

**Univerzita Karlova v Praze**

**1. lékařská fakulta**

Doktorské studium v biomedicině  
Lékařská psychologie a psychopatologie



**Mgr. Tatiana Krulová**

Viktimologické aspekty sexuální agrese u obyvatel České republiky

Experience of the Czech Republic population with sexually aggressive behaviour

Disertační práce

Vedoucí závěrečné práce: prof. PhDr. Petr Weiss PhD.

Praha, 2010

**Prohlášení:**

Prohlašuji, že jsem závěrečnou práci zpracovala samostatně a že jsem uvedla všechny použité informační zdroje. Současně dávám svolení k tomu, aby tato závěrečná práce byla archivována v Ústavu vědeckých informací 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy v Praze a zde užívána ke studijním účelům za předpokladu, že každý, kdo tuto práci použije pro svou přednáškovou nebo publikační aktivitu, se zavazuje, že bude tento zdroj informací řádně citovat.

Souhlasím se zpřístupněním elektronické verze mé práce v Digitálním repozitáři Univerzity Karlovy v Praze (<http://repozitar.cuni.cz>). Práce je zpřístupněna pouze v rámci Univerzity Karlovy v Praze.

V Praze, 21. 8. 2010

Tatiana Krulová

**Identifikační záznam:**

KRULOVÁ, Tatiana. *Viktimologické aspekty sexuálního násilí u obyvatel České republiky. (Experience of the Czech Republic population with sexually aggressive behaviour)*. Praha, 2010. 231 s., 2 příl. Univerzita Karlova v Praze, 1. Lékařská fakulta, Sexuologický ústav. Vedoucí práce Weiss, Petr.

# OBSAH

<b>1. TEORETICKÁ ČÁST</b> .....	<b>1</b>
<b>1.1. Agrese</b> .....	<b>1</b>
1.1.1. Pojmy .....	1
1.1.2. Teorie vzniku agresivního jednání .....	3
1.1.2.1. Biologické teorie .....	3
1.1.2.2. Psychologické teorie .....	4
1.1.3. Funkce agresivního jednání .....	5
<b>1.2. Sexuální agrese</b> .....	<b>7</b>
1.2.1. Norma a patologie v sexuálním chování .....	7
1.2.2. Kulturní a historický kontext znásilnění .....	12
1.2.3. Vědecké teorie sexuální agrese .....	14
1.2.3.1. Evoluční teorie .....	14
1.2.3.2. Kulturně deterministické teorie .....	16
1.2.4. Formy sexuálního násilí .....	18
1.2.4.1. Nekontaktní sexuální násilí .....	18
1.2.4.2. Kontaktní sexuální násilí .....	21
1.2.4.3. Specifické formy sexuální agrese .....	24
1.2.4.3.1. <i>Znásilnění jako obrana cti rodiny</i> .....	24
1.2.4.3.2. <i>Válečné znásilnění</i> .....	24
1.2.4.3.3. <i>Skupinové znásilnění</i> .....	25
1.2.4.3.4. <i>Sexuální vražda</i> .....	25
1.2.5. Prevalence sexuálního násilí v populaci .....	26
1.2.6. Policejní hlášení sexuálně násilného deliktu .....	29
<b>1.3. Proces viktimizace u sexuální agrese</b> .....	<b>31</b>
1.3.1. Pojmy .....	31
1.3.1.1. Viktimologie .....	31
1.3.1.2. Viktimizace .....	34
1.3.2. Psycho-sociální charakteristika oběti .....	36
1.3.2.1. Viktimita .....	36
1.3.2.2. Chování a psychické pochody oběti v průběhu znásilnění .....	38
1.3.2.3. Rizikové faktory sexuální viktimizace .....	40
1.3.2.4. Reviktimizace, sexuální viktimizace v dětství .....	46
1.3.3. Pachatelé sexuální agrese .....	50
1.3.3.1. Nedevariantní pachatelé sexuální agrese .....	51
1.3.3.2. Deviantní pachatelé sexuální agrese .....	52
1.3.3.3. Ženy - pachatelky sexuální agrese .....	55
1.3.3.4. Homosexuální sexuální agrese .....	58
1.3.4. Vztah mezi pachatelem a obětí .....	61
1.3.4.1. Sexuální násilí v partnerských vztazích .....	62
<b>1.4. Psychické následky znásilnění</b> .....	<b>67</b>
1.4.1. Rape trauma .....	68
1.4.2. Teorie psychické traumatizace .....	71
1.4.2.1. Stres .....	71
1.4.2.2. Psychické trauma .....	73
1.4.2.2.1. <i>Projevy psychického traumatu</i> .....	74
1.4.2.2.2. <i>Následky psychického traumatu</i> .....	76

1.4.3.	Specifické faktory sexuální viktimizace v období dospívání .....	80
1.4.4.	Specifické faktory sexuální viktimizace mužů.....	81
<b>1.5.</b>	<b><u>Psychologická pomoc obětem znásilnění</u></b> .....	<b>85</b>
1.5.1.	Vyrovňovací strategie a obranné mechanismy.....	85
1.5.2.	Krizová intervence a psychoterapie v léčbě psychické traumatizace ....	88
1.5.2.1.	Krizová intervence – definice.....	88
1.5.2.2.	Psychoterapie – definice.....	89
1.5.3.	Teoretické modely patogeneze posttraumatické stresové poruchy .....	90
1.5.3.1.	Psychodynamický model .....	90
1.5.3.2.	Kognitivně behaviorální model.....	90
1.5.3.3.	Teorie disociace.....	91
1.5.3.4.	Teorie na stavu závislé psychobiologické komunikace.....	92
1.5.3.4.1.	<i>Nové epistemologie a psychoterapeutické přístupy druhé poloviny 20.století</i> .....	93
1.5.4.	Psychoterapeutické přístupy v léčbě rape-traumatu .....	94
1.5.4.1.	Psychodynamická psychoterapie.....	94
1.5.4.2.	Kognitivně behaviorální terapie.....	95
1.5.4.3.	Kontrační psychoterapie .....	97
1.5.4.4.	Kognitivní psychoterapie.....	97
1.5.4.5.	Podpůrná psychoterapie.....	98
1.5.4.6.	Komunikační strategická psychoterapie, paradoxní psychoterapie .....	99
1.5.4.7.	Některé další psychoterapeutické přístupy .....	100
<b>2.</b>	<b>EMPIRICKÁ ČÁST</b> .....	<b>107</b>
<b>2.1.</b>	<b><u>METODOLOGICKÁ VÝCHODISKA EMPIRICKÉ ČÁSTI</u></b> .....	<b>107</b>
2.1.1.	Cíle.....	107
2.1.2.	Soubor .....	107
2.1.3.	Metoda .....	109
2.1.4.	Organizace sběru dat.....	110
2.1.5.	Zpracování dat.....	110
<b>2.2.</b>	<b><u>VÝSLEDKOVÁ ČÁST</u></b> .....	<b>111</b>
2.2.1.	Základní zpracování výsledků .....	111
2.2.1.1.	Prevalence.....	111
2.2.1.2.	Známost pachatele .....	113
2.2.1.3.	Následky sexuální viktimizace .....	113
2.2.1.4.	Oznámení na policii .....	116
2.2.1.5.	Sexuální násilí uvedené muži - pachateli.....	117
2.2.2.	Zpracování výsledků dle základních sociodemografických charakteristik .....	124
2.2.2.1.	Zpracování výsledků dle vzdělání.....	125
2.2.2.2.	Zpracování výsledků dle náboženského vyznání.....	125
2.2.2.3.	Zpracování výsledků dle věku .....	126
2.2.2.4.	Zpracování výsledků dle velikosti místa bydliště .....	127
2.2.3.	Zpracování výsledků dle vybraných psychosexuálních charakteristik..	128
2.2.3.1.	Psychosexuální vývoj .....	129
2.2.3.2.	Partnerská adaptace.....	130
2.2.3.3.	Sexuální adaptace .....	132
2.2.3.4.	Sexuální zneužití .....	133
2.2.3.5.	Postoje a názory na sex ve dvou podskupinách žen .....	134

2.2.4.	Trendy v oblasti viktimologických aspektů sexuálního chování Komparace výsledků z let 1993, 1998, 2003 a 2008.....	137
2.2.4.1.	Sexuální viktimizace a její následky.....	137
2.2.4.2.	Oznámení sexuálního násilí na policii.....	148
2.2.4.3.	Trendy v oblasti sexuálně agresivního chování u mužů .....	150
<b>2.3.</b>	<b><u>Diskuse</u></b> .....	<b>161</b>
2.3.1.	Prevalence .....	161
2.3.2.	Charakteristiky vztahu mezi obětí a pachatelem (známost pachatele).....	166
2.3.3.	Následky sexuální viktimizace.....	168
2.3.4.	Základní sociodemografické charakteristiky sexuálně viktimizovaných žen .....	169
2.3.5.	Charakteristiky psychosexuálního vývoje, partnerské a sexuální adaptace a některých postojů u znásilněných žen .....	173
2.3.6.	Vývoj sexuální viktimizace v české společnosti v posledních patnácti letech .....	176
2.3.7.	Limitace výsledků výzkumného projektu a další směřování v oblasti výzkumu viktimologických aspektů sexuální agrese .....	176
<b>3.</b>	<b>ZÁVĚR</b> .....	<b>178</b>
<b>4.</b>	<b>SOUHRN</b> .....	<b>183</b>
<b>5.</b>	<b>ABSTRACT</b> .....	<b>186</b>
<b>6.</b>	<b>POUŽITÁ LITERATURA</b> .....	<b>189</b>
<b>7.</b>	<b>PŘÍLOHY</b> .....	<b>207</b>

## Úvod

Tématem této disertační práce jsou viktimologické aspekty sexuální agrese. Věnujeme se tématu sexuální viktimizace u dospělé populace obyvatel ČR a prakticky zpracováváme data týkající se této problematiky z longitudinálního výzkumu sexuálního chování obyvatel ČR, který v naší republice probíhá od roku 1993.

Trestný čin znásilnění patří mezi nejzávažnější trestné činy směřující proti lidské důstojnosti, svobodě, rozhodování a cti a za jeden z nejvíce zraňujících činů mezi dospělými. Podle četných našich i zahraničních studií i reprezentativních výzkumů se sexuální násilí týká nemalé části populace. Statistiky MV ČR uvádějí případy znásilnění kolem 30% celkové mravnostní delikvence a po pohlavním zneužívání je tento čin na druhém místě mezi násilnými trestnými činy. Značná část případů se přitom odehrává v okruhu rodiny.

V odborné literatuře jsou následky znásilnění zastřešovány pojmem rape trauma – trauma ze znásilnění, což je termín, který můžeme zahrnout pod obecně platnou kategorii posttraumatické stresové poruchy. Akutní následky, které se mohou rozvinout bezprostředně po činu pak spadají do kategorie akutní reakce na stres a poruch přizpůsobení.

Ne vždy v historii a ne ve všech kulturách je žena uznávána jako rovnocenná partnerka muže, která má právo rozhodovat o vlastním sexuálním životě. Znásilnění v manželství je trestné až od poloviny 20. století. Fenomén sexuálního násilí, kdy je pachatel v úzkém vztahu k oběti, získal větší pozornost až v posledních desetiletích minulého století, a to především díky feministickému hnutí. Sexuální agrese vůči muži je tématem tabuizovaným dodnes - z tohoto hlediska lze kladně hodnotit vývoj v naší zemi, kde novela trestního zákona z roku 2000 možnost znásilnění muže připustila (respektive neurčuje předem pohlaví pachatele ani oběti, jak to činil §. 241 tr. z. před touto novelou).

I přes tak důležitý krok jako je nové pojetí sexuálního násilí z pohledu právního řádu a četné publikace cílené zejména na sekundární prevenci, je znásilnění stále spojováno s mnoha předsudky. V představách mnohých má stále pouze jedinou

podobu – a to podobu zákeřného napadení lehkovážné ženy úchylným pachatelem. Jiné varianty znásilnění bývají často bagatelizovány, oběť je považována za viníka a nepřipouští se žádné problémy, které by jí prožité násilí mohlo způsobit. Tímto způsobem pohlíží na sexuální násilí nejenom laici, ale i někteří odborníci a důsledkem toho může být sekundární viktimizace oběti. Jako profesionálové dlužíme veřejnosti dostatek informací o možných následcích znásilnění a o tom, jak s nimi zacházet, nejen případným obětem, ale i jejich partnerům a blízkým, kteří hrají v situaci vyrovnání se s traumatem nezastupitelnou úlohu. Často rovněž trpí a nevědí, jak se ke skutečnosti znásilnění postavit.

Chceme - li nějakým způsobem ovlivňovat, redukovat a eliminovat nežádoucí jevy, musíme je nejdříve poznat. Výzkum sexuálního násilí byl a dosud zůstává opomíjenou oblastí v řadě zemí světa. Ani v českém odborném písemnictví není téma sexuální agrese dostatečně zpracováno. Je tedy třeba více se výzkumně zabývat oblastí sexuální viktimologie, abychom jí mohli efektivně předcházet. Jedním ze současných problémů výzkumu sexuálního násilí je skutečnost, že chybí shoda při jeho definování. Rozptýl údajů popisujících podstatu a rozsah problému v celosvětovém měřítku pak vede k nedostatečné viditelnosti této problematiky pro tvůrce politických koncepcí i sponzory výzkumů.

Další výzkumy všech aspektů sexuálního násilí včetně incidence a prevalence sexuální viktimizace a sexuálně agresivního chování, rizikových faktorů viktimizace, ale i rizika spáchání sexuálně-agresivního činu, zdravotních a sociálních následků jednotlivých forem sexuální agrese pro oběť, faktorů vedoucích k úzdravě i výzkum sociálního kontextu vedoucího k odlišným formám sexuálního násilí, budou mít nejen teoretický, ale zejména praktický význam pro prevenci. Větší pozornost si zaslouhuje i oblast primární prevence, která bývá opomíjena ve prospěch programů na poskytování pomoci obětem. K primární prevenci patří programy cílené zejména na rizikové skupiny, jako jsou prostitutky, lidé ze sociálně vyloučených oblastí, ale i obecně populace mladých lidí, u kterých je riziko viktimizace a agresivního jednání největší. Takové programy obvykle zahrnují aktivity, jako jsou kampaně zvyšující povědomí veřejnosti o problému, edukační programy a programy, jejichž cílem je změna postojů.

Východiskem ke koncepci prevence jak primární, tak sekundární, by mělo být poznání základních sociodemografických a psychosexuálních charakteristik obětí i



pachatelů. Kvalitní výzkum je tak předpokladem pro efektivní prevenci sexuálního násilí.

Cílem teoretické části práce je, na základě prostudované odborné literatury, popsat problematiku viktimologických aspektů sexuální agrese, co nejkompaktněji. Výzkumná část práce si pak klade za cíl zmapovat tuto problematiku u obyvatel České republiky a to jak z hlediska prevalence a typu agrese, tak z hlediska sociodemografických a sexuologických charakteristik obětí. V úvodní kapitole teoretické části práce se věnujeme vysvětlení základních pojmů z oblasti agrese, teoriemi vzniku agresivního jednání a jeho funkcemi. Následující kapitola je zaměřena na problematiku sexuální agrese, normu a patologii v sexuálním chování. Sexuální násilí se vždy odehrává v určitém historickém a kulturním kontextu. Stávající sociální systém určuje normy a sankce za jejich porušení. Sexuální morálka našeho kulturního okruhu je ovlivněna především judeo-křesťanským pojetím sexuality, které přineslo do oblasti sexuálního chování podstatné restrikce. V postojích k sexuálnímu násilí pak hrála v historii důležitou úlohu otázka vlastnictví, moci, rodové tradice a rozdílného pojetí práv příslušejících mužům, ženám a různým sociálním vrstvám. Krátký exkurz jsme proto podnikli i do oblasti kulturního a historického pozadí znásilnění.

Dále se pak věnujeme vědeckým teoriím sexuálního násilí, jeho formám a prevalenci v populaci. Ve vztahu k sexuálnímu chování, k pojetí jeho normality a nakonec i ve vztahu k sexuálnímu násilí dominují v současné době dva vlivné přístupy - evoluční psychologie či biologie a kulturní determinismus. Evoluční (esencialistický) přístup mluví o genetickém základu naší přirozenosti, o její biologické danosti, kulturní determinismus klade důraz na kulturní a sociální utváření osobnosti a sexuální násilí vnímá jako projev extrémní akceptace klasického pojetí mužské a ženské sexuální a sociální role. Přístup odborníků k sexuální agresi pak souvisí s tím, jaký výkladový model lidského sexuálního chování zastávají, kterým faktorům souvisejícím se sexuální agresivitou přisuzují rozhodující význam. V současné době převládá kombinované pojetí, dle kterého je lidské sexuální chování determinováno především biologickými dispozicemi, nicméně okolnosti vnějšího prostředí mohou někdy i podstatně modifikovat jeho konkrétní projevy.

V další části práce se zabýváme procesem viktimizace, vysvětlujeme pojmy jako viktimologie, viktimizace či viktimita a podáváme psychosociální charakteristiku obětí a jejího chování a psychických pochodů v průběhu znásilnění, popisujeme

rizikové faktory sexuální viktimizace a uvádíme rovněž některé poznatky týkající se důležité oblasti viktimologické tematiky - reviktimizace. Dílčí kapitola je věnována pachatelům sexuální agrese. V kapitole o vztahu mezi obětí a pachatelem nastiňujeme složitost této dyády a velkou variabilitu různých vztahových možností vzhledem k rizikům i následkům znásilnění. Čtvrtá kapitola obsahuje základní poznatky o psychických následcích znásilnění a v páté se dotýkáme široké problematiky psychologické pomoci obětem.

Teoretická část práce čerpá z dostupné relevantní literatury převážně z posledních deseti let s důrazem na co nejnovější výzkumy a poznatky. Kromě českých autorů, zejména sexuologických kapacit je v práci čerpáno z odborných článků autorů z různých zemí a kontinentů, které byly dostupné zejména v anglickém a německém jazyce. Uvědomujeme si omezení teoretické části práce způsobená především problematikou „terminologie“, kdy označení obětí a agresora používáme dle kontextu (oběť, poškozená, viktimizovaná, pachatel, násilník...) a „genderovou nekorektnost“, způsobenou převažujícím výskytem znásilnění u žen.

Jak již bylo řečeno, výzkumná část disertační práce zpracovává část longitudinálního výzkumu sexuálního chování, který probíhá v České Republice od roku 1993 doposud. V této části práce předkládáme zpracování výsledků ze čtvrtého opakování anonymního dotazníkového výzkumu, který proběhl na podzim roku 2008 a jehož část byla zaměřena na viktimologické aspekty zkušeností českého obyvatelstva se sexuální agresí. V souvislosti se zpracováním disertační práce byly otázky zaměřené na výpověď o sexuální viktimizaci rozšířeny. V reprezentativním souboru českých mužů i českých žen bylo zjišťováno, kolik českých mužů a českých žen uvádí ve své anamnéze sexuální viktimizaci. Těžištěm výzkumné části práce je porovnání sociodemografických a psychosexuálních charakteristik respondentů, kteří uvádějí v anamnéze sexuálně agresivní jednání se skupinou, která je neuvádí, tedy pravděpodobně viktimizována nebyla. Výzkumná práce dále přináší longitudinální srovnání výpovědí respondentů o vlastní sexuální viktimizaci od roku 1993 do roku 2008. V diskusi pak naše výsledky interpretujeme a porovnáváme s obdobnými daty, získanými v jiných výzkumech jak u nás, tak v zahraničí. Závěr věnujeme stručnému shrnutí zjištěných výsledků.

# 1. TEORETICKÁ ČÁST

## 1.1. Agrese

### 1.1.1. Pojmy

#### **Agrese**

Podle psychologického slovníku (Hartl a Hartlová, 2000) je agrese (z latinského slova *aggredi*, které znamená přistoupit, přiblížit, napadat či útočit) útočné či výbojné jednání, projev nepřátelství vůči určitému objektu, úmyslný útok na překážku, osobu, předmět stojící v cestě k uspokojení potřeby. Spurný (1996) agresi vymezuje jako destruktivní chování, směřující k fyzickému (brachiálnímu), slovnímu (urážka, pomluva), nebo symbolickému (pomocí gest) útoku vůči jinému jedinci (předmětu). Cílem agrese pak je zastrašit druhého, zmocnit se objektu či ho odstranit, jinému zmařit a sobě zajistit společenské výhody. Definice Čermáka (1998) zní, že lidská agrese je záměrné jednání, jehož cílem je ublížit jinému člověku.

#### **Agresivita**

Zatímco agrese označuje vlastní pozorovatelné chování, agresivitou rozumíme vnitřní pohotovost k agresivnímu jednání, vnitřní dispozici nebo relativně trvalou a hůře ovlivnitelnou osobnostní vlastnost (Čírtková, 2000). Psychologický slovník (Hartl a Hartlová, 2000) agresivitu vymezuje jako útočnost. Heretik (1994) popisuje agresivitu jako osobnostní proměnnou, relativně trvalou dispozici chovat se agresivně, která je podmíněna vrozenými biologickými faktory (zejména temperamentem, biochemickými faktory, zvláštnostmi CNS či konstitucí) a učením (zejména sociálním a imitačním). Například Vymětal (2003) třídí agresivitu podle motivace k agresivnímu jednání a uvádí čtyři základní typy agresivity:

- **agresivita instrumentální:** agrese je instrumentem, tedy nástrojem, prostředkem k dosažení určitého cíle
- **agresivita samoučelná:** přináší požitky sama o sobě
- **agresivita afektivní:** vzniká jako důsledek afektu
- **agresivita reaktivní:** odpověď na ohrožení vitálních potřeb nebo tělesné a psychické integrity, například silná duševní či fyzická bolest může vyvolat agresivitu, jejímž cílem je odstranit její příčinu.

### ***Násilí, nátlak, hostilita***

V souvislosti se sexuální agresí se setkáváme s termíny sexuální násilí či sexuální nátlak. Dle psychologického slovníku násilí je uplatňování síly k překonání odporu. Nátlakem se rozumí vynucení si souhlasu. Je založen na přítomnosti skutečné či domnělé síly. Jde o jednání, jímž jedinec působí na druhého či skupinu proto, aby vykonali, přijali, či odmítli to, co by jinak sami nechtěli (Hartl a Hartlová, 2000). Hostilita je postoj, zaměřenost osobnosti, který je charakterizovaný nepřátelstvem, negativismem, zatrpklostí a odporem vůči ostatním lidem. Na rozdíl od agresivity, která je do značné míry determinovaná biologicky, je hostilita formovaná převážně psychosociálními vlivy (Heretik, 1994).

### ***Kriminální agrese***

Agrese nabývá kriminální rozměr, pokud útočí na hodnoty chráněné právním systémem. Podle Netíka (1997) lze kriminální agresi definovat jako užití fyzické síly, její hrozby či jiného verbálního útoku (pomluvy, urážky) s cílem poškodit objekt způsobem ohrožujícím nebo porušujícím zájmy chráněné trestním zákonem. Kriminální agrese tedy může být nejen útočná, **ofenzivní**, ale i obranná, **defenzivní**. Útočná agrese bývá podle Netíka obvykle spjata se zlobným afektem (s výjimkou sexuálně agresivního jednání). Defenzivní agrese vyrůstá ze strachu. Jedním z hledisek rozboru kriminální agrese je její emocionální doprovod. Agrese často navazuje na prožitek hněvu. Na vazbu mezi emocí hněvu a agresivním jednáním poukazuje z našich autorů dále například Vymětal (2003).

### ***Kriminální chování***

Kriminální chování je podle Netíka výslednicí vzájemné souhry činitelů vnitřních, tedy osobnosti pachatele a vnějších, tedy situace v širším slova smyslu. Podle typu deliktu obvykle převládá jeden z nich. U **situačních deliktů** bývá často pachatel obětí fakticky vyprovokován (např. u úmyslného ublížení na zdraví). Jindy se setkáváme s tzv. **spontánními delikty** bez spoluúčasti oběti, které jsou typické pro instrumentální agresi.

### 1.1.2. Teorie vzniku agresivního jednání

Definování agrese a agresivity najdeme v českém písemnictví již v dílech nestorů psychiatrie Vondráčka (1966, 1975) a Študenta (1966b). Jejich přístup lze označit jako biopsychosociální. Při utváření agresivity předpokládají vliv kombinace dědičných faktorů, stavu CNS (zejména funkce diencefalické), metabolických, endokrinních, traumatických a toxikoinfekčních vlivů, na druhé straně pak i vliv psychogenních faktorů a to zejména frustrace, úzkosti a stresu. Študent (1966a) uvádí patogenní výchovné činitele, které mohou mít významný vliv při vzniku zvýšené agresivity: nedostatek kladných citových vazeb v dětství, hrubé, agresivní prostředí v rodině i mimo ni, schvalování agresivního jednání, podněcování egocentrismu, podceňování dítěte, jeho ponižování a protěžování sourozenců.

Gerlová (2009) dělí teorie vzniku agresivity a agrese do dvou základních skupin: teorie vycházející z biologie a teorie psychologické.

#### 1.1.2.1. Biologické teorie

Podle biologického pojetí je agresí jakákoli fyzická akce nebo hrozba akcí, kterou jedinec zmenšuje svobodu nebo genetickou způsobilost jiného jedince. Biologické teorie říkají, že agresivita je způsobena faktory popsitelnými a vysvětlitelnými neurofyziologicky, geneticky či endokrinologicky (Vymětal, 2003).

Neurofyziologové našli specifické oblasti mozku, které mají účast na agresi. Zejména se jedná o spánkový lalok a limbický systém. Dokonce se zdá, že různé struktury v mozku mohou odpovídat za různé druhy agrese (Hill, 2004). Hill poukazuje na riziko, že izolovat přesné oblasti mozku odpovědné za agresi znamená přehnaně zjednodušovat ohromnou, vzájemnou propojenost mozku.

Co se týče genetických příčin agrese, která je objasňována vlivem specifických genů, byli zkoumáni muži, kteří mají navíc jeden chromozom Y. Výzkumné závěry nejsou jednoznačné. Mužů s kombinací chromozomů XXY je malé množství a proto nelze podle Hilla ani zde očekávat výklad agresivního jednání v širším měřítku.

Z biochemických příčin agrese byl zkoumán zejména vliv mužských pohlavních hormonů na agresi. Výzkumně byl potvrzen vztah mezi sociální dominancí a agresi (Ehrenkranz, Bliss, Sheard, 1974). Podle Hilla (2004) je obtížné říci, zda jsou zvýšené hladiny testosteronu příčinou nebo následkem násilí. Ehrenkranz, Bliss a Sheard (1974) poukázali na vysoké hladiny testosteronu i u

dominantních, ale neagresivních zločinců. Z tohoto zjištění Hill (2004) vyvozuje, že agrese nemusí být jediným následkem zvýšené hladiny testosteronu. Biochemické látky a hormony, stejně jako alkohol a drogy, mají na chování člověka různé účinky.

#### 1.1.2.2. Psychologické teorie

Čírtková (2004) uvádí tři základní psychologické koncepce agrese:

**Psychoanalytická koncepce agrese** vidí agresivitu jako pudovou instinktivní složku osobnosti. Ta patří k vnitřní vrozené výbavě člověka. Vedle libida, pudu slasti ovládá podvědomí člověka i destrukční pud (destrudo, thanatos) neboli pud agrese. Agresivní jednání je v tomto pojetí vysvětlováno korespondujícím motivem agrese. Situační faktory zde sehrávají podružnou roli. Agresivní člověk má vystupňovaný pud agrese a proto jedná agresivně ve většině situací. Čírtková považuje psychoanalytické momenty výkladu agrese za užitečné v případech jedinců s extrémně vystupňovanou agresivitou, která svědčí pro tezi o její vrozené, konstituční podmíněnosti.

**Teorie frustrace** říká, že agrese může být motivována jakoukoli potřebou, je-li tato potřeba frustrována. Frustrační teorie agrese v původním pojetí zastávala představu o bezpodmínečném spojení frustrace a agrese. Později byla korigována a opravena v tom smyslu, že agrese může být v chování nahrazena i jinou odezvou na frustraci a současně ne každá agrese má v motivačním pozadí frustraci. Podle Čírtkové je při úvahách o pravděpodobné motivaci zjištěné agrese účelné zvážit možnost frustračních vlivů.

**Lernteoretická (behaviorální) koncepce agrese** považuje agresivní jednání za naučené v průběhu socializace. Bandura (1979) postuluje sociálně kognitivní koncept agrese. Proces učení se agresivnímu chování podle tohoto autora probíhá na základě principů posilování, úspěchu a nápodoby a to zejména u modelu s vysokým sociálním statusem a oblíbeností. Podle lernteoretických koncepcí se pohotovost k agresivnímu jednání utváří v procesu vývoje osobnosti a pokud se toto jednání osvědčí, postupně se přetváří ve stabilní fixované strategie řešení problémů a uspokojení potřeb.

K výkladovým rámcům vysvětlujícím agresivní jednání rovněž přispívá **kognitivní psychologie**, jak uvádí ve své práci dále Gerlová (2009). Podle této teorie výskyt agrese závisí na způsobu zpracování sociálních informací. Při zpracování sociálních podnětů, tzv. „klíčů“, jsou významné tři druhy procesů.

Dekódování a interpretace klíče, rozhodnutí a odpověď na situaci a vlastní uskutečnění odpovědi (Heretik, 1994). Podle kognitivní teorie je podstatou agrese agresivní životní scénář, založený na hostilních představách a na agresivních fantaziích. Agrese pak vzniká na základě toho, jak člověk vnímá svět, jaký význam připisuje jednotlivým životním situacím. Podle těchto přístupů lze agresi nastartovat myšlenkou. Přínosem kognitivní psychologie je výklad tzv. neutralizačních mechanismů, způsobů, kterými pachatel zpracovává a odstraňuje pocity viny (Samenov, 1984). Mezi tyto mechanismy patří například pošpiňování oběti, tedy přenos odpovědnosti či alespoň části odpovědnosti na oběť trestného činu. Tyto neutralizační techniky užívá pachatel k sebeospravedlnění a k udržení pozitivního sebeobrazu, dále mu usnadňují opakovat jeho kriminální chování. Klíčem nápravy agresivního chování je pak podle kognitivní teorie odstranění negativního vnímání a myšlení pachatele.

### **1.1.3. Funkce agresivního jednání**

Dle Gerlové se neptáme pouze po motivaci agresivního jedince, tedy proč se chová agresivně, ale současná psychologie si klade i otázku, jakou funkci agresivní jednání splnilo. Mezi nejčastěji uváděnými funkcemi agresivního jednání bývá funkce instrumentální, kdy agrese plní účel rychlého dosažení cíle. Další funkcí může být funkce expresivní, kdy se agrese stává prostředkem vyniknutí ve společenských vztazích. Je to cesta k zajištění si pozice ve skupině a respektu druhých. Agrese může plnit i funkci zážitkovou, kdy se hovoří o tzv. experimentální agresi. Zde jedinec testuje hranice, zkouší, kam až bude moci pokračovat a často zažívá pocit opojení mocí (Gerlová, 2009).

Pro tzv. afektivní agresi je příznačné, že je doprovázena intenzivním citovým hnutím (Čírtková, 2000). Podle Netíka (1997) je afektivní agrese podmíněna především situačně. Objevuje se v situaci zátěže, která může být krátkodobá, vyhrocená, ale i chronická. U pachatelů nacházíme v osobnosti afektivní labilitu, explozivitu, poruchy regulace chování či neurotizaci osobnosti, masivní vnitřní napětí a specifickou vazbu na oběť. Roli hrají i další specifické podmínky, např. závislost na oběti.

Odborníci popisují i tzv. chladnou agresi, kdy agresor zůstává vůči oběti lhostejný, neprojevuje jakékoli citové hnutí. V těchto případech nebývá pachatel oběti frustrován. Jedná se o řízené, plánovité chování spontánní povahy bez výraznějšího

emočního doprovodu (Netík, 1997). Chladná agrese je podmíněna převážně osobnostně. Pachatel se na delikt připravuje, vytváří vhodnou situaci a násilí užívá jako nástroj, prostřednictvím kterého se dostává rychle a efektivně k cíli. Pro osobnost takového pachatele je charakteristická bezohlednost, egocentričnost, nízké inhibiční mechanismy, tedy nezdrženlivost, sklon k porušování pravidel a norem, slabá schopnost empatie a soucitu a slabé citové vazby na okolí.

Gerlová (2009) agresi dále rozlišuje na reaktivní agresi, která je sebezáchovnou, obrannou či útočnou reakcí, a latentní, dřímající agresivitu, to jest zaměřenou na něco, co dříve, kdysi ohrožovalo (též takzvaná iracionální agrese). Podle Poněšického (2005) jde o jakousi přecitlivělost, vybavení vzpomínky na bezprávi, o navyklé selektivní vnímání okolí jako potenciálně spíše nepřejícího, odmítajícího až nepřátelského. Jak reálné, odůvodněné, tak i v současné situaci neodůvodněně představované nebezpečí se týká ohrožení osobnosti, jejích potřeb, jejího vývoje a její integrity na různých úrovních. To pak vede k odlišné formě a kvalitě agrese a s ní spojených představ (tzv. afektivní reprezentaci).

Složitost agresivity jako multifaktoriální jednotky obsahující biologické, psychologické, sociální i právní charakteristiky dokumentuje skutečnost, že se jí v rámci forenzní psychologie zabývá speciální interdisciplinární obor **agresologie**.

#### **Shrnutí:**

Obecně lze shrnout, že mezi zastánci jednotlivých psychologických směrů dochází tradičně k nejednotnosti pohledu až ke konfliktům, týkajících se příčin a povahy agrese. Někteří zastánci vyhraněných názorů považují agresi za lidskou konstantu, člověku vrozenou, jiní za získanou vlastnost, naučenou a změnitelnou, či vznikající jako reakci na frustraci. Čírtková (2000) popisuje současný vztah poznání v oblasti agresologie jako koexistenci několika psychologických teorií, z nichž žádná nenabízí výklad použitelný pro celou oblast agrese. Podle Poněšického (2005) dochází k zjednodušení na obou stranách protichůdného tábora. Na jedné straně zní námitka, že když je agrese výhradně vrozená, nedá se na chování, které podmiňuje, vůbec nic změnit a tím se pak omlouvá (biologizuje) příslušná odpovědnost za toto chování. Opačná námitka kritizující představu, že vše je naučené, zpochybňuje s tím spojený závěr, že agresivní chování a násilí lze snadno a beze zbytku „odučit“ a odstranit. Na základě uvedených skutečností se lze domnívat, že současný stav poznání v psychologii a agresologii by měl směřovat k syntéze výše zmíněných



## **1.2. Sexuální agrese**

### **1.2.1. Norma a patologie v sexuálním chování**

#### ***Definování normy a patologie v sexuálním chování***

Obecně je normalita lidského sexuálního chování vymezena sexuologickou definicí která říká, že „ *za normální lze považovat takové konsenzuální (souhlasné) sexuální aktivity, které se odehrávají mezi psychosexuálně a somatosexuálně dostatečně zralými a pokrevně v přímé linii nespřízněnými partnery, a jež nevedou k jejich psychickému a tělesnému poškození.*“ (Weiss, 2002, str.29)

Sexuální násilí vymezuje definice WHO jako *každý sexuální akt, pokus získat sexuální kontakt, nechtěné sexuální komentáře či návrhy, nelegální obchod či jiné činy zaměřené proti sexualitě druhé osoby za použití donucování a to jakoukoli osobou bez ohledu na vztah k oběti, v jakémkoli prostředí včetně domova a zaměstnání. Donucování může zahrnovat různé stupně použité síly.*

WHO ve své definici uvádí výčet možností sexuálně agresivního chování, týkající se různých kulturních okruhů současného světa:

- *znásilnění na schůzce či v partnerském vztahu*
- *znásilnění cizí osobou*
- *znásilnění v průběhu ozbrojených konfliktů*
- *sexuální návrhy nebo sexuální obtěžování*
- *vyžadování sexu jako platby za službu či laskavost*
- *sexuální zneužívání mentálně či fyzicky handicapovaných*
- *sexuální zneužívání dětí*
- *násilím vynucený sňatek či soužití*
- *popírání práva na užívání antikoncepce a prostředků ochrany před sexuálně přenosnými nemocemi*
- *vynucené přerušování těhotenství*
- *násilné činy proti sexuální integritě (např. mutilace ženských pohlavních orgánů obřízkou)*
- *vynucená prostituce jako forma obchodování s lidmi*

## ***Současná právní úprava sexuální agresivních činů v ČR***

Znásilnění patří v naší právní úpravě mezi nejzávažnější trestné činy směřující proti lidské důstojnosti, svobodě, rozhodování a cti. Do roku 2009 upravoval trestný čin znásilnění zákon č. 140/1961 Sb. trestního zákona ve znění pozdějších předpisů, v hlavě osmé (trestné činy proti svobodě a lidské důstojnosti), oddílu druhému (trestné činy proti lidské důstojnosti). V základní skutkové podstatě vymezují v tomto zákoně čin zejména pojmy „násilí“, „donucení“ a „soulož nebo obdobný pohlavní styk“. Z historického hlediska je zajímavé, že do novely z roku 2001, zákona č. 144/2001 Sb., bylo možné znásilnit pouze ženu a pouze formou soulože. Od roku 2001 je trestné nejen nucení k souloži, ale též k jinému orálnímu či análnímu styku (dříve kvalifikovanému jako vydírání či pouhé omezování osobní svobody s mnohem nižší sazbou). Obětí může být i muž. V novém trestním zákoně (zákon č. 40/2009 Sb.), který je účinný od 1. 1. 2010 došlo k diferenciaci různých forem sexuálního násilí. Trestnými činy proti lidské důstojnosti v sexuální oblasti jsou znásilnění a sexuální nátlak. Jsou soustředěny do III. hlavy zvláštní části a vedle stávajících skutkových podstat přinášejí skutkové podstaty zcela nové. Skutková podstata sexuálních trestných činů prošla ostatně od roku 1950 do současnosti vývojem, který je možno charakterizovat jako stálou snahu po rozšíření podmínek trestnosti znásilnění, respektive takového jednání, pro které je charakteristické použití násilí s cílem dosažení pohlavního uspokojení. Skutková podstata znásilnění - právo každého svobodně rozhodovat o svém pohlavním životě bez ohledu na svou vyspělost - je nyní doplněna o jednání, které bylo dosud postihováno jako vydírání a přísností postihu neodpovídalo typové závažnosti donucení k pohlavnímu styku. Znásilněním je při splnění zákonných podmínek i takové jednání, při kterém pachatel násilně donutí jinou osobu k souloži, aniž by on sám se nějakým způsobem na její realizaci podílel. Pouhé nucení k pohlavnímu styku, aniž by k němu došlo, je postihováno jako pokus o znásilnění. Předmětem útoku je osoba ženského a mužského pohlaví bez rozdílu věku. Zákon neklade další požadavky například na fyzickou či psychickou vyspělost oběti, nezáleží na její pověsti, způsobu života či pohlavní dotčenosti. Může jít o oběť pro pachatele zcela neznámou, ovšem také o oběť, s níž měl pachatel již někdy dříve pohlavní styky, nebo s níž pachatel žije v manželství či v poměru druha a družky.

**§ 185 znásilnění:** Kdo jiného násilím, pohrůzkou násilí nebo pohrůzkou jiné těžké újmy donutí k pohlavnímu styku, nebo kdo k takovému činu zneužije jeho bezbrannosti, bude potrestán odnětím svobody na šest měsíců až pět let. Odnětím svobody na dvě léta až deset let bude pachatel potrestán, spáchá-li takovýto čin souloží nebo jiným pohlavním stykem provedeným způsobem srovnatelným se souloží, na dítěti, nebo se zbraní. Odnětím svobody na pět až dvanáct let bude pachatel potrestán, spáchá-li trestný čin znásilnění na dítěti mladším čtrnácti let, na osobě ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody, ochranného léčení, zabezpečovací detence, ochranné nebo ústavní výchovy anebo v jiném místě, kde je omezována osobní svoboda, nebo způsobí-li takovým činem těžkou újmu na zdraví. Odnětím svobody na deset až šestnáct let bude pachatel potrestán, způsobí-li uvedeným činem smrt. Rovněž příprava znásilnění je trestná.

**§ 186 sexuální nátlak:** Kdo jiného násilím, pohrůzkou násilí nebo pohrůzkou jiné těžké újmy donutí k pohlavnímu sebeukájení, k obnažování nebo jinému srovnatelnému chování, bude potrestán odnětím svobody na šest měsíců až čtyři léta nebo zákazem činnosti. Stejně bude potrestán pachatel, který přiměje jiného k pohlavnímu styku, k pohlavnímu sebeukájení, k obnažování nebo jinému srovnatelnému chování zneužívaje jeho závislosti, jeho bezbrannosti nebo svého postavení a z něho vyplývající důvěryhodnosti nebo vlivu. Odnětím svobody na jeden rok až pět let bude pachatel potrestán, spáchá-li tento čin na dítěti, nebo nejméně se dvěma osobami. Odnětím svobody na dvě léta až osm let bude pachatel potrestán, spáchá-li sexuální nátlak se zbraní, na osobě ve výkonu vazby, trestu odnětí svobody, ochranného léčení, zabezpečovací detence, ochranné nebo ústavní výchovy anebo v jiném místě, kde je omezována osobní svoboda, nebo spáchá-li takový čin jako člen organizované skupiny. Odnětím svobody na pět až dvanáct let bude pachatel potrestán, spáchá-li tento čin na dítěti mladším čtrnácti let, nebo způsobí-li takovým činem těžkou újmu na zdraví. Odnětím svobody na deset až patnáct let bude pak pachatel potrestán, způsobí-li tímto činem smrt. Příprava je i v tomto případě trestná.

Mezi sexuální delikty patří dále **§ 187 t.z. pohlavní zneužívání** (jelikož se v praxi uplatňování skutkové podstaty trestného činu pohlavního zneužívání podle § 242 zák. č. 140/1961 Sb. osvědčilo, přejal jeho obsah nový zákoník bez podstatných změn), **soulož mezi příbuznými, § 188**, (skutková podstata zůstala ve srovnání se

zákonem z roku 1961 nezměněna, došlo pouze ke zvýšení horní hranice trestní sazby na 3 roky) a ***kuplířství, § 189***. Tento trestný čin byl upraven vzhledem k tomu, že jednání, které dříve postihoval, je nyní obsaženo v trestném činu obchodování s lidmi podle § 168 zák. č. 40/2009 Sb. Dále ještě hlava III. zvláštní části trestního zákona upravuje trestný čin ***prostituce ohrožující mravní vývoj dětí (§ 190), šíření pornografie (§ 191) a zneužití dítěte k výrobě pornografie (§ 193)***.

V trestním řízení je oběti vyhrazena role svědka nebo poškozeného. Oběť většinou iniciuje první podnět k zahájení trestního řízení - podává oznámení o podezření ze spáchání trestného činu znásilnění, tzv. trestní oznámení, buď útvaru policie nebo státnímu zastupitelství.

Vzhledem k tomu, že trestní řád je založen na principu obecné svědecké povinnosti, je povinností oběti trestného činu dostavit se na předvolání k orgánu činnému v trestním řízení a vypovídat jako svědek o tom, co je mu známo o trestném činu, pachateli a okolnostech důležitých pro trestní řízení. Svědek se musí dostavit k výslechu i tehdy, existuje-li předpoklad odepření výpovědi, což se často týká právě obětí znásilnění. O tom, zda tu takové právo je, rozhoduje vyslychající. Oběť znásilnění bývá často vyslychána nejen vyšetřovatelem, ale také obhájcem obviněného nebo dokonce samotným obviněným. Je známo, že necitlivé vedení výslechu oběti může vést k sekundární viktimizaci oběti.

Oběť jako svědek může odepřít svědeckou výpověď z důvodu existence příbuzenského vztahu k obviněnému. Jedná se o příbuzného v pokolení přímém, sourozence, osvojitele, osvojence, manžela či druha. Odepření výpovědi vzhledem k tomu, že by výpověď mohl svědek způsobit nebezpečí trestního stíhání sobě či výše zmíněným osobám, je v trestním řízení o spáchaném znásilnění dosti časté.

Pokud oběť nevyužije svého práva a rozhodne se vypovídat, vztahují se na její výslech všechna ustanovení pro výslech svědka, včetně povinnosti vypovídat úplnou pravdu a nic nezamlčovat.

***Soudně znalecké posuzování znásilnění.*** V některých případech je při posuzování trestného činu znásilnění potřeba přizvat soudního znalce. Přivolání soudního znalce k posouzení výpovědi oběti se provádí za účelem prokázání dobrovolnosti či nedobrovolnosti prožité sexuální aktivity – znásilnění. Tedy zda oběť projevila tzv. vážně míněný odpor – se zaměřením na strategie obrany a ochrany proti násilí

vykonaném agresorem (použití fyzického útlaku, vydírání, vyhrožování apod.). Záměrem psychologického posudku znásilnění tedy nemá být posouzení, zda došlo k sexuálnímu aktu či nikoliv (Čírtková, 2004). Soudní znalec dále posuzuje specifickou a obecnou věrohodnost oběti znásilnění. Obecná věrohodnost svědčí o schopnosti podat obecně věrohodnou výpověď. Specifická věrohodnost se týká konkrétní výpovědi svědka. Obecná a specifická věrohodnost mohou být na sobě nezávislé. V praxi se rozlišuje výpověď nevěrohodná (úmyslné zkreslení) a nepřesná (neúmyslné zkreslení) (Netík, 1996). Čírtková (2004) uvádí postup při určování věrohodnosti, který tvoří tři kroky: analýza osobnosti (za účelem svědecké způsobilosti), analýza motivů (otázka falešného svědectví) a analýza výpovědi.

Činnost soudních znalců upravuje zákon č. 36/1967 Sb., o znalcích a tlumočnících, a související vyhláška ministerstva spravedlnosti č. 37/1967 Sb. Znalci jsou pro jednotlivé obory jmenováni ministrem spravedlnosti nebo předsedou krajského soudu. Základní kontrola činnosti znalce je svěřena do rukou těch, kteří je mohou jmenovat, tedy ministra spravedlnosti a předsedů krajských soudů. Soudní znalci se slibem zavazují dodržovat právní předpisy, využívat svých znalostí, udržovat mlčenlivost a konat nestranně. Pro soudně znaleckou činnost jsou oprávněni vyžadovat zdravotnickou dokumentaci. Úkolem znaleckého posudku je objasnění skutkových okolností na základě odborných znalostí. Volba metody je závislá na individuálním zvážení znalce. Soudní znalec zodpovídá otázky položené policií či soudem. Oslovení soudního znalce podléhá postupům policie a soudu, což v praxi znamená, že vyšetření bývá realizováno často s větším časovým odstupem od znásilnění. V některých případech může být soudní znalec přizván opakovaně – oběť tedy může absolvovat několik soudně znaleckých vyšetření.

Čechová a Jandová ([www.persefona.cz/download/analyzaStopZnasilneni.pdf](http://www.persefona.cz/download/analyzaStopZnasilneni.pdf), staženo 20. 9. 2010) poukazují na nejednotnost znaleckých posudků, stejně tak např. Zvěřina a Brichcín (2008). Vitoušová (2001) uvádí, že podle šetření Bílého kruhu bezpečí považují znásilněné ženy často setkání se soudním znalcem za velmi traumatizující. Z rozhovorů autorů šetření vyplynuly negativní zkušenosti s procesem uskutečnění soudně znaleckého posudku bez ohledu na kapacity a potřeby oběti znásilnění. Čírtková (2004) prezentuje studii Scholze a Greuela, kteří referují, že soudně znalecké posudky zaměřené na psychologii osobnosti jsou v jejich výzkumu ve více než polovině případů předpojaté a ovlivněné obecnými stereotypy (znásilnění probíhá formou přepadení, znásilňovači jsou psychicky vyšinutí a nápadní, většina

žen se v průběhu znásilnění masivně brání, znásilnění způsobuje těžkou újmu na tělesném zdraví, ženy vnímají znásilnění jako agresivní a vynucený sexuální styk). Posudky zaměřené na psychologii výpovědi naopak hodnotili v 90% případů jako nezaujaté. Dle těchto autorů je v soudně znaleckých posudcích věnována neúměrná pozornost sexuální anamnéze poškozených a využívání projektivních testů. Čechová a Jandová vyjmenovávají témata, která mohou být podnětem pro další rozvoj či diskusi v oblasti soudně znaleckých posudků u znásilnění: přístup a komunikační dovednosti soudních znalců, zázemí, používané diagnostické metody a zaměření při tvorbě posudků, průběh zajištění podkladů pro tvorbu znaleckých posudků, doba realizace soudně znaleckého vyšetření uplynulá od znásilnění, kontrola činnosti soudních znalců, ustanovování soudních znalců, soudně znalecký posudek jako důkaz, opakované soudně znalecké vyšetření ([www.persefona.cz/download/analyzaStopZnasilneni.pdf](http://www.persefona.cz/download/analyzaStopZnasilneni.pdf), staženo 20. 9. 2010).

### **1.2.2. Kulturní a historický kontext znásilnění**

Při operování s pojmem znásilnění je třeba mít vždy na zřeteli kulturní a historický kontext tohoto skutku. Ne vždy byla žena uznávána jako rovnocenná partnerka muže, která má právo rozhodovat o vlastním sexuálním životě. Zejména v islámských zemích je pohled na sexuální práva žen dosud vnímán zcela odlišně od našeho kulturního okruhu. Sexuální agrese vůči muži je tématem tabuizovaným dodnes.

Důležitou historickou a kulturní úlohu hrála v postojích ke znásilnění zejména otázka vlastnictví, moci, silná rodová tradice a rozdílné pojetí práv příslušejících mužům, ženám a různým sociálním vrstvám. Naše současná definice znásilnění se opírá o nesouhlas se sexuálním aktem na jedné straně a vychází z historického vývoje práv žen v judeo-křesťanské kulturní oblasti. Dle Linkové (2001) byly před institucionalizací manželství únosy žen a jejich znásilňování obecným způsobem hledání manželky. Po institucionalizaci manželství a dědických nároků ve starověkých společnostech pak bylo nutné zajistit neproblematické předávání moci a majetku. Ženy byly vnímány jako prostředek konsolidace či růstu moci na základě statusu jejich otce. Podle statusu rodiny byla ženě připisována tzv. „cena nevěsty“. Tato cena závisela na sociální pozici jejího otce a tak trest za znásilnění a jeho výše odpovídaly této pozici a ne míře použitého násilí nebo sociální pozici násilníka. Cena znásilněné ženy citelně poklesla. V tomto ohledu je tedy nutno vnímat tresty za

znásilnění v předkřesťanských společnostech jako trest za poškození „cenného majetku“.

Ve Starém zákoně je znásilnění vnímáno jako urážka na cti rodiny.

V době antické bylo možné vznést obvinění ze znásilnění i proti osobě, která znásilnila otroka, a to i přes to, že otroci a otrokyně sami o sobě neměli žádnou čest. Vztahovala se na ně ovšem čest jejich pánů. Znásilnění závislé osoby tedy nebylo vnímáno jako urážka znásilněné osoby, ale jako urážka pána.

Ve starověkých raně křesťanských společnostech byla otázka ženina souhlasu se sexuálním stykem irelevantní a znásilnění bylo vnímáno spíše jako otázka rodinné a rodové cti a jako majetkový problém. I v prvních stoletích našeho letopočtu byl hlavní determinantou chápání znásilnění sociální status. Znásilnění bylo i nadále vnímáno jako zločin proti rodu. Odpovědnost za dosažení spravedlnosti byla v rukách rodiny.

K obrazu rané feudální společnosti dnes mimo jiné patří představa dvornosti a rytířského chování, které si spojujeme s respektem a úctou k ženám. V tomto, jakož i v ostatních případech, ovšem záleželo na tom, ke které třídě žena patřila. Pokud šlo o ženy chudé, rytířské chování se jich netýkalo. V rané feudální společnosti se znásilnění stalo z určitého pohledu formou sociálního povýšení. Únos dědičky a soulož s ní - ať již s jejím souhlasem nebo bez něj - znamenal nutnost sňatku a manžel tak získal kontrolu nad majetkem získané manželky. Takovýto chaotický přenos vlastnických práv byl pro rodící se feudální společnost založenou na společenském statusu, který definovalo vlastnictví půdy, velice problematický a tak např. rané anglické právo omezilo výhody, které muž mohl tímto způsobem získat.

K zásadní přeměně v chápání znásilnění došlo v pozdějším anglickém zvykovém právu, kde ustanovení o znásilnění zahrnovalo tři aspekty: použití síly, nesouhlas a pohlavní styk. Znásilnění začalo být pomalu vnímáno jako vážný zločin proti ženině osobě a pouze ona, ne její rodina, mohla iniciovat žalobu.

Od konce 12. století bylo znásilnění definováno, jako trestný čin, nad nímž měl úplnou autoritu stát. Stát mohl iniciovat vyšetřování a zajistit vydání rozsudku za jakékoliv znásilnění i v případě, kdy oběť formální stížnost nepodala. Znásilnění přestalo být občanským sporem, který mezi sebou řešili rodiny či muži obětí a stalo se trestným činem proti státu.

Manželské znásilnění je trestné až od poloviny 20. století, i když právo rozhodovat o vlastním těle bylo zmiňováno již v 19. století představitelkami první vlny

feminismu. Znásilnění v manželství byl tradičně protimluv, neboť manžel a manželka spolu uzavřeli něco jako „sexuální smlouvu“. Na základě této smlouvy se žena právně „rozplynula“ ve svém manželovi. On jí poskytoval ochranu před vnějším nebezpečím, ona se vzdávala své subjektivity a tělesné i mentální integrity.

O znásilnění mužů se dozvídáme už ze starověkého písemnictví. Mnohé legendy řecké mytologie popisují únosy a sexuální napadení mužů jinými muži či bohy. Znásilnění nepřítelů bylo v některých společnostech signálem definitivní porážky. Porazený tak "ztratil své mužství," a už nemohl dále bojovat. Znásilnění muže bylo považováno za konečnou formu trestu a jako takové bylo známé např. Římanům jako trest za cizoložství nebo Peršanům či Íráncům jako trest za porušení posvátnosti harému.

### **1.2.3. Vědecké teorie sexuální agrese**

Na základě dosavadního poznání je obecně přijatým názorem, že lidské sexuální chování je determinováno biologickými dispozicemi a vlivy vnějšího prostředí mohou výrazným způsobem ovlivňovat jeho konkrétní projevy.

Neexistuje obecně přijatá teorie vysvětlující sexuálně agresivní chování. Přístup odborníků k výkladu sexuální agrese souvisí s tím, jaký výkladový model lidského sexuálního chování zastávají a kterým faktorům souvisejícím se sexuální agresivitou přisuzují rozhodující význam.

Mezi dva hlavní proudy, které ovlivňují výklad viktimologických aspektů sexuální agrese patří evoluční a kulturně deterministické teorie.

#### **1.2.3.1. Evoluční teorie**

Evoluční přístup vidí motivy k určitému způsobu sexuálního chování jako lidskému jedinci vrozený výsledek fylogenetického vývoje lidstva. Základní funkcí sexuality je reprodukce, a tak veškeré sexuální chování jedince souvisí s potřebou zdatu v úsilí o její dosažení. Sexuální agrese je v tomto pojetí spíše prostředkem než cílem, protože v jejím pozadí může být snaha o maximalizaci reprodukčního úspěchu. Podle evolučních biologů je znásilnění buď adaptací, která vznikla na základě výběru (protože zvyšuje samcův reprodukční úspěch cestou zvýšení počtu sexuálních partnerek), nebo pouhým vedlejším produktem jiné psychologické adaptace (např. vedlejším produktem touhy samců po mnoha partnerkách i bez jejich souhlasu). Muž může dát zrod mnoha potomkům, což podle evoluční biologie



rezultuje v touhu po variabilitě sexuálních partnerek. Žena může porodit jen několik málo potomků a po porodu bývá závislá na zabezpečení partnerem. Proto volí partnera podstatně odpovědněji než muž. Muž volí v rámci dlouhodobé reprodukční strategie partnerku mladou a atraktivní, která je zárukou plození potomstva. Pro ženu je klíčem výběru zdraví muže, nepřítomnost genetických anomálií a hlavně jeho schopnost zajistit partnerku a její potomstvo. Významnou roli hraje i sociální status muže. Další charakteristikou mužského sexuálního chování zajišťující alespoň do určité míry jeho reprodukční úspěšnost patří podle evolučních biologů i jeho sexuální asertivita či naléhavost. Např. Mühlenhard a Hollabaugh (1988) uvádějí závěry výzkumných studií, které říkají, že přibližně 40% žen v USA alespoň někdy řekne „ne“, i když ve skutečnosti to znamená „ano“. U čínských žen to bylo pouze 30%, u Rusek polovina. Může to znamenat, že ženy muže testují z hlediska jejich sexuální důraznosti. Být ženou vybírán není jediný způsob, jak k ní získat sexuální přístup. Druhým způsobem je právě sexuální agrese v pravém slova smyslu. Při znásilnění muž neguje volbu ženy. Obvykle jsou totiž ženami k dlouhodobému partnerství vybíráni ti muži, kteří nashromáždili zdroje a získali vlivné postavení. Podobná selekce existuje i v živočišné říši. Samec, který přinutí partnerku k sexu, může být reprodukčně úspěšný, přestože prohrál v soutěži o nejlepšího samce a nebyl samicí vybrán. Tak např. dle Ellise jsou z reprodukčního hlediska úspěšnější ti muži, kteří kopulují s více partnerkami, kteří jsou v sexu naléhavější a snad i přímo agresivnější (Ellis, 1991).

Podle Thornhilla a Palmera (2000) se sexuální agrese vyskytuje ve všech lidských společnostech. Etnografické výzkumy podle těchto autorů potvrzují existenci genů, které mohou u mužů všech kultur vést k násilnému sexuálnímu chování v případech, kdy jsou současně přítomny i určité environmentální faktory. Například akceptace znásilnění mimo vlastní skupinu nebo ve válce, jak uvádějí Shields a Shields (1983). Thornhill a Palmer (2000) dále poukazují, že znásilnění v některých formách se vyskytuje i v kulturách, ve kterých je tvrdě sankcionováno. Polemizují tak s názorem, že vliv kultury na vývoj mužské sexuality je u sexuálně agresivního chování základním faktorem.

**Viktimologie znásilnění** z hlediska evoluční teorie vychází z předpokladu, že žena zvyšuje svůj reprodukční úspěch volbou správného partnera (takového, který je geneticky kvalitní, má dobrý přístup ke zdrojům a je ochoten do ní a do jejího

potomstva investovat), pachatel znásilnění však ženu zbavuje možnosti volby. To pro ni může mít extrémně negativní následky. Mechanismus psychického utrpení následující po znásilnění má podle evoluční teorie oběť zaměřit na fakt znásilnění a řešení jeho možných negativních následků, což jí pomáhá v aktuální situaci a usnadňuje vyhnout se další možnosti znásilnění v budoucnu. Výzkumy ukazují, že ženy v reprodukčním věku a vdané ženy prožívají psychickou bolest intenzivněji než ty ostatní (Thornhill a Thornhill 1990a, 1990b, 1990c, 1991). Míra traumatizace také souvisí s formou násilí: vyšší míra utrpení je spojována s vaginální formou styku. Příčinou rozdílu v prožívání traumatu je dle evoluční teorie to, zda znásilnění může vést k nechtěnému početí a tudíž k potenciální ztrátě ochrany vybraným partnerem, či ke ztrátě zdrojů a rodinné péče. To vysvětluje i zjištění, že vdané ženy v reprodukčním věku byly méně traumatizované znásilněním, po kterém zůstaly viditelné stopy. Tyto stopy jsou totiž jasným důkazem pro partnera, že ze strany ženy se nejednalo o dobrovolný styk. Podle Thornhilla a Palmera (2000) je dokladem sexuální motivace u sexuálně agresivního chování muže volba oběti. Statisticky nejčastěji to bývají ženy ve fertilním věku okolo dvaceti let, t. zn. ženy z hlediska reprodukce nejperspektivnější.

#### 1.2.3.2. Kulturně deterministické teorie

Kulturně deterministické teorie vidí naopak příčinu sexuálního násilí ve společnosti jako důsledek kulturně podmíněného tradičního rozdělení sexuálních rolí a paternalistické kulturní tradice, která považuje ženy za objekty mužského sexuálního uspokojení.

Základem teorií kulturně podmíněného sexuálního násilí jsou antropologické studie Margaret Meadové z počátku minulého století. Meadová (1935) srovnávala tichomořské domorodé kmene. Znásilnění vysvětlovala jako produkt sociálního učení. Zatímco u kmene, kde byl muž podle norem svého kmene přirozeně pečující, ohleduplný a něžný, se znásilnění nevyskytovalo, tak u sousedního kmene, kde tyto normy neplatily, bylo násilné sexuální chování u mužů velmi časté.

Sexuálním násilím se zabývají mnohé výzkumy sociálně orientovaných disciplín. Sexuální násilí se pohybuje na kontinuu moc-bezmoc, na jedné straně je pachatel, na druhé oběť, jeden bez druhého neexistují. To je klíčem k motivům a prožitkům zúčastněných této tragické konstelace. Kulturně deterministicky orientované studie vidí příčiny sexuální agrese ve společnosti, např. v demografických

charakteristikách jako je počet rozvedených a osamělých mužů v populaci, ve stupni ekonomické nerovnosti, v sociální dezorganizaci a stupni urbanizace. Mezi další predikátory sexuálního násilí ve společnosti patří dle takto orientovaných badatelů dále postoje společnosti k násilí, mocenské vztahy mezi pohlavími, paternalistická kulturní tradice, vyšší vzdělanost a ekonomická samostatnost žen, rodově (gender) specifické charakteristiky socializace mužů (nedostatek empatie, strach před nenaplněním požadavků „mužství“), mýtus mocné maskulinity apod. (Grubin, 1995, Frenken et al., 1999 Marshall a Barbaree 1990, Baron, Straus, Jafee, 1988). Finkelhor a Illo (1985) vyzdvihují v 90. letech minulého století jako hlavní motiv sexuálního násilí existenci dominance a moci v partnerských vztazích. Dle autorů jsou ženy a muži v manželství v nerovné pozici. V mnoha případech jsou ženy na mužích ekonomicky závislé. V procesu socializace si osvojily určitá očekávání a přijaly za své konvence týkající se sexuálních rolí, které jim neumožňují vlastní příjem a osamostatnění. Povinnost mít sex se svými manželi vnímají jako jednu ze součástí role manželky a nejsou v tomto ohledu dostatečně sebevědomé.

Sexuální násilí vůči ženám je od 70. let 20 století jedním ze stěžejních témat **feministických teorií**, podle kterých je znásilnění především politickým aktem. Sexuální styk spojený s násilím je použit jako forma sociální kontroly ženy. Jak uvádí např. Hudson a Ward (1997) sexuální agrese je podle těchto teorií primárně motivována mužskou sociopolitickou nadvládou. Sexuální násilí má ženy udržovat ve strachu a udržovat jejich pocit závislosti na mužích (Russel, 1990). Dle Weisse (2002), slouží sexuální agrese i strach z ní podle feministických názorů primárně jako mechanismus sociální kontroly, který je podporován kulturou, rolovými stereotypy i mediální prezentací žen. Estrich (1987) poukazuje na skutečnost, že historie znásilnění v USA je úzce spjata se sexismem a rasismem a že minoritní skupiny ve společnosti jsou v tomto ohledu obzvláště zranitelné.

Feministické teorie spatřují hlavní motiv sexuálního násilí nikoli v oblasti sexuálního puzení pachatelů, ale v jejich potřebě moci a nadvlády, což je často zdrojem jejich kritiky. Argumentem je např. skutečnost, že u sexuálních deviantů vede naléhavé a nutkavé sexuální puzení k oslabení sebekontroly, důsledkem čehož je spáchání násilného činu. Dle mnohých autorů není ani podstatná část mužů bez sexuální deviace motivována pouze sexualizací jiné potřeby (např. dominovat nad ženou a ponižovat ji), ale je motivována sexuálně (Brichcín, 2001).

V posuzování pachatelů angloameričtí autoři většinou vůbec nezmiňují možnost sexuální deviace. Příčiny sexuálně agresivního chování vidí v sociologických nebo psychologických faktorech jako je negativní postoj pachatele vůči ženám (ženy vnímají jako odmítající, dominantní a vypočítavé), nedostatečné regulaci afektivních stavů pachatelů, jejich neschopnosti navázat vztah a strach z intimity nebo z přijetí tradičních stereotypů sexuálních rolí. Zdůrazňují, že pachatelé sexuální agrese mají tendenci přebírat mýty o znásilnění (rape myths), které akceptují a ospravedlňují násilí vůči ženám (Ward et al., 1997).

#### 1.2.4. Formy sexuálního násilí

Ač se v rámci stereotypů a mýtů pod pojmem sexuální agrese vybaví především její tvrdší podoby, jak již bylo řečeno, mezi vynucené sexuální aktivity patří nejen přímé násilí, ale i nekontaktní formy, jako např. sexuální nátlak. Např. Abbey (Abbey, MaC Auslan, Ross, 1998) uvádí mezi sexuálním agresivním chováním celou škálu vynucených sexuálních aktivit jako je znásilnění, nechtěný sexuální styk vynucený verbálním nátlakem ale i další nechtěné sexuální aktivity jako je dotýkání nebo líbání.

##### 1.2.4.1. Nekontaktní sexuální násilí

Nejen brutálnější formy sexuálního násilí či dokonaná znásilnění mohou mít traumatický dopad na oběť. Klinická i forenzní praxe se zabývá i případy, které mají podobu tzv. nekontaktního (bezdotykového) sexuálního násilí. Mezi bezdotykové sexuální násilí patří podle širší definice Zdravotnické komise Rady Evropy **obscénní telefonické hovory, „stalking“ neboli slídění či pronásledování, přinucení ke sledování pornografických materiálů a k obnažení, fotografování, setkání s exhibicionistou a sexuální obtěžování.**

U většiny těchto aktivit je riziko přímého fyzického násilí minimální, jejich dopad však může být velmi nepříjemný, může snižovat kvalitu života obětí a jejich pocit bezpečí. V případě patologického pronásledování, ve kterém se může vyskytnout i erotický podtext např. v podobě různých poznámek či přímých výhrůžek jsou popsány i příklady, které později vedly k přímému napadení oběti. Rovněž v případech exhibicionismu mohou být velmi nebezpečnými pachateli expozéři genitálu z řad sexuálních agresorů. Podle Brichcína a Kalvacha (1997) je pro tyto pachatele typické, že se ke své oběti nejenom přibližují, ale slovně ji urážejí, hrubě osahávají nebo povalují. Často přejdou do kontaktní formy násilí. I setkání

s voyerem, který sexuálního vzrušení dosahuje sledováním anonymních objektů se dá řadit mezi bezdotykové formy sexuální agrese. Jak uvádí Weiss (2005), je v podstatě každé sexuálně deviantní chování do jisté míry agresí. I v těch nejméně nebezpečných podobách představuje nevíтанý průnik do nejintimnější sféry objektů, probíhá bez souhlasu obětí a proti jejich vůli.

Nejvíce studovaným fenoménem je v současné době tzv. **telefonní teror** (v souvislosti s naším tématem zejména varianta „verbální erotik“), druhým okruhem zájmu badatelů jsou jevy souhrnně zahrnuté pod termín „stalking“, v češtině slídění. Nezanedbatelnou oblastí, které je v současné době věnována pozornost, je studium nekontaktního násilí z důvodu tzv. **kriminálního prognózování - odhadu nebezpečnosti pachatele**.

Jak uvádí Gerlová (2009) telefonní teror, varianta verbální erotik, odpovídá tzv. **telefonní skatologii** ve výčtu sexuálních deviací. Jde o telefonování oplzlostí. V sexuologii hovoříme o poruše sexuální preference v aktivitě. Jde o projev poruchy dvoření, v některých případech též patologické sexuální agresivity, ale v podobě verbální (Brichcín a Kalvach, 1997). Komunikace probíhá na dálku, oběť má být anonymní, překvapená a eroticky nenaladěná. Obsahem telefonátu může být obscénní popisování sexuální situace, vlastní potence či mimořádných zážitků, které by zaskočená posluchačka mohla s telefonujícím zažít. Cílem takového chování je vyvolat stud a rozpaky na straně obětí. Dle Brichcína a Kalvacha nehrozí navázání partnerského vztahu. Orgasmu dosahuje distanční agresor většinou masturbací. Čírtková (2003) se domnívá, že verbálním erotikům nejde ani tak o sex po telefonu, ale že jejich cílem je vyděsit oběť, způsobit jí šok a přimět ji k autoerotickým či autodestruktivním praktikám.

Kriminologie dává telefonnímu teroru širší rámec a posunuje ho od problému sexu více k problému násilí. Zabývá se studiem reakcí obětí, které jsou překvapivé. Většina obětí se totiž chová poslušně. Proč k tomu dochází u dospělých a zralých osob se snaží vysvětlit na základě fenoménu poslušnosti. Kriminální psychologie zkoumá také osobnost pachatele a přiklání se k pojetí, že pachatelé bývají více nápadní po stránce osobnostní než po stránce sexu a eventuelních sexuálních deviací. Popisem osobnosti je pak tzv. extrémně inhibovaná osobnost, pro kterou je typická negativní životní nálada, submisivita spojená s nízkým sebeprosazováním a snížená aktivační hladina. Právě pomocí telefonního terorizování se pachatelé daří překlápět tyto vlastnosti do protipólů. Přejímá aktivitu, uplatňuje svoji moc a režuruje situaci. Přestože riziko přímého fyzického násilí je minimální, je podobný telefonát pro oběť velmi nepříjemný a to zejména u mladých dívek či dětí, které také mohou být terčem telefonní agrese (Gerlová, 2009). Čírtková (2003)

vnímá z praktického hlediska jako klíčový úkol doporučit oběti vhodnou strategii pro efektivní obranné chování.

Rovněž **stalking** je v současné době ve forenzní psychologii intenzivně sledovaným fenoménem. Čírtková (2004) jej vymezuje jako úmyslné, zlovolné pronásledování a obtěžování jiné osoby, které snižuje kvalitu života a ohrožuje její bezpečnost. Hlavním znakem stalkingu pak je obsesivní fixace známého nebo neznámého pachatele na určitou osobu, kterou pak obtěžuje systematicky a úporně nevyžádanou pozorností. V psychiatrii byl podobný jev popsán již v 18. století a označen jako tzv. *erotomanie*. Gerlová (2009) uvádí, že termín stalking zahrnuje širší škálu jevů a zdůrazňuje zejména spojitost excesivního systematického pronásledování s násilím. Podle Čírtkové (2004) se současní vědci spíše přiklánějí k názoru, že pronásledování je více ovlivněno osobností pachatele než situačními faktory. U pronásledovatelů bývá jako zdroj problémového chování zjišťován typ nejisté vazby v dětství, která se utváří v raném dětství na základě zkušeností zejména s matkou a následně se projevuje citovou ambivalencí, nejistotou, agresivitou a neschopností řešit závislost ve vztahu.

Další z možných variant nekontaktního násilí je **setkání s exhibicionistou**. Exhibicionismus je podle MNK – 10 řazen mezi poruchy sexuální preference. Jedná se o sexuální deviaci v aktivitě. Vzrušení je u exhibicionismu dosahováno odhalováním genitálu před neznámými ženami a dívkami. Toto odhalení je někdy spojeno s erekcí a s masturbací (ne však pokaždé). Brichtcín (1997) vymezuje exhibicionismus jako opakované a alespoň epizodicky preferované obnažování mužského genitálu vůči neznámým osobám, ženám či dětem za účelem sexuálního vzrušení. Exhibicionismus je jedna z nejrozšířenějších sexuálních deviací. Exhibicionista vynechává některé důležité fáze dvoření a sblížení. Kolářský a Madlafousek (1980) považují exhibicionismus za poruchu úvodních fází sexuální interakce. Exhibicionista překvapuje objekty svého sexuálního zájmu eroticky nevytvořené, udržuje si od nich určitou vzdálenost, maximálně na sebe upozorní např. písknutím apod. Podle Weisse (2002b) je pravý exhibicionista paradoxně spíše bázlivý a nespělý muž, často sociálně a partnersky dobře adaptovaný. Se svými objekty obvykle nenavazuje žádný kontakt, nekomunikuje s nimi a drží si odstup. Exhibicionismus je silně nutkavého charakteru a je pro něj typická vysoká specifická recidivita. V kriminologii je exhibicionismus považován za nejméně závažnou formu

dissexuality. Pod dissexualitou se pak podle Čírtkové (2003) v kriminologii rozumí jednání bez souhlasu anebo přímo proti vůli oběti, které zraňuje její psychosomatickou integritu.

Od pravého exhibicionismu je třeba odlišit tzv. *atypické expozéry genitálu*. V některých případech se může jednat o jedince ne sexuálně motivované, např. osoby trpící psychotickou poruchou, poruchou osobnosti či demencí. Zvěřina (2003) poukazuje na skutečnost, že u mentálně nedostačivých jedinců může být atypická expozice genitálu projevem sexuální neobratnosti v přístupu k objektu. Velmi nebezpeční jsou *expozéři genitálu* z řad sexuálních agresorů, u kterých často jde o kontaktní formu násilí (Brichcín, 1997).

Další podobou nekontaktního násilí je **setkání s voyeuřem**. Voyeurismus je podle MKN – 10 řazen mezi poruchy sexuální preference. Opět se jedná o sexuální deviaci v aktivitě. Vzrušení je dosahováno sledováním intimního počínání nic netušících anonymních objektů (svlékajících se žen, souložících párů...). Deviantním se slídění stává tehdy, je-li preferovaným způsobem dosahování vzrušení a je - li upřednostňováno před partnerskými sexuálními aktivitami a to i tehdy, když je atraktivní partner preferovaného věku dostupný a neexistuje sociální překážka sexuální interakce. Podle Zvěřiny (2003) patří voyeurismus spolu s exhibicionismem mezi poruchy párování (lze překládat i jako poruchy dvoření – courtship disorder). Jak uvádí Brichcín a Kalvach (1997), cílem slídění není pro voyeura vyhlížení sexuálního partnera ani navázání kontaktu s pozorovaným člověkem. Jde o izolovaný dílčí motivační stav, kdy je orgasmu dosaženo masturbací a v některých případech pouhým pozorováním.

#### 1.2.4.2. Kontaktní sexuální násilí

Mezi dotykové formy sexuálního násilí patří **pohlavní styk vaginální, anální, orální i intrafemulární, dotýkání se erotických zón, pronikání prstem, jazykem nebo předměty do vaginy nebo anusu, laskání prsou a genitálií** (Dunovský, 1995).

Gerlová (2009) řadí mezi mírnější podoby kontaktního násilí setkání s tušěrem či frotérem. Tušěři a frotéři tvoří relativně samostatnou podskupinu patologických sexuálních agresorů. **Tušěři** atakují neznámé ženy obvykle v přeplněných prostorách a vzrušují se jejich osaháváním. **Frotéři** se o ně třou a tím dosahují sexuálního vzrušení. Jejich chování může být doplněno i masturbací a vzácněji i ejakulací na

objekt svého zájmu. U tušérství a frotérství se jedná o poruchu dvoření, kde chybí sbližovací, distanční, pretaktilní fáze. Jedná se o mírnější formy sexuální agrese, i když již jde o kontaktní násilí. Vloha tušérská a frotérská se často kombinují současně u jednoho devianta. V případě parafilního chování lze vystopovat prvky nutkání v motivaci pachatele. U typického frotéra či tušéra nedochází k eskalaci sexuálně agresivního chování. Zjevně sadistický charakter má jednání mužů, kteří nenápadně, obvykle v tlačenici poškozují oděvy žen žiletkou (**žiletkáři**) nebo například kyselinou (**saliromani** - tento fenomén se pohybuje na rozhraní nekontaktního a kontaktního násilí).

Russell (1983) dělí sexuální kontaktní násilí do tří kategorií, které se odlišují svojí závažností. Mezi velmi závažnými formami sexuálního zneužití uvádí vaginální a anální pohlavní styk uskutečněný penisem, orální sex, k němuž je oběť donucena jako aktivní účastník nebo orální sex, kdy oběť je pasivním účastníkem sexuální agrese. Středně závažné formy sexuálního zneužití jsou doteky a líbání prsou, vnikání do vaginy prsty nebo předměty, pronikání prsty, jazykem nebo předměty do anusu a vzájemné dotýkání se genitálií. K nejméně závažným formám řadí vzájemné svlékání, nepatřičné líbání s pronikáním jazyka do úst, fotografování, sexuální doteky, laskání genitálií prsty, jazykem, vynucená masturbace.

Brichcín (2001) hovoří o útočném znásilnění majícím podobu „bleskového“ znásilnění neznámým pachatelem, které se mohou udát v prostředí, které oběť považovala za bezpečné. Např. ve vlastním domě, výtahu či bytě. V těchto případech je častěji užit zbraň a oběť utrpí fyzickou újmu v podobě zranění. Pola, vytvořili předběžný model procesu znásilnění zjistili, že neznámou oběť napadají zejména pachatelé, motivovaní vztekem. Jde o muže, kteří se snaží tímto způsobem odčinit percipované příkoří. Tito pachatelé v průběhu útoku svou oběť bezdůvodně sexuálně ponižují a snaží se oběti skrze sexuální útok ublížit. Oproti jiným případům znásilnění je zde užito i bezdůvodné fyzické násilí a v těchto případech se také nejčastěji setkáváme s aktivním odporem obětí. Zajímavé je, že pachatelův vztek u některých pachatelů interferoval se schopností se sexuálně vzrušit. Útoky, motivované snahou odčinit percipované příkoří, jsou typické užitím silového řešení a rezultují v závažnější poranění oběti, než v případech jiných typů znásilnění. Muži, kteří atakují neznámou ženu, jsou podle Zvěřiny a Pondělíčkové (1986) častěji deviantní a jejich nebezpečnost ve smyslu specifické recidivy je vyšší.

Znásilnění známými osobami - **vztahové znásilnění (acquaintance rape)** -



probíhá podle Brichcína (2001) nezřídka pod vlivem alkoholu či jiné drogy. Časté jsou případy **znásilnění na schůzce (date rape)**, které se odehrají např. v násilníkově bytě či v automobilu. Pro tyto případy bývá typický spíše slovní než fyzický nátlak. Gerlová (2009) popisuje přístup právničky Susan Estrichové (1987), která poukazuje na odlišnost v percepci různých typů znásilnění. Anglosaský právní systém tradičně rozlišuje tzv. **aggravated rape** a **simple rape**. Termín aggravated rape je užíván v případech, kdy došlo na otevřené násilí jako je užití zbraně, bití apod. Pro tyto případy je typické, že oběť se s pachatelem před činem neznala. V některých případech může být i větší počet pachatelů, může jít o skupinové znásilnění. V případě simple rape podobné charakteristiky nenacházíme. Estrich upozorňuje na skutečnost, že americké poroty mají tendenci odlišně posuzovat tyto dva typy znásilnění. V případě, kdy sexuální násilí navazuje na předchozí interakci mezi obětí a pachatelem (žena s mužem komunikovala na večírku a nechala se odvézt jeho vozem, měla s mužem schůzku apod.) poroty posuzovaly pachatelovo jednání shovívavě, přestože bylo dost důkazů k odsouzení muže soudcem. Gerlová a Weiss (2006) citují souhrnný článek „Researching the Rape Culture of America“ filosofky Christiny Hoff Sommersové, která poukazuje na určitou hysterii americké společnosti v přístupu zejména k date rape, znásilnění na schůzce. Na většině amerických univerzit se scházejí tzv. „date rape groups“. Oběti znásilnění jsou označovány jako „survivors“ – přeživší, jejich přátelé jako „co – survivors“, kteří také trpí a potřebují poradenství a další ženy, které se ještě nestaly obětí znásilnění, jsou označovány jako „potential survivors“, tedy potenciální přeživší, potenciální oběti. Tento pohled na problematiku znásilnění je podporován feministkami na univerzitách. Jak se zdá, tak poprask na těchto univerzitách není odpovědí na masové znásilňování, které by zde probíhalo. Žurnalista Petr Hellman, který se zabýval tímto problémem, ke svému překvapení zjistil, že například na Kolumbijské Univerzitě, kde měl být výraznější problém se znásilňováním studentek, nebyl univerzitní policii nahlášen ani jeden případ (1993). Celková statistika nahlášených případů ze všech univerzit v celé zemi nečinila ani tisíc případů. Samozřejmě ani zde nelze opomenout skutečnost, že celá řada případů může být nenahlášených. Je však pravděpodobné, že problém nebude tak závažný, jak je prezentován místním feministickým hnutím. Petr Hellman poukazuje i na to, že nákladné centrum pro znásilněné, které bylo na nátlak feministek v rámci Kolumbijské univerzity vybudováno, bývá převážně nevyužito (Gerlová, 2009).

Oblastí, která si zaslouhuje speciální pozornost, je **znásilnění v manželství (marrital rape)**, o kterém bude pojednáno dále v kapitole 1.3.4.

#### 1.2.4.3. Specifické formy sexuální agrese

##### 1.2.4.3.1. Znásilnění jako obrana cti rodiny

Jak popisuje Čírtková (2004), mezi specifické formy sexuální agrese podmíněné odlišnými kulturně-sociálními či historickými podmínkami nebo abnormální situací ve společnosti je např. znásilnění jako obrana cti rodiny nebo znásilnění ve válce. V některých kulturách je znásilnění běžně tolerováno jako odplata za poškození cti rodiny či jako řešení klanových sporů (např. v Indii nebo v Pákistánu) a může se jednat o zcela nesexuálně motivované znásilnění založené na dichotomii cti a hanby. I v našem kulturním okruhu byly před institucionalizací manželství únosy žen a jejich znásilňování obecným způsobem hledání manželky (Linková 2001).

##### 1.2.4.3.2. Válečné znásilnění

Brutální a kruté činy včetně znásilňování bývají často součástí psychopatologie války. Tato znásilnění jsou často provázána mučením a končí i vraždou. Pachatelé se mnohdy stávají jedinci, kteří by se v normálních podmínkách nijak psychopatologicky neprojevovali. Motivací takovýchto činů bývá snaha ponížit vojáky nepřátelské strany, podrýt jejich morálku, ukázat převahu a dát jim najevo, že nejsou schopni chránit, co je pro ně cenné. Rovněž únik z nesnesitelné tenze může být v pozadí sexuálně motivovaných válečných činů. Kolářský (2008) pochybuje, že příležitost ke znásilňování využijí všichni muži. Vyjadřuje myšlenku, že by tito znásilňující mohli mít zesílenou tzv. „kukaččí“ reprodukční strategii, tedy strategii předávat své geny, ale neinvestovat do péče o takto zplozené vlastní potomky.

Někdy dochází za stejným účelem ke znásilňování dětí vojáků přímo před jejich zraky. Ve výjimečných případech je popisováno i dlouhodobé systematické znásilňování až do doby otěhotnění žen z nepřátelského tábora. K němu docházelo např. při Jugoslávské občanské válce, kdy srbsí vojáci znásilňovali ženy nepřátel, které za tímto účelem drželi ve válečných kempech.

#### 1.2.4.3.3. Skupinové znásilnění

Termín skupinové znásilnění bývá užíván tehdy, když se několik lidí podílí na znásilnění jedné oběti. Dle Gerlové (2009) je odhadem odborníků páčáno 10-20% znásilnění více než jedním útočníkem. Do kategorie skupinových znásilnění je možno řadit i znásilnění gangem (gangrape), kdy se jedná o znásilnění třemi a více osobami, z nichž jedna je v roli vůdce, někteří participují na dění a obvykle se vyskytuje i někdo zdráhající se na činu podílet. Tyto útoky pak bývají extrémně násilné a brutální. Porter a Alison (2006) provedli analýzu 233 skupinových znásilnění z archivních zdrojů. Tato znásilnění zahrnovala 739 útočníků, z nichž se jednalo v 722 případech o muže a v 17 o ženy. Analýza ukázala, že pachatelé byli převážně mladí muži přibližně stejně staří jako jejich oběti, nejčastěji ve věku kolem 20 let. Mnohočetné útoky byly často doprovázeny i fyzickým násilím. Více než jedna pětina těchto případů skončila smrtí. Odpor oběti shledali autoři analýzy zřídka, i když bylo zřetelné celé spektrum verbálních a fyzických reakcí. I v případech, které nemají letální vyústění, jsou následky takovýchto činů pro oběť mnohem závažnější než u znásilnění jedním pachatelem. Typické to je v případech, kdy oběť pachatelé vyhrožuje zveřejněním záležitosti. Vraždy, jejichž smyslem je odstranění objektu jako nepohodlného svědka, bývají právem řazeny k sexuálním vraždám, i když jejich motivace nemusí být bezprostředně erotická.

#### 1.2.4.3.4. Sexuální vražda

Nejzávažnější formou kontaktního sexuálního násilí je *sexuálně motivovaná vražda*. Sexuální násilí končící vraždou oběti je obvykle spojeno se sexuologickou poruchou pachatele. Znamená to, že pachatel usmrtí oběť v souvislosti se svým sexuálním vzrušením a uspokojením. Situační okolnosti hrají podružnou roli. Pachatelem může být deviantně motivovaný patologický sexuální agresor či sadista. Oběti patologických sexuálních agresorů bývají rychle usmrceny a následně je s nimi manipulováno. Oběti sadistů bývají nejprve znehybněny, zastrašeny, mučeny a týrány a až pak znásilněny (Raboch et al. 1984). Ke smrti oběti často dochází při překonávání jejího odporu. Oběťmi sexuálních vražd jsou především ženy, ale také děti obou pohlaví. Existují i sexuální vraždy mužů. U těchto sexuálních vražd jde převážně o dětské objekty či o dospívající chlapce. Sexuální vražda může být spáchána i pachatelem ve stavu závažné duševní poruchy, který má porušený kontakt s realitou a trpí poruchami vnímání a myšlení. Neobvyklá nebývá tzv. *krycí*

*vražda*, kdy pachatel znásilnění nebo pohlavního zneužití zavraždí svou oběť aby nebyl odhalen, přestože to před tím neměl v úmyslu.

### **1.2.5. Prevalence sexuálního násilí v populaci**

Definování sexuálního násilí a znásilnění je pro výzkumné účely důležité. Studie zabývající se násilím přihlížejí k různým formám a způsobům, kterými bylo provedeno a které musí být pro výzkumné účely přesně definovány. „Znásilnění může být provedeno jedním, ale i dvěma nebo více pachateli, pachatelem může být neznámá osoba, ale i známý, příbuzný, manžel, může dojít k orálnímu, vaginálnímu nebo análnímu kontaktu, pachatel může použít různý stupeň a přinucení a agrese. Násilí může být plánované nebo spontánní. Oběť může znásilnění nahlásit na policii, může se svěřit přátelům či blízkým, vyhledat odbornou pomoc, může však také případ zamlčet a zůstat s ním sama.“ (Aguilera, 2000, str. 200).

U výzkumů studujících sexuální násilí narazíme na řadu metodických problémů. Definování sexuální agrese je problematické. S pojmy sexuální znásilnění a sexuální násilí je někdy nakládáno jako se synonymy, různé definice sexuální agrese zahrnují odlišné formy sexuálního nátlaku. Rozdíly v operacionálním vymezení sexuálního násilí výsledky studií ovlivňují, což dále problematizuje jejich vzájemné porovnávání, jak na to upozorňuje například Mayall a Gold (1995). Úzce vymezené definice chápou znásilnění většinou v právním smyslu, širší definice zahrnují i situace, kdy je k dosažení pohlavního styku použito i jiných způsobů přinucení než fyzického násilí (Sakař, 2002). Nechtěný sexuální kontakt, jako jsou například doteky a líbání zahrnují ve své studii pod sexuální násilí např. Ulman, Karabatos a Koss (1999). Muehlenhard a Schrag (1991) pod sexuální násilí řadí i sexuální narážky a sexuální obtěžování (harasement). Nad úskalími výzkumů týkajících se sexuální agrese se zamýšlí např. Convoy (1994), když uvádí, že je jen ke škodě věci, že v citovaných studiích často nelze nalézt žádné informace o takových skutečnostech, jako jsou okolnosti vyšetření a postoje tazatelů i dotazovaných. Je zřejmé, že lidé obecně trpí zábrany informovat o svých traumatických sexuálních zkušenostech, pravděpodobně proto, že tyto krutým způsobem zasahují intimní sféru prožívání, a je tedy namnoze velmi obtížné o nich hovořit. Je tedy pravděpodobné, že mnoho důležitých údajů zůstává utajeno a minimálně část získaných dat je zkreslená.

Mezi diskutované metodologické otázky patří dále např. používání sebeposuzovacích škál měřících sexuální násilí (Alksins et al. 2000). Dle autorů tyto škály odhady prevalence sexuální agrese nadhodnocují. Charakteristiky útočníků bývají získávány nepřímým způsobem pomocí dotazování obětí. Data získávaná od obětí týkající se prevalence bývají vyšší než data získávaná od pachatelů, přičemž drtivá většina získaných dat pochází právě od obětí. Za oběť bývá nejčastěji považována automaticky žena a sexuální agrese se zjišťuje obvykle pouze v heterosexuálních vztazích. Výsledky mohou odrážet i odlišné přijetí sexuální agrese podmíněné různým kulturním zázemím v jednotlivých zemích. V roce 2006 Hoff Sommers poukazuje na vliv společenského klimatu a vliv feministických skupin, zejména v USA, které může výrazným způsobem ovlivnit přijetí a šíření výsledků jednotlivých studií. Tato autorka konstatuje potřebu studií prevalence znásilnění nezávislých na ideologii.

Možná právě díky uvedeným potížím s jasným definováním nedobrovolného sexu a znásilnění a užitím odlišné metodologie se v jednotlivých studiích prevalence tohoto jevu v populaci v různých průzkumech liší a pohybuje se v rozmezí 4-50%.

Mezi první studie zjišťující prevalenci sexuální agrese v populaci patří výzkum americké socioložky Diany Russel (1978). Výzkum provedla na náhodném vzorku 990 žen ze západního pobřeží USA, kterým v dotazníku kladla otázky týkající se zkušeností se sexuálním násilím. Znásilnění bylo vymezeno právní definicí platnou ve státě Kalifornie jako vynucený sexuální styk, styk dosažený za použití fyzické hrozby nebo styk se ženou, která byla pod vlivem drog, spala, či byla jinak úplně bezmocná a neschopná poskytnout souhlas. 44 % žen vypovědělo, že se staly obětí znásilnění či pokusu o znásilnění. 14 % vdaných žen uvedlo nechtěný sexuální styk pod nátlakem manžela.

Jedna z nejčastěji citovaných autorek v oblasti viktimologie Mary P. Koss, americká psychiatrická, uvádí ve výsledcích svého výzkumu provedeného v polovině 80. let na studentské populaci, že obětí nějaké formy sexuálního násilí se stalo 54,2% žen. Výzkum provedla na vzorku 3180 studentek a znásilnění definovala jako penetraci penisem, prstem či jiným objektem, vynucenou vyhrožováním, fyzickou silou či zneužitím toho, že byla oběť pod vlivem alkoholu. Zkušenost přímo se znásilněním uvedlo 27,9 % respondentek. 15,8 % se stalo obětí dokonatého znásilnění, 12,1 % pokusu o znásilnění. Ženy byly dále tázány, zda se podvolily vynucenému pettingu bez dalšího sexuálního styku. Kladně odpověděla více než

polovina žen, které byly autorkou také zahrnuty pod kategorií viktimizované (Koss, 1988). Kossové bývá často vytýkán zjednodušující přístup a její citovanost spíše novináři než badateli.

P. Di Vasto et al. (1984) vyšetřili 500 žen z hlediska prevalence sexuálně stresujících zážitků. Zkušenost s pokusem o znásilnění či se znásilněním našli u 19 % souboru. Michael et al. (1994) např. zjistili mezi americkými ženami 22 % těch, jež byly nuceny k pohlavnímu styku násilím, u francouzských žen Spira et al. (1994) však pouze 4,4% (tito autoři však předpokládají, že skutečný výskyt bude až 4x vyšší). Bachman uvádí incidenci znásilnění v NCVS (National Crime Victimization Survey), výzkumném projektu sponzorovaném vládou USA, každoročně kolem 10 %.

V rámci mezinárodního výzkumu obětí, který proběhl v České republice, bylo zaznamenáno 11,2 % (1992) a 7,2 % (1996) obětí sexuálního násilí (Válková, 1999). Podle výsledků Výzkumu sexuálního chování obyvatel ČR-I uvedlo zkušenost s násilným sexuálním chováním 11,6 % žen zkoumaného souboru, přičemž 3,4 % žen uvádí takovou zkušenost opakovaně (Weiss, Zvěřina, 1999). K podobným výsledkům došel překvapivě i výzkum sexuálního chování obyvatel Slovenska uskutečněný v roce 2004 (Mathé, 2006) ač autor považuje výsledky za nepřesné, jelikož zážitek sexuálního násilí byl v dotazníku podmíněn zážitkem sexuálního zneužití v dětství.

Práce zjišťující výskyt sexuálního násilí v populaci přímo výpovědí pachatelů nacházíme v literatuře sporadicky. I v existujících studiích se výsledky získané odlišnými výzkumníky na odlišných vzorcích populace výrazně liší. Koss et al. (1988) tak referují o 20 % vysokoškolských studentů přiznávajících, že nutili partnerku k sexuálním aktivitám. Rappaport a Burkhart (1984) udávají, že 43 % mužů z jejich studie uvedlo donucování partnerky k sexu. U 15 % se jednalo o tzv. date rape, 11 % uvedlo užití fyzické síly. V ČR se v roce 1993 přiznalo k sexuálně agresivním aktivitám 4,3 % mužů a v roce 1998 7,9 % mužů (Weiss, Zvěřina 2001). Mathé (2006) zjistil u vzorku 887 slovenských mužů, že 2,8 % uvedla použití násilí nebo hrozby při nucení jiné osoby k pohlavnímu styku.

U nás jsou publikované výzkumy a viktimologické studie zaměřené na oběti sexuálního násilí relativně vzácné. Nejvíce informací poskytují publikace věnující se forenzní psychologii (Netík, 1997, Čírtková, Červinka 1994, Heretik, 1991, Novotný a kol. 2001, Čírtková 1998, 2000, Musil a kol. 1994) nebo články v některých odborných časopisech a sbornících (např. Vernerová, 1985, Vitoušová, 1995,

Kulíšková, 1999, Válková, 1999). Výzkumy, jejichž součástí je i zjišťování výskytu sexuálního násilí provedli např. Zvěřina a Pondělíčková (1986) nebo Válková (1999). Convoy (1993) vyšetřila 150 alkoholiček, neurotiček a psychotiček, přičemž u nich nezjistila signifikantně vyšší výskyt sexuálně agresivních zkušeností proti kontrolnímu souboru psychiatricky neléčených žen. Prevalence násilných sexuálních zkušeností byla 19 %, pachatelem útoků byl většinou muž cizí nebo jen povrchně známý (61 %), pokus o znásilnění byl častější než dokonané znásilnění (58 % vs. 42 %). Ve většině případů se jednalo o přímou fyzickou agresi (58 %).

#### **1.2.6. Policejní hlášení sexuálně násilného deliktu**

Přesné údaje o prevalenci sexuálního násilí v populaci komplikuje dále fakt, že jen nepatrná část těchto případů je policejně hlášena, i když včasné oznámení deliktu policii a s ním spojená pomoc může často předejít dlouhodobým psychickým následkům a sexuologickým obtížím (Van Berloo, Ensink, 2000, Ahrens, Campbell, 2000, Ullman, 1996, Topiář, 1980, Čírtková, 1999a). Přestože je znásilnění či pokus o něj traumatizujícím zážitkem, zůstává převážná většina případů utajena. Oznámená znásilnění se podle různých studií pohybují kolem 3 % ( Ahrens, Campbell, 2000, Weiss, Zvěřina, 2001, Mac Donald, 2000, Mc Gregor et al., 1999, Nicholson et al., 1998, Ullman, 1996, Katz, 1991, Kulíšková, 1999).

I výzkumy provedené na usvědčených sexuálních delikventech poukazují na to, že policejně evidováno je jen nízké procento případů sexuálního násilí. Weinrott a Saylor (1991) referují o výzkumu, kde se uvěznění agresori, kterým byla zaručena anonymita, přiznali v průměru k dvanácti obětem znásilnění, ač v oficiální verzi byly zveřejněny necelé dvě oběti na pachatele.

Spíše jsou oznamována znásilnění spojená s vážnějším tělesným zraněním (Ullman, 1996, Kulíšková, 1999, Bachman, 2000), v nichž figuroval oběti neznámý agresor (Koss, 1985, Abbey, 2001, Parrot, 1991).

Z našich autorů zjistila např. Convoy (1993), že 16 % obětí sexuálního násilí ze skupiny 150 zkoumaných psychiatrických pacientek ohlásilo tento delikt na policii a polovina žen s touto zkušeností měla uvedený zážitek ve svém životě opakovaně. Stejně tak ve studii zkoumající ženy hospitalizované pro psychotické onemocnění Trojanem (1991) 16 % z žen, které byly někdy násilím donuceny k pohlavnímu styku (25% žen zkoumaného souboru) tento čin nahlásilo policii.

Rennison (2002) analyzovala příčiny, které vedly v letech 1992-2000 k nenahlášení sexuálních útoků policii. U znásilnění byly ve 23,3% uváděny osobní příčiny, v 16,3% případů strach z odvety pachatele a v 5,8% případů strach z neobjektivit a předsudků u policistů. V kategorii pokusů o znásilnění nebyl čin obětí nahlášen v 16,8% z osobních příčin, v 11,3% ze strachu z odvety pachatele a z 9,9% ve snaze chránit pachatele. Klíčovou roli hrál vztah mezi obětí a pachatelem. Čím bližší byl vztah, tím menší byla pravděpodobnost nahlášení deliktu.

Podobně uvádí Weiss a Zvěřina (1999), že mnoho kriminologů považuje znásilnění za typický vztahový delikt a uvádí nejčastěji poměr 70% pachatelů s úzkým vztahem k oběti. V těchto případech mají napadené ženy tendenci vyhýbat se hlášení a tedy kriminalizaci na nich spáchaných sexuálních agresí. Autor dále uvádí, že v případech znásilnění může neoznámení policii souviset s nedostatečným sebevědomím žen, s přežívajícími mýty o podílu oběti na trestném činu, se sociální stigmatizací oběti znásilnění atp.

#### **Shrnutí:**

Na základě dosavadního poznání je obecně přijatým názorem, že lidské sexuální chování je determinováno biologickými dispozicemi a vlivy vnějšího prostředí mohou výrazným způsobem ovlivňovat jeho konkrétní projevy. Neexistuje obecně přijatá teorie vysvětlující sexuálně agresivní chování. Přístup odborníků k výkladu sexuální agrese souvisí s tím, jaký výkladový model lidského sexuálního chování zastávají a kterým faktorům souvisejícím se sexuální agresivitou přisuzují rozhodující význam. Mezi dva hlavní proudy, které ovlivňují výklad viktimologických aspektů sexuální agrese patří evoluční a kulturně deterministické teorie.

Definice WHO považuje za sexuální násilí každý sexuální akt (i pokus získat sexuální kontakt, nechtěné sexuální komentáře či návrhy, nelegální obchod či jiné činy) zaměřený proti sexualitě druhé osoby za použití donucování a to jakoukoli osobou bez ohledu na vztah k oběti, v jakémkoli prostředí včetně domova a zaměstnání. Donucování může zahrnovat různé stupně použité síly. V právní úpravě ČR patří sexuální trestné činy – znásilnění a pohlavní zneužívání - mezi nejzávažnější trestné činy směřující proti lidské důstojnosti, svobodě, rozhodování a cti.

Sexuální násilí má svůj kulturní a historický kontext. Zahrnuje celou škálu vynucených sexuálních aktivit. Obecně rozeznáváme dvě základní formy –



nekontaktní a kontaktní sexuální násilí. Mezi nekontaktní, bezdotykové formy řadíme podle širší definice Zdravotnické komise Rady Evropy, obscénní telefonické hovory, „stalking“-slídění, pronásledování, přinucení ke sledování pornografických materiálů, k obnažení nebo fotografování, setkání s exhibicionistou a sexuální obtěžování. Do kontaktních forem sexuálního násilí patří pohlavní styk (včetně orálních a análních sexuálních aktivit), vynucené nekoitální sexuální aktivity, včetně vzájemného dotýkání se genitálií, svlékání, nepatřičných sexuálních dotyků a vynucené masturbace. Dále rozlišujeme útočné a vztahové znásilnění. Zvláštní pozornost si zaslouhuje znásilnění v manželství. Mezi specifickými formami sexuální agrese uvádíme znásilnění v souvislosti s obranou cti rodiny jako kulturně odlišný fenomén, válečné znásilnění, skupinové znásilnění a sexuální vraždu.

Přesné definování sexuální agrese pro výzkumné účely je problematické. Odlišnosti v získaných datech jsou způsobeny především rozdíly v operacionálním vymezení sexuálního násilí, což ovlivňuje výsledky studií a komplikuje jejich porovnávání. Za oběť bývá často automaticky považována žena a za pachatele muž. Úzce vymezené definice chápou většinou znásilnění dle právní úpravy v té které zemi, širší definice zahrnují i nekoitální formy sex. nátlaku např. doteky, líbání a obtěžování. Citované studie většinou neuvádějí žádné informace o postojích tazatelů i probandů a o okolnostech vyšetření či dotazování. Prevalence se tak pohybuje v rozmezí 5 – 50%. Policejně hlášena je pouze nepatrná část sexuálně násilných činů.

### **1.3. Proces viktimizace u sexuální agrese**

#### **1.3.1. Pojmy**

##### **1.3.1.1. Viktimologie**

#### **Viktimologie - definice**

Viktimologie je nauka o oběti (viktima – lat. oběť). Vznikla ve 40. letech 20. století jako nová disciplína v rámci kriminologie. Jde o interdisciplinární obor zahrnující poznatky kriminologie, sociologie, psychologie a psychiatrie.

Z našich autorů současnou definici podává např. Chmelík (2003), který vymezuje viktimologii jako vědní obor zabývající se osobou oběti trestného činu,

jejím podílem a vztahem k vývoji trestného činu. Kriminální chování je dle autorů chápáno jako proces interakce oběti s pachatelem. Obětí trestného činu se zabývá nejenom před a v průběhu spáchání trestného činu, ale i ve stádiích pozdějších, kdy jsou zmírňovány a odstraňovány následky trestného činu. Čírtková (2004) v souvislosti s viktimologií uvádí, že zkoumá především to, k jakým změnám dochází v chování a prožívání těch, kteří se stali obětí trestného činu, jakou roli hraje oběť v motivaci pachatele a jakým způsobem se „spolupodílí“ na jejich interakci v průběhu trestného činu. Baštecký (1997) zmiňuje, že poznatky z oboru viktimologie mohou odpovídat na otázky jak a zda se lze vyhnout roli oběti a preventivními opatřeními snížit riziko ohrožení. Zároveň napomáhají přiměřenému postavení oběti v systému spravedlnosti a trestního práva. Dle Heretika (1994) se viktimologie zabývá nejen člověkem jako jednotlivcem, ale i skupinami lidí (sociální skupiny, politická sdružení, národy, rasy), zabývá se i takovými abstraktními hodnotami jako je svoboda, demokracie apod.

Někteří autoři, např. Shaskolsky a Schichos (1980) rozlišují obecnou a kriminologickou viktimologii. Mezi oblasti s viktimologickým významem patří dle těchto autorů například i politické represe, osudy etnických minorit, přírodní katastrofy, nehody apod.

### **Viktimologie - historie**

Na počátku viktimologie jako vědy stojí *studie Hanse von Hentinga „Remarks on the Interaction of Perpetrator and Victim“*, publikovaná v roce 1941. V této studii přišel von Henting s názorem, že oběť sama si svého pachatele „spoluvytváří“. Zabýval se takovými faktory jako je specifické emocionální vyladění a dynamika nevědomých přání a impulsů na straně oběti, které mohou hrát důležitou roli v procesu viktimizace. Poprvé tak obrátil pozornost k oběti a jejímu podílu na spáchání trestného činu.

Zájem psychologicky orientovaných viktimologů byl od počátku orientován především na násilnou a sexuální kriminalitu. Mezi průkopníky viktimologie patří mimo von Hentinga např. i práce Schneidera, či Mendelsohna a Werthama. Počátky viktimologického bádání jsou charakterizovány pátráním po charakteristikách předurčujících jedince k roli oběti a vytvářením různých viktimologických typologií.

Např. Hans von Henting (1948) vypracoval klasifikaci obětí zločinu podle sociálních znaků. Oběti rozdělil do 13 skupin (např. ženy, děti, starší osoby, imigranti, psychicky narušení, příslušníci minorit, osoby prahnoucí po snadném zisku).

Mendelsohn ve své typologii stanovil kritériem míru zavinění trestného činu (Čírtková, 1999):

- 1) Úplně nevinná oběť (např. chodec, kterého porazí opilý řidič).
- 2) Oběť s malým podílem viny (žena znásilněná v noci v oblasti, mající špatnou pověst).
- 3) Oběť stejně vinná jako pachatel nebo totožná s pachatelem (sebevražda).
- 4) Oběť více vinná než pachatel (žena, která pachatele provokuje, vezme ho k sobě do bytu a pak odmítne pohlavní styk).
- 5) Oběť podstatně více vinná než pachatel (usmrcení v sebeobraně).
- 6) Simulující oběť (nepravdivé obvinění z pohlavního zneužívání).

(Výraz spoluzavinění není míněn v trestně právním smyslu a nesnímá z pachatele zodpovědnost za spáchaný skutek. I tak však mohou přístupy pracující s termínem „spoluúčast oběti na činu“ vyvolávat určitou nevoli a nepochopení jak u laiků, tak u odborníků, jak popisuje např. Ellingworth et al. (1995).)

Podle interakce mezi obětí a pachatelem v době kolem spáchání trestného činu rozlišil 5 základních typů obětí Fattah (Čírtková, 2004):

- 1) Zúčastňující se oběť (činu předchází interakce mezi pachatelem a obětí, která nezanedbatelným způsobem ovlivňuje motivaci pachatele).
- 2) Nezúčastňující se oběť (motivace kriminálního jednání nemá přímou vztahovou vazbu na oběť).
- 3) Provokující oběť (oběť podcenila nebezpečnost situace, špatně odhadla pachatele a záměrně či bezděčně se vystavila viktimgenní situaci).
- 4) Latentní oběť (obvykle se vyznačuje přítomností mnoha viktimgenních faktorů).
- 5) Nepravá oběť (role oběti je získána omylem, nedopatřením, shodou nešťastných náhod).

V 70. letech minulého století byl v souvislosti s kritikou trestního práva - jako zaměřeného výlučně na pachatele a neposkytujícího obětem přiměřené zadostiučinění - rozšířen zájem viktimologie na práva oběti a na její postavení v systému trestní justice. Vzniká tzv. radikální viktimologie, směr poukazující na rozšiřující se intervenci státu do sféry sociálně deviantního chování a následný přesun role oběti z jednotlivce na stát. Individuální oběť je opomíjena, podle radikálních viktimologů pouze poskytuje žalobci emocionální věrohodnost a stát jen upřesňuje cenu za překročení trestněprávních norem (Netík, 1997).

Koncem 80. let se pozornost viktimologů přesunula k celkové situaci sexuální agrese a objevily se nové typologické přístupy vycházející z reálných případů spáchaných trestných činů. Autoritu získal názor, že je chybné zkoumat pouze osobnostní charakteristiky a znaky obětí a pro porozumění obětem je třeba přihlížet k celkové situaci znásilnění.

Silverman tak např. rozlišuje dva základní typy obětí (Schulz, 1994) :

- 1) oběti vztahového znásilnění (odehrává se na pozadí původních kontaktů anebo sympatií mezi pachatelem a obětí)
- 2) oběti útočného znásilnění (dominuje strach a silný stres z překvapivého kriminálního útoku)

Mezi oběma typy zjistil Silverman podstatné rozdíly v jejich dopadu na oběť. Oběti vztahového znásilnění trpí především pocity viny, zatímco oběti útočného znásilnění strádají silným strachem a častěji se u nich objevují příznaky blízké obrazu posttraumatické stresové poruchy. Dätwyler (1993) popisuje různé způsoby intervence u obou těchto skupin.

V současné době existuje Světová asociace pro viktimologii, jejíž odnože fungují v řadě zemí jako odborné společnosti usilující o získávání objektivních viktimologických poznatků a jejich aplikaci do praxe v podobě preventivních programů pro ohrožené skupiny populace a právní a psychologické pomoci obětem trestných činů. Ač výsledky snah o typologii obětí nejsou vždy zcela přesvědčivé, pátrání po tzv. previktimních osobnostních faktorech, které vedou k vyšší pravděpodobnosti viktimizace a způsobují následné potíže při návratu oběti do normálního života, pokračuje dodnes.

### 1.3.1.2. Viktimizace

Viktimizace je poškozování a způsobování újmy, kdy se jedinec z kriminologického hlediska stává obětí trestného činu. V oblasti sexuality se člověk stává obětí, pokud je jeho právo na svobodu při rozhodování v sexuálních vztazích objektivně porušeno.

Většina autorů se shoduje, že u sexuálně agresivních trestných činů není rozhodujícím fenoménem jejich sexuální, ale násilný aspekt (Heretik, 1994). Dle dostupných poznatků se na viktimizaci podílí chování pachatele i oběti, reakce sociálního okolí i způsob přijetí role oběti. Obecně vzato představuje viktimizace silně

stresující až traumatickou událost, která je náhlá, nečekaná a nepředvídatelná. Může v ní jít i o život. Znamená to, že je prakticky nemožné se na ni připravit, je obtížné se s ní rozumově i emocionálně vypořádat a bývá nemožné se jí vyhnout. Reakce oběti je reakcí na vážné trauma. Dominuje pocit zaskočení, objevuje se otázka „proč právě já?“, nastupují psychické obranné mechanismy typu disociace a popření, posléze pocity viny a sebeobviňování oběti za to, že se nedokázala s celou situací lépe vypořádat, že k ní nechala dojít, že se nedokázala ubránit apod.

Viktimizace je *proces*, který má svou *dynamiku*, která překračuje bezprostřední a přímé důsledky spáchaného činu.

Z psychologického hlediska je újma způsobená trestným činem pouze úvodním dějem, na který mohou navazovat další zraňující události. Záleží na mnoha faktorech. Ve hře jsou nejen určité zmiňované charakteristiky oběti ale i charakteristiky pachatele – zda je pachatel známý či ne, jaký je vztah mezi ním a obětí, zda je pachatel jeden nebo jich je více, dále pak na formě násilí a míře brutality, na případných následcích a vyrovnáváním se s viktimizací a konečně i na průběhu dalšího řešení trestného činu, vyšetřování a soudním procesem.

Dle Netíka (1997) najdeme v evropském písemnictví a zejm. v německé viktimologii, která se často opírá o poznatky psychologie a psychiatrie následující dělení:

- 1) **Primární viktimizace:** přímý bezprostřední následek činu, újma způsobená pachatelem.
- 2) **Sekundární viktimizace:** prohloubení důsledků viktimizace v důsledku reakcí institucí nebo osob, např. druhotné psychické poškozování oběti vlivem vlivem nevhodného jednání policistů (necitlivý a netaktní přístup, nevhodná komunikace, nesrozumitelné vysvětlení dalšího průběhu vyšetřování), traumatizujícího projednávání před soudem či konfrontací s pachatelem. K sekundární viktimizaci může dojít v důsledku vědomých, ale i bezděčných postojů a reakcí okolí, např. ve vlastní rodině, postojů a reakcí partnera, roli hrají různá laická doporučení a společenské mýty.

Mýty o znásilnění jsou jedny z nejrozšířenějších a patří k nim např. přesvědčení o tom, že většina žen si přeje být znásilněna, že žena může mít ze znásilnění potěšení, že se může, chce-li, znásilnění ubránit aj. Dle mnohých autorů mýty o znásilnění umožňují do určité míry přesun odpovědnosti za delikt z pachatele na oběť a mohou tak zakládat negativní reakci sociální skupiny vůči jejímu viktimizovanému členovi nebo člence. Hinrichs (1987) poukazuje na možnost

distancování se okolí od oběti, jejímž motivem mohou být i nevědomé obavy z vlastní stigmatizace. Čírtková uvádí údaje převzaté z katalogu předsudků týkající se znásilnění z doby před 20 lety a nadhazuje řečnickou otázku, kolik se od té doby změnilo (Čírtková 2001).

Kognitivní stereotypy	Empirická fakta
Znásilnění probíhá formou přepadení.	Většina znásilnění se odehrává v sociální blízkosti.
Znásilňovači jsou psychicky vyšinutí a nápadní.	Znásilňovači nemusí být vůbec sociálně nápadní ani duševně choří.
Znásilnění způsobuje hlavně těžkou újmu na tělesném zdraví.	Většina znásilnění končí spíše lehčími až středně těžkými tělesnými zraněními. Závažnější jsou ovšem poškození psychická.
Ženy vnímají znásilnění jako agresivní vynucený sexuální styk.	Ženy vnímají znásilnění jako existenciální ohrožení života.

- 3) **Terciální viktimizace:** stav, kdy postižený není schopen se s traumatickou zkušeností přiměřeně vyrovnat a přestože z objektivního hlediska došlo k nápravě a odškodnění, dochází k dlouhodobějším následkům trestného činu např. v podobě posttraumatické stresové poruchy.

V anglosaské literatuře, kde viktimologie a vůbec celá kriminologie, vychází zejména ze sociologických poznatků mají uvedené pojmy odlišný obsah. Primární viktimizace znamená, podobně jako v evropské literatuře individuální proces, jímž se člověk stává obětí trestného činu, sekundární viktimizace souvisí s poškozováním ze strany institucí, oběť často bývá kolektivní a viktimizace mívá komerční účel. Terciální viktimizace pak zahrnuje trestné činy proti veřejnému pořádku, sociální harmonii, státu a vládě (Netík 1997).

### 1.3.2. Psycho-sociální charakteristika oběti

#### 1.3.2.1. Viktimita

Existuje řada výzkumných studií, které si kladou otázku, zda existují určité faktory, které zvyšují pravděpodobnost znásilnění nad hranici náhody. Náchylnost člověka k tomu, aby se stal obětí trestného činu, se nazývá viktimita. Znásilnění je,

s výjimkou vraždy, považováno za nejevíc zraňující trestný čin mezi dospělými. Pokud jde o trauma oběti, představuje dle některých autorů nejvíce prostudovaný sexuální trestný čin.

V současné době vycházejí viktimologické studie v zásadě z několika koncepcí. Patří sem zejména **hypotéza vulnerability (zranitelnosti)**. Vulnerabilita bývá definována pomocí vzorců chování a myšlení (coping styl), které má člověk tendenci použít v náročných a nebezpečných situacích. Tyto vzorce souvisí s osobnostními dispozicemi, životní historií, popisovány jsou takové charakteristiky ovlivňující zvládnání ohrožení, jako je např. víra ve vlastní schopnosti, životní vitalita, iluze kontroly, autonomie a nezdolnost. Dle mnohých autorů zabývajících se tímto tématem není zranitelnost jedince neměnnou veličinou, reaguje především na traumatické zážitky a silné traumatické zážitky ji mohou vyprodukovat i u dříve pevné, stabilní osobnosti (Hiekel, Endres, 1997, Lurigio, Skogan, Davies, 1990, Coid et al., 2001). Heretik (1994) zmiňuje, že neexistuje jeden vyhraněný faktor předurčující jedince k viktimizaci, nýbrž že se jedná o souhrn bio-psycho-sociálních znaků, typických pro oběti, respektive zvyšujících pravděpodobnost stát se obětí jistého druhu trestného činu. Hypotézu zranitelnosti podle Kosové uvádí např. Sakař. Tato hypotéza postuluje na základě rozsáhlých výzkumných studií existenci rizikových faktorů, jež zvyšují pravděpodobnost sexuálně motivovaného napadení. Mezi tyto faktory patří např. u obětí sexuálního zneužití zvýšená sexuální aktivita a s ní spojené promiskuitní chování, časně zahájení sexuálních vztahů, zneužívání návykových látek, liberální postoje k sexu apod. (Sakař, 2002). Baštecký (1997) v této souvislosti hovoří o předurčenosti na základě povahových rysů disponujících člověka k tomu, aby se stal obětí jako je nezdrženlivost, extrémní extrovertovanost, labilita emocí, špatné sociální ukotvení a zázemí. Uvádí, že tyto rysy jsou v mnoha aspektech shodné s rysy pachatelů. Viktimitu dle tohoto autora zvyšuje nadměrná sociální viditelnost (umělci, politici), ale i sociální izolace (bezdomovci, osamělí a staří lidé). Autor dále uvádí, že při násilných trestných činech hraje oběť často velmi aktivní úlohu při vytváření kriminogenní situace. Možný negativní vliv oběti pak popisuje i v souvislosti s průběhem objasňování trestného činu na základě toho, že oběti (zpravidla ženy) po spáchání kriminálního deliktu z obavy před ostudou, dopadem na rodinné soužití, reakcí rodičů apod. mravnostní delikt neoznamují nebo jej oznamují se značným časovým zpožděním. Za zvláštní kategorii autor považuje oběti z řad manželek pachatelů a to zejména v době rozvodového řízení.

Netík a kol. (1997) uvádějí názor Hanse von Hentinga, který už v počátcích viktimologie uvažoval v tom smyslu, že rozhodující roli při spáchání deliktu nehraje ani tak vědomá provokace ze strany oběti jako spíše neuvědomovaná signalizace, tendence k viktimizaci, kterou pachatel zachytí, aniž by si to sám uvědomil. Cílem studií zkoumajících existenci previktimních faktorů je pak dle Netíka a kol. (1997) odhalení trsu vlastností osobnosti či vzorců chování zakládající sklon některých jedinců k viktimizaci.

Další ze současných viktimologických koncepcí je i ***koncepce participace oběti na vzniku trestného činu***. Hovoří o tzv. motivovaném pachateli, který je motivován právě určitými charakteristikami oběti či jejím chováním. Chování a některé osobnostní rysy oběti ovlivňují podstatným způsobem rozhodování pachatele. Motivace k agresi se může odvíjet např. podle modelu „kalkulování podstupovaného rizika a předpokládaného zisku“ ze strany pachatele. Hlubší zkoumání motivovanosti pachatelů znásilnění je spíše předmětem výzkumů orientovaných na zkoumání pachatelů sexuální agrese než viktimologických studií.

***Model zranitelnosti vyplývající z životního stylu*** sleduje dva základní zdroje viktimizace: 1) příčina viktimizace je dávana do vztahu s příslušenstvím k určité sociální vrstvě, profesní skupině či pohlaví, 2) pravděpodobnost viktimizace se zvyšuje v souvislosti s vystavováním se nebezpečným situacím (rizikovým místům v rizikových časech, rizikovým osobám). Výzkumy, především severoamerické provenience, ukazují, že ohroženy jsou především ženy z nižších sociálních vrstev, rizikovým faktorem je např. nezaměstnanost či domácí násilí, existují rizikové profese (barmanky, tanečnice). Např. i takové skutečnosti, jako je vyzývavé oblečení, koketování s pachatelem, vyzývavost až provokativnost v chování apod. je pro oběti z řad mravnostních trestných činů rizikovým faktorem a nesou v tomto smyslu příznačný určitý „podíl“ na příčině spáchání sexuálního deliktu. Mezi nejrizikovější místa patří např. okrajové chudé čtvrti větších městských aglomerací, kde je vyšší koncentrace svobodných mužů nižších sociálních vrstev (Chmelík, 2003).

#### 1.3.2.2. Chování a psychické pochody oběti v průběhu znásilnění

Další oblastí, které psychologicky orientovaná viktimologie věnuje pozornost, je chování a psychické pochody oběti v průběhu znásilnění. Např. Hiekel a Endres (1997) se pokoušejí o kategorizaci či klasifikaci základních behaviorálních a



mentálních reakcí znásilněných žen na sexuální útok, formami odporu a jejich výslednými efekty. Zajímá je, co cítí napadená oběť v průběhu útoku a jaké reakce či akce na místě ohrožení produkuje. Tento směr zkoumání usiluje o praktické výstupy a hledá účinné strategie obrany. Takovým výstupem mohou být např. kurzy pro ženy, postavené nejen na fyzické sebeobraně, ale i na trénování mentálních schopností důležitých pro zvládnutí ohrožující situace. Hlavním cílem je zjistit, jaké reakce oběti vedou k překažení úmyslů pachatele. Cohen (1971) se ve své studii výzkumné skupiny 127 znásilněných žen tázal, jak v průběhu sexuální agrese vnímaly možnosti vlastního jednání a jak hodnotily jejich případnou účinnost. Tázané považovaly za nejefektivnější strategii hlasitý křik a komunikaci s pachatelem. V názoru na aktivní fyzický odpor nebyla shoda. Více než polovina obětí byla zpětně přesvědčena, že fyzický odpor by působil spíše provokativně. Autor uvádí, že tento názor může být ovlivněn mýty a předsudky o nebezpečnosti aktivního fyzického odporu více než vlastní zkušeností s použitím této strategie. Zajímavé poznatky přinesl komplexní výzkum problematiky znásilnění, ve kterém Prentky, Burgess a Carter (1989) vyšetřili 108 pachatelů znásilnění (v době výzkumu ve vězení) a současně jejich 389 obětí. Rozlišili čtyři skupiny pachatelů a pět typů obranných reakcí.

Základní skupiny pachatelů znásilnění:

- Kompenzačně jednající pachatel (znásilnění představuje kompenzační pokus o uspokojení)
- Pachatel využívající příležitost
- Pachatel ventilující svůj vztek
- Sadistický pachatel

Základní obranné strategie:

- Verbální odpor
- Nekonfrontační odpor (málo energický odpor)
- Útěk
- Konfrontační odpor (fyzická obrana)
- Pasivita (nekladení odporu)

Oběti volily způsob obrany v závislosti na typu pachatele. Například u pachatele, který byl vnímán jako kompenzující znásilňovač byl nejčastější obranou nekonfrontační odpor. Jestliže oběť měla pocit, že pachatel svým jednáním kompenzuje své problémy, volila odpor pomocí „měkkých strategií“. Dotazované ženy nebyly schopné uvést, podle jakých signalů se rozhodly pro daný způsob obrany. Zdá se, že volba strategie probíhá intuitivním způsobem.

Převládá názor, že oběti reagují spontánně, bez racionálního zvažování jednotlivých možností. Více studií se shoduje v závěru, že neergický vlašný odpor oběti je poměrně nebezpečnou strategií. Potenciální zranitelnost ženy je dávana do souvislosti se subjektivním odhadem vlastní nezdolnosti (coping ability). Nejednoznačné, měkké odmítání a prosby o „milost a slitování“ spíše zvyšují pravděpodobnost pokračujícího sexuálního útoku. Také vnitřní monolog oběti, ve kterém dominuje strach z fyzického zranění, je považován za neefektivní, protože oběť „svazuje“, vydává ji pachateli na pospas (Čírtková, 2001).

Studie zabývající se tím, jaké charakteristiky mohou z osoby dopředu činit oběť znásilnění, jsou plné rozporů. Empirické pátrání po viktimogenních faktorech, které předcházejí znásilnění, pokračuje stále. Jak uvádí Čírtková (2004), v poslední době se více zaměřuje na identifikaci obecnějších způsobů chování oběti znásilnění v době dlouho před sexuálním útokem.

### 1.3.2.3. Rizikové faktory sexuální viktimizace

Průkopnice bádání v oblasti previktimních faktorů a sexuální viktimizace vůbec M. P. Kossová ve svých studiích z 80. let 20. století poukazuje na souvislost mezi aktivitou potenciálních obětí v období před viktimizací a mírou rizika znásilnění z hlediska několika aspektů ilustrujících sexuální chování obětí: věku, věku první soulože, počtu sexuálních partnerů a postojů a názorů na sex (Koss, 1985). Z důvodu snazší metodologické dostupnosti dat týkajících se socio-ekonomických charakteristik, případně postojových otázek, mapuje většina výzkumů sexuálního chování a sexuální viktimizace dodnes především právě tuto problematiku.

#### **Věk**

V otázce nejvyššího výskytu znásilnění z hlediska věku existuje mezi výzkumnými studiiemi v zásadě shoda. Mezi nejčastěji sexuálně viktimizované patří ženy v období adolescence a mladší dospělosti, kolem dvaceti let (Tjaden, Thoennes, 1999, Bachman, 2000, Swart et. al. 2000, McGregor et al., 1999, Katz, 1991, Zvěřina, 1978, Zvěřina, Pondělíčková, 1986, Náchodský, 1992, Gödtel, 1994, Harney, Mühlenhard, 1991, Coker, Walls, Johnson, 1998, Gidycz, Koss, 1991, Fehlsion, Krohn, 1990, Heretik, 1991, Weiss, Zvěřina, 2001, statistiky NCVS, NVAWS, BCS, MV ČR). Zmínku o tom, že oběťmi znásilnění se stávají častěji mladé

ženy podávají ve svých komentářích i další výzkumníci (např. Ullman, 1996, Synovitz, Byrne, 1998, Čermák, 1999, Groth, Birnbaum, 1979, Martin, Bachman, 1994, Zvěřina, 1978). K podobnému zjištění došla předchozí opakování longitudinálního výzkumu Sexuálního chování obyvatel ČR z roku 1993 a 1998 (Weiss, Zvěřina, 2001):

Věk	Rok	
	1993	1998
méně než 15	15,0	7,5
16 - 20	41,8	36,7
21 - 25	19,5	20,8
26 - 30	17,9	14,2
31 a více	5,8	20,8

Např. Fehlsohn a Krohn (1990) vysvětlují vyšší procento výskytu znásilnění u mladších žen kulturní podmíněností vnímání mladých žen jako více sexuálně žádoucích. Sociobiologové Shields a Shields (1983) vysvětlují preferenci mladých žen pachateli sexuálního násilí v genetické podmíněnosti výběru žen v období vrcholné fertility za účelem reprodukce. Základní funkcí sexuality je dle evolučních teorií reprodukce a veškeré sexuální aktivity včetně sexuální agrese jedince směřují k jejímu dosažení. Pragmatictější pohled podává např. Sakař (2002), který poukazuje na oboustranně zvýšený zájem o intimní interakce s příslušníky druhého pohlaví zahrnutý v preferovaných společenských aktivitách mladší populace, mezi které se mimo jiné řadí rizikové aktivity jako je kupříkladu konzumace alkoholu a různých psychotropních látek, zdůrazňovaná sexualita v úpravě zevnějšku (líčení, oblečení), v chování a v preferovaných společenských aktivitách.

Podle americké kriminologické společnosti, která vychází z dat získaných výzkumem NCVS (National Crime Survey) je jedním z nejvýznamnějších a nejlépe zdokumentovaným kriminologickým aspektů znásilnění velmi nízký věk ženských obětí. Riziko sexuální viktimizace žen dosahuje dvou vrcholů - v pozdní adolescenci a časně dospělosti, pak klesá po celý život. S těmito výzkumnými daty americká kriminologická společnost pracuje při posuzování věkového rozložení obětí znásilnění v souvislosti se vztahem věku pachatele a oběti, vztahem oběť - pachatel a predikce typu znásilnění (dokonané znásilnění/pokus o znásilnění). Feministický

pohled v této souvislosti předpokládá, že pro pachatele bude důležitějším faktorem než věk dostupnost oběti, zatímco evoluční teorie pracují s předpokladem, že pachatelé preferují oběti mladší, takže v případě napadení neznámým útočníkem předpokládají věkový rozdíl mezi pachatelem a obětí. Empirické výsledky v tomto případě nejsou jednoznačné. Průměrný věk oběti je podobný v případech známého i neznámého sexuálního agresora. Nicméně zatímco věk pachatele vysoce koreloval s věkem oběti, charakteristika vztahu mezi pachatelem a obětí (neznámý/známý pachatel, partner) vykazovala jen slabou prediktivitu v souvislosti s věkem pachatele. Významnější se ukázal druh vztahu - znásilnění známým pachatelem bylo častěji dokončeno v porovnání se znásilněním neznámou osobou. Výsledky tak ukazují, že alespoň část sexuálně agresivních činů je výsledkem mládí pachatelů, což nevylučuje výsledky studií, dle kterých jsou cílem znásilnění mladší oběti (<http://www.allacademic.com/meta/p127115-index.html>, 6. 9. 2007).

### **Rodinný stav, socioekonomický status**

Rodinný stav oběti je nutno sledovat v kontextu typu vztahu oběť-pachatel. Sexuální násilí v partnerských vztazích je třeba posuzovat odlišně od sexuální agrese mimo partnerský vztah (viz kap. 1.3.4.1)

Pod socioekonomický status zahrnujeme vzdělání, zaměstnání, případně příjmovou skupinu respondentů. V této kategorii je velmi obtížné srovnávat studie z jednotlivých oblastí. Např. charakteristiky zaměstnanosti či nezaměstnanosti žen se v Evropě a USA zásadně odlišují. Nicméně např. u sexuální reviktimizace pohlavně zneužitých žen je ve velké části studií zabývajících se tímto tématem označován právě nízký socioekonomický status a nezaměstnanost za rozlišující prvek mezi ženami reviktimizovanými a ženami bez této zkušenosti v anamnéze. Nízký příjem jako jeden z rizikových faktorů sexuální viktimizace uvádějí další autoři (Martin, Bachman, 1994, Coid et. al., 2001, Bachman, 2000, Heise, 1998, Amir, 1971, Swart et al. 2000). Bachman (2000) pracuje s pěti kategoriemi finančních příjmů respondentů. V jejím srovnání dvou statistických přehledů v USA (NCVS, NVAWS) uvádí jako nejrizikovější třídu z hlediska rizika sexuální traumatizace skupinu s nejnižšími příjmy u NCSV a druhou nejnižší a střední u NVAWS. Ve studii Katzové (1991) bylo 81% obětí příslušníky širší střední třídy. Dle analýzy statistik National Family Violence Survey popisuje Heise (1998) až pětikrát častější násilí včetně sexuálního u rodin na hranici chudoby oproti rodinám s průměrnými příjmy. Negativní

reakce společnosti na oběti znásilnění s nízkým socioekonomickým statusem popisuje např. Ullman (1996), další autoři zmiňují u těchto obětí menší úspěch u soudního řízení (např. McGregor et al., 1999). Je nasnadě, že existují z hlediska sexuální viktimizace rizikovější profese a pracovní pozice. Zde bývají uváděny především barmanky, tanečnice a číšnice (Gödtel, 1994). Uváděny jsou i zaměstnanci vícesměnných provozů, např. zdravotní sestry (Sakař, 1999). Sexuální násilí patřící k širší sociální patologii se častěji vyskytuje u prostitutek či striptérek (Burt, 1991, Čermák, 1999). Tzv. pochybná pověst může být pro pachatele jakýmsi “zdůvodněním” či “omluvou” (Abbey, 1991).

### **Viktimogenní lokalita**

Z poznatků týkajících se násilných trestných činů vyplývá, že k vyššímu výskytu mravnostních deliktů dochází v hustěji obydlených oblastech měst s vyšší mírou anonymity (Čírtková, Červinka, 1994, Čírtková, 1998, 2000a, Schneider, 2000, Zvěřina, 1987), v oblastech s vyšším výskytem klubů, nočních zábavních podniků, barů a vináren (Abbey et al., 2001, Ullman, 1998, Brecklin, Ullman, 2001, Ullman, Karabatos, Koss, 1999, Gödtel, 1994). Jedním z nejčastěji uváděných míst bývá v souvislosti se sexuální agresí uváděn agresorův byt. Např. Ullman, Karabatos, Koss (1999) či Swart (2000) uvádějí tento případ ve 30% znásilnění. Podobné údaje se týkají bytů samotných obětí (Gödtel, 1994, Cascardi et al. 1996). Swart (2000) uvádí byt oběti jako dějiště sexuálního násilí ve 14% případů. Mezi další relativně často uváděná dějiště znásilnění bývá uváděn automobil (West, Roy, Nichols, 1978, Goedtel 1994, Stermac, Du Mont 1998, Swart et al. 2000). Dle citovaných údajů lokalita či konkrétní místo, kde se odehrává sexuální násilí, do velké míry závisí na vztahu oběť – pachatel. Nelze opomenout i uváděný rape-date fenomen. Lze předpokládat, že násilí mezi známým pachatelem a obětí se bude častěji odehrávat v bytě pachatele či oběti, neznámý pachatel bude naopak útočit v exteriéru. Znásilnění neznámým pachatelem bývají častěji policejně ohlášena než znásilnění pachatelem známým.

### **Sexuální aktivita, postoje k sexu**

Studie zabývající se sexuální viktimizací se již od dob svých počátků věnují takovým charakteristikám jako je věk zahájení pohlavního života, počet sexuálních partnerů a postoje a názory na sex. Např. Abbey et al. (1996) zmiňují vyšší sexuální

aktivitu ve smyslu větší frekvence sexuálních styků bez ohledu na počet sexuálních partnerů jako predestinující charakteristiku sexuální viktimizace. V reprezentativním výzkumu sexuálního chování obyvatelstva zjistili Spira et al. (1994), že znásilněné francouzské ženy jsou častěji nespokojené se svým sexuálním životem. Michael et al. (1994) pak u Američanek se znásilněním v anamnéze uvádějí vyšší počty sexuálních partnerů, častější masturbaci, méně těch, jež dosahují orgasmu při styku, častější zkušenosti s orálním, análním a skupinovým sexem. Souvislost mezi počtem sexuálních partnerů a sexuálně agresivní zkušeností se vyskytuje v mnoha výzkumných dílech. Např. Himelein a Vogel (1994) uvádějí u studentek americké university výrazně vyšší výskyt zkušenosti se sexuálně násilným chováním u těch respondentek, které měly více než 6 sexuálních partnerů. Podobně např. Mandoki a Burkhart (1991), Krahe (2000), Synowitz a Byrne (1998) nebo Norris, 1999). Jako nesignifikantní shledal souvislost mezi počtem sexuálních partnerů a znásilněním Mahler (1996).

Rovněž liberální postoje k sexu figurují u mnoha autorů jako rizikový faktor sexuální viktimizace (Koss, 1985, Mandoki, Burkhart, 1991, Harney, Mühlenhard, 1991, Mahler, 1996, Arata, 2000, Abbey et al., 1996). V této otázce se opět objevuje metodologický problém – totiž definování liberálních postojů, jejich souvislost s kulturním zázemím dané oblasti a tudíž i jejich obtížná srovnatelnost. Např. dle Weisse a Zvěřiny (2001) Česká republika náleží na jedno z předních míst v Evropě, co se týče svobodomyslnosti názorů v oblasti sexu a sexuality. Z tohoto důvodu lze předpokládat, že postoje k sexu budou mít menší vliv na sexuální viktimizaci než např. ve Spojených Státech, které jsou známé svými konzervativními postoji k sexu.

### **Nadužívání alkoholu a drog**

K problematice nadužívání alkoholu a jiných návykových látek můžeme přistupovat jak z pohledu na oběť, tak z pohledu na pachatele.

V případech agresivního domáhání se sexuálního kontaktu užívají jak muži, tak ženy, různých taktik. Ty lze odstupňovat z hlediska použitého nátlaku. Za nejméně nebezpečné lze považovat taktiky směřující k sexuálnímu vzrušení partnera i přes jeho předchozí odmítnutí. Více nebezpečné jsou různé emoční manipulace a lži, tedy verbální psychologický nátlak ve smyslu neustálých sexuálních návrhů i po předchozím odmítnutí, zastrašování ukončením vztahu, vydírání a vyhrožování. Ještě závažnější je pak použití alkoholu nebo drog. Může jít o výhody kontaktu s

někým, kdo je již intoxikován nebo o cílenou intoxikaci partnera, což bývá nejčastěji opití. Objekt pak nemusí být schopen posoudit nabídku a někdy nemusí být schopen ani fyzicky uniknout ze situace. Nejzávažnější formou násilí je užití fyzické síly. O alkoholu se běžně hovoří jako o jednom z důležitých rizikových faktorů znásilnění. Alkohol ovlivňuje kognitivní funkce, normativní, postoje, motivační a volní složku osobnosti a může desinhibovat agresivitu intoxikovaného. Dodává pocit euforie, může zvyšovat sexuální apetenci, sebehodnocení a kuráž ke kontaktům s příslušníky opačného pohlaví. Naopak snižuje soudnost, kontrolu vlastního chování a paralyzuje schopnost komunikace a odečítání signálů nebezpečí. Alkohol a jiné drogy neovlivňují pouze výskyt sexuální agrese, ale obecně i ostatních forem násilí (Collins, Messerschmidt, 1993). Koss a Dinero (1989) řadí požívání alkoholu mezi čtyři nejdůležitější predikátory znásilnění vedle sexuální viktimizace v dětství, zvýšené sexuální aktivity a liberálních postojů k sexualitě. Podobně např. Mandoki a Burkhardt (1991) a řada dalších autorů. Sakař (2002) ve své diplomové práci shrnuje výsledky různých studií do zjištění, že přítomnost alkoholu nebo jiných psychotropních látek byla zaznamenána v rozmezí od jedné třetiny do tří čtvrtin všech případů znásilnění a pokusů o znásilnění. Autor dále uvádí, že v odborných studiích se v souvislosti s konzumací alkoholu věnuje mnohem více pozornosti pachatelům než obětem.

### ***Situační vliv intoxikace alkoholem u obětí***

Vliv alkoholu na oběť můžeme v každém případě řadit k situačním vlivům, které ovlivňují úspěšnost sexuálního útoku a jeho průběh. Pokud je oběť intoxikovaná, zvyšuje se riziko úspěšnosti pachatelova agresivního chování, protože vliv alkoholu na motoriku oběti snižuje její schopnost efektivně se bránit (Koss a Dinero, 1989). Roli může hrát i kognitivní deficit intoxikované oběti. Ženy, které vypovídají o tom, že pily předtím, než se staly obětí sexuálního útoku, často referují o tom, že přehlédly riziko, kterému by se normálně vyhnuly (Testa, Livingston 1999). Antonia Abbey (2001) v souvislosti s takovým kognitivním deficitem upozorňuje na možnost mylného vyhodnocení situace. Oběť se může chybně domnívat, že dala jasně najevo svůj sexuální nezájem a nedokáže vyhodnotit, že pachatel její záměr interpretoval zcela jinak.

## Previktimní osobnostní charakteristiky

Jak již bylo uvedeno, řada studií se zabývá studiem existence previktimní osobnosti znásilnění, přičemž u obětí znásilnění neexistuje jednotný previktimní psychologický profil. Někteří autoři rozlišují u viktím sexuálního násilí tzv. protektivní a rizikové faktory (Čírtková 2000a, Ptáček, Čírtková, Žukov, 2009).

**Protektivní faktory** se týkají případných psychických následků znásilnění, které budou podrobně popsány v další kapitole. Tyto faktory v souvislosti se znásilněním nejsou známy. To znamená, že v současnosti platí poznatek, že u znásilnění hraje nepatrnou či zanedbatelnou roli previktimní osobnost, pokud jde o faktory, které by „tlumily“ traumatizující účinky znásilnění. Tedy dopad znásilnění je na previktimní osobnosti pravděpodobně zcela nezávislý (Cybulska 2007, Kaysen et al. 2005, Ptáček, Čírtková, Žukov, 2009).

**Rizikové faktory** dle citovaných autorů naopak s previktimními charakteristikami osobnosti souvisí. Uváděny jsou jednak *osobnostní rizikové faktory*, především zvýšená míra disociativních symptomů nebo poruch, poruchy nebo potíže s identitou, psychopatologické znaky ve smyslu zvýšené depresivity, úzkostnosti či emoční lability. Vyšší výskyt sexuální agrese zaznamenali někteří autoři u obětí, které byly psychiatrickými pacientkami (Zvěřina a kol., 1987, Trojan, 1991, Convoy, 1996). Dále jsou uváděny *situační faktory*, mezi které patří především obtížné životní situace (Ptáček, Čírtková, Žukov, 2009, Welch, Mason 2007, Alexander, De Chesnay, M., Marshall, 1989).

### 1.3.2.4. Reviktimizace, sexuální viktimizace v dětství

#### Reviktimizace

V souvislosti se znásilněním nelze opomenout problém reviktimizace. Skutečnost, že se určitý jedinec stane znovu obětí násilného trestného činu, je v literatuře považována spíše za pravidlo než za výjimku, přičemž interval mezi první a další viktimizací zpravidla nepřesahuje lhůtu půl až jednoho roku (Schneider, 1999). V souvislosti s reviktimizací se hovoří o fenoménu tzv. **mnohočetné oběti**. Podle Ellingwortha, Farrella a Piece (1995) dnes platí teze, že mnohočetná oběť je normálním, nikoli výjimečným jevem. Nevztahuje se na ohraničený psychologický typ osobnosti. Rizikové charakteristiky vznikají patrně až jako důsledek prvního trestného činu. Jak píše Pemberton (2003), viktimizace je nejlepším predikátorem



další viktimizace a riziko opakované viktimizace je vysoké v době těsně po činu a s každou viktimizací roste pravděpodobnost vzniku psychických potíží. Podle Institute of Justice v USA ([www.ibiblio.org/rcip/mvrv.html](http://www.ibiblio.org/rcip/mvrv.html), 3. 3. 2010) je jedním z nejvýznamnějších prediktorů viktimizace předchozí viktimizace. U obětí krádeží je pravděpodobnost, že budou znovu okradeni, devětkrát vyšší než u osob bez této zkušenosti, u loupežných přepadení je riziko opětovného přepadení čtyřikrát vyšší u osob, které již v minulosti byly tímto činem viktimizovány. Třetina až polovina žen se zkušeností s domácím násilím je doma fyzicky atakována opakovaně. Nejvyšší počet opakované viktimizace uvádí Institute of Justice u obětí sexuálního násilí.

Čírtková (2004) k vysvětlení fenoménu mnohočetné oběti používá tzv. model kariéry oběti, který říká, že lákavá je především zranitelná oběť. Tady se opět dostáváme k hypotéze vulnerability potenciální oběti. Hiekel a Endres (1997) popisují v souvislosti s rizikovými „coping styly“ takové charakteristiky jako je celkový výraz elánu a sociální kompetence, signály sociální slabosti, neopatrnosti, pomalosti a snížené sebejistoty. Právě jedinec vykazující takové projevy chování je pro potenciálního pachatele zajímavý. Jak již bylo řečeno, zranitelnost souvisí dle odborné literatury významnou měrou s traumatickými zážitky. Rovněž Parillo et al. (2003, in [www.ibiblio.org/rcip/mvrv.html](http://www.ibiblio.org/rcip/mvrv.html), 3. 3. 2010) vysvětlují riziko sexuální reviktimizace v souvislosti s faktory zranitelnosti, mezi něž řadí i posttraumatickou stresovou poruchu jako důsledek sexuální agrese v anamnéze. Jak uvádí Folette et al. (1996, in [www.ibiblio.org/rcip/mvrv.html](http://www.ibiblio.org/rcip/mvrv.html), 3. 3. 2010), stupeň posttraumatického stresu je aktuálně vyšší u těch jedinců, kteří byli v minulosti opakovaně viktimizováni než u těch, kteří se setkali se sexuálním násilím pouze jedenkrát. Autoři dále zmiňují, že posttraumatická stresová porucha ovlivňuje vzhled a projev oběti ve smyslu zranitelnosti v nebezpečných situacích a schopnost ubránit samu sebe. Sorenson et al. (1991, in [www.ibiblio.org/rcip/mvrv.html](http://www.ibiblio.org/rcip/mvrv.html), 3. 3. 2010) referuje o studii, kde z počtu 433 respondentů, kteří se setkali ve svém životě se sexuálním násilím, dvě třetiny uvedli více než jednu sexuálně-agresivní zkušenost. Siegel and Williams (200, in [www.ibiblio.org/rcip/mvrv.html](http://www.ibiblio.org/rcip/mvrv.html), 3. 3. 2010) a Breslau et al. (1999, in [www.ibiblio.org/rcip/mvrv.html](http://www.ibiblio.org/rcip/mvrv.html), 3. 3. 2010) zjišťují ve svých studiích, že ženy, které byly viktimizovány více než jednou nebo prošly sexuální viktimizací v dětství či adolescenci, vykazují v dospělosti vyšší riziko reviktimizace a častěji uvádějí příznaky posttraumatické stresové poruchy.

## **Sexuální viktimizace v dětství**

Sexuální viktimizace v dětství je vůbec nejlépe výzkumně zdokumentovaným prediktorem sexuální viktimizace. Např. Classen et al. (2006, in [www.ibiblio.org/rcip/mvrv.html](http://www.ibiblio.org/rcip/mvrv.html)) ve své studii analyzovali 90 empirických studií věnujících se prevalenci, rizikovým faktorům a reviktimizaci u obětí sexuálního násilí. Došli k závěru, že dva ze tří sexuálně viktimizovaných jedinců byli opětovně viktimizováni. Uvádějí, že mnohonásobné sexuální trauma – zejména v dětství - nebo nedávná sexuální viktimizace jsou spojeny s vyšším rizikem další viktimizace v budoucnosti. Autoři shledali rizikovými především jedince z odlišných etnických skupin a z dysfunkčních rodin. Uvádějí, že s reviktimizací souvisí vyšší distres a riziko psychiatrických poruch. Reviktimizovaní jedinci vykazují obtíže v interpersonálních vztazích, ve zvládnání zátěžových situací, v řízení afektů, mají potíže s identitou, trpí častěji pocity viny a studem.

S reviktimizací souvisí i nalézání shodných znaků mezi následky sexuálního zneužití v dětství a tzv. rizikovými faktory znásilnění, jak uvádí Koss a Dinero (1989). Dle Weisse a Zvěřiny (1993) značná část obětí udává současně se znásilněním i zážitky s pohlavním zneužitím v dětství. U čtvrtiny žen se pravděpodobně tyto zážitky kryjí. Vyšší prevalence pohlavního zneužití u obětí sexuálního násilí je dle autorů alespoň částečně vysvětlitelná i poruchami sociálního prostředí v dětství oběti (Weiss, Zvěřina, 1997). Ač nacházíme ve studiích zabývajících se touto problematikou dílčí odlišnosti, souvislost mezi sexuálním zneužitím v dětství a znásilněním v dospělosti je poměrně dobře doložena (Arata 2000, Mayall, Gold 1995, Harney, Mühlenhard 1991, Messman-Moore, Long 2000, Krahe 2000, Coid et al. 2001, Norris 1999, Tjaden, Thoenes 1999, Himmelein, Vogel 1994, Abbey et al. 2001). Někteří autoři hovoří o dalších možných dopadech sexuálního zneužití v dětství v podobě jiných forem viktimizace (Krahe 2000, Messman-More 2000, Coid et al. 2001).

## **Reviktimizace a alkohol**

Nadužívání alkoholu může být součástí hlubšího narušení psychiky obětí. I když osobnostní charakteristiky na straně oběti nejsou v současnosti považovány za výraznější prediktor sexuální viktimizace, bylo v tomto smyslu zjištěno několik základních rozdílů mezi osobami, které se staly obětí sexuální viktimizace a těmi, které se s touto skutečností neseťkaly. Kromě zkušenosti se sexuálním zneužitím v

dětství a častějšími sexuálními kontakty je to právě zvýšená konzumace alkoholu – heavy drinkers (Abbey et al. 1996, Koss, Dinero 1989). Vysvětlení této skutečnosti se často opírají o negativní dopad sexuálního zneužívání, který může zahrnovat dokonce těžké pijáctví, na psychiku postiženého (Wilsnack et al., 1997). Ve studiích zabývajících se sexuální viktimizací je souvislost mezi sexuálním zneužitím a znásilněním v dospělosti přes dílčí odlišnosti zjevná (Arata 2000, Mayal, Gold 1995, Harney, Mühlenhard 1991, Messman-Moore, Long 1999, Krahe, 2000, Coid et al. 2001, Norris, 1999, Tjaden, Thoenes 1999, Himmelein, Vogel, 1994, Abbey et al. 2001). Dlouhodobé následky sexuálního zneužívání pro oběť jsou rovněž průkazné. Patří mezi ně i nadužívání alkoholu a drog.

### **Shrnutí:**

Nauka o oběti se nazývá viktimologie (z latinského viktima=oběť). Jde o interdisciplinární obor zahrnující poznatky kriminologie, sociologie, psychologie a psychiatrie. Počátky a rozvoj tohoto oboru datujeme do druhé poloviny 20. století. Poškození a způsobování újmy, proces, kdy se jedinec stává obětí trestného činu se nazývá viktimizace. V oblasti sexuality se člověk stává obětí, když je jeho právo na svobodné rozhodování o vlastním sexuálním životě objektivně porušeno. Rozlišujeme primární, sekundární a terciální viktimizaci. Vždy se jedná o proces, který má svou dynamiku a překračuje bezprostřední důsledky spáchaného činu. Mohou na ní navazovat další události. Záleží na mnoha faktorech jak na straně oběti tak pachatele, stejně tak jako na okolnostech činu a případném průběhu jeho vyšetřování a soudním procesu.

Náchylnost člověka k tomu, aby se stal obětí trestného činu se nazývá viktimita. Existují různé koncepce zabývajících se viktimitou, např. „hypotéza vulnerability (zranitelnosti)“, „koncepce participace oběti na vzniku trestného činu“ nebo „model zranitelnosti vyplývající z životního stylu oběti“. Řada studií byla věnována pátrání po existenci psychologického profilu previktimní osobnosti znásilnění, přičemž žádný takový charakteristický profil nebyl potvrzen. Výzkumy se v této oblasti v současné době zaměřují především na identifikaci obecnějších způsobů chování oběti znásilnění v době dlouho před sexuálním útokem - tzv. coping styly, vzorce chování a myšlení, které má člověk tendenci používat v náročných situacích a na problematiku reviktimizace. Vůbec nejlépe výzkumně

zdokumentovaným prediktorem sexuální viktimizace je sexuální viktimizace v dětství oběti.

Z důvodu snazší metodologické dostupnosti jsou nejčastěji zkoumány demografické a socio-ekonomické charakteristiky obětí znásilnění. Shoda existuje v otázce nejvyššího výskytu znásilnění žen v období adolescence a mladší dospělosti. Za rizikovou charakteristiku je zejm. v americkém písemnictví považován nízký socioekonomický status a nezaměstnanost oběti. Pozornost je věnována i výzkumu charakteristik psychosexuálního vývoje (věk zahájení pohlavního života, počet sexuálních partnerů), sexuální a partnerské adaptaci (počet sexuálních partnerů, spokojenost se sexuálním životem, rizikové sexuální chování), postojům k sexu a nadužívání alkoholu a drog jak na straně obětí, tak pachatelů sexuálního násilí. V mnoha studiích se objevuje souvislost mezi vyšším počtem sexuálních partnerů, sexuálně agresivní zkušeností v anamnéze a nízký věk prvních sexuálních zkušeností jako rizikový faktor sexuální viktimizace. Mnozí autoři shledali u viktim horší sexuální a partnerskou adaptaci.

### **1.3.3. Pachatelé sexuální agrese**

V dosavadních výzkumech studujících sexuální násilí se většinou vycházelo z předpokladu, že pachatelem bývá muž a obětí žena, což se týká převážné většiny sexuálně násilných činů. Dnes je zřejmé, že nechtěné sexuální zkušenosti jsou běžné jak v heterosexuálních, tak i v homosexuálních vztazích (Kalichman et al., 2001) a že existuje i viktimizace muže, která má mnoho variací – od verbálního sexuálního nátlaku partnerky po drsné sexuální praktiky při homosexuální prostituci a při obchodování s mladými chlapci. Jednoznačně pozitivní je proto uznání existence mužské viktimizace v nové zákonné úpravě týkající se trestného činu znásilnění, která byla v České republice přijata v roce 2000. Na rozdíl od předchozí právní úpravy nynější pojem znásilnění zahrnuje navíc i jiné formy agrese než jen genitální styk, tedy například i anální a orální sex, které byly dříve kvalifikované maximálně jako vydírání či pouhé omezování osobní svobody s mnohem nižší trestní sazbou. Ač pachatelé nejsou hlavním předmětem této práce, nelze je v souvislosti s pátráním po viktimologických aspektech sexuálního násilí zcela opominout. Jejich některé charakteristiky již byly zmíněny v kapitole o typech sexuálního násilí. Pro úplnost uvádíme přehledný souhrn i na tomto místě. Z pohledu psychologie tvoří poměrně

rozmanitou skupinu, ve které se nacházejí jak pachatelé vztahového násilí tak i sérioví vrazi, kteří jsou předmětem studia zejm. forenzní psychologie

Např. Čírtková (2004) uvádí následující typologii sériových znásilňovačů:

- *kompenzující pachatel* (ujišťuje se o své moci, kompenzuje tak sociální nedostačivost, osobnostně je spíše podrobiv, submisivní)
- *testující svou moc* (zkouška dominance, nadvlády, stylizace do role suveréna)
- *zlostný nepřítel žen* (poháněn touhou po odplatě)
- *sexuálně deviantní sadista* (vzrušuje ho utrpení oběti, často se chová jako lovec)

Pro potřeby této disertační práce dělíme sexuální agresory na **deviantní** a **nedevariantní**. Představa pachatele sexuálního násilí, stejně jako oběti, podléhá v laických představách mnoha mylným stereotypům a mýtům. Ač je mezi pachateli sexuálních trestných činů podskupina motivovaná psychopatologicky nebo sexuálně deviantně, pachatel znásilnění obvykle nebývá deviantní muž. Sexuální deviace a sexuálně delikventní chování spolu nemusejí nikterak souviset. Nejčastěji sexuálně motivovaný delikt znásilnění páchají muži bez přítomnosti sexuální deviace. Dle Weisse (2002b) se sexuálně deviantně mohou v určitých situacích chovat i lidé sexuálně normální a naopak zdaleka ne každý deviantní jedinec se musí nutně projevovat deviantně. Mnoho z nich během svého života žádný sexuální delikt nespáchá a své deviantní potřeby uspokojuje náhradním a sociálně přijatelnějším způsobem (např. masturbací s preferovanými fantaziemi). Nedevariantní pachatelé se většinou násilného činu dopouštějí v rámci jiné, většinou osobnostní nebo sociální patologie.

#### 1.3.3.1. Nedevariantní pachatelé sexuální agrese

Zatímco u deviantů je patologie většinou omezená pouze na oblast sexuální motivace a sexuální socializace, pro neparafilní jedince jsou dle Weisse a Zimanové (1995) typické především problémy v oblasti osobnostních rysů a vývojových faktorů podmiňujících jejich celkovou maladaptaci (dysfunkčnost nukleární rodiny, obecná kriminalita, partnerská a profesionální adaptace, defektuozita v interpersonálních vztazích). Autoři dělí pachatele deliktu sexuálního charakteru do několika skupin :

- **sociosexuálně a psychosexuálně nezralí muži**
- **jedinci s poruchou osobnosti**
- **muži, u nichž jsou sexuální delikty podmíněny situačně**, např. vlivem alkoholu, dlouhodobou deprivací či určitým podílem oběti na trestném činu znásilnění

- **hypersexuální jedinci se sníženou volní kontrolou a s převahou pudové složky nad erotickou komponentou sexuálního chování**
- **jedinci se sníženou schopností racionální kontroly sexuálního chování podmíněnou vrozeným či získaným defektem ve sféře rozumových schopností** (často mentálně retardovaní nebo encefalopatičtí mladší muži nebo starší muži s arteriosklerotickým či jiným degenerativním poškozením CNS)
- **psychotici v relapsu duševní choroby** (tvoří nepatrné procento v rámci sexuální kriminality)

Zvěřina (1994) popisuje u sexuálních deliktů nejčastější nález *psychopatie a lehkého mentálního defektu*. Čím agresivnější je sexuální delikt, tím častější je dle autora nález *psychopatické struktury pachatele*. Netík (1997) uvádí u pachatelů znásilnění jako nejčastější poruchu osobnosti. Henn (1978) odhaduje její výskyt až na 70 %. Cohen (1971) popsal osobnost sexuálního agresora třemi typy a sice jako *explozivní, inadequate a asociální osobnost*. Jak uvádí Deming a Eppy (1981), porucha osobnosti bude podstatně častější u pachatelů „nesocializovaného“ znásilnění než u pachatelů znásilnění „socializovaného“. Podle Brzka (1997) bývá nejčastější diagnózou při posuzování nedeviantního jednání jedince, který se dopustil sexuálního deliktu tzv. *psychosexuální infantilismus*. Je to stav normálně se vyskytující během vyžívání sexuální sféry kdy vznikají disproporce, které mohou vést ke vzniku deviantního chování. Tato nevyzrállost se vyskytuje v pubertě, kdy je výskyt deviantního chování u budoucích zcela normálních jedinců dle autora nejčastější. U některých lidí ale může psychosexuální nevyzrállost přetrvávat delší dobu. Podle Kolářského a Břichcína (1999) psychosexuálně infantilní muž nediferencuje dostatečně sexuální objekt podle věku a pohlaví, nereaguje na gender signály (signály pohlavní příslušnosti) dospělé ženy, obtížně se prosazuje v úvodní erotické interakci a neumí čelit sexuálními konkurentům. U psychosexuálního infantilismu není zřejmé, zda se tento stav vyvine v normální nebo deviantní sexualitu.

#### 1.3.3.2. Deviantní pachatelé sexuální agrese

Poruchy sexuální preference (parafílie) jsou dle MKN 10 charakterizovány sexuálními impulsy, fantaziemi nebo praktikami, které jsou neobvyklé, deviantní nebo

bizarní. Existují určité známky biologické predispozice (abnormální elektroencefalografické nálezy a některé zobrazovací metody svědčí pro větší množství abnormit v temporálním laloku, abnormální hormonální hladiny), které se snad manifestují jako psychické faktory. Psychoanalytická teorie, jak uvádí MKN 10, vysvětluje, že tyto poruchy jsou výsledkem fixace na některé z psychosexuálních fází vývoje nebo jsou pokusem o únik před kastrací úzkostí. Dle teorie učení jsou deviantní příčiny spojeny se sexuálním vzrušením v dětství s následným podmiňováním. Parafilní aktivity mají často kompulzivní kvalitu. Pacienti, kteří se opakovaně dopouštějí deviantního chování, nejsou schopni kontrolovat impulsivní puzení. Nárůst deviantního chování následuje po stresu, úzkosti nebo při depresi. Pacienti se mohou opakovaně rozhodnout, že s deviantním chováním skončí, ale obvykle nejsou schopni toto rozhodnutí udržet a další aktivita vede k silnému pocitu viny.

Údaje týkající se počtu parafilních jedinců mezi pachateli mravnostních trestných činů neexistují. Policejní statistiky uvádějí pouze počty mravnostních trestných činů určité kategorie a nikoli rozlišení pachatelů podle diagnózy. Existují pouze dílčí studie, na základě kterých lze počet deviantně motivovaných trestných činů pouze odhadovat. Většina z nich se týká závažnějších sexuálních deliktů. Např. Zapletal (1980) provedl analýzu 368 případů pachatelů odsouzených k výkonu trestu odnětí svobody. Sexuální motivaci zjistil u 2,5 % případů. Při analýze dokumentace 173 pachatelů trestného činu vraždy našel sexuální motivaci u 15 % případů. Sexuální deviace byla diagnostikována u 13 % procent pachatelů (Zapletal, 1991). Zvěřina a Lachman (1980) uvádějí téměř 28 % sexuálních deviantů z celkového počtu 264 sexuálních agresorů a téměř 25 % u pachatelů neagresivních sexuálních deliktů proti dívce mladší patnácti let. Netík (1997) vyšetřil 60 pachatelů sexuálně motivovaných vražd (s celkem 72 oběťmi). Z hlediska sexuologické diagnózy byla u 19 % diagnostikována patologická sexuální agresivita, u 12 % sadismus a pouze 27% z nich netrpělo sexuální deviací. Brichcín (1995) v analýze prací našich autorů konstatuje podíl sexuální motivace u 26,6% všech spáchaných vražd. Uvádějí 13% sexuálních deviantů a to především sadistů a sexuálních agresorů. Podle Bourgoina (1994) je sexuální motivace zvláště častá u sériových vrahů, které autor definuje jako jedince, kteří vykonají tři a více vražedných událostí v určitých časových intervalech.

Mezi deviantně motivovanými pachateli znásilnění můžeme najít patologické sexuální agresory, agresivní sadisty a sadisty:

**Patologičtí sexuální agresori** dosahují sexuálního vzrušení a uspokojení dosahováním odporu napadeného anonymního ženského objektu, přičemž minimalizují jeho kooperaci. Diagnóza patologická sexuální agresivita je specifická pro českou sexuologickou školu. Anglosaská odborná literatura používá pouze termínů „rapist“, (což není diagnóza ani medicínský termín) a „sadist“ (což diagnóza sice je, ale pokrývá jen část deviantních znásilnění). Dle Zvěřiny a Pondělíčkové (1982) rozlišujeme u sexuálních agresorů dva typy: *pravé sadisty*, preferující sadistická témata a *patologické sexuální agresory*, kteří při deliktu nesměřují ke koitu nebo jsou vysoce specificky repetitivní. U patologické sexuální agresivity není zřejmá žádná sadistická vloha, pachatelé oběť netrýzní a neprodlužují její utrpení. Přesto jsou velmi nebezpeční. Jejich chování má predátorské rysy - svou oběť často po vyhlídnutí skrytě pronásledují, přepadají jí ze zálohy na opuštěném místě nebo na místě, které nemůže opustit, povalí ji na zem, event. použijí zbraň a vyhrožují poraněním či zabitím. Někdy mohou vyžadovat orální či anální soulož, jindy orální dráždění či masturbaci. Jejich jednání většinou nepředchází žádný pokus o verbální či jiný bližší kontakt. Výzkumy charakteristik pachatelů sexuální agrese se shodují ve zjištění, že tito jedinci bývají ve srovnání s pachateli jiných sexuálních deliktů mladší (většinou do 30 let) a k prvním deviantním aktivitám u nich dochází do dvacátého roku věku (Brichcín, 1980, Zvěřina, 1987). Zvěřina (2003) uvádí, že je třeba rozlišovat nebezpečné deviantní sexuální agresory od nezralých, sociosexuálně nevyvinutých mladíků. Často až průběh sexuální socializace v dalším životě ukáže, do jaké míry je mladý delikvent schopen uspokojivého sexuálního vztahu.

K sexuálním agresorům v nejširším slova smyslu řadíme tzv. **agresivní sadisty**. Tento typ pachatelů potřebuje pro dosažení vzrušení sexuální objekt před stykem nebo během něj účinně znehybnit. Do této kategorie patří většina sexuálních vrahů (ani jim pravděpodobně nejde primárně o zabití, ale o znehybnění objektu). Pro tyto delikventy je důležitá především možnost s obětí libovolně manipulovat. V jejich anamnéze často nacházíme i jiné deviantní aktivity.

**Sadismus** je třetí možnou diagnózou, kterou nacházíme u pachatelů znásilnění. Vzrušení je u sadismu dosahováno dominancí a totální kontrolou objektu. Sadista je vzrušován fyzickým a duševním utrpením oběti a pocitem, že oběť je plně v jeho moci. Komplementární k sadismu je masochismus, u kterého je vzrušení dosahováno totálním odevzdáním se partnerovi, vlastním ponížením či utrpením. Sadismus a masochismus se často vyskytují společně, mluvíme pak o



sadomasochismu (v některých případech se může jedinec chovat masochisticky jindy pak sadisticky, nebo mění roli i během jednoho styku). Sadista pociťuje vzrušení, pokud může působit utrpení či ponížení, pokud sexuální partner plní jeho příkazy či viditelně trpí.

Mezi další sexuální deviace, jejichž projevy mohou být pro ty, kdo se s nimi setkají nepříjemné až traumatizující a které bezesporu narušují individuální intimitu a osobní hranice patří:

- **Exhibicionismus** (F 65.2), dle ICD10 opakovaná a trvalá tendence k odhalování genitálu před cizími lidmi (obvykle opačného pohlaví) nebo před lidmi na veřejných místech bez nabízení nebo zamýšlení bližšího kontaktu. Obvykle, nikoli však pravidelně, je sexuální vzrušení v době expozice a konání doprovázeno masturbací.
- **Voajérství** (skoptofilie, F 65.3) je definované jako opakovaná nebo trvalá tendence k pozorování sexuálního styku nebo intimní činnosti jiných osob, jako je např. svlékání. Sledování je prováděno bez vědomí pozorovaných a obvykle vede k sexuálnímu vzrušení a masturbaci voajérem (ICD10).
- **Pedofilie** (F 65.4) sexuální aktivita zaměřená na děti, obvykle prepubertálního nebo časného pubertálního věku (ICD10).
- Na dospívající dívky je zaměřená **hebefilie**,
- na chlapce **efebofilie**.
- Mezi jiné **poruchy sexuální preference** (F 65.8) patří **frotérství** (dotýkání se nebo otírání o jinou osobu bez jejího svolení, obvykle se vzrušujícími sexuálními fantaziemi o dotýkané osobě) nebo **telefonní skatologie** – obscénní telefonické hovory (ICD10)

#### 1.3.3.3. Ženy - pachatelky sexuální agrese

Ač v současné době neexistuje teorie, která by objasňovala etiologii ženské sexuální agrese, faktem je, že existuje i sexuální agrese páchaná na mužích ženami a tento druh sexuální agrese je často opředen falešnými stereotypy. Například Smith, Pine, Halley (1988) na základě svého výzkumu provedeného na souboru vysokoškolských studentů poukazují na systém mýtů, založeném na tradičních představách o pohlavních rolích. Sexuální agrese ze strany žen vůči mužům byla v jejich studii v rozporu s přesvědčením respondentů o mužské sexuální dominanci a

sexuálně agresivní chování žen pak nehodnotili jako sexuální útok. Novější výzkum Hannonna et al. (2000) tyto výsledky podpořil. Respondenti tohoto výzkumu se domnívali, že muž - oběť ženské sexuální agrese - pachatelku k aktu sám podněcoval, a že znásilnění je pro něho méně stresující než pro ženskou oběť. Logickým důsledkem této představy je pak shovívavější postoj k pachatelkám než k pachatelům sexuálně agresivních činů.

Data o prevalenci sexuálního násilí ze strany žen vůči mužům výrazně kolísají. Odlišnosti v získaných datech jsou způsobeny především opět rozdíly v operacionálním vymezení sexuálního násilí - podle různých definic sexuální agrese jsou pak do výzkumů zahrnovány odlišné formy sexuálního nátlaku. Struckman-Johnson a Struckman-Johnson (1994) ve své studii například zjistili, že z 318 jimi zkoumaných mužů bylo 43% vystaveno alespoň jednou sexuálnímu donucování ze strany žen. U 75% z nich šlo o verbální nátlak, ve 40% o pokus muže opít, v 19% o zastrašování odebráním lásky a v 8% o fyzické omezování. Anderson a Aymami (1993) zjistili, že ve vzorku 128 vysokoškoláků 44,9% vypovědělo o snaze ženy je opít, u 20,3% o vyhrožování sebepoškozením ženy, u 29% o verbálním nátlaku, u 18% o vyhrožování ukončením vztahu a překvapivě u 4,7% dokonce o ohrožování zbraní. Struckman-Jonson et al. (2003) v závěrech dalšího výzkumu referují o tom, že až 58% mužů ze souboru 275 vysokoškoláků se cítilo minimálně jednou objektem sexuální persistence, tedy byli dále vybízeni k sexu poté, co již partnerku odmítli.

Relativní opomíjení skutečnosti, že i žena někdy užívá sexuální násilí odráží obecnou tendenci psychologického výzkumu, zaměřeného na agresivní jednání jako na mužský fenomén (Krahe, 2001). Z našich autorů se problematikou ženské sexuální agrese zabývá např. Gerlová, která uvádí, že fyzické formy agrese se sice zdají být více rozšířeny mezi muži než mezi ženami, v jiných formách agresivního chování jako je *verbální agrese, nepřímá agrese v podobě šíření pomluv, manipulativní chování spojené s emočním nátlakem* ženy a dívky možná převládají. Sexuální agrese žen přitom může být, jako je tomu i v případě mužských pachatelů orientována homo i heterosexuálně (Gerlová, 2009).

Ženskou sexuální agresivitou se dlouho nikdo nezabýval, výzkum se do 80. let minulého století zaměřoval pouze na muže v roli pachatele a ženu v roli oběti. V dotaznících, kde byly otázky formulovány rodově neutrálně, se začaly objevovat i odpovědi mužů, kteří vypovídali o sexuálním nátlaku a agresi ze strany žen. Do sledovaného chování začaly být zahrnovány i jiné formy nátlaku, než je fyzické násilí.

Výsledkem byly poměrně malé rozdíly v prevalenci sexuálního násilí mezi pohlavími. I přes tyto nové poznatky byla většina výzkumů v této oblasti zatím zaměřena na zjištění nestandardních taktik, kterých užívají muži, aby získali sexuální přístup k ženám. Tyto taktiky ale mohou užít jak muži, tak ženy pro získání sexuálních partnerů. Lze je odstupňovat z hlediska závažnosti použitého nátlaku. Za nejméně nebezpečné lze považovat *taktiky směřující k sexuálnímu vzrušení partnera i přes jeho předchozí odmítnutí - například pokračující dotýkání, líbání, svlékání*. Nebezpečnější jsou *taktiky emočních manipulací a lží, tedy vytváření verbálního psychologického nátlaku – opakování sexuálních návrhů po odmítnutí, zastrašování ukončením vztahu, vydírání, vyhrožování*. Ještě závažnější je pak *použití alkoholu nebo drog* - může jít o využití výhody kontaktu s někým, kdo je již intoxikován, nebo o cílené intoxikování partnera, nejčastěji jeho opití. Objekt v těchto případech nemusí být schopen posoudit nabídku a někdy nemusí být schopen ani fyzicky uniknout ze situace. Nejzávažnější podobou sexuálního násilí je pak užití fyzické síly (Gerlová, 2009).

I když lze předpokládat, že latentní kriminalita bude - podobně jako v případě sexuálních agresí u mužů – v případě ženských agresivních deliktů velmi vysoká, z přehledu relevantní literatury jednoznačně plyne, že případy znásilnění páchaných ženami jsou popisovány vzácně. Pokud se ženy dopouštějí sexuálního násilí, obvykle jsou objektem příbuzní nebo známí a na rozdíl od obětí mužských sexuálních agresorů častěji i stejného pohlaví (Mathews et al., 1989).

Gerlová (2009) popisuje, že vzhledem k nižší intenzitě užití agrese nebývají obvykle případy sexuálního násilí žen trestně postihovány. Mezi pachateli sexuálních deliktů jsou ženy naprostou výjimkou, a pokud už jsou pro podobný trestný čin vyšetřovány, je méně než v případě mužských pachatelů pravděpodobné, že budou také souzeny a odsouzeny. Kromě vyšší společenské tolerance pro nekonformní sexuální chování žen v tom může hrát roli i skutečnost, že deviantní žena je pravděpodobně více než deviantní muž schopna realizovat své odlišné potřeby na fantazijní úrovni, nebo v rámci partnerského vztahu. Navíc, jak konstatují Groth a Birnbaum (1979), pokud se ženy sexuálních deliktů dopouštějí, jejich chování je podstatně méně agresivní, než v případech mužských pachatelů. Je tedy i méně pravděpodobné, že budou vyšetřovány, souzeny a odsouzeny (McConaghy, 1993). Někteří autoři (například Lieverse, Gooren, Assies, 2000) vidí možné příčiny tohoto jevu v hormonální podmíněnosti agresivního chování, v přímém spojení agresivity a

hladiny plasmatického testosteronu, která je u žen samozřejmě podstatně nižší, než u mužů.

Vývoj typologie ženských pachatelek sexuální agrese je v počátku. Vytvoření typologie postihující odlišnou motivační strukturu těchto žen by bylo prospěšné jak pro oblast prevence, tak vytváření intervenčních strategií (Gerlová, 2009). Většina výzkumů charakteristik pachatelek dle Vandiverové a Ketchera (2004) dosud proběhla na velmi malých souborech, kdy je obtížné zobecňovat nad rámec daného vzorku. Limity generalizace jsou dle uvedených autorů dány i zdroji, ze kterých zkoumané soubory pocházejí, což je klinická praxe (a tudíž vyšší míra psychopatologie), nebo například věznice (kde jsou zachyceny pouze nejzávažnější případy, které byly klasifikovány jako sexuální delikt).

Vyvracení mýtu o sexuálně neagresivní ženě samozřejmě nemá odvádět pozornost od problematiky mužské sexuální agrese vůči ženám. Gerlová (2009) považuje za potřebné poukázat i na skutečnost, že i ženy užívají nejrůznější formy sexuálního násilí, jehož výsledkem může být viktimizace muže nebo jiné ženy, v některých případech i se závažnými důsledky na psychiku obětí.

#### 1.3.3.4. Homosexuální sexuální agrese

Některé studie ukazují, že častěji se se sexuálním násilím setkávají příslušníci menšinových společenských skupin (Convoy et al., 1996, Zvěřina et al., 1987). Prevalenci sexuálního násilí v komunitě gayů mapuje výzkum Watermana et al. (1989), v jejichž studii o sexuálním násilí v současném nebo nedávném vztahu referovalo 12 % z dotázaných homosexuálů. Z britské komunity gayů přiznalo až 28 %, že bylo k sexuálnímu kontaktu nuceno mužem (Hickson et al., 1994). Obdobné výsledky přinesl výzkum gayů a bisexuálů z města na středozápadě USA, kde 29 % ze zkoumaných mužů vypovědělo o sexuálním donucování (Kalichman a Rompa, 1995). V 92 % případů šlo o nechráněný anální styk s vysokým rizikem infekce HIV. Krahe et al. (2000) uvádí prevalenci sexuálních aktů, které je možno kvalifikovat jako znásilnění v berlínské homosexuální komunitě 11%.

**Homosexuální sexuální viktimizace mužů.** U nás zjišťovali četnost zkušeností s neadekvátním sexuálním jednáním v souboru homosexuálních mužů Procházka a Weiss (1997). Analyzovali údaje respondentů, kteří odpověděli v anonymním dotazníku publikovaném v českém časopise pro gaye. 20 % souboru přiznalo zkušenost s pohlavním zneužitím v dětství, 12 % se setkala se sexuální

agresí a 16 % mělo pohlavní styk s osobou v nerovnoprávném postavení. Důležité je zde zjištění, že ti respondenti, kteří prožili zkušenost s jedním typem neadekvátního sexuálního chování, byli náchylnější i k jiným formám sexuální viktimizace. Struckman-Johnson et al. (1996) shledali, že během pobytu ve vězení bylo obětí sexuální agrese 22 % mužů. Téměř v polovině případů se jednalo o anální sex.

Studie srovnávající riziko sexuální viktimizace u homosexuálních a heterosexuálních mužů jsou vzácné, nicméně naznačují, že homosexuální muži jsou touto traumatizací zvláště ohroženi (Stermac et al., 1996). Hodge a Canter (1998) navíc zjišťují, že pachatelé sexuálního násilí v homosexuálních stycích bývají brutálnější než pachatelé heterosexuálního násilí.

**Homosexuální agrese u žen.** Sexuální násilí v lesbických vztazích bylo dosud zkoumáno pouze sporadicky (Gerlová 2009). O tom, že nemusí jít o tak vzácný fenomén, přitom svědčí například výsledky průzkumu Loulanové (1987), kde u souboru lesbických účastnic svých seminářů autorka zjistila až v 17% zkušenost se znásilněním spáchaným družkou, milenkou nebo přítelkyní. Podobně Waterman, Dawson, a Bologna (1989) referují, že z 36 lesbických studentek výzkumu sexuálního násilí realizovaném na souboru vysokoškoláků, až třetina souboru referovala o vynuceném sexu v současném či v bývalém vztahu. Tjaden a spoluautoři (1999) popisují, že 11% ze 79 žen, které žily s partnerkou ve společné domácnosti, uvedlo, že byly znásilněny, anebo fyzicky zneužívány partnerkou (získané údaje o fyzickém a sexuálním zneužívání však nejsou v této studii odděleny). Waldner-Haugrud a Vaden-Gratch (1997) zjišťují minimálně jednu zkušenost se sexuálním násilím spáchaném partnerem stejného pohlaví u 52% bílých lesbických žen a homosexuálních mužů. V tomto výzkumu však bohužel není oddělena prevalence sexuálního násilí podle pohlaví. Uvedené studie přitom souhlasně zjišťují (a to jak v případě lesbiček, tak i gayů), že pro homosexuální jedince přinucené k sexu bylo po traumatizaci velmi obtížné získat přístup k psychoterapii či jinou formu podpory.

Jak uvá chování, cítění a prožívání svých nositelů, ale také jejich sociální postavení a životní styl. Součástí tohoto stylu je i vytváření minoritní sociální sítě, která je z pohledu většinové společnosti nezřídka marginalizována, diskriminována a zvýšeně zranitelná ve vztahu k nežádoucím kriminálním jevům. Zvýšená zranitelnost gayů a lesbiček může být dle autorů způsobena i prolínáním různých marginálních

sociálních skupin (homosexuální a kriminální komunity). Jiným důvodem může být vědomé či podvědomé vyhledávání homosexuálních osob pachateli deliktů s nadějí, že vzhledem ke specifickým těchto obětí bude obtížnější oznámení i odhalení spáchané trestné činnosti. Homosexuální sexuální agrese probíhají i ve formě náhražkové, například jako znásilnění ve věznicích či jiných nestandardních podmínkách vedoucích k dlouhodobé sexuální deprivaci.

I homosexuální agrese se přitom mohou vyskytnout v deviantní formě – není důvod se domnívat, že mezi homosexuálními jedinci je zastoupení deviantních sexuálních agresorů menší než mezi heterosexuálními (Weiss, 2002b).

### **Shrnutí:**

Ve výzkumných studiích sexuálního násilí se v minulosti automaticky počítalo s předpokladem, že pachatelem je muž a obětí žena. Dnes je zřejmé, že sexuální nátlak a viktimizace se vyskytují jak v heterosexuálních, tak i v homosexuálních vztazích, že existuje viktimizace muže a i ženy mohou být pachatelkami sexuálně agresivních činů.

Pachatele sexuální agrese jsme pro potřeby této práce rozdělili na dvě základní skupiny – nedevariantní a deviantní. U pachatelů, kteří netrpí sexuální deviací se objevují problémy v oblasti osobnostních rysů a vývojových faktorů podmiňujících jejich celkovou adaptaci. Jedná se o sociosexuálně a psychosexuálně nezralé muže, jedince s poruchou osobnosti, hypersexuální jedince se sníženou volní kontrolou a s převahou pudové složky nad erotickou komponentou sexuálního chování, jedince se sníženou schopností racionální kontroly sexuálního chování podmíněnou vrozeným či získaným defektem ve sféře rozumových schopností nebo muže, u nichž jsou sexuální delikty podmíněné situačně, např. vlivem alkoholu, dlouhodobou deprivací či určitým podílem oběti. Nepatrné procento pachatelů tvoří psychotici v relapsu duševní choroby. Deviantní pachatelé trpí některou z poruch sexuální preference (parafilií), které jsou dle MKN 10 charakterizovány sexuálními impulsy, fantaziemi nebo praktikami, které jsou neobvyklé, deviantní nebo bizarní. Mezi deviantně motivovanými pachateli znásilnění můžeme najít patologické sexuální agresory, agresivní sadisty a sadisty. K dalším sexuálním deviacím s nimiž se setkáváme při nekontaktních formách sexuálního násilí patří exhibicionismus, voajérství, frotérství a telefonní skatologie. Pedofilie je sexuální aktivita zaměřená na děti, v případě dospívajících dívek hovoříme o hebefilii a u chlapců o efebofilii.

Sexuální chování žen vůči mužům je podstatně méně agresivní a mívá zpravidla podobu verbální agrese, nepřímé agrese (např. v podobě šíření pomluv) nebo manipulativního chování s emočním nátlakem (např. opakování sexuálních návrhů i po odmítnutí, vydírání, vyhrožování, zastrašování ukončením vztahu...). Díky tradičním stereotypům o pohlavních rolích ženská sexuální agrese často neodpovídá představě o přirozené mužské sexuální dominanci a „nekomfortní“ chování žen v tomto smyslu je společností více tolerováno.

Se sexuálním násilím se, dle studií orientovaných zejména na výzkum v homosexuálních komunitách, častěji setkávají příslušníci právě těchto menšinových společenských skupin. Homosexuální orientace ovlivňuje nejen sexuální chování, citění a prožívání svých nositelů, ale také jejich sociální postavení a životní styl, který nezdědka vede ke zvýšené zranitelnosti vůči nežádoucím kriminálním jevům. Dalším důvodem může být vyhledávání homosexuálních jedinců pachateli s nadějí, že vzhledem ke specifikům těchto obětí bude obtížnější oznámení i odhalení této trestné činnosti. Relativně časté bývá homosexuální znásilnění ve věznicích. I homosexuální agrese se může vyskytnout v deviantní formě. Sexuální násilí v lesbických vztazích bylo zatím zkoumáno pouze sporadicky.

#### **1.3.4. Vztah mezi pachatelem a obětí**

Jak dokládají četné studie, je jedním z nejdůležitějších faktorů, který se projevuje se ve všech fázích viktimogenní situace vztah mezi obětí a sexuálním agresorem (Harney, Mühlenhard, 1991, Cleveland, Koss, Lyons, 1999, Abbey, 1991, Abbey et al., 2001, Yescavage, 1999, Stermac, Du Mont et al., 1998, Coker, Walls, Johnson, 1998, Cascardi et al., 1996). Tímto vztahem a jeho dynamikou se zabývají soudní znalci, důležitý je i pro průběh činu a jeho prožívání obětí, ovlivňuje situaci obětí po útoku (Ullman, 1997, Ullman, 1998, Katz, 1991, Coker, Walls et al., 1998, Cascardi, Riggs, 1996, Gidycz, Koss, 1991, Felson, Krohn, 1990).

Většina autorů dělí agresory na známé a neznámé. Některé statistiky využívají u známých pachatelů přirozených kategorií, jakými jsou manžel, přítel známý, soused apod. (Bachman, 2000, Coker, Walls et al., 1998, Katz, 1991, Swart et al., 2000). Autorky Stermac a Du Mont (1998) dělí známé útočníky na známé méně než 24 hodin, více než 24 hodin a skupinu intimních partnerů, včetně manželů. Skupina

známých pachatelů je, jak předpokládají mnozí autoři, v každém případě pestrá a zahrnuje široký rejstřík vztahů od náhodných známých či známých od vidění po dlouholeté přátele ( Tjaden, Thoennes, 1999, Gödtel, 1994; Zvěřina, 1987; Zvěřina, Pondělíčková, 1986; Katz, 1991). Silverman rozlišuje dva základní typy obětí: *oběti vztahového násilí a oběti útočného násilí* (Scholz, 1994). Mezi oběma typy znásilnění jsou zjištěny podstatné rozdíly v jejich dopadu na oběť. Např. podle Dätwylera (1993) trpí oběti vztahového násilí především pocity viny, zatímco u obětí útočného znásilnění se častěji rozvinou příznaky posttraumatického stresu a tyto osoby trpí především nadměrným strachem.

Čírtková (2004) uvádí, že při deliktech, kdy znásilnění předcházela kratší interakce nebo i dlouhodobý vztah oběť po činu projevuje spíše strategii redukování agrese a momentálního smíru. Může ventilovat i projevy povrchní sympatie vůči pachateli. Nejde však o usmíření ani odpuštění, ale o reakci na znásilnění navozenou strachem. Jedná se o mechanismus podobný tzv. *stockholmskému syndromu* popsanému u obětí únosu, kdy se u oběti vyvine ambivalentní vztah k agresorovi, jehož složkou je silný citový příklon, přetrvávající i po té co byla oběť osvobozena. Jak uvádí Říčan, u stockholmského syndromu jde o týž obranný mechanismus, který vývojoví psychologové označili jako patologickou vazbu (pathological bonding) dítěte vůči krutým rodičům (Říčan, 2004). Ochranným mechanismem je v tomto případě identifikace s agresorem.

U napadení cizím útočníkem je v bezprostřední reakci oběti obsažen motiv zajistit si pocit bezpečí a necítit bolest. Ať už skutečným únikem na bezpečné místo nebo užitím únikového obranného psychického mechanismu.

Motivy a prožitky oběti a pachatele je v každém případě třeba chápat jako složky specifického vztahu, který má svou dynamiku a prochází určitými stádii. Tato stádia jsou v konkrétních případech závislá na okolnostech jako např. zda je násilník známou či cizí osobou, do jaké míry je na něm oběť závislá, jaká je použitá míra násilí, zda došlo ke zranění, k vyšetřování apod.

#### 1.3.4.1. **Sexuální násilí v partnerských vztazích**

Fenomén sexuálního násilí, kdy pachatel je v úzkém vztahu k oběti, získal stoupající pozornost v 90. letech minulého století především díky feministickému hnutí. Znásilnění v manželství je trestné až od poloviny 20. století. V odborné



literatuře se setkáváme s termíny acquaintance rape - znásilnění známou osobou, date rape - znásilnění na schůzce či marital rape - znásilnění v manželství.

Mezi pionýrské výzkumné práce v této oblasti můžeme řadit již zmiňovaný výzkum feministicky orientované profesorky sociologie Diany Russel (1978). Výzkum provedla na náhodném vzorku 930 žen ze San Franciska, kterým kladla v dotazníku otázky týkající se sexuálních útoků ze strany neznámých pachatelů, známých osob, členů rodiny, ale i vlastních manželů. 44 % žen vypovědělo, že se někdy stala obětí znásilnění, či pokusu o znásilnění. Z vdaných žen 14 % uvedlo, že se stalo obětí nechtěného sexuálního styku ze strany manžela. V knize „*Rape in marriage*“ Russel (1990) publikovala výsledky týkající se forem sexuální agrese v manželství. Z žen, které vypovídaly o tom, že byly manželem přinuceny k sexu se v 85 % jednalo o vaginální penetraci, 10 % žen vypovědělo o pokusu o vaginální penetraci a v 5 % se jednalo o nechtěný orální či anální sexuální styk. Třetina žen se stala obětí vynuceného sexuálního styku ojedinele a třetina byla v manželství znásilněna méně než dvacetkrát, v 16 % případů bylo období, ve kterém byla žena vystavena nějaké formě sexuálního nátlaku a násilí kratší než šest měsíců, v 21 % to byl interval do dvou let, v 18 % od dvou do pěti let. Nejpočetněji byl zastoupen interval od pěti do deseti let - ve 27 %. Kategorie deset a více let byla zastoupena 18 %. Zajímavé jsou informace o formě užitého násilí. Jednoznačně v manželství převažovalo užití fyzické síly (84 %), výrazně méně figurovala ve výpovědích obětí pohružka násilím ( 9 % ) a nejméně ženy vypovídaly o nemožnosti získat souhlas ke styku z důvodu intoxikace ženy či spánku (5 %). Badatelky Tjaden a Thoennes (2000) zjistily, že 4,5 % amerických žen a 0,2 % mužů v jejich výzkumu referovalo o znásilnění současným nebo bývalým partnerem. Zahrnou-li se i pokusy o znásilnění, autorky vypovídají o 7,7 % žen, které se staly obětí sexuálního násilí, ze strany intimního partnera a o 0,3 % mužů s touto zkušeností. Zajímavé údaje uvádí Bachman (2000). Autorka zpracovává rozsáhlá dotazníková šetření (NCVS, NVAWS) kde jsou oběťmi sexuálního napadení nejčastěji ženy žijící s partnerem odděleně (separated), dále ženy svobodné (single), pak rozvedené (divorced) vdané(married) a na konec vdovy (widowed). Bachman přiznává metodologické chyby v dotazníku NCVS, který kategorii rodinný stav registroval v době intewiev a nikoliv v době sexuálního napadení. Přesto je tento údaj zajímavý a může vypovídat o komplikované problematice rozchodů a rozvodů.

### **Typy sexuálního nátlaku v partnerských vztazích**

Mnoho žen vypovídá o tom, že bylo v manželství donuceno k sexu, přestože míra násilí nebyla tak silná, aby čin mohl být kvalifikován jako znásilnění (Finkelhor, Yllo 1985, Russell, 1983).

Sociologové David Finkelhor a Kersti Yllo (1985) rozlišují čtyři typy vynuceného sexu v manželství:

- První úroveň je úroveň **sociálního nátlaku**, kdy se žena podřizuje sexu se svým mužem, protože chce vyhovět sociálnímu očekávání.
- Druhou úrovní je **interpersonální donucování**, když se ženy podvolují mužům proti své vůli z důvodu vyhrožování, které nemá násilný charakter (partner opustí vztah, když mu žena nebude po vůli, začne si s jinou, odebere ženě peníze či jiné zdroje atp.)
- Na třetí úrovni jde již o **přímé vyhrožování** fyzickým násilím
- Čtvrtá úroveň je **fyzické omezování a užití fyzické síly za účelem přemožení** ženy.

### **Postoje společnosti k sexuální agresi v partnerských vztazích**

Po řadu staletí obsahovaly zákony tzv. „manželskou výjimku“ (marital exemption), podle které manžel nemohl být stíhán za znásilnění své ženy. Byla uplatňována doktrína týkající se nemožnosti znásilnění v manželství. Podle té manžel nemůže být vinen znásilněním vlastní zákonné manželky, neboť ta se již manželským slibem, který je nezvratitelný, oddala manželovi (Finkelhor, Yllo 1985).

V současné době je znásilnění v manželství klasifikováno jako trestný čin v mnoha zemích (např. všech 50 států USA, Austrálie, Belgie, Kanada, Čína, Dánsko, Anglie, Francie, Izrael, Irsko, Japonsko, Skotsko, Švédsko). Většina zákonů zahrnuje užití fyzické síly a vyhrožování silou. Tyto zákony však nezahrnují jiné formy zastrašování např. vyhrožování rozvodem. Stále ještě existují státy, kde znásilnění partnera nemůže být stíháno, jestliže partneri spolu v době útoku žili.

Čas od času navrhují političtí aktivisté širší vymezení sexuálního násilí, než stávající právní systém. Smyslem je poukázat na to, co je v sexuálních vztazích přijatelné a co ne. Například některé feministky označují za určitých okolností jako znásilnění i sexuální styk, ke kterému došlo se souhlasem avšak z obavy z negativních sociálních důsledků, nebo případy kdy se oběť následně cítila

zneuctěna. V těchto případech nevolají ani tak po právní odezvě, jako se snaží povzbudit dotyčného, aby přehodnotil své vztahy.

Postoje ke znásilnění ovlivňují postoje k ženské a mužské roli ve společnosti obecně. Jak popisuje Vodáčková (2002), ženě dnes nikdo neupírá právo rozhodovat o vlastním těle a sexuálním životě. Příliš paternalistický přístup k životu v páru může vést až ke zdůrazňování nadvlády muže a to i v oblasti sexuální. Zdůrazňováním pouze ženských práv se dostáváme k druhému extrému, jímž je např. umělé oplodnění ženy samoživitelky, která o svém mateřství rozhoduje sama a odmítá mužský prvek ve výchově dítěte.

Mezi mýty kolem znásilnění patří i názor, že jestliže mezi obětí a pachatelem existuje důvěrný vztah, znásilnění není tak traumatické jako v jiných případech. Nicméně např. Finkelhor a Yllo (1985) nebo Bergan (1996) ve svých výzkumech zjistili, že oběti znásilnění v partnerském vztahu mohou utrpět delší trvalé trauma než oběti znásilnění neznámým pachatelem. Jeden z důvodů může být dle autorů nedostatek sociální podpory a nedůvěra okolí po spáchání činu.

Na problematice postoje ke znásilnění v párovém či manželském vztahu poukazuje z našich autorů dále např. Urbánková (2001), která užívá termín autoznásilnění. K tomuto termínu upřesňuje, že sexuální soužití je bráno jako jedna ze základních manželských či partnerských povinností. Odpírání sexu je tedy pojímáno jako neplnění této povinnosti zejména za strany ženy a výjimečně i muži. Tento postoj sdílejí nejen agresoři, ale i samotné oběti, které odpírání sexu vnímají jako něco, čím se proti partnerovi proviňují a na co nemají právo. V takovém vztahu se oběť v touze předejít dalším konfliktům a verbálnímu či fyzickému napadání sexu sama podvolí či akceptuje formy styku, které jsou jí nepříjemné, nebo v ní vzbuzují odpor. Agresor často oběť znehodnocuje, ponižuje a obviňuje z neschopnosti v sexuální oblasti. Oběť kritiku často přijímá a přijímá i část viny za nesoulad v soužití a sexuálním životě.

Ve většině případů nebývá sexuální násilí mezi partnery jedinou formou agrese. Žena bývá obětí i jiných forem týrání a zneužívání. Sexuální násilí v partnerském vztahu či manželství je uváděno i jako jedna z možných forem zneužívání u specifického fenoménu, kterým je *domácí násilí*. Např. Mac Farlane et al. (2005) zjistili, že 68% fyzicky týraných žen referuje i o sexuálních útocích. Sexuálně atakované ženy signifikantně více trpí příznaky posttraumatického stresu než nesexuálně atakované ženy.

### ***Spontánní sexuální touha a partnerský sex***

Podle některých feministek jsou všechny ženy, které mají sex pro to, aby byl doma klid, obětí znásilnění. Tento názor se nám jeví poněkud extrémní a překvapivě se ukazuje, že pokud platí, nebude platit pouze pro ženy.

Z výsledků longitudinálního výzkumu sexuálního chování v ČR vyplývá, že zážitek spontánní sexuální touhy se nemusí překrývat s realizací sexuálního chování u žen ani u mužů. 44 % respondentek (v r. 2003) uvádí, že potřebuje sexuální vybití, ale nemá ho pouhých 32 %. Muži uvedli, že vůbec nepotřebují sexuální vybití ve 30%, že ho nemá, uvedlo 18 % mužů. Podobně podle Becka a Bozmana (1991) muži i ženy shodně uváděli, že realizovali někdy sexuální styky s absencí touhy. Ve výzkumu O'Sullivanova a Allgeira (1998) bylo takových respondentů 38 %. Některými důvody, které respondenty vedly k účasti na této nechtěné aktivitě, byla např. snaha uspokojit partnerovy potřeby, prohloubit intimitu, vyhnout se tenzi ve vztahu. Rovněž dle Leiblumové (2001) nelze míru sexuální frekvence jako indexu sexuální touhy považovat za dostatečně validní.

Bassonová (2001) vytvořila na základě poznatku, že touha a vzrušení se u mnoha žen objevuje až při kontaktu s partnerem, alternativní model cyklu sexuální aktivity. Vzrušení a touha zde nevznikají spontánně, ale v důsledku sexuální stimulace, přičemž touha nemusí nutně předcházet vzrušení, ale může tomu být i naopak a nebo se obě tyto fáze objeví simultánně. Rozhodnutí, zda realizovat sexuální aktivitu, bývá podle autorky závislé na emotivním naladění ženy v době sexuálního kontaktu. Právě emotivní oblast je podle této autorky hlavní hnací silou ženské sexuální funkce. Ve studii, kterou publikovali Garde a Lunde (1980) je konstatováno, že mnoho žen nikdy nezažije spontánní sexuální touhu, ale jsou vnímavé k sexuální aktivitě, která už začala.

Hucker (1997) navzdory svým pochybnostem o validitě prevalenčních studií uvádí, že nejméně čtvrtina mužů někdy použila násilí pro dosažení sexuálního styku s odmítající partnerkou a 10 – 15 % žen někdy bylo přinuceno k sexuálnímu styku, který ale postupně vnímaly jako vzrušující. Autor na základě těchto dat vyvozuje, že jistá míra sexuálního násilí v rámci partnerských sexuálních aktivit může vést ke vzrušení u mužů i u žen a snad hraje i určitou roli v tradičních formách heterosexuálních sblížovacích aktivit.

## **Shrnutí:**

Vztah mezi obětí a pachatelem je jedním z nejdůležitějších faktorů, který se projevuje ve všech fázích viktimogenní situace. V zásadě rozlišujeme oběti vztahového násilí a oběti útočného násilí. Mezi oběma typy znásilnění existují rozdíly v jejich dopadu na oběť.

Fenomén sexuálního násilí, kdy je pachatel v úzkém vztahu k oběti získal stoupající pozornost koncem minulého století především díky feministickému hnutí. Ukázalo se, že sexuální násilí v partnerských vztazích je nezanedbatelným jevem. V odborné literatuře se setkáváme s termíny acquaintance rape – znásilnění známou osobou, date rape – znásilnění na schůzce či marital rape – znásilnění v manželství. Po řadu staletí nemohl být manžel trestně stíhán za znásilnění své ženy. V současné době je znásilnění v manželství klasifikováno jako trestný čin v mnoha zemích. Typy sexuálního nátlaku v partnerských vztazích mohou mít podobu sociálního nátlaku, kdy žena chce vyhovět sociálnímu očekávání, interpersonálního donucování ze strany muže, kdy se žena podvoluje proti své vůli z důvodu vyhrožování, které nemá násilný charakter (partner opustí vztah, když mu žena nebude po vůli, začne si s jinou, odebere ženě peníze či jiné zdroje apod.), přímého vyhrožování fyzickým násilím nebo fyzického omezování a užití fyzické síly. Mezi mýty kolem znásilnění patří i názor, že jestliže mezi obětí a pachatelem existuje důvěrný vztah, znásilnění není tak traumatické jako v jiných případech. Ve většině případů nebývá sexuální násilí mezi partnery jedinou formou agrese. Uvádíme i názor, který říká, že jistá míra sexuálního násilí v rámci partnerských sexuálních aktivit může hrát určitou roli v tradičních formách heterosexuálních sblížovacích aktivit.

### **1.4. Psychické následky znásilnění**

Většina prací zabývajících se sexuální agresí se zaměřuje na psychické následky znásilnění a na sexuální život postižených. Pro pochopení mechanismu působení a vyrovnání se s faktem znásilnění je důležité pochopit, co se děje v psychice oběti v průběhu činu, jak se chová a jaký je možný dopad znásilnění na její psychiku v budoucnosti. V současnosti se ve viktimologii prosazuje tendence maximálně detailně popsat specifické důsledky konkrétních trestných činů pro oběť. Trauma oběti znásilnění je nazýváno trauma znásilnění (rape trauma).

### 1.4.1. Rape trauma

I když reakce na znásilnění jsou případ od případu odlišné, můžeme najít základní shody a tendence. Různí autoři popisují skupinu symptomů, které většina obětí znásilnění vykazuje a tyto symptomy zahrnují pod rape trauma - syndrom znásilnění. Ptáček, Čírtková a Žukov (2009) definují rape trauma jako formu posttraumatické stresové poruchy, která se vyskytuje u obětí znásilnění. Termín nepředstavuje konkrétní diagnostickou nebo nosologickou jednotku, pouze vymezuje skupinu znaků, symptomů a reakcí, které charakterizuje stav po prožitém znásilnění. Nejčastěji bývá tedy trauma znásilnění diagnostikováno jako posttraumatická stresová porucha, se kterou se konceptuálně i diagnosticky překrývá. Z psychopatologického hlediska není však u obětí znásilnění identifikována pouze PTSD, ale často též různé formy depresivních poruch (Tommaso et al. 2009, Resnick 1990). Doložené jsou zejména potíže mající povahu úzkostí, depresí, poruch spánku, snížení sexuální apetence a orgastické schopnosti (Kilpatrick et al. 1993, de Lorca, Warren, Ellison, 1981, Santiago et al. 1985; Weiss, Zvěřina 1997). Resnick (1990) uvádí diagnózu závažné depresivní poruchy u 43% obětí znásilnění. Tento autor v další studii popisuje současný výskyt deprese a PTSD u zhruba 30-50% obětí. Dle longitudinálních studií se příznaky posttraumatu objevují u 30% obětí 1 měsíc po znásilnění a u 17,5% v době 4 měsíců po znásilnění. Více než 40% ze všech sledovaných vykazovalo spolu s posttraumatickou stresovou poruchou i symptomy depresivních onemocnění (Resnick et al. 2007). Další studie z této oblasti poukazují na skutečnost, že oběti znásilnění prožívají trauma nejen během, ale i bezprostředně po samotném činu a v četných případech i dlouho po něm (Tommaso, 2009). Obecně se následky znásilnění projevují v dimenzích kognice, emocí, sociálních vztahů (často též pracovního výkonu), intimity a sexu a identity (Welch, Mason 2007). Oběť může mít strach z dalších následků jako je např. infekce HIV viru a z nechtěného těhotenství. U některých obětí se v důsledku znásilnění rozvíjí fobie. Jsou známy i suicidální pokusy (Aguilera, 2000).

Obecně bývá syndrom traumatu znásilnění vymezen několika fázemi. Např. Aguilera (2000) hovoří o dvou fázích. V akutní fázi je oběť konfrontována s příznaky akutní traumatizace a v dalším, dlouhodobém procesu zkouší dostat svůj život opět plně pod kontrolu. Koss et al. (1991) jmenují tři po sobě následující kroky, kterými oběť ve svých reakcích projde: šok, vnější adaptace a integrace.

Během *akutní fáze (fáze dezorganizace)* mohou nastoupit fyzické i psychické reakce. K fyzickým reakcím patří zejména poruchy spánku, poruchy příjmu potravy stejně tak jako tělesné obtíže např. v podobě výtoků a svědění v oblasti genitálu a jiné urogenitální potíže, nepříjemné pocity v oblasti úst a krku po orálním sexuálním styku, bolesti nebo krvácení v rektální oblasti po análním násilí nebo i generalizované bolesti. K psychickým reakcím patří úzkost a strach (ze smrti nebo tělesného onemocnění), pocity ponížení a viny, stud, vztek, pochybnosti o sobě samém. Často dochází k poruchám nálady. Na kognitivní rovině zakouší mnoho obětí myšlenkový blok, amnézii na situaci, nebo se neustále vrací k myšlenkám na to, jak by bývalo bylo možné násilníkovi uniknout, nebo jak se mohly zachovat jinak. Dle Everstina a Everstinové (1991) je akutní fáze traumatizace při znásilnění charakterizována duševním bojem o přežití. Je to obvykle chladný stav mysli, kdy jsou emoce odloženy a oběť se tak může věnovat naléhavému úsilí přežít. Na událost se může vyskytovat časové a senzorické zkreslení. Pokud oběť bojuje, nebo je zraněna, nemusí cítit plnou intenzitu bolesti, protože může být v disociovaném stavu. Po skončení činu přechází oběť většinou do šokové fáze, která může znamenat buď silné emoční reakce, nebo naprostou netečnost, příp. zmatenost. Tato fáze trvá 24 hodin až několik dní. Ze šoku přechází oběť po čase do stavu odmítnutí, během něhož si pokouší dokázat, že znásilnění nezměnilo, ani vážně nepoškodilo její život. Tento stav obvykle trvá od několika dní do několika týdnů. Fáze deprese přichází, když se vztek rezultující ze znásilnění obrátí dovnitř. To se může projevit sebedestruktivním chováním, které má v pozadí ztrátu smyslu vlastní hodnoty, poruchami příjmu potravy nebo sexuálními problémy. Některé osobnostní typy reagují stažením se, uzavřeností a vyhýbání se sociálním kontaktům, což může dosáhnout až fobických rozměrů.

*Fáze reorganizace* může probíhat mnoho týdnů, měsíců i let a je ovlivněna mnoha faktory. Postižená osoba může zcela změnit svůj styl života, může např. změnit místo bydlení, opustit svého partnera nebo jím být opuštěna. Může mít potíže v zaměstnání nebo ve škole, může redukovat na minimum své aktivity. Poruchy spánku a noční můry ve vztahu k prožitému násilí mohou přetrvávat ještě dlouho. Některé oběti trpí fobiemi nebo jinými úzkostnými poruchami (Aguilera, 2000). Arcel (1995) u obětí znásilnění popisuje symptomy posttraumatické reakce jako jsou noční můry, nespavost, výrazné zvýšení nebo snížení hmotnosti, citová otupělost, pláč a deprese, izolace, vyhýbání se společnosti, nadměrná lekavost, specifické strachy,

zejména strach z cizích lidí, nechut' žít dál, nedbalost vůči vlastnímu tělu a mnoho somatických problémů.

Ptáček, Čírtková a Žukov (2009) hovoří o třech fázích, kterými oběť prochází. Jedná se o fázi akutní, fázi povrchní adaptace a fázi renormalizace.

*Akutní fázi* charakterizují dle autorů specifické symptomy, které se mohou u jednotlivých obětí značně lišit. Bezprostřední symptomy mohou trvat dny až týdny a mohou se překrývat s další fází – fází povrchní adaptace. Mívají znaky posttraumatické stresové poruchy ovšem s určitými specifiky, kterými jsou : změna aktivace, otupělost, oslabení schopnosti vnímání, prožívání a paměti, paralyzující anxiety, neovladatelný třes, obsedantně hygienické chování, citová zmatenost a přecitlivělost na chování jiných osob. Ne všechny oběti přitom musí projevovat znaky akutní fáze, některé mohou naopak vykazovat zcela klidné, napadením zdánlivě neovlivněné chování (Resnick et al. 2007).

*Fáze povrchní adaptace* nastupuje několik dní až týdnů po samotném znásilnění. Roli hrají netraumatické osobnostní charakteristiky, míra sociální nebo odborné podpory, případně možné souvislosti sekundární traumatizace (Cybulska 2007, Kaysen et al. 2005). Oběti znásilnění se v této fázi obvykle navracejí do běžného života, mohou se jevit s činem jakoby vyrovnané, nicméně ve většině případů přetrvávají nepříjemné pocity, vnitřní neklid a některé další symptomy: úzkost, pocit bezmocnosti, přetrvávající strach a depresivní nálada, náhlé změny nálady, poruchy spánku, opakující se úzkostné a děsivé sny, flashbacky, disociativní symptomy zvláště ve smyslu depersonalizace, panické ataky, možné patologické obranné reakce ve smyslu sebepoškozování, užívání alkoholu apod. (Čírtková 2001, Resnick et al. 2007, Cybulska 2007). Ve fázi povrchní adaptace je zřejmý vliv na běžné fungování, a to v osobním i sociálním životě: snížené nebo vymizelé pocity osobního bezpečí, obtíže v navazování nových vztahů zejm. s opačným pohlavím, silně narušená oblast intimity a sexu (Čírtková 2001). Oběti často uvádějí, že nejsou schopny znovu obnovit sexuální život v takové kvalitě jako před činem. V některých případech ovšem naopak ženy uvádějí následné nutkání k hypersexuálnímu chování, což je vysvětlováno jako obranný mechanismus, který vede k opětovnému získání pocitu kontroly nad osobním i vztahovým a sexuálním životem (Welch, Mason 2007). Změny oproti dosavadnímu běžnému životu uvádí dále např. Tommaso et al. (2009) nebo Danielson et al. (2009). Jedná se o změny v běžném sociálním, pracovním, rodinném i osobním životě. Jsou charakteristické především zvýšenou úzkostností,



potřebou kontroly, náhlými změnami nálady nebo potřebou radikálních životních změn. Autoři dále uvádějí rozvoj závislosti na alkoholu, tabáku nebo anxiolytikách. Cybulska (2007) a Resick (1990) popisují triádu déletrvajících obtíží, což jsou

- somatické obtíže (bolesti hlavy, únava, generalizované bolesti, bolesti zad, krku a dolních nebo horních končetin, spec. symptomy související s částí těla, která byla útoku pachatele vystavena nejvíce, např. různé nespecifické bolesti v oblasti úst a krku u obětí orálního znásilnění apod.)
- poruchy příjmu potravy, nauzea, nutkání ke zvracení, zvýšený výskyt anorexie/bulímie
- fobie týkající se zejm. strachu z velkého množství lidí, strachu ze samoty, strachu z mužů, strachu z určitých specifických znaků, jako je např. plnovous, zápach alkoholu, určitá značka automobilu, strach z cizích lidí obecně apod. (Burges 1974, Welch 2007)

Ve fázi *renormalizace* oběť integruje prožitek znásilnění do svého běžného života. Během této fáze odeznívá většina negativních symptomů a pocitů a nastává plný návrat do běžného života. Doba za kterou se příznaky traumatu normalizují je velice individuální a závisí především na traumatických charakteristikách osobnosti, podpoře sociálního prostředí a možných souvislostí sekundární traumatizace (Kaysen et al. 2005).

#### **1.4.2. Teorie psychické traumatizace**

Rape trauma syndrom nepředstavuje konkrétní diagnózu, ale spíše souhrnné označení pro nejširší skupinu psychických následků po prožitém znásilnění, a to jak z hlediska jejich symptomatiky, tak z hlediska časového. V klinické praxi ovšem psychiatr musí diagnózu konkretizovat podle MKN-10 (Ptáček, Čírtková, Žukov, 2009). Obecně projevy rape-traumatu zahrnujeme pod symptomy akutní reakce na stres (F 43.0), posttraumatické stresové poruchy (F 43.1) a poruchy přizpůsobení (F 43.2) s důrazem na poruchy v sexuální oblasti. Při závažných okolnostech a dlouhodobé změně chování oběti je třeba zvažovat i diagnózu přetrvávající změny osobnosti po katastrofické zkušenosti (F 62.0)

##### **1.4.2.1. Stres**

Chceme-li se zabývat traumatem, je nejprve třeba vymezit pojem stres. Stres je reakce organismu na stresový podnět. Ve většině odborných publikací se používá

slovo stres ve smyslu „stresová reakce“, tedy ve smyslu odpovědi organismu na podnět. Poprvé popsal stres ve svém rozsáhlém díle z roku 1949 Hans Selye. Obecně uváděná definice zní: „Stres je soubor reakcí organismu na vnitřní nebo vnější změny, narušující normální chod funkcí organismu, nebo dokonce ohrožující jeho existenci.“ Stresor tedy vyvolá stresovou reakci a člověk vědomě či nevědomě reaguje. Pokouší se přizpůsobit. Nastává fáze adaptace. Všeobecný adaptační syndrom (GAS) je specifická hormonální reakce organismu, které se účastní hypofýza, dřeň nadledvinek, aktivizuje se štítná žláza a gonády, je zasaženo více fyziologických dějů. Zvyšuje se obecná aktivační úroveň organismu. Mimo hormonů se může účastnit i extrémní stimulace retikulární formace mozkového kmene prostřednictvím aferentních drah, dochází k aktivaci hypothalamu, ale i thalamu a kortexu. Generalizovaná kortikální aktivita se svojí desynchronizační aktivitou způsobuje i ovlivnění celkové reaktibility, mění se prahy dráždivosti. Stres je tedy biologicky širší pojem.

**Psychický stres** způsobuje nadměrná psychická zátěž. Podle Machače, Machčové a Hoskovce představuje psychický stres emočně negativní výkyv vegetativní tenze (aktivace), který svou inertností snižuje schopnost subjektu vrátit aktivační hladinu k předstresové nebo relaxační úrovni (Machač, Macháčová, Hoskovec, 1985). Chronický stres je podle těchto autorů výsledkem schopnosti našeho nervového systému sčítat negativní emočně vegetativní napětí doznívající z jedné podnětové situace s napětím, které vzniká ve zcela odlišné stresogenní situaci. Aktuální příznaky chronického stresu jsou méně nápadné, ale negativní dopad na organismus je větší. Při dlouhodobé zátěži může dojít k patologickým změnám v psychice i v organismu člověka. Psychologická reakce na stres je tedy taková, že člověk se s celou situací buď vyrovná, nebo dojde k maladaptaci. Pak mohou nastat tělesné i duševní poruchy. Je-li stres příliš silný, trvá-li příliš dlouho nebo opakuje-li se příliš často, může dojít k exhausti adaptační obranné schopnosti a to jak psychické tak fyzické, což může být příčinou psychosomatických poruch. Další možnou reakcí na stres je pasivita nebo aktivní, vlastní vůlí ovladatelná reakce ať už v podobě aktivního vyhýbání se stresu nebo aktivní relaxační odpovědi na stres. Za normálních okolností reaguje člověk na stresor tzv. automatickou poplachovou reakcí, kterou popsal poprvé v r. 1935 anglický fyziolog Cannon jako „útok nebo útek“. Dle Šolcové a Kebzy (1999) stresující vliv určitého podnětu či situace na jedince má vždy individuální charakter. V oblasti psychosociálního stresu

hrají důležitou roli faktory jako význam události, sociální opora a především osobnostní charakteristiky jedince. Určité osobnostní rysy ovlivňují výběr vyrovnávacích strategií, predisponují tak k určitému stylu vyrovnávání se stresem a mohou být vysvětlením odlišné zranitelnosti různých osob vůči stresu. S pojmem stres úzce souvisí termín coping with (zvládání), který zahrnuje racionální způsoby vyrovnávání se s psychickou zátěží a úzkostí, schopnost zvládat různé překážky. Vyjadřuje míru adaptability jedince, tedy míru schopnosti adaptovat se na změnu podmínek. Existují rozsáhlé studie, které prokazují vztah mezi náročnou životní událostí a počátkem různých obtíží. Vyplývá z nich, že náročná životní situace může být jedním z mnoha četných faktorů vyvolávajících různé další stresové situace, psychické změny nebo psychosomatické choroby.

#### 1.4.2.2. Psychické trauma

Nedá se hovořit o kontinuu události od lehce stresující k traumatizující. Psychické trauma vzniká působením jednoho extrémně stresujícího zážitku nebo dlouhotrvající stresové situace, které mají dle ICD 10 následující charakteristiky: příčina je pro jedince vnější, je extrémně děsivá, znamená bezprostřední ohrožení života nebo tělesné integrity a vytváří v jedinci pocit bezmocnosti. Podstatou traumatu je zničení psychických a biologických adaptačních mechanismů jedince. K tomu dochází tehdy, když vnitřní i vnější zdroje již nejsou schopny vyrovnat se s ohrožením. Není-li možný útok ani útek, dochází k dezorganizaci jednotlivých komponent psychické činnosti. Ta má tendenci přetrvávat dlouho po skončení stavu skutečného ohrožení. Kognitivní schémata pro extrémní situace nejsou k dispozici z důvodu nadměrného fyziologického rozrušení. Traumatické události tak vyvolávají hluboké a trvalé změny v oblasti fyziologické, emoční i kognitivní. Jak uvádí Van der Kolk (1996) neschopnost dát smysl zažívanému neumožňuje adaptaci a neúnosně zvyšuje vnitřní aktivaci organismu. Traumatická zkušenost nemůže být asimilována, protože ohrožuje základní představy, které má jedinec o světě a svém místě v něm, tedy vnímání světa jako uspořádaného, smysluplného a bezpečného místa, lidí jako v jádru dobrých a sebe jako integrované, hodnotné a nedotknutelné bytosti. Neuchopitelná zkušenost zůstává obvykle neasimilována a později je nutkavě znovuprožívána.

#### 1.4.2.2.1. *Projevy psychického traumatu*

V souvislosti s traumatickou zkušeností jsou v literatuře uváděny příznaky disociace, nabuzení (hyperarousal), intruzivní příznaky (intrusions) a příznaky stažení, sevření (constriction). Z našich autorů popisuje důsledky psychického traumatu např. Vidinová a Preiss (1999). Disociace znamená oddělení různých duševních procesů, které normálně fungují ve vzájemné integraci. Vzniká z rozporu mezi základními představami a vnímanou realitou, přivádí člověka do stavu vnitřního zmatku. Člověk se nevědomě chrání před přívalem silných emocí, které by pravděpodobně nedokázal udržet pod kontrolou. Traumatizovaná osobnost si může do detailu vzpomínat na celou událost, ale bez jakéhokoliv emočního doprovodu, nebo zažívá intenzivní emoce bez jasné vzpomínky na to, s čím souvisí. Symptomy vyvolané traumatem mají tendenci ztrácet vazbu se svým původcem a „žijí si dále svým vlastním životem“. Pokud vzpomínky, které obvykle nejsou volně přístupné vědomí, pomůže vybavit např. podnět připomínající trauma, vzniká obrovský emoční tlak. Člověk může po dlouhou dobu působit jako dobře přizpůsobený, za určitých podmínek však hrozí nekontrolovatelná afektivní reakce.

***Nabuzení (hyperarousal, hyperaktivita retikulární formace)*** je následkem stálého očekávání nebezpečí. Trvalým vzrušením se organismus udržuje ve stavu, kdy je schopný bojovat nebo uniknout z ohrožující situace. Důsledkem je lekavost, podrážděnost, poruchy spánku apod. Může se objevit generalizovaná úzkost či specifické strachy. Zvýšená fyziologická reaktivita bývá nejvíce patrná při působení podnětu, který připomene trauma a projevuje se náhlou ventilací, tachykardií, třesem, pocením, pocitem nevolnosti či mdlobou.

***Intruzivní příznaky (intrusions)*** jsou neodbytné, vtíravé pocity opakovaného prožívání traumatické události. Vzpomínka může být vyvolána i zdánlivě nevýznamným podnětem, ale její emocionální náboj může být velmi silný. Tyto tzv. *flashbacky* může člověk vnímat jako skutečnou realitu a podle toho se i chovat. V noci se opakují děsivé sny a noční můry. Tělesné pocity úzkosti, strachu nebo studu se mohou objevit i bez konkrétní vzpomínky. Trauma je znovuprožíváno také přímo v chování, opakovaným inscenováním traumatické situace, např. v nutkavě opakované dětské hře nebo ve skryté formě určitých sklonů k opakování traumatické situace u dospělého. Tyto inscenace mohou být nebezpečné, mohou ale také sloužit postupné adaptaci. M. Horowitzová hovoří o „principu zakončování“, jenž využívá

schopnost lidské mysli postupně zpracovávat novou informaci a vřazovat ji do stávajícího vnitřního systému (Herman, 1997). Intruzivní příznaky projevující se vzpomínkami, sny či chováním tak mohou být z terapeutického pohledu chápány pozitivně, ale přesto vzbuzují děs. Pro traumatizovaného člověka znamenají intenzivní emocionální zahlcení, které někdy překračuje hranice zvladatelnosti.

**Příznaky stažení, sevření (*constriction*)** jsou důsledkem situace, kdy byl člověk vystaven totální bezmocnosti a nemohl situaci řešit aktivně. Ze své bezmocnosti mohl uniknout pouze vnitřně – změnou stavu vědomí. Takový stav bývá nazýván traumatický trans a nastupuje bez vědomého rozhodnutí. Krajiní ohrožení vyvolává nejen strach a hrůzu, ale i zcela paradoxně stavy úplného klidu. Vědomí registruje události, ale ty jakoby neměly nic společného se svým skutečným významem. Vnímání je deformované, čas je změněný, prožitky mají rysy nereálnosti. Člověk má v takové situaci pocit, že se vše odehrává mimo jeho tělo, že celá událost je součástí jakéhosi snu. Tyto změny lze chápat jako ochranu před nesnesitelnou psychickou bolestí. Ve chvíli bezmoci mohou být změny stavu vědomí adaptivní. Neadaptivními se stávají při svém přetrvávání. Umožňují odstranění traumatického zážitku z vědomí, zároveň ale brání integračním procesům nutným k psychickému zpracování zkušenosti. Symptomy postihují vedle vědomí, myšlení a paměti také spontánní aktivitu a iniciativu. Postižený se vyhýbá situacím vyvolávajícím vzpomínku na trauma, jeho chování je často motivováno strachem. Iracionálně očekává něco negativního. Příznaky stažení ve svém důsledku vedou k inhibici aktivity, impulzivity a emočního prožívání a tím ochromují celkovou kvalitu lidského života. Provázanost intruzivních a konstrikčních příznaků je jedním z hlavních rysů následků traumatu a projevuje se přítomností dvou extrémních stavů - buď stavu amnézie s možností náhlé záplavy emocí, nebo stavu inhibované aktivity zcela bez emocí. Jedinec, ač se vrátil k normálnímu životu, prožívá každodenní události jakoby z odstupů. Návraty k znovuprožívání traumatu jenom prohlubují pocit vnitřní rozdvojenosti. Dlouhotrvající střídání těchto stavů a z nich plynoucí zoufalství může vést až k touze nebýt, k myšlenkám na ukončení života a k sebevraždě (Vizinová, Preiss, 1999). Fenomén bezmoci související s traumatem znásilnění zasahuje často do vztahů. Ať už intimních, rodinných či abstraktních, které jsou charakterizovány vírou v určitý systém hodnot. Důsledkem traumatu je ztráta důvěry v sebe a ostatní, zranitelnost a stud z prožité bezmoci. Často se připojuje pocit viny za vlastní zavinění, přežití, neschopnost aktivně zasáhnout, nebo pocit viny zcela iracionální.

Traumatizovaný jedinec mnohdy vnitřně osciluje mezi krajní izolací a touhou po silném, ochraňujícím vztahu.

#### *1.4.2.2.2. Následky psychického traumatu*

Následky psychického traumatu se podle ICD 10 v našich podmínkách vyskytují nejčastěji v souvislosti s nehodou, železničním či důlním neštěstím, požárem, sexuálním zneužitím, týráním, přepadením, únosem, válečnými zážitky a zkušenostmi s politickou nebo náboženskou perzekucí, pokusem o vraždu či jinou násilnou trestnou činností, kam samozřejmě patří i znásilnění. Následky se týkají nejen obětí, ale i náhodných svědků takových činů. Znásilnění se týká zjištění, které říká, že je-li traumatizující situace vyvolána člověkem, je porucha zřetelně intenzivnější a trvá déle.

Kleber (1995) uvádí, že citlivost vůči traumatické zkušenosti ovlivňují takové faktory jako například stupeň kognitivního rozvoje, míra schopnosti odolávat zátěži, kvalita mezilidských vztahů, síť sociální podpory, předchozí traumatizující zkušenost a její zpracování, osobnostní faktory a kulturní prostředí. Existují diagnostická kritéria, která stanovují hranici, za kterou jsou události obecně považovány za traumatické.

Traumatickým stresem a jeho psychologickými a neurobiologickými důsledky se z našich autorů zabývá také Bob (2003), který uvádí poznatky studií posledních přibližně patnácti let, kdy bylo zjištěno, že prožívaný stres má bezprostřední biologické důsledky, mezi které náleží jako první zjevné symptomy tachykardie a hyperarousal. Působení traumatického stresu narušuje nejen normální funkce vědomí, ale zároveň také normální funkce CNS, zejména funkce limbického systému. Neurobiologické projevy stresu spočívají v první řadě v poruše vztahu mezi strukturami hypotalamu, hypofýzy a dřeně nadledvinek, takzvané hypotalamo-hypofyzo-adrenální osy. Charakteristické poruchy této osy jako reakce na stres a trauma se projevují již zmíněnou tachykardií, dále pak labilitou autonomního nervového systému a zvýšením hladiny adrenalinu a kortizolu (Bremner, 1999, Read et al., 2001, Walker, DiForio, 1997). Dochází k poruchám inhibičních systémů v důsledku senzitivace, která vede k extrémní citlivosti vůči malým, jinak podprahovým stimulům, zvýšené neuronální excitabilitě a emoční deregulaci. Traumatický stres se projevuje poruchou konsolidace paměti především v amygdale, hippocampu a prefrontálním kortexu. Dochází ke vzniku traumatické paměti a

procesu disociace traumatických vzpomínek od vědomí. Tyto procesy souvisejí s disociací jako psychologickou formou reakce na traumatický stres (Havens, 1966, Janet, 1890, van der Hart, Friedman, 1989, Hilgard, 1986, Frankel, 1996, Bob, 2003, Spiegel, Cardena, 1991, Spiegel, Cardena, 1991, Putnam, 1997, Meares, 1999).

Z neurobiologických poznatků o důsledcích traumatického stresu plynou důležité závěry pro psychoterapii psychicky traumatizovaných osob.

### **Posttraumatická stresová porucha (PTSD)**

Posttraumatická stresová porucha je opožděnou a protrahovanou odpovědí na stresovou událost. Má krátké nebo dlouhodobé trvání. Symptomy se mohou objevit bezprostředně po traumatu, není však neobvyklý začátek symptomu s latencí měsíců až let. Pokud se objeví během šesti měsíců po traumatu a netrvají déle než šest měsíců, mluvíme o *akutním typu* a prognóza remise je dobrá. Projevili-li se symptomy později než za šest měsíců po traumatu a trvají-li šest měsíců a déle, diagnostikují se jako chronický *nebo opožděný typ*. V tomto případě je průběh obvykle závažnější.

První informace o účincích traumat v souvislosti s opožděnou reakcí pocházejí z americké občanské války. Později byly doplněny a rozšířeny o zkušenosti z první a druhé světové války. Traumatické zážitky vězňů v koncentračních táborech byly souhrnně popsány jako „syndrom přežití“. Tento pojem se začal později používat ve spojení s psychickými poruchami vyvolanými i v míru traumatickým zážitkem jako je pouliční násilí nebo znásilnění, vážná přepadení či ohrožení. Posttraumatická stresová porucha se může objevit i u člověka, který nebyl traumatickou událostí postižen přímo, ale byl pouze svědkem jejích následků. Příznaky psychického posttraumatu jsou popsány např. i u záchranářů nebo zdravotníků.

Základním znakem posttraumatické stresové poruchy je rozvoj charakteristických symptomů, které vedou k oslabení obranných mechanismů a sociálního fungování. Patří sem znovuprožívání traumatické události (flashback), snížení zaujetí zevním světem a různé autonomní, dysforické nebo kognitivní symptomy (ICD 10). Malá shrnuje následky dlouhodobého stresu a násilí takto: ztráta identity, poruchy sebehodnocení, ztráta časové kontinuity, flashbacky, disociativní fenomény (zejm. dysmnézie a alternace osobnosti). Posttraumatickou stresovou poruchu souhrnně charakterizuje: zlihostejněním, zmrtněním, znecitlivěním, depersonalizací, dissociativní dysmnézií, odtažením se od klíčových osob (Malá a kol., 1995). Autoři dále hovoří o změnách neurohumorálních reakcí a imunosupresi, o

změnách neurotransmiterů – dopaminu, nordadrenalinu a endogenních opiátů. V CNS dochází k aktivaci oblastí amygdaly (vyvolání emočně laděných vzpomínek), hypothalamu a hippocampu (porucha explicitní, tj. deklarativní dlouhodobé paměti). Klinicky se zmíněné změny projevují anxiétou, flashbaky a dalšími psychickými reakcemi, mezi které patří neregulované afekty, alterace vědomí, alterace sebepercepce, alterace ve vztahu k druhým a alterace systému vnitřních hodnot. Tichý upozorňuje na skutečnost, že lidé s PTSD mohou mít na základě své traumatické zkušenosti jiné hodnotové a morální normy, mohou mít rozporuplný vztah ke smrti a k hranici života a smrti, pocit celkového znejistění. Anticipují ohrožení z okolí, nemají smysl života (“k čemu žít, nač budovat vztahy a snažit se, když stačí jedna událost, za niž člověk nemůže, a ta vše zničí”). Zároveň mohou mít pocit zneuznaného hrdiny (“zažil jsem něco, co ostatní ne, mám tedy nárok na něco více než vy, ale vy to vůbec neuznáváte”). Může dojít ke vzniku příznaků mnohočetné osobnosti – pacient se chová jako by měl dvě nebo více osobností, které fungují relativně nezávisle na sobě a každá z nich ovlivňuje jeho chování v různých časových obdobích (Vodáčková 1996).

### **Akutní reakce na stres**

Akutní reakce na stres je přechodná porucha významné závažnosti. Obvykle odeznívá během několika hodin nebo dnů. Riziko rozvoje poruchy je větší, je-li jedinec fyzicky vyčerpán nebo jsou-li přítomny určité organické faktory (např. ve stáří). Důležitá je individuální zranitelnost a schopnost zvládat stres. Jako znak poruchy v oblasti psychického, sociálního nebo profesního fungování je uváděna i neschopnost praktického řešení lékařské nebo právní pomoci (Fortinash et al., 1996). Haber uvádí v souvislosti s akutní reakcí na extrémní stres následující disociativní, kognitivní, emocionální, fyziologické a vztahové symptomy (Haber, 1997):

<i>Disociativní symptomy</i>	<i>subjektivní pocit ztuhnutí či strnutí, zúžení zorného pole (snažení je upnuto na jediný cíl vše ostatní je nepodstatné), derealizace, depersonalizace, disociativní amnézie</i>
<i>Fyziologické symptomy</i>	<i>poruchy spánku, zvýšené úlekové reakce, tělesné reakce na stimuly svázané s traumatickým prožitkem, zrychlený tep, zvýšený krevní tlak, vyšší hladina katecholaminů v moči</i>
<i>Kognitivní symptomy</i>	<i>poruchy koncentrace, vtírající se intenzivní vzpomínky na traumatickou</i>



	<i>událost, náhlé znovuprožívání traumatické události, iluze, halucinace psychogenní amnézie (nemožnost rozvzpomenout se na určité aspekty traumatu)</i>
<i>Emocionální symptomy</i>	<i>zvýšená dráždivost, vyhýbání se pocitům souvisejícím s traumatem, výbuchy agresivního chování, omezené prožívání emocí, neschopnost prožitku lásky a blízkosti, přecitlivělost, emoční labilita, pocity viny, neschopnost těšit se z přátelství a činnosti, úzkost a strach, pocity odcizení, fobie</i>
<i>Projevy v chování</i>	<i>selhávání v situacích připomínajících trauma, ztráta zájmu o dřívější aktivity, psychogenní fuga, neklid, impulzivita, sexuální poruchy, potíže dokončovat úkoly, nadužívání alkoholu a drog, léková závislost, sebepoškozování</i>
<i>Vztahové symptomy</i>	<i>odtažení se a izolace, neschopnost prožívat intimitu, něhu a lásku, partnerské problémy, strach z blízkosti a „otevření se“ druhému</i>

### **Srovnání akutní reakce na stres a posttraumatické stresové poruchy**

Aguilera (2000) uvádí tři body ve kterých se akutní reakce na stres odlišují od posttraumatických: 1) postižený vykazuje minimálně tři symptomy poukazující na disociaci, 2) doba rozvoje a trvání symptomů je kratší, 3) symptomy disociace brání postiženému v úspěšném zvládnutí traumatu. Srovnání akutní a posttraumatické stresové reakce uvádí Aguilera v podobě následujícího přehledu:

<b>projev traumatu</b>	<b>ASD</b>	<b>PTSD</b>
<i>Postižený prožívá událost jako ohrožující vzhledem k aktuálnímu nebo budoucímu životu, zdraví nebo fyzické integritě u sebe sama nebo u jiné osoby.</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>
<i>Postižený reaguje intenzivními pocity strachu, hrůzy nebo bezmoci.</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>
<b>Symptomy</b>	<b>ASD</b>	<b>PTSD</b>
<i>Znovuprožívání traumatu</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>

<i>Vyhýbání se věcem nebo skutečnostem připomínajícím trauma</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>
<i>Přítomnost fyziologických korelátů nadměrného vzrušení</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>
<i>Příznaky disociace</i>	<i>ano</i>	<i>ne</i>
<i>Klinicky nápadné pocity strachu a viny</i>	<i>ano</i>	<i>ano</i>
<b>Časový průběh</b>	<b>ASD</b>	<b>PTSD</b>
<i>Trvání symptomů</i>	<i>2 dny – 4 týdny</i>	<i>1 měsíc</i>
<i>Nástup symptomů</i>	<i>po 2 dnech až 4 týdnech</i>	<i>kdykoli (dokonce i po letech po traumatu)</i>

### **Poruchy přizpůsobení**

I porucha přizpůsobení může být následkem znásilnění. Objevuje se zpravidla do jednoho měsíce po znásilnění. Nemusí tomu tak být vždy, odstup od expozice stresorem může být i delší. Trvání příznaků by nemělo překročit dobu šesti měsíců a obtíže se projevují jako krátkodobé či protahované depresivní reakce, smíšené depresivní a úzkostné reakce, reakce s převládající poruchou emocí nebo chování. Příznaky mohou trvat i déle, kdy sekundární stresor (např. na základě znásilnění vzniklá frigidita) může být faktorem, který přetrvává a anxiózně-depresivní symptomatiku posiluje a chronifikuje (Ptáček, Čírtková, Žukov, 2009).

### **Přetrvávající změny osobnosti po katastrofické události**

Tato porucha je charakterizována nepřátelským, nedůvěřivým postojem ke světu, sociálním stažením, pocity prázdnoty a beznaděje, chronickým pocitem existence na „okraji“, pocitem trvalého ohrožení, odcizením (Ptáček a kol. 2009).

#### **1.4.3. Specifické faktory sexuální viktimizace v období dospívání**

Everstin a Everstinová poukazují na odlišnosti znásilnění u dospělých a dospívajících. Dospívající, který zažije znásilnění, si často odmítá připustit své

emoční zranění. „Komunikace s traumatizovanou obětí vyžaduje delikátní pokus o kontakt se „zraněným, poděšeným dítětem“ bez narušení jeho přiměřeného úsilí o nezávislost. Sexuální útok je útokem na teritoriální hranice jedince.“ Oběti znásilnění běžně pociťují matoucí pocit osobní fragmentace a dezorientace vyvolaný tímto druhem narušení hranic. Pocit ztráty osobní integrity či celistvosti může být zvláště devastující u dospívajících, kteří jsou ještě stále v procesu vymezování vlastní osobnosti a individuace. Může vést až ke stavům depersonalizace (Everstin, Everstin, 1991).

Literatura uvádí další problémy dospívajících obětí znásilnění. Patří sem změněná percepce vlastní schopnosti ovládat okolí způsobená konfrontací se situací úplné bezmocnosti. Další problémy se týkají základní důvěry oběti v ostatní lidi, vyvíjející se sexuální identity adolescenta a role sexu v jeho dalším životě ( Vizinová, Preiss, 1999). Adolescenti jsou svou povahou narcističtí a egocentričtí, mají sklon pohlížet na příčinnost v termínech sebe a jsou tak zranitelnější vůči sebeobviňování, které situace po znásilnění obecně přináší. Mohou mít pocit, že znásilnění nějak zavinili, že jsou špatní a bezcenní. U adolescentů se také objevuje strach z omnipotence sexuality a je pro ně nadále důležité, aby svou sexualitu nechápali jako něco nebezpečného, ale jako přirozenou součást života.

Dalším faktorem u dospívajících je důležitost rodinného zázemí a práce s celým rodinným systémem při psychologické intervenci. Podporu potřebuje oběť i její rodina, která může nést břemeno hněvu, vzteku a obviňování. Při práci s dospívajícím si terapeut musí být vědom jeho vývojové fáze. Dospívající může mít potřebu vrátit se do terapie ještě po čase a zvládnutí traumatu dokončit v pozdějším vývojovém období (Říčan, Krejčířová, 1997).

#### **1.4.4. Specifické faktory sexuální viktimizace mužů**

Zatímco viktimologické aspekty sexuálního násilí na dětech a ženách mají svou publicitu, sexuální agrese spáchaná na mužích zůstává víceméně neznámým a skrytým jevem.

Jako pachatelé sexuálního násilí na mužích jsou častěji uváděni muži - například podle údajů amerického Národního centra pro posttraumatickou stresovou poruchu ([http://www.ncptsd.va.gov/facts/specific/fs\\_male\\_sexual\\_assault.html](http://www.ncptsd.va.gov/facts/specific/fs_male_sexual_assault.html)), 5. 4. 2010) jsou pachateli až 86% případů mužské viktimizace. Objektem ani pachatelem homosexuální sexuální agrese přitom nemusí být nutně člověk homosexuálně

orientovaný. Je známo, že většina pachatelů jsou heterosexuálové, kteří mají za normálních podmínek sexuální vztahy výlučně se ženami. Obětí sexuálního násilí se pak nejčastěji stávají mladí muži a adolescenti. Pachateli jsou v těchto případech většinou neznámí útočníci nebo osoby v nerovnoprávném postavení, nadřízení, učitelé, vychovatelé apod. Zmiňována byla i možnost sexuální agrese na muže ze strany ženy.

Ač je výzkum zaměřený na charakteristiky mužských obětí teprve v začátcích, dostupné poznatky a klinická praxe svědčí o tom, že i muž se může stát obětí znásilnění a následky tohoto činu mohou mít u mužských obětí dokonce závažnější formy a průběh než u žen. Dostupná data jsou v rozporu s názory mnoha lidí, že totiž sexuální útoky proti mužům jsou ojedinělé a vyskytují se téměř výlučně ve válce, ve věznicích nebo jiných institucionálních zařízeních.

V postojích k sexuálnímu násilí obecně se odráží historický a transkulturní kontext, ve kterém se odehrává. Zatímco žena nebyla vždy v historii a v každé kultuře uznávána jako rovnocenná partnerka muže, která má právo rozhodovat o vlastním sexuálním životě, tradiční koncept mužské sexuální role a tradiční pojetí maskuliny představu muže jako oběti sexuálního násilí zcela vylučují. Jak uvádí Howard (1984), tradiční pohlavní stereotyp nepřipouští, že by muž nebyl schopen sám sebe v této oblasti ochránit. Sociální stereotypy předpokládají, že muž nedává najevo emoce, očekává se od něj fyzická síla, nezávislost a soběstačnost, v sexuální oblasti pak dominance a aktivní role. Pro muže je obtížné přiznat, že byl znásilněn a připustit tak své emoční zranění. Důsledkem traumatu a jeho vytěsňování jsou pak v těchto případech psychické problémy, které mohou být zárodkem posttraumatické stresové poruchy. A traumatizovaný, psychicky labilní muž jen obtížně dostojí tradičním požadavkům své role.

Následky rape-traumatu u mužů nejsou méně závažné než u sexuálně traumatizovaných žen a mají často i stejné příznaky (Anderson, 1982, Coxel a King, 1996, Scarce, 1997, Turner, 1992). Patří mezi ně ztráta sebedůvěry, citové odcizení, sexuální dysfunkce, fobie ze znásilnění, u mužů pak i zmatek v sexuální roli a pochybnosti o sexuální orientaci, pocity hanby a provinění, nedůvěra v okolí, zmatení, urážlivost, agresivita.

Díky odlišným zkušenostem, které jsou dané specifikami mužské a ženské psychiky i sociální a sexuální role mohou být emocionální symptomy související s traumatem znásilnění u žen a mužů v určitých aspektech i odlišné. Pro muže může

být obtížnější přijmout traumatizující zkušenost znásilnění a tendence k vytěsnění takové události je proto u nich často výraznější. King, Coxel a Mezey (2002) shledali u znásilněných mužů i zvýšenou pravděpodobnost sebepoškozujícího jednání. Vysvětlují, že takovýto druh chování je zástupný za jiné pocity, jako jsou například úzkost a deprese. I Chester (1998) uvádí, že popírání traumatické zkušenosti u mužů vede často k sebepoškozujícímu chování, včetně sebezraňování, sebevražedných pokusů a závislosti na alkoholu a drogách. Kalichman et al. (1998) referují o tom, že právě nadužívání alkoholu a drog je významnou proměnou objevující se u mužů v souvislosti se sexuálním násilím. Mužské oběti sexuálního násilí spáchaného mužem vypovídají častěji než muži bez této zkušenosti i o nadužívání drog v sexuálním kontextu (Kalichman a Rompa, 1995).

Podle výzkumu Struckman-Johnsonové a Struckman-Johnsona (1994) vykazují závažnější psychické následky probandi, kteří byli k sexu přinuceni mužem. Naprostá většina mužů s homosexuálním násilným kontaktem v anamnéze prožívala tuto zkušenost jako psychické trauma. V případech heterosexuálního kontaktu byla takováto zkušenost hodnocena negativně pouze pětinou obětí.

V situaci bezprostředně po psychické traumatizaci je důležitá podpora a pomoc sociálního okolí, případně i odborná intervence. Utajení tohoto traumatu, mlčení oběti (ke kterému právě mužské oběti mají zvýšenou tendenci) nebo neposkytnutí podpory blízkými osobami nebo odborníky může nejednou vést i k závažnému prohloubení následků činu. Kassing a Prieto (2003) uvádějí u mužů jako důvody zamlčení traumatu obavu obětí, že jim okolí neuvěří, nedostatek dostupné léčby a pochybnosti obětí o vlastní sexuální identitě. Dle Chesterové (1998) heterosexuální muži nehlásí sexuální agresi ze strany jiných mužů, protože se bojí, že budou označeni za gaye, zatímco homosexuálové se obávají negativní reakce ze strany policie. Rovněž pro okolí bývá nesnadné akceptovat muže, který trpí následky traumatu a uvěřit tomu, že se nedokázal násilí ubránit. Chesterová (1998), která provedla interview s 50 mužskými oběťmi znásilnění, uvádí, že heterosexuální muži často nezískali dostatečnou podporu a ujištění o přijetí ani od svých partnerek. Ty se často s obavami tázaly, zda muž nezkoušel homosexuální praktiky, některé dokonce ukončily vztah z důvodu psychické lability partnera. Dlouhodobí partneři homosexuálních obětí zase pochybovali, zda oběť byla skutečně ke styku přinucená a nebyla jim ve skutečnosti spíše nevěrná.

## **Shrnutí:**

Dopady znásilnění mohou mít v nejtěžších případech podobu tzv. rape-traumatu, traumatu znásilnění. Jedná se o formu posttraumatické stresové poruchy. Termín nepředstavuje konkrétní diagnostickou nebo nosologickou jednotku, pouze vymezuje skupinu znaků, symptomů a reakcí, které charakterizují stav po prožitém znásilnění. Podstatou psychického traumatu je zničení adaptačních mechanismů jedince. Příčina je pro jedince vždy vnější, výrazně děsivá a znamená bezprostřední ohrožení života nebo tělesné integrity. Podle ICD 10 platí, že je-li traumatizující situace vyvolána člověkem, je porucha intenzivnější a trvá déle. Z psychopatologického hlediska jsou u obětí znásilnění doloženy často různé formy depresivních a úzkostných poruch. Obecně se následky znásilnění projevují v oblastech kognice, emocí, sociálních vztahů, pracovního výkonu, identity, intimity a sexu. Působení traumatického stresu narušuje nejen normální funkce vědomí, ale zároveň také normální funkce centrálního nervového systému. Trauma znásilnění má svou dynamiku, probíhá v několika fázích - od akutní fáze (akutní stresové reakce) přes fázi adaptace, kdy mohou přetrvávat patologické symptomy jako je úzkost, neklid, pocity bezmoci, děsivé sny, flashbacky apod. až po fázi, kdy je prožitek znásilnění integrován do běžného života, kdy odeznívá většina negativních symptomů a pocitů a nastává plný návrat do běžného života. Doba, za kterou se příznaky normalizují, je individuální a závisí na charakteristikách osobnosti, podpoře sociálního prostředí, případné odborné péči a možných souvislostech sekundární traumatizace.

V klinické praxi jsou v souvislosti s rape-traumatem používané diagnózy: akutní reakce na stres (F 43.0), posttraumatická stresová porucha (F 43.1) a poruchy přizpůsobení (F 43.2). Predispozičním faktorem může být již existující psychopatie. Důsledkem traumatu v jakémkoliv věku je ztráta důvěry v sebe a ostatní, zranitelnost a stud z prožité bezmoci. Připojuje se často pocit viny za „vlastní zavinění“, přežití, neschopnost aktivně zasáhnout, nebo zcela iracionální pocity viny. Neobvykle silný a traumatizující stres může narušit obraz bezpečnosti světa a sekundárně i smyslu života. Traumatizovaný jedinec mnohdy vnitřně osciluje mezi krajní izolací a touhou po silném, ochraňujícím vztahu. Z emoční lability, deprese nebo pocitů viny může vzniknout sebeohrožující či sebevražedné jednání.

Při závažných okolnostech a dlouhodobé změně chování oběti je třeba zvažovat i diagnózu přetrvávající změny osobnosti po katastrofické zkušenosti

(F 62.0).

Specifické jsou dopady znásilnění u dospívajících, kteří jsou díky své vývojové fázi zranitelnější a hrozí jim hlubší zásah do osobní integrity a důvěry v sebe, okolí a v sexualitu jako v zásadě dobrou a obohacující dimenzi lidského života.

Co se týče sexuální viktimizace mužů, dosavadní poznatky jednoznačně prokazují, že je toto téma podceňováno a v odborné literatuře mu zatím není věnována dostatečná pozornost. Přitom výzkumy svědčí o tom, že se nejedná o jev marginální ani z hlediska četnosti výskytu, ani z hlediska závažnosti jeho následků.

## **1.5. Psychologická pomoc obětem znásilnění**

### **1.5.1. Vyrovňovací strategie a obranné mechanismy**

Každý jedinec disponuje vrozenými vyrovňovacími strategiemi, přirozenými obrannými mechanismy a schopností vědomě řešit náročné životní situace či krize ať už za pomoci svépomoci nebo pomoci dostupné v rodině a v přirozené komunitě. Někdy tyto mechanismy nestačí a ke zvládnutí negativních dopadů traumatické události je třeba odborné pomoci.

**Vrozené vyrovňovací strategie** jsou vývojově staré a mají za úkol zajistit přežití. Fyziologicky jde o vybuzení určité části vegetativního nervstva zajišťujícího aktivaci nebo útlum. Ve smyslu aktivace vegetativního nervstva, sympatiku, jde o reakce typu *útok* a *útek*. Za ještě starší můžeme považovat extrémní aktivaci, hyperkinetickou reakci, která se vyznačuje vysokým stupněm dezorganizovanosti – jejím cílem je patrně rychle organismus nažhavit k akci, ale neřízeným způsobem. Jejím ekvivalentem je *panika*. Reakce ve smyslu útlumu jsou zajištěny jinou etáží vegetativního nervstva, parasimpatikem. Velký stres někdy paradoxně ústí do útlumové reakce – *ztuhnutí*. Ve světě zvířat takovou reakci známe jako způsob stavění se mrtvým. U lidí má taková reakce rovněž podobu ztuhnutí, jsou zablokovány myšlenkové pochody a někdy má člověk tendenci omdlít. Ve velkém stresu se často stírají vyšší a zralejší vrstvy osobnosti a přicházejí ke slovu právě tyto mechanismy, které jsou v podstatě na úrovni instinktů zajišťujících přežití (Vodáčková, 2002).

Mezi přirozené psychické obranné mechanismy patří:

- **regrese** - ochranný proces, jehož podstata tkví v návratu k vývojově starším osvědčeným vzorcům chování v situaci mezního ohrožení. Vývojově mladší vrstvy „já“ jsou dočasně setřeny a dostupnější je chování z ranějších ontogenetických fází.
- **disociace** - ochranný proces, při němž se dva psychické prvky od sebe oddělí a koexistují vedle sebe, aniž by se propojily (Rycroft, 1993). Důvodem je necítit bolest pod tlakem neúnosných prožitků. Tato reakce umožňuje přežít náročné a nepříznivé životní podmínky
- **skotomizace** - ochranný proces, při němž subjekt nevnímá ohraničené oblasti svého prostředí nebo sebe sama. *Scotoma* je latinsky prázdná oblast zrakového pole (Rycroft, 1993). Dle Vodáčkové (2002) může jít o důsledek prožitků, které nelze přijmout a integrovat. Např. se může odrazit ve vzpomínkách na určitou událost, kdy si nelze vzpomenout na vše, vzpomínky jsou buď nedostupné, zkrácené nebo kusé. Může se to projevit také v neschopnosti empatie s někým, komu se stalo něco podobného

Za vyrovnávací strategie považujeme i **vědomé adaptivní postupy**, které se osvědčují, jsou užitečné a napomáhají uchování duševní rovnováhy.

Vodáčková uvádí následující inventář vědomých adaptivních postupů používaných v náročných životních situacích (Vodáčková 2002):

- Kontakt s pocity, schopnost ulevit si pláčem, hněvem, schopnost zorientovat se v ambivalentních pocitech, respektovat emoce u druhých lidí
- Schopnost sdílet a sdělovat
- Dobrý kontakt s tělem
- Kontakt s vlastními potřebami
- Vědomí vlastních hranic (např. schopnost říkat souhlas či nesouhlas podle vlastních potřeb)
- Orientace v situaci s využitím dostupných prostředků a informací
- Schopnost využít vlastní starší zkušenosti
- Schopnost využít zkušenosti blízkých lidí
- Schopnost využít potenciálu přirozené komunity
- Schopnost využít vzorců kolektivního chování
- Inspirace literárními příběhy
- Otevřenost neobvyklým tvořivým řešením, zapojení fantazie
- Víra a naděje
- Smysl utrpení

V případech, kdy postižený není schopen situaci nouze řešit vlastními silami a z vlastních zdrojů, přichází ke slovu odborná pomoc, krizová intervence případně dlouhodobější psychoterapie. Čírtková (2004) uvádí, že dopad trestného činu na



oběť je vždy individuální. Zlomový, rozhodující vliv na vznik důsledků v podobě rozvoje posttraumatické stresové poruchy má především dění, které se odehrává v době po spáchání trestného činu a to, jakou strategii postižená osoba používá při vyrovnání se s traumatickou událostí. Vzniku posttraumatické stresové poruchy lze předejít správnou a včasnou podporou v privátním okolí, eliminováním rizik sekundární viktimizace a včasnou odbornou intervencí, která musí být šitá na míru. Reakce profesionálů i nejbližšího okolí je totiž jediný faktor, který můžeme spolehlivě a programově ovlivňovat ve prospěch oběti.

Krizová intervence a případná navazující krátkodobá terapie v akutním stadiu nebo i po delší době po činu spočívá především v práci s úzkostí, strachem a dalšími posttraumatickými symptomy. Odborníci obvykle doporučují pro znásilněné ženské oběti jako vyšetřovatelky a jako terapeutky ženy, které jsou v tomto případě, zejména v počátečních fázích terapie méně ohrožující. Rovněž v případech dlouhodobé psychoterapie žen s psychickými poruchami v jejichž osobní historii nalezneme traumatickou zkušenost se sexuálně agresivním jednáním je jako psychoterapeutka vhodná žena. U sexuálně traumatizovaných mužských obětí může terapeut - muž pomoci zejména korektivní zkušeností bezpečného vztahu s mužem, který nepřestupuje hranice a dodržuje normy. Foy (1992) uvádí, že psychoterapie stojí na přesvědčení, že oběť násilí nenese vinu za to, co se stalo, že neexistuje omluva pro násilné porušení jejích přirozených hranic a integrity, že její pocity jsou přiměřené a pochopitelné. V traumatické situaci neměla na výběr, nemůže za ni být tedy zodpovědná.

Profesionál, pracující s obětí sexuálního trestného činu ji nesmí odsuzovat a projevovat nedůvěru. Cílem je pomoci oběti, aby svoje reakce přijala jako normální a přirozeně směřovala agresivní impulsy v podobě zlosti, vzteku a nenávisti, původně namířené proti pachateli vně a ne dovnitř sebe. Aby porozuměla svým potížím jako reakci na trauma. Návrat k traumatickým vzpomínkám během psychoterapie umožňuje přístup k obranným mechanismům, které slouží k udržení pouze zdánlivé integrity. Abreakce silných emocí umožňuje výraznou úlevu a obnovení vnitřního kontaktu se svým tělem. Psychoterapie usiluje o vytvoření realistického vnímání sebe sama včetně svého těla.

Z hlediska nejnovějších neurobiologických poznatků o důsledcích traumatického stresu je třeba přihlížet k riziku retraumatizace v souvislosti se znovuvybavováním traumatické události. Důležité je proto vytvoření bezpečného

psychoterapeutického vztahu a pozitivního rámce intervence, kdy se pracuje s pozitivním obrazem „překonání“ traumatizující události a její integrace do dalšího života, s párováním nepříjemných pocitů s příjemnými pocity bezpečí, přijetí a zvládnutí v prostředí dobrého pracovního společenství a v mysli pacienta např. při imaginaci, hypnóze, relaxaci... V některých případech bývají k terapeutické intervenci přizvány i blízké vztahové osoby nebo rodina oběti. Nezanedbatelnou úlohu hrají podpůrné patientské skupiny.

Při terapii znásilnění je obecně, tak jako při terapii traumatu, popsáno mnoho terapeutických metod a technik. Důležité je v každém případě dodržet dva základní principy, které shrnuje Vizinová a Preiss (1999) následovně: *“terapeut je ten, kdo chrání, nevyužívá a je naprosto spolehlivý, terapeutické prostředí podporuje sebevědomí, sebezpřijetí a relativní nezávislost v rámci životních okolností a vývojového období klienta”*.

## **1.5.2. Krizová intervence a psychoterapie v léčbě psychické traumatizace**

### **1.5.2.1. Krizová intervence – definice**

Publikace „Krizová intervence“ definuje tuto metodu jako odbornou metodu práce s klientem v situaci, kterou osobně prožívá jako zátěžovou, nepříznivou, ohrožující. Krizová intervence pomáhá zpřehlednit a strukturovat klientovo prožívání a zastavit ohrožující či jiné kontraproduktivní tendence v jeho chování. Krizová intervence se zaměřuje jen na ty prvky minulosti či budoucnosti, které bezprostředně souvisí s pacientovou krizovou situací. Krizový pracovník klienta podporuje v jeho kompetenci řešit problém tak, aby dokázal konstruktivně zapojit své vlastní síly a schopnosti a využít potenciálu přirozených vztahů. Krizová intervence se odehrává v rovině řešení problému a překonávání konkrétních překážek (Vodáčková, 2002). Krizová intervenci dělíme na intervenci face to face a telefonickou krizovou intervenci poskytovanou linkami důvěry.

Krizovou intervencí trvá po dobu klientova krizového stavu. V případě ambulantního kontaktu jde zhruba o jedno až tři setkání s odstupem několika dní. V případě hospitalizace bývá často doporučováno trvání pěti dní krizového pobytu.

### 1.5.2.2. Psychoterapie – definice

Obecně vzato je psychoterapie léčba psychologickými prostředky. Širší definice říká např., že psychoterapie je soubor verbálních, neverbálních a paraverbálních psychologických technik užívaných psychoterapeutem k zvýšení duševního zdraví klienta či pacienta nebo ke zlepšení vztahů uvnitř skupiny, např. rodiny. Jedná se o odbornou metodu, vhodnou v určitém životním období klienta, v němž se zvýšila jeho vnímavost k otázkám kvality vlastního života natolik, že se rozhodl hledat cestu vnitřní změny. Někdy psychoterapie navazuje na lékařskou diagnostiku a terapii, zejména psychiatrickou, nebo je s ní provázána. Cílem je odkrytí hlubších psychických problémů a nalezení vhodných způsobů jejich řešení. Psychoterapeutická léčba může být zaměřená na specifická duševní onemocnění nebo poruchy i na problémy běžného života (vztahové problémy, existenciální krize, soužití s těžce nemocnou osobou apod.). Řešení druhé skupiny problémů je vhodnější nazývat poradenstvím než psychoterapií. Během minulého století vznikla především v Evropě a USA řada různých psychoterapeutických přístupů. Současní psychoterapeuti užívají často ekletické metody, kdy svůj přístup upravují podle aktuálních potřeb klienta. Z hlediska časového trvání lze psychoterapii rozdělit do několika kategorií. Krátkodobá, emergentní psychoterapie propojuje prvky krizové intervence s prvky psychoterapie a např. podle Bellaka (1995) zahrnuje 6 sezení. Bývá zaměřena na odstranění symptomu, ale poskytuje i možnost, aby se klient rekonstituoval na vyšší úroveň než předkrizovou (Vodáčková 2002). Krátkodobá psychoterapie (do 20 sezení) si klade omezený cíl, kterým je vyřešit a odstranit ohraničenou symptomatologii, nebo ji alespoň zmírnit. Střednědobá (do 50 sezení) a dlouhodobá psychoterapie (nad 50 sezení) trvá obvykle několik let. Jde o práci v daleko širším záběru postihujícím více psychických komponent. Podle Kratochvíla (1987) je cílem dlouhodobé psychoterapie „redukace, resocializace, reorganizace, restrukturační nebo integrace celé klientovy osobnosti“. Práce s akutním reparačním nebo posttraumatickým stresovým reakcím je zahrnuta zpravidla v rámci krizové intervence nebo krátkodobé psychoterapie. V případech složitějších, kdy se jedná např. o chronifikaci obtíží, osobnostní problematiku, opakované retraumatizace apod. je na místě i dlouhodobější psychoterapeutická práce.

### 1.5.3. Teoretické modely patogeneze posttraumatické stresové poruchy

K objasnění teoretického základu přístupu jednotlivých psychoterapeutických směrů může v případě práce s traumatem spojeným se sexuální agresí pomoci i vysvětlení patogeneze posttraumatické stresové poruchy.

#### 1.5.3.1. Psychodynamický model

V prožívání jedince, v jeho sociálním očekávání a požadavcích na sebe i ostatní se dle dynamických směrů odrážejí zkušenosti se vztahově důležitými osobami v časném dětství. Tyto zkušenosti spoluurčují pozdější vývoj, a tak např. i způsob rozvoje posttraumatické reakce (Vymětal 95). Proces psychické traumatizace začíná celkovou bloádou vnímání emocí a bolesti při nadměrném stresu a pokračuje výraznou inhibicí ostatních mentálních funkcí. Hovoří se o zaplavení stimulačních bariér a informačním přetížení, kdy jedinec postrádá kognitivní schéma pro asimilaci traumatizujících informací (Basoglu, 1992). Dynamická psychoterapie se zabývá problematikou jedince v souvislosti s dynamikou interakcí mezi následky traumatu a jinými traumaty prožitými v minulosti. Dle tohoto modelu dochází k akutní krizi zpravidla při reaktivaci osobního „citlivého místa“, jež člověka provází od ranných fází vývoje. Jádro psychodynamického přístupu spočívá v intrapsychickém zpracování traumatu. Cílem psychoterapeutické intervence je integrace oddělených psychických obsahů a klientova schopnost zvládat sám sebe a své emoce.

#### 1.5.3.2. Kognitivně behaviorální model

Tento model chápe posttraumatickou stresovou poruchu jako komplex dysfunkčních artefaktů a kognitivních odpovědí na traumatický zážitek. Představy a vzpomínky na událost a s ní spojené reakce, pokud zůstávají nevyřešeny, vytvářejí složitý, sebeudržující, autonomní prvek psychiky, který bývá jen občas propojen s vnějším světem. Možné psychické následky psychického traumatu považuje K-B model za tzv. behaviorální reakce, kterými jsou psychicky traumatizovaní jedinci nuceni reagovat na abnormální životní zkušenost (Basoglu 92).

Např. Praško a kol. (2002) popisuje, jak může traumatická událost svým silným emocionálním vlivem vést k rychlému vytvoření podmíněného spoje mezi stimuly, situacemi, či činnostmi, které byly původně emočně neutrální, ale náhodně se objevili v době vystavení traumatu. Postižený se začne takovým stimulům vyhýbat a přestane vykonávat i činnosti, které by mohly vést k znovu vybavení traumatu a úzkosti. Tím si však nemůže ověřit, že tyto situace jej přímo neohrožují a bludný kruh se uzavírá. Ten je dále udržován typickými automatickými myšlenkami (např. „kdybych

odešla dřív, nestalo by se to...“) Traumatická událost způsobuje změnu postojů k sobě, k druhým a k vlastní budoucnosti. Dochází k narušení zpracování událostí pomocí typických kognitivních omylů jimiž jsou:

Svévolná dedukce	Vyvozování závěrů „skokem“ („všichni muži jsou stejní“).
Selektivní výběr faktů	Soustředění se na vytržené aspekty situace nebo detaily a opomíjení jiných charakteristik
Nepřiměřené zevšeobecňování	Zobecnění pravidla nebo závěru u jednoho zážitku a přenášení na jiné, nesouvisející situace.
Přehánění či bagatelizace	Tendence některá fakta zveličovat a jiná zlehčovat, aniž to odpovídá skutečné hodnotě.
Personalizace, vztahovačnost	Tendence přikládat osobní význam událostem, což vede k trýznivému sebeobviňování až k obsedantní vztahovačnosti.
Černobílé myšlení	Myšlení v absolutních kategoriích ( „všechno nebo nic“).

Z hlediska teorie učení je expozice těmto klíčům a prevence vyhýbavému chování cestou k postupnému vyhasínání podmíněného spoje.

Vymětal zmiňuje princip dvojí kvantifikace, který vyjadřuje, že k určité reakci organismu dochází teprve po dosažení jisté kvality „vyladěnosti organismu“ spolu s „vnějším spouštěčem“. Tyto vztahy jsou nepřímou úměrné - k tomu, aby nastala určitá událost (duševní krize), je třeba vytvoření souboru vnitřních i vnějších předpokladů mezi nimiž je závislost. Do hry pak vstupují různé proměnné jako např. emoční stabilita a odolnost, sociální zázemí, fyzické zdraví apod. (Vymětal 95).

### 1.5.3.3. Teorie disociace

Disociace je porucha integrovaných funkcí vědomí. V důsledku traumatu dochází k vytlačení traumatické vzpomínky mimo dosah obvyklé paměti, což vede k rozštěpení psychických souvislostí a vědomí. Integrita může být opětovně obnovena jen tehdy, pokud dojde k nahlédnutí vnitřního konfliktu vzniklého oddělením určitých psychických obsahů a korekce postoje vědomí. Pokud k nahlédnutí takového konfliktu nedojde, dochází k chronickému procesu psychické disociace, který se vlivem dalších traumat stupňuje. Psychické trauma vždy navozuje velký stav nejistoty, strachu a dezorientace ve vnějším světě, mívá často za následek psychický otřes, ztrátu pevné půdy pod nohama a porušení či rozbití dosavadních

pravidel a schémat interpretace a porozumění vnějšímu světu (2010, [http://www.ff.cuni.cz/FF-72-version1-PBob\\_Teze\\_Teorie\\_disociace\\_2009.doc.](http://www.ff.cuni.cz/FF-72-version1-PBob_Teze_Teorie_disociace_2009.doc.)).

Dosavadní poznatky ukazují, že traumatický stres a disociace vedou nejen k celé řadě poškození funkcí mozku podílejících se na mechanismech pozornosti, paměti a interpretace podnětů a jevů vnějšího světa, ale i s nimi souvisejícími změnami na úrovni endokrinní a imunitní, ale dokonce také ke změnám anatomickým, například zmenšení některých struktur mozku (Teicher, 2003).

Quinton hovoří o traumatu jako o „černé skříňce“ (Kunertová, 1996). Ta vzniká v důsledku procesu disociace v okamžiku traumatu. V situaci krajního ohrožení je sebezáchovné oddělit svoje psychické prožívání od reality. Do skříňky z jedné strany vstupují:

fakta , např. člověkem způsobená traumata jsou všeobecně hůř snášena
informace o faktech, např. otázka kdo je za co zodpovědný
doba trvání traumatické události
předchozí zkušenosti - posilující nebo oslabující
zázemí, podpůrný systém, sociální integrace
působící stres
premorbidní osobnost, kognitivní kapacita, osobnostní problémy, emoční stabilita
věk

Uvnitř skříňky jsou dva základní konflikty - popření události a potřeba rozumět souvislostem. Veškerá energie postiženého je spotřebována na řešení těchto konfliktů, které jsou však v daném okamžiku neřešitelné. Z toho plyne, že postižený je extrémně koncentrovaný směrem dovnitř a jeho vnímání je omezeno. Výslednými symptomy jsou hyposenzitivita, hypoaktivita nebo hypersenzitivita a hyperaktivita. Výsledné syndromy pak dle autora zahrnují posttraumatickou stresovou poruchu, maniodepresivní poruchu, mnohočetnou osobnost nebo paranoidní poruchu s bludy. Důsledky se projevují v rovině aktivního života (pasivita a uzavřenost nebo extrémní aktivita, nemožnost zastavit se, povrchnost, mnohomluvnost...), vztahů (neschopnost dorozumět se s nejbližšími lidmi), profesní oblasti (snížená koncentrace, nezájem), sexu (promiskuita nebo vyhýbání se sexuálním kontaktům, funkční poruchy) a psychosomatických reakcí (zvýšená vulnerabilita k somatickým nemocem).

#### 1.5.3.4. Teorie na stavu závislé psychobiologické komunikace

Selye, tvůrce koncepce universálního adaptačního syndromu – GAS (general adaptation syndrom), ukázal, že jakýkoli stres vyvolá v organismu ten samý způsob

odpovědi za účelem zachování vnitřní homeostázy. Tzv. *poplachová reakce* (1. stadium GAS) je charakterizována aktivací sympatiku, který stimuluje vyplavení adrenalinu a noradrenalinu. Druhá fáze - stadium rezistence je obdobím, během něhož se psychosomatické symptomy utvářejí a stávají evidentní zejména v případě, kdy důvod stresu již sice pominul, ale naučený psychosomatický model adaptace přetrvává. Pokud byl takový model reagování naučen za speciálních, obvykle traumatických, na stavu závislých podmínek pokračuje, protože vazba s tímto stavem je „zamčená, zablokovaná“, přestože se jedinec vrátil k normálnímu způsobu fungování. Selye uvádí, že tuto situaci je možné zrušit pouze dalším stresem (Kunertová, 1996). E. L. Rossi vytvořil koncepci na stavu závislé paměti, chování a učení – SDMLB (State-dependent memory, learning and behaviour). Vychází z výzkumů popisujících vliv drog na proces učení (Hilgard, Hilgard, 1979). Neurobiologií paměti a učení se dále zabývají např. Mc Gaugh (1983a, 1983b) nebo Roozendaal a kol. (1997), kteří ve svých studiích referují o zvýšení hladiny některých hormonů během stresu, které modulují proces učení a paměti v limbickém systému - v amygdale a hippocampu. Další psychobiologické výzkumy orientované na výzkum paměti a učení (Izquierdo, Medina, 1997; Izquierdo et al., 1999; Rolls, 2000) se shodují v tom, že existují dva hlavní vnitřní faktory významné pro paměť a učení všech vyšších organismů – specifické místo pro paměťové stopy na úrovni molekulárně-buněčné synapse a vliv amygdaly a hippocampu na limbicko-hypothalamický systém v procesu kódování a znovuvybavování specifických paměťových stop, lokalizovaných kdekoli v mozku. Rossi vliv limbicko-hypothalamického systému v procesu paměti a učení nazývá „*místem zásahu*“ metod tzv. celostního léčení (mind-body healing) a také např. terapeutické hypnózy (Zeig, Giligan, 1990)

#### *1.5.3.4.1. Nové epistemologie a psychoterapeutické přístupy druhé poloviny 20. století*

V druhé polovině 20. století se stávají alternativou tradičních psychologických škol směry, které z nového úhlu definují nejen pojem psychoterapie, ale i nositel patologie (Prochaska, Norcross, 1999). Dosud uznávané zákony objektivity a lineární kauzality jsou nahrazovány teoriemi systémů, cirkulární kauzalitou a sociálním konstruktivismem. Systém je definován strukturou. Patologie se stěhuje do nové léčebné jednotky – do rodiny. Spolu s popřením lineární kauzality vyvracejí tzv.

systemické směry i tezi tzv. instruktivní interakce. Je to zase jenom struktura objektu, která determinuje, bude-li tento objekt procházet změnou a jakou. Pro pohled na psychické trauma a posttraumatickou stresovou poruchu z toho dle Kunertové (1996) vyplývá, že to, co vytváří symptom je čistě subjektivní prožívání daných skutečností pacientem. Symptom tedy není determinován samotným traumatem, ale strukturou pacientovy osobnosti. Okamžikem interakce s pacientem vstupuje i terapeut do problému determinovaného systémem.

#### **1.5.4. Psychoterapeutické přístupy v léčbě rape-traumatu**

V současné době existuje obrovské množství psychoterapeutických směrů. V Evropě můžeme dnes za nejvlivnější přístupy považovat ty, které mají samostatné zastoupení v Evropské asociaci pro psychoterapii. Všechny tyto přístupy nabízejí své výcviky, mají své instituty a často vlastní časopisy. Ve Spojených státech se v posledním čtvrtstoletí řada vlivných představitelů psychoterapie přihlásila k integrativnímu hnutí. Jeho cílem je nabízet psychoterapii individuálně šitou na míru potřebám konkrétního člověka (Vybíral, Roubal, 2010). Pro přehled psychoterapeutických přístupů při intervenci a terapii rape- traumatu jsme vybrali ty, které jsou při práci s traumatem v literatuře popisovány jako přínosné a v praxi používané. Nečiníme zde nárok na úplný výčet intervenčních technik.

##### **1.5.4.1. Psychodynamická psychoterapie**

Psychodynamická psychoterapie vznikla odvozením od psychoanalýzy. Je více zaměřena na řešení aktuální životní situace pacienta a určitý fokální problém s ohledem na psychologické souvislosti s jeho osobní historií. Příkladem je *krátkodobá intenzivní psychoanalyticky orientovaná psychoterapie*.

Např. psychoterapie podle Bellaka a Siegelové (1983) mimo psychodynamických postupů používá také prvky z teorie učení a systémové teorie. Hlavní rysy krátkodobé psychodynamické terapie podle těchto autorů jsou:

- *Zaměření na hlavní znaky aktuální poruchy*, nalezení nejvýznamnějších záchytných bodů k pochopení klienta, jeho situace a použití nejvhodnějšího přístupu k usnadnění stabilizace, příp. adaptace na nové životní podmínky.
- *Stanovení fokusu* s cílem dokonale pochopit, proč klient přišel právě v určitý čas, kdy jeho problém začal v bezprostřední minulosti, kdy a v jaké formě už existoval v jeho minulé životní historii.
- *Určení kauzality mezi přítomností a minulostí*. Překlenutí mezery mezi dětstvím a dospělostí, mezi myšlením v bdělém stavu a ve spánku, mezi tím, co je vědomé a nevědomé.
- *Formulace teorie vývoje symptomů, jakož i struktury osobnosti obecně*. Tato teorie říká, že symptomy jsou pokusy o řešení problému, vyrovnání se s napětím, konfliktem nebo deficitem. Tím



větší je narušení osobnosti, čím menší má schopnosti vyrovnat se s problémem a naopak. Léčení je pokusem pomoci člověku v dosažení lepších způsobů při vypořádávání se s realitou.

Intenzivní krátkodobá psychoanalyticky orientovaná psychoterapie si vybírá hlavní a nejvíce zatěžující symptomy. Podstata krátkodobé psychoterapie není v počtu sezení, ale v systematickém přístupu. V tomto smyslu je každá psychoterapie formou učení se. Krátkodobá psychoterapie může změnit celou klientovu adaptační strukturu pomocí řetězové psychodynamické reakce, vyplývající z limitovaných sezení. Indikace ke krátkodobé psychoterapii jsou velmi široké, do terapie je vybírán „problém“, ne pacient.

Konkrétní postup intenzivní krátkodobé a pohotovostní psychoterapie podle Bellaka a Siegelové (1983) se skládá z těchto kroků:

- pět nebo šest padesátiminutových sezení, obvykle jednou týdně
- následné setkání po měsíci
- kompletní anamnéza
- psychodynamické a strukturální zhodnocení
- zvážení sociálních a medicínských aspektů
- plán oblastí intervence
- plán metod intervence
- plán pořadí oblastí a metod intervence
- rozhodnutí se pro individuální, párovou, rodinnou či kombinovanou terapii
- zvážení pomocných možností jako jsou léky a krátkodobá hospitalizace

Krátkodobou psychoterapii nelze použít u velmi pasivních pacientů s malou schopností náhledu, kteří si nejsou vědomi vlastní symptomatologie (ti mohou být léčeni podpůrnou terapií, behaviorální terapií, výchovou, přestrukturováním okolí apod.).

#### 1.5.4.2. Kognitivně behaviorální terapie

Kognitivně-behaviorální psychoterapie je jedním z nejužívanějších přístupů k psychicky traumatizovanému klientovi. Svou jasností a strukturovaností vyhovuje těžko uchopitelné situaci při ohledávání a ohraničování následků traumatických zážitků. Konkrétní postup a metody zajišťují přehlednost psychotherapeutického procesu. Zpětná vazba od klienta, která je součástí terapie, může pomoci terapeutovi čelit jeho vlastní nejistotě a bolesti, které trauma vyvolává. Prvky kognitivně

behaviorální terapie bývají součástí ekletických přístupů, které zároveň využívají i jiná pojetí a modely péče.

Již během prvního setkání vytváří terapeut s klientem pracovní společenství, kde je největším expertem na své příznaky i na jejich změnu sám pacient. Léčba je chápána jako cesta svépomoci. Za použití strukturovaného rozhovoru získává terapeut potřebné informace o životní situaci klienta, jeho současném zdravotním stavu, obtížích a sociálním fungování.

Mezi postupy kognitivně behaviorální terapie patří:

- **Edukace.** Prvotní orientace v celkové situaci postupně přechází v edukaci o důsledcích traumatu. Klient by měl na svých příznacích pochopit vznik a průběh poruchy. Je vhodné vysvětlit, jakým způsobem bude působit léčba. Edukace zvyšuje motivaci k léčbě a má sama o sobě i terapeutický účinek.
- **Expozice.** Podobně jako při terapii jiných úzkostných poruch je klient opakovaně vystavován podnětům, spouštějícím stresovou reakci. Klient se učí zvládat svůj pocit strachu a čelit obávané situaci tím, že je jí vystaven. Expozice vyžaduje prostředí bezpečného terapeutického vztahu. Expozice může být prezentována imaginárně (*imaginativní reexpoziční - systematická desenzibilizace*); nebo v reálné situaci (*in vivo*). K nácviku zvládnutí obtížnější situace se přechází vždy poté co klient zvládl méně obávanou situaci bez výraznějších obtíží (Praško, Šlepecký, 1995).
- **Zaplavení (flooding).** Je jednou z variant expoziční. Jde o protražovanou expoziční in vivo nebo v představě vůči nejvíce obávané situaci či nejvíce zúskostňujícímu podnětu, která trvá tak dlouho, dokud nedojde ke snížení míry úzkosti.
- **Abreakce.** Uvolnění emocí přináší velkou úlevu. Samo však nestačí k trvalému odstranění příznaků. Nutné je *kognitivní zpracování události*.

Pacient může být exponován traumatické události různými způsoby. Nejběžnější je terapeutický rozhovor, vedle něj pak písemná expoziční. Expoziční ve fantazii (imaginaci) spočívá ve vizuální představě traumatické události o níž pacient hovoří v přítomném čase. Opakovaným vybavováním emočně nabitých vzpomínek dochází k habituaci a desenzitizaci. Podobný účinek může mít i shlédnutí filmu s podobným tématem nebo expoziční zvukům, dotekům apod. Vhodná je systematická desenzibilizace v relaxaci, kdy je pocit úzkosti párován s nějakým příjemným pocitem, např. svalovou relaxací. Pro větší terapeutický dopad je možné kognitivně-behaviorální techniky doplnit přístupy jako stresový management, nácvik relaxace, kognitivní restrukturační a nácvik řešení problému (Kunertová 1996).

#### 1.5.4.3. Konfrontační psychoterapie

Konfrontační psychoterapie pracuje s detailním popisem traumatické události, s poznáním, do jaké míry traumatická zkušenost poznamenala člověka somaticky, intelektuálně a emocionálně a do jaké míry je reakce na trauma předvídatelná jako reakce normálního člověka na nenormální situaci. Zabývá se společným hledáním způsobu, kterým může člověk znovu nabyt kontrolu nad svým životem tím, že získá opět pozici, která nebude pro ostatní břemenem a problémem. Přímá konfrontace s traumatem je možná pouze za předpokladu neustálé podpory ze strany terapeuta. Jako součást terapeutického procesu je možné použít rovněž svědectví o prožitých událostech. Svědectví může být sděleno tváří v tvář veřejnosti nebo vydané skrze masmédiá, aby se svět dozvěděl o páchaných zločinech. Terapeutickým cílem podání svědectví je úleva, odplata a zasazení zkušeností do nového rámce.

#### 1.5.4.4. Kognitivní psychoterapie

Použití kognitivní terapie při krizové intervencí doporučuje např. Aguilera (2000) a to zejména u dvou hlavních symptomů, které se pravidelně při práci s traumatizovanými klienty vyskytují: u strachu a deprese. Tento přístup vychází z Beckovy kognitivní teorie a do centra terapeutického snažení staví kognitivní omyly a mylné domněnky, které se snaží ovlivnit pomocí technik argumentace a testování reality. Kognitivní terapie pracuje s termíny jako maladaptivní myšlení, dysfunkční postoje nebo depresogenní domněnky. Psychopatologie vychází z nevědomých či předvědomých výkladů skutečnosti, které odrážejí činnost kognitivních struktur, nazývaných schémata. Životní události jsou interpretovány kognitivními strukturami a stávají se z nich tvrzení, která pak zodpovídají za vznik nepříjemných myšlenek a maladaptivního chování.

*Např. základní myšlenky a představy depresivních lidí se týkají tří témat, které Beck (1974) označuje jako kognitivní triádu: 1. Události jsou interpretovány negativním způsobem. 2. Depresivní jedinci se nemají rádi. 3. Budoucnost vnímají negativně. Beck mluví o těchto základních představách jako o **pravidlech**. Tato pravidla způsobují vznik **maladaptivních vnitřních formulací** (self-verbalisations) nebo vizuálních představ, které klient prožívá jako **automatické myšlenky**.*

*Teorie terapeutického procesu pracuje s několika stadii.*

- 1) *klient si nejdřív musí uvědomit, na co myslí*
- 2) *potřebuje rozpoznat, které myšlenky jsou mylné*
- 3) *dále musí nahradit nepřesné úsudky přesnými*

- 4) nakonec potřebuje zpětnou vazbu, která mu poskytne informaci, zda provedené změny jsou správné

Hlavním cílem je naučit klienta metodě zaujímání odstupů (distancing). Učí se objektivně nahlížet na zneklidňující myšlenky, přehodnocovat je a ne je automaticky přijímat. Podobně se klient učí zvládnout techniku deatribuce, v níž se zbavuje přesvědčení, že je zcela odpovědný za vznik závažné situace. Přístupy kognitivní restrukturalizace modifikují proces myšlení. Používají k tomu např. různých způsobů dotazování: „Co je důkazem?“, „Jak jinak se na to dá pohlížet?“, „Co když se to stane?“ Technika „jako by“ umožňuje restrukturalizovat myšlení pozitivním směrem.

Pokud si klient uvědomí depresogenní domněnky, dysfunkční způsoby myšlení a přehodnotí životní pravidla, začne se zbavovat oslabujících očekávání, že je odsouzen k depresi či jiným formám patologie.

*Základní technikou kognitivní terapie je tzv. sokratovský dialog, kde jsou klienti vedeni citlivě pokládanými otázkami k vlastním objevům. Terapeut je současně v roli experta, který udává terapii směr a přitom trvá na tom, aby se z klienta stal postupně aktivní partner se stejnou zodpovědností za průběh a konečný úspěch léčby. Kognitivní terapeut tedy poskytuje podporu i vedení (Prochaska, Norcross, 1999).*

#### 1.5.4.5. Podpůrná psychoterapie

Podpůrná psychoterapie je metoda k posílení oslabených prvků psychiky bez hlubšího průniku do osobnosti člověka (Stahr, Behbehani, Bohjholm, 1993). Léčebného účinku se dosahuje především prostřednictvím terapeutova chování. Záleží na schopnosti empatie, autenticitě, lidsky vřelém projevu a schopnosti vyjádřit klientovi porozumění. Později pak terapeut klienta vede při řešení situací v životě. Techniky podpůrné terapie zahrnují uklidnění, sugesci manipulaci s okolnostmi. Součástí krizové intervence může být současně podávání farmak (Praško, 1998).

Při práci s traumatem se podpůrná psychoterapie zaměřuje na:

- navázání terapeutického vztahu
- edukaci o následcích traumatu a léčbě
- detailní popis traumatické události
- vyjádření emocí za účelem zmírnění napětí

- porozumění souvislostem a subjektivnímu významu události
- podporu v současné situaci, řešení problémů

Podpůrnou psychoterapii je vhodné použít i v případě, kdy klientova mentální kapacita nedosahuje průměru, kdy se jedná o organické poškození CNS, o psychotickou poruchu, tehdy, když jsou ve hře drogy či závislost na alkoholu nebo kdy z různých příčin, např. časových, nelze užít jiný terapeutický přístup (Vizinová, Preiss, 1999)

#### 1.5.4.6. Komunikační strategická psychoterapie, paradoxní psychoterapie

Klíčovou osobností pro vznik a rozvoj komunikační strategické psychoterapie je Milton H. Erickson. Sám nekoncepoval žádnou teorii, knihy o jeho metodách vytvářeli teprve jeho žáci a pokračovatelé – Jeff Zeig, Ernest Lawrence Rossi, S. C. Lankton a další. Mezi základní atributy komunikační psychoterapie patří: „šití terapie na míru“ vzhledem k osobnosti, aktuálnímu stavu a sociální situaci klienta. Odmítá všechny generalizující teorie, klasickou diagnostiku i farmakoterapii. Vyhýbá se analýze příčin a následků, pouze minimálně pracuje s náhledem. Převážně se orientuje na pozitivní zdroje, na zde a nyní, v případě reálného traumatu se zaměřuje i na práci s minulostí a díky důrazu na disociaci oddělených psychických obsahů a jejich reintegraci do psychiky je vhodnou metodou léčby rape-traumatu. Technikou je *ericksonovská hypnóza a systemická práce se vztahy (s rodinou, s přáteli)*.

*Hypnotická ericksonovská práce obsahuje:*

- *mnohaúrovňovou komunikaci (současně podávané zprávy pro vědomí a nevědomí na různých úrovních)*
- *důraz na disociaci (oddělení vědomé a nevědomé složky psychiky)*
- *nepřímé sugesce*
- *paradoxy*
- *terapeutický šok, prvky překvapení, konfuze*
- *roztroušené podněty (zasévání)*
- *metafory*
- *neverbální vedení*

Paradoxní terapie spočívá v *předepisování symptomů* nebo problémů, kdy pacient je veden k tomu, aby se zabýval zdánlivě paradoxním úkolem či zhoršoval dobrovolně svůj stav. Předpis problému nebo symptomu může být přímou cestou k psychickým zdrojům zakódovaným v systémech na stavu závislé paměti, učení a chování. Některé psychoterapeutické postupy užívají psychologického šoku jako nspecifického, univerzálního přístupu k různým emocionálním problémům za účelem prolomení maladaptivních vzorců myšlení a chování. Paradoxně vypadá tato terapie z pohledu logiky, dle níž se pacient pokouší vyhnout problematickému prožitku a uniknout. Vyhýbání se, bránění se problému nebo jeho blokování se staví do cesty terapii a znemožňuje jeho přerámcování. Jestliže problém pacienta pronásleduje, je to jenom proto, že se pokouší dostat do vědomí, kde může být řešen. Proces zpřístupnění problému neznámá vyvolat jej v původní podobě, ale je to syntetický proces rekonstrukce. Předepsat problém tedy znamená rekonstruovat jej. Žádáme-li pacienta, aby prožíval své obtíže vědomě, místo aby se jim vyhýbal, zasahujeme tak přímo do vnitřní dynamiky systému SDMLB. Z nevědomé, disociované a nedobrovolné aktivity se stává vědomá, dobrovolná, která již nemá na stavu závislý charakter (Kunertová, 1996).

#### 1.5.4.7. Některé další psychoterapeutické přístupy

Z dalších psychoterapeutických přístupů pracujících s traumatizací můžeme zmínit například tyto směry:

#### **Desenzibilizace pomocí očních pohybů a přepracování- EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing)**

Tuto metodu popisují Prochaska a Norcross (1999) jako jednu z nejrychleji se šířících psychologických metod konce minulého století. Zakladatelkou je Francine Shapirová, která na základě osobní zkušenosti dospěla ke zjištění souvislosti zneklidňujících myšlenek a spontánních očních pohybů. Zjistila, že při úmyslné změně očních pohybů při současném soustředění se na zneklidňující myšlenky ztratí tyto myšlenky svůj emocionální náboj. Postupně dospěla ke zjištění, že optimální postup zahrnuje desenzibilizaci se současnou kognitivní restrukturalizací traumatických vzpomínek.

EMDR má své zastánce i kritiky, od svého počátku je však častým předmětem sporů. Její výsledky u posttraumatické stresové poruchy jsou podloženy řadou výzkumů. Podle americké asociace psychologů (APA) existuje omezený počet kontrolovaných studií, ve kterých se efektivita u posttraumatické stresové poruchy jeví „pravděpodobnou“. Nicméně APA prohlásila EMDR za terapeutickou metodu, u níž je účinnost empiricky prokázána.

Metoda vychází z Pavlovových teorií o excitačních a inhibičních procesech, které podle Shapirové vedou k tomu, že traumatizující událost sama o sobě vyvolává excitaci a porušení rovnováhy. Lidé mají vrozený fyziologický systém, který přizpůsobuje zpracování informací směrem k duševnímu zdraví. Systém zpracovávající informace je uvnitř organismu a je adaptivní. K psychopatologii dochází, když je tento systém zablokován. Traumatické životní zkušenosti uvedou do pohybu patologické vzorce v oblasti afektů, chování, kognitivních pochodů, vjemů a z toho vyplývající osobnostní struktury. Patologické osobnostní struktury vznikají, protože určité informace nejsou zpracovány. Namísto toho existuje traumatická informace, která je statická, nezpracovaná, zablokovaná v okamžiku, v němž byla během nepříjemné události uložena. Tyto dřívější znepokojující zážitky přetrvávají v nervovém systému v podobě zvláštního specifického stavu. Trauma je „uzamčeno“, „chyceno v pasti“ v neurofyziologickém systému. Psychopatologie přetrvává i po traumatickém zážitku, protože každodenní podněty vyvolávají negativní pocity a přesvědčení, které jsou součástí traumatických vzpomínek. Nedostatečné zpracování traumatu vede k tomu, že v emočním prožívání a chování klienta se objevují reakce, které na trauma navazují. Trauma je udržováno ve vztahu nepříjemného napětí, je neustále aktivováno právě probíhajícími událostmi a projevuje se jako noční můry, flashbaky, vtíravé myšlenky a vyhýbavé chování. V původním pojetí bylo EMDR chápáno jako jedna z forem desenzibilizace. Stále se vyvíjející pojetí této metody je založeno na modelu urychleného zpracování informace. Rytmičné multisakadické oční pohyby mohou být automatickou inhibiční reakcí organismu, stejně jako nevědomý materiál může být částečně desenzitizován během REM spánku. Proces EMDR tedy inhibuje fázi excitace, která koreluje se symptomy úzkosti a může být dostatečně silný, aby neutrálním prvkům vrátil rovnováhu.

*EMDR zahrnuje 7 fází:*

- 1. Zaznamenání klientovy osobní historie a naplánování léčby.*
- 2. Seznámení klienta s procedurou EMDR, vysvětlení její racionální podstaty a příprava na případné obtíže mezi jednotlivými sezeními.*
- 3. Určení cíle a sběr základních dat, nezbytných před vlastní senzibilizací. Klient si vybere 1 vzpomínku, se kterou se bude pracovat. Pak si vybere negativní poznání, které vyjadřuje dysfunkční pojetí, spojené s traumatem.*
- 4. Desenzibilizace. Nejdlejší a pro klienta nejnáročnější fáze, kdy si musí vybavit traumatickou představu, myslet na negativní poznání a všímat si pocitů s tím spojených. Zároveň sleduje terapeutovu pohybující se ruku. Terapeut vyvolává u klienta co možná nejrychlejší oční pohyby, vedoucí z jedné strany jeho zorného pole na druhou, ale tak, aby to nebylo příjemné. Po té následuje instrukce klientovi, aby to „nechal být“ a aby prohloubil svůj dech.*
- 5. Instalace. Cílem je instalovat a posílit pozitivní poznání pomocí dalšího kola očních pohybů.*
- 6. Prozkoumávání pocitů v těle.*
- 7. Závěr a zhodnocení.*

Zřejmě více než v jiných hlavních psychoterapeutických systémech se tvůrci EMDR zavázali poskytovat nezištnou terapeutickou pomoc a výcvik v oblastech zasažených nějakou katastrofou. Prostřednictvím EMDR Humanitarian Assistance Program byly zdarma vycvičeny stovky praktikujících terapeutů a tisíce hodin EMDR bylo poskytnuto za symbolickou cenu nebo zadarmo. Pomocí EMDR se po celém světě léčily oběti občanských válek, přírodních katastrof a místních traumat.

### **Práce s tělem**

Jako vhodný psychoterapeutický přístup pro terapii následků traumatu uvádějí někteří autoři psychoterapeutické směry orientované na práci s tělem (Vizinová, Preiss, 1999). Při práci s tělem se pracuje s obrannými mechanismy, které jsou reakcí na extrémní emoční zátěž a jejich somatickými projevy. Zaměřuje se na proces dýchání, na svalové napětí a na tzv. energetické bloky v určitých částech těla. Pomáhá při terapeutické práci s disociací, která se na fyzické úrovni projevuje jako porucha tělesného schématu nebo zvýšená či snížená citlivost určitých částí těla. Terapeutickou prací s těmito symptomy pomáháme klientovi, aby se dostal do kontaktu s vnitřními obsahy, které byly potlačeny z roviny vědomí, a aby porozuměl souvislosti mezi tělesným projevem a minulými prožitky. Kontakt s autentickými emocemi umožňuje klientovi nejen dosáhnout abreakce, ale i lépe porozumět sám



sobě. Integrace odštěpených obsahů je doprovázena obnoveným pocitem celistvosti a regenerace. Pomáhá uvědomění si osobních hranic a podporuje pocit bezpečí. Práce s tělem se může stát začátkem samoúdravného procesu. Tento terapeutický přístup je založen na klientově vlastní síle, která je pozitivně posilována a rozvíjena. Kromě masáží a práce s dechem zahrnuje práce s traumatizovaným klientem povzbuzování k plnému vyjádření impulsů z těla pomocí pohybu nebo akce. Abreakce, k níž dochází, může být doprovázena vokálním nebo verbálním vyjádřením. Pro některé situace je dobré mít k dispozici matrace, polštáře, deky nebo jiné předměty, které by umožnily plnou expresi. Terapeut musí mít dostatek zkušeností a citlivosti, aby udržel pod kontrolou terapeutický proces, předcházel sexualizaci situace, a tím zajistil pro klienta bezpečí. Je nutné, aby tuto specializovanou formu terapeutické práce prováděl pouze odborník s patřičným vzděláním a výcvikem.

### **Skupinová psychoterapie**

Zejména v počátečních fázích mívá psychoterapie důsledků traumat především individuální formu. Důležitou roli však hrají i svépomocné skupiny, na které se může klient sám hned po traumatické zkušenosti obrátit (např. skupina žen se zkušeností se znásilněním). Účinnými faktory skupinové psychoterapie je mimo jiné edukační složka, altruismus, dodávání naděje, rozvoj sociálních dovedností, napodobující chování, interpersonální učení, skupinová soudržnost, katarze a existenciální faktory (Yalom, 1999).

### **Efekt psychoterapie**

Studie o úspěšnosti terapie u obětí znásilnění ukazují, že musí být brán v potaz čas, který uplynul, než se oběť po činu dostala do terapeutické péče a faktory jako je sociální zázemí a strategie použité pachatelem. Důležité je, aby při vyšetřování sexuálních trestných činů s oběťmi pracoval speciálně vyškolený policejní personál a aby psychoterapeutická pomoc byla rychle a snadno dostupná (Čírtková, 2004).

Solomon, Gerrity a Muff (1993) vybrali z 225 anglických prací 11 randomizovaných studií, které obsahovaly systematické hodnocení PTSD pomocí mezinárodně uznávaných kritérií. Autoři shrnují, že lékové studie vykazují malý, ale klinický efekt. Výraznější účinnost byla zjištěna u behaviorálních technik přímého terapeutického působení zvláště pak ve smyslu omezení nutkavých symptomů

PTSD. Byly však zjištěny závažné komplikace při použití těchto technik u pacientů s psychiatrickými poruchami. Nerad (2000) ve své studii uvádí, že znovuprožívání traumatu probíhá v mozgovém kmeni a v limbickém systému a je možné, že při tomto znovuprožívání jsou klienti neschopni naučit se něčemu novému. Dochází dokonce k retraumatizování a reviktimizaci zapojením výše zmíněných mozgových okruhů. Z tohoto pohledu cituje autor holandského psychotraumatologa van der Kolka, který říká, že odkrývající terapie zaměřená na opakované znovuprožívání traumatických zážitků a jejich následné zpracování a integraci včetně imaginativní reexpozice traumatickým situacím není vhodná. Na druhou stranu Nerad poukazuje na existenci dobře dokumentovaných studií, kde se imaginativní reexpozice při léčbě posttraumatické stresové poruchy osvědčila jakožto efektivní terapeutická metoda.

Dle Vizinové a Preisse (1999) jsou studie o kognitivní terapii, psychodynamické terapii, hypnóze a dalších přístupech nejednoznačné, avšak naznačují, že psychoterapeutická práce s traumatizovanými oběťmi má pro další kvalitu jejich života velký význam.

Obecnou účinností psychoterapie se zabývá přední výzkumník v této oblasti Michael Lambert, který shrnuje poznatky různých přehledů a metaanalýz (Lambert, Ogles, 2004) a uvádí, že asi 75% lidí (v jednotlivých studiích výsledky varíují), kteří byli v terapii, mělo z této skutečnosti alespoň částečný užitek. Toto zjištění se týká různých problémů, ve kterých je psychoterapie indikována. Lambert zdůrazňuje, že ve většině psychoterapeutických problémů s výjimkou vážných obtíží a biologicky podmíněných obtíží by měla být psychoterapie zvažována jako primární léčba a nabízena spíše než léčba medikací. Dalším zjištěním je dle Lamberta (2001) efekt psychoterapie, který je v průměru dvakrát větší než efekt placebo a čtyřikrát větší než žádná léčba. Výsledky psychoterapie ve sledovaných studiích jsou dle tohoto autora relevantní a metodologie výzkumu psychoterapie je rigorózní. Účinek je měřen nejen sebeposuzovacími metodami, ale i nezávislými posuzovateli, signifikantními druhými, institucemi, fyziologickými nástroji atd. Zjišťován byl rovněž široký okruh symptomů a problémů, které je možno psychoterapií ovlivnit. Jednotlivé studie zkoumající efekt psychoterapie sledují i katamnesticke výsledky – celkově lze konstatovat, že efekt psychoterapie lze vidět i s odstupem času navzdory tomu, že s délkou katamnézy přibývají relapsy (např. Westen, Morrison, 2001). Lambert (2001) dále shrnuje výzkum vztahu mezi trváním psychoterapie a jejím výsledkem tak, že po 10 setkáních se vyléčí třetina pacientů, kteří zůstanou v terapii (obvykle s poruchami

nálady a úzkostnými poruchami), po 20 setkáních asi polovina a po 55 setkáních 75%. 25% pacientů nebude mít z psychoterapie žádný užitek. Lambert a Ogles (2004) uvádějí, že asi 5-10% pacientů se v psychoterapii zhorší a dalších 15-25% nezažije žádné zlepšení. Tento stav je možné o něco zlepšit monitorováním efektu psychoterapie (Whiple et al., 2003).

### **Shrnutí:**

Každý jedinec má přirozené vyrovnávací strategie, jejichž pomocí se vyrovnává se stresem a zátěží. Důležitá je i možnost pomoci v rodině a přirozené komunitě. Ke zvládnutí traumatické zkušenosti, kterou je znásilnění, někdy tyto mechanismy nestačí a je třeba odborné pomoci. Vzniku posttraumatické stresové poruchy lze předejít správnou a včasnou podporou v privátním okolí, eliminováním rizik sekundární viktimizace a včasnou odbornou intervencí. U obětí znásilnění je v akutních případech vhodným terapeutickým přístupem krizová intervence, případně navazující krátkodobá psychoterapie. Pokud došlo k rozvoji posttraumatického stresu, trvá psychoterapie déle. Krizová intervence a psychoterapie spočívá v práci s úzkostí a strachem, s patologickou disociací a dalšími posttraumatickými symptomy. Volba vhodné psychoterapie, záleží na psychoterapeutické orientaci a vzdělání terapeuta, psychoterapie by však vždy měla být „šitá na míru“ a vždy by měla dodržovat základní princip, kterým je bezpečný psychoterapeutický vztah a dobré pracovní společenství. Cílem intervence je pomoci oběti přijmout svoje symptomy jako „normální reakci na nenormální situaci“, porozumět svým potížím jako reakci na trauma, bezpečně integrovat disociované psychické obsahy a směřovat agresivní impulsy původně namířené proti pachateli vně a ne dovnitř sebe.

Krizová intervence pomáhá pacientovi k psychické stabilizaci a probíhá zpravidla v několika setkáních. Může být poskytována face to face nebo telefonicky linkami důvěry. Psychoterapie směřuje k odkrytí hlubších psychických problémů a nalezení vhodných způsobů jejich řešení. Mezi směry používané při práci s oběťmi rape-traumatu uvádíme psychodynamickou psychoterapii, kognitivně-behaviorální psychoterapii, konfrontační psychoterapii, kognitivní psychoterapii, podpůrnou psychoterapii, komunikačně strategickou a paradoxní psychoterapii a některé další přístupy jako je např. EMDR nebo práce s tělem. V některých případech bývají k terapeutické intervenci přizvány i blízké vztahové osoby nebo rodina oběti, které

jednak mohou postiženému pomoci vyrovnat se s traumatizující událostí, jednak sami potřebují pomoc a podporu.

Studie o úspěšnosti terapie u obětí znásilnění ukazují, že musí být brán v potaz čas, který uplynul, než se oběť dostala do psychoterapeutické péče a faktory jako je sociální zázemí a strategie použité pachatelem. Důležité je, aby při vyšetřování sexuálních trestných činů s oběťmi pracoval speciálně vyškolený policejní personál a aby psychoterapeutická pomoc byla rychle a snadno dostupná.

## 2. EMPIRICKÁ ČÁST

### 2.1. METODOLOGICKÁ VÝCHODISKA EMPIRICKÉ ČÁSTI

#### 2.1.1. Cíle

Cílem empirické části doktorandské práce bylo na základě vybraných dat z reprezentativního výzkumu sexuálního chování české populace (Sexuální chování obyvatel ČR IV) zmapovat:

- 1) **prevalenci sexuální viktimizace u mužů a žen v obecné populaci a její formy**
- 2) **výskyt negativních dopadů sexuální viktimizace na psychiku obětí a jejich partnerský a sexuální život**
- 3) **charakteristiky vztahu mezi obětí a pachatelem sexuálního násilí**
- 4) **rozdíly mezi sexuálně viktimizovanými a těmi, kteří zkušenost se sexuální viktimizací v dospělosti neuvedli:**
  - v základních sociodemografických charakteristikách
  - v charakteristikách psychosexuálního vývoje
  - v charakteristikách partnerské adaptace
  - v charakteristikách sexuální adaptace
  - ve vybraných postojových charakteristikách
- 5) **charakteristiky vývoje sexuální viktimizace v české společnosti v posledních patnácti letech**

#### 2.1.2. Soubor

Základní soubor představovala populace České republiky starší 15 let, výběrový soubor tvořilo 1 000 mužů a 1 000 žen s charakteristikami základního souboru. Respondenti pocházeli ze všech regionů, krajů České republiky.

Pro výběr byla užitá kvótní metoda. Sledovány byly následující parametry: pohlaví, věkové rozložení, nejvyšší dosažené vzdělání, ekonomická aktivita (aktivní/

neaktivní), region – kraj a velikost místa bydliště. Výběrový soubor byl svým složením, ve vybraných znacích, plně reprezentativní pro českou populaci podle údajů z posledního sčítání lidu z roku 2001. Statistická významnost rozdílů byla testována testem chí-kvadrát a homogenita výběrového a základního souboru byla prokázána na hladině spolehlivosti (významnosti) 95%. Zpětná kontrola reprezentativity potvrdila, že podle sledovaných parametrů je možno výběrový soubor považovat za plně reprezentativní.

### *Reprezentativnost mužů*

		populace mužů ČR 15+ let	výběrový soubor N = 1 000	odchylka
věk	15 – 24 let	16,3%	16,8%	+0,5%
	25 – 34 let	20,8%	21,0%	+0,2%
	35 – 44 let	16,8%	15,8%	-1,0%
	45 – 54 let	16,8%	16,9%	+0,1%
	55 – 64 let	15,8%	16,1%	+0,3%
	65 a více let	13,6%	13,4%	-0,2%
ekonomická aktivita	aktivní	64,6%	63,5%	-1,1%
	neaktivní	35,4%	36,5%	+1,1%
velikost místa bydliště	do 4 999 obyvatel	38,1%	39,3%	+1,2%
	5 000 – 19 999 obyvatel	18,4%	17,5%	-0,9%
	20 000 – 99 999 obyvatel	23,2%	22,6%	-0,6%
	100 000 a více obyvatel	20,3%	20,6%	+0,3%
kraj	Hlavní město Praha	11,6%	11,7%	+0,1%
	Středočeský	11,4%	11,1%	-0,3%
	Jihočeský	6,2%	6,4%	+0,2%
	Plzeňský	5,4%	5,7%	+0,3%
	Karlovarský	3,0%	2,9%	-0,1%
	Ústecký	8,0%	8,2%	+0,2%
	Liberecký	4,1%	3,3%	-0,8%
	Královéhradecký	5,3%	4,6%	-0,7%
	Pardubický	4,9%	4,7%	-0,2%
	Vysočina	5,0%	5,7%	+0,7%
	Jihomoravský	11,0%	11,2%	+0,2%
	Olomoucký	6,2%	6,1%	-0,1%
	Zlínský	5,7%	5,8%	+0,1%
	Moravskoslezský	12,1%	12,6%	+0,5%

### Reprezentativnost ženy

		populace žen ČR 15+ let	výběrový soubor N = 1 000	odchylka
věk	15 – 24 let	14,5%	15,1%	+0,6%
	25 – 34 let	18,7%	19,4%	+0,7%
	35 – 44 let	15,1%	15,4%	+0,3%
	45 – 54 let	15,9%	15,9%	0,0%
	55 – 64 let	16,1%	15,8%	-0,3%
	65 a více let	19,7%	18,4%	-1,3%
ekonomická aktivita	aktivní	42,1%	43,9%	+1,8%
	neaktivní	57,9%	56,1%	-1,8%
velikost místa bydliště	do 4 999 obyvatel	36,7%	37,6%	+0,9%
	5 000 – 19 999 obyvatel	18,5%	17,2%	-1,3%
	20 000 – 99 999 obyvatel	23,7%	23,7%	0,0%
	100 000 a více obyvatel	21,1%	21,5%	+0,4%
kraj	Hlavní město Praha	12,0%	12,3%	+0,3%
	Středočeský	11,3%	11,1%	-0,2%
	Jihočeský	6,1%	6,4%	+0,3%
	Plzeňský	5,4%	5,6%	+0,2%
	Karlovarský	2,9%	3,0%	+0,1%
	Ústecký	7,9%	8,1%	+0,2%
	Liberecký	4,2%	3,3%	-0,9%
	Královéhradecký	5,3%	4,4%	-0,9%
	Pardubický	4,9%	4,4%	-0,5%
	Vysočina	4,9%	5,5%	+0,6%
	Jihomoravský	11,1%	11,1%	0,0%
	Olomoucký	6,2%	6,3%	+0,1%
	Zlínský	5,8%	5,8%	0,0%
	Moravskoslezský	12,1%	12,7%	+0,6%

### 2.1.3. Metoda

Z hlediska povahy výzkumu se jednalo o kvantitativní výzkumný projekt. Údaje o viktimologických aspektech sexuální agrese u obyvatel ČR byly získávány anonymním dotazníkem, který měl specifickou podobu pro muže a pro ženy. Tento dotazník tvořil součást výzkumu Sexuálního chování obyvatel ČR IV. Na přípravě

tohoto dotazníku jsme se podíleli a je obohacenou verzí dotazníku, použitého při výzkumech Sexuálního chování obyvatel ČR I, II a III, které proběhly v letech 1993, 1998 a 2003. Za účelem disertační práce byly v rámci třetího a čtvrtého opakování rozvinuty a doplněny otázky, zaměřené na viktimologické aspekty sexuální agrese. Čtvrté opakování výzkumu proběhlo v roce 2008. Předchozí verze dotazníku byly obohaceny zejména o dotazy, týkající se sexuální viktimizace mužů a následků sexuální viktimizace v populaci viktimizovaných mužů a žen (viz dotazník v příloze).

#### **2.1.4. Organizace sběru dat**

Terénní sběr dat probíhal od 24. 10. 2008 do 10. 12. 2008. Výzkum sexuálního chování byl uskutečněn prostřednictvím speciálně proškolených tazatelů, kteří zabezpečovali sběr dat. Jejich úkolem bylo vyhledat respondenty vybírané počítačovým programem DEMA a.s. splňující kvótní požadavky pro reprezentativnost výzkumu, předat jim výzkumné materiály (včetně pokynů) a posléze přijmout obálky s vyplněnými dotazníky a odeslat je ke zpracování. Ke sběru sloužil anonymní dotazník, který měl zvláštní formu pro muže a zvláštní pro ženy. Sexuální agrese byla jen jednou z oblastí sledovaného sexuálního chování. Respondenty byli náhodně oslovení občané, kteří splňovali podmínku kvót (demografických znaků) pro šetření reprezentativního typu. Nejprve byli tazateli instruováni, případné nejasnosti v otázkách dotazníku jim byly vysvětleny. Záznam odpovědí prováděli samostatně, vyplněný dotazník vložili do obálky, zalepili ji, zapečetili samolepkou s razítkem DEMA a předali tazateli, případně vložili do ofrankované obálky a zaslali do agentury. Návratnost dotazníků byla 53%.

Průzkum trendů v sexuálním chování, založený na opakovaném vyšetření reprezentativního vzorku obyvatelstva je prvním svého druhu v České republice, kde doposud chyběl.

#### **2.1.5. Zpracování dat**

Výsledky byly statisticky vyhodnoceny programem SPSS (Statistical package for social science). Při statistické analýze byl v případě kvantitativních znaků použit T – test významnosti rozdílu středních hodnot, pro kvalitativní znaky byl použit chí - kvadrát test významnosti rozdílu u kvalitativních znaků.



## 2.2. VÝSLEDKOVÁ ČÁST

### 2.2.1. Základní zpracování výsledků

#### 2.2.1.1. Prevalence

V této kapitole disertační práce uvádíme odpovědi respondentů ženského a mužského souboru výzkumné etapy z roku 2008 na otázky týkající se zkušeností se sexuální agresí v pozici oběti.

V tabulkách č. 1 a 2 uvádíme odpověď na otázky položené ženám a mužům: Byl/a jste někdy k pohlavnímu styku přinucena násilím? Pokud ano, bylo to jednou, či vícekrát? V jakém věku?

Tabulka č. 1 - ženy

#### PŘINUCEN(A) K POHLAVNÍMU STYKU

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ne, nikdy	890	89,0	89,0	89,0
	ano, jednou	63	6,3	6,3	95,3
	ano, opakovaně	47	4,7	4,7	100,0
	Total	1000	100,0	100,0	

Celkem 11% žen našeho souboru uvedlo, že bylo někdy přinuceno k pohlavnímu styku. 6,3% jednou a 4,7% žen opakovaně.

Tabulka č. 2 - muži

#### PŘINUCEN(A) K POHLAVNÍMU STYKU

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ne, nikdy	983	98,3	98,4	98,4
	ano, jednou	12	1,2	1,2	99,6
	ano, opakovaně	4	,4	,4	100,0
	Total	999	99,9	100,0	
Missing	0	1	,1		
Total		1000	100,0		

Z výsledků uvedených v tabulce se lze domnívat, že obětí sexuální viktimizace se stal pouze zanedbatelný počet mužů (1,6%), nebo že pouze zanedbatelný počet mužů tuto nepříjemnou zkušenost přiznává. Další uvedené výsledky se proto týkají pouze žen.

### Tabulka č. 3

V tabulce č. 3 jsou údaje týkající se věku viktím v našem souboru.

#### **PŘINUCEN(A) K POHLAVNÍMU STYKU VE VĚKU**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	16	13	1,3	13,3	13,3
	17	3	,3	3,1	16,3
	18	7	,7	7,1	23,5
	19	5	,5	5,1	28,6
	20	12	1,2	12,2	40,8
	21	1	,1	1,0	41,8
	22	3	,3	3,1	44,9
	23	7	,7	7,1	52,0
	24	5	,5	5,1	57,1
	25	9	,9	9,2	66,3
	26	2	,2	2,0	68,4
	27	3	,3	3,1	71,4
	28	4	,4	4,1	75,5
	29	3	,3	3,1	78,6
	30	8	,8	8,2	86,7
	32	4	,4	4,1	90,8
	33	1	,1	1,0	91,8
	34	2	,2	2,0	93,9
	35	3	,3	3,1	96,9
	40	1	,1	1,0	98,0
45	1	,1	1,0	99,0	
48	1	,1	1,0	100,0	
	Total	98	9,8	100,0	
Missing	0	890	89,0		
	neuedl(a)	12	1,2		
	Total	902	90,2		
Total		1000	100,0		

Z výsledků plyne, že nejvíce žen z našeho souboru bylo sexuálně viktimizováno ve velmi mladém věku – mezi 16. a 25. rokem. Nejvyšší výskyt znásilnění jsme dokonce zaznamenali u šestnáctiletých dívek (13%). U dvacetiletých je prevalence znásilnění 12%, další vrchol se objevil u pětadvacetiletých žen (10%). Po 25. roce věku je výskyt sexuální viktimizace výrazně nižší s opětovným nárůstem okolo třicátého roku (8%) a rapidně klesá po čtyřicátém roce (1%).

#### 2.2.1.2. Známost pachatele

Tabulka č. 4 se týká vztahu viktimizovaných žen k pachateli sexuálního násilí. Uvádíme v ní odpověď na otázku: Pokud jste někdy byla přinucena násilím k pohlavnímu styku, pachatelem byl:

- a) manžel nebo partner
- b) jiný vám známý muž
- c) neznámý muž

Tabulka č. 4

**PACHATEL VYNUCENÉHO POHL. STYKU**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	partn., manž.	68	6,8	61,8	61,8
	jiná známá osoba	30	3,0	27,3	89,1
	neznámá osoba	12	1,2	10,9	100,0
	Total	110	11,0	100,0	
Missing	0	890	89,0		
Total		1000	100,0		

Data svědčí o převaze sexuálně agresivních zkušeností v rámci partnerských či manželských vztahů. Výsledky ukazují, že pachatelem sexuální viktimizace byl ve většině případů (61,8%) partner nebo manžel. Pouze v necelé třetině případů (27,3%) byla pachatelem jiná známá osoba a neznámá osoba byla pachatelem sexuální viktimizace u žen pouze v 10,9%.

#### 2.2.1.3. Následky sexuální viktimizace

Další trs otázek se týkal vlivu sexuálního násilí na další život oběti. Tabulka č. 5 znázorňuje odpověď na otázku: “Pokud jste byla násilím přinucena ke styku, mělo to

vliv na váš další život?“. Možné odpovědi jsou: ne, nemělo žádný / ano, mělo negativní. V tabulkách č. 6, 7, 8 a 9 jsou pak odpovědi na otázku: pokud byl tento vliv negativní, týká se to oblasti:

- a) partnerské
- b) oblasti sexu
- c) oblasti psychické
- d) jiné

Tabulka č. 10 zpracovává otázku zda následky přetrvávají dodnes (jsou trvalého charakteru) formou odpovědí ano / ne, byly jen dočasné.

Tabulka č. 5

**NÁSLEDKY VYNUCENÉHO POHL. STYKU**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	žádné	10	1,0	62,5	62,5
	negativní	6	,6	37,5	100,0
	Total	16	1,6	100,0	
Missing	0	984	98,4		
Total		1000	100,0		

Tabulka č. 6

**NEGATIVNÍ NÁSLEDKY VYNUCENÉHO POHL. STYKU: PARTNERSKÉ**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	33	3,3	56,9	56,9
	ne	25	2,5	43,1	100,0
	Total	58	5,8	100,0	
Missing	0	942	94,2		
Total		1000	100,0		

Tabulka č. 7

**NEGATIVNÍ NÁSLEDKY VYNUCENÉHO POHL. STYKU: SEXUÁLNÍ**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	22	2,2	37,9	37,9
	ne	36	3,6	62,1	100,0
	Total	58	5,8	100,0	
Missing	0	942	94,2		
Total		1000	100,0		

Tabulka č. 8

**NEGATIVNÍ NÁSLEDKY VYNUCENÉHO POHL. STYKU: PSYCHICKÉ**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	42	4,2	72,4	72,4
	ne	16	1,6	27,6	100,0
	Total	58	5,8	100,0	
Missing	0	942	94,2		
Total		1000	100,0		

Tabulka č. 9

**NEGATIVNÍ NÁSLEDKY VYNUCENÉHO POHL. STYKU: JINÉ**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	4	,4	6,9	6,9
	ne	54	5,4	93,1	100,0
	Total	58	5,8	100,0	
Missing	0	942	94,2		
Total		1000	100,0		

Tabulka č. 10

**NÁSLEDKY VYNUCENÉHO POHL. STYKU TRVALÉHO CHARAKTERU**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	19	1,9	32,8	32,8
	ne, dočasné	39	3,9	67,2	100,0
	Total	58	5,8	100,0	
Missing	0	942	94,2		
Total		1000	100,0		

Jak je uvedeno v tabulkách, negativní následky vynuceného sexuálního styku uvedlo 37,5% viktimizovaných žen. Z toho následky partnerského charakteru byly zjištěny u 57% žen, následky v sexuální oblasti u 38% žen, psychické následky uvedlo 72% žen a jiné následky 7% žen. O následcích trvalého charakteru referovalo 33% žen.

**2.2.1.4. Oznámení na policii**

V tabulkách č. 11, 12 a 13 jsme dále jsme zjišťovali, zda ženy, které byly někdy k sexuálnímu styku přinuceny násilím ohlásili tuto skutečnost na policii. Pokud ne, co bylo důvodem a pokud ano, zda byl pachatel:

- a) vypátrán a odsouzen
- b) vypátrán, ale čin se mu neprokázal
- c) nebyl vypátrán

Tabulka č. 11

**OZNÁMENÍ VYNUCENÉHO POHL. STYKU NA POLICII**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	5	,5	4,5	4,5
	ne	105	10,5	95,5	100,0
	Total	110	11,0	100,0	
Missing	0	890	89,0		
Total		1000	100,0		

Tabulka č. 12

**DŮVODY NEOZNÁMENÍ VYNUCENÉHO POHL. STYKU**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	stud	30	3,0	30,0	30,0
	ztráta pachatele	33	3,3	33,0	63,0
	strach ze stálé(ho) partn.	4	,4	4,0	67,0
	odsouzení okolím	19	1,9	19,0	86,0
	jiný důvod	14	1,4	14,0	100,0
	Total	100	10,0	100,0	
Missing	0	895	89,5		
	nevedl(a)	5	,5		
	Total	900	90,0		
Total		1000	100,0		

Tabulka č. 13

**PACHATEL PO OZNÁMENÍ VYNUCENÉHO POHL. STYKU**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	vypátrán, odsouzen	3	,3	60,0	60,0
	nebyl vypátrán	2	,2	40,0	100,0
	Total	5	,5	100,0	
Missing	0	995	99,5		
Total		1000	100,0		

Podle uvedených výsledků byl vynucený pohlavní styk oznámen na policii jen v relativně malém počtu případů sexuální viktimizace žen (v 5%). Důvodem neoznámení byla ve 33% obava ze ztráty pachatele, ve 30% stud, v 19% obavy z odsouzení okolím a ve 4% strach ze stálého partnera. Jiný důvod byl tázanými ženami uveden ve 14% případů.

**2.2.1.5. Sexuální násilí uvedené muži - pachateli**

Dále uvádíme odpovědi mužů z našeho souboru, kteří byli dotazováni, zda někdy přinutili násilím nebo hrozbami nějakou ženu k pohlavnímu styku, jakou formou a zda šlo o partnerku, známou či neznámou ženu.

V tabulce č. 14 uvádíme odpověď na otázku „Nutil jste někdy násilím nebo hrozbami nějakou ženu k pohlavnímu styku?“

Tabulka č. 14

**NUTIL(A) NÁSILÍM NEBO HROZBAMI K POHL. STYKU**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ne	951	95,1	95,2	95,2
	ano	48	4,8	4,8	100,0
	Total	999	99,9	100,0	
Missing	0	1	,1		
Total		1000	100,0		

Z výsledků jednoznačně plyne, že naprostá většina respondentů se v průběhu svého života nechovala k ženě sexuálně agresivně, či takové jednání nepřiznává. U mužů, kteří odpověděli na dotaz zjišťující prevalenci sexuálně agresivního jednání kladně (5%), byla následně zjišťována jeho forma.

Tabulky č. 15, 16, 17 a 18 dokumentují jednotlivé formy sexuální agrese, které sexuálně agresivní respondenti přiznávají.

Tabulka č. 15

**NUTIL(A): K SOULOŽI**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	40	4,0	85,1	85,1
	ne	7	,7	14,9	100,0
	Total	47	4,7	100,0	
Missing	0	952	95,2		
	neuveďl(a)	1	,1		
	Total	953	95,3		
Total		1000	100,0		

Ze 47 mužů, kteří přiznávají sexuálně agresivní chování, 40 mužů (85%) vypovědělo o tom, že partnerku nutili k souloži.



V tabulce č. 16 uvádíme odpověď na otázku „Nutil jsem ji k dráždění penisu ústy (felaci)“. Možná odpověď Ano – Ne.

Tabulka č. 16

**NUTIL(A): DRÁŽDĚNÍ PENISU(KLITORISU) ÚSTY**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	29	2,9	61,7	61,7
	ne	18	1,8	38,3	100,0
	Total	47	4,7	100,0	
Missing	0	952	95,2		
	neuvedl(a)	1	,1		
	Total	953	95,3		
Total		1000	100,0		

Ze 47 mužů, kteří přiznávají přinucování ženy k sexuálnímu styku, 29 respondentů (61%) uvedlo, že partnerku nutili k felaci.

V tabulce č. 17 uvádíme odpověď na otázku „ Nutil jsem ji k masturbaci (dráždění penisu rukou) “ Možná odpověď Ano - Ne

Tabulka č. 17

**NUTIL(A): K MASTURBACI**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	27	2,7	57,4	57,4
	ne	20	2,0	42,6	100,0
	Total	47	4,7	100,0	
Missing	0	952	95,2		
	neuvedl(a)	1	,1		
	Total	953	95,3		
Total		1000	100,0		

Celkem 27 mužů (57%) z respondentů, kteří přiznávají sexuální agresi, vypovídá o tom, že partnerku donucovali k dráždění svého penisu partnerky rukou (k masturbaci).

V tabulce č. 18 uvádíme odpověď na otázku „ Nutil jsem ji k análnímu styku (styku do konečníku) “ Možná odpověď Ano - Ne .

Tabulka č. 18

**NUTIL: K ANÁLNÍMU STYKU**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	ano	10	1,0	21,3	21,3
	ne	37	3,7	78,7	100,0
	Total	47	4,7	100,0	
Missing	0	952	95,2		
	neuvedl(a)	1	,1		
	Total	953	95,3		
Total		1000	100,0		

Nejméně mužů vypovědělo o tom, že partnerku nutilo k análnímu styku.

Z výsledků vyplývá, že nejčastější formou vynuceného sexu je vaginální soulož. Druhou nejčastější formou vynuceného sexuálního kontaktu byla felace, méně často muži partnerku nutili k dráždění svého penisu rukou a nejméně často k análnímu styku.

U mužských respondentů, kteří se přiznali, že nutili ženu násilím nebo hrozbami k sexuálnímu styku jsme se dotazovali, zda se jednalo o ojedinělý skutek, či zda se sexuálně agresivní jednání opakovalo. V tabulce č. 19 uvádíme odpověď na otázku

„K vynucenému sexuálnímu styku došlo: Jen jednou – Opakovaně“

Tabulka č. 19

**NUTIL(A) NÁSILÍM NEBO HROZBAMI K POHL. STYKU: FREKVENCE**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	jednou	27	2,7	56,3	56,3
	opakovaně	21	2,1	43,8	100,0
	Total	48	4,8	100,0	
Missing	0	952	95,2		
Total		1000	100,0		

Z tabulky je zřejmé, že více sexuálně agresivních mužů přiznalo jednorázové nucení než opakované. Ze 48 mužů (5%), kteří přiznávají sexuální násilí 56% vypovědělo o tom, že nutili násilím nebo hrozbami ženu k sexuálnímu styku jedenkrát a 44% vypovědělo, že nutili ženu k sexuálnímu styku opakovaně.

U mužů, kteří přiznali jednorázovou sexuální agresi byl následně zjišťován jejich vztah k této ženě. V tabulce č. 20 uvádíme odpověď na otázku „ Jednalo se o: manželku, stálou partnerku – jinou známou ženu – neznámou ženu“

Tabulka č. 20

**NUTIL(A) NÁSILÍM NEBO HROZBAMI K POHL. STYKU JEDNOU: PARTN.**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	stálá(ý) partn.	9	,9	33,3	33,3
	známá(ý) žena(muž)	12	1,2	44,4	77,8
	neznámá(ý) žena(muž)	6	,6	22,2	100,0
	Total	27	2,7	100,0	
Missing	0	973	97,3		
Total		1000	100,0		

Tabulka ukazuje, že v převážné většině případů se obětí ojedinělé sexuální agrese pachatele stala známá žena. Z respondentů, kteří přiznali, že jedenkrát nutili ženu k sexuálnímu styku se jednalo převážně o stálou partnerku (9 případů, t. j. 33%) či o jinou známou ženu (12 případů, t. j. 44%). Méně často se obětí ojedinělé sexuální agrese pachatele stala neznámá žena (6 případů, t. j. 22%).

U respondentů, kteří přiznali, že nutili násilím nebo hrozbami nějakou ženu k pohlavnímu styku opakovaně bylo zjišťováno zda k opakované sexuální agresi docházelo ve vztahu k jedné partnerce či různým partnerkám. V případě, že respondent uvedl, že k pohlavnímu styku nutil ženu opakovaně, byl zjišťován i počet těchto žen. V tabulce č. 21 uvádíme odpověď na otázku „ Jednalo se vždy o stejnou partnerku – nutil jsem ke styku více žen: kolik celkem“

Tabulka č. 21

**NUTIL(A) NÁSILÍM NEBO HROZBAMI K POHL. STYKU VÍCEKRÁT: PARTN.**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	vždy stejná partn.	16	1,6	76,2	76,2
	více partn.	5	,5	23,8	100,0
	Total	21	2,1	100,0	
Missing	0	979	97,9		
Total		1000	100,0		

Muži, kteří přiznávají, že nutili ženu k sexuálnímu styku opakovaně častěji vypovídají, že k pohlavnímu styku přinucovali stejnou partnerku – v 16 případech (76%), méně často pak více partnerek. Z 5 mužů, kteří přiznali sexuální donucování u většího počtu žen (24%) 1 muž uvedl, že k sexuálnímu styku nutil dvě partnerky, 1 muž uvedl, že k sexuálnímu styku nutil tři partnerky, 1 muž pak donucoval pět partnerek a 1 muž dokonce přiznal donucování deseti partnerek. 1 muž počet partnerek, které nutil k sexuálnímu styku neuvedl.

Následně byla v dotazníku zjišťována **prevalence homosexuální sexuální agrese**. Mužských respondentů jsme se tázali, zda někdy oni sami přinutili násilím nebo hrozbami nějakého muže k pohlavnímu styku. Pouze 4 muži přiznali homosexuální sexuální agresi. Z toho 2 vypověděli o ojedinělém donucování k sexuálnímu styku a 2 o opakovaném donucování. Z výsledků tedy jednoznačně vyplývá, že naprostá většina mužů se homosexuální sexuální agrese nedopouští, či ji přiznává minimálně.

**Shrnutí:**

Dle uvedených výsledků můžeme shrnout, že ***nějaký sexuálně agresivní zážitek mělo někdy v životě 110 respondentek, t. j. 11% žen našeho souboru***. 6% uvedlo, že byly jedenkrát v životě přinuceny k sexuálnímu styku násilím, 5% referovalo o tom, že zažilo takovou zkušenost opakovaně. Na rozdíl od žen, muži přiznali jednu sexuální viktimizaci v anamnéze pouze ve 12 případech (1%), opakovaně pouze 4 muži.

***Nejvíce dospělých žen z našeho souboru bylo sexuálně viktimizováno ve velmi mladém věku – okolo 20 let.*** Třináct šestnáctiletých dívek uvedlo, že bylo

někdy násilím nuceno k pohlavnímu styku. U dvacetiletých je prevalence znásilnění 12%, další vrchol se objevil u pětadvacetiletých žen (10%). Po 25. roce věku je výskyt sexuální viktimizace výrazně nižší s opětovným nárůstem okolo třicátého roku (8%) a rapidně klesá po čtyřicítce (1%).

Co se týče vztahu mezi pachatelem a obětí byl **pachatel nejčastěji známou osobou**. O stálého partnera nebo manžela se jednalo v 62%, jiná známá osoba byla uvedena ve 27%. Zcela neznámý byl pachatel sexuální viktimizace žen v 11%.

Sexuálně násilný čin byl **oznámen na policii jen v 5% případů**. Důvodem neoznámení byla nejčastěji obava ze ztráty pachatele (33%), stud (30%), obavy z odsouzení okolím (19%) a ve 4% strach ze stálého partnera.

Výzkum dokládá **následky sexuální viktimizace v oblasti psychické, partnerské i sexuální. Následky jsou ve třetině případů trvalého rázu**. 53% znásilněných žen referovalo o negativních následcích této viktimizace. Psychické následky uvedlo 72% z těchto žen, negativní následky partnerského charakteru 57%, následky v sexuální oblasti 38% a jiné následky 7% žen.

Podíváme-li se na výsledky výzkumu ze strany pachatelů, **naprostá většina mužů se v průběhu života sexuálního násilí nedopustila, či takové násilí nepřiznává**. 48 mužů (5%) uvedlo, že někdy násilím nebo hrozbami nějakou ženu k pohlavnímu styku nutilo. Nejvíce (85%) nutilo ženu k souloži, 62% k felaci a 57% k masturbaci (dráždění penisu rukou). Nejméně mužů nutilo ženu k análnímu sexuálnímu styku. Dle pachatelů došlo k sexuálně agresivnímu činu v 56% případů jedenkrát, 44% mužů nutilo ženu k pohlavnímu styku opakovaně. V převážné většině se obětí stala známá žena (78%).

O stálou partnerku šlo ve 33%, o jinou známou ženu ve 44%. Neznámá žena se stala jednorázovou obětí ve 22%. Muži, kteří přiznávají, že nutili ženu k sexuálnímu styku opakovaně, častěji vypovídají, že se jednalo o stejnou partnerku. Homosexuální sexuální agresi přiznali 4 muži. Z toho 2 vypověděli o ojedinělém donucování k sexuálnímu styku a 2 respondenti o opakovaném donucování, z čehož vyplývá, že **naprostá většina mužů se nedopouští homosexuální sexuální agrese**, či jí přiznává minimálně.

Ženské sexuální agresi se v našem výzkumu nevěnujeme. Vycházíme z údajů Gerlové (2009), která referuje své výsledky z Výzkumu sexuálního chování obyvatel ČR III z roku 2003, dle kterých se naprostá většina žen ve vztahu k opačnému pohlaví sexuálně agresivně nechová, či minimálně o svém sexuálním donucování

nevypovídá.

Dle Gerlové (2009) je prevalence heterosexuální sexuální agrese přiznávaná ženami velmi nízká. Pouze 11 žen ze souboru III. opakování výzkumu sexuálního chování obyvatel ČR vypovědělo o tom, že nutilo muže k pohlavnímu styku (18 žen na dotaz neodpovědělo). Nucení k souloži přiznává 8 respondentek, nucení k dráždění klitoris ústy 6 respondentek, nucení k dráždění klitoris či pochvy rukou také 6 respondentek. Z jedenácti žen, které přiznávají donucování k sexuálnímu styku pět vypovídá o ojedinělém donucování a šest o opakovaném. Z pěti žen, které přiznávají ojedinělou sexuální agresi se ve čtyřech případech jednalo o stálého partnera a v jednom případě o známého muže. Ani jedenkrát se nestal objektem sexuálního nátlaku neznámý muž. Z šesti žen, které donucovaly k sexuálnímu styku muže opakovaně, se v polovině případů jednalo o stejného partnera a v polovině případů o různé partnery. Ze tří žen, které přiznaly opakovanou sexuální agresi jedna vypověděla o sexuálním donucování tří partnerů, jedna o sexuálním donucování pěti partnerů a jedna údaj nevyplnila. V oblasti prevalence homosexuální sexuální agrese u žen pouze 4 ženy ze zkoumaného souboru přiznávají, že nutily k sexuálnímu styku jinou ženu. Ve všech čtyřech případech ženy vypověděly o ojedinělém aktu sexuální agrese vůči partnerce stejného pohlaví.

Nepovažovali jsme proto za smysluplné se těmito údaji ve IV. pokračování výzkumu podrobně zabývat.

### 2.2.2. Zpracování výsledků dle základních sociodemografických charakteristik

Následně bylo provedeno srovnání podle základních sociodemografických charakteristik, tedy na základě **vzdělání** (bez maturity nebo minimálně s maturitou), **náboženství** (římskokatolické, jiné nebo ateista), **velikosti místa bydliště** (do 4 999 obyvatel, 5 000 až 99 999 obyvatel, nad 100 000 obyvatel) a podle **věku** (rozděleno do 5 kategorií: 15 –17 let, 18 - 29, 30 - 44, 45 – 59, 60 a více let). Výsledky jsou uvedeny v tabulkách č. 22, 23, 24, 25.

### 2.2.2.1. Zpracování výsledků dle vzdělání

Tabulka č. 22

#### Srovnání souborů respondentů se zkušeností/bez zkušenosti se sexuálním násilím dle vzdělání

		Přinucena k pohlavnímu styku					
		ne, nikdy N=890		ano, jednou N=63		ano, opakovaně N=47	
		N	%	N	%	N	%
VZDĚLÁNÍ	bez maturity	367	89%	20	5%	24	6%
	s maturitou	522	89%	43	7%	23	4%

$$\chi^2 = 4,215, p = 0,122$$

Zkušenost se sexuálním násilím přiznal stejný počet žen s maturitou jako bez maturity. Jak bylo zjištěno chí kvadrát testem rozdílu, není rozdíl ve vzdělání u znásilněných žen statisticky významný.

### 2.2.2.2. Zpracování výsledků dle náboženského vyznání

Tabulka č. 23

#### Srovnání souborů respondentů dle náboženského vyznání

		Přinucena k pohlavnímu styku					
		ne, nikdy		ano, jednou		ano, opakovaně	
		N	%	N	%	N	%
NÁBOŽENSTVÍ	římskokatolické	278	88%	16	5%	21	7%
	jiné víry	188	84%	23	10%	12	5%
	nevěřící	422	92%	24	5%	13	3%

$$\chi^2 = 14,597, p = 0,006$$

Z výsledků vyplývá, že z hlediska náboženství je mezi oběma skupinami žen statisticky významný rozdíl. Nevěřících žen v souboru bylo 458, k římskokatolické víře se přihlásilo celkem 315 respondentek a 223 žen uvedlo jiné vyznání. Znásilněných ateistek bylo 37 (8%), věřících žen, které uvedly znásilnění bylo celkem 72 (27%), z toho 37 žen bylo římskokatolické víry (12%) a 35 žen bylo jiného vyznání (15%). Znásilněné ženy byly tedy nejčastěji věřící – jiné než římskokatolické víry, dále římské katoličky a nejméně často byly k pohlavnímu styku nuceny ateistky.

### 2.2.2.3. Zpracování výsledků dle věku

Tabulka č. 24

#### Srovnání souborů respondentů dle věku

		Přinucena k pohlavnímu styku					
		ne, nikdy N=890		ano, jednou N=63		ano, opakovaně N=47	
		N	%	N	%	N	%
Věk	15 – 17 let	57	100%				
	18 – 29 let	180	93%	7	4%	6	3%
	30 – 44 let	209	84%	27	11%	12	5%
	45 – 59 let	202	85%	19	8%	17	7%
	60 a více let	242	92%	10	4%	12	5%

$$\chi^2 = 27, p = 0,001$$

Dle  $\chi^2$  testu rozdílu jsou rozdíly ve srovnání respondentek dle věkových kategorií statisticky významné. Nejvíce respondentek, které uvedly znásilnění v anamnéze bylo ve věkovém rozpětí 30 – 44 let (39 žen, což je 17% znásilněných). 27 těchto žen (11%) bylo znásilněno jednou, 12 (5%) opakovaně. Na dalším místě je 36 žen mezi 45 a 59 lety (15%), z nich bylo 19 znásilněno jednou (8%) a 17 opakovaně (7%). Šedesáti a víceleté ženy referovaly o znásilnění v anamnéze ve 32 případech (19%) – v 10 případech byly tyto ženy znásilněny jednou (4%), ve 12 případech opakovaně (5%). Nejméně uváděných znásilnění je v nejmladších kategoriích. Ve věkovém rozpětí mezi 18 a 29 lety uvedlo znásilnění 13 žen (7%), z toho 7 žen (4%) jednou a 6 žen opakovaně (3%). Respondentky ve věkovém intervalu 15 – 17let nereferovaly o žádném znásilnění, což je zajímavé vzhledem k tomu, že nejvíce žen je viktimizováno ve velmi mladém věku.



#### 2.2.2.4. Zpracování výsledků dle velikosti místa bydliště

Tabulka č. 25

##### Srovnání souborů respondentů dle velikosti místa bydliště

		Přinucena k pohlavnímu styku					
		ne, nikdy N=890		ano, jednou N=63		ano, opakovaně N=47	
		N	%	N	%	N	%
VELIKOST	do 4 999 obyvatel	338	90%	22	6%	16	4%
MÍSTA	5 000 – 99 999 obyv.	370	90%	23	6%	16	4%
BYDLIŠTĚ	100 000 a více obyv.	182	85%	18	8%	15	7%

$$\chi^2 = 5,542, p = 0,236$$

Z hlediska velikosti místa bydliště byla vyšší prevalence znásilněných žen bydlících v lokalitě se 100 000 a více obyvateli – 15% oproti 10% znásilněných žen v lokalitách od 5 000 do 99 999 obyvatel a 10% v místech bydliště do 4 999 obyvatel. Rozdíl není statisticky významný.

##### Shrnutí:

Závěrem lze říci, že z hlediska základních sociodemografických charakteristik nebyly u obětí sexuálního násilí zjištěny statisticky významné rozdíly mezi znásilněnými a neznásilněnými ve vzdělání ani ve velikosti místa bydliště.

Při **rozdělení respondentek dle věkových kategorií statisticky významné rozdíly shledáváme. Stejně tak u rozdělení podle náboženství.** Nejvíce respondentek, které uvedly znásilnění v anamnéze bylo ve věkovém rozpětí 30 – 44 let (17% znásilněných). 11% těchto žen bylo znásilněno jednou, 5% opakovaně. Na dalším místě je 15% žen mezi 45 a 59 lety, šedesáti a víceleté ženy referovaly o znásilnění v anamnéze v 19% – ve 4% případech byly tyto ženy znásilněny jednou, ve 5% případech opakovaně. Nejméně uváděných znásilnění je v nejmladších kategoriích. Ve věkovém rozpětí mezi 18 a 29 lety uvedlo znásilnění 7% žen (z toho 4%) jednou a 3% opakovaně. Respondentky ve věkovém intervalu 15 – 17let nereferovaly o žádném znásilnění, ač nejvíce žen je viktimizováno právě ve velmi mladém věku.

Nevěřících žen v souboru bylo 458, k římskokatolické víře se přihlásilo celkem 315 respondentek a 223 žen uvedlo jiné vyznání. Znásilněných ateistek bylo 8%, věřících žen, které uvedly znásilnění bylo celkem 27%, z toho 12% římskokatolické víry a 15% jiného vyznání. Znásilněné ženy byly tedy nejčastěji věřící – jiné než římskokatolické víry, dále římské katoličky a nejméně často byly k pohlavnímu styku nuceny ateistky. U žen římskokatolického vyznání byla zjištěna častější opakovaná sexuální viktimizace než jednorázová (7%:5%). Ženy jiné víry byly znásilněny v 10% jednorázově a v 5% opakovaně, ateistky uvedly, že byly k pohlavnímu styku přinuceny jednou v 5%, ve 3% opakovaně.

### **2.2.3. Zpracování výsledků dle vybraných psychosexuálních charakteristik**

Pro další výzkumné účely byl zkoumaný soubor žen rozdělen na dvě skupiny. Skupiny respondentek, které uvedly sexuální viktimizaci a těch, které jí nevedly, byly pak dále porovnávány z hlediska charakteristik psychosexuálního vývoje, partnerské a sexuální adaptace a v postojích a názorech na sex. Výsledky nalezneme v tabulkách 26 – 40.

### 2.2.3.1. Psychosexuální vývoj

Tabulka č. 26

#### Charakteristika psychosexuálního vývoje ve dvou podskupinách žen

Podskupina A: ženy bez sexuálně agresivní zkušenosti ( N= 890)

Podskupina B: ženy se sexuálně agresivní zkušeností ( N= 110)

Charakteristika		A	B	Test	p
Masturbace v anamnéze		64%	73%	$\chi^2=2,959$	0,085
Věk první masturbace	X	15,99	16,34	t=0,396	0,693
	SD	5,55	7,45		
Věk prvního neckingu (v letech)	X	17,03	16,61	$\chi^2=2,571$	0,109
	SD	2,67	2,99		
Věk prvního pettingu (v letech)	X	17,88	17,47	$\chi^2=1,503$	0,220
	SD	3,17	2,66		
Věk první soulože (v letech)	X	18,09	18,01	t=3,47	<b>0,001</b>
	SD	2,18	2,86		
Počet sexuálních partnerů za celý život	X	4,60	10,16	t=3,832	<b>0,001</b>
	SD	5,10	14,88		
Počet sexuálních partnerů v posledním roce	X	0,97	1,19	t=1,492	0,138
	SD	1,14	1,45		
Styky s náhodnými sexuálními partnery v životě		35%	62%	$\chi^2=29,949$	<b>0,001</b>
Počet náhodných sexuálních partnerů za celý život	X	3,18	5,29	t=1,769	0,081
	SD	4,61	9,46		
Počet náhodných sexuálních partnerů v posledním roce	X	0,49	0,47	t=0,106	0,916
	SD	1,87	1,30		

Rozdíly dle chí-kvadrátu a t-testu jsou v některých charakteristikách psychosexuálního vývoje statisticky významné. Ženy se sexuálně agresivní zkušeností mají soulož dříve než ženy bez této zkušenosti (t=3,47, p=0,001). Za celý život mají vyšší počty sexuálních partnerů (t=3,832, p=0,001). Významně častěji uvádějí styky s náhodnými sexuálními partnery v průběhu života ( $\chi^2=29,949$ , p=0,001).

### Tabulka č. 27

#### **Prožívání prvního pohlavního styku ve dvou podskupinách žen**

Podskupina A: ženy bez sexuální agresivní zkušenosti ( N= 890)

Podskupina B: ženy se sexuální agresivní zkušeností ( N= 110)

(Údaje v procentech)

Podskupina	Bolestivý, nepříjemný	Nic necítla	Příjemný, bez orgasmu	Příjemný, s orgasmem
A	36	23	36	5
B	46	21	29	4

$$\chi^2 = 4,163, p = 0,244$$

První sexuální styk hodnotí sexuálně viktimizované ženy častěji jako bolestivý a méně příjemný než ženy bez sexuální agresivní zkušenosti. Tyto rozdíly však nejsou statisticky významné.

#### **2.2.3.2. Partnerská adaptace**

### Tabulka č. 28

#### **Některé charakteristiky partnerské adaptace ve dvou podskupinách žen**

Podskupina A: ženy bez sexuální agresivní zkušenosti ( N= 890)

Podskupina B: ženy se sexuální agresivní zkušeností ( N= 110)

Charakteristika		A	B	Test	p
Neměla partnerský vztah		9%	2%	$\chi^2=6,835$	<b>0,009</b>
Počet partnerských vztahů v životě	X	2,81	3,91	t=3,914	<b>0,001</b>
	SD	2,20	2,61		
Chybí sňatek v anamnéze		29%	15%	$\chi^2=9,385$	<b>0,002</b>
První sňatek ve věku (v letech)	X	22,29	21,82	$\chi^2=600,391$	<b>0,001</b>
	SD	3,23	3,64		
Rozvod v anamnéze		24%	47%	$\chi^2=22,322$	<b>0,001</b>
Počet manželství	X	1,15	1,47	$\chi^2=20,823$	<b>0,001</b>
	SD	0,40	0,94		
UPT v anamnéze		20%	35%	$\chi^2=12,017$	<b>0,001</b>

Obě podskupiny se statisticky významně liší ve všech charakteristikách partnerského soužití uvedeného v tabulce. Sexuálně viktimizované ženy mají za život více partnerských vztahů, vdávají se v mladším věku, častěji se rozvádějí, uzavírají za život více manželství a častěji absolvují umělé přerušování těhotenství (UPT).

Tabulka č. 29

**Extramatrimoniální styky (EM) ve dvou podskupinách žen**

Podskupina A: ženy bez sexuálně agresivní zkušenosti ( N= 890)

Podskupina B: ženy se sexuálně agresivní zkušeností ( N= 110)

(Údaje v procentech)

Podskupina	Nebyla vdaná	Neměla EM styk	EM styk výjimečně	EM styk příležitostně	EM styk často
A	29	49	14	6	1
B	16	39	28	11	6

$X^2 = 35,67, p = 0,001$

Z této tabulky je zřejmé, že znásilněné ženy uvádějí častěji extramatrimoniální sexuální styky než ženy bez sexuální viktimizace v anamnéze. Rozdíl je dle chí kvadrát testu rozdílu statisticky významný.

### 2.2.3.3. Sexuální adaptace

Tabulka č. 30

#### Některé charakteristiky sexuální adaptace ve dvou podskupinách žen

Podskupina A: ženy bez sexuálně agresivní zkušenosti ( N= 890)

Podskupina B: ženy se sexuálně agresivní zkušeností ( N= 110)

Charakteristika		A	B	Test	p
Frekvence masturbace (za měsíc)	X	5,67	6,35	t=0,748	0,458
	SD	6,02	5,07		
Potřeba sexuálního vybití v současnosti	X	9,88	9,33	X <sup>2</sup> =4,442	0,064
	SD	9,25	8,81		
Pohlavní vybití v současné době z jakéhokoliv zdroje – soulož, onanie atd.(za měsíc)	X	8,77	8,81	t=3,442	0,064
	SD	7,11	7,14		
Frekvence pohlavních styků se stálým partnerem (za měsíc)	X	8,04	9,50	t=1,253	0,214
	SD	8,12	8,58		
Nedosahuje orgasmu		9%	7%	X <sup>2</sup> =1,817	0,769
Sexuální porucha v anamnéze		18%	39%	X <sup>2</sup> =28,557	<b>0,001</b>
Sexuální porucha v současnosti		11%	28%	X <sup>2</sup> =24,696	<b>0,001</b>
Pohlavně přenosná nemoc		4%	14%	X <sup>2</sup> =19,369	<b>0,001</b>
Pohlavní styk za peníze		2%	9%	X <sup>2</sup> =17,972	<b>0,001</b>
Účast na skupinovém sexu		8%	22%	X <sup>2</sup> =28,894	<b>0,001</b>
Homosexuální pohlavní styk		6%	18%	X <sup>2</sup> =20,295	<b>0,001</b>
Považuje se za homosexuálku		0%	0%	X <sup>2</sup> =6,809	<b>0,033</b>
Považuje se za bisexuálku		10%	18%	X <sup>2</sup> =6,945	<b>0,008</b>
Spokojenost se sexuálním životem		73%	58%	X <sup>2</sup> =11,456	<b>0,001</b>

Výrazné statisticky významné rozdíly se mezi srovnávanými skupinami projevily v charakteristikách sexuálního chování, celkové sexuální adaptace a sexuální identity. Znásilněné ženy častěji referují o sexuálních poruchách v anamnéze i v současnosti a jsou častěji nespokojené se svým pohlavním životem. Uvádějí ve vyšším procentu méně obvyklé či rizikové sexuální zkušenosti: častěji poskytly sex za peníze, měly častěji pohlavně přenosnou chorobu a častěji se účastnily skupinového sexu než ženy bez sexuálně agresivní zkušenosti. Viktimizované ženy rovněž častěji referují o zkušenosti s pohlavním stykem s osobou stejného pohlaví a častěji se považují za homosexuálku či bisexuálku.

Co se týče sexuální potřeby a sexuálního vybití nebyly mezi oběma skupinami žen shledány statisticky významné rozdíly.

#### 2.2.3.4. Sexuální zneužití

##### Tabulka č. 31

##### **Sexuální zneužití v dětství ve dvou podskupinách žen**

Podskupina A: ženy bez sexuální agresivní zkušenosti ( N= 890)

Podskupina B: ženy se sexuální agresivní zkušeností ( N= 110)

(Údaje v procentech)

Podskupina	Nikdy	Ano, jednou	Ano, opakovaně
A	94	4	1
B	84	7	9

$\chi^2 = 31,510$ ,  $p = 0,001$

Výrazná statistická významnost dle testu chí kvadrát rozdílu se ukázala rovněž v rozdílech týkajících se sexuálního zneužití v dětství mezi oběma podskupinami žen. Na otázku, zda byla někdy ve svém dětství (do 15 let) sexuálně zneužita nebo sexuálně obtěžována dospělou osobou odpovědělo 7% znásilněných žen oproti 4% žen, které znásilnění nevedly, že ano, jednou. 9% znásilněných oproti 1% neznásilněných žen pak uvedlo opakované sexuální zneužití.

##### Tabulka č. 32

##### **Některé charakteristiky sexuálního zneužití v dětství ve dvou podskupinách žen**

Podskupina A: ženy bez sexuální agresivní zkušenosti ( N= 890)

Podskupina B: ženy se sexuální agresivní zkušeností ( N= 110)

Charakteristika		A	B	Test	p
Sexuální zneužití v dětství ve věku	X	11,67	11,35	F=0,026	0,873
	SD	3,01	2,03		
Osahávání pachatelem		90%	83%	$\chi^2=0,523$	0,470
Masturbace pachatelem rukou		24%	33%	$\chi^2=0,524$	0,469
Dráždění pachatelem ústy na genitálu		20%	28%	$\chi^2=0,411$	0,521
Pachatel vyžadoval dráždění rukou		47%	56%	$\chi^2=0,391$	0,523
Pachatel vyžadoval dráždění genitálu ústy		16%	11%	$\chi^2=0,411$	0,521
Pachatel vyžadoval soulož do konečníku		2%	0%	$\chi^2=0,373$	0,541
Pachatel vyžadoval soulož do pochvy		20%	44%	$\chi^2=3,871$	<b>0,049</b>

Při sexuálním zneužití pachatel významně častěji ( $X^2 = 3,871$ ,  $p = 0,049$ ) vyžadoval soulož do pochvy v případech sexuálně zneužitých žen se sexuální viktimizací v dospělé anamnéze než u žen sexuálně zneužitých v dětství bez násilné sexuální zkušenosti v dospělosti. Chování pachatele sexuálního zneužití v dětství bylo tedy u znásilněných žen výrazně násilnější.

#### 2.2.3.5. Postoje a názory na sex ve dvou podskupinách žen

##### Tabulka č. 33

##### **Názor na prostituci**

Podskupina A: ženy bez sexuálně agresivní zkušenosti ( N= 890)

Podskupina B: ženy se sexuálně agresivní zkušeností ( N= 110)

(Údaje v procentech)

Podskupina	Zakázat, trestat obě skupiny	Zakázat, trestat jen prostitutky	Zakázat, trestat jen klienty	Povolit s lékařskou kontrolou	Povolit bez omezení	Nemá nic proti
A	22	3	3	57	7	7
B	14	5	5	56	13	6

$X^2 = 10,151$ ,  $p=0,071$

##### Tabulka č. 34

##### **Názor na interrupci**

(Údaje v procentech)

Podskupina	Naprosto nepřijatelná	Přípustná ze zdravotních důvodů	Přípustná i ze sociálních důvodů	Žena má právo rozhodnutí
A	5	20	14	60
B	3	17	21	59

$X^2 = 4,648$ ,  $p=0,199$



### Tabulka č. 35

#### **Názor na pornografii**

(Údaje v procentech)

Podskupina	Zakázat	Škodlivá, spec. obchody	Bez výhrad, spec. obchody	Bez výhrad, neomezovat
A	23	19	46	13
B	17	17	55	10

$$X^2 = 4,137, p=0,247$$

### Tabulka č. 36

#### **Názor na skupinový sex**

(Údaje v procentech)

Podskupina	Nepřípustný	Přípustný, odmítá	Přípustný, neodmítá
A	43	48	9
B	35	55	11

$$X^2 = 2,898, p=0,235$$

### Tabulka č. 37

#### **Názor na mimomanželské sexuální styky**

(Údaje v procentech)

Podskupina	Nepřípustné	Neodsuzuje, neprovozuje	Přirozené
A	39	41	19
B	34	36	30

$$X^2 = 6,900, \mathbf{p=0,032}$$

### Tabulka č. 38

#### **Názor na náhodné sexuální styky**

(Údaje v procentech)

Podskupina	Nepřípustné	Neodsuzuje, neprovozuje	Přirozené
A	34	43	23
B	23	42	35

$$X^2 = 9,428, \mathbf{p=0,009}$$

Ženy s násilnou sexuální zkušeností se jeví ve svých názorech a postojích týkajících se sexuálního života jako liberálnější. Podle chí kvadrát testu rozdílu sledovaných hodnot je statisticky významný rozdíl u dvou podskupin žen v názorech na extramatrimoniální styky a v názorech na náhodné sexuální styky. Znásilněné ženy uvádějí častěji extramatrimoniální a náhodné sexuální styky jako přirozené (30% znásilněných považuje mimomanželské sexuální styky za přirozené oproti 19% žen bez násilné sexuální zkušenosti a v případech názoru na náhodné sexuální styky je považuje za přirozené 35% znásilněných a pouze 23% neznásilněných žen).

### **Shrnutí:**

Významné statistické rozdíly jsou mezi znásilněnými a neznásilněnými ženami v charakteristikách psychosexuálního vývoje, celkové sexuální adaptace, sexuálního chování a sexuální identity. Rovněž v některých postojích a názorech na sex. Znásilněné ženy mají dříve pohlavní styk ( $t=3,47$ ,  $p=0,001$ ), vyšší počty sexuálních partnerů ( $t=3,83$ ,  $p=0,001$ ) a častější náhodný sex ( $\chi^2=29,94$ ,  $p=0,001$ ). Vdávají se v mladším věku ( $\chi^2=600,39$ ,  $p=0,001$ ), častěji jsou svým partnerům nevěrné ( $\chi^2=35,67$ ,  $p=0,001$ ), častěji se rozvádějí ( $\chi^2=22,32$ ,  $p=0,001$ ) a uzavírají za život více manželství ( $\chi^2=20,82$ ,  $p=0,001$ ). Častěji absolvují umělé přerušování těhotenství ( $\chi^2=12,01$ ,  $p=0,001$ ). Častěji referují o sexuálních poruchách v anamnéze ( $\chi^2=28,55$ ,  $p=0,001$ ) i v současnosti ( $\chi^2=24,69$ ,  $p=0,001$ ) a jsou častěji nespokojené se svým pohlavním životem ( $\chi^2=11,45$ ,  $p=0,001$ ). Uvádějí ve vyšším procentu méně obvyklé či rizikové sexuální zkušenosti: častěji poskytly sex za peníze ( $\chi^2=17,92$ ,  $p=0,001$ ), měly častěji pohlavně přenosnou chorobu ( $\chi^2=19,36$ ,  $p=0,001$ ) a častěji se účastnily skupinového sexu než ženy bez sexuálně agresivní zkušenosti ( $\chi^2=28,89$ ,  $p=0,001$ ). Viktimizované ženy rovněž častěji referují o zkušenosti s pohlavním stykem s osobou stejného pohlaví ( $\chi^2=20,29$ ,  $p=0,001$ ) a častěji se považují za homosexuálku ( $\chi^2=6,80$ ,  $p=0,033$ ) či bisexuálku ( $\chi^2=6,94$ ,  $p=0,008$ ). Významná je skutečnost, že v dětství bylo více znásilněných žen sexuálně zneužito ( $\chi^2=31,51$ ,  $p=0,001$ ) a při tomto zneužití bylo chování pachatele násilnější než v případě zneužitých žen bez této zkušenosti ( $\chi^2=3,871$ ,  $p=0,049$ ). V postojích a názorech na sex se ženy s násilnou sexuální zkušeností se jeví jako permissivnější. Uvádějí častěji než ženy neznásilněné extramatrimoniální a náhodné sexuální styky jako přirozené (extramatrimoniální styky:  $\chi^2=6,90$ ,  $p=0,032$ , náhodné sexuální styky:  $\chi^2=0,009$ ).

## 2.2.4. Trendy v oblasti viktimologických aspektů sexuálního chování Komparace výsledků z let 1993, 1998, 2003 a 2008

### 2.2.4.1. Sexuální viktimizace a její následky

Následující část práce se zabývá statistickým zhodnocením trendů v oblasti viktimologických aspektů sexuálně agresivního jednání v České republice. Srovnávána byla data získaná v rámci opakovaných výzkumů sexuálního chování, které byly provedeny v letech 1993, 1998, 2003 a 2008. U některých charakteristik nebyla data v prvním ani druhém dotazování získávána, což limituje naše zjištění. Srovnávali jsme změny výpovědí o sexuální viktimizaci u vzorku žen. Otázky na prevalenci sexuální viktimizace mužů byly do dotazníku přidány až v roce 2003 a počet mužů, kteří přiznali sexuální viktimizaci byl velmi malý (jednu viktimizaci uvedlo v opakováních z roku 2003 a 2008 celkem 1% mužů, opakovanou viktimizaci neuvedl žádný muž).

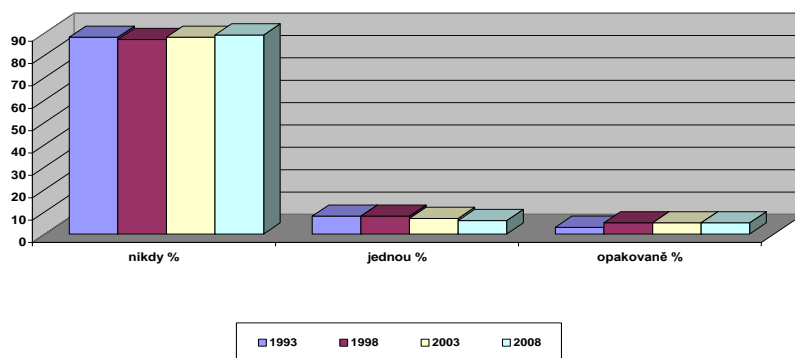
Tabulka č. 39

#### Počet sexuálně viktimizovaných žen

	PŘINUCENA K POHLAVNÍMU STYKU					
	ne, nikdy		ano, jednou		ano, opakovaně	
	N	%	N	%	N	%
1993 ženy	729	88%	68	8%	28	3%
1998 ženy	775	87%	73	8%	47	5%
2003 ženy	868	88%	66	7%	47	5%
2008 ženy	890	89%	63	6%	47	5%
CELKEM	3262	88%	270	7%	169	5%

$$\chi^2 = 7,611, p = 0,268$$

Graf č. 1



Viktimizaci v anamnéze uvedlo celkem 12% žen, z toho jednu viktimizaci uvedlo 7% a opakovanou viktimizaci 5% žen. Prevalence v jednotlivých opakováních se pohybuje od 11% do 13% (u jednorázové viktimizace od 6% - 8%, u opakované od 3% do 5%). Po mírném nárůstu v roce 1998 došlo v dalších opakováních opět k mírnému poklesu sexuální agrese v populaci. U jednorázových znásilnění můžeme od roku 1998 do roku 2008 sledovat pokles počtu těchto činů, o opakovaných naopak mezi lety 1993 a 1998 jejich počet narostl, od roku 1998 do roku 2008 je jejich počet stejný. Rozdíly mezi soubory znásilněných žen dle jednotlivých výzkumů nejsou statisticky významné ( $p=0,268$ ).

Tabulka č. 40

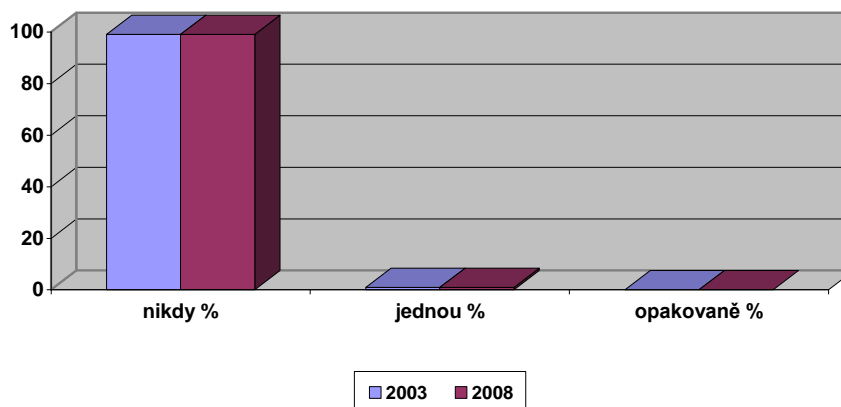
**Počet sexuálně viktimizovaných mužů**

	PŘINUCEN(A) K POHLAVNÍMU STYKU					
	ne, nikdy		ano, jednou		ano, opakovaně	
	N	%	N	%	N	%
2003 muži	980	99%	10	1%	1	0%
2008 muži	983	98%	12	1%	4	0%
CELKEM	1963	99%	22	1%	5	0%

$\chi^2 = 1,954, p = 0,376$

Pouze 1% mužů uvedlo, že bylo někdy přinuceno k pohlavnímu styku.

Graf č. 2



Tabulka č. 41

**Věk sexuálně viktimizovaných žen (v případech opakovaných znásilnění věk v době prvního deliktu tohoto druhu)**

	PŘINUCEN(A) K POHLAVNÍMU STYKU VE VĚKU							
	Valid N	Minimum	Maximum	Mean	Mode	Median	Std Deviation	Standard Error of Mean
1993 ženy	88	16	45	22,94	17	20	6,810	,726
1998 ženy	99	16	42	23,68	18	22	6,549	,658
2003 ženy	105	16	45	24,33	16	23	7,600	,742
2008 ženy	98	16	48	24,00	16	23	6,596	,666
CELKEM	390	16	48	23,77	18	22	6,908	,350

F = 1,400, p = 0,237

Průměrný věk znásilněných žen je 24 let a ve všech opakováních je přibližně stejný. F test rozdílu středních hodnot je 1,400, tedy rozdíl v průměrném věku znásilněných žen dle jednotlivých opakování výzkumu není statisticky významný (p=0,237).

Tabulka č. 42

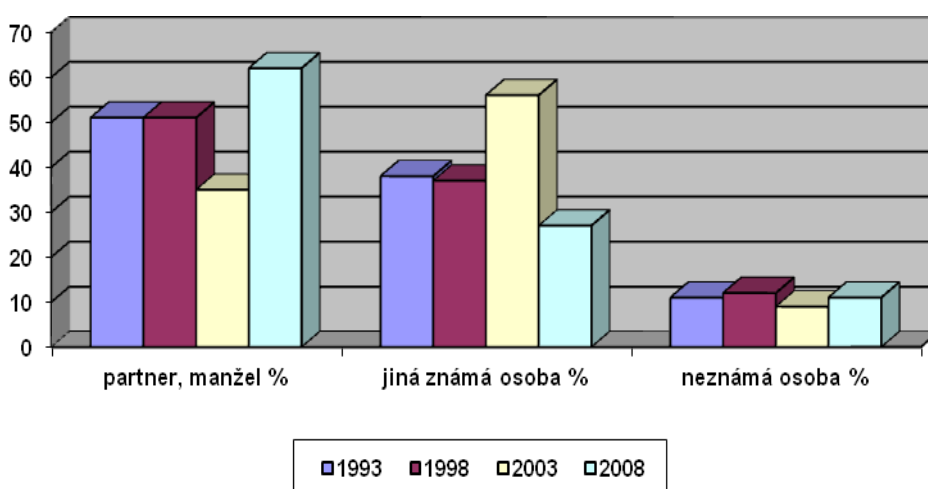
**Vztah mezi pachatelem a obětí znásilnění – stupeň známosti pachatele**

	PACHATEL VYNUCENÉHO POHL. STYKU					
	partn., manž.		jiná známá osoba		neznámá osoba	
	N	%	N	%	N	%
1993 ženy	48	51%	36	38%	10	11%
1998 ženy	58	51%	42	37%	14	12%
2003 ženy	38	35%	61	56%	10	9%
2008 ženy	68	62%	30	27%	12	11%
CELKEM	212	50%	169	40%	46	11%

$\chi^2 = 20,516$ , **p = 0,002**

Nejčastěji byl pachatelem partner nebo manžel, na druhém místě jiná známá osoba a nejméně často byl pachatel zcela neznámý. Trend v této oblasti mezi jednotlivými výzkumy uvedený v tabulce se jeví statisticky významný, avšak kolísající. Uvedení partnera či manžela jako pachatele má mezi jednotlivými výzkumy mimo roku 2003 vzrůstající tendenci. Uvedení jiné známé osoby zaznamenalo v roce 2008 pokles. Pachatel jako neznámá osoba je uváděn ve stále podobném počtu případů s mírným poklesem v roce 2003.

Graf č. 3



Tabulka č. 43

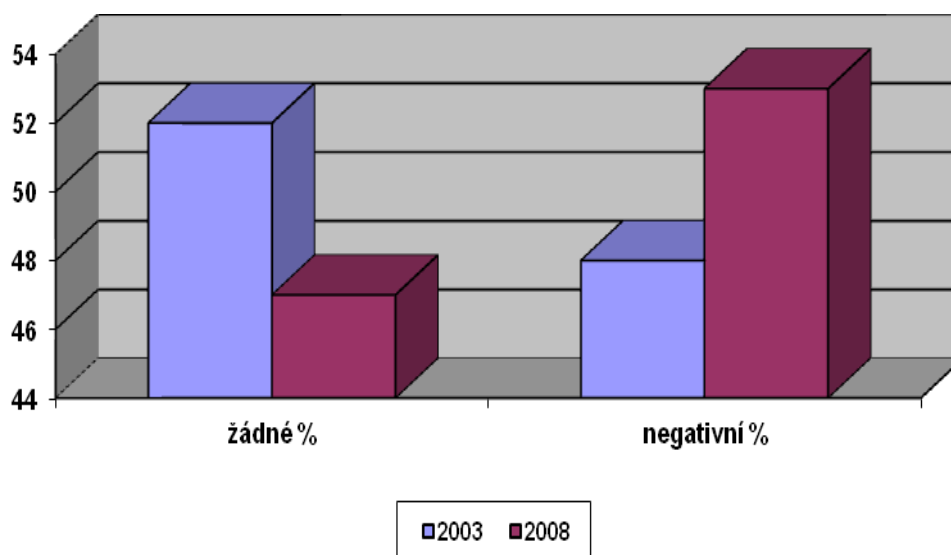
### Následky vynuceného pohlavního styku

	NÁSLEDKY VYNUCENÉHO POHL. STYKU			
	žádné		negativní	
	N	%	N	%
2003 ženy	57	52%	52	48%
2008 ženy	52	47%	58	53%
CELKEM	109	50%	110	50%

$$\chi^2 = 0,552, p = 0,457$$

Zhruba polovina žen uvedla negativní následky sexuální viktimizace (u opakování v roce 2003 48% žen, v roce 2008 53% žen). Rozdíl v počtech žen, které uvedly negativní následky sexuální viktimizace v dospělosti není dle chí kvadrát tesu rozdílu statisticky významný.

Graf č. 4



Tabulka č. 44

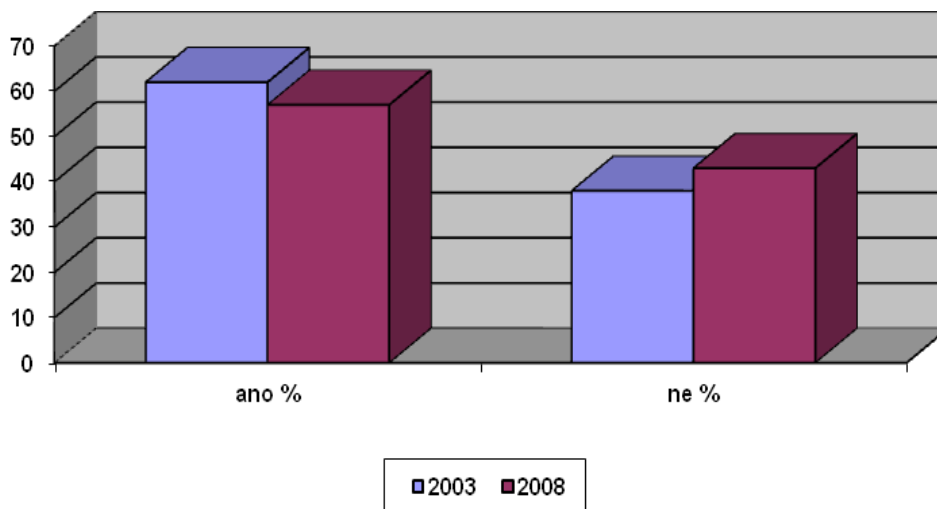
**Negativní následky vynuceného pohlavního styku: partnerské**

	NEGATIVNÍ NÁSLEDKY VYNUCENÉHO POHL. STYKU: PARTNERSKÉ			
	ano		ne	
	N	%	N	%
2003 ženy	31	62%	19	38%
2008 ženy	33	57%	25	43%
CELKEM	64	59%	44	41%

$\chi^2 = 0,290, p = 0,590$

V roce 2003 uvedlo negativní partnerské následky 62% a v roce 2008 57% respondentek. I když tento trend zaznamenal pokles, rozdíly nejsou statisticky významné.

Graf č. 5





Tabulka č. 45

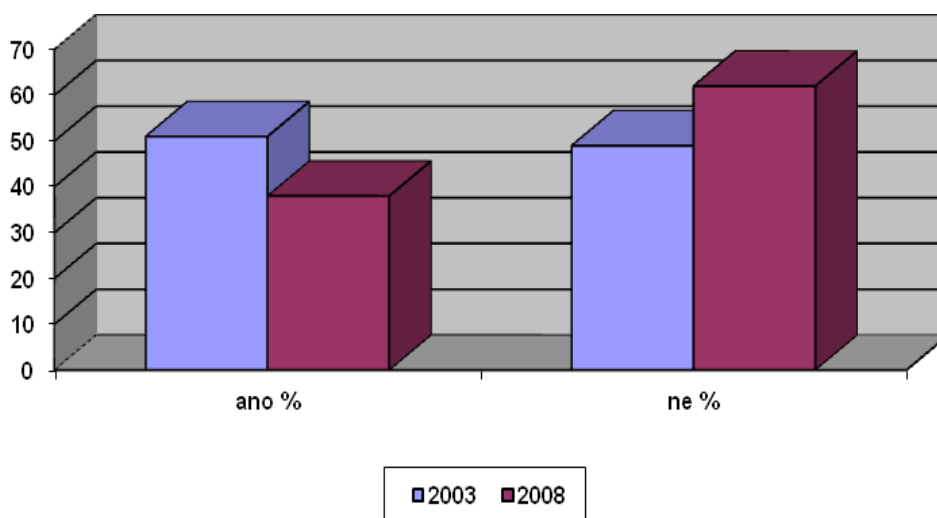
**Negativní následky vynuceného pohlavního styku: sexuální**

	NEGATIVNÍ NÁSLEDKY VYNUCENÉHO POHL. STYKU: SEXUÁLNÍ			
	ano		ne	
	N	%	N	%
2003 ženy	26	51%	25	49%
2008 ženy	22	38%	36	62%
CELKEM	48	44%	61	56%

$\chi^2 = 1,875, p = 0,171$

Sexuální negativní následky uvedlo 51% (2003) a 38% (2008) traumatizovaných žen. Trend ve výskytu negativních sexuálních následků viktimizace dle opakování z let 2003 a 2008 není statisticky významný.

Graf č. 6



Tabulka č. 46

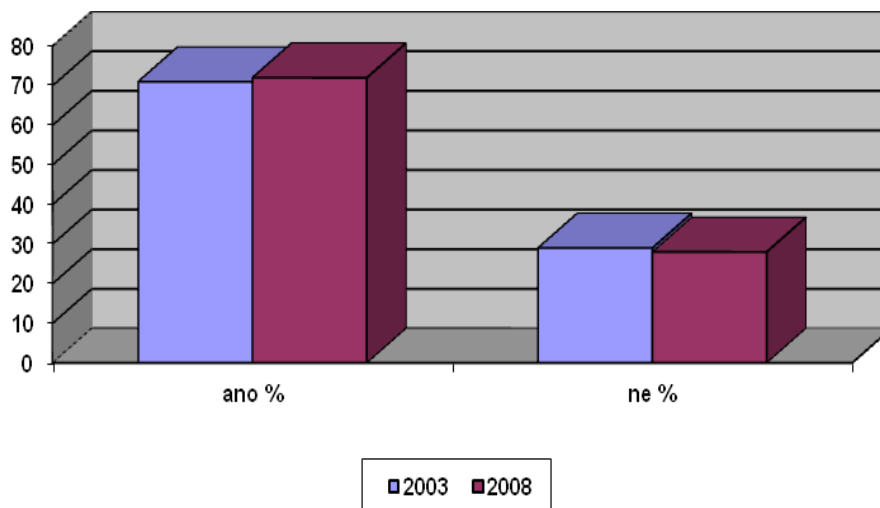
**Negativní následky vynuceného pohlavního styku: psychické**

	NEGATIVNÍ NÁSLEDKY VYNUCENÉHO POHL. STYKU: PSYCHICKÉ			
	ano		ne	
	N	%	N	%
2003 ženy	35	71%	14	29%
2008 ženy	42	72%	16	28%
CELKEM	77	72%	30	28%

$\chi^2 = 1,013, p = 0,910$

Nejvíce traumatizovaných žen trpělo psychickými následky sexuální viktimizace. 71% v roce 2003 a 72% v roce 2008. Rozdíl ve výskytu negativních psychických následků viktimizace dle obou opakování výzkumu není statisticky významný.

Graf č. 7



Tabulka č. 47

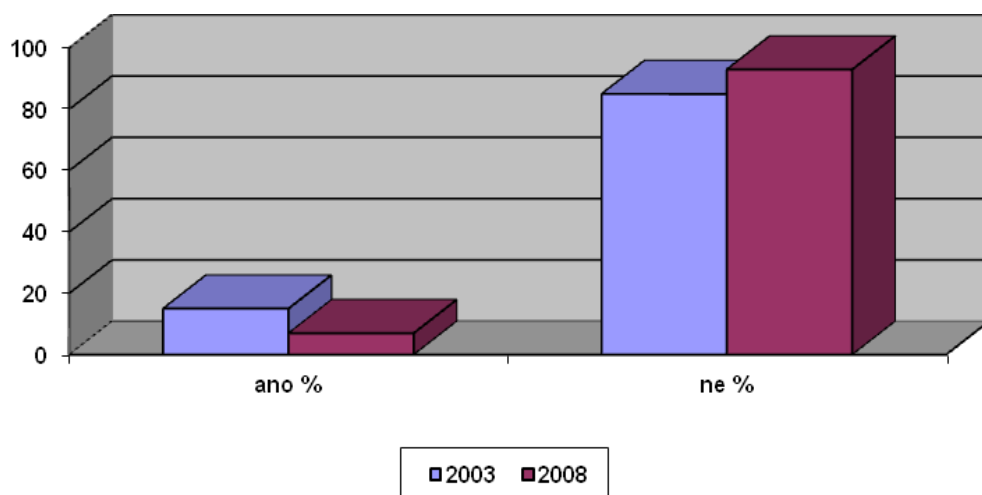
**Negativní následky vynuceného pohlavního styku: jiné**

	NEGATIVNÍ NÁSLEDKY VYNUCENÉHO POHL. STYKU: JINÉ			
	ano		ne	
	N	%	N	%
2003 ženy	7	15%	39	85%
2008 ženy	4	7%	54	93%
CELKEM	11	11%	93	89%

$\chi^2 = 1,878, p = 0,171$

Ze skupiny žen s negativními následky sexuálně agresivní zkušenosti uvedlo jiné následky 15% respondentek v roce 2003 a 7% v roce 2008. Výsledky nejsou statisticky významné.

Graf č. 8



Tabulka č. 48

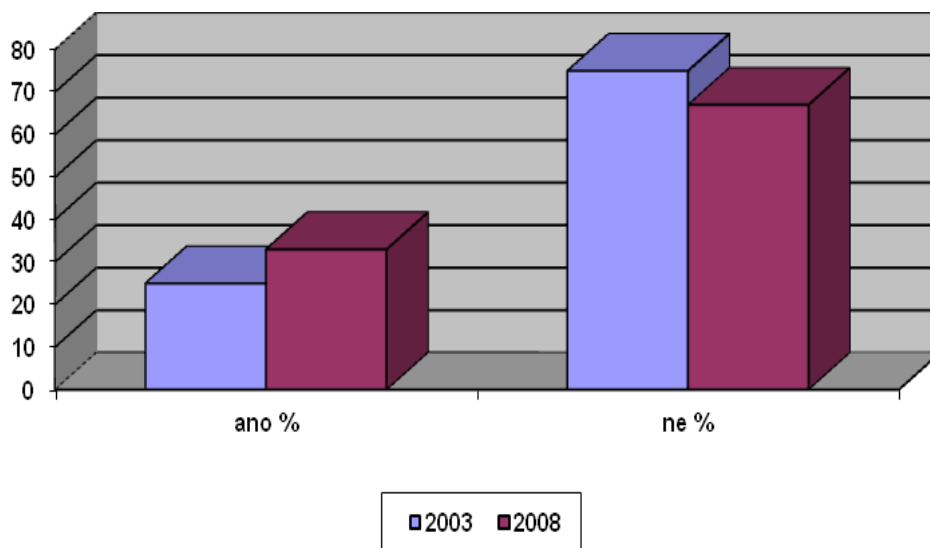
**Následky vynuceného pohlavního styku trvalého charakteru**

	NÁSLEDKY VYNUCENÉHO POHL. STYKU TRVALÉHO CHARAKTERU			
	ano		ne, dočasné	
	N	%	N	%
2003 ženy	13	25%	39	75%
2008 ženy	19	33%	39	67%
CELKEM	32	29%	78	71%

$\chi^2 = 0,800, p = 0,371$

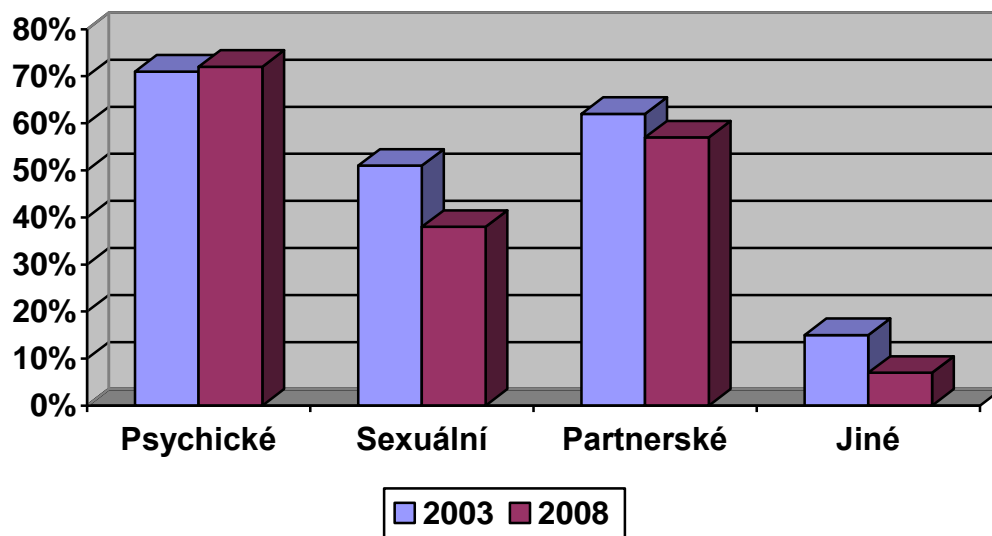
O trvalých následcích referovalo v roce 2003 25% a v roce 2008 33% žen, které uvedly, že trpí negativními následky znásilnění ve svém životě. Trend ve výskytu trvalých negativních následků sexuální viktimizace dle opakování výzkumu v roce 2003 a 2008 není statisticky významný.

Graf č. 9



## Porovnání negativních následků vynuceného pohlavního styku

**Graf č. 10**



## 2.2.4.2. Oznámení sexuálního násilí na policii

Tabulka č. 49

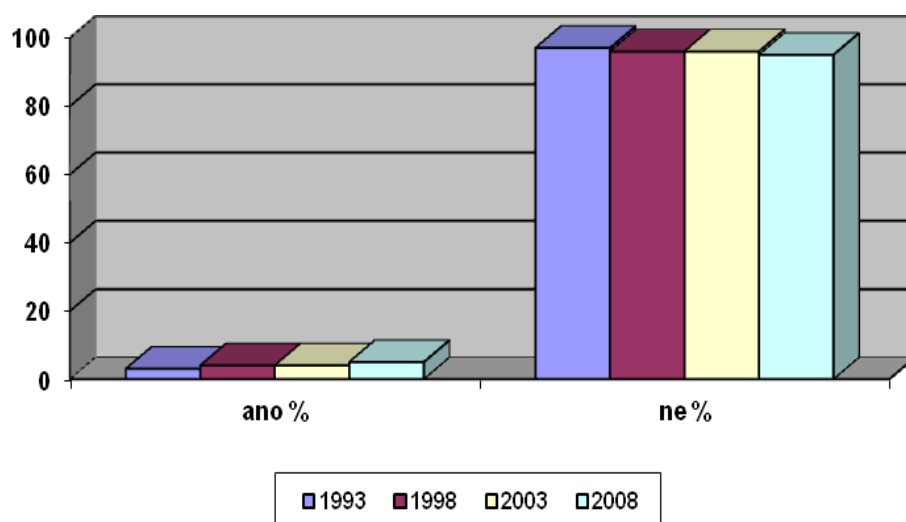
### Oznámení vynuceného pohlavního styku na policii

	OZNÁMENÍ VYNUCENÉHO POHL. STYKU NA POLICII			
	ano		ne	
	N	%	N	%
1993 ženy	3	3%	86	97%
1998 ženy	4	4%	106	96%
2003 ženy	4	4%	107	96%
2008 ženy	5	5%	105	95%
CELKEM	16	4%	404	96%

$$\chi^2 = 0,231, p = 0,972$$

Počet případů znásilnění ohlášených na policii má mírně vzrůstající tendenci. Podle chí testu rozdílu v jednotlivých výzkumech však nejsou rozdíly v počtech ohlášených případů statisticky významné.

Graf č. 11



Tabulka č. 50

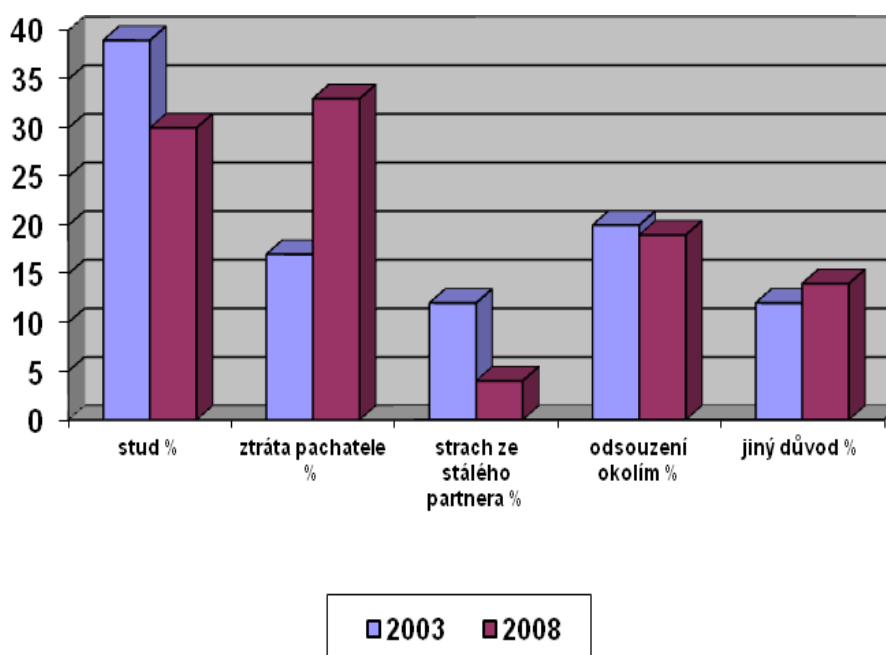
**Důvody neoznámení vynuceného pohlavního styku**

	DŮVODY NEOZNÁMENÍ VYNUCENÉHO POHL. STYKU									
	stud		ztráta pachatele		strach ze stálé(ho) partn.		odsouzení okolím		jiný důvod	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
2003 ženy	41	39%	18	17%	13	12%	21	20%	13	12%
2008 ženy	30	30%	33	33%	4	4%	19	19%	14	14%
CELKEM	71	34%	51	25%	17	8%	40	19%	27	13%

$\chi^2 = 10,852$ ,  $p = 0,028$

Zatímco důvody neoznámení jako stud, obavy z odsouzení okolím a strach ze stálého partnera se snížily (stud z 39% na 30%, strach z odsouzení okolím z 20% na 19%, strach ze stálého partnera z 12% na 4%), strach ze ztráty pachatele se mezi rokem 2003 a 2008 zvýšil o 16% (z 17% na 30%). Rozdíly mezi výzkumem z roku 2003 a 2008 jsou statisticky významné.

Graf č. 12



## Tabulka č. 51

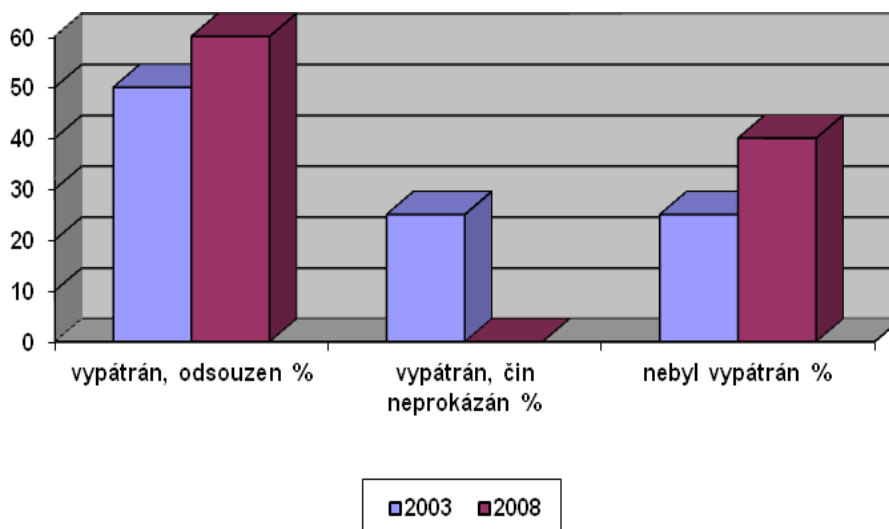
### Vypátrání/dopadení pachatele po oznámení vynuceného pohlavního styku

	PACHATEL PO OZNÁMENÍ VYNUCENÉHO POHL. STYKU					
	vypátrán, odsouzen		vypátrán, čin neprokázán		nebyl vypátrán	
	N	%	N	%	N	%
2003 ženy	2	50%	1	25%	1	25%
2008 ženy	3	60%			2	40%
CELKEM	5	56%	1	11%	3	33%

$$\chi^2 = 1,440, p = 0,487$$

Přibližně v polovině případů byl pachatel v našem výzkumu vypátrán a odsouzen. V roce 2003 to bylo v 50% procentech případů, v roce 2008 v 60%. Dle chí kvadrát testu rozdílu nejsou rozdíly v těchto dvou opakováních statisticky významné.

### Graf č. 13



#### 2.2.4.3. Trendy v oblasti sexuálně agresivního chování u mužů

Dále si všímáme některých trendů ve výskytu sexuálně agresivního jednání ze strany pachatelů - mužů vůči ženám. Srovnávána byla opět data získaná v rámci opakovaných výzkumů sexuálního chování, které byly provedeny v letech 1993, 1998, 2003 a 2008. U některých charakteristik však nebyla data v prvním ani druhém dotazování získávána, což limituje naše zjištění.



Tabulka č. 52

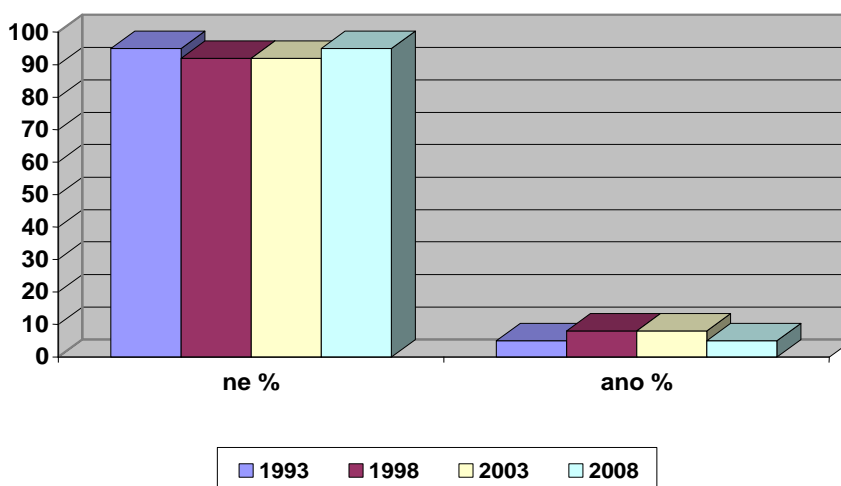
**Počet mužů přiznávajících sexuální agresi vůči ženě**

	NUTIL(A) NÁSILÍM NEBO HROZBAMI K POHL. STYKU			
	ne		ano	
	N	%	N	%
1993 muži	813	95%	41	5%
1998 muži	888	92%	76	8%
2003 muži	917	92%	77	8%
2008 muži	951	95%	48	5%
CELKEM	3569	94%	242	6%

$\chi^2 = 14,530$ ,  $p = 0,002$

Průměrně 6% českých mužů v posledních patnácti letech přiznalo, že se sexuálního násilí někdy dopustilo. Mezi roky 1993 a 1998 se projevil výrazný nárůst respondentů, kteří takové jednání přiznávají, tento nárůst byl stejný i v roce 2003 a mezi roky 2003 a 2008 došlo opět k poklesu. Celkový výsledek je dle chí kvadrát testu rozdílu statisticky významný, i když trend má kolísavou tendenci a vyžaduje větší počet opakování.

Graf č. 14



Tabulka č. 53

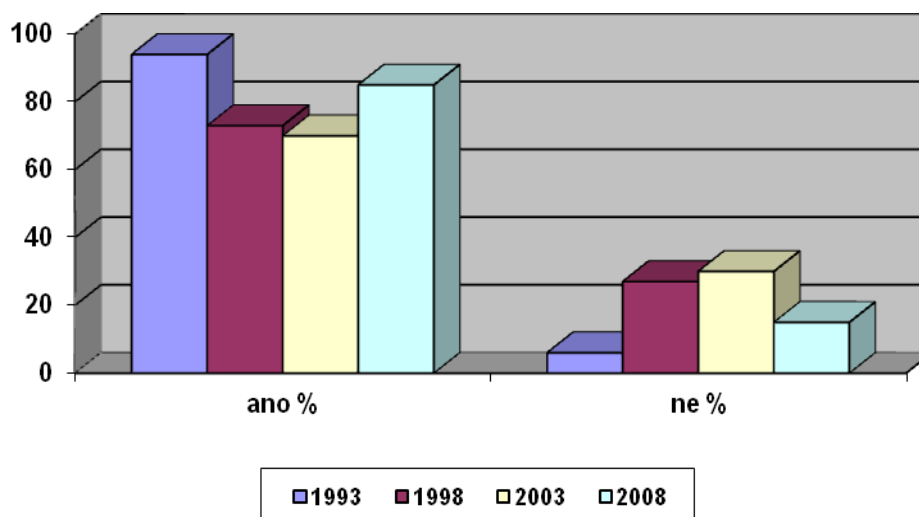
**Forma sexuální agrese muže vůči ženě: nucení k souloži**

	NUTIL (A): K SOULOŽI			
	ano		ne	
	N	%	N	%
1993 muži	34	94%	2	6%
1998 muži	61	73%	22	27%
2003 muži	52	70%	22	30%
2008 muži	40	85%	7	15%
CELKEM	187	78%	53	22%

$\chi^2 = 10,585$ , **p = 0,014**

Od roku 1993 do roku 2003 docházelo k poklesu nucení ženy k souloži jako formy sexuálně agresivního chování pachatelů-mužů. Mezi lety 2003 a 2008 se ukazuje opět nárůst. Ve srovnání všech čtyř opakování, se dle chí kvadrátu testu rozdílu celkově projevil statisticky významný trend výskytu tohoto jevu, trend je nenáhodný, avšak kolísavý a vyžaduje dlouhodobější sledování.

Graf č. 15



Tabulka č. 54

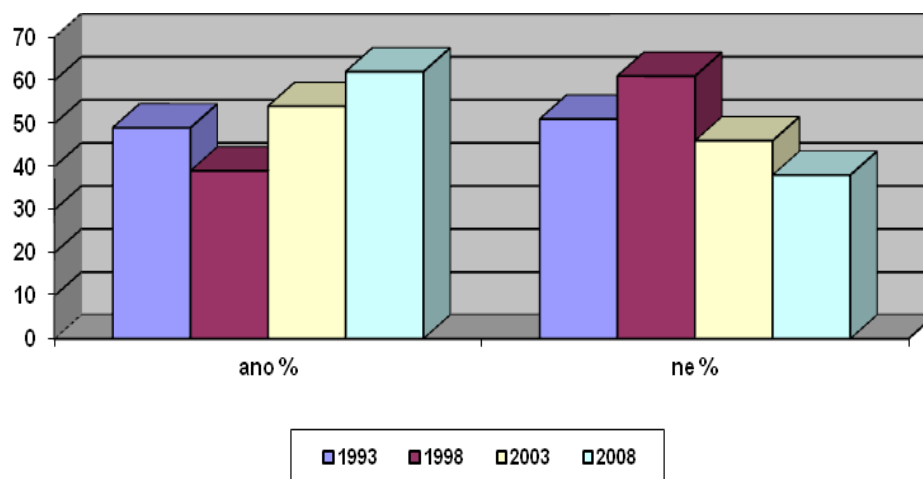
**Forma sexuální agrese muže vůči ženě: nucení k dráždění penisu ústy**

	UTIL(A): DRÁŽDĚNÍ PENISU(KLITORISU) ÚSTY			
	ano		ne	
	N	%	N	%
1993 muži	18	49%	19	51%
1998 muži	31	39%	48	61%
2003 muži	40	54%	34	46%
2008 muži	29	62%	18	38%
CELKEM	118	50%	119	50%

$\chi^2 = 6,742, p = 0,081$

V tomto ukazateli se neprojevil statisticky významný trend ve sledovaném období.

Graf č. 16



Tabulka č. 55

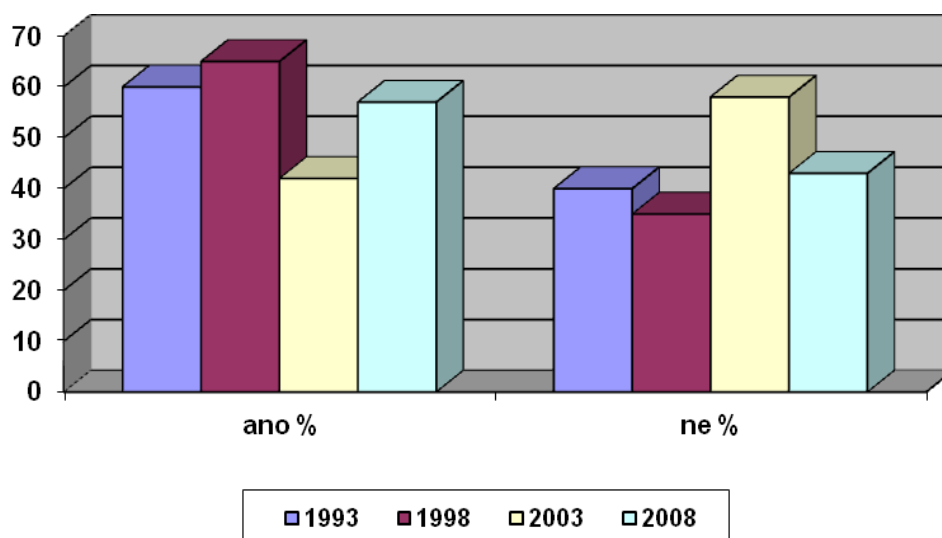
**Forma sexuální agrese muže vůči ženě: nucení k masturbaci**

	NUTIL(A): K MASTURBACI			
	ano		ne	
	N	%	N	%
1993 muži	21	60%	14	40%
1998 muži	51	65%	28	35%
2003 muži	31	42%	43	58%
2008 muži	27	57%	20	43%
CELKEM	130	55%	105	45%

$\chi^2 = 8,522, p = 0,036$

V rozdílu mezi sledovanými výzkumy se projevují statisticky významné rozdíly ( $p = 0,036$ ). V roce 2003 pachatelé méně vypovídají o donucování k masturbaci než v předchozích letech, v roce 2008 dochází opět k nárůstu. Jedná se o nenáhodný kolísavý trend.

Graf č. 17



Tabulka č. 56

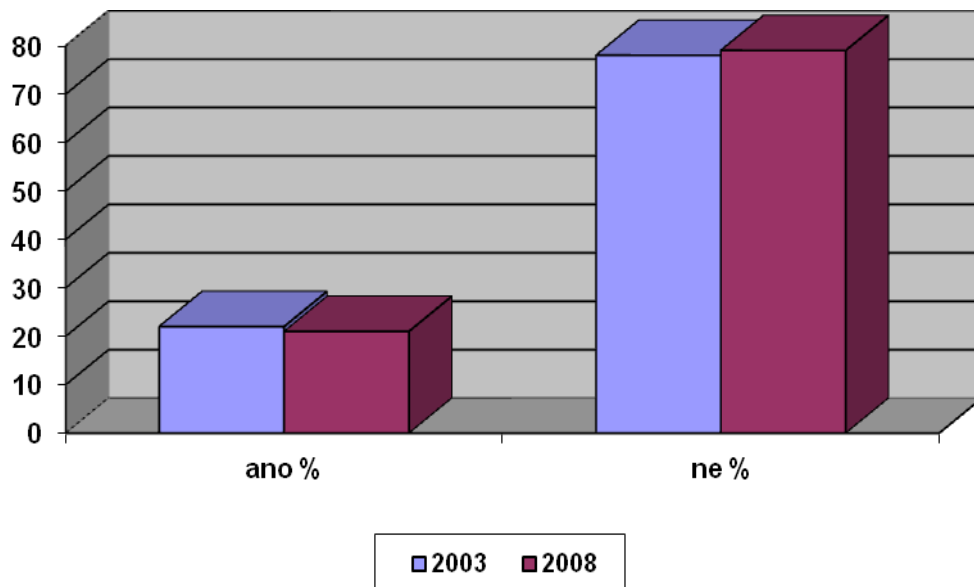
**Forma sexuální agrese vůči ženě: nucení k análnímu styku**

	NUTIL: K ANÁLNÍMU STYKU			
	ano		ne	
	N	%	N	%
2003 muži	16	22%	58	78%
2008 muži	10	21%	37	79%
CELKEM	26	21%	95	79%

$\chi^2 = 0,002$ ,  $p = 0,964$

Ve sledovaných letech dle chí kvadrát testu rozdílu nejsou ve sledovaném znaku statisticky významné rozdíly.

Graf č. 18



Tabulka č. 57

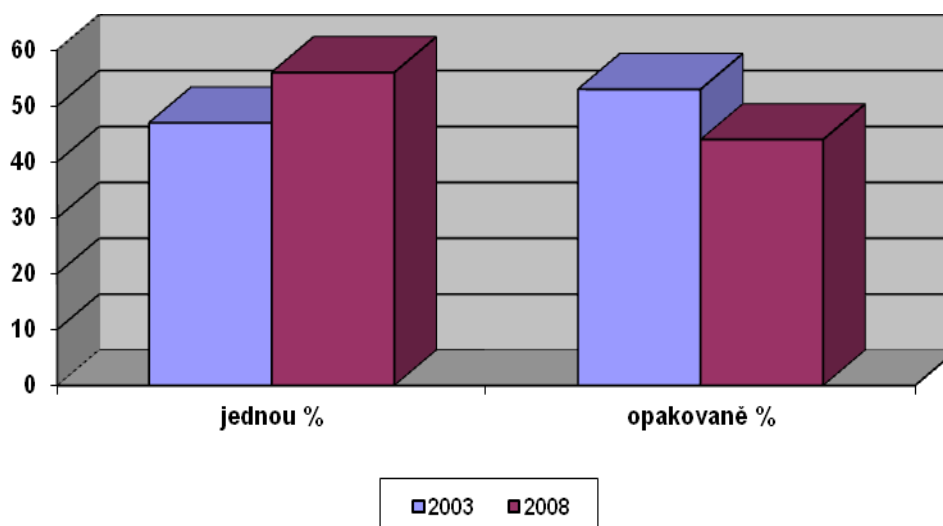
**Frekvence sexuálně agresivních činů ze strany pachatelů**

	NUTIL(A) NÁSILÍM NEBO HROZBAMI K POHL. STYKU: FREKVENCE			
	jednou		opakovaně	
	N	%	N	%
2003 muži	36	47%	41	53%
2008 muži	27	56%	21	44%
CELKEM	63	50%	62	50%

$\chi^2 = 1,067, p = 0,302$

Celkem 47% mužů v posledních pěti letech odpovědělo, že nutilo ženu k pohlavnímu styku jednou a 53% odpovědělo, že opakovaně. Výsledky srovnání, tedy rozdíly ve výskytu sledovaného znaku v roce 2003 a 2008 nejsou statisticky významné.

Graf č. 19



Tabulka č. 58

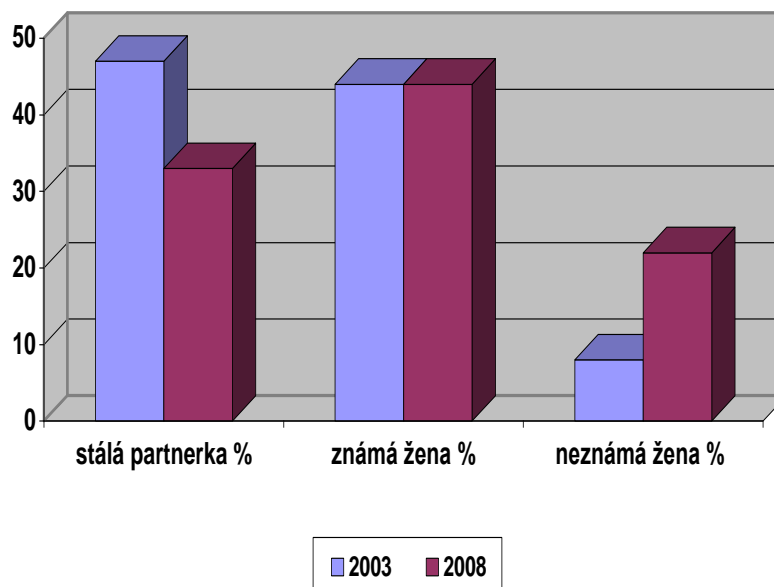
**Vztah mezi pachatelem a obětí při jednorázovém sexuálně agresivním chováním ze strany pachatelů**

	NUTIL NASILIM NEBO HROZBAMI K POHL. STYKU JEDNOU: PARTN.					
	stálá partn.		známá žena		neznámá žena	
	N	%	N	%	N	%
2003 muži	17	47%	16	44%	3	8%
2008 muži	9	33%	12	44%	6	22%
CELKEM	26	41%	28	44%	9	14%

$$\chi^2 = 2,804, p=0,246$$

Obětí sexuálně agresivního jednání byla stálá partnerka v posledních pěti letech ve 41% (47% v roce 2003 a 33% v roce 2008). Ve 44% se jednalo o známou osobu (44% v roce 2003, 44% v roce 2008) a ve 14% byla oběť neznámá (8% v roce 2003 a 14% v roce 2008). Rozdíl v charakteristikách vztahu mezi obětí a pachatelem sexuální viktimizace dle jednotlivých výzkumů není statisticky významný.

Graf č. 20



Tabulka č. 59

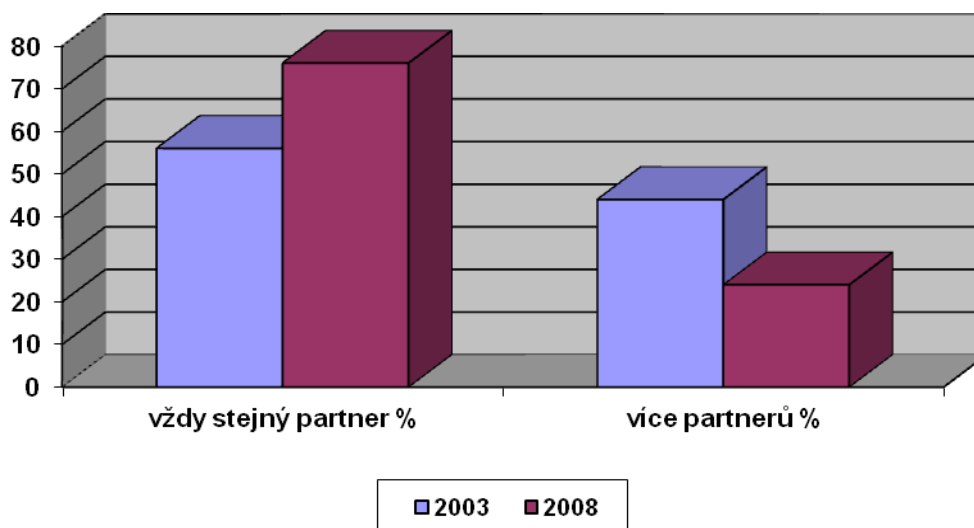
**Další tabulka ukazuje, zda se v případech opakované sexuální agrese jednalo vždy o stejnou oběť, či zda bylo poškozených více.**

	NUTIL(A) NÁSILÍM NEBO HROZBAMI K POHL. STYKU VÍCEKRÁT: PARTN.			
	vždy stejná(ý) partn.		více partn.	
	N	%	N	%
2003 muži	23	56%	18	44%
2008 muži	16	76%	5	24%
CELKEM	39	63%	23	37%

$$\chi^2 = 2,406, p = 0,121$$

Dle výpovědí mužů přiznávajících opakované násilné nucení ženy k pohlavnímu styku se jednalo o stejnou partnerku v 56% těchto činů v roce 2003 a v 76% v roce 2008. Více žen bylo pachatelem přinuceno k sexu ve 44% v roce 2003 a ve 24% v roce 2008. Vývoj tohoto jevu nevykazuje statistickou významnost.

Graf č. 21





### Tabulka č. 60

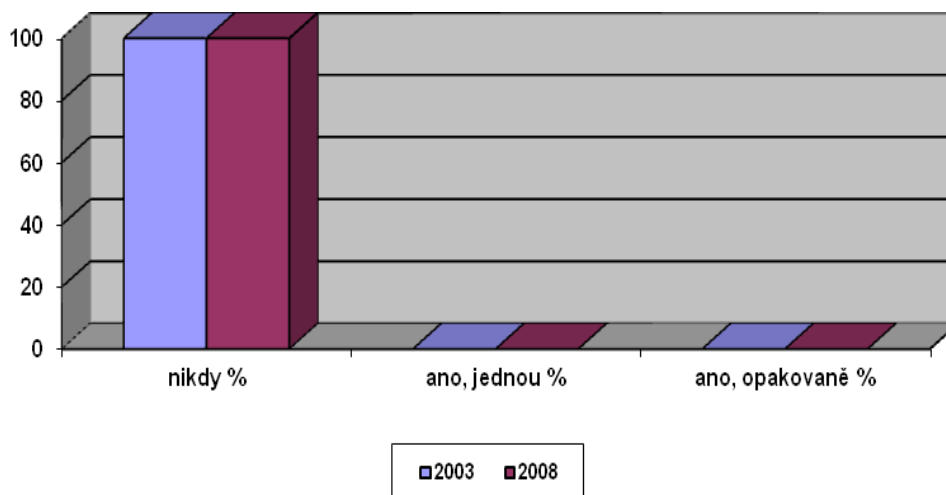
Tabulka č. 60 ukazuje, kolik mužů přiznalo homosexuální sexuální násilí

	NUTIL(A) NÁSILÍM NEBO HROZBAMI K HOMOSEXUÁLNÍMU POHL. STYKU					
	ne, nikdy		ano, jednou		ano, opakovaně	
	N	%	N	%	N	%
2003 muži	991	100%	3	0%	1	0%
2008 muži	995	100%	2	0%	2	0%
CELKEM	1986	100%	5	0%	3	0%

$$\chi^2 = 0,533, p = 0,766$$

O tom, že nutili násilím nebo hrozbami k homosexuálnímu pohlavnímu styku jiného muže vypověděli 3 muži v roce 2003 a 2 muži roce 2008. U tří z nich v roce 2003 a u dvou v roce 2008 se přitom jednalo o jednorázový akt, u 1 muže v roce 2003 a dvou mužů v roce 2008 o opakovaný. Rozdíl v počtech pachatelů homosexuální sexuální agrese není statisticky významný.

### Graf č. 22



**Shrnutí:**

Po mírném nárůstu sexuální viktimizace žen mezi lety 1993 a 1998 došlo v dalších sledovaných letech opět k mírnému poklesu výskytu tohoto jevu v populaci. U jednorázových znásilnění můžeme od roku 1993 do roku 2008 sledovat pokles počtu těchto činů, u opakovaných naopak mezi lety 1993 a 1998 jejich počet narostl, od roku 1998 do roku 2008 pak zůstává stejný. Rozdíly nejsou statisticky významné. Ve všech opakováních byly ženy viktimizovány ve velmi mladém věku, rozdíl mezi jednotlivými soubory není statisticky významný.

Viktimizovaní muži tvoří v roce 2003 i v roce 2008 pouze minimální část - 1% sledovaného souboru.

Významný je trend týkající se důvodů neoznámení vynuceného sexuálního styku na policii. Oznamování vynuceného pohlavního styku na policii má od roku 1993 do roku 2008 vzrůstající, i když statisticky nevýznamnou, tendenci. Statisticky významné jsou však rozdíly v důvodech neoznámení vynuceného pohlavního styku: zatímco důvody jako stud, obavy z odsouzení okolím a strach ze stálého partnera klesly, strach ze ztráty pachatele se mezi rokem 2003 a 2008 zvýšil o 16% ( $\chi^2=10,852$ ,  $p=0,028$ )

Nenáhodně kolísavý trend byl zjištěn rovněž v charakteristikách vztahu mezi obětí a pachatelem – ve stupni známosti pachatelů a ve formách sexuálně agresivního chování mužů vůči ženám. Nejčastěji byl pachatelem partner nebo manžel (s poklesem v roce 2003) nebo jiná známá osoba (nejčastěji v roce 2003) a nejméně často byl pachatel zcela neznámý ( $\chi^2=20,516$ ,  $p=0,002$ ). Obdobnou nejednoznačnost vykazuje i nenáhodný vývoj v užívané formě sexuální agrese muže vůči ženě. Od roku 1993 do roku 2003 docházelo k poklesu nucení ženy k souloži, mezi lety 2003 a 2008 zaznamenáváme opět nárůst ( $\chi^2=10,585$ ,  $p=0,014$ ). Stejně tak u nucení ženy k masturbaci ( $\chi^2=8,522$ ,  $p=0,036$ ). Zatímco v rámci násilného sexu agresivním mužům tedy v roce 1998 a 2003 častěji stačily k dosažení uspokojení nekoitální aktivity, v roce 2008 se jejich agresivita zvýšila a vyžadovali častěji vaginální soulož a masturbaci.

Obraz sexuální agrese z odpovědí, ve kterých na otázky týkající se spáchání tohoto činu odpovídali respondenti mužského pohlaví nám ukazuje, že průměrně se za posledních 15 let sexuálního násilí někdy dopustilo 6% českých mužů. Nárůst

mužů přiznávajících sexuální násilí na ženě mezi rokem 1993, 1998 a 2003 s poklesem v roce 2008 se potvrdil jako statisticky významný ( $\chi^2 = 14,530$ ,  $p = 0,002$ ). Jedná se opět o nenáhodný avšak kolísavý trend, který zasluhuje delší sledování. Stejně tak forma sexuální viktimizace. U trendů, které jsou sice kolísavé, avšak jsou nenáhodné, bude studium těchto jevů vyžadovat více výzkumných opakování.

V letech 2003 a 2008 byly přidány otázky mapující frekvenci sexuálně agresivních činů a vztah mezi pachatelem a obětí z pohledu mužů. Rozdíly mezi oběma výzkumy se však neukázaly jako statisticky významné.

### **2.3. Diskuse**

V této kapitole podáváme integrativní souhrn základních poznatků předkládané doktorské disertační práce. V rámci diskuse se zaměříme na srovnání našich výsledků s výsledky srovnatelných výzkumů z českého i zahraničního prostředí. Poznátky jsou uváděny do možných interpretačních vztahů. Členění diskusní části odpovídá strukturou jednotlivým cílům, které byly stanoveny v empirické části. Na závěr se v krátkosti zabýváme omezením předkládaného výzkumu.

#### **2.3.1. Prevalence**

Prevalence sexuální viktimizace u žen našeho souboru je 11%. 6,3% respondentek uvedlo, že bylo někdy přinuceno k pohlavnímu styku jednou a 4,7% opakovaně. Údaje o sexuální viktimizaci v českém i zahraničním písemnictví jsou obtížně srovnatelné. Výsledky získané odlišnými výzkumníky na odlišných vzorcích populace se liší. V jednotlivých studiích prevalence tohoto jevu v různých průzkumech kolísá a pohybuje se v rozmezí 4-50%. Vedle odlišného kulturního zázemí, které může být příčinou těchto odlišností je zcela jistě na pozadí rozdílů ve výskytu tohoto jevu i odlišné operacionální vymezení sexuálního násilí a znásilnění v různých výzkumných studiích. U výzkumů studujících sexuální násilí narazíme na řadu metodologických problémů. Definování sexuální agrese je problematické. S pojmy znásilnění a sexuální násilí je někdy nakládáno jako se synonymy, různé definice sexuální agrese zahrnují odlišné formy sexuálního nátlaku. Rozdíly v definování sexuálního násilí

výsledky studií zásadně ovlivňují, což pak dále problematizuje jejich vzájemné porovnávání (Mayall a Gold, 1995). Úzce vymezené definice chápou znásilnění většinou v právním smyslu, širší definice zahrnují i situace, kdy je použito k dosažení pohlavního styku i jiných způsobů přinucení, než fyzického násilí. Někteří autoři zahrnují ve svých studiích pod nechtěný sexuální kontakt například i doteky a líbání (Ulman et al. 1999) nebo i sexuální narážky a sexuální obtěžování (Mühlenhard a Schrag 1991). Důležitý je také vzorek populace, ze kterého studie vychází. Údaje o sexuálním násilí jsou často zjišťovány průzkumy prováděnými, zejména v USA, na subpopulaci univerzitních studentů. Jak poukazují někteří autoři (Gámez-Guadix a Straus, 2008), tyto studie mohou prevalenci sexuální agrese v porovnání s daty získanými na obecné populaci nadhodnocovat. Prevalence sexuálního násilí získávaná na vzorcích vysokoškolaček bývá dvakrát až třikrát vyšší než prevalence získaná na vzorku obecné populace (Wheeler et al., 2002). Odlišné odhady prevalence vznikají například i na základě statistik obětí, obracejících se o pomoc do krizových center a různých psychosociálních zařízení poskytující pomoc v případech sexuální traumatizace. Jiné údaje jsou zase odvozovány z výpovědí pachatelů, např. ze souborů pachatelů ve výkonu trestu, příp. pachatelů podstupujících ochrannou léčbu. Mezi diskutované metodologické otázky patří dále např. používání sebeposuzovacích škál měřících sexuální násilí (Alksins et al. 2000). Dle autorů tyto škály odhady prevalence sexuální agrese nadhodnocují.

V české odborné literatuře nacházíme pro srovnání našich výsledků poměrně málo dat týkajících se zkoumané problematiky. Publikované výzkumy a viktimologické studie zaměřené na oběti sexuálního násilí jsou relativně vzácné. Sexuální viktimizace mužů nebyla v dostupné literatuře zjišťována vůbec. Výzkumy, jejichž součástí je i zjišťování výskytu sexuálního násilí provedli např. Zvěřina a kol. (1987), kteří vyšetřili 373 žen (žen z infertilních manželství, žen se sexuální dysfunkcí a pacientky psychiatrické ambulance), přičemž u 20,4% z nich našli pokus o znásilnění či dokonané znásilnění v anamnéze. Trojan (1991) našel údaj o zkušenosti se sexuální agresí u 25% ze 48 vyšetřených psychiatrických pacientek, Convoyová u 14% psychiatricky neléčených a u 20,7% psychiatricky léčených žen různých diagnostických kategorií. V polovině případů šlo o opakovanou zkušenost tohoto druhu. K výsledkům srovnatelným s našimi došla Válková (1999), která v rámci mezinárodního výzkumu obětí zaznamenala v České republice 11,2 % obětí

sexuálního násilí v roce 1992 a 7,2 % takovýchto obětí v roce 1996. I výsledky reprezentativních průzkumů v různých zemích se liší, i zde však nalezneme shody s výsledky našeho výzkumu. P. Di Vasto et al. (1984) vyšetřil 500 žen z hlediska prevalence sexuálně stresujících zážitků. Zkušenost s pokusem o znásilnění či se znásilněním neležli u 19 % souboru. Michael et al. (1994) např. zjistili mezi americkými ženami 22 % těch, jež byly nuceny k pohlavnímu styku násilím, u francouzských žen Spira et al. (1994) však pouze 4,4% (tito autoři však předpokládají, že skutečný výskyt bude až 4x vyšší). Americké autorky Tjaden a Thoennes (2000) referují o znásilnění či pokusu o znásilnění u 9,6% žen starších 18ti let s tím, že celkově se v průběhu života stalo obětí dokonaného znásilnění či pokusu o znásilnění 17,6% amerických žen. K podobným výsledkům jako naše studie došel výzkum sexuálního chování obyvatel Slovenska uskutečněný v roce 2004 (Mathé, 2006), ač autor považuje výsledky za nepřesné, jelikož zážitek sexuálního násilí byl v dotazníku podmíněn zážitkem sexuálního zneužití v dětství.

Další data o prevalenci sexuální viktimizace jsme získali z výpovědí mužských respondentů, kterých jsme se tázali, zda oni sami někdy přinutili násilím nebo hrozbami nějakou ženu k pohlavnímu styku. Naprostá většina respondentů se dle našich zjištění v roce 2008 v průběhu svého života nechovala k ženě sexuálně agresivně, či takové jednání nepřiznává. Kladnou odpověď jsme zaznamenali pouze u 5% mužů. Je známo, že data týkající se prevalence získávaná od obětí bývají vyšší než data získávaná od pachatelů. Práce zjišťující výskyt sexuálního násilí v populaci výpovědí pachatelů nacházíme sporadicky. Dle Gerlové (2009) může být částečným vysvětlením skutečnost, že řada pachatelů jednala sexuálně agresivně ve vztahu k více obětem. Ve hře však pravděpodobně bude i ochota pachatelů o vlastní sexuální agresi vypovídat. Mezi pachateli sexuální agrese najdeme i muže, kteří spáchali sexuální agresi, ale popírají ji (tzv. deniers). Jde o muže, kteří přiznávají, že měli sexuální kontakt s dotyčnou, ale popírají, že se jednalo o kontakt proti její vůli. Oběť však situaci vnímala odlišně. Na straně pachatele jsou ve hře kognitivní distorze a implicitní teorie, kterými je postiženo vnímání situace i její následná interpretace. Tito muži pak ve výzkumech sexuální agrese vůbec nefigurují.

Naše data vypovídají o nižší prevalenci sexuální agrese přiznané pachateli muži v porovnání s výzkumy realizovanými na souborech vysokoškoláků. Například Koss et al. (1987) uvádí až 25% vysokoškolských studentů velkého souboru přiznávajících nucení partnerky k nechtěným sexuálním aktivitám, 4% z nich

přiznávají nucení přímo k sexuálnímu styku. Vyšší údaje o prevalenci sexuálního násilí oproti našim výsledkům uvádějí dále např. Rapaport a Burkhart (1984). Až 43% mužů z jejich výzkumného vzorku přiznává určitou formu vynucování si sexuálního kontaktu. Stejně tak i kanadská studie (Senn et al., 2000), kde o sexuálním nátlaku vypovídalo 195 kanadských mužů ve věku mezi 19-82 lety. Ze zkoumaného vzorku mužů 27% připustilo donucování ženy k sexuálním aktivitám, 73% mužů vypovědělo, že nikdy nevytvářelo sexuální nátlak na ženu. Vysoká čísla přináší i výzkum amerických autorek, (Abbey et al., 2007) kdy ze 163 svobodných mužů 24,5% vypovědělo, že realizovalo pokus o znásilnění či znásilnění. V novější studii realizované na vzorku vysokoškoláků Wheeler et al. (2002) referují o 13,4% mužských respondentů, kteří přiznávají sexuálně útočné chování. Téměř 4% z nich vypověděla o pokusu znásilnit ženu a dalších 9% vypovědělo o sexuálních útocích, které naplňují většinu kritérií pro znásilnění. Gidycz et al. (2007) uvádějí, že 17,7% vysokoškoláků přiznává nějakou formu sexuální agrese. 6,4% vypovědělo o sexuálně agresivním kontaktu, 5,4% o donucování k sexuálním aktivitám a 5,9% o znásilnění či pokusu o znásilnění.

Naopak výsledky našeho výzkumu poukazují na vyšší prevalenci sexuální agrese u nás, v porovnání se Slovenskem, kde výzkumníci (Máthé, 2006) došli k prevalenci nižší. Ze vzorku 887 mužů 2, 8% uvedlo, že násilím nebo hrozbami nutili jinou osobu k pohlavnímu styku. Podle autora jsou slovenští muži zdrženlivější v sexuálně agresivních aktivitách či v jejich přiznání.

Údaje o nižší prevalenci sexuální agrese v obecné populaci našeho výzkumu jsou v souladu se skutečností, že tradičně patříme k zemím s nižším výskytem znásilnění (Raboch et al., 1984).

### **Formy sexuální viktimizace**

U mužů, kteří přiznávají sexuální viktimizaci ženy, bylo dále zjišťováno k jaké formě styku partnerku nutili. Z výsledků jednoznačně vyplývá, že nejčastější formou vynuceného sexu byla vaginální soulož. Druhou nejčastější formou vynuceného sexuálního kontaktu byla felace, méně často muži partnerku nutili k dráždění svého penisu rukou (masturbaci) a nejméně často k análnímu styku.

Porovnáme – li prevalenci sexuální agrese mezi muži a ženami, výsledky podporují publikovaná výzkumná zjištění, že většina sexuálně agresivních činů je páchána mužským pachatelem směrem k ženské oběti (Tjaden, Thoennes, 2000 a).

## **Sexuální viktimizace mužů**

Prevalence mužské sexuální viktimizace je v našem výzkumu nízká, což potvrzuje celosvětově uváděnou skutečnost, že sexuální agrese spáchaná na mužích zůstává neznámým a skrytým jevem. Přesto je v některých zahraničních výzkumných studiích prevalence sexuální agrese páchané na mužích (zejména homosexuální agrese) podstatně vyšší. Rozdíly mohou být dány jak výše zmíněnými metodologickými problémy týkajícími se obecně zkoumání sexuální agrese, tak tabuizací tohoto tématu v české společnosti, které neumožňuje českým mužům přiznat takovou zkušenost. Minimální prevalence sexuální viktimizace mužů odpovídá obecnému stereotypu i výzkumným poznatkům, podle kterých je obětí sexuálního násilí nejčastěji žena.

## **Homosexuální sexuální viktimizace mužů**

Pouze 4 muži (0,4%) ze sledovaného souboru přiznávají sexuálně agresivní jednání vůči osobě stejného pohlaví. Obdobná je situace u žen. Vyšší prevalenci najdeme např. ve studii Struckman – Johnsonových (1994) kde 4% převážně heterosexuálně orientovaných mužů byla nucena k sexuálnímu kontaktu mužem. Nejvíce údajů o prevalenci homosexuální sexuální agrese bylo získáno na subpopulaci homosexuálů. Srovnatelné údaje o pachatelích homosexuální agrese z pohledu obecné populace k dispozici nemáme.

Výzkum v berlínské homosexuální komunitě (Krahe et al., 2000) zjišťoval, jak sexuální viktimizaci respondentů, tak jejich vlastní sexuální agrese. Údaje o prevalenci sexuální agrese u homosexuálních mužů v roli agresora byly nižší, než jim odpovídající údaje o viktimizaci (což odpovídá výše zmíněným zkušenostem výzkumů zaměřeným na prevalenci heterosexuální sexuální agrese). Přes 5% respondentů přiznalo užití fyzické síly či vyhrožování násilím muži, který neměl zájem o sexuální kontakt. Přes 16% vypovědělo, že se pokusili zneužít mužovy indispozice efektivně se bránit a 6% přiznalo verbální nátlak a donucování. Prevalence sexuálních aktů, které je možno kvalifikovat jako znásilnění byla 11,3%. Celkově 16,1% homosexuálních mužů vypovědělo o sexuální viktimizaci která naplňuje právní vymezení znásilnění. Waterman, Dawson a Bologna (1989) poukazují na skutečnost, že o sexuálním násilí v současném nebo nedávném vztahu referovalo 12% z dotázaných homosexuálů. Z britské komunity gayů přiznalo 28%, že bylo nuceno mužem k sexuálnímu kontaktu (Hickson et al., 1994). Obdobné výsledky přicházejí

z USA, kde 29% ze zkoumaných homosexuálních a bisexuálních mužů vypovědělo o sexuální donucování (Kalichman, Rompa, 1995).

### **Homosexuální sexuální viktimizace žen**

Podobný je stav vědeckého poznání týkající se ženské homosexuální sexuální agrese. Dosud byla zkoumána pouze u lesbických žen a to zejména v roli oběti. Například Loulan (1987) zjistila až v 17% zkušenost se znásilněním spáchaným družkou, milenkou nebo přítelkyní. Waterman et al. (1989) zjistili, že z 36 lesbických studentek třetina referovala o vynuceném sexu v současném či v bývalém vztahu. Tjaden et al. (1999) uvádějí, že 11% ze 79 žen, které žily s partnerkou ve společné domácnosti uvedlo, že byly znásilněny a/nebo fyzicky zneužívány partnerkou. O překvapivě vysoké prevalenci sexuální agrese referují Waldner-Haugrud a Vaden-Gratch (1997) v jejichž studii až 52% lesbických žen a homosexuálních mužů vypovědělo o zkušenosti se sexuálním násilím.

Dle našich výzkumných závěrů je zřejmé, že homosexuální sexuální agrese se v obecné populaci vyskytuje, ale jedná se o řídký jev. V případě dalšího zkoumání tohoto jevu je třeba zvolit větší výzkumný vzorek či kvalitativní metodologii. Orientace výzkumů homosexuálního sexuálního násilí do homosexuálních komunit je logická a zřejmě přináší i maximum nových poznatků o homosexuální sexuální agresivitě. Je však otázkou, zda nemůže opomíjet některé méně časté aspekty tohoto jevu (homosexuální viktimizaci nehomosexuálních osob atp.)

#### **2.3.2. Charakteristiky vztahu mezi obětí a pachatelem (známost pachatele)**

Údaje o vztahu mezi pachatelem a obětí v době spáchaní sexuální agrese jsou nejednoznačné a rozporuplné, což vypovídá jak o obtížích v definování znásilnění pro výzkumné účely, tak o komplikovanosti partnerských vztahů obecně. V odborné literatuře se setkáváme s termíny acquaintance rape - znásilnění známou osobou, date rape - znásilnění na schůzce či marital rape - znásilnění v manželství.

Naše data jednoznačně svědčí o převaze sexuálně agresivních zkušeností v rámci manželských či partnerských vztahů. Ve většině případů byl pachatelem partner nebo manžel (61,8%). Pouze v necelé třetině byla pachatelem jiná známá osoba (27,3%), neznámý byl pachatel sexuální viktimizace u žen pouze v 10,9%



případů. Nepotvrdil se tak předpoklad uváděný například Selkinem (1975) a dalšími autory, že většina znásilnění je páchána neznámými útočníky. Podobně podle studie P. di Vasta (1984) 71% pachatelů bylo z okruhu známých nebo příbuzných oběti. Především šlo o manžele či snoubence, kteří byli pachateli znásilnění v polovině případů výzkumného souboru. Dále např. žurnalistka Robin Warshaw (1988) upozorňuje na skutečnost, že až 84% žen, které byly znásilněny, znalo útočníka a 57% žen bylo znásilněno přímo na schůzce. Obdobně Tjaden a Thoennes (2000a) referují o tom, že 61,9% znásilněných žen bylo znásilněno bývalým manželem, současným manželem nebo přítelem, se kterým žily ve společné domácnosti či mužem přímo na schůzce. Dle Bachmanové (2000) byly oběťmi sexuální agrese nejčastěji ženy žijící s partnerem odděleně (separated), dále ženy svobodné (single), pak rozvedené (divorced) vdané (married) a nakonec vdovy (widowed). Bachman přiznává metodologické chyby v dotazníku NCVS, který kategorii rodinný stav registroval v době intewiev a nikoliv v době sexuálního napadení.

Muži, kteří přiznávají sexuální agresi, častěji vypovídali o opakovaném přinucování než o ojedinelém. V případě jednorázové agrese se v převážné většině případů obětí sexuální agrese stala známá žena - nejčastěji stálá partnerka, případně jiná známá žena, při opakovaném sexuálním násilí byla obětí nejčastěji tatáž partnerka. Nejméně mužů vypovídalo o sexuálním donucování neznámé ženy. Tato zjištění jsou v souladu s výsledky dalších autorů.

Lze shrnout, že naše data odpovídají citovaným údajům uvádějícím, že většina znásilnění není páchána neznámým cizincem, ale osobou oběti známou (Greenfeld, 1997; Tjaden, Thoennes, 2000a; Black, Pettway, 2001; Máthé, 2006). Tato zjištění jsou v souladu s údaji často uváděným kriminology, kteří považují znásilnění za typický vztahový delikt a uvádějí nejčastější poměr 70% pachatelů s úzkým vztahem k oběti a 30% těch, kteří viktimu dříve neznali (Weiss, Zvěřina, 1996). V současné době je znásilnění v manželství klasifikováno jako trestný čin v mnoha zemích. Vysokým zastoupením manželů a stálých partnerů mezi pachateli sexuálního násilí je vysvětlováno i obecně nízké procento policejně hlášených případů znásilnění. Stejně tak tomu bylo i v našem souboru. Pouze velmi malá část případů sexuální viktimizace žen – 5% byla oznámena policii. Je to méně než uvádí např. Amir (1971) – 20%, Trojan (1991) – 16% nebo Convoyová (1993) – 16%. Podle dalších studií se oznámená znásilnění pohybují kolem 3 % (Ahrens, Campbell, 2000, Weiss, Zvěřina, 2001, Mac Donald, 2000, Mc Gregor et al., 1999, Nicholson et al.,

1998, Ullman, 1996, Katz, 1991, Kulíšková, 1999). Je známo, že právě pro těsné vztahy pachatele a oběti bývá trestní stíhání často zastaveno i v případech, kdy už byl tento delikt oznámen a bylo zahájeno i jeho vyšetřování. Skutečnost, že i přes následky, které sexuální viktimizace často obětem přináší je pouze malá část těchto trestných činů policejně hlášena může souviset i s nedostatečným sebevědomím žen, s přežívajícími mýty o podílu oběti na trestném činu, se sociální stigmatizací oběti znásilnění apod. Malý počet případů násilného sexu oznámený na policii svědčí o vysoké latentní kriminalitě v této oblasti.

### **2.3.3. Následky sexuální viktimizace**

Negativní následky vynuceného sexuálního styku uvedlo více než 30% znásilněných žen našeho souboru. Nejvíce těchto žen uvedlo psychické následky (72%), polovina znásilněných žen vypovídala o následcích partnerského charakteru (57%) a více než třetina referovala o následcích v oblasti sexu (38%). Následky trvalého charakteru nalezneme u 33% těchto žen.

Naše výzkumná zjištění odpovídají údajům z českého i zahraničního písemnictví. Většina prací, zabývajících se sexuální agresí se soustřeďuje právě na následky znásilnění na psychiku a na sexuální život postižených. 39,4% sexuálně viktimizovaných žen výzkumu Zvěřiny a kol. (1987) uvedlo, že tento zážitek měl negativní vliv na jejich další život. Různí autoři zjišťují u obětí následky v podobě úzkostí, deprese, poruch spánku, snížené sexuální apetence a poruch orgastické schopnosti (Kilpatrick et al. 1993, de Lorca et. al. 1981, Santiago et al. 1985; Weiss, Zvěřina 1997). Tommaso et al. (2009) nebo Danielson et al. (2009) popisují změny v běžném sociálním, pracovním, rodinném i osobním životě charakteristické především zvýšenou úzkostností, potřebou kontroly, náhlými změnami nálady nebo potřebou radikálních životních změn. Autoři dále uvádějí rozvoj závislosti na alkoholu, tabáku nebo anxiolytikách. Popisovány jsou snížené nebo vymizelé pocity osobního bezpečí, obtíže v navazování nových vztahů zejména s opačným pohlavím, silně narušená oblast intimity a sexu, neschopnost znovu obnovit sexuální život v takové kvalitě jako před činem (Čírtková 2001).

Různí autoři tak popisují skupinu symptomů, které většina obětí znásilnění vykazuje a tyto symptomy zahrnují pod pojem rape trauma - syndrom znásilnění. Např. Ptáček a kol. (2009) definují rape trauma jako formu posttraumatické stresové

poruchy, která se vyskytuje u obětí znásilnění. Termín nepředstavuje konkrétní diagnostickou nebo nosologickou jednotku, pouze vymezuje skupinu znaků, symptomů a reakcí, která charakterizuje stav po prožitém znásilnění. Co se týče diagnostiky podle MKN 10, bývá trauma znásilnění diagnostikováno jako akutní reakce na stres nebo posttraumatická stresová porucha, se kterou se konceptuálně i diagnosticky překrývá. Z psychopatologického hlediska není však u obětí znásilnění identifikována pouze PTSD, ale často též různé formy depresivních poruch (Tommaso et al. 2009, Resnick 1990). Resnick (1990) uvádí diagnózu závažné depresivní poruchy u 43% obětí znásilnění. Tento autor v další studii popisuje současný výskyt deprese a PTSD u zhruba 30-50% obětí. Dle longitudinálních studií se příznaky posttraumatu objevují u 30% obětí 1 měsíc po znásilnění a u 17,5% v době 4 měsíců po znásilnění. Více než 40% ze všech sledovaných vykazovalo spolu s posttraumatickou stresovou poruchou i symptomy depresivních onemocnění (Resnick et al. 2007). I další studie referují o tom, že oběti znásilnění prožívají trauma nejen během, ale i bezprostředně po samotném činu a v četných případech i dlouho po něm (Tommaso, 2009). Obecně se následky znásilnění projevují v dimenzích kognice, emocí, sociálních vztahů, pracovního výkonu, intimity a sexu a identity (Welch, Mason 2007). Oběť může mít strach z dalších následků jako je např. infekce HIV viru a z nechtěného těhotenství. U některých obětí se v důsledku znásilnění rozvíjí fobie. Jsou známy i suicidální pokusy (Aguilera, 2000).

Lze předpokládat, že následky uváděné znásilněnými ženami našeho souboru lze přičíst syndromu rape-traumatu, ať už v podobě akutní či posttraumatické reakce tak, jak je popisováno v literatuře.

#### **2.3.4. Základní sociodemografické charakteristiky sexuálně viktimizovaných žen**

Z hlediska základních sociodemografických charakteristik nebyly zjištěny statisticky významné rozdíly mezi znásilněnými a neznásilněnými ženami ani ve vzdělání ani ve velikosti místa bydliště. Statisticky významné jsou však rozdíly týkající se věku obětí, které uvedly sexuální viktimizaci v anamnéze a překvapivě i jejich náboženského vyznání.

**Věk.** Z dostupných studií, stejně jako ze všech dosavadních opakování výzkumu sexuálního chování obyvatel ČR plyne, že nejvíce žen bylo sexuálně

viktimizováno ve velmi mladém věku. Průměrný věk žen se sexuálně agresivní zkušeností dle výzkumu sexuálního chování obyvatel ČR od roku 1993 dosud je průměrně 24 let. Rovněž v našem souboru bylo nejvíce žen viktimizováno mezi šestnáctým a pětadvacátým rokem. Nejvyšší výskyt znásilnění jsme zaznamenali u šestnáctiletých dívek, u dvacetiletých byla prevalence znásilnění 12%, další vrchol se objevil u pětadvacetiletých žen. Po pětadvacátém roce věku byl výskyt sexuální viktimizace výrazně nižší s nárůstem okolo třicátého roku a rapidně klesal po čtyřicítce. V otázce nejvyššího výskytu znásilnění z hlediska věku existuje mezi výzkumnými studii v zásadě shoda - mezi nejčastěji sexuálně viktimizované patří ženy v období adolescence a mladší dospělosti, kolem dvaceti let (Tjaden, Thoennes, 1999, Bachman, 2000, Swart et. al. 2000, McGregor et al., 1999, Katz, 1991, Zvěřina, 1978, Zvěřina, Pondělíčková, 1986, Náchodský, 1992, Gödtel, 1994, Harney, Mühlenhard, 1991, Coker et al., 1998, Gidycz, Koss, 1991, Fehlsion, Krohn, 1990, Heretik, 1991, Weiss, Zvěřina, 2001, statistiky NCVS, NVAWS, BCS, MV ČR). Zmínku o tom, že oběťmi znásilnění se stávají častěji mladé ženy, podávají ve svých komentářích i další výzkumníci (např. Synovitz, Byrne, 1998, Čermák, 1999, Groth, Birnbaum, 1979, Martin, Bachman, 1998, Zvěřina, 1978). Vyšší procento znásilnění u mladých žen bývá vysvětlováno kulturní podmíněností vnímání mladých žen jako více sexuálně žádoucích. Sociobiologové vysvětlují preferenci mladých žen pachatelů sexuálního násilí v genetické podmíněnosti výběru žen v období vrcholné fertility za účelem reprodukce. Základní funkcí je dle evolučních teorií reprodukce a veškerá sexuální aktivita včetně sexuální agrese jedince směřuje k jejímu dosažení. Naše zjištění odpovídají i závěrům Americké kriminologické společnosti, která vychází z dat získaných výzkumem National Crime Survey (NCVS), která říkají, že nízký věk obětí znásilnění je jedním z nejvýznamnějších a nejlépe zdokumentovaných kriminologických aspektů tohoto jevu. Riziko sexuální viktimizace žen dosahuje dvou vrcholů – v pozdní adolescenci a časně dospělosti, pak klesá po celý život

Zajímavé je naše statisticky významné zjištění, že zatímco jsou nejčastěji viktimizovány mladé ženy, nejčastěji přiznaly znásilnění v anamnéze ženy zralé dospělosti, středního a staršího věku. (Nejvíce respondentek, které uvedly znásilnění v anamnéze bylo ve věkovém rozpětí 30 – 44 let, na dalším místě jsou ženy mezi 45 a 59 lety a dále ženy 60ti a víceleté. Nejméně uváděných znásilnění je ve věkovém rozpětí 18 - 29 let, mezi 15 a 17 rokem nepřiznala sexuální agresi žádná respondentka.) Domníváme se, že příčinou může být sebevědomí žen. Zralé ženy

bývají v oblasti sexu sebevědomější a vyrovnanější než ženy nejmladších věkových kategorií, což jim umožňuje snazší prezentaci negativních stránek vlastních životních zkušeností. Rovněž přijetí vlastní traumatizované sexuality může být často možné až s postupujícím věkem. Skutečnost, že sexuálně viktimizované ženy, které jsou této traumatizaci ve svém životě časově nejbližší tuto zkušenost neuvádějí, může dle našeho názoru, souviset i s psychickými obrannými mechanismy - s disociací a případně i s posttraumatickou reakcí. Díky těmto mechanismům je negativní zážitek potlačen a popřen, ženy s ním nejsou vědomě „v kontaktu“. Další možnost k úvaze souvisí s převahou sexuálně agresivních zkušeností v rámci manželských či partnerských vztahů. Mladé ženy jsou díky vývojovým úkolům svého stávajícího životního období (mateřství, péče o malé děti) častěji závislé na zdrojích, které jim poskytuje manžel či partner a mechanismus popření nepříjemných událostí ve vztahu jim pomáhá alespoň zdánlivě udržet vztahovou i osobnostní integritu a zachovat rodinu.

**Náboženské vyznání.** Mezi věřícími ženami bylo shledáno statisticky významně více sexuálního násilí, což shledáváme jako překvapivé, zejména s překonáváním tradičního modelu sexuálních rolí a sekularizací české společnosti. Tato skutečnost nicméně potvrzuje data sociologických modelů sexuálních deviací, která vycházejí ze studia společenského kontextu a sociálního klimatu v různých společnostech a poukazují na to, že v sexuálně restriktivnějších společnostech se vyskytuje více sexuální patologie. Je nezpochybnitelné, že při zkoumání takového jevu, jako je znásilnění je třeba vždy mít na zřeteli kulturní a historický kontext tohoto skutku. Ne vždy a ne ve všech společnostech žena byla a je uznávána jako rovnocenná partnerka muže, která má právo rozhodovat o vlastním sexuálním životě. Například v islámských zemích je pohled na sexuální práva žen dosud vnímán zcela odlišně než v našem kulturním okruhu. Restriktivní postoje katolické církve, která sexualitu považuje pouze za prostředek reprodukce jsou známé. Stejně tak se restrikcemi a regulací lidského sexuálního chování zabývají jiná, nekřesťanská náboženství, různé církve i autokratické a totalitní režimy. Práce, které by transkulturně srovnávaly výskyt sexuálně-násilného chování nám nejsou známy. Na význam konkrétního společenství při vzniku sexuálně násilného chování poukazovaly již rané kulturně-antropologické studie. Kulturní antropoložka Sandayová (ač její výsledky nebyly později potvrzeny) ve své studii 95 kmenových společenství (1981) uvádí, že znásilnění se vyskytovalo pouze v některých z nich.

Společnosti s vyšším výskytem sexuálního násilí charakterizovala mimo jiné patriarchální organizace a paternalistická kulturní tradice. Košič a Šimovičová (1982) poukazují na seriózní antropologické studie, které prokazují, že znásilnění se vyskytuje jenom v kulturách, které mimo jiné uplatňují přísnější sociální restrikcí na ženské extramatrimoniální styky než na mužské a vykazují silnější sexuální zábrany u žen než u mužů. Spolu s ekonomickými a sociálními zábranami, které prodlužují mládenecký věk u mužů a tím u nich zvyšují sexuální frustraci vyrůstá z těchto kulturních kontextů podle autorů potenciál pro páchání sexuálních agresí. Sexuální násilí jako projev extrémní akceptace mužské a ženské sexuální a sociální role popisuje například Marshall a Barbaree (1990) nebo Frenken et. al. (1999). Grubin (1995) uvádí, že ve společnostech s vyšší restrikcí heterosexuálních aktivit se vyskytují vysoké počty sexuálního zneužití. Teorie kulturně podmíněného sexuálního násilí kritizují z evolučněbiologických pozic Thornhill a Palmer (2000). Poukazují především na to, že sexuální agrese se vyskytuje ve všech lidských společnostech. To ovšem, podle autorů, neznamená, že sexuální agrese je geneticky determinovaný akt ovlivnitelný učením a kulturou. Znamená to pouze, že etnografické výzkumy potvrzují existenci genů, které mohou u mužů všech kultur prostřednictvím ontogeneze vést k sexuálně násilnému chování v případech, kdy jsou současně přítomny i nevyhnutelné environmentální faktory (které jsou však podle autorů alepoň někdy přítomny ve všech kulturách zkoumaných do současné doby). Thornhill a Palmer rovněž polemizují s názorem, že specifický vliv okolí (tedy kultura) na vývoj mužské sexuality je tím základním faktorem podmiňujícím výskyt sexuální agrese, tedy s názorem, že sexuální agrese je v podstatě naučeným fenoménem, že jejím základním prekurzorem je explicitní či implicitní povzbuzení ze strany okolí. Podle autorů je sice nepochybné, že některé environmentální faktory skutečně mohou výskyt sexuálního násilí v některých společnostech povzbuzovat, například akceptací znásilnění mimo vlastní skupinu nebo ve válce (Shields a Shields, 1983), nicméně znásilnění se v některých formách vyskytuje ve všech kulturách, a to i v těch, v nichž je tvrdě sankcionováno.

### 2.3.5. Charakteristiky psychosexuálního vývoje, partnerské a sexuální adaptace a některých postojů u znásilněných žen

Náš výzkum byl zaměřen rovněž na charakteristiky psychosexuálního vývoje, partnerské adaptace, sexuálního chování a postojů žen k sexu. Dosažené výsledky svědčí o závažných rozdílech v těchto faktorech mezi znásilněnými a neznásilněnými respondenkami. Zjišťujeme především, že ženy, které uvedly sexuálně agresivní zkušenost, začínají koitální sexuální život dříve, v průběhu života mají vyšší počty sexuálních partnerů a častější náhodný sex. Vdávají se v mladším věku, častěji jsou svým partnerům nevěrné, častěji se rozvádějí a uzavírají za život více manželství. Častěji absolvují umělé přerušování těhotenství, mají více sexuálních poruch v anamnéze i v současnosti a jsou častěji nespokojené se svým pohlavním životem. Uvádějí ve vyšším procentu méně obvyklé či rizikové sexuální zkušenosti: častěji poskytly sex za peníze, měly častěji pohlavně přenosnou chorobu a častěji se účastnily skupinového sexu než ženy bez sexuálně agresivní zkušenosti. Viktimizované ženy rovněž častěji referují o zkušenosti s pohlavním stykem s osobou stejného pohlaví a častěji se považují za homosexuálku či bisexuálku. Významná je skutečnost, že v dětství bylo více znásilněných žen sexuálně zneužito. V postojích a názorech na sex se ženy s násilnou sexuální zkušeností se jeví jako permissivnější. Považují častěji než ženy neznásilněné extramatrimoniální a náhodné sexuální styky za přirozené.

Nepotvrdilo se zjištění z předchozích opakování našeho výzkumu a zjištění reprezentativních zahraničních výzkumů studujících sexuální chování, že totiž znásilněné ženy dříve začínají s neckingem a pettingem, první pohlavní styk popisují častěji jako bolestivý, že v současné době mají vyšší potřebu sexuálního vybití i jeho častější realizaci a že mají větší obtíže s dosažením orgasmu. V charakteristikách aktuálního sexuálního přizpůsobení se znásilněné ženy v roce 2008 od žen bez této zkušenosti neliší – potřeba sexuálního vybití i jeho realizace koitálním i nekoitálním způsobem a dosažení orgasmu jsou u obou skupin žen stejné. Michael et al. (1994) uvádějí u Američanek se znásilněním v anamnéze častější masturbaci a méně těch, které dosahují orgasmu při styku. Abbey a Ross (1996) referují o zjištěních, dle kterých je vyšší sexuální aktivita (ve smyslu větší frekvence sexuálních styků bez ohledu na počet sexuálních partnerů) predestinující charakteristikou sexuální viktimizace. Shodné s našimi, jsou naopak výsledky týkající se vyššího počtu

sexuálních partnerů a častější zkušenosti se skupinovým sexem, zjištěné těmito autory. Stejně jako u znásilněných francouzských žen nalézáme i v našem vzorku nespokojenost se sexuálním životem (Spira et al. 1994). Souvislost mezi vyšším počtem sexuálních partnerů a sexuálně agresivní zkušeností se podobně jako v naší studii vyskytuje v mnoha dalších výzkumných dílech. Např. Himelein a Vogel (1994) uvádějí u studentek americké university výrazně vyšší výskyt zkušenosti se sexuálně násilným chováním u těch respondentek, které měly více než 6 sexuálních partnerů. Podobně např. Mandoki a Burkhart (1991), Krahe (2000), Synowitz a Byrne (1998) nebo Norris, 1999). Jako nesignifikantní shledal souvislost mezi počtem sexuálních partnerů a znásilněním Mahler (1996).

Liberální postoje k sexu jako rizikový faktor sexuální viktimizace najdeme v mnoha studiích (Koss, 1985, Mandoki, Burkhart, 1991, Harney, Muehlenhard, 1991, Mahler, 1996, Arata, 2000, Abbey et al., 1996). V této otázce se však opět objevuje metodologický problém – totiž definování liberálních postojů, jejich souvislost s kulturním zázemím dané oblasti a tudíž i jejich obtížná srovnatelnost. Např. dle Weisse a Zvěřiny (2001) Česká republika náleží na jedno z předních míst v Evropě co se týče svobodomyšlnosti názorů v oblasti sexu a sexuality. Z tohoto důvodu autoři předpokládají, že postoje k sexu budou mít menší vliv na sexuální viktimizaci než např. ve Spojených Státech, které jsou známé svými konzervativními postoji k sexu. Tento pohled je v souladu s našimi výsledky – v názoru na mimomanželské a náhodné sexuální styky jsou znásilněné ženy našeho výzkumného vzorku mnohem benevolentnější než ženy neznásilněné a tyto formy sexuálního styku považují za přirozené.

Sexuální chování znásilněných žen je ve srovnání se ženami bez sexuálně agresivní zkušenosti výrazně rizikovější. Mají častěji styky s náhodnými partnery, styky za peníze, styky v rámci skupinového sexu, pohlavně přenosné choroby v anamnéze. Současně je jejich partnerská a sexuální adaptace horší – častěji se rozvádějí, jsou svým manželům a stálým partnerům častěji nevěrné, jsou méně spokojené se svým sexuálním životem a mají častěji v anamnéze sexuální poruchy. Mají i častější homosexuální styky a častěji si nejsou jisty svou sexuální orientací. Tyto údaje odpovídají reprezentativním výzkumům sexuálního chování obyvatelstva v jiných zemích.

U značného procenta žen není zkušenost se sexuální agresí izolovanou sexuální viktimizací. Poměrně velká část obětí sexuálního násilí udává současně i



zážitků s pohlavním zneužitím v dětství. U 16% znásilněných žen se pravděpodobně tyto dvě zkušenosti kryjí. Při sexuálním zneužití později znásilněných žen pachatel častěji vyžadoval soulož do pochvy, lze tedy říci, že chování pachatele sexuálního zneužití v dětství bylo u znásilněných žen výrazně násilnější. V literatuře je sexuální viktimizace v dětství vůbec nejlépe výzkumně zdokumentovaným prediktorem sexuální viktimizace. Ač nacházíme ve studiích zabývajících se touto problematikou dílčí odlišnosti, souvislost mezi sexuálním zneužitím v dětství a znásilněním v dospělosti je poměrně dobře doložena (Arata 2000, Mayall, Gold 1995, Harney, Muehlenhard 1991, Messman-Moore, Long 2000, Krahe 2000, Coid et al. 2001, Norris 1999, Tjaden, Thoennes 1999, Himmelein, Vogel 1994, Abbey et al. 2001). Podle Weisse a Zvěřiny (1997) je vyšší prevalence pohlavního zneužití u obětí sexuálního násilí alespoň částečně vysvětlitelná i poruchami sociálního prostředí v dětství oběti. Dalším nezanedbatelným aspektem je vliv psychické a sexuální traumatizace v dětství a případného rozvoje posttraumatické stresové poruchy na další psychosexuální i osobnostní vývoj s dopadem na vztahový a partnerský život postižené osoby.

Studiem existence previktimní osobnosti znásilnění se zabývá řada studií, přičemž podle dostupných poznatků neexistuje jednotný previktimní psychologický profil oběti. Uváděny bývají osobnostní rizikové faktory, které s previktimními charakteristikami osobnosti souvisí (Čírtková 2000, Ptáček, Čírtková, Žukov, 2009). Patří sem především zvýšená míra disociativních symptomů nebo poruch, poruchy nebo potíže s identitou, psychopatologické znaky ve smyslu zvýšené depresivity, úzkostnosti či emoční lability. Dále jsou uváděny situační faktory, mezi které patří především obtížné životní situace (Ptáček, Čírtková, Žukov, 2009, Welch, Mason 2007, Alexander et al. 1989).

Z uvedených dat je zřejmé, že významnou dispozicí k sexuální atace je na straně oběti vyšší sexuální podnikavost v různých směrech. Není sporu o tom, že sexuální agrese je interakční proces, v němž jsou vyššímu riziku viktimizace vystaveny ženy, které se vyznačují vyšší proceptivitou a životním stylem, který častěji přináší jistá rizika. Významné rozdíly v uvedených charakteristikách mezi oběťmi znásilnění a ženami, které uvedenou zkušenost nečinily, nasvědčují tomu, že oběti sexuální viktimizace nejsou atakovány zcela náhodně. Naše výsledky ukazují, že z důvodů výzkumných i léčebně-preventivních by bylo žádoucí bližší studium těchto

sociálních a behaviorálních zvláštností, které zvyšují pravděpodobnost sexuální viktimizace.

### **2.3.6. Vývoj sexuální viktimizace v české společnosti v posledních patnácti letech**

U souboru žen jsme porovnali trendy viktimologických aspektů sexuálního chování v letech 1993, 1998, 2003 a 2008. Nenáhodně kolísavý trend byl zjištěn v charakteristikách vztahu mezi obětí a pachatelem – ve stupni známosti pachatelů a ve formách sexuálně agresivního chování mužů vůči ženám. Nejčastěji byl pachatelem partner nebo manžel (s poklesem v roce 2003) nebo jiná známá osoba (nejčastěji v roce 2003) a nejméně často byl pachatel zcela neznámý. Obdobnou nejednoznačnost vykazuje i další trend - ve formě sexuální agrese muže vůči ženě od roku 1993 do roku 2003 docházelo k poklesu nucení ženy k souloži, mezi lety 2003 a 2008 zaznamenáváme opět nárůst. Stejně tak u nucení ženy k masturbaci. Tyto trendy nejsou jednoznačné, avšak jsou nenáhodné, studium tohoto jevu bude vyžadovat více výzkumných opakování.

Zjišťovali jsme rovněž situaci v ohlašování sexuálního násilí na policii a v letech 2003 a 2008 i důvody neoznámení takovýchto činů. Oznamování vynuceného pohlavního styku na policii má od roku 1993 do roku 2008 vzrůstající, i když statisticky nevýznamnou, tendenci – od 3% do 5%. Statisticky významné jsou rozdíly v důvodech neoznámení vynuceného pohlavního styku: zatímco důvody jako stud, obavy z odsouzení okolím a strach ze stálého partnera klesly, strach ze ztráty pachatele se mezi rokem 2003 a 2008 zvýšil o 16%. Domníváme se, že tyto rozdíly mohou být způsobeny změnou společenského klimatu, ke kterému dochází v posledních letech (vč. právní úpravy domácího násilí). Ženy si díky těmto změnám více uvědomují svá práva a jsou otevřenější. Nárůst strachu ze ztráty pachatele sexuální viktimizace potvrzuje skutečnost, že většina sexuálně násilných činů se odehrává v manželských a trvalých partnerských vztazích.

### **2.3.7. Limitace výsledků výzkumného projektu a další směřování v oblasti výzkumu viktimologických aspektů sexuální agrese**

Uvědomujeme si, že validita výsledků našeho výzkumu může být ovlivněna rozdílem v sexuálním chování respondentů a nonrespondentů. Z oslovených osob

53% odevzdalo vyplněný dotazník. V souvislosti s validitou výzkumů sexuálního chování poukazují na zkreslení způsobené rozdílem mezi respondenty, kteří souhlasí s účastí na výzkumu a částí populace, jež účast odmítá např. Weiss a Zvěřina (2001). Obecně lze předpokládat, že se vyplnění dotazníku vyhýbají spíše osoby s konzervativnějšími postoji vůči sexu. V případě tak citlivého tématu, jako je sexuální viktimizace si také lze představit neochotu vypovídat o svých, leckdy traumatických zkušenostech.

Další omezení platnosti výsledků mohou vycházet z validity výpovědí respondentů, a to ve smyslu vědomě či nevědomě zkreslených informací. V jejich pozadí může být potřeba chránit vlastní sebepojetí a vyhnout se vybavení nepříjemných vzpomínek. Ke zkreslení může docházet i v procesu vybavování si minulých zkušeností. Stejně jako jiné studie zabývající se sexuální viktimizací je i náš výzkum založen na vlastní výpovědi obětí o intimní a leckdy tabuizované oblasti jejich soukromého života. Může tak být zatížen nepřesností jejich výpovědi. Pak lze předpokládat, že prevalence studovaného jevu může být v realitě spíše vyšší, než uvedené výsledky naznačují. Naše aktivita v zadávání otázek dotazníku byla limitována, nebylo možné zadání příliš zásadně měnit a rozšířit ani přeformulovat některé dotazy s ohledem na použitelnost při longitudinálním srovnání. V průběhu výzkumu jsme zjistili i určité nedostatky dotazníku. Jistě by bylo vhodné zjišťovat například formy sexuální agrese dotazy směřované i ženám, ne pouze mužům. Opomínuta byla například oblast intoxikace jako faktoru účastnického se sexuální viktimizace nebo chování a psychické pochody oběti v průběhu znásilnění.

Kladem práce je reprezentativnost vzorku a skutečnost, že k dispozici byly velké soubory dat, i možnost longitudinálního srovnání údajů.

Domníváme se, že v budoucnu bude přínosné se, v souvislosti s vysokým počtem znásilněných žen sexuálně traumatizovaných v dětství, podrobněji zaměřit na oblast sexuální reviktimizace. Do velké oblasti, zasluhující si i nadále pozornost, patří rizikové faktory sexuální viktimizace. Naše skupina znásilněných žen se výrazně odlišuje v charakteristikách partnerské a sexuální adaptace i sexuální identity. Jejich sexuální chování je ve srovnání s ženami bez sexuálně agresivní zkušenosti rizikovější. Doporučujeme proto další výzkumné snahy směřovat i do populací žen, které jsou ohrožené sexuální viktimizací díky osobnostní a sociální patologii.

### 3. ZÁVĚR

Předmětem našeho studia byla viktimologie znásilnění u obyvatel ČR. V teoretické části práce jsme se zaměřili na přehledné shrnutí základních teoretických konceptů a empirických poznatků týkajících se této problematiky, v empirické části jsme zpracovali data z této oblasti zjištěná v rámci longitudinálního výzkumu sexuálního chování obyvatel ČR. Naše studie viktimologických aspektů sexuálního chování obyvatel ČR se uskutečnila jako součást Výzkumu sexuálního chování obyvatel ČR – IV z roku 2008. Vývoj této problematiky v naší republice jsme zaznamenali srovnáním výsledků opakování výzkumu v letech 1993, 1998, 2003 a 2008. Cílem práce bylo zjistit: prevalenci sexuální viktimizace u mužů a žen v obecné populaci a její formy, výskyt psychické traumatizace - negativních dopadů sexuální viktimizace na psychiku obětí, jejich partnerský a sexuální život, charakteristiky vztahu mezi obětí a pachatelem sexuálního násilí, rozdíly mezi sexuálně viktimizovanými a těmi, kteří zkušenost se sexuální viktimizací v dospělosti neuvodili v základních sociodemografických charakteristikách, v charakteristikách psychosexuálního vývoje, partnerské a sexuální adaptace a ve vybraných postojových charakteristikách. Zjišťovali jsme i charakteristiky vývoje sexuální viktimizace v české společnosti v posledních patnácti letech.

Předkládáme tato nejdůležitější zjištění:

- 1) **Prevalence sexuální viktimizace** žen je v populaci ČR v roce 2008 **11%**. 6,3% žen uvedlo, že bylo někdy přinuceno k pohlavnímu styku jednou a 4,7% žen opakovaně. Formu sexuální viktimizace jsme zjišťovali z výpovědí mužů, kteří přiznali sexuální agresi vůči ženě. Nejčastější formou tohoto vynuceného sexu byla jednoznačně vaginální soulož, druhou nejčastější formou byla felace, méně často nutili muži ženu ke dráždění svého penisu rukou (masturbace) a nejméně často k análnímu styku.

- 2) Naprostá většina viktimizovaných žen prožila násilnou sexuální zkušenost ve **velmi mladém věku**. Nejvíce žen z našeho souboru bylo sexuálně viktimizováno mezi 16. a 25. rokem. Nejvyšší výskyt znásilnění jsme zaznamenali u šestnáctiletých dívek - 13%, u dvacetiletých je prevalence znásilnění 12%, další vrchol se objevil u pětadvacetiletých žen - 10%. Po 25. roce věku je výskyt sexuální viktimizace výrazně nižší s nárůstem okolo třicátého roku (8%) a rapidně klesá po čtyřicátém roce (1%).
- 3) Pouze v 5% případů byl sexuálně agresivní čin **oznámen na policii**. Důvodem neoznámení byla nejčastěji ve obava ze ztráty pachatele (33%), dále stud (ve 30%), obavy z odsouzení okolím (v 19%) a ve 4% strach ze stálého partnera. Jiný důvod byl tázanými ženami uveden ve 14% případů.
- 4) **Negativní následky** vynuceného sexuálního styku uvedla více než třetina viktimizovaných žen (37,5%). Nejčastěji viktimizované ženy trpěly negativními psychickými následky (72%). Více než polovina žen s negativními následky znásilnění uvedla následky partnerského charakteru (57% žen), o následcích v sexuální oblasti referovalo 38% žen a o jiných následcích 7% žen. Trvalé následky byly zjištěny u více než třetiny žen (33%).
- 5) Většina sexuálně násilných činů se odehrávala mezi nejbližšími, v rámci manželských a trvalých partnerských vztahů. **Pachatelem** sexuální viktimizace byl ve většině případů (61,8%) partner nebo manžel. Pouze v necelé třetině případů (27,3%) byla pachatelem jiná známá osoba a neznámá osoba byla pachatelem sexuální viktimizace u žen pouze v 10,9%.
- 6) Co se týče sociodemografických charakteristik, statisticky významné rozdíly mezi znásilněnými a neznásilněnými ženami byly shledány v oblasti **náboženského vyznání** a ve **srovnání souborů respondentek podle věku**. Znásilněné ženy byly častěji než neznásilněné **věřící** (ve 27%, z toho 12% bylo římskokatolické víry a 15% jiné víry). Ačkoli jsou nejčastěji

viktimizovány mladé ženy v období adolescence a rané dospělosti, nejčastěji přiznaly znásilnění v anamnéze ženy zralé dospělosti, středního a staršího věku.

7) Znásilněné ženy se od neznásilněných liší v následujících charakteristikách psychosexuálního vývoje a sexuální adaptace:

- začínají koitální sexuální život dříve
- v průběhu života mají vyšší počty sexuálních partnerů
- mají častěji náhodný sex
- mají více sexuálních poruch v anamnéze i v současnosti
- jsou častěji nespokojené se svým pohlavním životem

*Nepotvrdila se zjištění předchozích opakování a některých zahraničních studií, že znásilněné ženy začínají dříve s neckingem a pettingem, první sexuální styk prožívají častěji jako bolestivý a v současnosti uvádějí vyšší potřebu sexuálního vybití, častěji masturbují, častěji realizují soulož a méně často dosahují orgasmu.*

8) Výrazné odlišnosti mezi ženami se sexuální viktimizací v anamnéze a ženami bez této zkušenosti sledujeme i v charakteristikách partnerské adaptace:

- vdávají se v mladším věku
- častěji jsou svým partnerům nevěrné
- častěji se rozvádějí
- uzavírají za život více manželství
- častěji absolvují umělé přerušování těhotenství

9) Znásilněné ženy oproti neznásilněným uvádějí ve vyšším procentu méně obvyklé či rizikové sexuální zkušenosti:

- častěji poskytly sex za peníze
- měly častěji pohlavně přenosnou chorobu
- častěji se účastnily skupinového sexu
- častěji referují o zkušenosti s pohlavním stykem s osobou stejného pohlaví
- častěji se považují za homosexuálku či bisexuálku

10) U značného procenta žen není zkušenost se sexuální agresí izolovanou sexuální viktimizací. Poměrně velká část obětí sexuálního násilí udává současně i zážitek s pohlavním zneužitím v dětství. U 16% znásilněných žen se tyto dvě zkušenosti kryjí. Při sexuálním zneužití později znásilněných žen pachatel častěji vyžadoval soulož do pochvy, lze tedy říci, že chování pachatele sexuálního zneužití v dětství bylo u znásilněných žen výrazně násilnější.

11) V postojích a názorech na sex se ženy s násilnou sexuální zkušeností jeví jako liberálnější. Považují častěji než ženy neznásilněné extramatrimoniální a náhodné sexuální styky za přirozené. Tyto postoje se promítají do jejich sexuálního chování (větší počet náhodných a extramatrimoniálních partnerů).

12) V oblasti vývoje viktimologických charakteristik sexuálního chování byly u české populace zjištěny následující trendy:

- Významný je trend týkající se důvodů neoznámení vynuceného sexuálního styku na policii. Oznamování vynuceného pohlavního styku na policii má od roku 1993 do roku 2008 vzrůstající, i když statisticky nevýznamnou, tendenci. Statisticky významné jsou rozdíly v důvodech neoznámení vynuceného pohlavního styku: zatímco důvody jako stud, obavy z odsouzení okolím a strach ze stálého partnera klesly, strach ze ztráty pachatele se mezi rokem 2003 a 2008 zvýšil o 16%. Nárůst strachu ze ztráty pachatele sexuální viktimizace potvrzuje skutečnost, že většina sexuálně násilných činů se odehrává v manželských a trvalých partnerských vztazích.
- Nenáhodně kolísavý trend byl zjištěn v charakteristikách vztahu mezi obětí a pachatelem – ve stupni známosti pachatelů a ve formách sexuálně agresivního chování mužů vůči ženám. Nejčastěji byl pachatelem partner nebo manžel (s poklesem v roce 2003) nebo jiná známá osoba (nejčastěji v roce 2003) a nejméně často byl pachatel zcela neznámý. Obdobnou nejednoznačnost vykazuje i další trend - ve formě sexuální agrese muže vůči ženě od roku 1993 do roku 2003 docházelo k poklesu nucení ženy k souloži, mezi lety 2003 a 2008 zaznamenáváme opět nárůst. Stejně tak u nucení ženy k masturbaci. Tyto trendy nejsou jednoznačné, avšak jsou nenáhodné, studium tohoto jevu bude vyžadovat více výzkumných opakování.

Empirická zjištění jsme v závěrečné části práce podrobili diskusi, výsledky jsme interpretovali, zohlednili limity výzkumu a doporučili další oblasti směřování ve výzkumu viktimologie znásilnění.

Uvedené poznatky logicky navazují na stávající teoretickou základnu, kterou rozšiřují zejména informacemi o sociodemografických charakteristikách viktim sexuální agrese, o charakteristikách jejich psychosexuálního vývoje, sexuální a partnerské adaptace, sexuálního chování a postojích k sexu. Empirická část

doktorandské disertační práce v řadě ohledů potvrzuje dosavadní teoretické předpoklady a empirická zjištění jiných autorů, přináší však i zcela nové poznatky o viktimologii znásilnění u obyvatel České republiky.



## 4. SOUHRN

Předkládaná práce se zabývá tématem viktimologických aspektů sexuální agrese. Detailní popis a porozumění viktimologii znásilnění je předpokladem účinné prevence i léčebné péče obětem s následky takového činu.

**Cíl výzkumu:** Cílem výzkumu byla detekce prevalence sexuální viktimizace u žen a mužů v obecné populaci, výskytu negativních dopadů sexuální viktimizace na psychiku obětí, popis odlišností mezi respondenty, kteří uvedli zkušenost se sexuálním násilím a těmi, kteří tuto zkušenost neuvedli a zachycení trendů v oblasti viktimologie sexuálního násilí v České republice v posledních 15 letech.

**Výzkumná metoda:** Z hlediska povahy výzkumu se jednalo o kvantitativní výzkumný projekt. Výzkum byl součástí longitudinálního výzkumu sexuálního chování a postojů obyvatel České republiky z let 1993, 1998, 2003 a 2008. Téma sexuální viktimizace je jednou z oblastí studovaných tímto výzkumem. Naše data byla získána v říjnu, listopadu a prosinci 2008. Respondenti zodpověděli anonymní dotazník zaměřený na jejich sexuální chování. Pro statistickou analýzu dat byl použit program SPSS (Statistical package for social science). Odlišnosti mezi dvěma sledovanými soubory byly kalkulovány T-testem významnosti rozdílu středních hodnot v případě kvantitativních znaků a chí-kvadrát testem významnosti rozdílu v případě kvalitativních znaků

**Výzkumný soubor:** Základní soubor představovala populace České republiky starší 15 let, výběrový soubor tvořilo 1 000 mužů a 1 000 žen s charakteristikami základního souboru.

**Výsledky:** 11% žen našeho souboru uvedlo, že bylo někdy přinuceno k pohlavnímu styku. 6,3% jednou a 4,7% opakovaně. Na stejnou otázku odpovědělo kladně pouze 1,6% mužů. Nejvíce žen našeho souboru bylo viktimizováno ve velmi mladém věku – mezi 16. a 25. rokem. Po 25. roce je výskyt sexuální viktimizace výrazně nižší s opětovným nárůstem okolo třicátého roku a rapidně klesá po čtyřicítce. Výsledky ukazují, že pachatelem sexuální viktimizace byl ve většioně případů manžel nebo partner. Pouze v necelé třetině případů byla pachatelem jiná známá osoba a neznámý byl pachatel pouze v 11% případů. Policejně hlášeno bylo v roce 2008 5% případů sexuálního násilí.

Negativní následky vynuceného sexuálního styku uvedla více než třetina žen s touto zkušeností, negativní následky psychického charakteru byly zjištěny u 72% těchto žen, 57% uvedlo následky partnerského charakteru a následky v sexuální oblasti se vyskytly u 38% žen. O následcích trvalého charakteru referovalo 33% viktimizovaných respondentek s negativními následky sexuálního násilí.

Znásilněné ženy se od souboru ostatních významně žen lišily **v charakteristikách psychosexuálního vývoje, sexuálního chování a v některých postojích k sexu**. Zahajovaly koitální sexuální život dříve, uvedly vyšší počty sexuálních partnerů v průběhu života a častější náhodný sex. Tyto ženy se dle našich zjištění vdávají v mladším věku, častěji jsou svým partnerům nevěrné, častěji se rozvádějí a uzavírají za život více manželství. Častěji absolvují umělé přerušování těhotenství, mají více sexuálních poruch v anamnéze i v současnosti a jsou častěji nespokojené se svým pohlavním životem. Uvádějí ve vyšším procentu méně obvyklé či rizikové sexuální zkušenosti: častěji poskytly sex za peníze, měly častěji pohlavně přenosnou chorobu a častěji se účastnily skupinového sexu než ženy bez sexuálně agresivní zkušenosti. Viktimizované ženy rovněž častěji referují o zkušenosti s pohlavním stykem s osobou stejného pohlaví a častěji se považují za homosexuálky či bisexuálky. V dětství bylo více znásilněných žen sexuálně zneužito a při tomto zneužití bylo chování pachatele násilnější než v případě zneužitých žen bez této zkušenosti (pachatel častěji vyžadoval soulož do pochvy než jiné, nekoitální aktivity). V postojích a názorech na sex se ženy s násilnou sexuální zkušeností jeví jako liberálnější. Extramatrimoniální a náhodné sexuální styky považují, na rozdíl ostatních žen souboru, za přirozené.

U souboru žen jsme porovnali **trendy viktimologických aspektů sexuálního chování**. Nenáhodně kolísavý trend se týká stupně známosti pachatelů a formy sexuálně agresivního chování mužů vůči ženám. Nejčastěji byl pachatelem partner nebo manžel (s poklesem v roce 2003) nebo jiná známá osoba (nejčastěji v roce 2003) a nejméně často byl pachatel zcela neznámý. Obdobnou nejednoznačnost vykazuje i další trend - ve formě sexuální agrese muže vůči ženě od roku 1993 do roku 2003 docházelo k poklesu nucení ženy k souloži, mezi lety 2003 a 2008 zaznamenáváme opět nárůst. Stejně tak u nucení ženy k masturbaci. Tyto trendy nejsou jednoznačné, avšak jsou nenáhodné, studium tohoto jevu bude vyžadovat více výzkumných opakování.

Zjišťovali jsme rovněž situaci v ohlašování sexuálního násilí na policii a v letech 2003 a 2008 i důvody neoznámení takovýchto činů. Oznámování vynuceného pohlavního styku na policii má od roku 1993 do roku 2008 vzrůstající, i když statisticky nevýznamnou, tendenci – od 3% do 5%. Významné jsou rozdíly v důvodech neoznámení vynuceného pohlavního styku: zatímco důvody jako stud, obavy z odsouzení okolím a strach ze stálého partnera klesly, strach ze ztráty pachatele se mezi rokem 2003 a 2008 zvýšil o 16%. Domníváme se, že tyto rozdíly mohou být způsobeny změnou společenského klimatu ke kterému dochází v posledních letech (vč. právní úpravy domácího násilí). Ženy si díky těmto změnám více uvědomují svá práva a jsou otevřenější. Nárůst strachu ze ztráty pachatele sexuální viktimizace potvrzuje skutečnost, že většina sexuálně násilných činů se odehrává v manželských a trvalých partnerských vztazích.

**Klíčová slova**

sexuální agrese, prevalence znásilnění, následky znásilnění, viktimologie znásilnění

## 5. ABSTRACT

Presented paper deals with the topic of victimologic aspects of sexual aggression. Description in details is the precondition for effective prevention and healing of victims suffered with outcomes of such offence.

**Objective of the research:** The research was aimed into detection of prevalence of sexual victimization of men and women in general population, prevalence of negative consequences of sexual victimization on psyche of victims, description of differences between respondents having experienced sexual aggression and those who did not declare such experience, and also keeping in touch in the field of victimology in the Czech Republic in the course of the last 15 years.

**Method of the research:** From the point of the nature of the research, it was a quantitative research project. This research was a part of longitudinal research of sexual behaviour and attitudes of the czech inhabitants in 1993, 1998, 2003 and 2008. The theme of sexual victimisation is one of the domains studied in this research. Our findings were obtained in the course of October, November and December 2008. Respondents answered anonymous questionnaire targeted at their sexual behaviour. Statistical analysis used the program SPSS (Statistical package of social science). The difference between the two followed samples were submitted to T-test of significance of the difference between the mean values in case of quantitative marks and Chi-square test of the significance of the difference in case of qualitative marks.

**Research sample in view:** The Czech population over 15 years as the basic sample, 1000 men and 1000 women as the selective sample with characteristics of the basic sample.

**Results:** 11% of women of our sample declared having been forced sometimes to sexual intercourse, 6,3% once, 4,7% repeatedly. The same question answered positively only 1,6% of men. Most women of our group were victimized being very young (in the age between 16 and 25). Over the age of 25 the prevalence of sexual victimization is significantly lower, with repeated increase around the age of 30 and decreasing after the age of 40. The results point out that perpetrators of sexual victimization were mostly husbands or partners. Only in less than one third of cases,

the offender was a person known, only in 11% of cases the offender was unknown. Reported to the police in 2008 were only 5% of sexual violence cases.

Negative consequences of the forced sexual intercourse declared more than one third of women with this experience, negative consequences of psychical character were found with 72% of these women, 57% declare outcomes for partnership relations and 38% of them suffered in sexual life. 33% victimized respondents declared perpetual consequences of sexual aggression.

Raped women in the group viewed differed significantly from others in ***characteristics of psychosexual development, sexual behaviour and in some attitudes toward sex***. They began their coital sexual life earlier, declared higher number of sexual partners in lifetime and more frequent random sex. According to our findings, these women have been married in younger age, more often practise infidelity, more often divorce, more often marry. More often they are submitted to artificially interrupted pregnancy, have more sexual disorders in anamnesis even actually, and more often they are dissatisfied with their sexual life. In the increased percentage they put unusual or risky sexual experience: more often they practised sex for money, more frequently they got contagious sexual disease and participated in group sex, than women without sexual violent experiences. Victimized women are also more often reporting their experience with a person of the same gender and consider themselves more often homosexuals or bisexuals. In childhood more raped women were sexually abused, and behaviour of the offender was more violent during this act than in case of abused women without this experience (the offender more often demanded coitus-in-vagina than other noncoital activities). In their attitudes and views, women with violent sexual experience appear to be more liberal. Extramarital and occasional sexual contacts they consider unlike other women in the group natural.

Within the group we compared ***trends of victimological aspects of sexual behaviour***. Noncoincidental volatile trend relates to the level of the knowledge of the perpetrator and a way of the sexually aggressive behaviour of men towards women. Most frequently the offender appeared partner or husband (decline in 2003) or other known person (most frequent in 2003) and in the least number of cases the offender was unknown. Similar non unequivocal character poses another trend – in the course of 1993-2003 forcing women to intercourse in form of sexual aggression decreased, during 2003-2008 we register a new increase. The same case is forcing woman to

masturbation. Trends are not unequivocal, but they are not accidental; studies in this field will ask for repeated research.

We were also finding out the state of sexual violence reported to the police, and in the year of 2003 and 2008 also the reason of not reporting such acts. Reporting of the coerced sexual intercourse to the police since 1993 to 2008 raises slightly (statistically not important 3-5%). Important are differences in reasons for not reporting the coerced sexual intercourse: meanwhile the reasons like shame, fear of being condemned by the environment and fear of the loss of the partner decreased, fear of the loss of the partner increased between 2003 and 2008 by 16%. We assume that this difference can be caused by the change of social climate in the course of last years (including the law adjustment of domestic violence). Thanks to these changes, women are more and more aware of their rights and act more openly. Increased fear of the loss of the offender of sexual victimization is confirmed by the fact that majority of sexually violent acts endures within marital and permanent partner relationships.

**Key words**

Sexual aggression, Prevalence of rape, Consequences of rape, Victimology of rape

## 6. POUŽITÁ LITERATURA

Mezinárodní klasifikace nemocí. 10. Duševní poruchy a poruchy chování. Praha: PCP 1992

American Psychiatric Association: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4 th ed.). Washington 1994

*Komerční sexuální zneužívání dětí v České republice*. Sborník z konference pořádané organizacemi Friedrich Ebert Stiftung, La Strada, Karo a Enya ve dnech 6. 7. listopadu 2001. Česká republika, Friedrich Ebert Stiftung, 2002

*Komerční sexuální zneužívání dětí. Násilí na dětech*. Sborník z 1. národní konference. Praha, Humanitas Profes., 2001.

*Sexuální zneužívání dětí a sexuální násilí*. Sborník z konference East – West 1996. Dunovský, J.; Trojan, O.; Weiss, P. (Eds.) Praha, JAN, 1997. 220 s.

Zákon č. 40/2009 Sb., trestní zákoník

Zákon č. 140/1961 Sb., trestní zákon

[http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/en/Sexual\\_violence](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/en/Sexual_violence). Chapter 6, World report on violence and health, staženo 20. 11. 2006

<http://www.leader.com/real/ri9502/sommers.html>. Staženo 13.12.2006

[http://www.ox.ac.uk/gazette/19989/weekly/011098/news/story\\_4.htm](http://www.ox.ac.uk/gazette/19989/weekly/011098/news/story_4.htm). Staženo 11. 11. 2006

[http://www.ncptsd.va.gov/facts/specific/fs\\_male\\_sexual\\_assault.html](http://www.ncptsd.va.gov/facts/specific/fs_male_sexual_assault.html). Staženo 4.3. 2006

[http://www.allacademic.com/meta/p\\_127115\\_index.html](http://www.allacademic.com/meta/p_127115_index.html). Staženo 6. 9. 2007

[http://www.ff.cuni.cz/FF-72-version\\_1-PBob\\_Teze\\_Teorie\\_disociace\\_2009.doc](http://www.ff.cuni.cz/FF-72-version_1-PBob_Teze_Teorie_disociace_2009.doc). Staženo 1. 7. 2010

<http://www.ibiblio.org/rcip/mvrv.html>. Staženo 3. 3. 2010

ABBEY, A. et al. Alcohol and Sexual Assault. *Alcohol Research and Health*, 2001, 25, No 1, s. 43-51

ABBEY, A. et al. Alcohol and Dating Risk Factors for sexual Assault among College Women. *Psychology of Women Quarterly*, 1996, 20, s.147-169

- ABBEY, A. Misperception as an Antecedent of Acquaintance Rape: A Consequence of Ambiguity in Communication between Women and Men. In Parrot, A.; Bechhofer, L. (Eds.) *Acquaintance Rape: Factors Contributing to Acquaintance rape*. New York, John Wiley, 1996, s. 96-111
- ABBEY, A. Acquaintance Rape and Alcohol Consumption on College Campuses: how are they linked? *Journal of American College Health*, 1991, 39, s. 165-169
- ABBEY, A.; MaC AUSLAN; P. ROSS, L. T. Sexual Assault Perpetration by College Men: The Role of Alcohol, Misperception of sexual Intent and sexual Beliefs and Experiences. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 1998, 17, s. 167-195
- ABBEY, A.; ROSS, L. T.; MaC DUFFIE, D. Alcohol's Role in sexual Assault. In Watson, R. R.(Ed.) *Drug and Alcohol Abuse Reviews. Volume 5. Additive Behaviors in Women*. Totowa NJ, Humana Press, 1994, s. 97-123
- AGUILERA, D. C. *Krisenintervention*. Bern, Hans Huber, 2000
- AHRENS, C.; CAMPBELL, R. Assisting Rape Victims as they Recover from Rape: The Impact on Friends. *Journal of Interpersonal Violence*, 2000, 15, s. 959-987
- ALEXANDER, J. G.; De CHESNAY, M.; MARSHALL, S. H. Research note: Parallel Reactins in Rape Victims and Rape Research. *Violence and Victims*, 1989, 4, s. 57-62
- ALKSNIS, Ch. et al. Methodologic Concerns Regarding Estimates of Physical Violence in sexual Coertion: Overstatement or Understatement? *Archive od Sexual Behavior*, 2000, 29, s. 323-332
- AMIR, M. *Patterns in forcible Rape*. Chigago, University of Chicago Press, 1971
- ANDERSON, C. L. Males as sexual Assault Victims: Multiple Levels of Trauma. *Journal of Homosexuality*, 1982, 7, s. 145-162
- ANDERSON, P.; AYMAMI, R. Report of Female Initiation of sexual Contact: Male and Female Differences. *Archives of Sexual Behavior*, 1993, 22, s. 335-343
- ARATA, C. M. From Child Victim to Adult Victim: A model Predicting sexual Revictimization. *Child Maltreatment*, 2000, 5, s. 28-39
- ARCEL, T. L.; FOLNEGOVIC-ŠMALC, V.; MARUŠIĆ, A. *Psycho-social Help to War Victims: Women refugees and their Families from Bosnia and Hercegovina and Croatia*. Zagreb, IRCT, 1995
- BACHMAN, R. A. Comparison of annual Incidence Rates and contextual Characteristics of Intimate-partner Violence against Women from The National Crime Victimization Survey (NCVS) and The National Violence Against Women Survey (NVAWS). *Violence Against Women*, 2000, 6, s. 839-868
- BACHMAN, R. A.; SALTZMAN, L. E. *Violence against Women*. Estimates from redesigned Survey (Special report, NJC-154348). National Crime Victimization Survey. Washington, Bureau of Justice Statistics, 1995
- BANDURA, A. *Sozial-kognitive Lerntheorie*. Stuttgart, Klett, 1979



- BARON, L.; STRAUS, M. A.; JAFEE, D. Legitimate Violence, Violent Attitudes, and Rape: A Test of Cultural spillover Theory. In Prentky, R. A.; Quinsey, V. L. (Eds). *Human sexual aggression: Current perspectives. Annals of the New York Academy of Sciences*. New York, New York Academy of Sciences, 1988
- BASOGLU, M. *Torture and its Consequences: Current Treatment Approaches*. Cambridge, Cambridge University, 1992
- BASSON, R. Are The Complexities of Women's sexual Function reflected in the new Consensus Definitions of Dysfunction? *Journal of Sex and Marital Therapy*, 2001, 27, s. 105-112
- BAŠTECKÝ, J. *Základy soudní psychiatrie. 1. Obecná část*. Praha, Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví, 1997
- BECK, J. G.; BOZMAN, A. W. The Experience of sexual Desire. *The Journal of sex Research*, 1991, 27, s. 289-295
- BECK, D. *Die Kurzpsychotherapie*. Bern, Hans Huber, 1974
- BELLACK, L; SIEGL, H. *Příručka pre intenzivnu krátkodobú a emergentnú psychoterapiu*. CPS, Inc., 1983
- BENTOVIN, A. *Týrání a sexuální zneužívání v rodinách*. Praha, Grada, 1998
- BERGAN, J.R. Evolution of a Problem-solving Model of Consultation. *Psycholog. Consultation*, 1996, 6 (2), s. 111
- BLACK, M. S., PETTWAY, C.: Profile of ODRC offenders assessed at the sex offender risk reduction center. [www.drc.state.oh.us](http://www.drc.state.oh.us), staženo 26. 2. 2001
- BOB, P. Subliminal Processes, Dissociation in the I. *Journal of Analytical Psychology*, 48(2), 2003, s. 307-316
- BOURGOIN, S. *Bestiální vrazi*. Plzeň, Nava, 1994
- BRECKLIN, L. R. ; ULLMAN, S. E. The Role of Offender Alcohol Use in Rape Attakcs. *Journal of Interpersonal Violence*, 2001, 16, s. 3-22
- BREMMER, J. D. Does Stress Damage The Brain? *Biological Psychiatry*, 1999, 45, s. 797-805
- BRICHČÍN, S. Kdo vlastně znásilňuje ženy? In *Znásilnění. Sborník přednášek přednesených na 1. Národní konferenci o znásilnění. Praha, Česká republika, 10. 12. 2001*. Praha, Elektra 2001, s. 33-37
- BRICHČÍN, S. Sexuální delikventi z pohledu psychiatrické sexuologie. In Brichcín et al. *Sexuální delikventi z pohledu psychiatrické sexuologie*. Praha, Psychiatrické centrum, 1995
- BRICHČÍN, S. Pachatelé pohlavního násilí na dospělých ženách. *Praktický lékař*, 1980, č. 22-23, 60, s. 803-806
- BRICHČÍN, S.; KALVACH, Z. *Soudní psychiatrie a soudní sexuologie pro policisty vyšetřovatele*. Praha, PAČR, 1997.
- BRZEK, A. *Sexuologie pro právníky*. Praha, Karolinum, 1997
- BURGESS, A. W., HOLMSTROM, L. L. Rape trauma Syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 1974, 131 (9), 981-986
- BURT, M. R. Rape Myths and Acquaintance Rape. In Parrot, A.; Bechhofer, L. (Eds.) *Acquaintance Rape: Defining the Problem*. New York, John Wiley, 1991, s. 26-40

- CASCARDI, M. et al. Objective Ratings of Assault Safety of PTSD. *Journal of Interpersonal violence*, 1996, 11, s. 65-67
- CLEVELAND, H. H.; KOSS, M. P.; LYONS, J. Rape Tactics from the Survivors' Perspective. *Journal of Interpersonal Violence*, 1999, 14, 532-547
- COHEN, M. L. The psychology of rapist. *Seminars in Psychiatry*, vo. 3, 1971, s. 307-327
- COID, J. et al. *Relation between Childhood sexual and physical Abuse and Risk of Revictimisation in Women: Across-sectional Survey*. *Lancet*, 2001, 358, s.450-455
- COKER, A. L.; WALLS, L. G.; JOHNSON, J. E. Risk Factors for traumatic physical Injury during sexual Assault for Male and Female Victims. *Journal of Interpersonal Violence*, 1998, 13, s. 605-620
- COLLINS, J. J.; MESSERSCHMIDT, P. M. Epidemiology of Alcohol-related Violence. *Alcohol Health and Research World*, 1993, 17, s. 93-101
- CONVOY, H.; WEISS, P.; ZVĚŘINA, J. Sexual Abuse Experiences of psychiatric Patients. *Med. Law*, 1996, 14, s. 283-292
- CONVOY, H. A. *Atypical Sexual Experiences in Psychiatric Patients*. Prague, Charles University Press, 1993
- COXEL, A. W.; KING, M. Male Victims of Rape and sexual Abuse. *Journal Sexual and Marital Therapy*, 1996, 11, s. 297-308
- CYBULSKA, B. Sexual Assault: Key Issues. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 2007, s. 321-32
- ČECHOVÁ, J., JANDOVÁ, H. *Stop znásilnění, analýza stavu pomoci obětem znásilnění v České republice*. Persefona, o. s. ([www.persefona.cz/download/analyzaStopZnasilneni.pdf](http://www.persefona.cz/download/analyzaStopZnasilneni.pdf), staženo 20. 9. 2010)
- ČERMÁK, I. *Lidská agrese a její souvislosti*. Žďár nad Sázavou, Fakta, 1999
- ČÍRTKOVÁ, L. *Forezní psychologie*. Plzeň, Aleš Čeněk, 2004
- ČÍRTKOVÁ, L. Nekontaktní násilí sexuální povahy. In *XV. Bohnické sexuologické dny. Sborník textů*. Brno, CERM, 2003
- ČÍRTKOVÁ, L. Vybrané poznatky psychologických výzkumů obětí znásilnění. In *Sborník přednášek přednesených na 1. Národní konferenci o znásilnění*. Praha, Česká republika 10. 12. 2001. Praha, Elektra, s. 39-46
- ČÍRTKOVÁ, L. Mlčící a zapomenuté oběti – vybrané otázky trestné činnosti páchané na dětech. In *Komerční a sexuální zneužívání dětí. Násilí na dětech. Sborník z 1. Národní konference*. Praha, Humanitas Profes., 2001
- ČÍRTKOVÁ, L. *Policejní psychologie*. Praha, Portál, 2000a
- ČÍRTKOVÁ, L. Oběti znásilnění z pohledu psychologa. *Zpravodaj BKP*, 2000b, 3, s. 12-15
- ČÍRTKOVÁ, L. Co z nás dělá oběti trestných činů? *Psychologie dnes*, 2000c, 6, 4, s. 22-24
- ČÍRTKOVÁ, L. Je opakovaná victimizace náhoda? *Zpravodaj BKB*, 2000, 2, s. 8-10
- ČÍRTKOVÁ, L. Kdo pomůže oběti? *Psychologie dnes*, 1999a, 5, s. 16-20
- ČÍRTKOVÁ, L. Posttraumatická stresová porucha u obětí kriminálního násilí. *Zpravodaj BKB*, 1999b, 2, s. 21-28
- ČÍRTKOVÁ, L. *Kriminální psychologie*. Praha, Eurounion, 1998

- ČÍRTKOVÁ, L.; ČERVINKA, F. *Forenzní psychologie*. Praha, Support, 1994
- DÄTZWYLER, L. Befragung und Betreuung der Opfer von Sexualdelikten. *Kriminalistik*, 1993, č. 11, s. 735-742
- DANIELSON, C. K. et al. Trauma-related Risk Factors for Substance Abuse among Male versus Female young Adults. *Addict Behav.*, 2009, 34(4), s. 395-399
- DEMING, M. P., EPPY, A. The sociology of rape. *Sociology and Social Research*, vol. 65, 1981, s. 357-380
- DUNOVSKÝ, J., et al. *Týrané, zneužívané a zanedbávané dítě*. Praha, Grada, 1995
- DUNOVSKÝ, J.; TROJAN, O.; WEISS, P. (Eds.) Sexuální zneužívání dětí a sexuální násilí. In *Sborník z konference East-West*. Praha, Ministerstvo práce a sociálních věcí, 1997.
- EHRENKRANZ, J.; BLISS, E.; SHEARD, M. H. Plasma Testosterone: Correlation with aggressive Behaviour and social Dominance in Man. *Psychosomatic Medicine*, 1974, 36, s. 469-475
- ELLINGWORTH, D.; FARRELL, G.; PEACE, K. A Victim is a Victim? *British Journal of Criminology*, 1995, 35, s. 360-365
- ELLIS, L. Asynthesized (biosocial) Theory of Rape. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1991, 59, s. 631-642
- ESTRICH, S. *Real Rape. How the legal System Victimizes Women who say no*. Cambridge, M. A., Harvard University Press, 1987 na str. 23
- EVERSTINE, D. E.; EVERSTINE, L. Sexuální trauma u dětí a adolescentů. *Psychoterapeutické sešity*, 1991, č. 44
- FELSON, R. B.; KROHN, M. Motives for Rape. *Journal od research in Crime and Delinquency*, 1990, 27, s. 222-243
- FINKELHOR, D.; BROWNE, A. The traumatic Impact of Child sexual Abuse conceptualization. *American Journal of Orthopsychiatry*, 1985, 55, s. 530-541
- FINKELHOR, D; YLLO, K. *Licence to rape: Sexual Abuse of Wives*. New York, Holt Rinehart and Winston, 1985
- FORTINASH, K. M.; HOLODAY-WORETT, P. A. *Psychiatric-mental Health Nursing*. St. Luis, Mosby, 1996
- FOY, D. W. (Ed.). *Treating PTSD. Cognitive-behavioral Strategies*. New York, The Guilford Press, 1992
- FRANKEL, F. H. Dissociation. The Clinical Realities. *American Journal of Psychiatrie*, Suppl., 1996, 153, s. 64-70
- FRENKEN, J. et al. Sexual Offender Research and Treatment in the Netherlands. *Journal of Interpersonal Violence*, 1999, 14, s. 347-371
- FRENKEN, J. Sexual offender Treatment in Europe: An Impression of cross cultural Differences. *Sex. Abuse*, 1989, 11, s. 87-94
- GÁMEZ – GAUDIX, M., STRAUS, A. M. *Childhood and adolescent victimization and sexual coercion and assault by male and female university students*. Paper submitted for presentation at the International Congress of Psychology, Berlin, Germany, 25 – 28 August 2008. [Http://:pubpages.unh.edu/~mas2](http://pubpages.unh.edu/~mas2), staženo 26. 2. 2009

- GARDE, K; LUNDE, I. Female sexual Behavior: A Study in Random Sample of 40 Years old Women. *Maturitas*, 1980, 2, s. 225-240
- GERLOVÁ, E. *Pachatelé a formy sexuální agrese u obyvatel České republiky*. Praha 2009. 222 s. Doktorská disertační práce. Univerzita Karlova. 1. lékařská fakulta
- GERLOVÁ, E.; WEISS, P. Sexuální agrese u žen. *Česká a slovenská psychiatrie*, 2006, 102, č. 1, s. 18-23
- GIDYCH, Ch; KOSS, M. P. The effects of Acquaintance Rape of The Female Victim. In Parrot, A.; Bechhofer, L. (Eds.) *Acquaintance Rape: Effect of Acquaintance Rape*. New York, John Wiley, 1991, s. 270-283
- GÖDTEL, R. *Sexualita a násilí*. Praha, Český spisovatel, 1994.
- GROTH, N. A.; BIRNBAUM, H. J. *Men who rape. The Psychology of The Offender*. New York, Plenum Press, 1979
- GREENFELD, L. A.: Sex offenses and offenders: An analysis of data on rape and sexual assault. Bureau of Justice Statistics, 1997, [www.mincava.umn.edu/documents/sexoff.html](http://www.mincava.umn.edu/documents/sexoff.html), staženo 27. 2. 2009
- GRUBIN, D. Sexual Aggression. In *Paper presented at the Expert Conference on Treatment of Sex Offenders*. Utrecht, 1995
- HABER, M. et al. *Comprehensive psychiatric Nursing*. St. Luis, Mosby, 1997
- KOLOMAZNÍK, M.; ZVĚŘINA, J. (Eds.) *Handbook of sexual Assault. Issues, Theories and Treatment of the Offender*. Praha, Sexuologická společnost ČLS v R3, 1994.
- HANNON, R. et al. Judgments Regarding Sexual Aggression as a Function of sex Aggressor and Victim. *Sex Roles. A Journal of Sex Research*, 2000, 43, s. 311-322
- HARNEY, P. A.; MÜHLENHARD, Ch. L. Factors that increase the Likelihood of Victimization. In Parrot, A.; Bechhofer, L. (Eds.). *Acquaintance Rape: Victims*. New York, John Wiley, 1991. s. 159-175
- HARTL, P.; HARTLOVÁ, H. *Psychologický slovník*. Praha, Portál, 2000
- HAVENS, L. L: Piere Janet. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1966, 143, s. 383-398
- HEISE, L. L. Violence against Women: an integrated, ecological Framework. *Violence against Women*, 1998, 4, s. 262-291
- HELLMAN, P. *Crying Rape: The Politics of Date Rape on Campus*. New York, 1993, 8. March, s. 32-37
- HENN, F. A. The aggressive sexual offender. In Kutash, I. L. et al. (Eds). *Perspectives on murder and aggression*. Jossey-Bas, San Francisco, 1978
- HERETIK, A. *Forezná psychológia*. Bratislava, Univerzita Komenského, 1991
- HERETIK, A. *Základy foreznej psychológie*. Bratislava, SPN, 1994
- HERRMANN, B.; VEIT, S.; NEISES, M. M. Medical Diagnosis in Child sexual Abuse. *Monatsschr. Kinderheilkd.*, 1997, 145, s. 739-743
- HICKSON, F. C. et al. Gay Men as Victims of nonconsensual Sex. *Archives of Sexual Behavior*, 1994, 23, s. 281-239
- HIECKEL, A; ENDRES, J. Sexuelle Übergriffe gegen Frauen. *Kriminalistik*, 1997, č. 10, s. 625-633

- HILGARD, E. R. *Divided Consciousness. Multiple Control in Human Thought and Action*. New York, Wiley, 1986
- HILGARD, J. R.; HILGARD, E. R. Assessing hypnotic Responsiveness in a clinical Setting. *Journal Clin. Exp. Hypn.*, 1979, Apr. s. 134-150
- HILL, G. *Moderní psychologie – hlavní oblasti současného studia lidské psychiky*. Praha, Portál, 2004
- HIMELEIN, M. J.; VOGEL, R. E. Nonconsensual Sexual Experiences in Precollege Women: Prevalence and Risk Factors. *Journal of Counseling and Development*, 1994, 72, s. 411-416
- HINRICHS, R. *Chronische Verbrechensopfer*, Georg Thieme, Stuttgart, 1987
- HODGE, S.; CANTER, D. Victims and Perpetrators of Male sexual Assault. *Journal of Interpersonal Violence*, 1998, 13, s. 222-239
- HOWARD, J. A. Social Influences on Attribution: Blaming some Victims more than others. *Journal of personality and Social Psychology*, 1984, 47, s. 494-505
- HUCKER, J. S. Sexual Sadism: Psychopathology and Theory. In Laws, D. R.; O'Donohue, W. (Eds.) *Sexual deviance: Theory, Assessment and Treatment*. New York, Guilford Press, 1997
- HUDSON, M. S.; WARD, T. Intimacy, Loneliness and Attachment Styles in sexual Offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 1997, 12, s. 323-339
- CHESTER, S. Study of Victims of Male Rape. *Oxford University Gazette*, 1 October 1998.  
Dostupný též: [http://www.ox.ac.uk/gazette/19989/weekly/011098/news/story\\_4.htm](http://www.ox.ac.uk/gazette/19989/weekly/011098/news/story_4.htm)
- CHMELÍK, J. *Mravnost, pornografie a mravnostní kriminalita*. Praha, Portál, 2003
- IZQUIERDO, I. et al. Separate Mechanism for short- and long-term Memory. *Behaviour Brain Res.*, 1999, 103, aug., s. 1-11
- IZQUIERDO, I.; MEDINA, J. H. Memory Formation: the Sequence of biochemical Events in the Hippocampus and its Connection to Activity in other Brain Structures. *Neurobiolog. Learn. Mem.*, 1997, 68, nov., k s. 285-316
- JANET, P. *L'Automatisme Psychologique*. Paris, Felix Alcan, 1890
- KALICHMAN, S. C. et al. Sexual Coercion, Domestic Violence, and Negotiating Condom use among Low-income African-American Women. *Journal of Women's Health*, 1998, 7, s. 371-378
- KALICHMAN, S. C.; ROMPA, D. Sexually coerced and noncoerced Gay and bisexual Men: Factors relevant to Risk for Human immunodeficiency Virus (HIV) Infection. *The Journal of Sex Research*, 1995, 32, s. 45-50
- KALICHMAN, S. C.; ROMPA, D. The Sexual Compulsivity Scale: Further Development and Use With HIV-Positive Persons. *Journal of Personality Assessment*, 1976, 3, s. 379-395
- KASSING, L. R.; PRIETO, L. R. The Rape Myth and Blame-based Beliefs of Counselors in Training toward Male Victim of Rape. *Journal of Counseling and Development*, 2003, 81, s. 455

- KATZ, B. L. The psychological Impact of Stranger versus Nonstranger Rape on Victims' Recovery. In Parrot, A; Bechhofer (Eds.) *Acquaintance Rape: Effect of Acquaintance Rape*. New York, John Wiley, 1991
- KAYSEN, D.; LOSTUTTER, T. W.; GOINES, M. A. Cognitive Processing Therapy for acute Stress Disorder Resulting from anti-gay Assault, *Cognitive and Behavioral Practise*, 2005, 12, s. 278-289
- KILPATRICK, D. G.; RESNICK, H. S. Posttraumatic Stress Disorder associated with exposure to criminal Victimization in clinical Community Populations. In Davidson, J. R.; Foa, E. F (Eds.). *Posttraumatic Stress Disorder. DSM and Beyond*. Washington DC, American Psychiatric Press, 1993
- KING, M.; COXEL, A.; MEZEY, G. I. Sexual Molestation of Males: Association with psychological Disturbance. *British Journal of psychiatry*, 2002, 181, s. 325-339
- KLEBER, R. J.; FIGLEY, C. R; GERSONS, B. R. *Betone Trauma. Cultural and Societal Dynamics*. New York, Plenum Press, 1995
- KOLÁŘSKÝ, A. *Jak porozumět sexuálním deviacím: teoretická východiska sexdiagnostiky-cesta k tvorbě náhledu a k realizaci sexuality v mezích zákona*. Praha, Galén, 2008
- KOLÁŘSKÝ, A.; BRICHČÍN, S. *Perceptivita jako perspektivní téma klinické a soudní sexuologie*. Předneseno na XI. Bohnických sexuologických dnech, Praha 1999
- KOLÁŘSKÝ, A.; MADLAFOUSEK, J. *Vzrušuje exhibicionisty strach či hněv ženy? Časopis lékařů českých*, 1980, 119, s. 17-18
- KOSS, M. P. Hidden Rape: Sexual Aggression and Victimization in the national Sample of Students in higher Education. In Burgess, A. W. (ed) *Rape and sexual Assault*. Vol. 2. New York, Garland Publishing, 1988.
- KOSS, M. P. The hidden Rape Victim: Personality, attitudinal and situational Characteristics. *Psychology of women Quaterly*, 1985, 9, s. 193-210
- KOSS, M. P.; WOODRUFF, W. J.; KOSS, P. G. Criminal Victimization among primary Care medical Patiens: Prevalence, Incidents and physican Usage. *Behavior Sci Law*, 1991, 9, s. 85
- KOSS, M. P.; DINERO, T. E. Discrimant Analysis of Risk Factors for sexual Victimization among a Sample of College Women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1989, 57, s. 242-250
- KOSS, M. P.; DINERO, T. E. Predictors of sexual Aggression among a national Sample of Male College Students. In Prentky, R. A.; Quinsle, V. L. (Eds.) *Human sexual Aggression: Current Perspectives*. New York, Academy of Science, 1989
- KOSS, M. P.; GIDY CZ, C.; WISNIEWSKI, N. The Scope in Rape: Incidence and Prevalence of sexual Victimization in national Sample of College Women. *Journal of Consulting and Clinical psychology*, 1987, 55, s. 162-170
- KOŠIČ, L´., ŠIMOVIČOVÁ, E. *K situačným teóriám sexuálneho deliktu*. Předneseno na vědecko - pracovní schůzi Sexuologické společnosti JEP, Opava 1982
- KRAHE, B. Childhood sexual Abuse and Revictimization in Adolescence and Adulthood. *Journal of Interpersonal Violence*, 20, 2005, s. 149-166

- KRAHE, B. *The social Psychology of Aggression*. London, Psychology Press, 2001
- KRAHE, B. et al. The Prevalence of sexual Aggression and Victimization among homosexual Men. *The Journal of Sex Research*, 2000, 37, s. 142-150
- KRATOCHVÍL, S. *Psychoterapie: směry, metody, výzkum*. Praha, Avicenum, 1987
- KULÍŠKOVÁ, K. (Ed.), *K problematice obětí trestných činů a k výsledkům výzkumu obětí v České republice*. ( Sborník příspěvků z konference). Praha IKSPa BKP, 1999
- ŘÍČAN, P. *Dětská klinická psychologie*. Praha, Grada, 2006
- KUBU, J. Krizová intervence a krátkodobá psychoterapie. Praha 1996. Diplomová práce. Univerzita Karlova. Filozofická fakulta
- KULÍŠKOVÁ, K. *K problematice obětí trestných činů a k výsledkům výzkumu obětí v České republice*. Praha, IKSP a BKB, 1999
- KUNERTOVÁ, O. Psychoterapeutické přístupy v léčbě posttraumatické stresové poruchy. Praha 1996. Atestační práce. Univerzita Karlova. 1. Lékařská fakulta
- LAMBERT, M. J.; OGLES, B. M. The Efficacy and effectiveness of Psychotherapy. In Lambert, M. J. (ed.) *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. New York, John Wiley, 2004
- LAMBERT, M. J. *The Effectiveness of Psychotherapy: What has a Century of Research Taught Us about The Effects of Treatment?* Washington, D. C., American Psychological Association 2001
- LEIBLUM, S. R. Persistenc sexual arousal Syndrome: a newly discovered Pattern of Female sexuality. *Journal Sex marital Therapy*, 2001, 24, s. 365-380
- LIEVERSE, R; GOOREN, L.; ASSIES, J. The psychoneuro-endocrinology of (sexual) Aggression. *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 2000, 11, s. 19-36
- LINKOVÁ, M. Znásilnění: historický kontext a genderové stereotypy. In *Znásilnění. Sborník přednášek přednesených na 1. Národní konferenci o znásilnění. Praha, Česká republika, 10. 12. 2001*. Praha, Elektra, 2001, s. 9-22
- LORCA, J. S.; WARREN, C. A.; ELLISON, C. R. *Unterstandig Sexual Behavior*. Boston, Houghton Mifflin, 1981
- LOULAN, J. *Lesbian Passion: Loving ourselves and each other*. San Francisco, Spinsters, 1987
- LURIGIO, A. J.; SKOGEN, W. C.; DAVIS, R. C. *Victims of Crime*. London, Sage Publications, 1990
- MacCONAGHY, N. *Sexual Behavior*. New York, Plenum Press, 1993
- MacDONALD, R. Time to talk about Rape. *British Medical Journal* 2000, 321, s. 1034-1036
- MacFARLAINE, J. et al. Intimate Partner sexual Assault against Women: Frequency, Health Consequences and Treatment outcomes. *Obstetrics and Gynecology*, 2005, 105, s. 99-108
- MacGAUGH, J. L. Hormonal Influences on Memory. *Annual Rev. Psychology*, 1983a, 34, s. 297-323
- MacGAUGH, J. L. Preserving the Presence of the Past. Hormonal Influences on Memory Storage. *American Psychology*, 1983b, 38, Feb., s. 161-174

- MacGREGOR, M. J. et al. Examination for sexual Assault: Is Documentation of physical Injury associated with the laying of Charges? A retrospective short Study. *Canadian Medical Association Journal (CMAJ)*, 1999, s. 1565-1570
- MAHLER, K. Digesteswomen with a History of forced Sex initiate Voluntary sex earlier. *Family Planning Perspective*, 1996. 28, s. 130-132
- MACHAČ, M.; MACHAČOVÁ, H.; HOSKOVEC, J. *Emoce a výkonnost: celostátní vysokoškolská příručka pro studenty filosof. fak.* Praha, SPN, 1985
- MALÁ, E.; RABOCH, J.; SOVÁK, Z. *Sexuálně zneužívané děti.* Praha, Psychiatrické centrum, 1995
- MANDOKI, C. A.; BURKHART, B. R. Women as Victims: Antecedents and Consequences of Acquaintance Rape. In Parrot, A. Bechhofer, L. (Eds), *Acquaintance Rape: Victims.* New York, John Wiley, 1991
- MARSHALL, W. L.; BARBAREE, H. E. An integrated Theory of the etiology of sexual Offending. In Marshal, W. L; Laws, D. R.; Barbaree, H. E. (Eds.) *Handbook of sexual Assault: Issues, Theories and The Treatment of the Offender.* New York, Julian Press, 1990, s. 257-275
- MARTIN, S. E.; BACHMAN, R. The Contribution of Alcohol to the Likelihood of Completion and Severity of Injury in Rape Incidents. *Violence Against Women*, 1994, 4, s. 694-712
- MATHÉ, R. Sexualne zneužívanie v detstve a sexualne násilie v reprezentatívnej vzorke obyvateľov Slovenska. *Sexuologia*, 2006, 6, č. 1, s. 30-33
- MATHEWS, R.; MATHEWS, J. K.; SPELTZ, K. *Female sexual Offenders: An Exploratory Study.* Orwel, Safer Society Press, 1989
- MAYALL, A.; GOLD, S. R. Definitional Issues and mediating Variables in the sexual Revictimization of Women sexually abused as Children. *Journal of Interpersonal Violence* 1995, 10, s. 26-42
- MEAD, M. *Sex and Temperament in three primitive Societies.* New York, Morrow, 1935
- MEARES, R. The Contribution of Hughlings Jackson to an Understanding of Dissociation. *American Journal of Psychiatry*, 1999, 156, s. 1850-1855
- MESSMAN-MOORE; LONG, P. J.; The revictimization of Child sexual Abuse Survivors: An Examination of the Adjustment of College Women with Child sexual Abuse. *Child Maltreatment*, 2000, 5, s. 18-28
- MICHAEL, R. T. et al. *Sex in America.* Boston, Little Brown, 1994
- MÜHLENHARD, CH.; SCHRAG, J. L. Nonviolent sexual Coercion. In Parrot, A.; Bechhofer; L. (Eds.), *Acquaintance Rape: types of Acquaintance Rape.* New York, John Wiley, 1991, s. 115-128
- MÜHLENHARD, C. L.; HOLLABAUGH, L.C. Do Women sometimes say no when they mean yes? The Prevalence and Correlates of Women's token Resistance to Sex. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1988, 54, s. 872-879
- MUSIL, J. a kol. *Kriminalistika.* Praha, Naše vojsko, 1994
- NÁCHODSKÝ, Z. *Učebnice sebeobrany pro každého.* Praha, Futura, 1992
- NERAD, J. M. 12. Nizozemská konference o psychotraumatizaci: (Nizozemsko, Amsterdam, 23. - 25. září 1999). *Psychiatrie*, 2000, 4, s. 137-139



- NETÍK, K. Kriminologická psychologie. In Netík, K.; Netíková, D.; Hájek, S. *Psychologie v právu: úvod do forenzní psychologie*. Praha, C. H. Beck, 1997
- NETÍK, K. *K sexuálním vraždám*. Předneseno na IX. Bohnických sexuologických dnech. Praha, 1997
- NETÍK, K. Viktimologické aspekty sexuální delikvence – pachatel – oběť – situace. In: Brichcín, S., Kolářský, A., Netík, K., Weiss, P. *Sexuální delikventi z pohledu psychiatrické sexuologie*. Psychiatrické centrum, 1996
- NICHOLSON, M. R. et al. Alcohol related Violence and unwanted sexual Activity on the College Campus. *American Journal of Health Studies*, 1998, 14, s. 1-10
- NORRIS, J. When a Date Changes from fun to dangerous Factors affecting Women's Ability to Distinguish. *Violence against Women*, 1999, 5, s. 230-251
- NOVOTNÝ, O. et al. *Kriminologie*. Praha, Eurolex, 2001
- O'SULLIVAN, L.; ALLGEIER, E. Feigning sexual Desire: consenting to unwanted sexual Activity in heterosexual Dating Relationships. *Journal of Sex Research*, 1998, 35, s. 234-243
- PARROT, A. Medical Community Response to Acquaintance Rape-recommendations. In Parrot, A.; Bechhofer, L. (Eds.) *Acquaintance Rape. Societal Response*. New York, John Wiley, 1991
- PARROT, A.; BECHHOFER, L. (Eds.). *Acquaintance Rape: the hidden Crime*. New York, John Wiley, 1991
- PEMBERTON, A. Opakovaná viktimizace: železné zákony v praxi. *Zpravodaj Bílého klubu bezpečí*, 2003, č. 4, s. 3-6
- POLASCHEK, D. L.; HUDSON, S.M. Pathways to Rape: preliminary Examination of Patterns in the Offence Processes of Rapists and their Rehabilitation Implications. *Journal of Sexual Aggression*, 2004, 10, No 1, s. 7-20
- PONĚŠICKÝ, J. *Agrese a násilí a psychologie moci*. Praha, Triton, 2005
- PORTER, L. E.; ALISON, L. J. Examining Group Rape: a descriptive Analyses of Offender and Victim Behaviour. *European Journal of Criminology*, 2006, 40, s. 357-381
- PRAŠKO, J. *Pomoc v zoufalství a beznaději aneb jak překonat depresi*. Praha, Grada, 1998
- PRAŠKO, J.; HÁJEK, T.; PREISS, M. *Postrauematická stresová porucha a jak se jí bránit*. Praha, Maxdorf, 2002
- PRAŠKO, J.; KOSOVÁ J. *Kognitivně-behaviorální terapie úzkostných stavů a depresí*. Praha, Triton, 1998
- PRAŠKO, J.; ŠLEPECKÝ, M. *Kognitivně-behaviorální terapie depresivních poruch: manuál pro terapeuty*. Praha, Psychiatrické centrum, 1995
- PRENTKY, R. A., BURGESS, CARTER M. Developmental Antecedents of sexual Aggression. *Development and Psychopathology*, 1989, 1, s. 153-169
- PROCHASKA, O.; NORCROSS, J. C. *Psychoterapeutické systémy*. Praha, Grada, 1999
- PROCHÁZKA, I.; WEISS, P. Zkušenosti homosexuálních mužů se sexuálním zneužitím a násilím. *Česká a slovenská psychiatrie*, 1997, 93, s. 262-268
- PROCHÁZKA, I.; WEISS, P.; KODL, P. Homosexuál jako oběť trestné činnosti. *Kriminalistika*, 1997, 1, s. 67-70

- PTÁČEK, R.; ČÍRTKOVÁ, L.; ŽUKOV, I. Rape trauma – klinické a forenzní souvislosti, rape trauma – clinical a and forensis implications. *Psychiatrie pro praxi*, 2009, 10, č. 6, s. 268-271
- PUTMAN, F. W. *Diagnosis and Treatment Multiple Personality Disorder*. New York, The Guilford Press, 1989
- RABOCH, J. a kol. *Lékařská sexuologie*. Praha, SPN, 1984
- RAPPAPORT, K; BURKHART, B. Personality and attitudinal characteristics of sexually coercive college males. *Journal of abnormal Psychology*, 1984, 93, s. 216-221
- READ, J., et al. The Contribution of early traumatic Events to Schizophrenia in some Patients: RENNISON, C. *Rape and sexual Assault: Reporting to Police and medical Attention, 1992-2000*, August 2002, NCJ 194530
- RESNICK, H. S. An acute post-sexual Assault Intervention to prevent drug Abuse: Updates findings. *Addict Behav.*, 2007, 32 (10), s. 2032-2045 a traumagenic neurodevelopmental Model. *Psychiatry*, 2001, 64, s. 319-345
- RESNICK, H. S. et al. Prevalence of civilian Trauma and posttraumatic Stress Disorder in a representative national Sample of Women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 1990, 61, s. 984-991
- RESICK, P. A. Victim of sexual Assault. In *Victims of Crime*. London, Sage Publications 1990
- ROLLS, E. T. Memory Systems in the Brain. *Annual Revue Psychology*, 2000, 51, s. 599-630
- ROOZENDAAL, B.; QUIRARTE, G. L.; MacGAUGH, J. L. Stress-activated hormonal Systems and the Regulation of Memory Storage. *Ann. New York Academie Sci.*, 1997, jun. 21.
- RUSSEL, D. E. H. *Rape in Marriage*. Indiana, Bloomington, University Press, 1990
- RUSSEL, D. E. H.; HOWELL, N. *The Prevalence of Rape in the United States revisited*. Signs, 1983, 8, s. 686 -695
- RUSSEL, D. E. H. *The Politics of Rape. The Victim's Perspective*. New York, Stein and Day, 1978
- RYCROFT, Ch. *Kritický slovník psychoanalýzy*. Praha, Psychoanalytické nakladatelství, 1993
- ŘÍČAN, P. *Psychologie vztahu mezi agresorem a obětí sexuálního násilí*. Sborník textů XVI. Bohnické sexuologické dny 26. – 27. 2. 2004
- ŘÍČAN, P.; KREJČÍŘOVÁ, D. *Dětská klinická psychologie*. Praha, Grada, 2006
- SAKAŘ, P. *Znásilnění: předpoklady, průběh, následky*. Brno 2002. 106 s. Diplomová práce. Masarykova univerzita v Brně
- SAKAŘ, P. *Psycho-kriminologické aspekty znásilnění a sexuálního napadení*. Brno 1999 *Nepublikovaná ročníková práce*. Masarykova univerzita v Brně
- SAMENOW, S. E. *Inside the Criminal Mind*. New York, Times Books, 1984
- SANTIAGO, J. M. et al. Long-term psychological Effects of Rape in 35 Rape Victims. *American Journal Psychiatry*, 1985, 142, s. 1338-1340
- SCARCE, M. Sam – Sex Rape of Male College Students. *Journal of American College Health*, 1997, 45, s. 171-173
- SELKIN, J. Rape. *Psychologie Today*, 1975, 34, 71-76

- SENN, C. Y., DESMARAIS, S., VERBERG, N., WOOD, E.: Predicting coercive sexual behavior across the lifespan in random sample of Canadian men. *Journal of Social and Personal Relationships*, 17, 2000, pp 95-113
- SCHMEIDLER, K. Urbanismus a kriminalita. *Psychologie dnes*, 2000, 6, 12, s. 12-13
- SCHNEIDER, J. Kriminologie der Sexualdelikte. *Kriminalistik*, 1999, č. 4, s. 233-238
- SCHOLZ, O. B. Psychologische Forschungen zum Vergewaltigungsopfer. In *Kriminologische Opferforschung*. Bd. II. Heidelberg, Kriminalistikverlag 1994
- SHASKOLSKY, S.; SHICHOS, D. Victimological Aspects of Bystander Onvolvement. *Crime and Delinquency*, vol. 26, 1980, s. 193-201
- SHIELDS, W. M., SHIELDS, L. M. Rorcible rape: An evolutionary perspective. *Ethology and Sociobiology*, 4, 115-136
- SMITH, R. E.; PINE, C. J.; HALLEY, M. E. Social Cognitions about Adult Male Victims of Female sexual Assault. *Journal of Sex Research*, 1988, 24, s. 27-34
- SOLOMON, S. D.; GERRITY, E. T.; MUFF, A. M. Účinnost léčby posttraumatické stresové poruchy. Přehled zkušeností. *Jama-CS*. 1993, 1, s. 47-52
- SOMMERS, CH. H.: Researching the „Rape culture“ of America.  
<http://www.leader.com/real/ri9502/sommers.html>, staženo 13. 12. 2006
- SPIEGEL, D.; CARDENA, E. Disintegrated Experience. The Dissociative Disorders Revisited. *Journal of Abnormal Psychology*, 1991, 100, s. 366-376
- SPIRA, A. et al. *AIDS and sexual Behavior*. Avebury, Ashgate Publ., 1994
- SPIRA, A.; BAJOS, N.; *ACSF (Analyse des Componentents Sexuels en France)*. *Sexual Behaviour and AIDS*. Hants, Ashgate Publ., 1994
- SPURNÝ, J. *Psychologie násilí: o psychologické podstatě násilí, jeho projevech a způsobech, psychologické obrany proti němu*. Praha, Eurounion, 1996
- STAHR, A.; BEHBEHANI, J.; BOHJHOLM, S. *Treatment of War Victims in the Middle East*. Copenhagen, IRCT, 1993
- STERMAC, L.; Du MONT, J., DUNN, S. Violence in know-assailant sexual Assaults. *Journal of Interpersonal Violence*, 1998, 13, s. 398-413
- STERMACK, L. et al. Sexual Assault of adults Males. *Journal of Interpersonal Violence*, 1996, 11, s. 52-64
- STRUCKMAN-JOHNSON, C.; STRUCKMAN-JOHNSON, D.; ANDERSON, P. B. Tactics of sexual Coertion: when Men and Women Won? Take no for Answer. Sex Roles. *Journal of Sex Research*, 2003, 40, s. 76-86
- STRUCKMAN-JOHNSON, C.; ANDERSON, P. B. Men and Women don't: difficulties in reseaching sexually Aggressive Women. In Anderson, P. B.; Struckman-Johnson, C. (Ed.) *Sexually aggressive Women, current Perspectives and Controversies*. New York, Guilford Press, 1998, s. 77
- STRUCKMAN-JOHNSON, C.; STRUCKMAN-JOHNSON, D. *College Men's Reaction to hypothetical forceful sexual Advances from women*. New York, Haworth Press, 1996.
- STRUCKMAN-JOHNSON, C.; STRUCKMAN-JOHNSON, D. RUCKER, L.; Sexual Coercion reported by Men and Women in Prison. *Journal of Sex. Res.*, 1996, 33, s. 67-76

- STRUCKMAN-JOHNSON, C.; STRUCKMAN-JOHNSON, D. Men pressured and forced into sexual Experience. *Archives of Sexual Behavior*, 1994, 23, s. 93-114
- SWART, L. et al. Rape Surveillance through district Surgeon Offices in Johannesburg, 1996-1998: Finding, Evaluation and Prevention Implications. *South Africa Journal of Psychology*, 2000, 30, s. 1-11
- SYNOVITZ, L. B.; BYRNE, J. T. Antecedents of sexual Victimization: Factors Discrimination Victim from Nonvictims. *Journal of American College Health*, 1998, 44, s. 151-158
- ŠOLCOVÁ, I., KEBZA, V. Rozdíly v úrovni a struktuře osobnostní odolnosti („hardiness“) u vzorku americké a české populace. *Československá psychologie*, 40, 1996, 6, 480-487
- ŠTUDENT, V.; DIAMANT, J.; ČERNÝ, M. *Emoce*. Praha, SZdN, 1966a
- ŠTUDENT, V. Endogenní agresivita a paranoidní psychózy. *Čs. Psychiatrie*, 62, č. 1, 1966b, s. 18-23
- TESTA, M.; LIVINGSTONE, J. Qualitative Analysis of Women's Experiences of sexual Aggression: Focus on the Role of Alcohol. *Psychology of Women Quarterly*, 1999, 23, 573-589
- THORNHILL, R.; PALMER, C. T. *A natural History of Rape-biological Bases of sexual Coertion*. Cambridge, MIT Press, 2000
- THORNILL, N.; THORNHILL, R. Evolutionary Analysis of psychological Pain of Rape Victims I: The Effects of Victims Age and Marital Status. *Ethology and Sociobiology*, 1990a, 11, s. 155-176
- THORNHILL, N.; THORNHILL, R. Evolutionary Analysis of psychological Pain following Rape II: The Effects of Stranger, Friend and Family Member Offenders. *Ethology and Sociobiology*, 1990b, 11, s. 177-193
- THORNHILL, N.; THORNHILL, R. Evolutionary Analysis of psychological Pain following Rape III: The Effects of Force and Violence. *Aggressive Behavior. Ethology and Sociobiology*, 1990c, 11, s. 297-320
- THORNHILL, N.; THORNHILL, R. Evolutionary Analysis of psychological Pain following Rape IV. The Effect of Nature of the sexual Act. *Journal of Comparative Psychology*, 1991, 105, s. 243-252
- TJADEN, P.; THOENNES, N. Prevalence and Consequence of Male- to Female and Female to Male intimate Partner Violence as measured by the National Violence against Women Survey. *Violence against Women*, 2000, 6, No 2, s. 142-161
- TJADEN, P.; THOENNES, N. Full Report of the Prevalence, Incidence and Consequences of Violence against Women. Finding from the National Violence Against Women Survey. *Violence against Women*, 1999, 5, s. 28-36
- TJADEN, P.; THOENNES, N. Prevalence, Incidence and Consequence of Violence against Women: Findings from The National Violence Against Women Survey. *Violence against Women*, 1999, 5, s. 1-16
- TJADEN, P.; THOENNES, N.; ALLISON, C. J. Comparing Violence over the Lifespan in Sample of same-sex and opposite-sex Cohabitants. *Violence and Victim*, 1999, 14, s. 413-425

- TOMMASO, M. L. D. et al. As bad as it gets. Well-being Deprivation of sexually exploited trafficket Women. *European Journal of Political Economy*, 2009, 25(2), s. 143-162
- TOPIÁŘ, A. Otázky lékařské pomoci při syndromu traumatu po znásilnění. *Praktický lékař*, 1980, 60, s. 803 – 806
- TROJAN, O. *Atypical sexual Experiences in psychaitric Patiens*. Předneseno na X. světovém sexuologickém kongresu, Amsterodam, 1991
- TURNER, S. *Surviving sexual Assault and sexual Torture*. In Mezey, G. C; King, M. B. (Eds.) *Male Victims of sexual Assault*. Oxford, Oxford University Press, 1992
- ULLMAN, S. E. Does Offender Violence escalate when Rape Victim fight back? *Journal of Interpersonal Violence*, 1998, 13, s. 17
- ULLMAN, S. E. Review and critique of empirical Studies of Rape Avoidance. *Criminal Justice and Behavior*, 1997, 24, s. 177-204
- ULLMAN, S. E. Correlates and Consequences of adult sexual Disclosure. *Journal of interpersonal Violence*, 1996, 11, s. 554-57
- ULLMAN, S. E. Do social Reactions to sexual Assault Victims vary by Support Provider? *Violence and Victim*, 1996, 11, s. 143-157
- ULLMAN, S. E.; KARABATOS, G.; KOSS, M. P. Alcohol and sexual Assault in a nationale Sample of College Women. *Journal of interpersonal Violence*, 1999. 14. S. 603-626
- ULLMAN, S. E.; KNIGHT, R. A. Fighting back: Women´s Resistance to Rape. *Journal of interpersonal Violence*, 1992, 7, s. 31-43
- URBÁNKOVÁ Z. *Problematika znásilnění v partnerském soužití*. In *Znásilnění. Sborník přednášek*. Praha, Elektra 2001. s. 71-72
- VÁLKOVÁ, J. Je u nás bezpečně? In Kulíšková, K. (Ed). *K problematice trestných činů a výsledkům výzkumu obětí v České republice*. Praha, IKSP a BKB 1999, s. 6-26
- VAN BERLOO, W.; ENSINK, B. Problems with Sexuality after sexual Assault. *Annual Review of Sex Research*, 2000, 11, s. 235-258
- VAN DER HART; FRIEDMAN, B. A Reader´s Guide to Pierre Janet on Dissociation: a neglected intellectual Herritage. *Dissociation*, 1989, 2, s. 3-16
- VAN DER KOLK, B. A., VAN DER HART, O., MARMAR, C. R. *Dissociation and informatik processing in posttraumatic stress disorder*. In VAN DER KOLK, B. A., Mc FARLANE A. C., WEISAET, L. (Eds.) *Traumatic stress*, Guilford Press, New York, 1996
- LIEVERSE, R; GOOREN, L.; ASSIES, J. The psychoneuro- endocrinology of (sexual) aggression. *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 11, 2000, pp 19–36
- VANDIVER, D. M.; KLETCHER, G. Offender and Victim Characteristics of registred Female sexual Offenders in Texas. A proposed Typology of Female sexual Offenders. *Sexual Abuse. Journal Research and Treatment*, 2004, 2, s. 121-137
- VASTO, P. di et al. The Prevalence of Sexually Stressful Events among Females in the General Population. *Arch. Sex. Behavior*, 1984, 13, s. 59-67
- VERNEROVÁ, E. Vybrané viktimologické problémy. *Čs. Kriminalistika*, 1985, 18, s. 300-312
- VITOUŠOVÁ, P. *Oběti znásilnění z pohledu Bílého kruhu bezpečí*. In: *Znásilnění. Sborník přednášek přednesených na 1. Národní konferenci Sebeobrana ženy*. Elektra, 2001

- VITOUŠOVÁ, P. *Kriminalita a lidská práva. S'95*, 1995, 6, č. 2, s. 8-9
- VIZINOVÁ, D. PREISS, M. *Psychické trauma a jeho terapie*. Praha, Portál, 1999
- VODÁČKOVÁ, D. et al. *Krizová intervence*. Praha, Portál, 2002 HENTING, H. *The Criminal and his Victim*. New Haven, Yale University Press, 1948
- VON HENTING, H. Remarks on the Interaction of Perpetrator and Victim. *Journal of Crim. Law, Criminol. And Polit. Sci.*, vol. 31, 1941, s. 303-309
- VON HENTING, H. *The Criminal and his Victim*. New Haven, Yale University Press, 1948
- VONDRÁČEK, V. *Speciální psychiatrie: Určeno pro posluchače fakulty lékařství*. Praha, SPN, 1966
- VONDRÁČEK, V. *Úvahy psychologicko-psychiatrické*. Praha, Avicenum, 1975
- VYBÍRAL, Z.; ROUBAL, J. (Eds.) *Současná psychoterapie*. Praha, Portál, 2010
- VYMĚTAL, J. *Lékařská psychologie*. Praha, Portál, 2003 VYMĚTAL, J. *Duševní krize a psychoterapie*. Hradec Králové, Konfrontace, 1995
- WALDNER-HAUGRUD, L. K.; VADEN GRATCH, L. Sexual Coertion in Gay/Lesbian Relationships: Descriptives and Gender Differences. *Violence and Victim*, 1997, 12, s. 87-88
- WALKER, E. F.; DIFORIO, D. Schizophrenia: a neural diathesis-stress Model. *Psycholog. Revue*, 1997, 104, s. 667-685
- WARD, T. et al. Rape: Assessment and Treatment. In Laws, D. R.; O'Donohue, W. (Eds.) *Sexual Deviance: Theory, Assesment and Treatment*. New York, Guilford Press 1997
- WARD, T. et al. A self Regulation Model of sexual Process. Sexual Abuse. *Journal of Sex and Treatment*, 1998, 10, s. 141-157
- WARSHAW, R. *I never called it rape: the Ms report on recognizing, fighting and surviving date and acquaintance rape*. Harper Perennial, New York, 1994
- WATERMAN, C. K.; DAWSON, L. J.; BOLOGNA, M. J. Sexual Coertion in Gay Male and Lesbian Relationships: Predictors and Implications for Support Service. *Journal of Sex Research*, 1989, 26, s. 118-124
- WEINROTT, M.; SAYLOR, M. Self-report of crimes Committed by sex Offenders. *Journal of Interpersonal Violence*, 1991, 6, s. 286-300
- WEISS, P. et al. *Sexuální zneužívání dětí*. Praha, Grada, 2005
- WEISS, P. *Sexuální agrese. Klasifikace, diagnostika a léčba*. Praha, Portál, 2002a
- WEISS, P. *Sexuální deviace*. Praha, Portál, 2002b
- WEISS, P. et al. *Sexuální zneužívání – pachatelé a oběti*. Praha, Grada, 2000
- WEISS, P. Sexuálně agresivní delikvence ve Velké Británii – vývoj a současný stav. *Kriminalistický sborník*, 1993, 37, s. 507-508
- WEISS, P. Sexuální agrese. In Poněšický, J. (Ed.) *Agrese a násilí a psychologie moci*. Praha, Triton, 2005
- WEISS, P.; KUČERA, Z.; SVĚŘÁKOVÁ, M. Sexuální chování českých adolescentů a jeho rizikovost z hlediska infekce HIV/AIDS: výsledky národního výzkumu. *Čs. Psychologie*, 1995, 39, s. 425-432
- WEISS, P.; ZIMANOVÁ, J. Paraphilic and Non-paraphilic Sex Offenders. *Acta Sexologica*, 1995, 1, s. 1-12

- WEISS, P.; ZIMMANOVÁ, J. K charakteristice deviantních a nedevariantních sexuálních delikventů. In *Kriminalistický sborník*, 1986, 30, s. 122-128
- WEISS, P.; ZIMANOVÁ, J. Deviantní a nedevariantní sexuální delikventi. *Časopis lékařů českých*, 1985, 124, s. 622-625
- WEISS, P.; ZVĚŘINA, J. *Sexuální chování v ČR – situace a trendy*. Praha, Portál, 2001
- WEISS, P.; ZVĚŘINA, J. *Sexuální chování obyvatel ČR*. Praha, Alberta Plus, 1999
- WEISS, P.; ZVĚŘINA, J. Sexuální Postoje obyvatel České republiky. Výsledky národního výzkumu. *Čs. Psychologie*, 1997, 41, s. 298-215
- WEISS, P.; ZVĚŘINA, J. Zkušenosti českých žen se sexuálním násilím. Výsledky národního průzkumu. *Česká a slovenská Psychiatrie*, 1997, 93, s. 12-19
- WEISS, P.; ZVĚŘINA, J. Zkušenosti obyvatel ČR se sexuálně agresivním chováním. *Čs. psychologie*, 1996, 40, s. 338-342
- WELCH, J.; MASON, F. *Rape and Sexual Assault*. London, King's College Hospital, 2007
- WEST, D. J. *Sexual Crimes and Confrontations. A Study of Victims and Offenders*. Cambridge, Gower, 1987
- WEST, D. J.; ROY, C.; NICHOLS, F. L. *Understanding sexual Attacks*. London, Heinemann, 1978
- WESTEN, D; MORRISON, K. A multidimensional meta-analysis of Treatments for Depression, Panic and generalized Anxiety Disorder: an empirici Examination of the Status of empirically supported Therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2001, 69 (6), s. 875-899
- WHEELER, J. G., GEORGE, W. H., DAHL, B. J. Sexually aggressive college males: emphathy as a moderator in the „ Confluence Model“ of sexual aggression. *Personality and Individual Differences*, 33, 2002, pp 759 - 775
- WHIPPLE, J. L. et al. Improving The Effects of Psychotherapy: The Use of early Identification of Treatment Silure and Problem-solving Strategies in routine Practice. *Journal of Counseling Psychology*, 2003, 50, s. 59-68
- WILSNACK, S. C. et al. Childhood Sexual Abuse and Women's Substance Abuse: National Survey Findings. *Journal of Studies on Alcohol*, 1997, 58, s. 26-32
- YALOM, I. D. *Skupinová psychoterapie*. Praha, Konfrontace, 1999
- YESCAVAGE, K. Teaching Women a Lesson sexually Aggressive and sexually Nonaggressive Men's Perceptions of Acquaintance and Date Rape. *Violence against Women*, 1999, 5, s. 496-515
- ZAPLETAL, J. *Úmyslná usmrcení: (Kriminologická a trestně právní studie)*. Praha, Výzkumný ústav kriminologický, 1980
- ZAPLETAL, J.; BRABCOVÁ, I.; MAREŠOVÁ, A. *K problematice trestného činu vraždy*. Praha, Institut pro kriminologii a sociální prevenci, 1991
- ZVĚŘINA, J. *Sexuologie (nejen) pro lékaře*. Brno, CERM, 2003
- ZVĚŘINA, J. *Lékařská sexuologie*. Praha, Sexuologický ústav 1. LFUK ,1994
- ZVĚŘINA, J. et al. The Occurence of atypical sexual Experience among various Female patient groups. *Arch. Sex. Behavior*, 1987, 16, s. 321-326
- ZVĚŘINA, J. Sexuální agrese. *Čs. Psychiatrie*, 1987, 83, s. 409-419

- ZVĚŘINA, J. Obnažování pohlavních orgánů na veřejnosti a exhibicionismus.  
Čs. *kriminalistika*, 1980, 13, s. 116-119
- ZVĚŘINA, J. Pachatelé znásilnění (Příspěvek ke studiu sexuálních agresorů). Čs. *Psychiatrie*  
1978, 74, č. 6, s. 410-415
- ZVĚŘINA, J., BRICHČÍN S. *Co lze očekávat od zabezpečovací detence?* Psychiatrie pro praxi,  
2008, 9(1), 47-48
- ZVĚŘINA, J.; LACHMAN, M. *Partnerské problémy sexuálních delikventů*. Předneseno na XI.  
Soudně psychiatrické konferenci. Jasná 1980
- ZVĚŘINA, J.; PONDĚLÍČKOVÁ, J. Faktor známosti objektu v charakteristice sexuálních  
agresorů. Čs. *Psychiatrie*, 1986, 82, s. 167-173
- ZVĚŘINA, J.; PONDĚLÍČKOVÁ, J. *Diagnóza sexuální deviace u sexuálních agresorů*.  
Předneseno na vědecko-pracovní schůzi Sexuologické společnosti JEP. Opava, 1983
- ZVĚŘINA, J.; PONDĚLÍČKOVÁ, J. Sexuální agrese a alkohol. Čs. *Kriminalistika*, 1982, 15,  
s. 319-323



## 7. PŘÍLOHY

V příloze uvádíme úplné znění dotazníků pro ženy a muže z výzkumné etapy 2008.

## Dotazník žena

### 1. První schůzku s chlapcem jste:

dosud neměla ..... 1  
již měla ..... 2 a to poprvé v ..... letech

### Prvně jste se s chlapcem líbala:

dosud nikdy ..... 1  
již líbala ..... 2 a to poprvé v ..... letech

### Poprvé jste byla do chlapce zamilována:

dosud nikdy ..... 1  
již byla ..... 2 a to poprvé v ..... letech

### První delší partnerský vztah s mužem (delší než 6 měsíců) jste:

dosud neměla ..... 1  
již měla ..... 2 a to poprvé v ..... letech

**za celý život jste měla takových vztahů celkem ..... (uved'te číslem)**

---

### 2. Poprvé jste onanovala (sama se dráždila na přirození):

dosud nikdy ..... 1  
již ano ..... 2 a to poprvé ve věku ..... let

### V současné době onanujete:

vůbec ne ..... 1  
ano ..... 2 a to v průměru ..... krát měsíčně

### První orgasmus (pocitové vyvrcholení) při onanii:

jsem dosud nezažila ..... 1  
jsem již zažila ..... 2 a to poprvé ve věku ..... let

---

### 3. Poprvé jste zažila necking (mazlení s partnerem na těle od pasu nahoru)

dosud nezažila ..... 1  
již ano ..... 2 a to poprvé ve věku ..... let

### Poprvé jste zažila petting (mazlení s partnerem po celém těle včetně pohlavních orgánů)

dosud nikdy ..... 1  
již ano ..... 2 a to poprvé ve věku ..... let

---

### 4. Poprvé jste souložila s nějakým mužem:

dosud nikdy ..... 1  
již ano ..... 2 a to poprvé ve věku ..... let

### První soulož se uskutečnila především z iniciativy:

dosud nikdy ..... 1  
z mé iniciativy ..... 2  
z iniciativy partnera ..... 3  
z iniciativy obou ..... 4

### Váš partner byl při prvním pohlavním styku:

starší než vy ..... 1 a to o ..... let  
mladší než vy ..... 2 a to o ..... let  
stejně starý ..... 3

### První pohlavní styk jste uskutečnila:

s náhodným partnerem ..... 1  
se stálým partnerem ..... 2 a to po ..... měsících známosti

**První pohlavní styk jste uskutečnila:**

v bytě svých rodičů ..... 1  
v bytě rodičů partnera ..... 2  
v přírodě ..... 3  
na internátě (koleji) ..... 4  
na chatě, chalupě ..... 5  
jinde ..... 6 a kde? .....

**Jaký byl pro vás první pohlavní styk?**

bolestivý a nepříjemný ..... 1  
nic jsem necítila ..... 2  
příjemný, ale bez vyvrcholení ..... 3  
příjemný, s vyvrcholením ..... 4

**První orgasmus (pocitové vyvrcholení) jsem při souloži s mužem zažila:**

dosud nikdy ne ..... 1  
již ano ..... 2 a pokud ano, pak to bylo :  
hned při prvním pohlavním styku ..... 1  
až po určité době od prvního styku ... 2 a to po ..... měsících (uveďte)

---

**5. Za celý život jste souložila:**

dosud nikdy ..... 1  
ano ..... 2 a to celkem s ..... partnery (uveďte počet)  
z toho za poslední rok s ..... partnery (uveďte počet)  
z toho za posledních pět let s ..... partnery (uveďte počet)

**Pohlavní styk s příležitostným partnerem (na jednu noc) jste:**

dosud nikdy neměla ..... 1  
měla ..... 2 a to celkem s ..... partnery (uveďte počet)  
z toho za poslední rok s ..... partnery (uveďte počet)

---

**6. První sňatek jste uskutečnila:**

dosud nikdy ..... 1  
již ano ..... 2 a to poprvé ve věku ..... let

**Poprvé jste se rozvedla:**

dosud nikdy ..... 1  
již ano ..... 2 a to poprvé ve věku ..... let po ..... letém manželství

**Kolikrát za celý život jste byla vdaná:** ..... (uveďte počet)

**Kolik máte vlastních dětí:** ..... (uveďte počet)

**Měla jste někdy samovolný potrat?**

ne ..... 1  
ano ..... 2 a to ..... krát (uveďte počet)

**Byla jste někdy na umělém přerušení těhotenství (interrupci)?**

ne ..... 1  
ano ..... 2 a to ..... krát (uveďte počet)

---

**7. Máte v současné době stálý partnerský vztah s mužem?**

nemám ..... 1  
mám ..... 2 a to v trvání ..... měsíců

**Máte v současné době s tímto partnerem pohlavní styky?**

nemám ..... 1  
mám ..... 2 a to v průměru ..... krát měsíčně

**Jaké používáte praktiky při sexu s muži?**

	<i>vždy</i>	<i>v polovině a více</i>	<i>méně než v polovině</i>	<i>nikdy</i>
penis do pochvy .....	1	2	3	4
penis do úst .....	1	2	3	4
ejakulace do úst .....	1	2	3	4
penis do konečníku .....	1	2	3	4
penis do ruky .....	1	2	3	4
penis do jinam .....	1	2	3	4
ústa na pochvu .....	1	2	3	4
ústa na konečník .....	1	2	3	4

**8. Jakou antikoncepci jste použila při prvním pohlavním styku s mužem?**

žádnou ..... 1  
kondom ..... 2  
antikoncepční pilulky ..... 3  
přerušovanou soulož ..... 4  
neplodné dny ..... 5  
jinou antikoncepci ..... 6 uveďte jakou: .....

**Jakou používáte antikoncepci při styku se svým stálým partnerem?**

nepoužívám ..... 1  
používám ..... 2 a to:

	<i>vždy</i>	<i>občas</i>	<i>nikdy</i>
přerušovaný styk .....	1	2	3
neplodné dny .....	1	2	3
kondom .....	1	2	3
antikoncepční pilulky .....	1	2	3
nitroděložní tělísko .....	1	2	3
moje sterilizace .....	1	2	3
sterilizace partnera .....	1	2	3
jinou .....	1	2	3

↳ jakou? .....

**Jakou používáte antikoncepci při styku s náhodným partnerem?**

nepoužívám ..... 1  
používám ..... 2 a to:

	<i>vždy</i>	<i>občas</i>	<i>nikdy</i>
přerušovaný styk .....	1	2	3
neplodné dny .....	1	2	3
kondom .....	1	2	3
antikoncepční pilulky .....	1	2	3
nitroděložní tělísko .....	1	2	3
jinou .....	1	2	3

↳ jakou? .....

**Jaký máte názor na antikoncepci?**

Jsem zásadně proti jakékoliv antikoncepci ..... 1  
Uznávám pouze tzv. přirozené metody ..... 2  
Považuji antikoncepci za nutnou ..... 3

**9. V současné době byste potřebovala pohlavní vybití:**

nepotřebovala vůbec ..... 1  
potřebovala ..... 2 a to měsíčně ..... krát

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

nemám žádné ..... 1  
mám ..... 2 a to měsíčně ..... krát

**Největší sexuální potřebu jste cítila ve věku ..... let**

**Nejvíce orgasmů za jeden den jste měla ve věku ..... let**  
a to celkem kolik: ..... (uved'te počet)

**Jak často dosahujete při pohlavním styku s partnerem vyvrcholení (orgasmu) - lhostejno jestli při souloži, nebo při jiném dráždění:**

nikdy ..... 1  
v menšině případů ..... 2  
asi v polovině ..... 3  
ve většině případů ..... 4  
téměř vždy ..... 5

**Jste schopna prožít během jedné soulože více orgasmů (pocitových vyvrcholení)?**

nedosahuji vůbec orgasmů ..... 1  
zpravidla pouze jeden orgasmus .... 2  
dosahuji více orgasmů ..... 3 nejvíce to bylo ..... krát

---

**10. Délku milostné předehry při styku s partnerem odhadujete v průměru na ..... minut (uved'te počet minut)**

**Dobu trvání soulože s partnerem odhadujete v průměru na ..... minut (uved'te počet minut)**

**Délku trvání svého pocitového vyvrcholení (orgasmu) při jakékoliv sexuální aktivitě odhadujete v průměru na ..... vteřin (uved'te počet vteřin)**

**Délku pocitového vyvrcholení (orgasmu) svého partnera odhadujete v průměru na ..... vteřin (uved'te počet vteřin)**

**Sexuálního vzrušení dosahujete především:**

drážděním poštváčku (klitorisu) ..... 1  
drážděním poševního vchodu ..... 2  
drážděním v hloubce pochvy ..... 3  
drážděním klitorisu i pochvy ..... 4  
necítím žádné sexuální vzrušení ..... 5

---

**11. Trpěla jste někdy ve svém životě nějakou sexuální poruchou?**

žádnou ..... 1  
ano ..... 2, a to:

	<i>Ano</i>	<i>Ne</i>	
nedostatkem sexuální potřeby, touhy .....	1	2	pokud ano, ve věku ..... let
neschopností dosáhnout orgasmu .....	1	2	pokud ano, ve věku ..... let
nadměrnou sexuální potřebou .....	1	2	pokud ano, ve věku ..... let
bolestmi a nepříjemnými pocity při souloži .....	1	2	pokud ano, ve věku ..... let
vaginismem (křečovitým stažením svalstva poševního vchodu) .....	1	2	pokud ano, ve věku ..... let
nedostatečným zvlhčením pochvy .....	1	2	pokud ano, ve věku ..... let
jinou poruchou .....	1	2	pokud ano, ve věku ..... let

↳ uveďte jakou: .....

**Trpíte nějakou sexuální poruchou v současné době?**

žádnou ..... 1  
ano ..... 2 a to:

	Ano	Ne
nedostatkem sexuální potřeby, touhy .....	1	2
neschopností dosáhnout orgasmu .....	1	2
nadměrnou sexuální potřebou .....	1	2
bolestmi a nepříjemnými pocity při souloži .....	1	2
vaginismem (křečovitým stažením svalstva poševního vchodu) .....	1	2
nedostatečným zvlhčením pochvy .....	1	2
jinou poruchou .....	1	2
uvedte jakou: .....		

**Pokud trpíte sexuální poruchou v současné době, tato porucha u vás trvá od doby, kdy jste zahájila sexuální život?**

ano ..... 1  
ne, objevila se později ..... 2

**Pokud trpíte sexuální poruchou, tato porucha vám komplikuje partnerské soužití?**

nemám partnera ..... 1  
komplikuje ho ..... 2, a to:  
velmi ..... 1  
středně ..... 2  
málo nebo vůbec ne ..... 3

**Byla jste někdy v životě léčena pro sexuální poruchu?**

ano ..... 1  
ne ..... 2

**Pokud jste byla léčena pro sexuální poruchu, byla jste léčena:**

	Ano	Ne
rozhovorem, nácvikem .....	1	2
užívala jste léky .....	1	2
jiným způsobem .....	1	2

**Pokud jste se léčila, považujete léčbu za úspěšnou (vyřešila váš problém)?**

ano ..... 1  
ne ..... 2

**Předstírala jste někdy v životě při pohlavním styku orgasmus?**

ano, ojediněle ..... 1  
ano, často ..... 2  
ano, téměř pokaždé ..... 3  
ne, nikdy ..... 4

**12. Měla jste někdy v životě pohlavní styk za peníze?**

nikdy neměla ..... 1  
již měla ..... 2 pokud ano, použila jste při tom tyto praktiky:

	vždy	v polovině a více	méně než v polovině	nikdy
penis do pochvy .....	1	2	3	4
penis do úst .....	1	2	3	4
ejakulace do úst .....	1	2	3	4
penis do konečníku .....	1	2	3	4
penis do ruky .....	1	2	3	4
penis jinam .....	1	2	3	4
ústa na pochvu .....	1	2	3	4
ústa na konečník .....	1	2	3	4

**Použila jste při styku za peníze kondom?**

- ne, nikdy ..... 1  
občas ano ..... 2  
vždy ..... 3

---

**13. Měla jste někdy v životě pohlavně přenosnou nemoc?**

- neměla nikdy ..... 1  
ano, měla ..... 2 pokud ano, jednalo se o:

	<i>Ano</i>	<i>Ne</i>
kapavku .....	1	2
syfilidu (příjici) .....	1	2
kondylomata (fíčky) .....	1	2
opary .....	1	2
zánět močové trubice .....	1	2
filcky (muňky) .....	1	2
svrab .....	1	2
infekční žloutenku .....	1	2

---

**14. Měla jste někdy v životě pohlavní styk se ženou?**

- ne, neměla nikdy ..... 1  
ano, měla jednou ..... 2  
ano, měla opakovaně ..... 3 a to celkem s ..... partnerkami (uved'te počet)

**Považujete se za homosexuálku (lesbičku)?**

- ne ..... 1  
nejsem si jista ..... 2  
ano ..... 3 pokud ano, trvalý partnerský vztah se ženou  
v současné době:  
máte ..... 1  
nemáte ..... 2

**Považujete se za bisexuálku?**

- ne ..... 1  
ano ..... 2

---

**15. Ve srovnání se svým sexuálním partnerem (partnerkou) se považujete za:**

- sexuálně náročnější ..... 1  
sexuálně méně náročnou ..... 2  
naše sexuální potřeby jsou stejné ..... 3

**Jste se svým sexuálním životem spokojena?**

- ano ..... 1  
ne ..... 2

---

**16. Měla jste někdy mimomanželské sexuální styky?**

- nebyla jsem nikdy vdaná ..... 1  
nikdy jsem takové styky neměla ..... 2  
měla jsem takové styky: výjimečně ..... 3  
příležitostně ..... 4  
často ..... 5

**Pokud jste mimomanželské styky měla, uveďte celkový počet takových partnerů:** ..... **Jednalo se o:** příležitostný styk ..... 1  
 delší známost ..... 2  
 obojí ..... 3

**17. Byla jste někdy ve svém dětství (do 15 let) sexuálně zneužita (obtěžována dospělou osobou)?**

nikdy nebyla ..... 1  
 byla, a to jednou ..... 2 ve věku ..... let  
 byla opakovaně ..... 3 od ..... let věku

**Pokud jste byla sexuálně zneužita, pak pachatelem byl:**

dospělý muž ..... 1  
 dospělá žena ..... 2

**Pokud jste byla v dětství sexuálně zneužita, pak pachatelem byl:**

vlastní otec ..... 1  
 nevlastní otec ..... 2  
 matka ..... 3  
 nevlastní matka ..... 4  
 bratr ..... 5  
 sestra ..... 6  
 strýc ..... 7  
 teta ..... 8  
 dědeček ..... 9  
 babička ..... 10  
 jiný příbuzný ..... 11  
 osoba vám známá (učitel, trenér apod.) ..... 12  
 osoba cizí ..... 13

**Pokud jste byla pohlavně zneužita, pak:**

	<i>Ano</i>	<i>Ne</i>
pachatel vás osahával po těle .....	1	2
pachatel vás onanoval rukou .....	1	2
pachatel vás dráždil ústy na genitálu .....	1	2
pachatel vyžadoval, abyste ho dráždila na přirození rukou .....	1	2
pachatel vyžadoval, abyste ho dráždila na přirození ústy .....	1	2
pachatel vyžadoval soulož do konečníku .....	1	2
pachatel vyžadoval soulož do pochvy .....	1	2

**Pokud jste byla pohlavně zneužita:**

nikomu jste to neoznámila ..... 1  
 řekla jste to pouze rodičům ..... 2  
 řekla jste to kamarádům ..... 3  
 řekla jste to ve škole učitelům ..... 4  
 bylo to oznámeno policii ..... 5

**Pokud jste byla v dětství sexuálně zneužita a tento čin byl oznámen na policii, víte, zda byl tento čin vyšetřován a zda byl pachatel odsouzen?**

ano, čin byl vyšetřován a pachatel odsouzen ..... 1  
 ano, čin byl vyšetřován, ale pachatel odsouzen nebyl ..... 2  
 ne, čin vyšetřován nebyl ..... 3  
 nevím ..... 4

**Pokud jste byla sexuálně zneužita a neučinila jste oznámení na policii, jaké důvody vás k tomu vedly?**

	<i>Ano</i>	<i>Ne</i>
stud .....	1	2
obava ze msty pachatele .....	1	2



obava, že by vám nevěřili ..... 1 2  
 nechtěla jste pachateli ublížit ..... 1 2

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

ne, nemělo ..... 1  
 ano, mělo negativní ..... 2, a to:

	<i>Ano</i>	<i>Ne</i>
strach z mužů .....	1	2
sexuální poruchy .....	1	2
úzkosti, deprese .....	1	2
nedostatek sebevědomí .....	1	2
partnerské problémy .....	1	2
musela jsem se pak kvůli tomu psychiatricky či psychologicky léčit .....	1	2
jiné .....	1	2
↳ jaké? .....		

ano, mělo pozitivní ..... 3, a to:

	<i>Ano</i>	<i>Ne</i>
lepší sexuální prožívání v dospělosti .....	1	2
zvýšení zájmu o sex .....	1	2
zvýšení sebevědomí .....	1	2
jiné .....	1	2
↳ jaké? .....		

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

ano ..... 1  
 ne, byly jen dočasné ..... 2

**19. Byla jste někdy k pohlavnímu styku přinucena násilím?**

ne ..... 1  
 ano, jednou ..... 2, a to ve věku ..... let  
 ano, vícekrát ..... 3, a to poprvé ve věku ..... let

**Pokud ano, pak pachatelem byl**

manžel nebo partner ..... 1  
 jiný vám známý muž ..... 2  
 neznámý muž ..... 3

**Pokud ano, ohlásila jste to policii?**

ano ..... 1  
 ne ..... 2, protože (označte hlavní důvod):

jste se styděla .....	1
nechtěla jste pachatele ztratit, milovala jste ho .....	2
bála jste se, že se to dozví manžel, partner .....	3
kvůli okolí, odsoudili by vás .....	4
jiný důvod .....	5

↳ uveďte jaký: .....

**Pokud jste to ohlásila, pachatel:**

byl vypátrán a odsouzen ..... 1  
 byl vypátrán, ale čin se mu neprokázal ..... 2  
 nebyl vypátrán ..... 3

**Pokud jste byla násilím přinucena ke styku, mělo to vliv na váš další život?**

ne, nemělo žádný ..... 1  
ano, mělo negativní ..... 2, a to:

	Ano	Ne
v oblasti partnerské .....	1	2
v oblasti sexu (zhoršení sex. života) .....	1	2
v oblasti psychické (úzkosti, deprese apod.) ...	1	2
jiné .....	1	2

↳ jaké? .....

**Přetrvávají tyto následky dodnes (jsou trvalého charakteru)?**

ano ..... 1  
ne, byly jen dočasné ..... 2

**Nutila jste někdy násilím nebo hrozbou nějakého muže k pohlavnímu styku?**

ne, nikdy ..... 1  
ano ..... 2, a to:

	Ano	Ne
nutila jste ho k souloži .....	1	2
nutila jste ho k dráždění vašeho klitorisů ústy .....	1	2
nutila jste ho k masturbaci (dráždění klitorisů či pochvy rukou) ....	1	2

**Pokud jste nějakého muže nutila k sexuálnímu styku, došlo k tomu:**

jen jednou ..... 1, a to ve věku ..... let, přičemž se jednalo o:

manžela, stálého partnera ..... 1  
jiného známého muže ..... 2  
neznámého muže ..... 3

opakovaně ..... 2, přičemž:

jednalo se vždy o stejného partnera .... 1  
nutila jste ke styku více mužů ..... 2

↳ kolik? .....

**Nutila jste někdy násilím nebo hrozbami ženu k pohlavnímu styku?**

ne, nikdy ..... 1  
ano, jednou ..... 2  
ano, opakovaně ..... 3

---

**20. Jaký máte názor na interrupci (umělé ukončení těhotenství)?**

je naprosto nepřijatelná ..... 1  
je přípustná pouze ze zdravotních důvodů (např. ohrožení života a zdraví ženy, malformace plodu) ..... 2  
je přípustná i ze sociálních důvodů (např. špatné ekonomické podmínky, svobodná matka apod.) ..... 3  
každá žena má právo se svobodně rozhodnout, zda chce donosit dítě ..... 4

---

**21. Jaký máte názor na sexuální styky před manželstvím?**

považuji je za naprosto nepřijatelné ..... 1  
považuji je za přípustné pouze nedejde-li při tom k souloži ..... 2  
považuji je za přípustné v rámci trvalého partnerského vztahu ..... 3  
považuji za přípustné i nahodilé pohlavní styky před manželstvím ..... 4

**22. Jaký máte názor na prostituci?**

- je potřeba ji zakázat a trestat prostitutky i jejich klienty ..... 1
  - je potřeba ji zakázat a trestat jen prostitutky ..... 2
  - je potřeba ji zakázat a trestat jen jejich klienty ..... 3
  - povolila bych ji jen ve veřejných domech a s lékařskou kontrolou ..... 4
  - povolila bych ji bez omezení, je to nutné zlo ..... 5
  - nemám nic proti prostituci, může být dokonce prospěšná ..... 6
- 

**23. Jaký máte názor na pornografii?**

- je třeba ji zakázat ..... 1
  - považuji ji za škodlivou, umožnila bych prodej jen ve speciálních obchodech ..... 2
  - nemám k ní výhrady, umožnila bych však prodej jen ve speciálních obchodech ..... 3
  - nemám k ní výhrady a její prodej bych neomezovala ..... 4
- 

**24. Jaký máte názor na skupinový sex?**

- považuji jej za morálně nepřipustný ..... 1
- považuji jej za přípustný, ale sama to odmítám ..... 2
- považuji jej za přípustný a neodmítám jej ..... 3

**Zúčastnila jste se někdy sama skupinového sexu?**

- nezúčastnila ..... 1
  - ano, jednou ..... 2
  - ano, opakovaně ..... 3
- 

**25. Jaký máte názor na mimomanželské pohlavní styky?**

- považuji je za morálně nepřipustné ..... 1
  - neodsuzuji je, ale sama bych je neprovozovala ..... 2
  - je to přirozené a normální ..... 3
- 

**26. Jaký máte názor na náhodné pohlavní styky (tzv. „na jednu noc“)?**

- považuji je za morálně nepřipustné ..... 1
  - neodsuzuji je, ale sama bych je neprovozovala ..... 2
  - považuji je za přirozenou součást sexuality ..... 3
- 

**27. Jaký máte názor na onanii (masturbaci, sebeukájení)?**

- považuji ji za škodlivou ..... 1
  - je to zlozvyk, který nikomu neškodí ..... 2
  - je to přirozený projev lidské sexuality ..... 3
- 

**28. Jaký máte názor na homosexualitu?**

- je to zlozvyk, který by měl být trestán ..... 1
- je to nemoc, za kterou postižený nemůže ..... 2
- odchylka od normálu, která může škodlivě působit zejména na mládež ..... 3
- odchylka od normálu, která nikomu neškodí ..... 4
- je to přirozený projev lidské sexuality ..... 5

**Znáte Vy osobně někoho, kdo je homosexuální?**

- neznám ..... 1
- znám ..... 2

**29. Informace o sexualitě jste získala zejména (zakroužkujte pouze jednu odpověď):**

- od rodičů ..... 1
- ve škole ..... 2
- z filmu, rozhlasu, televize a videa ..... 3
- z novin, časopisů ..... 4
- z knížek ..... 5
- od kamarádů a známých ..... 6
- jinde (vypište kde): ..... 7
- nebyla jste informována nikde ..... 8

**Svou informovanost o sexualitě považujete za:**

- nedostatečnou ..... 1
- průměrnou ..... 2
- dobrou ..... 3

---

**30. Myslíte si, že HIV pozitivní jedinec by mohl vykonávat profesi:**

	<i>Ano</i>	<i>Ne</i>	<i>Nevím</i>
lékaře (nechirurgického oboru) .....	1	2	3
chirurga .....	1	2	3
zdravotní sestry .....	1	2	3
zubaře .....	1	2	3
učitele .....	1	2	3
prodavačky .....	1	2	3
číšníka .....	1	2	3
kuchaře .....	1	2	3

---

**31. Změnila jste své sexuální chování v důsledku hrozby onemocnění AIDS?**

- Ne, nebylo co měnit, protože jsem pohlavní styk dosud neměla ..... 1
- Ne, nebylo co měnit, vždy jsem se chovala zodpovědně ..... 2
- Ano, změnila ..... 3

**Jestliže ano, jak jste změnila své sexuální chování? Šlo o:**

	<i>Ano</i>	<i>Ne</i>
snížení počtu sexuálních partnerů (partnerek) .....	1	2
snížení počtu pohlavních styků .....	1	2
změnu způsobu sexuálního styku .....	1	2
pohlavní styky pouze s kondomem .....	1	2
přestala jste s pohlavními styky úplně .....	1	2
bojíte se zahájit pohlavní život .....	1	2
něco jiného .....	1	2

↳ vypište co: .....

---

**32. Byla jste testována na HIV?**

- ne ..... 1
- jednou ..... 2
- dvakrát ..... 3
- třikrát a více ..... 4

---

**A NAKONEC VÁS PROSÍME O NĚKOLIK ÚDAJŮ PRO STATISTICKÉ VYHODNOCENÍ DAT:**

**33. Kolik je Vám let? (Uveďte číslem) .....**

---

**34. Jaké je Vaše současné zaměstnání? (Uveďte co nejdůležitěji, tedy i to, zda jste studentka, důchodkyně, případně, zda jste nezaměstnaná nebo soukromě podnikáte, hospodaříte.)**

.....

---

**35. Jste:**

- svobodná ..... 1
  - vdaná ..... 2
  - rozvedená ..... 3
  - vdova ..... 4
- 

**36. Vaše nejvyšší dokončené vzdělání:**

- základní - nevyučena ..... 1
  - základní - vyučena ..... 2
  - další bez maturity ..... 3
  - vyučena s maturitou ..... 4
  - střední s maturitou ..... 5
  - vysokoškolské ..... 6
- 

**37. Jaký je Váš vztah k náboženství:**

- jste římskokatolického vyznání ..... 1
  - jste jiného vyznání a jakého (vypište) ..... 2
  - věříte v Boha, ale nehlásíte se k žádné církvi ..... 3
  - jste nevěřící ..... 4
- 

**Sexuologický ústav 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy Vám děkuje za Vaše názory.**

Vyplněný dotazník nepodepisujte a nedávejte nikomu k nahlédnutí.  
Vložte dotazník do obálky, zalepte ji a zajistěte ještě přelepením  
přiloženou samolepkou s naším razítkem.

--	--	--	--	--	--

## Dotazník muž

### 1. První schůzku s dívkou jste:

dosud neměl ..... 1

již měl ..... 2 a to poprvé v ..... letech

### Prvně jste se líbal s dívkou:

dosud nikdy ..... 1

již líbal ..... 2 a to poprvé v ..... letech

### Poprvé jste byl do dívky zamilován:

dosud nikdy ..... 1

již byl ..... 2 a to poprvé v ..... letech

### První delší partnerský vztah s dívkou (delší než 6 měsíců) jste:

dosud neměl ..... 1

již měl ..... 2 a to poprvé v ..... letech

**za celý život jste měl takových vztahů celkem** ..... (uved'te číslem)

---

### 2. Poprvé jste onanoval (sám se dráždil na přirození):

dosud nikdy ..... 1

již ano ..... 2 a to poprvé ve věku ..... let

### První výron semene (ve spánku, při onanii nebo při styku) jste:

dosud neměl ..... 1

již měl ..... 2 a to poprvé ve věku ..... let

### V současné době onanujete:

vůbec ne ..... 1

ano ..... 2 a to v průměru ..... krát měsíčně

---

### 3. Poprvé jste zažil necking (mazlení s partnerkou na těle od pasu nahoru)

dosud nezažil ..... 1

již ano ..... 2 a to poprvé ve věku ..... let

### Poprvé jste zažil petting (mazlení s partnerkou po celém těle včetně pohlavních orgánů)

dosud nikdy ..... 1

již ano ..... 2 a to poprvé ve věku ..... let

---

### 4. Poprvé jste souložil s nějakou ženou:

dosud nikdy ..... 1

již ano ..... 2 a to poprvé ve věku ..... let

#### při první souloži:

jsem měl potíže se ztopořením ..... 1

neměl jsem potíže ..... 2

### První soulož se uskutečnila především z iniciativy:

dosud nikdy ..... 1

z mé iniciativy ..... 2

z iniciativy partnerky ..... 3

z iniciativy obou ..... 4

**Vaše partnerka byla při prvním pohlavním styku:**

starší než vy ..... 1 a to o ..... let

mladší než vy ..... 2 a to o ..... let

stejně stará ..... 3

**První pohlavní styk jste uskutečnil:**

s náhodnou partnerkou ..... 1

se stálou partnerkou ..... 2 a to po ..... měsících známosti

**První pohlavní styk jste uskutečnil:**

v bytě svých rodičů ..... 1

v bytě rodičů partnerky ..... 2

v přírodě ..... 3

na internátě (koleji) ..... 4

na chatě, chalupě ..... 5

jinde ..... 6 a kde? .....

---

**5. Za celý život jste souložil:**

dosud nikdy ..... 1

ano ..... 2 a to celkem s ..... ženami (uved'te počet)

z toho za poslední rok s ..... ženami (uved'te počet)

z toho za posledních pět let s ..... ženami (uved'te počet)

**Pohlavní styk s příležitostnou partnerkou (na jednu noc) jste:**

dosud nikdy neměl ..... 1

měl ..... 2 a to celkem s ..... ženami (uved'te počet)

z toho za poslední rok s ..... ženami (uved'te počet)

---

**6. První sňatek jste uskutečnil:**

dosud nikdy ..... 1

již ano ..... 2 a to poprvé ve věku ..... let

**Poprvé jste se rozvedl:**

dosud nikdy ..... 1

již ano ..... 2 a to poprvé ve věku ..... let po ..... letém manželství

**Kolikrát za celý život jste byl ženat:** ..... (uved'te počet)

**Kolik máte vlastních dětí:** ..... (uved'te počet)

---

**7. Máte v současné době stálý partnerský vztah se ženou?**

nemám ..... 1

mám ..... 2 a to v trvání ..... měsíců

**Máte v současné době s touto partnerkou pohlavní styky?**

nemám ..... 1

mám ..... 2 a to v průměru ..... krát měsíčně

**Jaké používáte praktiky při sexu se ženami?**

	<i>vždy</i>	<i>v polovině a více</i>	<i>méně než v polovině</i>	<i>nikdy</i>
penis do pochvy .....	1	2	3	4
penis do úst .....	1	2	3	4
ejakulace do úst .....	1	2	3	4
penis do konečníku .....	1	2	3	4
penis do ruky .....	1	2	3	4
penis do jinam .....	1	2	3	4
ústa na pochvu .....	1	2	3	4
ústa na konečník .....	1	2	3	4

**8. Jakou antikoncepci jste použil při prvním pohlavním styku se ženou?**

- žádnou ..... 1  
kondom ..... 2  
partnerka užívala antikoncepční pilulky ..... 3  
přerušovanou soulož ..... 4  
neplodné dny partnerky ..... 5  
jinou antikoncepci ..... 6 a jakou: .....

**Jakou používáte antikoncepci při styku se svou stálou partnerkou?**

- nepoužívám ..... 1  
používám ..... 2 a to:

	<i>vždy</i>	<i>občas</i>	<i>nikdy</i>
přerušovaný styk .....	1	2	3
neplodné dny .....	1	2	3
kondom .....	1	2	3
antikoncepční pilulky .....	1	2	3
nitroděložní tělísko .....	1	2	3
sterilizace moje .....	1	2	3
sterilizace partnera .....	1	2	3
jinou .....	1	2	3

↳ a jakou: .....

**Jakou používáte antikoncepci při styku s náhodnou partnerkou?**

- nepoužívám ..... 1  
používám ..... 2 a to:

	<i>vždy</i>	<i>občas</i>	<i>nikdy</i>
přerušovaný styk .....	1	2	3
neplodné dny .....	1	2	3
kondom .....	1	2	3
antikoncepční pilulky .....	1	2	3
nitroděložní tělísko .....	1	2	3
jinou .....	1	2	3

↳ a jakou: .....

**Jaký máte názor na antikoncepci?**

- Jsem zásadně proti jakékoliv antikoncepci ..... 1  
Uznávám pouze tzv. přirozené metody ..... 2  
Považuji antikoncepci za nutnou ..... 3

---

**9. V současné době byste potřeboval sexuální vybití:**

- nepotřeboval vůbec ..... 1  
potřeboval ..... 2 a to měsíčně ..... krát

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

- nemám žádné ..... 1  
mám ..... 2 a to měsíčně ..... krát

**Největší sexuální potřebu jste cítil ve věku ..... let**

**Nejvíce orgasmů za jeden den jste měl ve věku ..... let**  
a to celkem kolik: ..... (uved'te počet)



**10. Délku milostné přede hry při styku s partnerkou odhadujete v průměru na ..... minut (uveďte počet minut)**

**Dobu trvání soulože s partnerkou odhadujete v průměru na ..... minut (uveďte počet minut)**

**Délku trvání svého pocitového vyvrcholení (orgasmu) při jakékoliv sexuální aktivitě odhadujete v průměru na ..... vteřin (uveďte počet vteřin)**

**Délku pocitového vyvrcholení (orgasmu) své partnerky odhadujete v průměru na ..... vteřin (uveďte počet vteřin)**

---

**11. Trpěl jste někdy ve svém životě nějakou sexuální poruchou?**

žádnou ..... 1

ano ..... 2, a to:

	<i>Ano</i>	<i>Ne</i>	
nedostatkem sex. potřeby, touhy .....	1	2	pokud ano, ve věku ..... let
předčasným výronem semene .....	1	2	pokud ano, ve věku ..... let
poruchami ztopoření .....	1	2	pokud ano, ve věku ..... let
neschopností dosáhnout vyvrcholení .....	1	2	pokud ano, ve věku ..... let
nadměrnou sexuální potřebou .....	1	2	pokud ano, ve věku ..... let
bolestmi a nepříjemnými pocity při souloži ..	1	2	pokud ano, ve věku ..... let
opožděnou ejakulací (výronem semene) .....	1	2	pokud ano, ve věku ..... let
chyběním ejakulace .....	1	2	pokud ano, ve věku ..... let
jinou poruchou .....	1	2	pokud ano, ve věku ..... let

↳ uveďte jakou: .....

**Trpíte nějakou sexuální poruchou v současné době?**

žádnou ..... 1

ano ..... 2, a to:

	<i>Ano</i>	<i>Ne</i>
nedostatkem sex. potřeby, touhy .....	1	2
předčasným výronem semene .....	1	2
poruchami ztopoření .....	1	2
neschopností dosáhnout vyvrcholení .....	1	2
nadměrnou sexuální potřebou .....	1	2
bolestmi a nepříjemnými pocity při souloži ...	1	2
opožděnou ejakulací (výronem semene) .....	1	2
chyběním ejakulace .....	1	2
jinou poruchou .....	1	2

↳ uveďte jakou: .....

**Pokud trpíte sexuální poruchou v současné době, tato porucha u vás trvá od doby, kdy jste zahájil sexuální život?**

ano ..... 1

ne, objevila se později ..... 2

**Pokud trpíte sexuální poruchou, komplikuje vám tato porucha partnerské soužití?**

nemám partnerku ..... 1

komplikuje ho ..... 2, a to: velmi ..... 1  
středně ..... 2  
málo nebo vůbec ne ..... 3

**Byl jste někdy v životě léčen pro sexuální poruchu?**

ano ..... 1

ne ..... 2

**Pokud jste byl léčen pro sexuální poruchu, byl jste léčen:**

	<i>Ano</i>	<i>Ne</i>
rozhovorem, nácvikem .....	1	2
užívala jste léky .....	1	2
jiným způsobem .....	1	2

**Pokud jste se léčil, považujete léčbu za úspěšnou (vyřešila váš problém)?**

- ano ..... 1  
ne ..... 2

**Předstíral jste někdy při pohlavním styku orgasmus?**

- ano, jednou ..... 1  
ano, opakovaně ..... 2  
ne, nikdy ..... 3

---

**12. Měla jste někdy v životě pohlavní styk s prostitutkou?**

nikdy neměl ..... 1

již měl ..... 2 pokud ano, použil jste při tom tyto praktiky:

	<i>vždy</i>	<i>v polovině a více</i>	<i>méně než v polovině</i>	<i>nikdy</i>
penis do pochvy .....	1	2	3	4
penis do úst .....	1	2	3	4
ejakulace do úst .....	1	2	3	4
penis do konečníku .....	1	2	3	4
penis do ruky .....	1	2	3	4
penis do jinam .....	1	2	3	4
ústa na pochvu .....	1	2	3	4
ústa na konečník .....	1	2	3	4

**Použil jste při styku s prostitutkou kondom?**

- ne, nikdy ..... 1  
občas ano ..... 2  
vždy ..... 3

---

**13. Měl jste někdy v životě pohlavně přenosnou nemoc?**

neměl nikdy ..... 1

ano, měl ..... 2 pokud ano, jednalo se o:

	<i>Ano</i>	<i>Ne</i>
kapavku .....	1	2
syfilidu (příjici) .....	1	2
kondylomata (fíčky) .....	1	2
opary .....	1	2
zánět močové trubice .....	1	2
filcky (muňky) .....	1	2
svrab .....	1	2
infekční žloutenku .....	1	2

**14. Měl jste někdy v životě pohlavní styk s mužem?**

ne, neměl nikdy ..... 1

ano, měl jednou ..... 2

ano, měl opakovaně ..... 3 a to celkem s ..... partnery (uved'te počet)



**Pokud jste byl pohlavně zneužit, pak:**

	Ano	Ne
pachatel vás osahával po těle .....	1	2
pachatel vás onanoval rukou .....	1	2
pachatel vám dráždil ústy penis .....	1	2
pachatel vyžadoval, abyste ho dráždil na přirození rukou .....	1	2
pachatel vyžadoval, abyste ho dráždil na přirození ústy .....	1	2
pachatel vyžadoval soulož do konečníku .....	1	2
pachatelka vyžadovala soulož do pochvy .....	1	2

**Pokud jste byl pohlavně zneužit:**

nikomu jste to neoznámil .....	1
řekl jste to pouze rodičům .....	2
řekl jste to kamarádům .....	3
řekl jste to ve škole učitelům .....	4
bylo to oznámeno policii .....	5

**Pokud jste byl v dětství sexuálně zneužit a tento čin byl oznámen na policii, víte, zda byl tento čin vyšetřován a zda byl pachatel odsouzen?**

ano, čin byl vyšetřován a pachatel odsouzen .....	1
ano, čin byl vyšetřován, ale pachatel odsouzen nebyl .....	2
ne, čin vyšetřován nebyl .....	3
nevím .....	4

**Pokud jste byl sexuálně zneužit a neučinil jste oznámení na policii, jaké důvody vás k tomu vedly?**

	Ano	Ne
stud .....	1	2
obava ze msty pachatele .....	1	2
obava, že by vám nevěřili .....	1	2
nechtěl jste pachateli ublížit .....	1	2

---

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

ne, nemělo ..... 1  
ano, mělo negativní ..... 2, a to:

	Ano	Ne
strach z žen .....	1	2
sexuální poruchy .....	1	2
úzkosti, deprese .....	1	2
nedostatek sebevědomí .....	1	2
partnerské problémy .....	1	2
musela jsem se na následky zneužití psychiatricky či psychologicky léčit .....	1	2
jiné .....	1	2
↳ jaké? .....		

ano, mělo pozitivní ..... 3, a to:

	Ano	Ne
lepší sexuální prožívání v dospělosti .....	1	2
zvýšení zájmu o sex .....	1	2
zvýšení sebevědomí .....	1	2
jiné .....	1	2
↳ jaké? .....		

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

- ano ..... 1  
ne, byly jen dočasné ..... 2

---

**19. Nutil jste někdy násilím nebo hrozbami nějakou ženu k pohlavnímu styku?**

- ne, nikdy ..... 1  
ano ..... 2 a to:

	Ano	Ne
nutil jsem ji k souloži .....	1	2
nutil jsem ji k dráždění mého penisu ústy (fellaci) .....	1	2
nutil jsem ji k masturbaci (dráždění penisu rukou) .....		
nutil jsem ji k análnímu styku (styku do konečníku) .....	1	2

**K vynucenému sexuálnímu styku došlo:**

jen jednou ..... 1, a jednalo se o:

- manželku, stálou partnerku ..... 1  
jinou známou ženu ..... 2  
neznámou ženu ..... 3

opakovaně ..... 2, přičemž:

- jednalo se vždy o stejnou partnerku .... 1  
nutil jsem ke styku více žen ..... 2  
↳ kolik celkem? .....

**Nutil jste někdy násilím nebo hrozbami nějakého muže k pohlavnímu styku?**

- ne, nikdy ..... 1  
ano, jednou ..... 2  
ano, opakovaně ..... 3

---

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

- ne, nikdy ..... 1  
ano, jednou ..... 2, a to ve věku ..... let, přičemž:

- pachatelem byl muž ..... 1  
pachatelkou byla žena ..... 2

**Jednalo se o:**

- partnerku, partnera, manželku ..... 1  
jinou známou osobu ..... 2  
neznámou osobu ..... 3

ano, opakovaně .... 3, a to poprvé ve věku ..... let, přičemž:

- jednalo se vždy o stejného partnera, partnerku ..... 1  
byl jsem ke styku přinucen různými partnerkami či partnery ... 2  
↳ kolika? .....

**Pokud jste byl přinucen k pohlavnímu styku, ohlásil jste to policii?**

- ano ..... 1  
ne ..... 2, protože (označte hlavní důvod):

- jste se styděl ..... 1  
nechtěl jste pachatelku/pachatele ztratit, miloval jste ji/ho .... 2  
bál jste se, že se to dozví manželka, partnerka ..... 3  
kvůli okolím, odsoudili by vás ..... 4  
jiný důvod ..... 5  
↳ uveďte jaký: .....

**Pokud jste to ohlásil, pachatel/ka:**

- byla vypátrána a odsouzena ..... 1  
byla vypátrána, ale čin se jí/mu neprokázal .... 2  
nebyla vypátrána ..... 3

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

- ne, nemělo žádný ..... 1  
ano, mělo negativní ..... 2, a to:

	Ano	Ne
v oblasti partnerské .....	1	2
v oblasti sexu (zhoršení sex. života) .....	1	2
v oblasti psychické (úzkosti, deprese apod.) ...	1	2
jiné .....	1	2
↳ jaké? .....		

**Přetrvávají tyto následky dodnes (jsou trvalého charakteru)?**

- ano ..... 1  
ne, byly jen dočasné ..... 2

---

**21. Jaký máte názor na interrupci (umělé ukončení těhotenství)?**

- je naprosto nepřipustná ..... 1  
je přípustná pouze ze zdravotních důvodů (např. ohrožení života a zdraví ženy,  
malformace plodu) ..... 2  
je přípustná i ze sociálních důvodů (např. špatné ekonomické podmínky,  
svobodná matka apod.) ..... 3  
každá žena má právo se svobodně rozhodnout, zda chce donosit dítě ..... 4

---

**22. Jaký máte názor na sexuální styky před manželstvím?**

- považuji je za naprosto nepřipustné ..... 1  
považuji je za přípustné pouze nedojde-li při tom k souloži ..... 2  
považuji je za přípustné v rámci trvalého partnerského vztahu ..... 3  
považuji za přípustné i nahodilé pohlavní styky před manželstvím ..... 4

---

**23. Jaký máte názor na prostituci?**

- je potřeba ji zakázat a trestat prostitutky i jejich klienty ..... 1  
je potřeba ji zakázat a trestat jen prostitutky ..... 2  
je potřeba ji zakázat a trestat jen jejich klienty ..... 3  
povolil bych ji jen ve veřejných domech a s lékařskou kontrolou ..... 4  
povolil bych ji bez omezení, je to nutné zlo ..... 5  
nemám nic proti prostituci, může být dokonce prospěšná ..... 6

---

**24. Jaký máte názor na pornografii?**

- je třeba ji zakázat ..... 1  
považuji ji za škodlivou, umožnil bych prodej jen ve speciálních obchodech ..... 2  
nemám k ní výhrady, umožnil bych však prodej jen ve speciálních obchodech ..... 3  
nemám k ní výhrady a její prodej bych neomezoval ..... 4

---

**25. Jaký máte názor na skupinový sex?**

- považuji jej za morálně nepřipustný ..... 1  
považuji jej za přípustný, ale sám to odmítám ..... 2  
považuji jej za přípustný a neodmítám jej ..... 3

**Zúčastnil jste se někdy sám skupinového sexu?**

- nezúčastnil ..... 1  
ano, jednou ..... 2  
ano, opakovaně ..... 3
- 

**26. Jaký máte názor na mimomanželské pohlavní styky?**

- považuji je za morálně nepřijatelné ..... 1  
neodsuzuji je, ale sám bych je neprovozoval ..... 2  
je to přirozené a normální ..... 3
- 

**27. Jaký máte názor na náhodné pohlavní styky (tzv. na jednu noc)?**

- považuji je za morálně nepřijatelné ..... 1  
neodsuzuji je, ale sám bych je neprovozoval ..... 2  
považuji je za přirozenou součást sexuality ..... 3
- 

**28. Jaký máte názor na onanii (masturbaci, sebeukájení)?**

- považuji ji za škodlivou ..... 1  
je to zlovyk, který nikomu neškodí ..... 2  
je to přirozený projev lidské sexuality ..... 3
- 

**29. Jaký máte názor na homosexualitu?**

- je to zlovyk, který by měl být trestán ..... 1  
je to nemoc, za kterou postižený nemůže ..... 2  
odchylka od normálu, která může škodlivě působit na mládež ..... 3  
odchylka od normálu, která nikomu neškodí ..... 4  
je to přirozený projev lidské sexuality ..... 5

**Znáte Vy osobně někoho, kdo je homosexuální?**

- neznám ..... 1  
znám ..... 2
- 

**30. Informace o sexualitě jste získal zejména (zakroužkujte pouze jednu odpověď):**

- od rodičů ..... 1  
ve škole ..... 2  
z filmu, rozhlasu, televize a videa ..... 3  
z novin, časopisů ..... 4  
z knížek ..... 5  
od kamarádů a známých ..... 6  
jinde (vypište kde): ..... 7  
nebyl jste informován nikde ..... 8

**Svou informovanost o sexualitě považujete za:**

- nedostatečnou ..... 1  
průměrnou ..... 2  
dobrou ..... 3

**31. Myslíte si, že HIV pozitivní jedinec by mohl vykonávat profesi:**

	<i>Ano</i>	<i>Ne</i>	<i>Nevím</i>
lékaře (nechirurgického oboru) .....	1	2	3
chirurga .....	1	2	3
zdravotní sestry .....	1	2	3
zubaře .....	1	2	3
učitele .....	1	2	3
prodavačky .....	1	2	3
číšníka .....	1	2	3
kuchaře .....	1	2	3

**32. Změnil jste své sexuální chování v důsledku hrozby onemocnění AIDS?**

Ne, nebylo co měnit, protože jsem pohlavní styk dosud neměl ..... 1

Ne, nebylo co měnit, vždy jsem se choval zodpovědně ..... 2

Ano, změnil ..... 3

**Jestliže ano, jak jste změnil své sexuální chování? Šlo o:**

	<i>Ano</i>	<i>Ne</i>
snížení počtu sexuálních partnerek (partnerů) .....	1	2
snížení počtu pohlavních styků .....	1	2
změnu způsobu sexuálního styku .....	1	2
pohlavní styky pouze s kondomem .....	1	2
přestal jste s pohlavními styky úplně .....	1	2
bojíte se zahájit pohlavní život .....	1	2
něco jiného .....	1	2

↳ vypište, co: .....

**33. Byl jste testován na HIV?**

ne ..... 1

jednou ..... 2

dvakrát ..... 3

třikrát a více ..... 4



---

**A NAKONEC VÁS PROSÍME O NĚKOLIK ÚDAJŮ PRO STATISTICKÉ VYHODNOCENÍ DAT:**

**34. Kolik je Vám let? (Uveďte číslem) .....**

---

**35. Jaké je Vaše současné zaměstnání? (Uveďte co nejdůležitěji, tedy i to, zda jste student, důchodce, případně, zda jste nezaměstnaný nebo soukromě podnikáte, hospodaříte.)**  
.....

---

**36. Jste:**

- svobodný ..... 1
  - ženatý ..... 2
  - rozvedený ..... 3
  - vdovec ..... 4
- 

**37. Vaše nejvyšší dokončené vzdělání:**

- základní - nevyučen ..... 1
  - základní - vyučen ..... 2
  - další bez maturity ..... 3
  - vyučen s maturitou ..... 4
  - střední s maturitou ..... 5
  - vysokoškolské ..... 6
- 

**38. Jaký je Váš vztah k náboženství:**

- jste římskokatolického vyznání ..... 1
  - jste jiného vyznání a jakého (vypište) ..... 2
  - věříte v Boha, ale nehlásíte se k žádné církvi ..... 3
  - jste nevěřící ..... 4
- 

**Sexuologický ústav 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy Vám děkuje za Vaše názory.**

Vyplněný dotazník nepodepisujte a nedávejte nikomu k nahlédnutí.  
Vložte dotazník do obálky, zalepte ji a zajistěte ještě přelepením  
přiloženou samolepkou s naším razítkem.

--	--	--	--	--	--