	Ano
13	Neuvedeno	Ne
13	Neuvedeno	Ano
13	30	Ano
13-14	36	Ano
14	Neuvedeno	Ano
14-15	21	Ano
15	Neuvedeno	Ne
15	24	Ano
16	25	Ano
16	30	Ne
16-17	17-18	Ano
25	26	Ano
Odjakživa	Odjakživa	Ano
Neuvedeno	12	Ne
Neuvedeno	18	Ano
Neuvedeno	20	Ano
Neuvedeno	20	Ano
Neuvedeno	20	Ne
Neuvedeno	21	Ano
Neuvedeno	17	Ne
Neuvedeno	Neuvedeno	Ano
Neuvedeno	Neuvedeno	Neuvedeno
Neuvedeno	Neuvedeno	Neuvedeno

## 10. ANALÝZA DAT

### 10.1 1. Výzkumná otázka: Které podněty vedly respondenty k počátkům vnitřního coming outu?

V rámci této otázky mne zajímalo, v jakém životním období a na základě jakých podnětů si respondenti začali svou sexuální preferenci uvědomovat.

Na základě výpovědí vyšlo najevo, že si devět respondentů vybavuje dvě různé fáze vnitřního coming outu. V první fázi začali vnímat první signály, ale ještě si svou pedofilní preferenci neuvědomili či nepřiznali. Ve druhé fázi si svou preferenci definitivně uvědomili a přiznali. V této výzkumné otázce se zaměřuji na počáteční podněty, které vedly k vnitřnímu coming outu.

Na základě výpovědí byly vytvořeny 4 kategorie, z nichž každá zastupuje podněty, které představovaly první signály k vnitřnímu coming outu:

1. Erotické fantazie
2. Zamilovanost
3. Navazování partnerských vztahů
4. Erotický zážitek

Jedenáct respondentů uvedlo, že prvním podnětem, kdy si svou pedofilní preferenci začali uvědomovat, bylo, že začali o dětech eroticky fantazírovat. Fantazie byly často doprovázeny masturbací. Ve fantaziích se většinou objevovaly cizí děti, které respondenti náhodou potkali, někdy fantazírovali o dětech, se kterými byli v nějakém osobním kontaktu.

*„Ve 14-15 letech, když kluci donesli časopis, tak jsem nesledoval prsa, zaměřoval jsem se jen na obličej (hledal jsem dětskost), a štíhlé drobné postavy, ne prsa, ne zadek. A tam jsem si připustil, že je něco jinak“* (Respondent č. 17, heterosexuál, 48 let, v době výzkumu hospitalizován).

*„Šli jsme s kolegou z práce, šla tam hezká holčina, bylo jí aspoň 11, v té době jsem prohlásil, že z ní bude hezká holka. Kolega mi řekl, že to není normální. Ta holka mě docela vzrušila, měl jsem o ní i sexuální fantazie večer“* (Respondent č. 20, heterosexuál, 45 let, v době výzkumu hospitalizován).

*„Lákat děti mě začaly až kolem 20. roku, na koupališti jsem je viděl a obhlížel, pak když jsem večer masturboval, tak jsem měl představy, že se s nimi mazlím. Pak také v autobusu a metru jsem se koukal“ (Respondent č. 18, heterosexuál, 42 let, v době výzkumu hospitalizován).*

Pět respondentů si pedofilní preferenci začalo uvědomovat po tom, co se zamilovali do výrazně mladšího protějšku.

*„To jsem si začal uvědomovat až tak v 21-ti. Zamiloval jsem se do kluka. Uvědomil jsem si to“ (Respondent č. 10, homosexuál, 24 let).*

*„Když jsem se zabouchl do souseda, který vizuálně vypadal na 12 a bylo mu 14. Sledoval jsem ho, toužil jsem po jeho přítomnosti“ (Respondent č. 11, homosexuál, 37 let).*

*„S prozřením souviselo už když jsem se okolo 14 let zamiloval do mladší sestry spolužáka, bylo jí devět let.“ (Respondent č. 23, heterosexuál, 24 let).*

Pět respondentů uvedlo, že v době, kdy jejich vrstevníci navazovali partnerské vztahy se stejně vyspělými protějšky, jim se stále líbily menší děti, případně s nimi navazovali vztahy.

*„Uvědomil jsem si to, když se mi začaly líbit mladší holky, když jsem vyrostl, poslední vztah s vrstevnicí jsem měl v pěti letech“ (Respondent č. 1, heterosexuál, věk 38 let).*

*„Spolužáci začali navazovat vztahy s opačným pohlavím a mně to pořád táhlo ke stejnému pohlaví. Stárnul sem a líbili se mi pořád stejně starý kluci“ (Respondent č. 5, bisexuál, 30 let).*

*„Věděl jsem, že jsem jinej, že se zajímám o mladší holky. V patnácti jsem chodil třeba s 11-letou. Ve dvanácti mě zajímaly i 8-9-ti letý. Nikdy jsem nekoukal výš než byl můj věk“ (Respondent č. 14, heterosexuál, 35 let).*

*„Ve dvaceti jsem si uvědomil, že jsem na mladý holky, poznal jsem to podle party, mám asi dvacet kamarádek puberťaček. Většinou vztah s puberťandou trvá cca 1 měsíc. Kdyby mě ale sváděly, tak jdu od toho. Chodím na místa, kde se zdržují. V ideálním světě bych se koukal na nahou, možná bych jí i pusinkoval“ (Respondent č. 13, heterosexuál, 29 let).*

Tři respondenti si svou preferenci uvědomili až poté, co měli sexuální kontakt s dítětem. Jeden respondent se v 18-ti letech dopustil sexuálního deliktu se syny své známé.

*„Až sem to udělal v 18-ti. Byli to mojí mamky kamarádky synové. Chodil jsem tam, je to napadlo. Prasklo to tak, že to řekli mámě. Dělali jsme to víckrát. To byla moje jediná zkušenost. Když jsem jezdil s kolotočem, jezdili tam kluci na autíčka, nikdy mě to nenapadlo“ (Respondent č. 22, bisexuál, 19 let, v době výzkumu hospitalizován).*

Druhý respondent měl erotický zážitek okolo 15 let se sousedem, jemuž bylo v té době 11 let.



*„Bydlel jsem tehdy na sídlišti v Písku, kamarádil jsem se s adoptovaným mladším klukem, ten kluk mě osahával, mně se to líbilo, a také jsem ho osahával. Holek jsem si nikdy nevšímal.“* (Respondent č. 19, homosexuál, 56 let).

Třetí respondent (Respondent č. 6, heterosexuál, 41 let) prožil klíčový zážitek ve 12-ti letech, kdy parta holek z mateřské školky čekala u domu, jedna z nich si vyhrnula sukýnku a předváděla se.

Jeden respondent (Respondent č. 16, heterosexuál, 21 let) nemá pedofilii jako primární preferenci a není tudíž klasifikován jako pedofil, má ale pedofilii jako sekundární preferenci, při PPG měření se u něj reakce na děti objevily. Jelikož byl zadržen za držení dětské pornografie, byla mu soudem nařízena ambulantní ochranná léčba.

Jeden respondent neuvedl žádný konkrétní podnět, který ho vedl k vnitřnímu coming outu, jelikož si byl svou preferencí vnitřně jistý již od dětství.

*„Bylo mi patnáct let, když jsem si řekl, že jsem homosexuální pedofil. Na adaptačním kurzu. Když mi bylo devět let, zaslechl jsem téma homosexuální pedofil, už jsem věděl, že se mě to týká.“* (Respondent č. 12, homosexuál, 20 let).

Velká část respondentů uváděla podobné atributy, které se jim zdají u nedospělých protějšků atraktivní (například bezprostřednost, spontánnost), naopak často uváděli podobné atributy, které jim vadí u dospělých protějšků (například sebevědomost).

U mnoha respondentů se v počátku vnitřního coming outu projevila nevědomost. Často uváděli, že je nenapadlo, že by se mohlo jednat o pedofilii, což mělo za následek, že trvalo i několik let, než si pedofilní preferenci uvědomili a přiznali.

## **10.2 2. Výzkumná otázka: Jaké pocity měli respondenti v průběhu svého vnitřního coming outu?**

V rámci této výzkumné otázky jsem se zabývala pocity, které doprovázely průběh vnitřního coming outu respondentů. U devíti respondentů všem pocitům zpočátku předcházela nevědomost, kdy nevěděli, že se jedná o pedofilní preferenci, nebo co pedofilní preference znamená, nebo jaká jsou možná rizika.

Z dat vyšlo najevo, že žádný respondent neprožíval během vnitřního coming outu čistě pozitivní pocity. Pouze tři respondenti zažívali během vnitřního coming outu neutrální pocity, většina však uvedla převahu negativních pocitů. Tyto pocity byly rozděleny do tří kategorií:

1. Nejistota a pochybnosti
2. Popření
3. Strach z rizika sexuálního deliktu

Pět respondentů uvedlo, že když si začali uvědomovat, že jsou nějakým způsobem odlišní, převažovaly u nich pochybnosti o sobě samých nebo o reakcích okolí. Zažívali také pocity strachu a studu.

*„Jednou jsem byl na přednášce o sexuologii, věděl jsem, že je něco špatně, chtěl jsem přednášející popsat situaci. Nedostal jsem se však ke slovu a dál už nepátral, ani si nepožíval studijní materiály“* (Respondent č. 19, homosexuál, 56 let).

*„Cítil jsem se blbě. Věděl jsem, že pedofilové jsou, ale nevěděl jsem, co tahle deviace obnáší. Začal jsem si říkat, jestli opravdu jsem normální nebo ne... Přitom v té době jsem partnerku měl, která byla asi o 2 roky mladší než já. Byl jsem s ní asi 2 roky“* (Respondent č. 20, heterosexuál, 45 let, v době výzkumu hospitalizován).

*„Ve dvaceti jsem si to přiznal, styděl jsem se a bál jsem se“* (Respondent č. 18, heterosexuál, 42 let, v té době hospitalizován).

*„Cítil jsem se nejistě, nechápal jsem co se děje a proč, hledal jsem informace na internetu a našel legální komunitu, která funguje, hodně mi to pomohlo, nenapadlo mě, že se může něco stát, pocity byly rozporuplné, měl jsem strach kvůli informacím z médií, pomohly mi příběhy lidí.“* (Respondent č. 2, heterosexuál, 24 let).

Jeden respondent čistě pochybnosti sám u sebe neprožíval, ale cítil se nejistě ohledně reakce svého okolí.

*„Cítil jsem se sice dobře, ale bál jsem se někomu svěřit“* (Respondent č. 26, heterosexuál, 29 let, v době výzkumu hospitalizován).

Pět respondentů zažilo během vnitřního coming outu pocity popření, svou sexuální preferenci si nepřipouštěli, mysleli, že se ještě změní, nebo že ji sami dokáží změnit. Čtyři respondenti prožívali negativní pocity a pedofilní preferenci si přiznali až po letech.

*„Styděl jsem se, vytýkal jsem si to a snažil jsem se toho nějakou sebekázní zbavit, mazal jsem nashromážděná videa, až po letech jsem to začal řešit“* (Respondent č. 4, bisexuál, 43 let).

*„Dělal jsem vedoucího na pionýrských a vodáckých táborech, byl jsem instruktor, měl jsem tam dívky kolem 2. Třídy. Uměl jsem to s dětmi, bylo mi 15, v té době jsem si ani nepřipouštěl, že by bylo něco špatně, chodil jsem se stejně starou holkou. Když mi bylo přes 20, líbila se mi 12letá holka, ale to, že jsem pedofil, jsem si nepřipouštěl“* (Respondent č. 17, heterosexuál, 48 let, v době výzkumu hospitalizován).

*„Cítil jsem to i dříve, ale nepřiznával jsem si to, bral jsem to jako část své osobnosti. I díky dalším preferencím (dospělé ženy) jsem se z toho necítil špatně“ (Respondent č. 3, heterosexuál, 29 let, v době výzkumu hospitalizován).*

Pouze jeden respondent prožíval neutrální pocity poté, co si svou sexuální preferenci přiznal.

*„Původně jsem si myslel, že jsem homosexuál, říkal jsem si, že se to změní, 16-17 let jsem si říkal, že se mi nelíbí ani holky ani kluci, vyšlo mi z toho, že jsem homosexuální pedofil nebo efebofil, nějak jsem to neprožíval“ (Respondent č. 5, bisexuál, 30 let).*

U jednoho respondenta se objevily i myšlenky na sebevraždu.

*„Ve 12-ti letech jsem pořád nechápal, jak se někomu můžou líbit dospělí. Myslel jsem si, že se ještě nenašla ta pravá. Doma se o sexuálních otázkách vůbec nemluvalo, když jsem dostal ve 13-ti letech knížku o dospívání, byl jsem v šoku. Chtěl jsem se zabít“ (Respondent č. 11, homosexuál, 37 let).*

U šesti respondentů převládaly během vnitřního coming outu myšlenky na potenciální rizika své sexuální preference a začali se cítit nejistí ohledně kontaktu s dětmi.

*„Nejrizikovější jsem byl ve věku kolem 13 – 17 let, protože už tehdy byly náznaky mojí zvláštnosti, ale nikdo mě neinformoval. Když si to zpětně uvědomuju, mohl jsem kdykoli na ulici potkat někoho, kdo by se mi líbil a udělat malér. Ve 25-ti letech jsem se zamiloval do kluka a chtěl jsem to mít pod kontrolou, bál jsem se, že to neustojím a udělám hloupost“ (Respondent č. 7, homosexuál, 28 let).*

*„Měl jsem pocit, že je to úplně nepoužitelný do života. Od doby, co jsem si to uvědomil, si držím odstup od malých kluků, nevím jak se v dané situaci chovat“ (Respondent č. 10, homosexuál, 24 let).*

*„Napsal jsem rovnou dotaz na zpovědnici. Necítil jsem se dobře, jen jsem si asi řekl, že bych se asi s těmi dětmi neměl stýkat. To trvalo asi tak týden“ (Respondent č. 12, homosexuál, 20 let).*

*„Ve fantaziích nejsou ti kluci, co je znám, protože to by bylo nebezpečné. Ale ten kluk, kterého jsem měl strašně rád se mi tam dostal. Pak jsem si to zakázal. Ted' si představuju ty co neznám, pouze někde zahlédnu“ (Respondent č. 9, homosexuál, 33 let).*

Dva respondenti si svou preferenci a rizikovost uvědomili až poté, co se dopustili sexuálního deliktu.

*„Věděl jsem, že to není úplně v pořádku, ale nevěděl jsem, že je to těžký zločin. To byl pro mě šok, vůbec jsem si to neuvědomoval. Polehčující okolnost byla ta, že jsem se k tomu přiznal. Výpověď moje souhlasila s tím, co říkaly děti. Ted' si myslím, že bych se měl odstěhovat“*

*od sousedů, kterým jsem obtěžoval děti“* (Respondent č. 21, bisexuál, 48 let, v době výzkumu hospitalizován).

*„Po tom, co jsem to udělal už se bojím, už tam nebudu chodit“* (Respondent č. 22, bisexuál, 19 let, v době výzkumu hospitalizován).

Pouze tři respondenti, prožívali během vnitřního coming outu neutrální pocity. Jeden respondent si svou preferenci uvědomil během dospívání v dětském domově.

*„Brál jsem to jako normu. Vyrůstal jsem v tom“* (Respondent č. 25, bisexuál, 42 let, v době výzkumu hospitalizován).

V průběhu vnitřního coming outu u respondentů výrazně převažovaly negativní pocity. Respondenti uváděli, že se necítili dobře, u většiny z nich se objevovaly pocity strachu a studu. Žádný z respondentů se během počátku vnitřního coming outu nedokázal se svou pedofilní preferencí plně smířit, mnozí ji chtěli změnit. Pouze jeden respondent vnímal svou preferenci neutrálně. Velkou roli při vnitřním coming outu hrála informovanost, mnozí respondenti se styděli a báli se, dokud o pedofilii nezjistili více informací. Někteří respondenti si uvědomovali potenciální rizika sexuální delikvence, někteří si je uvědomili, až poté co se deliktu dopustili.

### **10.3 3. Výzkumná otázka: Svěřili se respondenti se svou preferencí někomu dalšímu, případně komu?**

V rámci této výzkumné otázky se zabývám vnějším coming outem. Jak bylo uvedeno v tabulce 6, vnějším coming outem si prošlo celkem devatenáct respondentů. Osm respondentů si vnějším coming outem neprošlo nebo to v rozhovorech neuvědli. Na základě osob, jimž se respondenti svěřovali jsem vytvořila čtyři kategorie:

1. Rodina
2. Přátelé
3. Partneři
4. Rodiče dětí

Nejpočetnější skupinu tvoří rodinní přílušníci. Celkem sedmnáct respondentů se se svou sexuální preferencí svěřilo někomu z rodiny, pouze dva respondenti se nikomu z rodiny nesvěřili. Čtrnáct respondentů se svěřilo alespoň jednomu z rodičů, tři uvedli, že na to rodiče přišli sami.

*„Vědí to všichni, rodiče, bratr, nechlubím se tím, ale když člověku můžu důvěřovat tak se svěřím. Rodiče na to přišli sami, já to potvrdil“* (Respondent č. 5, bisexuál, 30 let).

*„Víš o tom maminka, bylo to asi rok po tom, co jsme řešili vztah s tou 9letou holčičkou. Našla povídky o klukovi, který je pedofil, byl jsem rád, že jsem to někomu řekl, bál jsem se, že to nikdy nebudu moct nikomu říct“ (Respondent č. 2, heterosexuál, 24 let).*

Osm respondentů uvedlo, že se svěřili alespoň jednomu sourozenci.

*„Zneužil jsem dívku, takže se to dozvěděla sestra, přiznal jsem jí to. Bratr dvojče to taky ví. Přátel moc nemám, hodně jsem jich kvůli léčbě ztratil“ (Respondent č. 18, heterosexuál, 42 let, v době výzkumu hospitalizován).*

Některým přátelům se svěřilo deset respondentů. Jeden respondent se svěřil pouze přátelům a nikomu jinému.

*„Nesvěřuju se matce ohledně sexuality, ona se stará víc než by měla. Z rodiny nikdo neví, vědí to někteří přátelé“ (Respondent č. 8, bisexuál, 25 let).*

Pět respondentů uvedlo, že se se svou sexuální preferencí svěřili svým partnerkám, ať už minulým nebo současným.

*„Co jsem v léčebně, nejdelší vztah trval 2 roky. Byl to normální vztah, spali jsme spolu. Zalhal jsem jí, řekl jsem jí, že jsem měl psychický problémy. Pak jsem šel s pravdou ven“ (Respondent č. 20, heterosexuál, 45 let, v době výzkumu hospitalizován).*

Čtyři respondenti se svěřili rodičům dětí, se kterými byli v osobním kontaktu. Jeden respondent se po uvědomění své pedofilní preference svěřil vedoucímu skautského tábora, na který jezdil.

*„Znal jsem 11-letého kluka, měl jsem ho fakt strašně rád, rodiče mi ho svěřovali, neměli na něj čas. Od jeho 12 – 14 jsme bez kontaktu, řekl jsem to jeho mamince, protože jsem myslel, že to pochopí, ale ona ne“ (Respondent č. 9, homosexuál, 33 let).*

Mnoho respondentů uvádělo, že se svěřili na stránkách pedofilních komunit, většinou tam ale vystupovali anonymně. Osobně se respondenti nejčastěji svěřovali rodinným příslušníkům, přátelům či partnerkám, tedy osobám, které jsou pro ně nejbližší. Někteří se svěřili až poté, co se dopustili sexuálního deliktu a jejich pedofilní preference tak vyšla najevo.

#### **10.4. 4. Výzkumná otázka: Jaké byly reakce na vnější coming out respondentu?**

Tato výzkumná otázka zkoumala, jak okolí respondentů přijalo jejich pedofilní preference, poté co se rozhodli se někomu svěřit. Na základě výpovědí jsem vytvořila tři kategorie reakcí, které se u různých skupin lidí objevovaly.

1. Pozitivní reakce
2. Negativní reakce
3. Smíšené reakce

Dva respondenti uvedli veskrze pozitivní reakce od všech lidí z okolí, poté co se dopustili deliktu, nenarušilo to ani jejich důvěru u blízkých, kteří mají děti.

*„Informace o pedofilii jsem nehledal, nepovažoval jsem se za zneužívače dětí, nikomu jsem se nesvěřoval, držel jsem to v sobě, narazil jsem na dětskou pornografii, přišla na mě policie za přechovávání, dostal jsem roční podmínku. Začal jsem vyhledávat informace, svěřil jsem se přátelům i rodičům. Kamarád se začal zajímat a chtěl poznat jaké to pro mě je, bavíme se o tom, vyhledává si informace. Rodina podržela hrozně moc. Bratr mě nechává hlídat neteře“* (Respondent č. 3, heterosexuál, 29 let, v době výzkumu hospitalizován).

*„O preferenci ví rodiče – ti mě podporují, některé bývalé partnerky s kterými jsem v kontaktu doted’ (komunikují se mnou i jejich partneři a komunikují se mnou i když mají dcery, dále švagrová, z okruhu práce se to dozvěděli, ale tam se nevrátím“* (Respondent č. 17, heterosexuál, 48 let, v době výzkumu hospitalizován).

Pozitivní reakce se objevovaly u přátel a kamarádů. Žádný respondent neuvedl u kamarádů negativní reakce. Šest respondentů uvedlo čistě pozitivní reakce u kamarádů. Dva respondenti uvedli, že jsou pro ně kamarádi největší oporou.

*„Největší oporou je pro mě kamarádka, se kterou mám napůl vztah. Mluví se mnou, je to asi jediný člověk, který o mně ví úplně všechno, je starostlivá“* (Respondent č. 5, bisexuál, 30 let).

Pozitivní reakce se objevily i u všech partnerek respondentů. Pět respondentů uvedlo, že se svěřilo s preferencí svým partnerkám a všichni uvedli, že jejich reakce byly pozitivní.

*„S mojí ženou jsem měl hodně silný a nevyrovnaný vztah, od začátku o mně věděla, že jsem na holčičky, přesto jsme v průběhu času měli velice dobrý sexuální život – pro ni i nesmírně naplňující. Chválila si mne, že přede mnou měla mnoho mužů, ale se mnou že je sex nejuspokojivější. pro mne však nebyl ... Po šťastném rozvodu vycházíme, dá se říci, dobře“* (Respondent č. 1, heterosexuál, věk 38 let).

*„Máme výborný vztah spolu. Ona to ví, řekla mi, že jsem udělal chybu. Že jsem to neměl dělat, ale pochopila to“* (Respondent č. 22, bisexuál, 19 let, v době výzkumu hospitalizován).

*„Partnerka o mé sexuální preferenci ví. Podporuje mě, věří mi, že léčbu dodělám, je mi oporou. Párkrát se mě zeptala, jak to mám s dětma, řekl jsem, že chci mít dospělou partnerku.*

*Byl jsem šťastnej, sice v léčebně, ale šťastnej. Jezdila za mnou každý víkend, já na propustku s ní“* (Respondent č. 20, heterosexuál, 45 let, v době výzkumu hospitalizován).

*„Manželka mě chápe a podporuje, ale nerada se o tom baví. Nemyslí si, že jsem nějaký zvrhlík a můžu se jí se vším svěřit, i když na všechno nemáme stejný názor. Ví, co cítím k jedné malé holčičce, nebere ji jako konkurenci“* (Respondent č. 4, bisexuál, 43 let).

Jediný respondent (Respondent č. 16, heterosexuál, 21 let) nemá, který má pedofilii jako sexuální preferenci, oznámil své partnerce, že byl zadržen za přechovávání dětské pornografie, údajně nijak nereagovala.

Jeden respondent uvedl, že je pro něj největší oporou dvanáctiletý chlapec a jeho matka.

*„Vybrané důležité osoby, které mají vědět, tak ví. Například rodiče těch dětí. S tou poslední nejvřelejší vztah. Berou mě za syna, tak mě to tak těší“* (Respondent č. 12, homosexuál, 20 let).

Negativní reakce uvedlo pět respondentů u rodinných příslušníků. Z toho u čtyř respondentů negativně reagovali rodiče.

*„Osobně mně to nikdy u nikoho nepřineslo nic špatného. Kromě rodičů, to bylo těžký, dodneška to nezpracovali“* (Respondent č. 10, homosexuál, 24 let).

*„Ví to jenom matka. Ta to ze začátku hodně špatně nesla. Trošku jsme o tom mluvili před těma dvěma lety. Poznala to kvůli tomu sousedovi, vždyť já spal dvě hodiny denně“* (Respondent č. 11, homosexuál, 37 let).

Jeden respondent se rodičům nesvěřil s pedofilní preferencí, svěřil se pouze se svou homosexuální orientací.

*„Rodičům jsem to řekl, když mi bylo 15 let. Jen to, že jsem na kluky. Otec si to dává za vinu, myslí, že mě ovlivnilo, že jsem s ním byl sám. Otcí to vadí. Matka mu za to vynadala. Nechtěla, abych se stýkal s bratrem. Už se to uklidnilo, ale častokrát mi kvůli tomu dělá scény a činí mi obtíže“* (Respondent č. 12, homosexuál, 20 let).

Jeden respondent se z rodiny svěřil pouze sestřenici, neboť se reakce zbytku rodiny obává.

*„Ví to jen sestřenice z rodiny, byl to pro ní šok, nekomunikovala, ale začala se mnou komunikovat. Zbytek rodiny to neví a já jim to říkat nechci, jsou věřící, těžce by to rozdýchávali. Řekl jsem jim, že jsem na diskotéce zmlátil dva chlapy“* (Respondent č. 20, heterosexuál, 45 let, v době výzkumu hospitalizován).

Smíšené reakce zaznamenali tři respondenti u rodinných příslušníků.

*„Máma byla zklamaná, ale když řekla, že to mám od narození, tak se to urovnalo. Otec s ním držel od začátku, má pro mě pochopení. Scházíme se spolu, všechno dobrý, jsou mi oporou“* (Respondent č. 21, bisexuál, 48 let, v té době hospitalizován).

*„Rodina to ví od té doby, co to ruplo, odsoudila mě jen dcera. Největší oporou je mi synovec, teď mu bude 16 let. Voláme si“* (Respondent č. 25, bisexuál, 42 let, v době výzkumu hospitalizován).

*„Dozvěděla se to sestra, potom jak jsem zneužil tu první dívku, pak jsem ale zapíral, ale sestře jsem to řekl. Že cítím, že mě ty holky přitahují. Sestra říkala, proč jsem jí to neřek, řekl jsem jí, že jsem se za to styděl a bál jsem se, že jí ztratím. Moc se na mě zlobila. Pak se ke mně ale chovala normálně. Jsem s ní denně v kontaktu, podporuje mě a drží mě. Zlobila se, že jsem jí to mohl říct a že by mi dřív pomohla. Bratr to taky ví, ale nevěřil, že jsem to udělal, rodinně jsem to zahrál tak, že si myslím, že mi to znalci našli, že by to mohl udělat, ale neudělal. Jen sestra ví, že si to přiznávám.“* (Respondent č. 18, heterosexuál, 42 let, v době výzkumu hospitalizován).

Ve výpovědích respondentů převládaly převážně pozitivní reakce, nicméně kromě dvou respondentů se každý respondent s nějakou negativní reakcí ve svém okolí setkal. Negativní reakce pocházely vždy od rodinných příslušníků, nejčastěji od rodičů. Žádný respondent nevedl negativní reakce od přátel. Pozitivní reakce uváděli respondenti i u partnerek či manželek.

Téměř každý respondent uvedl alespoň jednoho člověka, v němž má oporu. Jeden respondent (Respondent č. 8, bisexuál, 25 let) uvedl, že nejdůležitější je, jak to člověk bere sám, a že je důležité vědět, že existují další takoví lidé. Žádný respondent nevedl, že by ho negativní reakce okolí výrazně ovlivnily.

### **10.5 5. Výzkumná otázka: Způsobila respondentům jejich sexuální preference nějaké problémy?**

Tato výzkumná otázka měla za cíl zjistit, zda respondentům jejich pedofilní preference přinesla v životě nějaké potíže, ať už osobního nebo společenského charakteru. U patnácti respondentů se vyskytly společenské problémy následkem spáchanému deliktu.

Třem respondentům byla nařízena ambulantní ochranná léčba, neboť byli usvědčeni z přechovávání dětské pornografie.

*„Kvůli fotkám jsem se dostal do Havlíčkova Brodu. Měl jsem fotky pubertáček, 12-13 let. Měnil jsem je s kamarády, zatkli nás víc. Začal jsem s tím ve 26. Párkrát jsem*



*masturboval u těch fotek. V Havlíčkově Brodě uzavřeli diagnózu hebefilie“ (Respondent č. 13, heterosexuál, 29 let).*

Jak už bylo výše uvedeno, jediný respondent má pedofilii jako sekundární preferenci, jemu byla rovněž byla nařízena ambulantní ochranná léčba kvůli přechovávání dětské pornografie.

*„Byl jsem zadržen za držení dětské pornografie, moc to nekontroluju, ale něco jsem měl v počítači, asi mě prásknul spolubydlicí. Znam stránku, kde jsou děti ve vysoce sexuálních pózách, je to až nechutný, ale něco z toho jsem měl v sadě a přišlo mi to vzrušující. Poslední dobou to ale shledávám nechutné, stahoval jsem hlavně starší než 35 a mezi 9-14. Ale hlavně dost neselektivně, hledal jsem, co se dalo“ (Respondent č. 16, heterosexuál, 21 let)*

Jedenáct respondentů bylo minimálně jednou usvědčeno ze sexuálního zneužívání dětí a byla jim nařízena ambulantní ochranná léčba.

Jeden respondent byl odsouzen ke 3,5 roku vězení, když se po užití drog dopustil sexuálního obtěžování.

*„V době deliktu jsem měl poprvé pervitin a THC. Byl jsem na diskotéce, tam jsem se opil a drogoval. Vyhodili mě ve 12 v noci, bloudil jsem po městě, nechtěl jsem jít domů. Čin jsem provedl v 7:30 (nadýchal jsem ještě 3 promile). Nevím zda byli lidi kolem. 12 let jí bylo. Chytil jsem jí do kravaty zezadu a chtěl jí zatáhnout do křoví. Nic jsem ale nestihl, protože jí okamžitě přispěchal na pomoc“ (Respondent č. 14, heterosexuál, 35 let).*

Tři respondenti se opakovaně dopustili sexuálního zneužívání na dětech a dostali se do ústavní péče vícekrát.

*„Mám za sebou tři trestné činy, stejně provedené. Všechny tři jsem je znal. Znovu se nedostat do průseru se mi daří čtvrtým rokem. Byl jsem tři roky tady\*, tři roky v Havlíčkově Brodě, teď zase 3 roky tady. Havlíčkův Brod byl lepší, lepší propustky, víc času s rodinou“ (Respondent č. 26, heterosexuál, 29 let, v době výzkumu hospitalizován).*

*„V Havlíčkově Brodě jsem teď posedmé, ve 2010 to bylo 22 měsíců, pak byl trest zrušen na odvolání. Další hospitalizace tak 7 měsíců průměrně. Dobrovolně jsem byl ve 2014, kdy jsem měl úzkosti. Pudilo mě vyrazit do ulic, úzkosti byly z toho“ (Respondent č. 15, heterosexuál, 26 let, v době výzkumu hospitalizován).*

Jeden respondent po opakované recidivě podstoupil chemickou kastraci.

*„Teď po kastraci je to jednodušší. Předtím jsem nemyslel na nic jiného než jak ji dostat, byl jsem zaměstnán svou sexualitou víc než jsem si dokázal uvědomit. Teď po kastraci*

---

\* v psychiatrické nemocnici Bohnice v Praze

*je hezká, ale jako oběť mě neláká, nejsem tím tak posedlý, nedá mi problém odpoutat tu pozornost“* (Respondent č. 17, heterosexuál, 48 let, v době výzkumu hospitalizován).

Pět respondentů během interview uvedlo, že by si zpětně přáli sexuálnímu deliktu zabránit.

*„Přál bych si vrátit čas a víc se zajímat o deviaci a nenechat ji dojít až do takový míry, že jsem na tu holku sáhl“* (Respondent č. 20, heterosexuál, 45 let, v době výzkumu hospitalizován).

*„Přál bych si zdraví pro celou rodinu, aby šlo vrátit co jsem udělal“* (Respondent č. 21, bisexuál, 48 let, v době výzkumu hospitalizován).

*„Myslím, že jsem Olince a některým žákyním ublížil. Teď to chci odčinit. Doufám, že svými znalostmi“* (Respondent č. 1, heterosexuál, věk 38 let).

Osm respondentů uvedlo, že by svou pedofilní preferenci změnili, kdyby to bylo možné. Sedm z nich se dopustilo deliktu a byla jim nařízena ambulantní ochranná léčba. Často zmiňovali, že by chtěli být „normální“.

*„Chtěl bych nebýt pedofil, chtěl bych, aby se mi líbily dospělé ženy“* (Respondent č. 17, heterosexuál, 48 let, v době výzkumu hospitalizován).

*„Chtěl bych změnit tu deviaci, aby mě nevzrušovaly holčičky, abych byl normální“* (Respondent č. 18, heterosexuál, 42 let, v době výzkumu hospitalizován).

*„Přál bych si být normální heterosexuální chlap. Chtěl bych žít normální život, mít rodinu“* (Respondent č. 20, heterosexuál, 45 let, v době výzkumu hospitalizován).

*„Chtěl bych si najít partnerku a žít normální život“* (Respondent č. 21, bisexuál, 48 let, v době výzkumu hospitalizován).

*„Přál bych si, abych nebyl homosexuální pedofil“* (Respondent č. 25, bisexuál, 42 let, v době výzkumu hospitalizován).

*„Přát bych si nebýt pedofilem a mít nový život“* (Respondent č. 26, heterosexuál, 29 let, v době výzkumu hospitalizován).

*„Chtěl bych vědět, proč se to ve mně takhle zlomilo a přál bych si, abych v dětství neviděl sexuální objekt“* (Respondent č. 27, heterosexuál, 46 let).

Mnoho respondentů uvedlo problémy, které jim preference způsobila, vždy se jednalo o sexuální delikt sexuálního zneužití nebo přechovávání dětské pornografie. Mnozí z nich si dopad svého chování neuvědomovali a uvědomili si ho až poté, co byli usvědčeni z přestupku či trestného činu. Většina z nich se deliktu dopustila pouze jednou.

Jedem respondent byl odsouzen k 3,5 letům vězení, většině ostatním respondentům, kteří se dopustili deliktu, byla nařízena ambulantní ochranná léčba. Jeden respondent prodělal chemickou kastraci.

Pět respondentů uvedlo, že svého činu litují a chtějí by mu zabránit, osm respondentů uvedlo, že by si přáli nemít pedofilní preferenci.

## 11. ZÁVĚR VÝZKUMU A DISKUSE

Cílem tohoto výzkumu bylo přiblížit životní situaci, kdy lidé s pedofilní preferencí procházejí vnitřním a vnějším coming outem. Z dostupných dat vyšlo najevo, že ačkoliv se mezi jednotlivými coming outy vyskytly podobnosti, každý respondent měl svůj proces coming outu značně individuální.

K počátečnímu uvědomění pedofilní preference u respondentů docházelo u většiny respondentů v období puberty (10-16 let). Z dat vyšlo najevo, že vnitřní coming out byl u mnoha respondentů rozdělen do dvou fází, které Weiss a kol. (2010) popsali jako *pre-coming out* a *vlastní coming out*. Troiden (1989) rovněž zmínil dvě různé fáze, kdy jedinec během dětství či rané puberty nejprve začíná vnímat první podněty a až v jiné fázi si uvědomí svou sexuální identitu. Vnitřní coming out tak u některých respondentů trval i několik let, neboť moment, kdy si respondent definitivně přiznal a uvědomil svou preferenci se u mnoha respondentů objevil až v rané dospělosti (17-25 let). Někteří respondenti si svou preferenci uvědomili až v dospělosti (30 let, 36 let), někteří naopak uváděli, že k uvědomění došli již v dětství. Tři respondenti proces svého vnitřního coming outu během interview neuvédli.

Podněty, na základě nichž respondenti si začali uvědomovat svou pedofilní preferenci, se mezi jednotlivými respondenty podobaly. Mnoha respondentům se začaly objevovat v hlavě erotické fantazie s výrazně mladšími protějšky než byli oni sami. Další část respondentů se zamilovala do výrazně mladšího protějšku. Někteří respondenti se začali lišit od svých vrstevníků, kteří začali navazovat partnerské vztahy se stejně vyspělými protějšky, zatímco jim se pořád líbily malé děti. Pro část respondentů byl prvním signálem pedofilní preference erotický zážitek, důsledkem kterého zjistili, že je děti eroticky přitahují. Mnoho respondentů uvedlo, že si v počátcích svého vnitřního coming outu, vůbec neuvědomovali, že se může jednat o pedofilní preferenci, přestože se u nich objevovaly výše zmíněné signály.

Pocity, které doprovázely vnitřní coming out byly u všech respondentů převážně negativní. Respondenty doprovázaly pochybnosti a pocity nejistoty, někteří si uvědomovali možná rizika pedofilní preference, a báli se kontaktu s dětmi, nevěděli, jak se k nim mají chovat. Někteří chtěli svou pedofilní preferenci úplně popřít. Jak uvádí diagnostický manuál DSM-V (2015), jedinci s pedofilní poruchou často prožívají subjektivní nepohodu (např. pocity viny či hanby). Pocit studu byl u respondentů jedním z nejčastěji zmiňovaných pocitů.

Na základě dostupných dat se domnívám, že během procesu celého vnitřního coming outu hrála u respondentů velkou roli neinformovanost. Respondenti si uvědomovali, že jsou nějakým způsobem odlišní a vnímali počáteční podněty, ale nevěděli s čím se ztotožnit a kam

se zařadit. Mnoho respondentů uvedlo, že jakmile zjistili, že se jedná o pedofilní preferenci a mohli si o ní zjistit více informací, nebo když zjistili, že nejsou jediní, zmizely i některé negativní pocity. Čtyři způsoby, které uvedl Schorsche (1980, in Weiss, 2002) jako způsoby vyrovnání se s odlišnou preferencí, se u respondentů objevovaly, mnohokrát se u nich však jednotlivé fáze během nějakého časového rámce prostřídaly. Například, když z fáze odmítnutí parafilie přešli do fáze částečného souhlasu či do fáze smíření (Schorsche, 1980, in Weiss, 2002).

Vnější coming outem si neprošel každý respondent, ale zhruba dvě třetiny respondentů ano. Někteří uvedli, že se nikomu nesvěřili, protože se bojí negativních reakcí. Když se respondenti rozhodli někomu svěřit, jednalo se převážně o rodiče a rodinné příslušníky. Další početnou skupinu tvořili přátelé a partnerky či manželky. Žádný respondent neuvedl, že by své partnerce svou preferenci tajil. Někteří respondenti se svěřili rodičům dětí, se kterými byli v osobním kontaktu.

Důležitým momentem každého vnějšího coming outu je reakce okolí. Podle výpovědí respondentů se objevily jak reakce pozitivní tak negativní a někdy smíšené. Pouze dva respondenti uvedli, že se s negativní reakcí nesetkali, ostatní respondenti se setkali s negativní reakcí minimálně u jednoho člověka. Negativní reakce se objevovali především u rodinných příslušníků, nejčastěji u rodičů. Několik respondentů uvedlo, že se s tím rodiče nesmířili nebo byli zklamáni. Jak uvedl Grov a kol. (2006), reakce rodiny bývá u vnějšího coming outu nejzásadnější, ale téměř každý příslušník sexuální menšiny se setká s nějakou negativní reakcí ze strany rodiny.

Pozitivní reakce přicházely převážně od přátel a od partnerek respondentů. Smíšené reakce se objevily také u rodinných příslušníků, často reagovali zpočátku negativně a s postupem času se s preferencí respondenta smířili.

Žádný respondent neuvedl, že by ho negativní reakce výrazněji ovlivnily. Žádný se nesetkal s agresivními reakcemi nebo se slovním napadáním. D'Augelli (2006) uvádí, že se příslušníci sexuálních menšin ve většině případů s podobnými reakcemi minimálně jednou setkají, na rozdíl od jiných sexuálních menšin, například homosexuálů, však nemohou pedofilové svou preferenci projevat veřejně a tudíž o jejich parafilii vědí pouze lidé, kterým se sami svěří. Z cizích lidí se respondenti svěřovali pouze lidem z pedofilních komunit či ostatním pacientům v psychiatrických léčebnách, v případě že byli hospitalizováni.

Jelikož se nábor respondentů při původním výzkumu prováděl i v psychiatrických léčebnách, bylo mezi respondenty mnoho jedinců, kteří se dopustili sexuálního deliktu. V některých případech se jednalo o trestný čin přechovávání dětské pornografie, v některých o

sexuální zneužití dítěte. Těmto respondentům byla následně soudem nařízena ambulantní ochranná léčba a byla nastolena opatření, aby se podobné chování již neopakovalo. Někteří respondenti uváděli, že během deliktu nevěděli, že se dopouštějí trestného činu a následky svého chování si plně neuvědomovali. Mnoho jich uvedlo, že svého činu lituje a chtěli by ho vzít zpět.

Několik respondentů uvedlo nespokojenost se svou parafilii. Uvedli, že by chtěli žít „normální“ život bez pedofilní preference, že by si přáli, aby je děti eroticky nepřitahovaly. Jak uvedli Weiss a Brichcín (1992), pouze část parafiliků je schopná plné akceptace své parafilní sexuality. Větší šanci smíření se svou parafilii má respondent, který může alespoň částečně realizovat své parafilní potřeby sociálně přijatelným způsobem, což u pedofilních jedinců možné není. I z tohoto důvodu je zákaz držení dětské pornografie velmi diskutabilní otázkou.

Sexuální delikvence byla největším problémem, kteří respondenti v souvislosti se svou pedofilní preferencí uváděli, u mnoha případů však pramenila z nedostatečné informovanosti. Domnívám se, že neinformovanost veřejnosti o pedofilii celý proces coming outu pedofilům znesnadňuje. Vzhledem k prevalenci pedofilie ve společnosti, která se odhaduje zhruba až na 5% v mužské populaci (Seto, 2009), je velmi pravděpodobné, že se ve společnosti vyskytuje mnoho pedofilů, kteří svou parafilii tají, a je jisté, že mnoho jedinců má vnitřní, případně i vnější coming out před sebou. Větší informovanost o skutečné podstatě pedofilie může usnadnit coming out vnitřní i vnější. Jak bylo výše zmíněno, během vnitřního coming outu se mnoha respondentům ulevilo, poté co si o pedofilii mohli zjistit více informací. Vnější coming out je pro pedofilní jedince náročný z velké části i kvůli předsudkům, které s k pedofilii vážou, a které mohou komplikovat odhodlání se někomu svěřit. Jak uvedl Brichcín (2002), v médiích bývá za pedofila označen každý, kdo sexuálně atakoval nezletilce. Ve veřejnosti vzniká pak dojem, že každý pedofil je delikvent. Několik respondentů uvedlo, že po vnějším coming outu si jejich blízcí začali vyhledávat o pedofilii informace.

Nejhorším důsledkem této neinformovanosti se může stát, že si pedofil neuvědomí možná rizika sexuální delikvence a dopustí se deliktu, aniž by si uvědomoval, že páchá trestný čin, jak uvedlo i několik respondentů. Weiss a kol. (2005) uvádějí, že osvětové edukativní působení v podávání informací o protiprávnosti sexuálního zneužívání dětí je základní strategií pozitivní prevence páchaní deliktů. Toto si dávají za cíl i pedofilní komunity, které poskytují všechny základní informace o pedofilii včetně možných rizik. Několik respondentů uvedlo, že jim pedofilní komunity během coming outu velmi pomohly v mnoha ohledech, většinou se k nim však dostali až poté co si sami začali aktivně vyhledávat informace nebo jim byly doporučeny sexuologem.

Domnívám se, že ačkoliv v posledních letech roste snaha rozšířit povědomí o pedofilii (např. dokumentární film Danielův svět, pochod Prague Pride), je důležité znalosti o pedofilii dále zvyšovat i mezi širokou veřejností.

## POUŽITÁ LITERATURA A ZDROJE

### Literatura – publikace

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, editoři české verze: Jiří Raboch, Michal Hrdlička, Pavel Mohr, Pavel Pavlovský, Radek Ptáček. Praha, 2015, *DSM-5 Diagnostický a statistický manuál duševních poruch* - s. 721-722; 737-737
- BRICHČÍN, Slavoj in Alexa, Janek. *Žil jsem jako pedofil*. Praha: Portál, 2002. - 190 s. (7-21)
- DUNOVSKÝ, Jiří, DYTRYCH, Zdeněk, MATĚJČEK, Zdeněk. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha: Grada, 1995. – 245 s.
- FAFEJTA, Martin. *Sexualita a sexuální identita: sociální povaha přirozenosti*. Praha: Portál, 2016. – 240 s.
- FIFKOVÁ, Hanka. *O sexu s Hankou*. Praha: Grada, 1998. – 120 s. ISBN 80-7169-673-0
- CHRISTENSEN, F. M. (1990) *Pornography: The other side*. Praeger Publishers, New York.
- KOLÁŘSKÝ, Aleš. *Jak porozumět sexuálním deviacím : teoretická východiska sexodiagnostiky - cesta k tvorbě náhledu a k realizaci sexuality v mezích zákona*. Praha: Galén, 2008. – 108 s.
- KOSTÍNKOVÁ, Jana, ČERMÁK, Ivo. Brno: Masaryková Univerzita, 2013. *Interpretativní fenomenologická analýza*. In ŘÍHÁČEK, Tomáš, ČERMÁK, IVO, HYTYCH, Roman. *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*, s. 9-43.
- STORR, Anthony. *Sexual Deviation*. Harmondsworth: Penguin Books, 1964. – s. 100-129
- SVĚTOVÁ ZDRAVOTNICKÁ ORGANIZACE, zpracoval Ústav zdravotnických informací a statistiky České republiky. *Mezinárodní statistická klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů*. Praha: Grada, 1999, díl I-III
- VANÍČKOVÁ, Eva, PROVAZNÍK, Kamil, HADJ-MOUSSOVÁ, Zuzana. *Sexuální zneužívání dětí I. Díl*. Praha: Univerzita Karlova, 1997. – s. 82.
- WEISS, Petr a kolektiv. *Sexuální zneužívání dětí*. Praha: Grada publishing, a.s., 2005. - 264 s.
- WEISS, Petr. *Sexuální deviace*. Praha: Grada, 2002. - 360 s.
- WEISS, Petr a kolektiv. *Sexuologie*. Praha: Grada, 2010. – 744 s.



## Literatura – články

- AHLERS, C. J., SCHAEFER, G. A., MUNDT, I. A., ROLL, S., ENGLERT, H., WILLICH, S. N., BEIER, K. How unusual are the contents of paraphilias? Paraphilia associated sexual arousal patterns in a community based sample of men. (2011) *The journal of sexual medicine*, 8(5), s. 1362-1370.
- ARAJI, S., FINKELHOR, D. Explanations of pedophilia: Review of empirical research. (1985) *Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law*, 13(1), s. 17-37.
- ARMSTRONG, Janelle, MELLOR, David. Internet child pornography offenders: An examination of attachment and intimacy deficits. (2016) *Legal and Criminological Psychology*, (21), s. 41-55
- BLANCHARD, R., LYKINS, A. D., WHERETT, D., KUBAN, M. E., CANTOR, J. M., BLAK, T., KLASSEN, P. E. Pedophilia, hebephilia, and the DSM-V. (2008). *Archives of sexual behavior*, 38 (3), s. 335-350.
- BLANCHARD, R. The DSM Diagnostic Criteria for Pedophilia. (2009) *Archives of sexual behavior*, 39(2), s. 304-316.
- BRIERE, J., RUNTZ, M. University males' sexual interest in children: Predicting potential indices of "pedophilia" in a nonforensic sample. (1989) *Child Abuse & Neglect*, 13(1), s. 65-75.
- BRICHČÍN, Slavoj. K používání Androcuru v ochranném ambulantním léčení sexuálních delikventů (1998). *Česká a slovenská psychiatrie*. Roč. 94, č. 1, s. 28-33.
- COHEN, L. J., MCGEOCH, P. G., GANS, S. W., NIKIFOROV, K., CULLEN, K., GALYNKER, I. I. Childhood sexual history of 20 male pedophiles vs. 24 male healthy control subjects. (2002) *The Journal of nervous and mental disease*, 190(11), s. 757-766.
- D'AUGELLI, A. Developmental and contextual factors and mental health among lesbian, gay and bisexual youths. (2006). In H. Kurtzman, & M. Omoto (Eds.), *Sexual orientation and mental health: Examining identity and development in lesbian gay and bisexual people* (s. 37–53). Washington, DC: *American Psychological Association*.
- FEDOROFF, J. P., DI GIOACCHINO, L., MURPHY, L. Problems with paraphilias in the DSM-5. (2013) *Current psychiatry*.
- FREUND, K., NEDOMA, K. Otázka přičetnosti a nápravných opatření u sexuálních delikventů. (1959) *Československá psychiatrie*. Roč. 55, č. 4, s. 264-269.

- FREUND, K. (1967). Erotic preference in pedophilia. *Behaviour Research and Therapy*, 5(4), s. 339-348.
- Grov, C., Bimbi, D. S., Nanín, J. E., & Parsons, J. T. (2006). Race, ethnicity, gender, and generational factors associated with the coming-out process among gay, lesbian, and bisexual individuals. *Journal of Sex Research*, 43, 115–121
- KALINA, Filip. Pedofilie. (2004) *Prevence sociálně nežádoucích jevů*. Roč. 3, č. 6, s. 7-12.
- KUTCHINSKY, B. Pornography and its Effects in Denmark and the United States: A Rejoinder and Beyond. (1985) *Comparative Social Research*. 8, s. 301–330.
- MOSER, C., KLEINPLATZ, P. J. DSM-IV-TR and the paraphilias: An argument for removal. (2006) *Journal of Psychology & Human Sexuality*, 17(3-4), s. 91-109.
- QUINSEY, V. L., LALUMIERE, M. L. Evolutionary perspectives on sexual offending. (1995) *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 7(4), s.301-315.
- SETO, M. C. (2009). Pedophilia. *The Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 391-407.
- SOLOMON, D., McABEE J., ÅSBERG, K., MCGEE, A. Coming Out and the Potential for Growth in Sexual Minorities: The Role of Social Reactions and Internalized Homonegativity. (2015) *Journal of Homosexuality*, 62, s. 1512-1538.
- TROIDEN, R. R. The formation of homosexual identities. (1989) *Journal of Homosexuality*, 17, s. 43–73.
- TROJAN, Ondřej. Ambulantní léčba klientů s problémem z okruhu pedofilního chování (2007). *Praktická gynekologie*. Roč. 3, č. 3, s. 229-247.
- VANDIVER Donna. Juvenile Female and Male Sex Offenders: A comparison of Offender, Victim, and Judicial Processing Characteristics. (2006) *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, roč. 50, č. 2, s. 148-165.
- WEISS, Petr; BRICHČÍN, Slavoj. Pedofilie a pachatelé pedofilních deliktů. (1990) *Psychológia a patopsychológia dieťaťa*. Roč. 25, č. 1, s. 41-52.
- WEISS, Petr; BRICHČÍN, Slavoj. Meze psychodiagnosticky sexuálních deviací u mužů. (1992) *Československá psychologie*. Roč. 36, č. 5, s. 457-462.

## Internetové zdroje

- BICAN, Jaroslav. *Prague Pride vzkazuje, jde nám jen o naši komunitu*. Deník Referendum [online] (5. 8. 2014). Dostupné z WWW: <<http://denikreferendum.cz/clanek/18494-prague-pride-vzkazuje-jde-nam-jen-o-nasi-komunitu>>
- Československá pedofilní komunita ČEPEK [online]. Dostupné z WWW: <<http://pedofilie-info.cz>>
- Československá pedofilní komunita ČEPEK, Rubrika: *Účast na Prague Pride* [online]. Dostupné z WWW: <<http://www.pedofilie-info.cz/rubrika/ucast-na-prague-pride/>>
- Československá pedofilní komunita ČEPEK, *Záhada zmizení boylover.net* [online] (17. 7. 2011). Dostupné z WWW: <<http://www.pedofilie-info.cz/zahada-zmizeni-boylover-net/>>
- Československá pedofilní komunita ČEPEK, *Slovo úvodem* [online]. Dostupné z WWW: < [http://pedofilie-info.cz/slovo\\_uvodem/](http://pedofilie-info.cz/slovo_uvodem/)>
- FAFEJTA, Martin. *Zatčení na Prague Pride. Aneb jak se mě policie ptala, jestli jsem pedofil* [online] (18. 8. 2014). Dostupné z WWW: <<http://fafejta.blog.respekt.cz/zatceni-na-prague-pride-62654410/>>
- MF Dnes. *Jsem pedofil a učím* [online] (10. 11. 2017). Dostupné z WWW: <[http://zpravy.idnes.cz/zpoved-mf-dnes-jsem-pedofil-a-ucim-dl0-domaci.aspx?c=A071109\\_152603\\_domaci\\_ton](http://zpravy.idnes.cz/zpoved-mf-dnes-jsem-pedofil-a-ucim-dl0-domaci.aspx?c=A071109_152603_domaci_ton)>
- Ministerstvo práce a sociálních věcí, *Statistická ročenka z oblasti práce a sociálních věcí* [online]. Dostupné z WWW: <http://mpsv.cz/cs/3869>
- Pedofilní komunita Pedonia [online]. Dostupné z <[http://www.pedonia.com/app.php/page/uvodni\\_str](http://www.pedonia.com/app.php/page/uvodni_str)>
- Trestní zákoník ČR [online]. Dostupné z WWW: <<http://trestnizakonik.cz>>
- WEISS, Petr. *Zákaz držení dětské pornografie je absurdní* [online] (7. 9. 2016). Dostupné z WWW: <[http://zpravy.idnes.cz/sexuolog-weiss-videochat-on-line-d45-domaci.aspx?c=A160906\\_161625\\_domaci\\_pku](http://zpravy.idnes.cz/sexuolog-weiss-videochat-on-line-d45-domaci.aspx?c=A160906_161625_domaci_pku)>

## **PŘÍLOHY**

## Příloha č. 1: Náborový leták k výzkumu sexuálních preferencí mužů



Univerzita Karlova  
&  
Národní ústav duševního zdraví



### VÝZKUM SEXUÁLNÍCH PREFERENCÍ MUŽŮ

Vážený pánové,

rádi bychom Vás touto cestou požádali o účast na výzkumu, který zaštiťuje Fakulta humanitních studií Univerzity Karlovy spolu s Národním ústavem duševního zdraví. Studie se zabývá měřením sexuální vzrušivosti na zvukové podněty s intimním obsahem.

#### Zúčastnit se mohou:

- Muži ve věku 18-50 let
- Muži s pedofilní sexuální preferencí (ti, kteří svou preferenci proklamují; stejně tak ti, kteří spáchali trestný čin nebo přečin proti dítěti; ale i ti, kteří jej nespáchali, ale občas o těchto věcech přemýšlejí)



#### Výzkum probíhá následujícím způsobem:

- Měření bude probíhat v Národním ústavu duševního zdraví v Klecanech v průběhu dubna a května
- Měření probíhá ve dnech: pátek (odpoledne cca 16:00), sobota a neděle (dopoledne cca 9:00 a odpoledne cca 14:00) a zabere přibližně 3 hodiny. Na termíny se lze objednat po předchozí elektronické domluvě.
- Vyplníte několik krátkých dotazníků a podstoupíte krátký rozhovor
- Budete uloženi do nejnovějšího přístroje magnetické rezonance
- Do sluchátek vám bude puštěna série zvukových stop
- V průběhu bude měřeno sexuální vzrušení penilním pletysmografem

**VŠE JE ZCELA ANONYMNÍ** - Vaše anonymita bude zaručena informovaným souhlasem podepsaným oběma stranami na začátku výzkumu. Vaše odpovědi a výsledky testování budou striktně odděleny od jakýchkoliv identifikačních údajů.

#### Proč se zúčastnit?

- Každý participant obdrží **odměnu 1000 Kč**
- Přispějete k poznání podstaty výskytu odlišných sexuálních preferencí, a pomůžete vytvořit lepší diagnostický a terapeutický materiál pro lidi s pedofilními preferencemi
- Stejný výzkum současně probíhá i v Kanadě a USA, ČR bude 3. zemí v tomto unikátním projektu

V případě jakýchkoliv dotazů, či v případě zájmu o účast se neváhejte obrátit přímo na naši emailovou adresu ([vyzkumpreferenci@nudz.cz](mailto:vyzkumpreferenci@nudz.cz)), na které bude možné **diskrétně** dohodnout veškeré organizační záležitosti – zde Vám zašleme formulář, přes který se lze objednat na konkrétní dubnový či květnový termín.

#### Předem děkujeme za spolupráci!

Za výzkumný tým: Mgr. Kateřina Klapilová, PhD., Mgr. Jakub Binter, PhDr. Jana Kmoníčková, Bc. Václav Vagenknecht, Prof. Petr Weiss, PhD., Timothy Wells PhD.

## Příloha č. 2: Vyjádření etické komise

Formulář pro rozhodnutí EK č.j. 6/16

**ROZHODNUTÍ ETICKÉ KOMISE**

Název EK: **ETICKÁ KOMISE NÁRODNÍHO ÚSTAVU DUŠEVNÍHO ZDRAVÍ**  
Adresa EK: **Topolová 748,250 67,Klecany**

Odpovídá složení EK požadavkům ICH GCP? Ano  Ne

Pracuje EK podle jednacího řádu v souladu s předpisy ICH GCP? Ano  Ne

Datum a místo jednání: **NUDZ odd.2 dne 20.1.2016 ve 13,30 hod.**

Jméno žadatele: **Mgr. Kateřina Klapiřová, Ph.D.**

Jméno / název zadavatele: **Národní ústav duševního zdraví (NUDZ)**

Přesný název studie: **Evaluation of Cue-Induced Brain Activation in Pedophilic Offenders: Simultaneous fMRI and PPG Examination – a replication study.**

Identifikační číslo datum protokolu: **Viz.výše.**

Seznam hodnocené dokumentace:

Synopse projektu

CV vedoucí projektu Mgr. Kateřiny Klapiřové, Ph.D., hlavního řešitele Bc. Václava Vágenknechta, Mgr. Jany Kmoníčkové, MUDr. Zlatko Pastora, Ph.D.

Informace pro dobrovolníky a Informovaný souhlas

Složení týmu, Informace pro vedení ústavu

Projekt bude realizován v rámci grantového projektu GACR 16-18891S „Studium sexuálních variací: popis populační prevalence a fyziologických a neurálních korelátů při experimentální expozici cíleným videostimulům.“ č.j. 41/15 EK NUDZ a je rozšířením projektu schváleným etickou komisí v roce 2015 - Sexuální reaktivita mužů na audioscenáře (replicační studie (č. 113/15).

Etická komise souhlasí s prováděním studie

Projekt plně respektuje zásady Úmluvy o lidských právech a biomedicíně a zákon č.101/2000 Sb. o ochraně osobních údajů.

Etická komise nesouhlasí s prováděním studie

Důvody pro nesouhlas etické komise: **0**

Požadavky etické komise: **0**

**Etická komise**  
Národní ústav duševního zdraví  
Topolová 748, Klecany 250 67  
tel.: 283 098 312

2

Jednání etické komise se zúčastnili a hlasovali tyto členové :

			Přítomen		Hlasoval	
			ANO	NE	ANO	NE
1.	Předseda :	Dr. Bareš	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.		Dr. Novák	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.		Dr. Remeš	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
4.		Mgr. Viktorinová	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.		Dr. Kratochvílová	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
6.		Bc. Sobotka	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.		Bc. Švejdová	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.		pi. Švecová	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.		p. Kuneš	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Etická komise upozorňuje žadatele na jeho povinnost zaslat k posouzení etické komisí všechny dodatky protokolu před jejich provedením. Výjimkou jsou dodatky, které jsou určeny k eliminaci bezprostředních rizik pro subjekty hodnocení a ty dodatky, které jsou administrativního charakteru - tyto musí být následně ohlášeny etické komisí.

Dále musí žadatel předložit k posouzení komisí skutečnosti, které zvyšují riziko subjektů hodnocení nebo výrazně ovlivňují průběh studie, ohlásit komisí všechny zaznamenané závažné neočekávané příhody, ohlásit komisí nové informace, které mohou negativně ovlivnit bezpečnost subjektů hodnocení nebo průběh klinického hodnocení a podat komisí zprávu o průběhu klinického hodnocení, a to jednou ročně v jeho průběhu a dále po jeho ukončení. Tyto údaje se zasílají předsedovi etické komise

Datum : 20.1.2016

podpis předsedy:

Doc. MUDr. Martin  
Bareš, Ph.D.

Etická komise  
Národní ústav duševního zdraví  
Topolovská 743, Křesany 250 67  
tel.: 283 069 312

### Příloha č. 3: Informovaný souhlas se studií

## Informace pro účastníky

Název projektu: **Sexuální reaktivita mužů na audio scénáře (PPG a fMRI měření, replikační studie)**

**Výzkumník:**

Prosím, přečtěte si důkladně následující informace. Je velmi žádoucí, abyste se ještě před tím, než začneme testovat, ptali na cokoliv, co Vás zajímá ohledně experimentálního postupu nebo na cokoliv dalšího, co potřebujete vědět o tomto výzkumu.

### **Jaký je účel této studie?**

Pozvali jsme Vás, abyste se zúčastnil výzkumné studie, která zkoumá sexuální vzrušení (měření sexuální reakce proběhne pomocí dvou moderních metod – penilní pletysmografie a funkční magnetická rezonance) jako odpověď na zvukové stimuly. Konkrétně je cílem určit význam použití zvukových stimulů pro další výzkum, který se týká klinického posouzení sexuálního zájmu o mladé dívky a chlapce.

### **Co je bezkontaktní penilní pletysmografie (PPG)?**

Falometr je v sexuologii běžně používané zařízení pro posouzení sexuálního zájmu. Je schopen detekovat malé změny v obvodu penisu, ke kterým dochází na základě vystavení prezentovaným stimulům. Tato metoda nicméně není sama o sobě používána jako diagnostický nebo klinický nástroj – tzn. nelze na jejím základě spolehlivě usuzovat o sexuálním zájmu vyšetřovaných osob.

### **Co je funkční magnetická rezonance (fMRI)?**

Funkční magnetická rezonance (fMRI) je moderní vyšetřovací metoda, pomocí níž se snažíme zobrazit oblasti mozku aktivované při provádění určitého úkolu či během smyslové stimulace. Metoda umožňuje zjistit, které části mozkové kůry i podkoří se podílejí na provedení úlohy nebo zpracování smyslové informace. Vyšetření funkční magnetickou rezonancí (fMRI) je zcela bezpečné (neinvazivní), není spojeno s žádnými známými zdravotními riziky vyjma přítomnosti kovových implantátů. Vyšetření není zatěžující RTG zářením a nebude Vám aplikována žádná kontrastní látka. Nejsou známy žádné vedlejší účinky tohoto vyšetření. Během vyšetření budete slyšet hluk, který MR přístroj vydává, a také můžete mít pocit mírného tepla. Tyto průvodní jevy jsou běžné a provází většinu výkonů - proti hluku bude Váš sluch chráněn sluchátky. Po dobu vyšetření je nutno ležet klidně a nehýbat se, protože každý pohyb vede ke znehodnocení obrazů! Při jakékoliv nevolnosti nebo nepříjemných pocitech můžete ihned kontaktovat personál MR pracoviště pomocí signalizačního zařízení.

**POZOR:** Přítomnost magnetického pole vyžaduje zachování přísných bezpečnostních pravidel, a to zejména pro ochranu Vašeho zdraví. Jakékoliv kovové předměty mohou způsobit úraz Vám nebo personálu anebo také poškození přístroje! Před vstupem do vyšetřovny odložte v kabině hodinky, klíče, mince, šperky, vlásenky, opasek, naslouchadla, brýle nebo kontaktní čočky



nabídneme Vám brýle kompatibilní s přístrojem MR), snímatelné zubní náhrady, bankovní karty, mobilní telefony, fixační dlahy, protetické pomůcky apod.!

### **Jak bude experiment probíhat?**

Experiment se bude konat v místnosti určené pro magnetickou rezonanci v suterénu v Národním ústavu duševního zdraví, Klecany. Před zahájením samotného pokusu budete dotázáni na Váš zdravotní stav. Kdykoli během studie můžete klást otázky členům výzkumného týmu.

**V případě, že patříte do skupiny osob v ambulantní či ústavní sexuologické léčbě, nebude mít Vaše účast ve studii žádný vliv na současné léčení, nebude měněna ani vysazována medikace apod. Patříte-li do skupiny osob vykonávajících ochranné léčení (ambulantní nebo ústavní formou), nebude mít Vaše účast ve studii žádný vliv na průběh ochranného léčení.**

Po příchodu budete požádáni, abyste vyplnili několik dotazníků a absolvovali anamnestický rozhovor s klinickým psychologem. Poté budete požádáni, abyste se připravili na studii ve vyhrazeném prostoru (odložíte si spodní část oděvu a uložíte se na vyšetřovací lehátko a přikryjete se dekou).

Vaše účast na hlavní části projektu bude zahrnovat fMRI a PPG, jehož délka je celkem asi 1 hodina. V přístroji magnetické rezonance dostanete sluchátka a bude nastaven přístroj penilní pletysmografie. Po provedení těchto nastavení, se spustí samotný experiment. Do sluchátek vám bude prezentováno několik krátkých audionahrávek, které obsahují různé scénáře intimní a sexuální povahy. Prosím, berte na vědomí, že psychofyziologická měření mohou být ovlivněny pohybem, proto prosím zkuste zůstat během prezentace audio nahrávek klidní a nepohybujte se. Následně s vámi probereme vaše dojmy z audionahrávek a z experiment a tím vlastní experiment a Vaše účast končí.

### **Důvěrnost**

Obdržíte osobní identifikační kód tak, aby Vaše účast a údaje, které získáme, byly zcela anonymní. Údaje o Vás zůstanou přísně důvěrné. Veškerá dokumentace bude skladována v uzavřených prostorech, veškeré digitální údaje budou skladovány v zašifrovaných souborech. V odborné literatuře budou publikovány pouze statistické výsledky vzešlé z této studie.

### **Právo odstoupit**

Jako účastník tohoto výzkumu máte právo kdykoliv ze studie odstoupit. Můžete odstoupit během experimentu, např. v kterémkoliv okamžiku, kdy byste se cítil nepříjemně, ale také po experimentu. V takovém případě prosím kontaktujte vedoucího experimentu a použijte Váš osobní identifikační kód, aby byly Vaše údaje odstraněny z databáze. Nemusíte sdělovat důvod odstoupení z experimentu.

### **Újma nebo stížnosti**

Pokud byste se cítil nepříjemně nebo rozrušeně v důsledku účasti na studii, sdělte tuto skutečnost přítomnému výzkumníkovi. Bude Vám zajištěna schůzka s odborníkem na duševní zdraví. V případě jakýchkoliv stížností či pochybností o některých aspektech studie, způsobu zacházení nebo přístupu, můžete se obrátit na vedoucí výzkumu (Kateřina Klapilová, PhD.).

Pokud máte jakékoliv otázky před začátkem experimentu, zeptejte se prosím nyní.

Datum:

Podpis:

Místo:

## Příloha č. 4: Otázky k polostrukturovanému anamnestickému interview

### ANAMNESTICKÉ VYŠETŘENÍ

**Datum vyšetření:** 8.4.2016

Kód účastníka: 100101/1111

Prováděl: Kateřina Klapilová, PhD.

Začátek:

Konec:

**Začátek:** podpis a zapečetění informovaných souhlasů, přidělení hesla ANO/NE

#### ÚVOD:

“V rámci výzkumu Vám položíme pár otázek týkajících se živ. anamnézy, některé budou velmi intimní, oceníme, když budou odpovídat pravdivě. Pokud nebudete chtít odpovídat, určíme sitz v. STOPku”  
V rámci omezeného času se bohužel nelze doptat navše, když byste chtěli něco doplnit později, můžeme si domluvit další rozhovor nebo můžete tyto postřehy poslat navýzkumný email (předmět: doplnění rozhovoru). Když mně nepřizpůsobívání rozhovoru nečonapadne, rovněž bych vás ještě kontaktovala emailem – je to možné?

#### 1. OA: OSOBNÍ ANAMNÉZA

Věk \_\_\_\_\_ Výška \_\_\_\_\_ Váha \_\_\_\_\_

Partnerský stav \_\_\_\_\_

Zaměstnán jako \_\_\_\_\_

Zvláštní omezení: \_\_\_\_\_ Brýle, medikace Paroxetine

#### Sociální anamnéza

**Práce** – co dělá, jaký úvazek, spokojen/ nespokojen, finanční spokojenost

**Zájmy:** Co ho bavilo jako dítě? Co ho baví teď? Jak často to dělá?

**Bydlí kde (byt /dům):**

**S kým (vlastní pokoj?):**

**Studium:** Jaké stupně absolvoval, odkdy, jak se kde cítil, jaký měl prospěch.

(Jesle - od kdy, MŠ – od kdy, adaptace na MŠ, ZŠ 1., 2. stupeň – prospěch, chování, SŠ – podle čeho volil? Prospěch, bavilo/nebavilo, VŠ – podle čeho volil? bavilo/nebavilo)

#### **Vztahy obecně**

Nejlepší kamarád/ka (Proč zrovna ten/ta?)

Kamarádi – má nyní hodně kamarádů? Jakého pohlaví a věku? Z jakého prostředí? Snadno se sbližujete s ostatními lidmi?

Kamarádi v dětství? Měl hodně kamarádů? Jakého věku a pohlaví? Kamarádství v dětství a nyní?

První zamilování v jakém věku a do koho?

### **Rodinná Anamnéza (biologická, úzká rodina)**

Ted se vás budu ptát na věci ohledně rodičů, prarodičů a vašeho dětství - od Vztahy v rodině? Rodiče spolu /rozvedení (od kdy?)

Matka: vzdělání, věk, nemoci (psychiatrické onemocnění), povaha, jak byste ho charakterizoval, vztah; Jaký máte vztah nyní? Jaký jste měli vztah v dětství, trávili jste s polu čas? Dotýkali jste se často?

Otec: vzdělání, věk, nemoci (psychiatrické onemocnění), povaha - jak byste ho charakterizoval, vztah; Jaký máte vztah nyní? Jaký jste měli vztah v dětství, trávili jste s polu čas?

Víte o tom, že by rodiče (nebo jejich rodiče, nebo vaši sourozenci) měli nějaké psychiatrické onemocnění, nebo povahovou zvláštnost. (psychiatrické onemocnění, zdravotní komplikace)?

Pamatujete si/nebo někdo z rodiny mluvil o tom, že by někdo z rodiny měl zvláštní erotické nebo partnerské vztahy “co by většina lidí nepovažovala za obvyklé...”?

Sourozenci: kolik, vlastní/nevlastní, povaha, vztah mezi vámi

## **2. LÉKAŘSKÁ ANAMNÉZA**

### **Farmakologie a nemoci A.**

Nemoci (úrazy, tělesné I psychiatrické onemocnění, léčba)

Současná léčba:

Medikace v současnosti užívaná:

### **Toxikologická A**

(problémy nyní iv minulosti, dávky, léčba)

Cigarety

Alkohol

THC,

jiné drogy.

## **3. SA: SEXUÁLNÍ ANAMNÉZA**

### **Sexuální historie:**

Věk prvního orgasmu, masturbace, nočních polucí.

Věk prvního styku (partner jakého pohlaví), pocity z prvního styku, jaké praktiky použity, kdo inicioval.

Jak byste popsal svou sexuální orientaci?

### **Sex. frekvence, zvyklosti a dysfunkce nyní:**

Jak často masturbujete?

Jak často máte sex styk? S partnerem/kou, někým jiným?

Jaké praktiky vás nejvíce uspokojují?

Iniciujete vy se. styk nebo spíš ten/ta druhý/á?

Používáte nějaké sex. pomůcky?

Co si myslíte o své sexuální touze – je vysoká s porovnání s ostatními muži?  
Jak často byste chtěl mít sexuální aktivity, kdybyste si mohl vybrat – masturbace/sex aktivity s druhou osobou?  
Trápí vás nějaké problémy v sexuální oblasti? (tvar orgánů, problémy s erekcí, udržením vzrušení, touhou?)

### **Sexuologické léčení/hospitalizace:**

Byl jste u sexuologa? Jakého? Z jakého důvodu jste tam byl? Dr. Helena Reguli  
Jak jste byl léčen/jaké postupy byly zvoleny? anamnéza, klinickýpohovor.  
Výsledky?  
Medikace (dávky)?  
Jak dlouhá byla hospitalizace?  
Splnila léčba vaše očekávání?  
U PPG vyšetření – jaké stimuly byly použity a jak na vás působily? Trojan, fotky. Jaké byly výsledky?  
*Kdybyste měl kouzelnou hůlku a mohl s ní mávnout a udělat s ní sexuologa který vám pomůže přesně tak jak si představujete – co by pro vás udělal?*

### **Primární sex. preference PEDOFILIE:**

Osobní comingOut: Kdy si uvědomil své zaměření? Jakým způsobem/co se stalo? Jak se cítil?  
Nyní: Preferovaný věková skupina: Chlapci 10-12 (od 6 let šířeji)  
Co se mu na nich líbí? Vzhled, chování? Má svůj typ/je selektivní? Proč právě tento typ?  
Jak se dívá na chlapce mladší/starší věkové kategorie? Proč ho tito již tolik nepřitahují?  
Jak se dívá na dívky v této věkové kategorii?  
Dvoření: Umíte zaujmout takto starého chlapce? Jakým způsobem? Co děláte když se vám nějaký chlapec líbí?  
Pohybujete se často/vyhledáváte v prostředí, kde se chlapci této věkové kategorie objevují/co tam děláte?  
Vyrovňovací strategie: Stává se vám, že jste fyzicky vzrušen, když se ocitnete v blízkosti chlapce který se vám líbí? Máte nějaké taktiky jak to zvládnout?  
Zamilování se: Co chápete pod pojmem zamilování?  
Zamiloval jste se do chlapce této věkové kategorie? Kolikrát? Byli jste v té době v nějakém osobním kontaktu? Jak dlouho to trvalo? Byl jste mu po tu dobu věrný? Hovořil jste o něm/vnímal jste ho v té době jako partnerovi? Jak jste se v té době cítil/jaký to mělo vliv na váš život?  
Sex. Fantazie: jak často a při jaké příležitosti máte sex. fantazie zahrnující chlapce této věkové kategorie? (zcela samovolně/když nějakého uvidíte/při masturbaci/při konzumaci erot. Materiálů s tímto obsahem/při sexu se ženou).  
Z čeho čerpáte v těchto fantaziích? Krátce popsat obsah v hrubých obrysech – zahrnuje známé chlapce, neznámé, sex. praktiky, sblížování.  
Pornografie: konzumuje nějaké erot. materiály s tímto obsahem? Jaké – texty, fotky, videa? Preferuje fotky/videa chtapců z běžných nesexuálních situací, nebo spíš již se sexuálním obsahem?  
Chování: Máte zkušenost s intimním kontaktem s dětmi? Na úrovni dotyků nebo něco sexuálního? (nenutit odpovídat, pokládat zejména těm co již byli v péči kvůli deliktu, neptat se na konkrétnosti, stačí takto obecně)  
Násilné pocity vůči dětem: Jak na vás působí, když někdo ubližuje dítěti (např chlapci

kategorie kterou uvádíte?) Máte někdy na takového chlapce vztek, cítíte, že byste ho chtěl zbit? Když se nad tím zamyslíte, máte radeji, když se chlapec usmívá, shlíží k vám jako k autoritě, nebo výraz obav a strachu?

### **Sekundární preference DOSPĚLÉ ŽENY**

Vzhled: Co se mu na nich líbí? Vzhled, chování? Má svůj typ/je selektivní? Proč právě tento typ?

Co se mu na ženách nelíbí?

V čem je tos ženami, jiné než u chlapců?

Co dospělí muži?

Dvoření: Umíte zaujmout ženu, která se vám líbí? Jakým způsobem? Co děláte, když se vám nějaká žena líbí? Kde se seznamujete se ženami?

Zamilování se: Zamiloval jste se do ženy? Kolikrát? Jak dlouho to trvalo? Byli jste v té době v nějakém osobním/intimním kontaktu? Měli jste vztah? Jak jste se v té době cítil/jaký to mělo vliv na váš život?

Byl jste v něm spokojen/ v sexu i v jiných oblastech? Byl jste jí po tu dobu věrný/co se dělo s vašimi pedofilními preferencemi?

Sex. fantazie: jak často a při jaké příležitosti máte sex. fantazie zahrnující ženy? (zcela samovolně/když nějakého uvidíte/při masturbaci/při konzumaci erot. Materiálů s tímto obsahem/při sexu se ženou).

Z čeho čerpáte v těchto fantaziích? Krátce popsat obsah v hrubých obrysech – zahrnuje známé ženy, neznámé, jaké sex. praktiky, sblížování, v jaké jste pozici ve fantazii.

Pornografie: konzumuje nějaké erot. materiály s tímto obsahem? Jaké – texty, fotky, videa?

Chování: S jakými sexuálními praktikami se ženami máte zkušenosti? Někaké pomůcky? Co pro vás je nejvíce uspokojující? Těší vás sexuálně uspokojit ženu? Při sexu s ženou myslíte na ni?

Násilné pocity vůči ženám: Máte někdy na ženu vztek, cítíte, že byste ji chtěl zbit? Když se nad tím zamyslíte, máte raději, když se žena usmívá, shlíží k vám jako k autoritě, dívá se na vás opovrživě, nebo její výraz obav a strachu?

### **Vztah se současnou partnerkou:**

Jaké povahy je vztah? Cítí se v něm spokojen? Je partnerka spokojena? Po sexuální stránce? Ví o jeho preferenci? Podporuje ho v jejím zvládnání?

### **Jiné sexuální preference:**

#### **Jiní lidé/comingout:**

Blízcí lidé o zaměření ví? Kteří? Od jaké doby?

S kým tato témata sdílíte? Znáte lidi s podobnou zkušeností/zaměřením?

Kdo je vám největší oporou?

Přineslo vám někdy vaše sex zaměření nějaké společenské problémy?

#### **Problémy se sex. identitou:**

Napadlo vás někdy, že to, že jste muž není v pořádku?

Kdybyste si mohl vybrat, čím byste chtěl být – mužem, ženou nebo dítětem – jakým?

#### **Sexuální traumata:**

Stalo se ve vašem sex. životě něco neobvyklého nebo traumatizujícího, co byste chtěl zmínit?

když řekne ano – Chcete to více rozvést?) Při sexu v dětském věku – s kým, jaké praktiky, jaké pocity, kdo byl iniciátorem, bylo opakované, řekl někomu?

Nestalo se něco někomu jinému v jeho okolí? Nezažil jste něco co by vás hluboce po sex. stránce zasáhlo?

### **Vztah rodičů k sexualitě:**

Jaký byl vztah vašich rodičů? Projevovali si rodiče před vámi dostatek lásky? Bylo pro vás běžné vidět vaše rodiče doma nahé?

### **Informovanost o sexualitě:**

Máte pocit, že z hlediska sexuálních otázek víte vše, co potřebujete vědět, že jste dostatečně informován? Odkud jste čerpala informace? Kdo vás o sexu informoval?

### **Dětství: (jen když bude čas)**

Jak hodnotíte své dětství - jak jste se doma cítil, jaká tam byla atmosféra, jak probíhala komunikace, jak probíhaly pochvaly, jak probíhaly tresty?

Myslíte, že jste si něco ze své rodiny přinesl do svého současného života - v partnerských vztazích, s jinými lidmi, běžné kamarádké a erotické vztahy?

Jaké byly důležité momenty v rodině, když jste vyrůstal.

Byli nějaké důležité momenty vašeho dětství, které byste rád zmínil?

Měl jste v dětství nějaké své polítky, complexy, něco co by vás trápilo?

Domníváte se, že byste měl v dětství nějaké důležité onemocnění či vývojové problémy? (např. víte o nich od rodičů – napřopozdění v řeči.

Nějaké důležité osoby v dětství kromě primární rodiny?

### **Kouzelná hůlka:**

*Kdybyste měl kouzelnou hůlku, která by vám mohla splnit jakékoliv přání týkající se vašeho života, co byste si přál?*